

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

**Band III**  
**- Bedarfsermittlung -**

**Kiel, März 2005**



**Inhaltsverzeichnis Band III**

<b>Tabellen- und Abbildungsverzeichnis Band III</b>		<b>5</b>
<b>8</b>	<b>Einflussfaktoren auf den Bedarf für Krankenhausbehandlung</b>	<b>9</b>
<b>8.1</b>	<b>Bevölkerungsentwicklung</b>	<b>9</b>
<b>8.2</b>	<b>Medizinischer Fortschritt und Morbiditätsentwicklung</b>	<b>12</b>
<b>8.3</b>	<b>Neue Vergütungs- und Behandlungsformen</b>	<b>15</b>
8.3.1	Neue Vergütungsform: G-DRG - System	15
8.3.2	Neue Behandlungsformen	16
<b>8.4</b>	<b>Neue Organisationsformen</b>	<b>19</b>
8.4.1	Modellversuche - Strukturverträge	19
8.4.2	Integrierte Versorgung	21
<b>8.5</b>	<b>Fehlbelegung</b>	<b>24</b>
<b>8.6</b>	<b>Ambulante Versorgung</b>	<b>28</b>
<b>8.7</b>	<b>Andere Einflussfaktoren</b>	<b>30</b>
<b>9</b>	<b>Methodische Möglichkeiten zur Bedarfsermittlung für die Krankenhausplanung</b>	<b>31</b>
<b>9.1</b>	<b>Vergleichsmethode</b>	<b>31</b>
<b>9.2</b>	<b>Hill-Burton-Formel</b>	<b>32</b>
<b>9.3</b>	<b>Morbiditätsorientierte Methode</b>	<b>32</b>
<b>9.4</b>	<b>Konsensmethode</b>	<b>33</b>
<b>9.5</b>	<b>Ausblick: Krankenhausbedarfsplanung unter DRG-Bedingungen</b>	<b>33</b>
<b>9.6</b>	<b>Methodik des Instituts für Gesundheits-System-Forschung</b>	<b>37</b>

<b>10</b>	<b>Voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin</b>	<b>38</b>
<b>10.1</b>	<b>Prognose der Bedarfsentwicklung aus demografischer Sicht</b>	<b>38</b>
10.1.1	Bevölkerungsvorausberechnung für Hessen mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhausfälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin	39
10.1.2	Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Kassel mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhausfälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin	45
10.1.3	Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhausfälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin	48
10.1.4	Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Gießen-Marburg mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhausfälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin	51
10.1.5	Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhausfälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin	54
10.1.6	Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhausfälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin	57
10.1.7	Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Darmstadt mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhausfälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin	60
<b>10.2</b>	<b>Prognose der Bedarfsentwicklung aus fachlicher Sicht</b>	<b>63</b>
10.2.1	Stand und mögliche Entwicklung des medizinischen Fortschritts	63
10.2.2	Morbiditätsentwicklung	65
10.2.3	Neue Behandlungsformen	68
10.2.4	Entwicklung der Versorgungsstrukturen und des Leistungsgeschehens in Hessen im Vergleich zu Deutschland gesamt und zu anderen Bundesländern	69
10.2.5	Voraussichtliche zukünftige Entwicklung in Hessen	72
10.2.6	Entwicklung des Bettenbedarfs	76
<b>10.3</b>	<b>Zusammenfassende Darstellung</b>	<b>78</b>
<b>11</b>	<b>Konzept zur Versorgung psychosomatischer Patienten in Hessen</b>	<b>91</b>
<b>11.1</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>91</b>
	<b>Literaturverzeichnis Band III</b>	<b>97</b>
	<b>Anhang: Einrichtungen mit Interessenbekundung</b>	<b>99</b>

**Tabellenverzeichnis Band III**

Tabelle 1	Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für Deutschland 2005 bis 2050	10
Tabelle 2	Wissenschaftlich begründete Leitlinien für Diagnostik und Therapie der AWMF	14
Tabelle 3	Zahl der Tages- und Nachtambulanzplätze 2001 gesamt nach Bundesland in ausgewählten Fachgebieten	18
Tabelle 4	G-AEP-Kriterien für die Notwendigkeit stationärer Aufnahme	27
Tabelle 5	Bevölkerung in Hessen 2020 und 2050 gemäß unterer, mittlerer und oberer Variante der Modellrechnung	40
Tabelle 6	Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für Hessen 2005 bis 2050	42
Tabelle 7	Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin in Hessen	44
Tabelle 8	Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Kassel 2005 bis 2050	45
Tabelle 9	Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Kassel	47
Tabelle 10	Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld 2005 bis 2050	48
Tabelle 11	Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld	50
Tabelle 12	Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Gießen-Marburg 2005 bis 2050	51
Tabelle 13	Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg	53
Tabelle 14	Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach 2005 bis 2050	54
Tabelle 15	Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach	56
Tabelle 16	Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg 2005 bis 2050	57

Tabelle 17	Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg	59
Tabelle 18	Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Darmstadt 2005 bis 2050	60
Tabelle 19	Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Darmstadt	62
Tabelle 20	Übersicht Leitlinien Psychotherapie und Psychosomatik	64
Tabelle 21	Fallzahl der einzelnen Diagnosen, durchschnittliche Verweildauer und Anteil an allen Diagnosen des Diagnosespektrums der Psychotherapeutischen Medizin in Hessen 2002	67
Tabelle 22	Kennziffern in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in Hessen im Vergleich zu Deutschland 1994 bis 2001	69
Tabelle 23	Kennziffern in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in Hessen im Vergleich zu anderen Bundesländern 1998	71
Tabelle 24	Krankenhaushäufigkeit im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin nach Altersgruppe und Versorgungsgebiet laut Diagnosestatistik 2002	73
Tabelle 25	Fallzahl absolut und je 10 000 Einwohner im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin nach Altersgruppe und gesamt in Hessen 2002 und Prognose für das Jahr 2010	74
Tabelle 26	Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 in Hessen	78
Tabelle 27	Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Kassel	79
Tabelle 28	Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld	81
Tabelle 29	Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg	83
Tabelle 30	Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach	85
Tabelle 31	Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg	87
Tabelle 32	Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Darmstadt	89

**Abbildungsverzeichnis Band III**

Abbildung 1	Bevölkerungspyramide für Deutschland 2001	11
Abbildung 2	Bevölkerungspyramide für Deutschland 2050	12
Abbildung 3	Niedergelassene Psychotherapeuten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung (Psychologische Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte) je 100 000 Einwohner ab 18 Jahren nach Bundesländern zum 31.12.2001	29
Abbildung 4	Bevölkerungsentwicklung in Hessen 1977 bis 2050	41
Abbildung 5	Altersstruktur der Bevölkerung in Hessen 2003, 2020 und 2050	43





## **8 Einflussfaktoren auf den Bedarf für Krankenhausbehandlung**

### **8.1 Bevölkerungsentwicklung**

Die absolute Häufigkeit von Krankheiten und damit auch die Nachfrage nach Krankenhausleistungen wird wesentlich von der Bevölkerungszahl und der Bevölkerungsstruktur bestimmt. Die Krankenhaushäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter. Je mehr Personen sich im höheren Lebensalter befinden, umso höher ist auch die Krankenhaushäufigkeit. Die Kenntnis demografischer Daten ist daher für gesundheitspolitische Entscheidungen unerlässlich. Die große und weiter steigende Zahl älterer Personen erfordert besondere Leistungen hinsichtlich ihrer medizinischen und sozialen Betreuung. Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur infolge steigender oder abnehmender Geburtenzahlen, verlängerter Lebenserwartung und positiver oder negativer Wanderungssalden ist als bedeutende Einflussgröße bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

Tabelle 1 zeigt den Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2002 und die Bevölkerungsvorausberechnung Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. Diese Variante geht von einem jährlichen Wanderungssaldo von etwa + 200 000 Personen sowie einer mittleren künftigen Zunahme der Lebenserwartung aus.

Tabelle 1 Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für Deutschland 2005 bis 2050

Jahr		Altersgruppe				Gesamt
		0 bis < 15	15 bis < 45	45 bis < 65	>= 65	
2002	absolut	12 415 580	34 278 210	21 404 071	14 438 819	82 536 680
	in Prozent	15,0	41,5	25,9	17,5	100,0
2005	absolut	11 775 009	33 781 693	21.535.857	15 776 653	82 869 212
	in Prozent	14,2	40,8	26,0	19,0	100,0
2010	absolut	11 257 539	31 588 356	23 631 644	16 588 685	83 066 224
	in Prozent	13,6	38,0	28,4	20,0	100,0
2015	absolut	10 825 909	29 797 712	25 234 472	17 193 362	83 051 454
	in Prozent	13,0	35,9	30,4	20,7	100,0
2020	absolut	10 701 389	29 279 930	24 621 791	18 218 973	82 822 079
	in Prozent	12,9	35,4	29,7	22,0	100,0
2030	absolut	10 182 189	27 684 040	21 435 736	21 990 336	81 220 310
	in Prozent	12,5	34,1	26,4	27,1	100,0
2040	absolut	9 318 015	25 747 069	20 688 685	22 785 589	78 539 357
	in Prozent	11,9	32,8	26,3	29,0	100,0
2050	absolut	8 858 838	24 295 298	19 722 918	22 240 245	75 117 296
	in Prozent	11,8	32,3	26,3	29,6	100,0

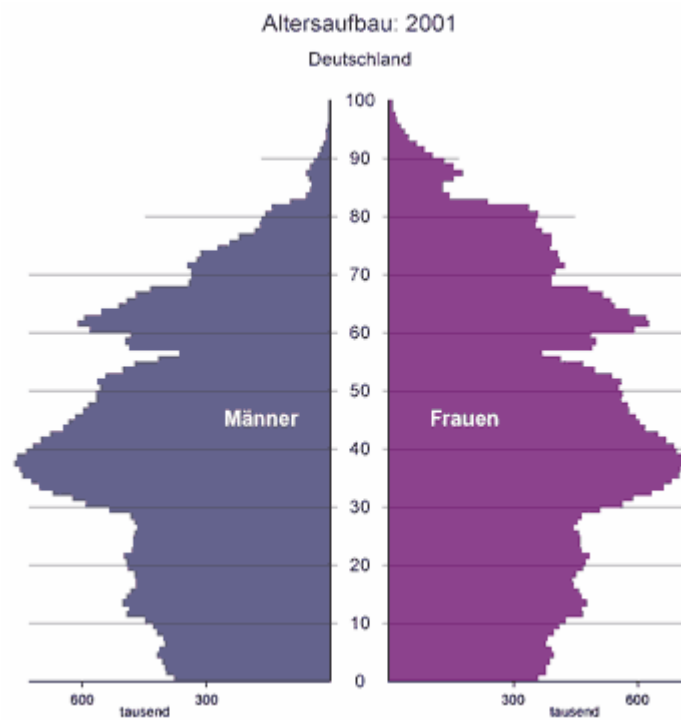
Quelle: Statistisches Bundesamt Bevölkerungsvorausberechnung Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland; eigene Berechnungen

Deutschland hatte am Jahresende 2002 eine Wohnbevölkerung von 82,53 Millionen. Entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland steigt die Bevölkerung zunächst auf 83,07 Millionen im Jahr 2010 und sinkt dann kontinuierlich auf 75,12 Millionen im Jahr 2050.

Der Altersaufbau der Bevölkerung ist im Vergleich zum Altersaufbau zu Beginn des 20. Jahrhunderts verändert. In den Altersgruppen bis 55 Jahre ist ein Überschuss männlicher Personen, in den Altersgruppen darüber ein Überschuss weiblicher Personen zu verzeichnen. Der Frauenüberschuss ist hauptsächlich durch die höhere Sterblichkeit der Männer jenseits des mittleren Lebensalters und durch die Auswirkung der Kriege im vorigen Jahrhundert bedingt. Der Männerüberschuss im jüngeren Alter kann durch das Geschlechterverhältnis bei Geburt begründet werden: Es werden durchschnittlich 105 Knaben je 100 Mädchen geboren.

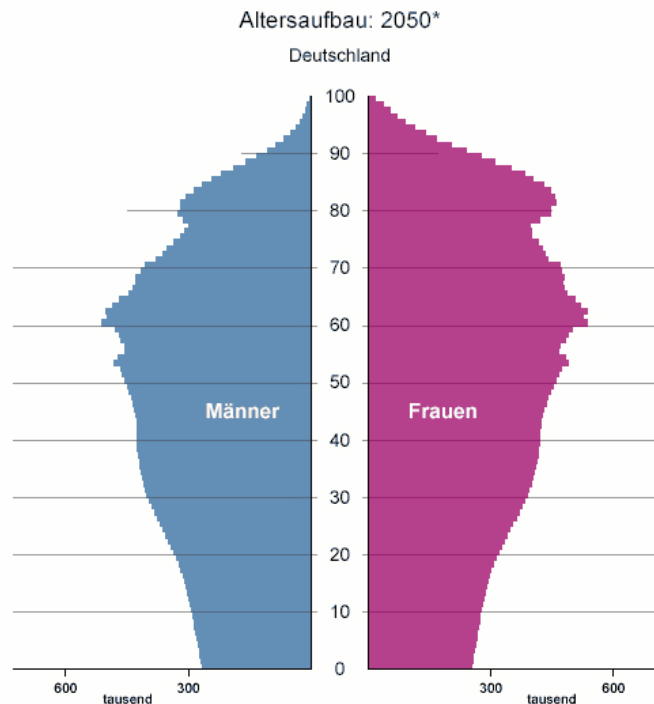
Zur Veranschaulichung ist in Abbildung 1 und Abbildung 2 der Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2001 und eine Prognose des Altersaufbaus für das Jahr 2050 dargestellt. Für 2050 wurde wiederum die mittlere Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde gelegt.

Abbildung 1 Bevölkerungspyramide für Deutschland 2001



Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung 2 Bevölkerungspyramide für Deutschland 2050



Quelle: Statistisches Bundesamt

## 8.2 Medizinischer Fortschritt und Morbiditätsentwicklung

Die Medizin ist von der ständigen Entwicklung und Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren geprägt. Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen nehmen an Bedeutung zu.

Unter dem Begriff „medizinischer Fortschritt“ wird im weiteren Sinne die Einführung neuartiger sowie die Verbesserung bestehender medizinischer Verfahren oder Produkte verstanden. Auch organisatorische Veränderungen des Gesundheitssystems oder von Teilbereichen desselben - z. B. in finanzieller Hinsicht - werden diesem zugeordnet. Der medizinische Fortschritt im weiteren Sinne kann unterteilt werden in den medizinischen Fortschritt im engeren Sinne, d. h. die Weiterentwicklung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf der Basis erweiterter oder verbesserter Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten der Anwender, und den medizinisch-technischen Fortschritt, d. h. die Weiterentwicklung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf der Basis einer verbesserten oder neuartigen Medizintechnologie. [Lit. 15]

Die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts auf den Bedarf an Krankenhausleistungen sind schwer vorhersehbar und mit vielen Unsicherheiten behaftet. Viele früher nur stationär durchführbare Behandlungen erfolgen heute ambulant oder teilstationär. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen.

Die gesetzlichen Anforderungen an die Qualität der von Krankenhäusern erbrachten Leistungen sind erheblich ausgeweitet worden. Der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität wurde im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 Rechnung getragen. So wurde § 135 a SGB V neu gefasst und festgelegt, dass die Leistungserbringer (Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen) verpflichtet sind, „sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern“. Darüber hinaus wird die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungs-internen Qualitätsmanagements gefordert. § 137 SGB V (Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern) wurde neu gefasst und ebenso wie § 137 b SGB V (Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin) erweitert. Der neu aufgenommene § 137 d SGB V regelt die Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation.

In den letzten Jahren hat die evidenz-basierte Medizin in Deutschland eine zunehmende Verbreitung und Akzeptanz gefunden, nicht zuletzt bedingt durch die vom Gesetzgeber festgelegte diagnostische und therapeutische Leistungserbringung auf der Grundlage evidenz-basierter Leitlinien (§ 137 e Abs. 3 GKV-Gesundheitsreform 2000; § 91 Abs. 3 GMG). Die Anwendung evidenz-basierter Leitlinien wird die Qualität von diagnostischen und therapeutischen Verfahren erhöhen und die Entscheidung zur Anwendung bereits bekannter oder neuer Verfahren beeinflussen.

Bereits im Jahr 1995 hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in seinem Sondergutachten gebeten, die Entwicklung von Standards, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften voranzutreiben und zu koordinieren. Die AWMF hat diese Aufgabe angenommen und koordiniert seitdem die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die einzelnen Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Derzeit sind 145 Fachgesellschaften in der AWMF zusammengeschlossen. Die AWMF versteht die Leitlinien als „Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen“.

Die Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften werden in einem dreistufigen Prozess entwickelt:

- **Entwicklungsstufe 1: Expertengruppe**  
Eine Expertengruppe der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft erarbeitet im informellen Konsens eine Leitlinie, die vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet wird.
- **Entwicklungsstufe 2: Formale Konsensfindung**  
Die in Stufe 1 verabschiedeten Leitlinien werden in einem formalen Konsensverfahren beraten und dann als Leitlinien der Stufe 2 verabschiedet.
- **Entwicklungsstufe 3: Leitlinie mit allen Elementen systematischer Entwicklung**  
Hierzu zählen Logik, Konsensus, evidenz-basierte Medizin, Entscheidungsanalyse und Outcome-Analyse.

Tabelle 2 zeigt einen relevanten Auszug aus den wissenschaftlich begründeten Leitlinien für Diagnostik und Therapie der AWMF, deren Aktualisierung nicht älter als fünf Jahre ist.

Tabelle 2 Wissenschaftlich begründete Leitlinien für Diagnostik und Therapie der AWMF (Auszug; Aktualisierung nicht älter als 5 Jahre)

Aktuelle Leitlinien nach Fachgebiet	Publizierte Leitlinien (gesamt)/aktuell			Letzte inhaltliche Veränderung
	1	2	3	
<b>Adipositas</b>	-	1	1	Mai 2003
<b>Allgemeinmedizin</b>	(2) 1	-	4	Juni 2003
<b>Dermatologie</b>	(43) 41	6	-	Dezember 2003
<b>Diabetes</b>	(3) 2	1	15	Mai 2004
<b>Kinderheilkunde</b>				
Sozialpädiatrie und Jugendmedizin	6	-	-	Oktober 2002
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</b>	(36) 35	-	-	Mai 2003
<b>Psychosoziale Fächer</b>				
Psychiatrie, Psychotherapie und Nerven- heilkunde	(14) 5	2	-	Dezember 2003
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	35	-	-	Mai 2003
Psychotherapie und Psychosomatik	2	24	1	Januar 2004
<b>Sexualmedizin</b>	1	-	-	Juli 2000

Quelle: <http://www.awmf-online.de/> (Stand 29.06.2004)

1: Entwicklungsstufe 1

2: Entwicklungsstufe 2

3: Entwicklungsstufe 3

Darüber hinaus ist von der Bundesärztekammer bzw. deren Wissenschaftlichem Beirat eine Reihe von Richtlinien erlassen worden, deren Verbindlichkeit höher ist als die der Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften.

### **8.3 Neue Vergütungs- und Behandlungsformen**

Neue Vergütungsformen haben vorwiegend Einfluss auf die Verweildauer, neue Behandlungsformen sowohl auf die Fallzahl als auch auf die Verweildauer. Zwischen Vergütungs- und Behandlungsformen bestehen Wechselwirkungen, auf die bei den einzelnen Vergütungs- und Behandlungsformen hingewiesen wird.

#### **8.3.1 Neue Vergütungsform: G-DRG - System**

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, das am 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist, 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 (PsychPV) genannten Einrichtungen gilt.

Mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 wurden die erforderlichen näheren Regelungen für das neue Entgeltsystem vorgegeben. 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 Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17. Juli 2003 einige Anpassungen vorgenommen, die 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 sollten.

Auch der Referentenentwurf für ein 2. Fallpauschalenänderungsgesetz sieht eine Weiterentwicklung des bisherigen gesetzlichen Rahmens vor.

Es bleibt abzuwarten, wie die weitere Entwicklung in Deutschland verlaufen wird. In allen Ländern, die DRGs anwenden, konnte zunächst ein Anstieg der (ökonomischen) Fallschwere beobachtet werden, sicherlich verursacht durch eine vollständigere Dokumentation einschließlich Nebendiagnosen und Komplikationen. Gleichzeitig wurde aber auch ein signi-

fikanter Rückgang der stationären Verweildauer festgestellt. Auf jeden Fall ist anzunehmen, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern weiter zunehmen wird. Das kann auch dazu führen, dass es Gewinner und Verlierer gibt, d. h. dass Krankenhäuser vom Markt verschwinden, Trägerwechsel stattfinden, Krankenhausverbände und Krankenhausketten entstehen und die Privatisierung weiter fortschreitet. Im Vorteil sind dabei auf jeden Fall die Krankenhäuser, die über gute Krankenhausinformationssysteme verfügen und/oder bereits sehr früh intern Erfahrungen mit DRGs gesammelt haben.

### **8.3.2 Neue Behandlungsformen**

#### **8.3.2.1 Vor- und nachstationäre Behandlung**

Die seit dem 1. Januar 1993 mögliche vor- und nachstationäre Behandlung wird geregelt durch § 115 a SGB V. Vorstationäre Behandlung ist an bis zu drei Tagen innerhalb von fünf Tagen vor Beginn einer vollstationären Behandlung möglich. Sie soll dazu dienen, die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung zu klären oder die stationäre Behandlung beispielsweise durch diagnostische Maßnahmen vorzubereiten. Nachstationäre Behandlung ist an bis zu sieben Tagen innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss einer vollstationären Behandlung möglich. Sie soll dazu genutzt werden, den Behandlungserfolg einer stationären Behandlung zu sichern und zu festigen, auch mit der Möglichkeit, die Qualität der stationären Behandlung zu überprüfen. Die Vergütung der vor- und nachstationären Behandlung erfolgt über pauschalierte Entgelte, die auf Landesebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft zu vereinbaren sind. Zum 1. Januar 1997 trat eine gemeinsame Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverbände der Krankenkassen in Kraft [Lit. 5], die fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen sowie Pauschalen für die gesonderte Vergütungen von Leistungen, die mit medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, vorsieht.

Mit Einführung der DRG-Fallpauschalen haben sich auch die Abrechnungsbestimmungen für vor- und nachstationäre Behandlung geändert. Gemäß Abrechnungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung [Lit. 17] kann eine vorstationäre Behandlung neben einer DRG-Fallpauschale nicht gesondert abgerechnet werden. Wenn im Anschluss an die vorstationäre Behandlung keine stationäre Aufnahme erfolgt, wird die vorstationäre Behandlung über die entsprechende Pauschale nach der „Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung...“ abgerechnet. Eine nachstationäre Behandlung kann nur dann neben einer DRG-Fallpauschale abgerechnet werden, wenn die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die obere Grenzverweildauer (oGVD) der Fallpauschale übersteigt. In diesem Fall werden die entsprechenden Pauschalen für



nachstationäre Behandlungen nach der „Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung...“ abgerechnet.

Vorstationäre Behandlungen sind im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin selten, obwohl sie aus fachlicher Sicht durchaus sinnvoll sein können. Größere Bedeutung kommt der nachstationären Behandlung zu, die überaus wichtig sein kann, um den Therapieerfolg zu festigen oder um die Wiedereingliederung in das tägliche Leben und den Arbeitsprozess bzw. die Belastungserprobung entsprechend § 42 SGB V zu fördern.

### **8.3.2.2 Teilstationäre Behandlung**

Teilstationäre Behandlung findet im Wesentlichen als tagesklinische Behandlung statt, seltener als nachtklinische Behandlung. Auch diese Behandlungsform ist geeignet, stationäre Behandlungen zu ersetzen oder durch frühzeitigere Entlassung aus stationärer Behandlung zu einer Verkürzung der Verweildauer beizutragen. Möglichkeiten zu einer tagesklinischen Behandlung sind vor allem in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, in der Geriatrie, aber auch in der Inneren Medizin und in der Neurologie gegeben.

Die teilstationäre Behandlung setzt ein genügend großes krankenhaushnahes Einzugsgebiet und eine gute Verkehrsinfrastruktur voraus. Solche Verhältnisse sind in der Regel nur in Ballungsgebieten gegeben, also nur für bestimmte Kreise in Hessen zutreffend. Die Patienten sollen den Behandlungsort möglichst mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen können. Gegebenenfalls kann die Einrichtung von Fahrdiensten die Situation verbessern.

Gemäß Abrechnungsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung [ Lit. 17] kann die Abrechnung teilstationärer Leistungen nach § 6 KFPV nur dann erfolgen, wenn hierfür fallbezogene oder tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) krankenhaushausindividuell vereinbart wurden.

In Tabelle 3 wird die Zahl der Tages- und Nachtklinikplätze in Deutschland nach Bundesland 2001 in ausgewählten Fachgebieten absolut und je 1 Million Einwohner dargestellt.

Tabelle 3 Zahl der Tages- und Nachtambulanzplätze 2001 gesamt nach Bundesland in ausgewählten Fachgebieten

Bundesland	Tages- und Nachtambulanzplätze gesamt		davon Tagesambulanzplätze		darunter Tages- und Nachtambulanzplätze im Fachgebiet							
					Geriatric		Kinder- und Jugendpsychiatrie		Psychiatrie		Psychosomatik	
	Plätze absolut	Plätze/ 1 Million Einw.	Plätze absolut	Plätze/ 1 Million Einw.	Plätze absolut	Plätze/ 1 Million Einw.	Plätze absolut	Plätze/ 1 Million Einw.	Plätze absolut	Plätze/ 1 Million Einw.	Plätze absolut	Plätze/ 1 Million Einw.
Baden-Württemb.	839	79,1	826	77,9	104	9,8	47	4,4	448	42,3	57	5,4
Bayern	1.390	112,7	1.346	109,2	167	13,5	210	17,0	703	57,0	25	2,0
Berlin	965	284,8	935	275,9	125	36,9	121	35,7	476	140,5	-	-
Brandenburg	387	149,2	387	149,2	55	21,2	13	5,0	290	111,8	-	-
Bremen	352	533,6	328	497,2	60	91,0	18	27,3	122	184,9	-	-
Hamburg	509	294,8	509	294,8	145	84,0	15	8,7	221	128,0	12	7,0
<b>Hessen</b>	<b>878</b>	<b>144,5</b>	<b>833</b>	<b>137,1</b>	<b>108</b>	<b>17,8</b>	<b>64</b>	<b>10,5</b>	<b>539</b>	<b>88,7</b>	<b>9</b>	<b>1,5</b>
Mecklenburg-Vorp.	240	136,4	240	136,4	22	12,5	34	19,3	119	67,6	2	1,1
Niedersachsen	875	110,0	860	108,1	79	9,9	62	7,8	577	72,5	-	-
Nordrhein-Westf.	3.411	189,0	3.387	187,6	479	26,5	364	20,2	2.175	120,5	71	3,9
Rheinland-Pfalz	588	145,2	588	145,2	28	6,9	40	9,9	424	104,7	-	-
Saarland	300	281,3	300	281,3	26	24,4	30	28,1	196	183,8	-	-
Sachsen	880	200,7	880	200,7	28	6,4	71	16,2	625	142,6	59	13,5
Sachsen-Anhalt	717	277,8	714	276,7	93	36,0	65	25,2	398	154,2	60	23,3
Schleswig-Holst.	548	195,4	516	184,0	136	48,5	69	24,6	286	102,0	-	-
Thüringen	274	113,6	274	113,6	41	17,0	35	14,5	175	72,6	-	-
<b>Deutschland</b>	<b>13.153</b>	<b>159,5</b>	<b>12.923</b>	<b>156,8</b>	<b>1.696</b>	<b>20,6</b>	<b>1.258</b>	<b>15,3</b>	<b>7.774</b>	<b>94,3</b>	<b>295</b>	<b>3,6</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Tabelle 3 zeigt, dass Hessen 2001 über 833 Tagesambulanzplätze verfügte. Dies entspricht 137,1 Plätze/1 Million Einwohner. Nachtambulanzplätze gab 45. Die größte Zahl der Tagesambulanzplätze wurde im Fachgebiet Psychiatrie vorgehalten (510 Plätze), gefolgt von Geriatric (108 Plätze) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (64 Plätze).

Gemäß Hessischem Krankenhausrahmenplan 2005 verfügte Hessen im Jahr 2003 über 908 teilstationäre Plätze. Der überwiegende Teil dieser Plätze wurde im Fachgebiet Psychiatrie vorgehalten (515 Plätze, 25 Krankenhäuser). 156 Plätze waren dem Fachgebiet Geriatric (12 Krankenhäuser), 83 Plätze dem Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie (sechs Krankenhäuser), neun Plätze dem Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin (ein Krankenhaus) und 145 Plätze sonstigen Fachgebieten zuzuordnen. [Lit. 10; für das Fachgebiet Geriatric: Lit. 6]

Die Auswertung der Grunddatenstatistik der Krankenhäuser in Hessen 2002 ergab einen Bestand von insgesamt 1 071 teilstationären Plätzen (siehe Kapitel 5). Diese gegenüber dem Vorjahr (878 teilstationäre Plätze, siehe Tabelle 3) deutlich höhere Zahl teilstationärer Plätze ist darauf zurückzuführen, dass in der Krankenhausstatistik des Jahres 2002 im Gegensatz zu 2001 die Dialyseplätze als teilstationäre internistische Plätze gezählt wurden.

### **8.3.2.3 Ambulantes Operieren**

Das seit dem 1. Januar 1993 mögliche ambulante Operieren im Krankenhaus wird geregelt durch § 115 b SGB V. Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus werden durch einen Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt.

Für die Bedarfsplanung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin ist ambulantes Operieren nicht relevant.

## **8.4 Neue Organisationsformen**

### **8.4.1 Modellversuche - Strukturverträge**

Mit Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes am 1. Juli 1997 wurden neue Möglichkeiten zur Durchführung von Modellversuchen (§§ 63 bis 65 SGB V) und zum Abschluss von Strukturverträgen (§ 73 a SGB V) eröffnet. Durch die Änderung der Versorgungsstrukturen soll die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Möglichkeit, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung Modellvorhaben durchzuführen und mit den Leistungserbringern zu vereinbaren. Diese Modellvorhaben können sich auf die Weiterentwicklung von Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen erstrecken.

§ 73 a SGB V ermöglicht es den Kassenärztlichen Vereinigungen, mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Strukturverträge als Bestandteile der Gesamtverträge (§ 83 SGB V) zu vereinbaren. Das Gesetz sieht dabei vor, "dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen..." zu übertragen. Im Falle der so genannten Praxisnetze schließen sich Vertragsärzte unterschiedlicher Fachrichtungen zu einer Leistungsgemeinschaft zusammen und übernehmen die Gesamtverantwortung derjenigen Versicherten, die sich für diese Form der medizinischen Versorgung entschieden haben.

Obwohl bereits zu dieser Zeit von „integrierter Versorgung“ gesprochen wurde, ging es den Vertragspartnern zunächst in erster Linie darum, dass durch gezielte Zusammenarbeit (Praxisnetze) stationäre Behandlungen im Krankenhaus vermieden oder verkürzt werden

sollten. Es ging weiter um eine bessere Kooperation auch zwischen Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen, längere Erreichbarkeit von Ärzten innerhalb eines Praxisnetzes, Schaffung von Anlaufpraxen und/oder von Leitstellen.

Fall- oder Netzkonferenzen, Qualitätszirkel und Überweisungsbegleitbriefe sollten die Kollegialität und den Informationsfluss fördern und helfen, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Finanziert werden sollten die Praxisnetze vorrangig aus Einsparungen im Krankenhausbereich. Nicht zuletzt deshalb wurden Krankenhäuser in der Regel nicht beteiligt, obwohl sie ebenso wie beispielsweise Apotheken und weitere Leistungserbringer als Kooperationspartner zur Verbesserung der Patientenversorgung benötigt werden.

Gewisse Ansätze zu einer ambulant-stationären Kooperation konnten durch die Einrichtung von Notfallpraxen in Krankenhäusern erreicht werden, auch im Hinblick auf die Nutzung der in diesen Krankenhäusern vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten.

Für Modellversuche wurde eine wissenschaftliche Begleitung vorgesehen (§ 65 SGB V). Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung von vernetzten Praxen liegen inzwischen vor. [Lit. 20; Lit. 21] Ein Ergebnis dieser Begleitforschung ist, dass es eines längeren Zeitraumes bedarf, um Verhaltensänderungen bei Patienten zu bewirken. Weiter ergibt sich, dass deutliche Veränderungen der diagnosebezogenen Verweildauer weder im Budgetbereich noch im Fallpauschalenbereich beobachtet werden konnten. Aufgrund der Budgetierung haben sich jedoch weder bei den Krankenhäusern noch bei den niedergelassenen Ärzten Gewinne oder Verluste eingestellt. Rüschemann spricht von der „Schizophrenie konkurrierender Entgeltsysteme“ und führt aus:

*„Die derzeitigen Entgeltsysteme bewirken, dass der ambulante Behandlungsfall als Substitution eines stationären Falls die Versorgung zunächst teurer macht: Der Substitutionsfall bewirkt tatsächliche Mehrkosten in der erbringenden Arztpraxis, für den die Krankenkasse aufgrund der vertragsärztlichen Gesamtvergütung nicht mehr zahlen muss. Derzeit finanziert die Krankenkasse gesondert ausgewiesene Netzmehrleistungen bei Krankenhausvermeidung. Gesetzlich verpflichtet muss die Krankenkasse für den Mindere Erlös im jeweiligen Krankenhaus zusätzlich zahlen. Die Höhe der Ausgleichszahlungen für einen substituierten Krankenhausfall richtet sich nach der Abrechnungsart.“ [Lit. 20]*

So lassen die Ergebnisse der Modellversuche im Hinblick auf den Bedarf an Krankenhausbehandlung noch keine endgültigen Schlussfolgerungen zu. Es setzt sich jedoch die Erkenntnis durch, dass Synergieeffekte nur durch Einbeziehung des Krankenhauses zu erzielen sind.

### 8.4.2 Integrierte Versorgung

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ist das SGB V im vierten Kapitel „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern“ um den elften Abschnitt „Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung“ mit die §§ 140 a bis 140 h erweitert worden.

Mit der integrierten Versorgung sollte ein Instrument geschaffen werden, dass eine intensivierte Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten sowie den Krankenhäusern ermöglicht, um die Versorgungslücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege zu schließen. Darüber hinaus sollte die Kommunikation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern verbessert werden, um eine möglichst reibungslose Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Verbunden war dies mit der Erwartung einer deutlichen Kostenreduzierung aufgrund der resultierenden Vermeidung von Doppeluntersuchungen.

Hildebrandt et al. definieren integrierte Versorgung wie folgt:

*Integrierte Versorgung „ist eine zweite, experimentelle Versorgungs- und Finanzierungsform innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ziel, die herkömmliche sektorielle Versorgung abzulösen. Versicherte, die sich hierfür entscheiden, erhalten darin eine ablaufoptimierte Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen innerhalb eines Integrierten Versorgungssystems. Integrierte Versorgung kann sich dabei sowohl auf Teilbereiche und einzelne Krankheitsbilder beschränken wie aber auch eine umfassende alternative Versorgung organisieren. Dies hängt jeweils von dem gewählten Modell ab.*

*Allen gemeinsam ist aber, dass dabei in marktwirtschaftlicher Form vertraglich zusammengeschlossene Partner die herkömmliche Versorgung und ihre Finanzierung zu Gunsten einer besseren und wirtschaftlich klügeren Versorgung verlassen. Der Erfolg und die Anziehungskraft des Modells hängen ab von der Qualität der Medizin und Pflege, dem verbesserten Service für die Versicherten, der internen Fallsteuerung sowie dem Ausmaß der Einsparungsmöglichkeiten gegenüber der herkömmlichen Versorgung (u. a. Bonusmöglichkeit an die Versicherten, ‚Kombinierte Budgets‘ für das Integrierte Versorgungssystem).“ [Lit. 11]*

Am 27. Oktober 2000 wurde zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV eine Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß §140 d SGB V abgeschlossen, deren Zweck es sein soll, „integrierte Versorgungsformen in einen geordneten Zusammenhang mit dem System der vertragsärztlichen Versorgung zu bringen“. Die Rahmenvereinbarung trat rückwirkend zum 1. Juli 2000 in Kraft. Nach Ansicht des Gesetzgebers

war diese Regelung eines der wesentlichen Hemmnisse für die Verbreitung der integrierten Versorgung.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber die integrierte Versorgung nach §140 SGB V reformiert. Das GMG enthält einige wesentliche Änderungen für die integrierte Versorgung, die ihr zu einem Durchbruch verhelfen sollen.

Grundlage der integrierten Versorgung sind Verträge, die gemäß § 140 b SGB V zwischen den Leistungserbringern und Krankenkassen geschlossen werden können. Vertragspartner der Krankenkassen können sein:

1. Einzelne, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und Zahnärzte sowie einzelne sonstige zur Versorgung der Versicherten berechnigte Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften
2. Träger zugelassener Krankenhäuser oder stationärer Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen oder deren Gemeinschaften
3. Träger von medizinischen Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 Satz 3) oder deren Gemeinschaften
4. Träger, die nicht selbst Versorger sind, sondern Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten
5. Gemeinschaften der genannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften.

Das GMG sieht die kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr als potentielle Vertrags-partner vor.

In § 129 Abs. 5 b SGB V ist die Beteiligung von Apotheken an den Integrationsmodellen vorgesehen. Den Krankenkassen wird es durch das GMG ermöglicht, eigene Einrichtungen zum Zweck der integrierten Versorgung zu gründen.

Die Vertragspartner der Krankenkassen müssen sich zu einer qualitätsgesicherten, wirk-samen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Sie haben sicherzustellen, dass sie die organisatorischen, betriebswirt-schaftlichen, medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen der integrierten Versorgung erfüllen und dass sie die Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen einschließlich einer ausreichenden Dokumentation gewährleisten (§ 140 b Abs. 3 SGB V). Ferner ist in den Verträgen die Vergütung zu regeln (§ 140 c SGB V).

Das GMG hat den bisherigen § 140 d SGB V (Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung) aufgehoben und eine vollkommen neue Regelung zur Förderung der integrierten Versorgung durch Anschubfinanzierung für den Zeitraum von 2004 bis 2006 getroffen.

Auch der §140 e SGB V wurde durch das GMG vollständig neu gefasst. Den Krankenkassen wird die Möglichkeit gegeben, zur Versorgung ihrer Versicherten Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages zu schließen.

Gemäß dem durch das GMG neu gefassten § 95 SGB V können nun auch zugelassene medizinische Versorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Dies soll die Entwicklung und den Ausbau der integrierten Versorgung beschleunigen und den Zusammenschluss von Ärzten zur integrierten Versorgung vereinfachen.

Welche Folgen die integrierten Versorgungsformen für Krankenhäuser haben können, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt schwer abzuschätzen. Generell können sich sowohl Chancen als auch Risiken für Krankenhäuser ergeben.

Chancen sind u. a.:

- Verbesserung der Möglichkeit zum Erhalt des Krankenhauses oder, anders ausgedrückt, Verminderung des Risikos, vom Markt verdrängt zu werden
- Umsatz- und Auslastungserhöhung in sekundärmedizinischen Leistungen wie Labor, Radiologie (z. B. Großgerätenutzung), Apotheke
- Leistungssteigerung durch Gewinnung neuer Patienten aus dem Integrationsversorgungsvertrag.

In welcher Form die Integrierte Versorgung für die Psychotherapeutische Medizin relevant werden kann, ist momentan noch nicht zu erkennen. Man kann sich jedoch Versorgungsmodelle vorstellen, die zu einer deutlichen Steigerung der Behandlungseffizienz führen. Dies trifft vor allem dann zu, wenn die Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung so erfolgt, dass die ambulante Therapie beim einweisenden Psychotherapeuten direkt im Anschluss fortgeführt werden kann.

## 8.5 Fehlbelegung

Die gesetzliche Grundlage für die Erbringung von Gesundheitsleistungen ist in § 12 SGB V „Wirtschaftlichkeitsgebot“ enthalten: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Für den Krankenhausbereich sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen in § 39 SGB V festgelegt. Darin heißt es: „Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) 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.“

Fehlbelegung lässt sich allgemein definieren als „Angemessenheitsprüfung von medizinischen Leistungen im Krankenhaus“. Die Spitzenverbände der Krankenkassen definieren Fehlbelegung als „nicht angemessene Nutzung des Krankenhauses“.

Hailer [Lit. 8] unterscheidet vier Methoden zur Ermittlung von Fehlbelegung im Krankenhaus:

1. *Persönliche Beurteilungen* durch Ärzte sind insbesondere für die endgültige Bewertung von Einzelfällen geeignet, in denen es beispielsweise um die Fortsetzung eines Krankenhausaufenthalts geht.
2. Bei *Vergleichen* der Krankenhausnutzung zwischen Krankenhäusern, Regionen oder Staaten sind wichtige zu berücksichtigende Einflussfaktoren Fallmischung (*case-mix*) und Versorgungsergebnis (*outcome*). Vergleiche können unterschiedliche Qualitäten aufweisen, je nach dem Umfang, in dem Fallmischung und Versorgungsergebnis berücksichtigt wurden. Falls die genannten Kriterien in den Untersuchungsansatz adäquat einbezogen wurden, sind Vergleiche nicht nur für eine Grobeinschätzung sinnvoll, sondern ermöglichen Aussagen zur Fehlbelegungshöhe und deren Ursachen.
3. Vergleich mit vorgegebenen *Standards*, z. B. Anhaltzahlen der Krankenkassen zur Verweildauer. Standards eignen sich in der Regel wegen ihrer Defizite nur als Vorausswahlinstrument, z. B. zur Identifizierung von Verdachtsfällen auf Fehlbelegung. Sie können helfen, den Einsatz aufwendiger Instrumente zu beschränken.



4. *Kriterienlisten wie z. B. Appropriate Evaluation Protocols (AEP)*, sind Zusammenstellungen von medizinischen Sachverhalten, deren Zutreffen oder Nichtzutreffen über Fehlbelegung entscheidet. Sie können zur Ermittlung von Schätzwerten zur Höhe der Fehlbelegung und der zugrunde liegenden Ursachen eingesetzt werden. Sie werden in den USA häufig von speziell geschulten Schwestern und Pflegern anhand der Krankenakte ausgefüllt.

Nach Hailer weisen alle Methoden Stärken und Schwächen auf und sollten in Abhängigkeit der Zielsetzung der Untersuchung eingesetzt werden.

In den vergangenen Jahren wurden mehrere wissenschaftliche Untersuchungen zur Fehlbelegung durchgeführt. Diese Untersuchungen kamen in Abhängigkeit der gewählten Methodik zu unterschiedlichen Ergebnissen. Keine Untersuchung blieb unwidersprochen oder befasste sich mit dem gesamten Spektrum möglicher Fehlbelegungen. Die Beurteilung einer Fehlbelegung ist vom subjektiven Urteil des Gutachters abhängig, da es zur Beurteilung der Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung und deren Dauer keinen „Goldstandard“ gibt [Lit. 7; Lit. 24].

Rechtsgrundlage zur Prüfung von Fehlbelegung ist § 17 a KHG (Abbau von Fehlbelegungen), der durch Art. 17 Nr. 3 des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) vom 26. Mai 1994 eingefügt wurde.

*„(1) Der Krankenhausträger stellt sicher, daß keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden oder dort verbleiben, die nicht oder nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen.*

*(2) Die Krankenkassen wirken insbesondere durch gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung darauf hin, daß Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut werden. Zu diesem Zweck darf der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Einsicht in die Krankenunterlagen nehmen. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen.“*

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben mit Wirkung zum 01. September 2000 eine Richtlinie zur Fehlbelegungsprüfung in Krankenhäusern nach §282 SGB V verabschiedet. Entsprechend dieser Richtlinie soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Auftrag der am Pflegesatzverfahren beteiligten Krankenkassen und gegebenenfalls ihre (Landes-) Verbände den Umfang der Fehlbelegungen anhand einer Stichprobenprüfung der Entlassungen aus 12 Kalendermonaten, die der Ankündigung der Prüfung vorausgehen, feststellen.

Bei der Ermittlung der Fehlbelegung wird zwischen der primären Fehlbelegungsprüfung auf Notwendigkeit der stationären Aufnahme und der sekundären Fehlbelegungsprüfung auf Angemessenheit der stationären Behandlung unterschieden.

Als Maßstab zur Prüfung der Fehlbelegung sollen die Kriterien der deutschen Version des in den USA entwickelten Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) herangezogen werden. Die AEP-Kriterien sollen angewendet werden, um die Notwendigkeit

- der Krankenhausaufnahme bei elektiven Operationen
- der Krankenhausaufnahme bei den übrigen Fällen
- eines präoperativen Behandlungstages bei elektiven Operationen
- eines Behandlungstages bei den übrigen Fällen

zu überprüfen.

Vom MDK wird ein Prüfbericht erstellt, aus dem der Umfang der Fehlbelegung im Vergleich zu den entsprechenden Zahlen auf Bundesebene zu ersehen ist. Alle ermittelten Daten sollen auf Abteilungs-, Krankenhaus- und Landesebene in einer Statistik zusammengeführt werden, aus der u. a. die auf die einzelnen DRG-Fallgruppen bezogene primäre und sekundäre Fehlbelegung hervorgehen soll. Auf Bundesebene wird ein entsprechender Jahresbericht vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) erstellt.

Mit dem Fallpauschalengesetz, das am 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist, wurde mit dem neu eingefügten § 17 c KHG (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen) eine vollkommen neue Rechtsgrundlage für Belegungs- und Abrechnungsprüfungen geschaffen. Neu ist vor allem die Möglichkeit, die Rechtmäßigkeit von Belegungen, Entlassungen und der ordnungsgemäßen Abrechnung durch verdachtsunabhängige Stichproben zu prüfen.

Gemäß §17 c Abs. 4 KHG haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geeinigt und eine gemeinsame Empfehlung zur Belegungs- und Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich herausgegeben, die am 15. April 2004 in Kraft getreten ist.

Die Rahmenvereinbarung enthält neben dem Vereinbarungstext vier Anlagen:

- Anlage 1: Einzelheiten zur Datenübermittlung gemäß § 2 Abs. 3 der Rahmenempfehlung
- Anlage 2: G-AEP-Kriterien für die Notwendigkeit stationärer Aufnahme (primäre Fehlbelegung)
- Anlage 3: G-AEP-Kriterien für die Angemessenheit stationärer Behandlung (sekundäre Fehlbelegung)
- Anlage 4: Einzelheiten zum Prüfbericht.

Bisher wurde nur die Anlage 2 vereinbart. Anlage 1 sollte bis zum 31. Mai 2004 fertig gestellt sein, Anlage 4 zum 30. August 2004 und Anlage 3 zum 30. September 2004.

Bis zur Vereinbarung der Anlage 3 findet die Fehlbelegungsprüfung auf Basis der G-AEP-Kriterien nur im Bereich der primären Fehlbelegung statt. Solange ist eine Prüfung der sekundären Fehlbelegung nur unter Berücksichtigung der entsprechenden medizinischen und sozialmedizinischen Grundlagen möglich. Die sechs Abschnitte der G-AEP-Kriterien für die Notwendigkeit stationärer Aufnahme sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4 G-AEP-Kriterien für die Notwendigkeit stationärer Aufnahme

A	Schwere der Erkrankung	12 Kriterien
B	Intensität der Behandlung	5 Kriterien
C	Operation / Invasive Maßnahmen (außer Notfallbehandlung)	2 Kriterien
D	Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen	6 Kriterien
E	Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen	6 Kriterien
F	Soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen	4 Kriterien

Inwieweit sich die in den USA seit Jahrzehnten eingesetzten AEP auch in Deutschland bewähren werden, kann noch nicht beurteilt werden. Einige Fachleute meinen, dass es besser wäre, Fehlbelegungen über ökonomische Anreize zu reduzieren und Prüfungen nur in Einzelfällen vorzunehmen [Lit. 8]. Im Übrigen muss die Erschließung von Einspar-

potenzialen bei Krankenhaustagen und Krankenhausbetten nicht mit einem äquivalenten Sparbetrag hinsichtlich der Kosten im Krankenhaus oder der Krankenversicherung einhergehen [Lit. 1].

## **8.6 Ambulante Versorgung**

Für die ambulante Versorgung mit Psychotherapie standen am 31. Dezember 2002 für das Bundesgebiet etwa 3 399 an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmende ärztliche Psychotherapeuten und 14 193 an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten zur Verfügung. Die Zahl der zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten betrug 13 143; hiervon waren 2 185 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.<sup>1</sup> Durch die unterschiedliche Ausübung von ärztlicher Psychotherapie in der ambulanten Versorgung, die von dem ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin bis hin zum Zusatztitel Psychotherapie im Rahmen anderer fachärztlicher Gebiete reicht, werden von vielen Ärzten auch „nur“ teilweise psychotherapeutische Leistungen im Rahmen einer integrierten und ganzheitlichen Medizin in anderen Fachgebieten (z. B. Allgemeinmedizin, Gynäkologie) erbracht.

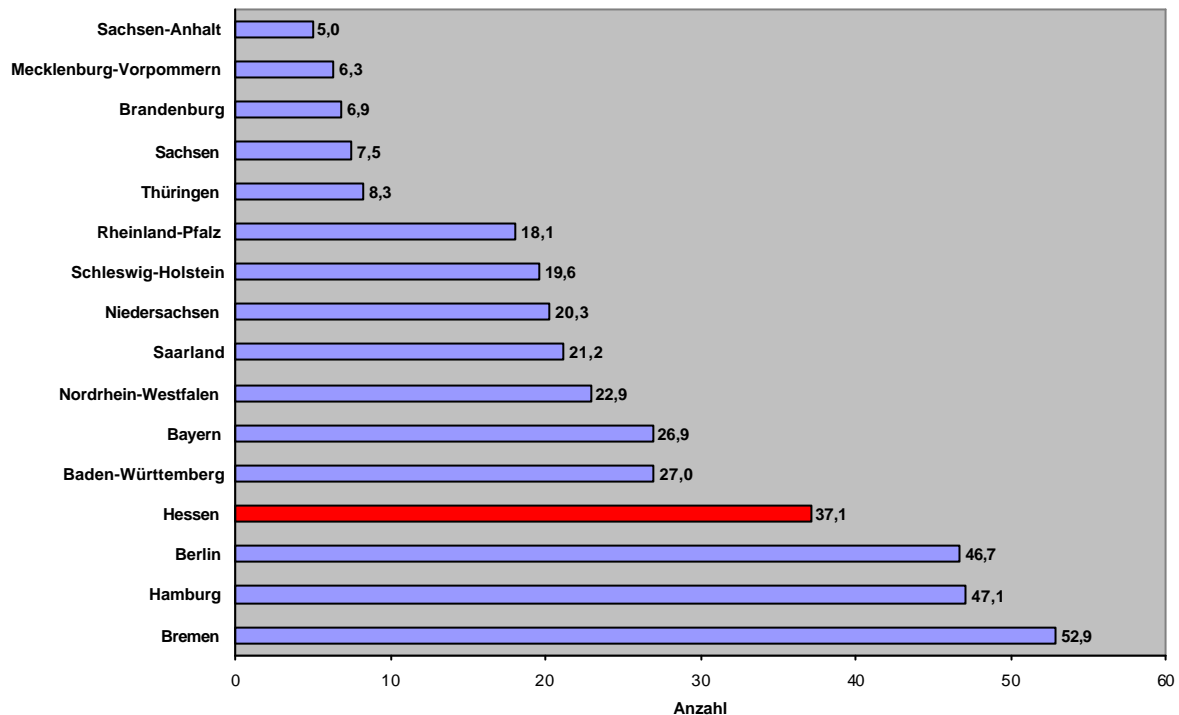
Die Psychotherapeutendichte ist regional sehr unterschiedlich mit einem West-Ost-Gefälle und einer Überversorgung größerer Städte gegenüber einer Unterversorgung kleinstädtischer und ländlicher Regionen.

Abbildung 3 zeigt die Zahl der Psychotherapeuten je 100 00 Einwohnern ab 18 Jahre nach Bundesland für das Jahr 2001.

---

<sup>1</sup> Quelle: Bundesarztregister der KBV

Abbildung 3 Niedergelassene Psychotherapeuten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung (Psychologische Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte) je 100 000 Einwohner ab 18 Jahren nach Bundesländern zum 31.12.2001



Quelle: Bundesarztregister zum Stichtag des 31.12.2001

Abbildung 3 zeigt, dass die Psychotherapeutendichte zwischen 5,0 in Sachsen-Anhalt und 52,9 in Bremen variiert. Hessen liegt mit 37,1 an vierter Stelle.

Trotz der gestiegenen Behandlungskapazitäten besteht eine beträchtliche Wartezeit für einen ambulanten Psychotherapieplatz. Eine durchschnittliche Wartezeit von 4,6 Monaten, die in einer Befragung niedergelassener Psychotherapeuten ermittelt worden ist (Lit. 25), ist realistisch. Für Psychoanalyse beträgt die Wartezeit 5,2 Monate, für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 4,4 Monate und für Verhaltenstherapie 4,5 Monate. Auf ein diagnostisches Gespräch wartet ein Patient im Durchschnitt 1,9 Monate. Die langen Wartezeiten sind wesentlich durch die primäre Zentrierung des Regelversorgungssystems auf Langzeitbehandlung bestimmt.

Die Behandlungsdauer ergibt sich in der Regel nicht aus den klinischen Problemstellungen, sondern aus dem jeweils angewendeten Verfahren. Psychoanalyse dauert im Durchschnitt 160 Stunden, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 70 Stunden und Verhaltens-

therapie 44 Stunden pro Patient, wobei für letztere meistens nur etwa 50 Prozent des zur Verfügung stehenden Zeitbudgets aufgebraucht wird.

### **8.7       Andere Einflussfaktoren**

Neben den bisher dargestellten gibt es weitere Einflussfaktoren auf den Bedarf für Krankenhausbehandlung wie

- Vorhandensein ausreichender Angebote zur ambulanten pflegerischen Versorgung
- Nutzungsmöglichkeiten komplementärer krankenhauserlastender Einrichtungen (Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Alten- und Pflegeheime, Betreutes Wohnen).

## **9 Methodische Möglichkeiten zur Bedarfsermittlung für die Krankenhausplanung**

### **9.1 Vergleichsmethode**

Bei der Vergleichsmethode wird der Bettenbedarf einer Region aus dem Vergleich mit dem Bettenbedarf einer anderen Region oder mehrerer anderer Regionen ermittelt. In der Regel werden hierbei für jede Region Kennziffern erstellt und diese Kennziffern miteinander verglichen. Eine Kennziffer ist beispielsweise die Bettenziffer. Sie gibt an, wie viele Krankenhausbetten, bezogen auf eine bestimmte Zahl von auf Einwohnern (z. B. 10 000), aufgestellt sind.

Einander vergleichbare Regionen rechtfertigen einen gleichen Bettenbedarf. Wesentliche Unterschiede rechtfertigen Abweichungen.

Die Schwierigkeit bei dieser Methode besteht darin zu entscheiden, ob die zu vergleichenden Regionen im Wesentlichen gleich oder ungleich sind und ob der Bettenbedarf der zum Vergleich herangezogenen Region oder der zum Vergleich herangezogenen Regionen dem tatsächlichen Bettenbedarf entspricht.

Der Vergleichsmethode zuzurechnen ist auch das so genannte Benchmarking. Dabei werden Vergleiche „von Leistungen und Kosten mit den besten Wettbewerbern anhand erfolgsrelevanter Messgrößen“ vorgenommen [Lit. 9]. Es können Kennziffern beispielsweise für Qualität und Wirtschaftlichkeit einzelner Abteilungen eines Krankenhauses (internes Benchmarking) oder von Krankenhäusern mit anderen Krankenhäusern (wettbewerbsorientiertes Benchmarking) oder von Krankenhäusern mit anderen Wirtschaftszweigen wie beispielsweise Hotelgewerbe (funktionales Benchmarking) verglichen werden [Lit. 3]. Ziel ist das Herausfinden der besten Praxis und Nutzung dieser Bestleistung für das eigene Management.

## 9.2 Hill-Burton-Formel

Mit der Hill-Burton-Formel kann der zukünftige Bedarf an Krankenhausbetten rechnerisch formal ermittelt werden:

$$\text{Planbetten} = \frac{\text{Einwohnerzahl} * \text{Krankenhaushäufigkeit} * \text{Verweildauer}}{100\,000 * \text{Auslastungsgrad} * 365}$$

Bei der Einwohnerzahl handelt es sich um die Zahl der Einwohner eines Landes, einer Planungsregion oder eines Kreises. Die Krankenhaushäufigkeit gibt die Zahl der Krankenhaushfälle pro Jahr, bezogen auf - in diesem Fall - 1 000 Einwohner, an.

Die Verweildauer ist die durchschnittliche Zahl der Pflage tage, die ein Patient in einem Krankenhaus oder in einer Fachabteilung verbringt.

Der Auslastungsgrad gibt das Verhältnis der jahresdurchschnittlich belegten Betten zu der Gesamtzahl der Betten an. Da als Bezugsgröße sowohl Planbetten als auch aufgestellte Betten in Betracht kommen können, ist eine Bestimmung darüber erforderlich, welche Bezugsgröße gemeint ist.

Erforderlich sind Prognosen zu Einwohnerzahl, Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer. Dazu wird aus den Werten der Vergangenheit eine Zeitreihe gebildet und ein sich abzeichnender Trend weitergerechnet. Der Auslastungsgrad wird vorgegeben.

Die Schwierigkeit dieser rein rechnerischen Methode besteht in der Einschätzung der Entwicklung von Einwohnerzahl, Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer.

## 9.3 Morbiditätsorientierte Methode

Die morbiditätsorientierte Methode versucht, die Nachteile des nach der Hill-Burton-Formel rein rechnerisch ermittelten Bettenbedarfs durch eine Expertenbefragung zu vermeiden.

Experten werden aufbereitete Informationen über die Verteilung der Krankheitsarten in den verschiedenen Fachgebieten vorgelegt. Außerdem erhalten sie aufgrund von Zeitreihen ermittelte Prognosewerte des Bettenbedarfs. Die Experten werden gebeten, ihre Einschätzung zur Entwicklung von Morbidität, Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer unter Berücksichtigung neuer Behandlungs- und Vergütungsformen für die in ihrem Fachgebiet zu behandelnden Krankheiten abzugeben. Aufgrund dieser Einschätzung wird die rechnerisch ermittelte Prognose korrigiert.



Vorteil ist, dass die voraussichtliche Entwicklung aller Fachgebiete differenziert beurteilt werden kann. Nachteil bleibt, dass, wie bei allen Voraussagen, die Wahrscheinlichkeit des Eintritts in einem umgekehrt proportionalen Verhältnis zu der Länge des Prognosezeitraums steht.

#### 9.4 Konsensmethode

Die Konsensmethode strebt das Einvernehmen aller an der Krankenhausplanung Beteiligten bei der Ermittlung des Bettenbedarfs an. Voraussetzung sind in der Regel Strukturgespräche mit den Beteiligten.

Der Vorteil einer einvernehmlichen Lösung liegt darin, dass bei dieser Art der Bettenbedarfsermittlung kaum Widerstand zu erwarten ist, der Nachteil, dass für wesentliche Änderungen ein Einvernehmen oft nur schwer hergestellt werden kann.

#### 9.5 Ausblick: Krankenhausbedarfsplanung unter DRG-Bedingungen

*„In letzter Konsequenz bestimmt das Vergütungssystem den Standort sowie Art und Umfang der stationären Leistungserbringung und damit die Krankenhausversorgung. Es ersetzt damit ganz oder teilweise die Krankenhausplanung. Systemimmanent kommt es dabei zu einer Leistungsverdichtung in einer reduzierten Zahl von Krankenhäusern und zu einer Verlagerung von leichten Fällen in den ambulanten Bereich mit der Konsequenz einer zum Teil erheblichen Bettenreduktion.“<sup>2</sup>*

Die Einführung des G-DRG-Systems wird sicherlich nicht ohne Auswirkungen auf die Krankenhausplanung bleiben. Wie diese Änderungen aussehen werden, ist zum momentanen Zeitpunkt sicherlich schwierig vorherzusagen und wird kontrovers diskutiert.

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat in den Monaten September bis Dezember 2003 eine Expertenbefragung<sup>3</sup> zum Thema Krankenhausplanung durchgeführt. Im Rahmen dieser Befragung wurden bestehende Vorschläge erfasst und analysiert, um Lösungsansätze für die Entwicklung der Krankenhausplanung aufzuzeigen.<sup>4</sup> Der Fragebogen bestand aus vorformulierten Statements zu den Themenbereichen Neuorientierung der Krankenhausplanung,

---

<sup>2</sup> Beske, F.: führen & wirtschaften im Krankenhaus 17 (2000) 3

<sup>3</sup> Es wurden die für die Krankenhausplanung verantwortlichen Mitarbeiter von Krankenhasträgern, Kostenträgern, Gesundheits- und Sozialministerien der Länder und der Ärztekammern befragt.

<sup>4</sup> Von 112 angeschriebenen Experten haben 57 den ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 50,9 Prozent.

staatlicher Sicherstellungsauftrag, Krankenhausplanung als Rahmenplanung, methodische Überlegungen und Investitionsfinanzierung. Die Experten wurden gebeten anzugeben, inwieweit sie dem jeweiligen Statement zustimmen. [Lit. 19]

- *„Die eher angebotsorientierte Krankenhausplanung, wie sie gegenwärtig in allen Bundesländern vorgenommen wird, bedarf im Hinblick auf die Einführung des DRG-Systems einer weitgehenden Neuorientierung.“*  
Dieses Statement fand die deutlichste Zustimmung bei den Führungskräften der Krankenhäuser. Auch die Experten aus den Ministerien zeigten sich offen gegenüber einer Neuorientierung der Krankenhausplanung, waren jedoch nur bedingt der Meinung, dass diese „weitgehend“ sein müsse.
- *„Der staatliche Sicherstellungsauftrag ist weiterhin erforderlich, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.“*  
Dieses Statement erfuhr volle Zustimmung bei den Experten aus dem Bereich der Ministerien, während sich die Experten aus dem Bereich Kostenträger durchaus auch andere Formen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung vorstellen können, da eine wirtschaftliche und zum Teil auch eine bedarfsgerechte Versorgung mit dem Sicherstellungsauftrag in Zielkonflikt stehen kann.
- *„Der staatliche Sicherstellungsauftrag muss in einem DRG-System auch die finanziellen Folgen (z. B. Betriebskostenzuschüsse) beinhalten.“*  
Die Aussage wurde von den Experten aus den Ministerien deutlich abgelehnt; von den Experten der Ärztekammer kam deutliche Zustimmung.
- *„Der staatliche Sicherstellungsauftrag sollte sich im Wesentlichen auf die wohnortnahe Versorgung beziehen.“*  
Dieser Aussage wurde von allen Expertengruppen nur bedingt zugestimmt.
- *„Die Krankenhausplanung sollte sich auf Aussagen zur Ebene der Kreise / kreisfreien Städte beschränken und auf eine Ausweisung einzelner Standorte verzichten.“ bzw. „Wegen der notwendigen Planungssicherheit für die Krankenhausträger und für die Kostenträger sollten konkrete Festlegungen (z. B. Fachabteilungen) für die einzelnen Krankenhäuser erfolgen.“*  
Eine standortunabhängige Rahmenplanung wurde am deutlichsten von den Experten der Krankenhausträger und der Ministerien abgelehnt. Die Experten aus dem Bereich der Kostenträger zeigten sich bei diesen Aussagen größtenteils unentschieden.
- *„Modifikationen der Krankenhausplanung sind im Hinblick auf das DRG-System ohne Weiteres möglich, ohne die derzeitige Praxis insgesamt in Frage zu stellen.“*  
Diese Aussage erfuhr deutliche Zustimmung. Die Experten der Krankenkassen gaben allerdings an, dass sie die Modifikationen als nicht ausreichend ansehen.

- *„Basis der Krankenhausplanung sollte eine regionalisierte Bedarfsanalyse (für Versorgungsregionen) unter Berücksichtigung komplementärer (ambulanter, rehabilitativer, pflegerischer) Leistungsbereiche sein.“*  
Dieses Statement erhielt eine sehr deutliche Zustimmung, wobei die Umsetzung des Versorgungsbedarfs durch eine Krankenhausplanung deutlich bevorzugt wurde gegenüber einer Umsetzung in Form von Versorgungsverträgen zwischen Kostenträgern und Krankenhausträgern.
- *„Die Investitionsfinanzierung sollte neu geordnet, aber grundsätzlich mit der Krankenhausplanung verbunden bleiben.“*  
Dieses Statement war verbunden mit der Prämisse, dass es weiterhin eine duale Krankenhausfinanzierung geben wird.  
Dieser Aussage wurde von allen Expertengruppen zugestimmt.
- *„Die Pauschalförderung [§ 9 Abs. 3 KHG] sollte sich nicht an Betten und Versorgungsstufen, sondern ausschließlich an Leistungen (z. B. Art und Anzahl abgerechneter Fallpauschalen) orientieren.“*  
Dieses Statement erhielt insgesamt eine recht hohe Zustimmung, wobei die Experten der Krankenhausträger eher zurückhaltend waren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Expertenbefragung des DKI gezeigt hat, dass größere Veränderungen und Weiterentwicklungen der Krankenhausplanung, die das DRG-System in Zukunft vielleicht erfordern könnte, zur Zeit keine ausreichende Zustimmung bei allen an der Krankenhausplanung beteiligten Gruppen finden.

Der AOK-Bundesverband hat sich anlässlich eines Presseseminars im Juni 2003 [Lit. 16] die Frage gestellt, wie es nach der Einführungsphase der DRGs ab 2007 weitergeht. Da vom Gesetzgeber bisher nur die Zeit bis zum 31. Dezember 2006 geregelt ist, könnten sich bezüglich des Ordnungsrahmens nach diesem Übergangszeitraum folgende Fragen stellen:

- Wird die staatliche Bettenplanung durch eine Leistungsplanung der Krankenkassen ersetzt?
- Wird die duale Finanzierung zugunsten einer monistischen Finanzierung aufgegeben?
- Werden gemeinsame einheitliche Budgetverhandlungen durch bilaterale Verhandlungen abgelöst?

Der AOK-Bundesverband vertritt bei der Beantwortung dieser Fragen die Auffassung, dass nicht vollständig auf den staatlichen Sicherstellungsauftrag für stationäre Versorgung verzichtet werden sollte, d. h. die Krankenkassen sollten durchaus einem gewissen Kontra-

hierungszwang unterworfen werden, bestimmte Mindestleistungsmengen festgelegt werden. Den Krankenkassen solle es jedoch freigestellt werden, mit welchen Einrichtungen diese Versorgung gewährleistet wird. Die Vorgabe detaillierter Mindestmengen berge jedoch die Gefahr, dass bestehende Überkapazitäten fortgeschrieben werden. Dem könne entgegengewirkt werden zum einen durch eine grundsätzlich neue Beurteilung der dualen Finanzierung (d. h. keine getrennte Verantwortung für Investitionen und Betriebskosten, sondern eine Form von freier Wirtschaftsförderung), zum anderen durch bundesweite Vorgaben für bestimmte Regionstypen. Im Bereich der Rehabilitation sei dies bereits verwirklicht: Es gäbe dort keine staatliche Planung, die Finanzierung sei monistisch und die Vergütungsverhandlungen seien kassenspezifisch. Der AOK-Bundesverband stellt sich vor, dass ab 2007 die Bettenplanung sukzessive durch patientenorientierte Vorgaben für die Krankenkassen ersetzt wird.

Bruckenberger [Lit. 4] ist der Ansicht, dass „die Krankenhausbedarfsplanung der Länder in dem Maße zurückgedrängt [wird], wie die Steuerung der Kapazitäten über administrierte Festpreise nach Maßgabe der diagnosebezogenen Fallpauschalen Platz greift“. Auch das Fallpauschalengesetz (FPG) habe nichts an der Regelung des KHG geändert, dass der uneingeschränkte Sicherstellungsauftrag der Länder für die stationäre Versorgung die Verpflichtung zur Vorhaltung und zur Genehmigung des Betriebs, nicht jedoch die Planung der darin erbrachten Leistungen umfasse. Die Krankenhausplanung sei weiterhin eine Rahmenplanung, da sie den Rahmen für die zu erbringenden Leistungen vorgibt.

Als ein ordnungspolitisches Manko bezeichnet Bruckenberger die Tatsache, dass das Fallpauschalensystem eine sektorale Lösung ist, die auf die Finanzierung und Steuerung innerhalb des Krankenhaussektors beschränkt ist. Darüber hinaus werde das neue Finanzierungssystem auf der Basis von Festpreispauschalen eingeführt, ohne dass die Frage der künftigen Finanzierung der Investitions- beziehungsweise Vorhaltekosten der Krankenhäuser und die Wirkungen auf vor- und nachgelagerte Versorgungssektoren abschließend geklärt worden sind. Dies gelte insbesondere für die durch das DRG-System bewirkten Verlagerungen von Aufgabenkomplexen in die ambulante Versorgung und teilweise auch in die nachgelagerten Sektoren der Rehabilitation und der Pflege.

## 9.6 Methodik des Instituts für Gesundheits-System-Forschung

Da - zumindest zum jetzigen Zeitpunkt - für Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin kein pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt wurde, hat die IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH (IGSF GmbH) im vorliegenden Gutachten sein komplexes Bewertungsverfahren, das sich bereits bei der Krankenhausbedarfsplanung für mehrere Bundesländer bewährt hat, in einer den Besonderheiten der Psychotherapeutischen Medizin angepassten Form angewendet.

Das komplexe Bewertungsverfahren der IGSF GmbH kombiniert verschiedene Methoden zur Bedarfsermittlung im Rahmen der Krankenhausplanung und bezieht alle für die Krankenhausplanung relevanten Faktoren in seine Überlegungen ein.

Grundlage ist eine Strukturanalyse der bestehenden Krankenhausversorgung und komplementären Versorgungsangebote im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin unter Einbeziehung der gegenwärtigen Bevölkerungsstruktur.

Zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin werden die Auswirkungen folgender Einflussfaktoren eingeschätzt:

- Stand und mögliche Entwicklung des medizinischen Fortschritts und der Morbiditätsentwicklung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin unter Einbeziehung von Expertenmeinungen
- Neue Behandlungsformen und deren Einfluss auf Fallzahl und Verweildauer im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin
- Neue Organisationsformen und deren Einfluss auf den Bedarf für Krankenhausbehandlung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin.

Ausgangsbasis für die Bedarfsermittlung sind Angaben des Hessischen Landesamtes für Statistik zu den Struktur- und Diagnosedaten der Krankenhäuser. In die Prognose der zukünftigen Fallzahl fließt weiterhin die voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungszahl in Hessen ein. Ausgehend von der prognostizierten Fallzahl und weiteren Annahmen zur Morbiditätsentwicklung sowie der geschätzten Verweildauer wird der Bettenbedarf für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin für das Jahr 2010 errechnet.

## **10        Voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin**

### **10.1      Prognose der Bedarfsentwicklung aus demografischer Sicht**

Die Kenntnis demografischer Daten ist für gesundheitspolitische Entscheidungen unerlässlich, da die Krankheitshäufigkeit und damit die Nachfrage nach Krankenhausleistungen zu einem großen Teil von der Bevölkerungszahl und der Bevölkerungsstruktur bestimmt wird. Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur infolge steigender oder abnehmender Geburtenzahlen, verlängerter Lebenserwartung und positiver oder negativer Wanderungssalden ist eine der Grundlagen für die Krankenhausplanung.

Die IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH (IGSF GmbH) hat bei der Berechnung der Krankenhaushäufigkeit nicht nur die in den Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin behandelten Fälle, sondern alle Fälle in hessischen Krankenhäusern aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin einbezogen. Diese Vorgehensweise resultiert aus der fachlichen Notwendigkeit, wenn ein umfassendes Gesamtbild der Versorgung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin für ein Bundesland ermittelt werden soll.

Nicht erfasst werden kann die Zahl der Patienten, die mit einer somatischen Diagnose aus dem Krankenhaus entlassen werden, hinter der sich eine Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin verbirgt. Die Zahl dieser Patienten wird auf bis zu 30 Prozent geschätzt. [Lit. 12]

In Kapitel 5 dieses Gutachtens wurde die Krankenhaushäufigkeit im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin auf Kreisebene, auf Ebene der Versorgungsgebiete und für Hessen gesamt ermittelt. Die auf Kreisebene ermittelte Krankenhaushäufigkeit erlaubt keine Aussagen über die Häufigkeit bestimmter Diagnosen bei der Wohnbevölkerung des jeweiligen Kreises. Die Krankenhaushäufigkeit wird hier maßgeblich dadurch beeinflusst, ob sich in dem betrachteten Kreis ein Krankenhaus mit einer Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder ein entsprechendes Fachkrankenhaus befindet oder nicht. Wie die Auswertung der Einzugsgebietsstatistik gezeigt hat, ist es jedoch durchaus sinnvoll, eine Prognose der Bedarfsentwicklung nicht nur für das Land Hessen insgesamt, sondern für die einzelnen Versorgungsgebiete durchzuführen. Im Durchschnitt kamen 76,4 Prozent der Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin aus dem eigenen Versorgungsgebiet.

### 10.1.1 Bevölkerungsvorausberechnung für Hessen mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhaufälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin

Das Hessische Statistische Landesamt hat am 30. Juni 2004 die Daten zur demografischen Entwicklung in Hessen bis 2050 veröffentlicht<sup>5</sup>. Ziel der Bevölkerungsvorausberechnung ist die Berechnung von Zahlen, Altersstruktur und räumlicher Verteilung der Bevölkerung. Das hessische Modell beinhaltet drei Varianten (untere, mittlere und obere), die sich nur im Hinblick auf die Annahme zur Zuwanderung aus dem Ausland unterscheiden. Die untere Variante geht von einer Nettozuwanderung von jährlich 6 000 Personen und die mittlere Variante von jährlich 12 000 Personen bis 2050 aus. Die obere Variante nimmt bis 2010 eine jährliche Nettozuwanderung von 12 000 und von 2011 bis 2050 eine jährliche Nettozuwanderung von 18 000 Personen an. Die folgenden Annahmen und Basisdaten gelten für alle drei Varianten:

- *Binnenwanderung*: Die Zuzüge aus den neuen Ländern nehmen ab. Ab 2021 sind Zuzüge und Fortzüge ausgeglichen.
- *Wanderung innerhalb Hessens*: Es kommt zu einem Absinken der Mobilität von 12 700 im Jahr 2004 auf 600 im Jahr 2050.
- *Altersstruktur und räumliche Verteilung der Wanderungsbewegungen* verhalten sich entsprechend der Entwicklung von 1988 bis 2002.

---

<sup>5</sup> <http://www.statistik-hessen.de/>

Tabelle 5 zeigt die Entwicklung der Bevölkerung in Hessen bis zum Jahr 2020 bzw. 2050 bei Zugrundelegung der drei verschiedenen Modellvarianten.

Tabelle 5 Bevölkerung in Hessen 2020 und 2050 gemäß unterer, mittlerer und oberer Variante der Modellrechnung

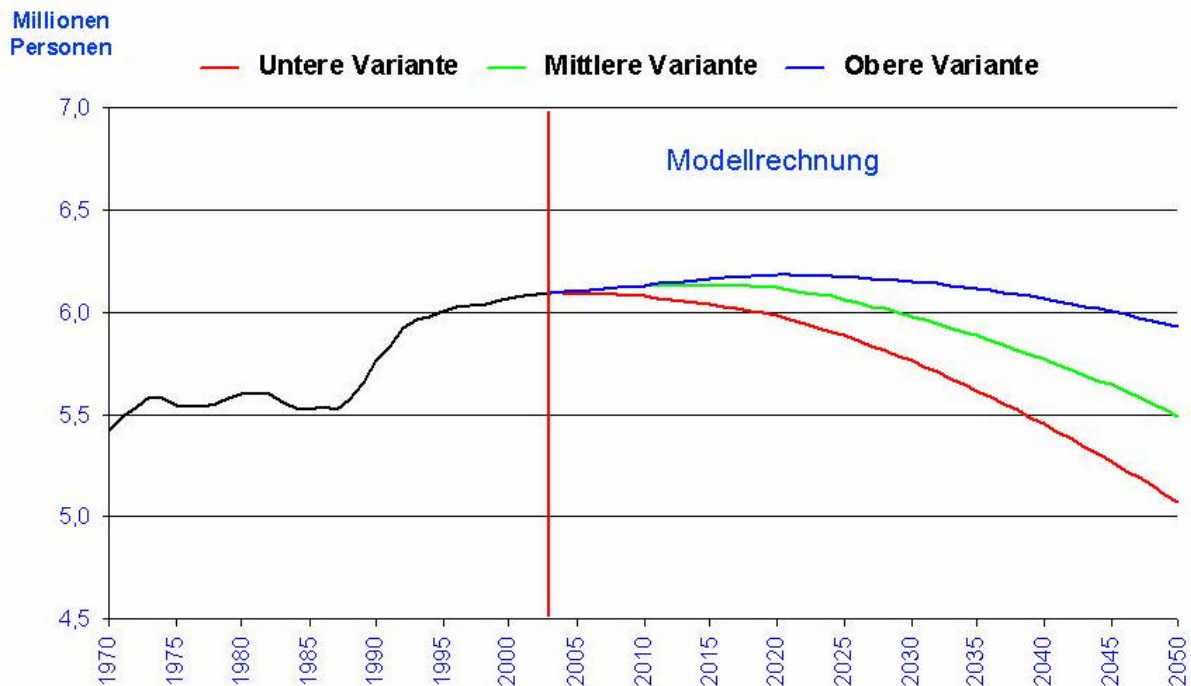
Variante	Jahr	
	2020	2050
<b>Untere Variante</b>		
Bevölkerungszahl	5 984 666	5 065 820
Veränderung zu 2003 in Prozent	- 1,7	- 16,8
<b>Mittlere Variante</b>		
Bevölkerungszahl	6 121 763	5 493 726
Veränderung zu 2003 in Prozent	0,5	- 9,8
<b>Obere Variante</b>		
Bevölkerungszahl	6 184 260	5 928 487
Veränderung zu 2003 in Prozent	1,6	- 2,6

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: Bevölkerung in Hessen 2050. Die demografische Entwicklung in Hessen bis 2050



Abbildung 4 veranschaulicht die Bevölkerungsentwicklung in Hessen von 1977 bis 2050. Für den Zeitraum nach 2003 ist der unterschiedliche Verlauf der drei Varianten der Modellrechnung dargestellt.

Abbildung 4 Bevölkerungsentwicklung in Hessen 1977 bis 2050



Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: Bevölkerung in Hessen 2050. Die demografische Entwicklung in Hessen bis 2050

Die IGFS GmbH legt bei ihren Berechnungen die Daten der mittleren Variante des Modells zur Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde.

Nach der Vorausberechnung des Hessischen Statistischen Landesamtes (mittlere Variante) wird die Zahl der Einwohner in Hessen bis zum Jahr 2014 steigen und danach wieder sinken, wobei die Entwicklung in den einzelnen Kreisen unterschiedlich verlaufen wird.

Als Ausgangsbasis für die Berechnung der Krankenhaushäufigkeit legt die IGFS GmbH den Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2002 zugrunde, da zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung die Diagnosedaten der Krankenhauspatienten für das Jahr 2003 noch nicht vorlagen. Es standen nur die Daten des Jahres 2002 zur Verfügung.

Für die Krankenhausplanung ist insbesondere die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Altersgruppen von Bedeutung. In Tabelle 6 sind der Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2002 und die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung für Hessen (mittlere Variante)

zwischen 2005 und 2050 nach Altersgruppe in absoluten Zahlen und in Prozent der Bevölkerung ausgewiesen.

Tabelle 6 Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für Hessen 2005 bis 2050

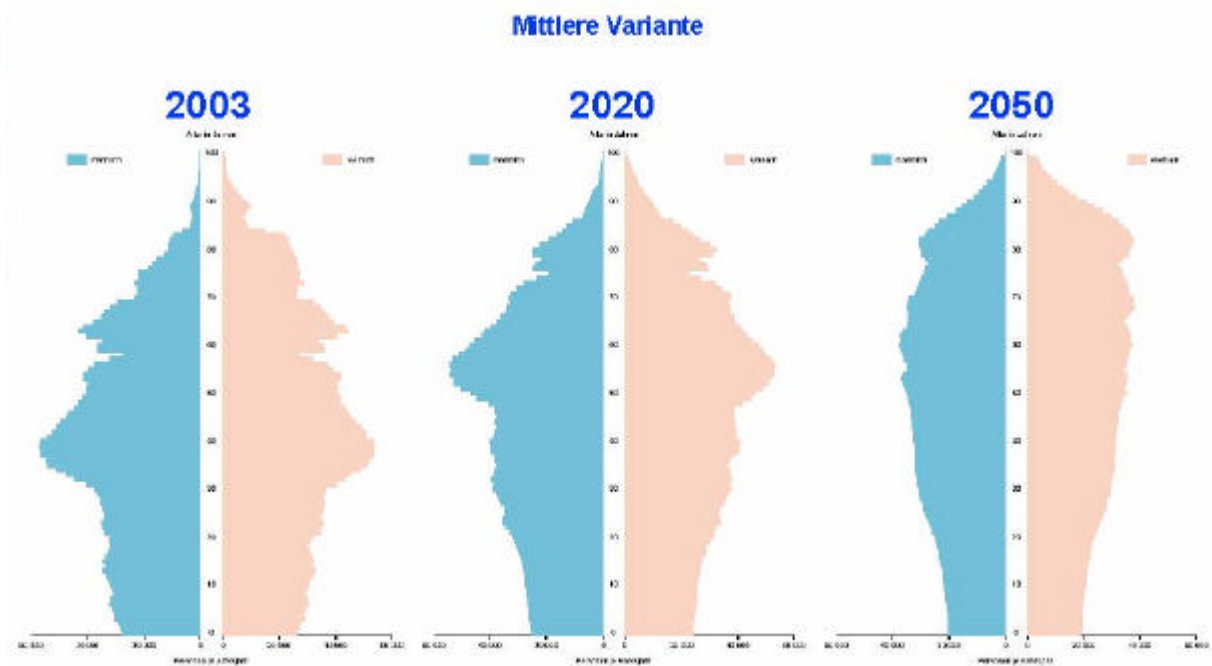
Jahr		Altersgruppe				Gesamt
		bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
2002	absolut	927 331	2 529 524	1 584 536	1 050 227	6 091 618
	in Prozent	15,2	41,5	26,0	17,2	100,0
2005	absolut	892 931	2 483 869	1 592 723	1 134 801	6 104 324
	in Prozent	14,6	40,7	26,1	18,6	100,0
2010	absolut	846 424	2 333 681	1 753 936	1 193 699	6 127 740
	in Prozent	13,8	38,1	28,6	19,5	100,0
2015	absolut	800 215	2 195 235	1 872 674	1 265 011	6 133 135
	in Prozent	13,0	35,8	30,5	20,6	100,0
2020	absolut	778 501	2 140 321	1 858 483	1 344 458	6 121 763
	in Prozent	12,7	35,0	30,4	22,0	100,0
2030	absolut	727 431	1 988 577	1 641 945	1 622 054	5 980 007
	in Prozent	12,2	33,3	27,5	27,1	100,0
2040	absolut	664 333	1 846 062	1 489 074	1 769 962	5 769 431
	in Prozent	11,5	32,0	25,8	30,7	100,0
2050	absolut	619 338	1 719 182	1 409 697	1 745 509	5 493 726
	in Prozent	11,3	31,3	25,7	31,8	100,0

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 6 geht hervor, dass die Bevölkerung in Hessen von 6,09 Millionen im Jahr 2002 zunächst auf 6,13 Millionen im Jahr 2015 steigt und dann kontinuierlich auf 5,49 Millionen im Jahr 2050 zurückgeht. Der Anteil der Personen in der Altersgruppe bis unter 15 Jahre sinkt von 15,2 Prozent im Jahr 2002 auf 13,0 Prozent im Jahr 2015 und 11,3 Prozent im Jahr 2050. In der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt der Anteil von 41,5 Prozent im Jahr 2002 auf 35,8 Prozent im Jahr 2015 und 31,3 Prozent im Jahr 2050. Der Anteil der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre steigt von 26,0 Prozent 2002 auf 30,5 Prozent im Jahr 2015 und sinkt dann auf 25,7 Prozent im Jahr 2050. Der Anteil der Altersgruppe 65 Jahre und älter steigt kontinuierlich von 17,2 Prozent 2002 auf 20,6 Prozent im Jahr 2015 und 31,8 Prozent im Jahr 2050.

Zur Veranschaulichung ist in Abbildung 5 der Altersaufbau der Bevölkerung in Hessen im Jahr 2003 und eine Prognose des Altersaufbaus für die Jahre 2020 und 2050 dargestellt. Für 2020 und 2050 wurde wiederum die mittlere Variante der Bevölkerungsvorausberechnung des Hessischen Statistischen Landesamtes zugrunde gelegt.

Abbildung 5 Altersstruktur der Bevölkerung in Hessen 2003, 2020 und 2050



Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: Bevölkerung in Hessen 2050. Die demografische Entwicklung in Hessen bis 2050

Aus der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung und der Krankenhaushäufigkeit lässt sich die Zahl der Krankenhausfälle, die für den Prognosezeitraum erwartet wird, ermitteln. Mit Krankenhaushäufigkeit wird die Zahl der Krankenhausfälle/10 000 Einwohner bezeichnet.

In Tabelle 7 sind die Fallzahl im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin - getrennt nach Schwerpunktdiagnosen und Grenzbereichen zur Psychiatrie - im Jahr 2002 und die erwartete Zahl von Krankenhausfällen für das Jahr 2010 ausgewiesen. Den prognostizierten Fallzahlen liegen die Bevölkerungsvorausberechnung und die Krankenhaushäufigkeit der Diagnosestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes für das Jahr 2002 in den verschiedenen Altersgruppen zugrunde.

Tabelle 7 Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin in Hessen. Summierte Werte aus der Diagnosestatistik

Ist / Prognose	Altersgruppe				Gesamt
	bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
<b>Schwerpunktdiagnosen</b>					
31.12.2002	595	5 556	2 270	983	<b>9 404</b>
31.12.2010	543	5 126	2 513	1 117	<b>9 299</b>
<b>Diagnosen Grenzbereiche zur Psychiatrie</b>					
31.12.2002	77	5 706	4 221	3 036	<b>13 040</b>
31.12.2010	70	5 264	4 672	3 451	<b>13 457</b>
<b>Diagnosen Psychotherapeutische Medizin</b>					
31.12.2002	672	11 262	6 491	4 019	<b>22 444</b>
31.12.2010	613	10 390	7 185	4 568	<b>22 756</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 7 geht hervor, dass allein aufgrund der Bevölkerungsentwicklung, d. h. ohne Berücksichtigung morbiditätsbedingter Einflussfaktoren, die Zahl der Krankenhausfälle im Diagnosespektrum der Psychotherapeutische Medizin in Hessen von 22 444 im Jahr 2002 auf 22 756 im Jahr 2010 steigen wird. In der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre ist mit einem Anstieg von 6 491 Fällen im Jahr 2002 auf 7 185 Fälle im Jahr 2010 und in der Altersgruppe 65 Jahre und älter mit einem Anstieg von 4 019 Fällen im Jahr 2002 auf 4 568 Fälle im Jahr 2010 zu rechnen. Dies entspricht einem Anstieg um rund 10,7 bzw. 13,7 Prozent. In der Altersgruppe bis unter 15 Jahre sinkt die Fallzahl von 672 auf 613 im Jahr 2010, ein Rückgang um 8,8 Prozent. Auch in der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt die Fallzahl von 11 262 auf 10 390 im Jahr 2010 und damit um 7,7 Prozent.

Bis zum Jahr 2010 wird der Rückgang der Fallzahl in den Altersgruppe bis unter 45 Jahre durch die Zunahme der Fallzahl in den Altersgruppen 45 bis unter 65 Jahre und 65 Jahre und älter überkompensiert.

In den folgenden Abschnitten ist die Prognose der Fallzahl im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin auf Ebene der Versorgungsgebiete dargestellt. Die Summe der auf dieser Ebene ermittelten Fallzahlen weicht aufgrund der vorgenommene Rundungen von der prognostizierten Fallzahl für das Land Hessen um 23 Fälle ab.

### 10.1.2 Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Kassel mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhaufälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin

Zum Versorgungsgebiet Kassel gehören die kreisfreie Stadt Kassel, der Landkreis Kassel, der Schwalm-Eder-Kreis, der Landkreis Waldeck-Frankenberg und der Werra-Meißner Kreis.

Tabelle 8 zeigt den Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2002 und die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung (mittlere Variante) für das Versorgungsgebiet Kassel zwischen 2005 und 2050 nach Altersgruppe in absoluten Zahlen und in Prozent der Bevölkerung.

Tabelle 8 Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Kassel 2005 bis 2050

Jahr		Altersgruppe				Gesamt
		bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
2002	absolut	138 996	363 364	238 789	174 624	915 773
	in Prozent	15,2	39,7	26,1	19,1	100,0
2005	absolut	131 446	353 554	238 946	187 909	911 855
	in Prozent	14,4	38,8	26,2	20,6	100,0
2010	absolut	121 450	331 032	260 759	193 261	906 502
	in Prozent	13,4	36,5	28,8	21,3	100,0
2015	absolut	114 091	308 819	274 561	201 583	899 054
	in Prozent	12,7	34,3	30,5	22,4	100,0
2020	absolut	111 532	299 306	267 169	212 211	890 218
	in Prozent	12,5	33,6	30,0	23,8	100,0
2030	absolut	103 427	278 262	227 752	246 858	856 299
	in Prozent	12,1	32,5	26,6	28,8	100,0
2040	absolut	92 074	252 231	208 098	260 900	813 303
	in Prozent	11,3	31,0	25,6	32,1	100,0
2050	absolut	84 527	230 180	198 475	249 767	762 949
	in Prozent	11,1	30,2	26,0	32,7	100,0

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 8 geht hervor, dass der Anteil der Personen in der Altersgruppe bis unter 15 Jahre von 2002 bis 2005 von 15,2 auf 14,4 Prozent zurückgeht. Bis zum Jahr 2010 sinkt der Anteil dann auf 13,4 Prozent. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 138 996 im Jahr 2002 auf 131 446 im Jahr 2005 und 121 450 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt von 39,7 Prozent im Jahr 2002 auf 38,8 Prozent im Jahr 2005 und dann auf 36,5 Prozent im Jahr 2010. Die absolute Bevölkerungszahl dieser Altersgruppe beträgt 363 364 im Jahr 2002. Bis zum Jahr 2005 nimmt die Zahl auf 353 554 und bis zum Jahr 2010 auf 331 032 ab. Der Anteil der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre nimmt geringfügig zu von 26,1 Prozent im Jahr 2002 auf 26,2 Prozent im Jahr 2005 und 28,8 Prozent im Jahr 2010, in absoluten Zahlen eine Zunahme von 238 789 auf 238 946 im Jahr 2005 und auf 260 759 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 65 Jahre und älter nimmt von 2002 mit 19,1 Prozent kontinuierlich zu bis auf 20,6 Prozent im Jahr 2005 und auf 21,3 Prozent im Jahr 2010. Dies bedeutet in absoluten Zahlen, dass die Bevölkerung in dieser Altersgruppe von 174 624 im Jahr 1999 auf 187 909 im Jahr 2005 und auf 193 261 im Jahr 2010 steigt.

In Tabelle 9 sind die Fallzahl im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin - getrennt nach Schwerpunktdiagnosen und Grenzbereichen zur Psychiatrie - im Jahr 2002 und die erwartete Zahl von Krankenhausfällen für das Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Kassel ausgewiesen. Den prognostizierten Fallzahlen liegen die Bevölkerungsvorberechnung und die Krankenhaushäufigkeit der Diagnosestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes für das Jahr 2002 in den verschiedenen Altersgruppen zugrunde.

Tabelle 9 Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Kassel. Summierte Werte aus der Diagnosestatistik

Ist / Prognose	Altersgruppe				Gesamt
	bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
<b>Schwerpunktdiagnosen</b>					
31.12.2002	76	1 004	458	232	<b>1 770</b>
31.12.2010	66	915	500	257	<b>1 738</b>
<b>Diagnosen Grenzbereiche zur Psychiatrie</b>					
31.12.2002	9	949	718	645	<b>2 321</b>
31.12.2010	8	865	784	714	<b>2 371</b>
<b>Diagnosen Psychotherapeutische Medizin</b>					
31.12.2002	85	1 953	1 176	877	<b>4 091</b>
31.12.2010	74	1 780	1 284	971	<b>4 109</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 9 geht hervor, dass allein aufgrund der Bevölkerungsentwicklung, d. h. ohne Berücksichtigung morbiditätsbedingter Einflussfaktoren, die Zahl der Krankenhausfälle im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Kassel von 4 091 im Jahr 2002 auf 4 109 im Jahr 2010 steigen wird. In der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre ist mit einem Anstieg von 1 176 Fällen im Jahr 2002 auf 1 284 Fälle im Jahr 2010 und in der Altersgruppe 65 Jahre und älter mit einem Anstieg von 877 Fällen 2002 auf 971 Fälle 2010 zu rechnen, ein Anstieg um rund 9,2 bzw. 10,7 Prozent. In der Altersgruppe bis unter 15 Jahre sinkt die Fallzahl von 85 auf 74 im Jahr 2010, ein Rückgang um 12,9 Prozent. Auch in der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt die Fallzahl von 1 953 auf 1 779 im Jahr 2010 und damit um 8,9 Prozent.

Durch die Zunahme der Fallzahl in den Altersgruppen 45 bis unter 65 Jahre und 65 Jahre und älter wird der Rückgang der Fallzahl in den Altersgruppen unter 45 Jahre überkompensiert.

### 10.1.3 Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhaufälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin

Zum Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld gehören der Landkreis Fulda, der Landkreis Hersfeld-Rotenburg und der Vogelsbergkreis.

Tabelle 10 zeigt den Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2002 und die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung (mittlere Variante) für das Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld zwischen 2005 und 2050 nach Altersgruppe in absoluten Zahlen und in Prozent der Bevölkerung.

Tabelle 10 Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld 2005 bis 2050

Jahr		Altersgruppe				Gesamt
		bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
2002	absolut	75 625	186 032	115 523	88 956	466 136
	in Prozent	16,2	39,9	24,8	19,1	100,0
2005	absolut	71 265	181 984	116 527	95 405	465 181
	in Prozent	15,3	39,1	25,0	20,5	100,0
2010	absolut	65 734	171 906	130 893	95 530	464 063
	in Prozent	14,2	37,0	28,2	20,6	100,0
2015	absolut	61 547	162 609	139 747	98 251	462 154
	in Prozent	13,3	35,2	30,2	21,3	100,0
2020	absolut	61 175	158 510	136 095	104 287	460 067
	in Prozent	13,3	34,5	29,6	22,7	100,0
2030	absolut	58 778	148 795	116 434	124 031	448 038
	in Prozent	13,1	33,2	26,0	27,7	100,0
2040	absolut	51 995	134 978	110 041	133 095	430 109
	in Prozent	12,1	31,4	25,6	30,9	100,0
2050	absolut	46 290	124 115	106 772	128 591	405 768
	in Prozent	11,4	30,6	26,3	31,7	100,0

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“; eigene Berechnungen



Aus Tabelle 10 geht hervor, dass der Anteil der Personen in der Altersgruppe bis unter 15 Jahre bis 2005 von 16,2 auf 15,3 Prozent zurückgeht. Bis zum Jahr 2010 sinkt der Anteil dann auf 14,2 Prozent. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 75 625 im Jahr 2002 auf 71 265 im Jahr 2005 und 65 734 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt von 39,9 Prozent im Jahr 2002 auf 39,1 Prozent im Jahr 2005 und 37,0 Prozent im Jahr 2010. Die absolute Bevölkerungszahl dieser Altersgruppe betrug 186 032 im Jahr 2002. Bis zum Jahr 2005 sinkt die Zahl auf 181 984 und bis zum Jahr 2010 auf 171 906 ab. Der Anteil der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre steigt von 24,8 Prozent im Jahr 2002 auf 25,0 Prozent im Jahr 2005 und 28,2 Prozent im Jahr 2010; in absoluten Zahlen eine Zunahme von 115 523 auf 116 527 im Jahr 2005 und 130 893 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 65 Jahre und älter nimmt von 2002 mit 19,1 Prozent zu bis auf 20,5 Prozent im Jahr 2005 und 20,6 Prozent im Jahr 2010. Dies bedeutet in absoluten Zahlen, dass die Bevölkerung in dieser Altersgruppe von 88 956 im Jahr 2002 auf 95 405 im Jahr 2005 und auf 95 530 im Jahr 2010 steigt.

In Tabelle 11 sind die Fallzahl im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin - getrennt nach Schwerpunktdiagnosen und Grenzbereichen zur Psychiatrie - im Jahr 2002 und die erwartete Zahl von Krankenhausfällen für das Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld ausgewiesen. Den prognostizierten Fallzahlen liegen die Bevölkerungsvorausberechnung und die Krankenhaushäufigkeit der Diagnosestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes für das Jahr 2002 in den verschiedenen Altersgruppen zugrunde.

Tabelle 11 Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld. Summierte Werte aus der Diagnosestatistik

Ist / Prognose	Altersgruppe				Gesamt
	bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
<b>Schwerpunktdiagnosen</b>					
31.12.2002	49	297	114	73	<b>533</b>
31.12.2010	43	274	129	78	<b>524</b>
<b>Diagnosen Grenzbereiche zur Psychiatrie</b>					
31.12.2002	2	281	186	177	<b>646</b>
31.12.2010	2	260	211	190	<b>663</b>
<b>Diagnosen Psychotherapeutische Medizin</b>					
31.12.2002	51	578	300	250	<b>1 179</b>
31.12.2010	45	534	340	268	<b>1 187</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“; eigene Berechnungen

Tabelle 11 zeigt, dass allein aufgrund der Bevölkerungsentwicklung, d. h. ohne Berücksichtigung morbiditätsbedingter Einflussfaktoren, die Zahl der Krankenhaufälle im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld von 1 179 im Jahr 2002 auf 1 187 im Jahr 2010 steigen wird. In der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre ist mit einem Anstieg von 300 Fällen im Jahr 2002 auf 340 Fälle im Jahr 2010 und in der Altersgruppe 65 Jahre und älter mit einem Anstieg von 250 Fällen 2002 auf 268 Fälle 2010 zu rechnen, ein Anstieg um rund 13,3 bzw. 7,2 Prozent. In der Altersgruppe bis unter 15 Jahre sinkt die Fallzahl von 51 auf 45 im Jahr 2010, ein Rückgang um 11,8 Prozent. Auch in der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt die Fallzahl von 578 auf 534 im Jahr 2010 und damit um 7,6 Prozent.

Durch die Zunahme der Fallzahl in den Altersgruppen 45 bis unter 65 Jahre und 65 Jahre und älter wird der Rückgang der Fallzahl in den Altersgruppen unter 45 Jahre überkompensiert.

### 10.1.4 Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Gießen-Marburg mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhaufälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin

Zum Versorgungsgebiet Gießen-Marburg gehören der Wetteraukreis, der Landkreis Gießen, der Lahn-Dill-Kreis und der Landkreis Marburg-Biedenkopf.

Tabelle 12 zeigt den Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2002 und die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung (mittlere Variante) für das Versorgungsgebiet Gießen-Marburg zwischen 2005 und 2050 nach Altersgruppe in absoluten Zahlen und in Prozent der Bevölkerung.

Tabelle 12 Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Gießen-Marburg 2005 bis 2050

Jahr	Altersgruppe				Gesamt	
	bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter		
2002	absolut	170 011	453 622	266 285	180 055	1 069 973
	in Prozent	15,9	42,4	24,9	16,8	100,0
2005	absolut	161 611	444 785	272 609	195 854	1 074 859
	in Prozent	15,0	41,4	25,4	18,2	100,0
2010	absolut	151 427	416 276	311 356	204 557	1 083 616
	in Prozent	14,0	38,4	28,7	18,9	100,0
2015	absolut	142 698	395 995	334 090	216 759	1 089 542
	in Prozent	13,1	36,3	30,7	19,9	100,0
2020	absolut	140 612	391 197	328 282	233 037	1 093 128
	in Prozent	12,9	35,8	30,0	21,3	100,0
2030	absolut	134 171	366 688	283 381	291 501	1 075 741
	in Prozent	12,5	34,1	26,3	27,1	100,0
2040	absolut	120 375	335 333	269 373	316 145	1 041 226
	in Prozent	11,6	32,2	25,9	30,4	100,0
2050	absolut	111 504	310 317	259 763	311 130	992 714
	in Prozent	11,2	31,3	26,2	31,3	100,0

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 12 geht hervor, dass der Anteil der Personen in der Altersgruppe bis unter 15 Jahre von 2002 bis 2005 von 15,9 auf 15,0 Prozent zurückgeht. Bis zum Jahr 2010 sinkt der Anteil weiter auf 14,0 Prozent. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 170 011 im Jahr 2002 auf 161 611 im Jahr 2005 und 142 698 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt von 42,4 Prozent im Jahr 2002 auf 41,4 Prozent im Jahr 2005 und 38,4 Prozent im Jahr 2010. Die absolute Bevölkerungszahl dieser Altersgruppe betrug 453 622 im Jahr 2002. Bis zum Jahr 2005 nimmt die Zahl auf 444 785 und bis zum Jahr 2010 auf 416 279 ab. Der Anteil der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre steigt von 24,9 Prozent im Jahr 2002 auf 25,4 Prozent im Jahr 2005 und 28,7 Prozent im Jahr 2010, in absoluten Zahlen ein Anstieg von 266 285 auf 272 609 im Jahr 2005 und 311 356 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 65 Jahre und älter nimmt von 2002 mit 16,8 Prozent kontinuierlich zu bis auf 18,2 Prozent im Jahr 2005 und 18,9 Prozent im Jahr 2010. Dies bedeutet in absoluten Zahlen, dass die Bevölkerung in dieser Altersgruppe von 180 055 im Jahr 2002 auf 195 854 im Jahr 2005 und 204 557 im Jahr 2010 steigt.

In Tabelle 13 sind die Fallzahl im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin - getrennt nach Schwerpunktdiagnosen und Grenzbereichen zur Psychiatrie - im Jahr 2002 und die erwartete Zahl von Krankenhausfällen für das Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg ausgewiesen. Den prognostizierten Fallzahlen liegen die Bevölkerungsvorausberechnung und die Krankenhaushäufigkeit der Diagnosestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes für das Jahr 2002 in den verschiedenen Altersgruppen zugrunde.

Tabelle 13 Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg. Summierte Werte aus der Diagnosestatistik

Ist / Prognose	Altersgruppe				Gesamt
	bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
<b>Schwerpunktdiagnosen</b>					
31.12.2002	131	1 243	427	162	<b>1 963</b>
31.12.2010	117	1 141	499	184	<b>1 941</b>
<b>Diagnosen Grenzbereiche zur Psychiatrie</b>					
31.12.2002	29	1 433	786	537	<b>2 785</b>
31.12.2010	26	1 315	919	610	<b>2 870</b>
<b>Diagnosen Psychotherapeutische Medizin</b>					
31.12.2002	160	2 676	1 213	699	<b>4 748</b>
31.12.2010	143	2 456	1 418	794	<b>4 811</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 13 geht hervor, dass im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg allein aufgrund der Bevölkerungsentwicklung, d. h. ohne Berücksichtigung morbiditätsbedingter Einflussfaktoren, die Zahl der Krankenhausfälle im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin von 4 748 im Jahr 2002 auf 4 811 im Jahr 2010 steigen wird. In der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre ist mit einem Anstieg von 1 213 Fällen im Jahr 2002 auf 1 418 Fälle im Jahr 2010 und in der Altersgruppe 65 Jahre und älter mit einem Anstieg von 699 Fällen 2002 auf 794 Fälle 2010 zu rechnen, ein Anstieg um rund 16,9 bzw. 13,6 Prozent. In der Altersgruppe bis unter 15 Jahre sinkt die Fallzahl von 160 auf 143 im Jahr 2010, ein Rückgang um 10,6 Prozent. Auch in der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt die Fallzahl von 2 676 auf 2 456 im Jahr 2010 und damit um 8,2 Prozent.

Bis zum Jahr 2010 wird der Rückgang der Fallzahl in den Altersgruppen bis unter 45 Jahre durch die Zunahme der Fallzahl in den Altersgruppen 45 bis unter 65 Jahre und 65 Jahre und älter überkompensiert.

### 10.1.5 Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhaufälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin

Zum Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach gehören die kreisfreie Stadt Frankfurt am Main, die kreisfreie Stadt Offenbach am Main, der Hochtaunuskreis, der Main-Kinzig-Kreis, der Main-Taunus-Kreis und der Landkreis Offenbach.

Tabelle 14 zeigt den Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2002 und die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung (mittlere Variante) für das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach zwischen 2005 und 2050 nach Altersgruppe in absoluten Zahlen und in Prozent der Bevölkerung.

Tabelle 14 Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach 2005 bis 2050

Jahr		Altersgruppe				Gesamt
		bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
2002	absolut	283 768	827 281	523 752	325 155	1 959 956
	in Prozent	14,5	42,2	26,7	16,6	100,0
2005	absolut	277 735	818 928	519 083	348 385	1 964 131
	in Prozent	14,1	41,7	26,4	17,7	100,0
2010	absolut	270 244	773 623	558 435	371 483	1 973 785
	in Prozent	13,7	39,2	28,3	18,8	100,0
2015	absolut	258 852	723 866	597 688	396 629	1 977 035
	in Prozent	13,1	36,6	30,2	20,1	100,0
2020	absolut	248 851	697 259	605 393	419 926	1 971 429
	in Prozent	12,6	35,4	30,7	21,3	100,0
2030	absolut	223 007	632 493	562 390	503 529	1 921 419
	in Prozent	11,6	32,9	29,3	26,2	100,0
2040	absolut	207 563	598 620	488 965	562 822	1 857 970
	in Prozent	11,2	32,2	26,3	30,3	100,0
2050	absolut	197 035	564 733	439 981	572 893	1 774 642
	in Prozent	11,1	31,8	24,8	32,3	100,0

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“, & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 14 geht hervor, dass der Anteil der Personen in der Altersgruppe bis unter 15 Jahre von 2002 bis 2005 von 14,5 auf 14,1 Prozent zurückgeht. Bis zum Jahr 2010 sinkt der Anteil dann auf 13,7 Prozent. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 283 768 im Jahr 2002 auf 277 735 im Jahr 2005 und 270 244 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt von 42,2 Prozent im Jahr 2002 auf 41,7 Prozent im Jahr 2005 und dann auf 39,2 Prozent im Jahr 2010. Die absolute Bevölkerungszahl dieser Altersgruppe betrug 827 281 im Jahr 2002. Bis zum Jahr 2005 sinkt die Zahl auf 818 928 und bis zum Jahr 2010 auf 773 623. Der Anteil der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre nimmt von 26,7 Prozent im Jahr 2002 zunächst geringfügig auf 26,4 Prozent im Jahr 2005 ab und steigt dann auf 28,3 Prozent im Jahr 2010, in absoluten Zahlen zunächst eine Abnahme von 523 752 auf 519 083 im Jahr 2005 und danach ein Anstieg auf 558 435 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 65 Jahre und älter nimmt von 2002 mit 16,6 Prozent kontinuierlich zu bis auf 17,7 Prozent im Jahr 2005 und 18,8 Prozent im Jahr 2010. Dies bedeutet in absoluten Zahlen, dass die Bevölkerung in dieser Altersgruppe von 325 155 im Jahr 2002 auf 348 385 im Jahr 2005 und 371 483 im Jahr 2010 steigt.

In Tabelle 15 sind die Fallzahl im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin - getrennt nach Schwerpunktdiagnosen und Grenzbereichen zur Psychiatrie - im Jahr 2002 und die erwartete Zahl von Krankenhausfällen für das Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach ausgewiesen. Den prognostizierten Fallzahlen liegen die Bevölkerungsvorausberechnung und die Krankenhaushäufigkeit der Diagnosestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes für das Jahr 2002 in den verschiedenen Altersgruppen zugrunde.

Tabelle 15 Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach. Summierte Werte aus der Diagnosestatistik

Ist / Prognose	Altersgruppe				Gesamt
	bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
<b>Schwerpunktdiagnosen</b>					
31.12.2002	139	1 604	742	300	<b>2 785</b>
31.12.2010	132	1 500	791	343	<b>2 766</b>
<b>Diagnosen Grenzbereiche zur Psychiatrie</b>					
31.12.2002	14	1 589	1 490	886	<b>3 979</b>
31.12.2010	13	1 486	1 589	1 012	<b>4 100</b>
<b>Diagnosen Psychotherapeutische Medizin</b>					
31.12.2002	153	3 193	2 232	1 186	<b>6 764</b>
31.12.2010	145	2 986	2 380	1 355	<b>6 866</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 15 geht hervor, dass im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach allein aufgrund der Bevölkerungsentwicklung, d. h. ohne Berücksichtigung morbiditätsbedingter Einflussfaktoren, die Zahl der Krankenhausfälle im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin von 6 764 im Jahr 2002 auf 6 866 im Jahr 2010 steigen wird. In der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre ist mit einem Anstieg vom 2 232 Fällen im Jahr 2002 auf 2 380 Fälle im Jahr 2010 und in der Altersgruppe 65 Jahre und älter mit einem Anstieg von 1 186 im Jahr 2002 auf 1 355 im Jahr 2010 zu rechnen, ein Anstieg um rund 6,6 Prozent bzw. 14,2 Prozent. In der Altersgruppe bis unter 15 Jahre sinkt die Fallzahl von 153 auf 145 im Jahr 2010, ein Rückgang um 5,2 Prozent. Auch in der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt die Fallzahl von 3 193 auf 2 986 im Jahr 2010 und damit um 6,5 Prozent.

Bis zum Jahr 2010 wird der Rückgang der Fallzahl in den Altersgruppen bis unter 45 Jahre durch die Zunahme der Fallzahl in den Altersgruppen 45 bis unter 65 Jahre und 65 Jahre und älter überkompensiert.



### 10.1.6 Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhaufälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin

Zum Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg gehören die kreisfreie Stadt Wiesbaden, der Landkreis Limburg-Weilburg und der Rheingau-Taunus-Kreis.

Tabelle 16 zeigt den Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2002 und die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung (mittlere Variante) für das Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg zwischen 2005 und 2050 nach Altersgruppe in absoluten Zahlen und in Prozent der Bevölkerung.

Tabelle 16 Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg 2005 bis 2050

Jahr		Altersgruppe				Gesamt
		bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
2002	absolut	96 735	262 589	164 664	109 080	633 068
	in Prozent	15,3	41,5	26,0	17,2	100,0
2005	absolut	94 518	257 535	166 342	117 924	636 319
	in Prozent	14,9	40,5	26,1	18,5	100,0
2010	absolut	90 587	242 378	183 278	125 410	641 653
	in Prozent	14,1	37,8	28,6	19,5	100,0
2015	absolut	85 399	228 938	198 008	132 705	645 050
	in Prozent	13,2	35,5	30,7	20,6	100,0
2020	absolut	82 606	225 751	198 098	140 787	647 242
	in Prozent	12,8	34,9	30,6	21,8	100,0
2030	absolut	80 101	216 571	173 833	170 781	641 286
	in Prozent	12,5	33,8	27,1	26,6	100,0
2040	absolut	75 361	204 634	158 372	189 006	627 373
	in Prozent	12,0	32,6	25,2	30,1	100,0
2050	absolut	70 098	192 646	158 029	185 078	605 851
	in Prozent	11,6	31,8	26,1	30,5	100,0

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 16 geht hervor, dass der Anteil der Personen in der Altersgruppe bis unter 15 Jahre von 2002 bis 2005 von 15,3 auf 14,9 Prozent zurückgeht. Bis zum Jahr 2010 sinkt der Anteil dann auf 14,1 Prozent. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 96 735 im Jahr 2002 auf 94 518 im Jahr 2005 und 90 587 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt von 41,5 Prozent im Jahr 2002 auf 40,5 Prozent im Jahr 2005 und dann auf 37,8 Prozent im Jahr 2010. Die absolute Bevölkerungszahl dieser Altersgruppe betrug 262 589 im Jahr 2002. Bis zum Jahr 2005 nimmt die Zahl auf 257 535 und bis zum Jahr 2010 auf 242 378 ab. Der Anteil der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre nimmt von 26,0 Prozent im Jahr 2002 auf 26,1 Prozent im Jahr 2005 und 28,6 Prozent im Jahr 2010 zu, in absoluten Zahlen ein Anstieg von 164 664 auf 166 342 im Jahr 2005 und 183 278 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 65 Jahre und älter nimmt von 2002 mit 17,2 Prozent kontinuierlich zu bis auf 18,5 Prozent im Jahr 2005 und 19,5 Prozent im Jahr 2010. Dies bedeutet in absoluten Zahlen, dass die Bevölkerung in dieser Altersgruppe von 109 080 im Jahr 2002 auf 117 924 im Jahr 2005 und 125 410 im Jahr 2010 steigt.

In Tabelle 17 sind die Fallzahl im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin - getrennt nach Schwerpunktdiagnosen und Grenzbereichen zur Psychiatrie - im Jahr 2002 und die erwartete Zahl von Krankenhausfällen für das Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg ausgewiesen. Den prognostizierten Fallzahlen liegen die Bevölkerungsvorausberechnung und die Krankenhaushäufigkeit der Diagnosestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes für das Jahr 2002 in den verschiedenen Altersgruppen zugrunde.

Tabelle 17 Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg. Summierte Werte aus der Diagnosestatistik

Ist / Prognose	Altersgruppe				Gesamt
	bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
<b>Schwerpunktdiagnosen</b>					
31.12.2002	128	645	274	86	<b>1 133</b>
31.12.2010	120	595	305	99	<b>1 119</b>
<b>Diagnosen Grenzbereiche zur Psychiatrie</b>					
31.12.2002	12	689	522	392	<b>1 615</b>
31.12.2010	11	636	581	451	<b>1 679</b>
<b>Diagnosen Psychotherapeutische Medizin</b>					
31.12.2002	140	1 334	796	478	<b>2 748</b>
31.12.2010	131	1 231	886	550	<b>2 798</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 17 geht hervor, dass im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg allein aufgrund der Bevölkerungsentwicklung, d. h. ohne Berücksichtigung morbiditätsbedingter Einflussfaktoren, die Zahl der Krankenhausfälle im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin von 2 748 im Jahr 2002 auf 2 798 im Jahr 2010 steigen wird. In der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre ist mit einem Anstieg vom 796 Fällen im Jahr 2002 auf 886 Fälle im Jahr 2010 und in der Altersgruppe 65 Jahre und älter mit einem Anstieg von 478 Fällen im Jahr 2002 auf 550 Fälle im Jahr 2010 zu rechnen, ein Anstieg um rund 11,3 Prozent bzw. 15,1 Prozent. In der Altersgruppe bis unter 15 Jahre sinkt die Fallzahl von 140 auf 131 im Jahr 2010, ein Rückgang um 6,4 Prozent. Auch in der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt die Fallzahl von 1 334 auf 1 231 im Jahr 2010 und damit um 7,7 Prozent.

Bis zum Jahr 2010 wird der Rückgang der Fallzahl in den Altersgruppen bis unter 45 Jahre durch die Zunahme der Fallzahl in den Altersgruppen 45 bis unter 65 Jahre und 65 Jahre und älter überkompensiert.

### 10.1.7 Bevölkerungsvorausberechnung für das Versorgungsgebiet Darmstadt mit Auswirkung auf die Zahl der Krankenhaufälle im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin

Zum Versorgungsgebiet Darmstadt gehören die kreisfreie Stadt Darmstadt, der Landkreis Bergstraße, der Landkreis Darmstadt-Dieburg, der Landkreis Groß-Gerau und der Odenwaldkreis.

Tabelle 18 zeigt den Bevölkerungsstand am 31. Dezember 2002 und die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung (mittlere Variante) für das Versorgungsgebiet Darmstadt zwischen 2005 und 2050 nach Altersgruppe in absoluten Zahlen und in Prozent der Bevölkerung.

Tabelle 18 Bevölkerungsstand am 31.12.2002 und Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppe zum 31.12. des jeweiligen Jahres für das Versorgungsgebiet Darmstadt 2005 bis 2050

Jahr		Altersgruppe				Gesamt
		bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
2002	absolut	162 196	436 636	275 523	172 357	1 046 712
	in Prozent	15,5	41,7	26,3	16,5	100,0
2005	absolut	156 356	427 083	279 216	189 324	1 051 979
	in Prozent	14,9	40,6	26,5	18,0	100,0
2010	absolut	146 982	398 466	309 215	203 458	1 058 121
	in Prozent	13,9	37,7	29,2	19,2	100,0
2015	absolut	137 628	375 008	328 580	219 084	1 060 300
	in Prozent	13,0	35,4	31,0	20,7	100,0
2020	absolut	133 725	368 298	323 446	234 210	1 059 679
	in Prozent	12,6	34,8	30,5	22,1	100,0
2030	absolut	127 947	345 768	278 155	285 354	1 037 224
	in Prozent	12,3	33,3	26,8	27,5	100,0
2040	absolut	116 965	320 266	254 225	307 994	999 450
	in Prozent	11,7	32,0	25,4	30,8	100,0
2050	absolut	108 084	297 191	246 677	298 050	950 002
	in Prozent	11,4	31,3	26,0	31,4	100,0

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 18 geht hervor, dass der Anteil der Personen in der Altersgruppe bis unter 15 Jahre von 2002 bis 2005 von 15,5 auf 14,9 Prozent zurückgeht. Bis zum Jahr 2010 sinkt der Anteil dann auf 13,9 Prozent. In absoluten Zahlen bedeutet dies eine Abnahme von 162 196 im Jahr 2002 auf 156 356 im Jahr 2005 und 146 982 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt von 41,7 Prozent im Jahr 2002 auf 40,6 Prozent im Jahr 2005 und dann auf 37,7 Prozent im Jahr 2010. Die absolute Bevölkerungszahl dieser Altersgruppe betrug 436 636 im Jahr 2002. Bis zum Jahr 2005 nimmt die Zahl auf 427 083 und bis zum Jahr 2010 auf 398 466 ab. Der Anteil der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre nimmt von 26,3 Prozent im Jahr 2000 auf 26,5 Prozent im Jahr 2005 und 29,2 Prozent im Jahr 2010 zu, in absoluten Zahlen ein Anstieg von 275 523 auf 279 216 im Jahr 2005 und 309 215 im Jahr 2010. Der Anteil der Altersgruppe 65 Jahre und älter nimmt von 2002 mit 16,5 Prozent kontinuierlich zu bis auf 18,0 Prozent im Jahr 2005 und 19,2 Prozent im Jahr 2010. Dies bedeutet in absoluten Zahlen, dass die Bevölkerung in dieser Altersgruppe von 172 357 im Jahr 2002 auf 189 324 im Jahr 2005 und 203 458 im Jahr 2010 steigt.

In Tabelle 19 sind die Fallzahl im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin - getrennt nach Schwerpunktdiagnosen und Grenzbereichen zur Psychiatrie - im Jahr 2002 und die erwartete Zahl von Krankenhausfällen für das Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Darmstadt ausgewiesen. Den prognostizierten Fallzahlen liegen die Bevölkerungsvorberechnung und die Krankenhaushäufigkeit der Diagnosestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes für das Jahr 2002 in den verschiedenen Altersgruppen zugrunde.

Tabelle 19 Fallzahl 2002 und prognostizierte Fallzahl zum 31.12.2010 im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin im Versorgungsgebiet Darmstadt. Summierte Werte aus der Diagnosestatistik

Ist / Prognose	Altersgruppe				Gesamt
	bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
<b>Schwerpunktdiagnosen</b>					
31.12.2002	72	763	255	130	<b>1 220</b>
31.12.2010	65	696	286	153	<b>1 200</b>
<b>Diagnosen Grenzbereiche zur Psychiatrie</b>					
31.12.2002	11	765	519	399	<b>1 694</b>
31.12.2010	10	698	583	471	<b>1 762</b>
<b>Diagnosen Psychotherapeutische Medizin</b>					
31.12.2002	83	1528	774	529	<b>2 914</b>
31.12.2010	75	1394	869	624	<b>2 962</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 19 geht hervor, dass im Versorgungsgebiet Darmstadt allein aufgrund der Bevölkerungsentwicklung, d. h. ohne Berücksichtigung morbiditätsbedingter Einflussfaktoren, die Zahl der Krankenhausfälle im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin von 2 914 im Jahr 2002 auf 2 962 im Jahr 2010 steigen wird. In der Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre ist mit einem Anstieg vom 774 Fällen im Jahr 2002 auf 869 Fälle im Jahr 2010 und in der Altersgruppe 65 Jahre und älter mit einem Anstieg von 529 Fällen im Jahr 2002 auf 624 Fälle im Jahr 2010 zu rechnen, ein Anstieg um rund 12,3 Prozent bzw. 18,0 Prozent. In der Altersgruppe bis unter 15 Jahre sinkt die Fallzahl von 83 auf 75 im Jahr 2010, ein Rückgang um 9,6 Prozent. Auch in der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahre sinkt die Fallzahl von 1 528 auf 1 394 im Jahr 2010 und damit um 8,8 Prozent.

Bis zum Jahr 2010 wird der Rückgang der Fallzahl in den Altersgruppen bis unter 45 Jahre durch die Zunahme der Fallzahl in den Altersgruppen 45 bis unter 65 Jahre und 65 Jahre und älter überkompensiert.

## 10.2 Prognose der Bedarfsentwicklung aus fachlicher Sicht

### 10.2.1 Stand und mögliche Entwicklung des medizinischen Fortschritts

1992 wurde die „Psychotherapeutische Medizin“ als eigenständiges Fachgebiet in die ärztliche Weiterbildungsordnung eingeführt und 2003 in „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ umbenannt und damit der Fachgebietsbezeichnung der Approbationsordnung angepasst.

Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist interdisziplinär ausgerichtet und zwischen der somatischen Medizin und der Psychiatrie angesiedelt. Ihr Aufgabengebiet „... 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“<sup>6</sup>. Auch wenn für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hiermit die Zuständigkeiten definiert sind, gibt es - wie in allen medizinischen Bereichen - Überschneidungen mit anderen Fachgebieten, sowohl mit somatischen Fächern als auch mit der Psychiatrie. Mit der Psychiatrie bestehen vor allem Überschneidungen bei psychischen Störungen wie z. B. Depression oder Persönlichkeitsstörungen. Dieser Tatsache wurde im hessischen Rahmenkonzept für die Krankenhausbehandlung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin Rechnung getragen durch die Schaffung der Diagnosen-Kategorie „Grenzbereiche zur Psychiatrie“.

Die Weiterentwicklung der verschiedenen Fachbereiche der Medizin spiegelt sich in der Entwicklung von Leitlinien, den so genannten „Goldstandards“ wider. Solche Leitlinien wurden auch für den Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie entwickelt.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) haben gemeinsam für den Bereich Psychotherapie und Psychosomatik insgesamt 28 Leitlinien<sup>7</sup> erarbeitet (Stand 13. Juli 2004).

---

<sup>6</sup> (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2003

<sup>7</sup> Zwei Leitlinien befinden sich in der Entwicklungsstufe 1, 25 in der Entwicklungsstufe 2 und eine in der Entwicklungsstufe 3.

Tabelle 20 Übersicht Leitlinien Psychotherapie und Psychosomatik

<b>AWMF-Reg.-Nr.</b>	<b>Titel</b>	<b>Stand</b>
<b>Somatoforme Störungen</b>		
051/001	Somatoforme Störungen im Überblick	11/2001
051/002	Somatisierungsstörung	11/2001
051/003	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	11/2001
051/004	Hypochondrische Störung	11/2001
051/005	Somatoforme autonome Funktionsstörung	11/2001
051/006	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	11/2001
051/007	Dissoziative Störung der Bewegung und Empfindung / Konversionsstörung	11/2001
051/008	Neurasthenie / Chronic Fatigue Syndrome	11/2001
051/009	Umweltbezogene Körperbeschwerden	11/2001
<b>051/010</b>	<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	01/2004
<b>Persönlichkeitsstörungen</b>		
051/011	Allgemeiner Teil	09/2000
051/012	Paranoide Persönlichkeitsstörung F 60.0	09/2000
051/013	Schizoide Persönlichkeitsstörung F 60.1	09/2000
051/014	Dissoziale Persönlichkeitsstörung F 60.2	09/2000
051/015	Borderline-Persönlichkeitsstörung F 60.31	09/2000
051/016	Histrionische Persönlichkeitsstörung F 60.4	09/2000
051/017	Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung F 60.5	09/2000
051/018	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung F 60.6	09/2000
051/019	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung F 60.7	09/2000
051/020	Narzisstische Persönlichkeitsstörung F 60.8	09/2000
<b>051/023</b>	<b>Psychotherapie der Depressionen</b>	04/2002
<b>051/024</b>	<b>Artifizielle Störungen</b>	07/2002
<b>051/025</b>	<b>Paar- und Familientherapie</b>	09/2002
<b>016/003</b>	<b>Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen</b>	09/2003
<b>057/015</b>	<b>Psychosoziales und Diabetes mellitus</b>	05/2003
<b>051/021</b>	<b>Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin (psmCL) in Krankenhäusern der Akutversorgung</b>	08/2000
<b>051/022</b>	<b>Ärztliche Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin - Sozialrechtsfragen</b>	02/2001
<b>013/024</b>	<b>Psychosomatische Dermatologie</b>	01/2002

Quelle: <http://www.awmf-online.de/>



Es wird angenommen, dass bei mindestens 30 Prozent aller Patienten psychogene Ursachen für die geäußerten Beschwerden maßgeblich verantwortlich sind, die sich mit medikamentöser Behandlung nicht beeinflussen lassen. In der medizinischen Primärversorgung (Allgemeinärzte, Allgemeinkrankenhäuser) wird der Anteil psychisch bzw. psychosomatisch Erkrankter sogar mit einer Größenordnung von 30 Prozent bis 40 Prozent angenommen, von denen in der Allgemeinpraxis allenfalls die Hälfte richtig diagnostiziert werden. [Lit. 12]

Für Baden-Württemberg wurde in einem Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin eine Prävalenzrate psychogener Erkrankungen von 19,5 Prozent der über 25-Jährigen bzw. 13,8 Prozent der Gesamtbevölkerung und eine Jahresinzidenz psychogener Erkrankungen von 3,7 Prozent der über 25-Jährigen bzw. 2,6 Prozent der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs ermittelt. [Lit. 14]

Das frühzeitige Erkennen psychogener Ursachen von körperlichen Symptomen spielt in einer Reihe von Fachgebieten eine große Rolle. Erkennt man sie rechtzeitig, lassen sich langfristige medikamentöse Behandlungen oder nicht indizierte Operationen vermeiden.

Es ist damit zu rechnen, dass psychosomatische Störungen aufgrund veränderter sozialer und ökonomischer Strukturen zunehmen werden. Diese Störungen können teilweise ambulant behandelt werden. Die am 1. Januar 1999 in Kraft getretene Psychotherapie-Vereinbarung hat zu einer Verbesserung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten geführt. Schwere Fälle, insbesondere solche, bei denen z. B. eine Herausnahme aus dem häuslichen Milieu für den Therapieerfolg ausschlaggebend ist, werden aber weiter einer stationären Behandlung bedürfen.

### **10.2.2 Morbiditätsentwicklung**

Die Morbiditätsentwicklung im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen wird von Fachexperten und Fachverbänden trotz zum Teil unterschiedlicher Datengrundlage ähnlich beurteilt. Mit teilweise unterschiedlichen Begründungen wird ein Zuwachs an Erkrankungen in diesem Bereich erwartet.

Obwohl die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen aufgrund sinkender Geburtenzahlen zurückgeht, wird insgesamt in dieser Altersgruppe mit einem Anstieg der Fallzahl gerechnet, da der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Diagnosen aus dem Bereich der psychosomatischen Erkrankungen immer mehr zunimmt. Es wird davon ausgegangen, dass sich sowohl durch das steigende Alter der Eltern bei der Geburt des Kindes als auch durch eine Verschärfung sozialer Belastungen die Basis für die Entwicklung psychosomatischer Störungen

weiter vergrößert. Die Zunahme der Fallzahl bei Kinder und Jugendlichen wird auf etwa fünf Prozent pro Jahr geschätzt.

Auch im Bereich der Erwachsenen (15 bis 45 Jahre) ist davon auszugehen, dass die Häufigkeit von Erkrankungen aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin steigt. Der Anstieg wird auf drei Prozent pro Jahr geschätzt. Inwieweit man Diagnosen aus diesem Spektrum bei Bevölkerungsgruppen jenseits des 45. Lebensjahres noch zwingend zum Bereich der Psychotherapeutischen Medizin rechnen muss, wird kontrovers diskutiert. Aufgrund der vorliegenden Diagnosedaten wird für diese Altersgruppe auf jeden Fall mit einem Anstieg der Erkrankungsrate um etwa 1,5 Prozent pro Jahr zu rechnen sein.

Die genannten Schätzungen zum Anstieg der Erkrankungsrate beruhen auf den Aussagen von Fachexperten und Fachverbänden. Leider gibt es für den Bereich der Psychotherapeutischen Medizin keine Untersuchungen, die eine wissenschaftlich gestützte Aussage aufgrund präzise ermittelter und überprüfter Daten treffen.

In Tabelle 21 sind die Fallzahlen der einzelnen Diagnosen, die durchschnittliche Verweildauer und der Anteil der jeweiligen Diagnose an der Gesamtfallzahl im Diagnosespektrums der Psychotherapeutischen Medizin in Hessen - geordnet nach Häufigkeit - dargestellt.

Tabelle 21 Fallzahl der einzelnen Diagnosen, durchschnittliche Verweildauer und Anteil an allen Diagnosen des Diagnosespektrums der Psychotherapeutischen Medizin in Hessen 2002

ICD 10	Diagnosetext	Fallzahl	VWD in Tagen	Anteil an allen Diagnosen Psychotherapeutische Medizin in %
F32	Depressive Episode	6 297	32,5	28,06
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4 049	18,1	18,04
F33	Rezidivierende depressive Störung	3 748	40,4	16,70
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	2 743	26,6	12,22
F45	Somatoforme Störungen	1 839	12,6	8,19
F41	Andere Angststörungen	1 300	28,4	5,79
F50	Essstörungen	734	34,3	3,27
F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	481	17,9	2,14
F48	Andere neurotische Störungen	266	15,0	1,19
F34	Anhaltende affektive Störungen	252	33,1	1,12
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	215	4,6	0,96
F40	Phobische Störungen	206	42,1	0,92
F42	Zwangsstörung	181	48,7	0,81
F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	58	2,6	0,26
F55	Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	45	4,4	0,20
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	19	40,3	0,08
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	11	7,4	0,05
<b>Gesamt</b>		<b>22 444</b>	<b>28,0</b>	<b>100</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002; eigene Berechnungen

Aus Tabelle 21 geht hervor, dass 2002 in Hessen für das Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin 22 444 Behandlungsfälle ausgewiesen wurden. Die häufigste Diagnose war mit 6 297 Fällen (28,06 Prozent) die Diagnose „Depressive Episode“ (ICD-10 F32), gefolgt von der Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD-10 F43) mit 4 049 Fällen (18,04 Prozent).

## **10.2.3 Neue Behandlungsformen**

### **10.2.3.1 Vor- und nachstationäre Behandlung**

Vorstationäre Behandlungen sind im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin selten, obwohl sie aus fachlicher Sicht durchaus sinnvoll sein können.

Größere Bedeutung kommt der nachstationären Behandlung zu, die überaus wichtig sein kann, um den Therapieerfolg zu festigen oder um die Wiedereingliederung in das tägliche Leben und den Arbeitsprozess bzw. die Belastungserprobung entsprechend § 42 SGB V zu fördern. Die Gutachter sind nach eingehender Diskussion mit Fachexperten zu dem Ergebnis gekommen, dass bei 10 Prozent der Fälle eine Reduzierung der Verweildauer um fünf Tage möglich ist.

### **10.2.3.2 Teilstationäre Behandlung**

Auch unter dem Aspekt, dass ein Teil der Behandlungen ambulant erfolgen kann, haben teilstationäre Behandlungen im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin ihre Berechtigung. Die Gutachter sind nach eingehender Diskussion mit Fachexperten zu dem Ergebnis gekommen, dass eine teilstationäre Behandlung bei 20 Prozent der Fälle möglich ist.

In Hessen werden nur in einem Krankenhaus (Hospital zum heiligen Geist, Frankfurt) neun teilstationäre Plätze im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin vorgehalten. Rechnet man die teilstationären Plätze im Fachgebiet Psychiatrie (541) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (73)<sup>8</sup> hinzu, ergeben sich 623 Plätze. Im Jahr 2002 wurden 4 626 Patienten teilstationär in diesen Fachabteilungen behandelt. Der Anteil der teilstationär behandelten Patienten, die eine Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutische Medizin hatten, lässt sich aus den der IGSH GmbH vorliegenden Zahlen nicht ermitteln.

Die Gutachter empfehlen zu prüfen, ob weitere tagesklinische Kapazitäten geschaffen werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass teilstationäre Behandlungen ebenso wie ambulante Behandlungen im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin oft über einen längeren Zeitraum erforderlich sind.

---

<sup>8</sup> Siehe Band II, Kapitel 5.7

### 10.2.4 Entwicklung der Versorgungsstrukturen und des Leistungsgeschehens in Hessen im Vergleich zu Deutschland gesamt und zu anderen Bundesländern

In Tabelle 22 ist die Entwicklung in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) für Hessen und für Deutschland von 1994 bis 2001 dargestellt.

Tabelle 22 Kennziffern in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in Hessen im Vergleich zu Deutschland 1994 bis 2001

Hessen	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Aufgestellte Betten	31	39	60	60	72	72	72	72
Fallzahl	251	306	336	401	481	507	500	521
Pflegetage	10 497	12 990	15 986	19 895	24 786	24 532	24 847	24 882
Verweildauer	41,8	42,5	47,6	49,6	51,5	48,4	49,7	47,6
Bettennutzung	92,8	91,3	73,0	90,8	94,3	93,3	94,5	94,5
Betten/10 000 E.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Fälle/10 000 E.	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9

Deutschland	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Aufgestellte Betten	2 608	2 632	2 778	2 764	2 930	3 055	3 196	3 205
Fallzahl	17 746	18 019	18 540	18 627	20 635	22 114	23 220	24 713
Pflegetage	877 933	899 355	944 019	949 222	1 014 465	1 046 886	1 082 068	1 104 644
Verweildauer	49,5	49,9	50,9	51,0	49,2	47,3	46,6	44,7
Bettennutzung	92,2	93,6	92,8	94,1	94,9	93,9	92,5	94,4
Betten/10 000 E.	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Fälle/10 000 E.	2,2	2,2	2,3	2,3	2,5	2,7	2,8	2,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (zum Teil unveröffentlichtes Material); FEH: Grunddaten der Krankenhäuser in Hessen; eigene Berechnungen

Tabelle 22 zeigt, dass in Hessen die Zahl der aufgestellten Betten von 31 im Jahr 1994 auf 72 im Jahr 2001 gestiegen ist.

Die Bettenzahl/10 000 Einwohner lag im betrachteten Zeitraum unverändert bei 0,1 Betten/10 000 Einwohner. Sie lag damit durchgehend unter dem Bundesdurchschnitt.

Die Fallzahl ist von 251 Fällen 1994 um 270 Fälle auf 521 Fälle 2001 gestiegen, eine Zunahme von 0,4 Fällen/10 000 Einwohner 1994 auf 0,9 Fälle/10 000 Einwohner 2001. Im Jahr 2001 war die Fallzahl/10 000 Einwohner in Hessen um 1,4 Fälle/10 000 Einwohner niedriger als in Deutschland mit 2,3 Fällen/10 000 Einwohner.

Die Pflergetage haben sich von 10 497 Pflergetagen 1994 auf 24 882 Pflergetage 2001 erhöht.

Die durchschnittliche Verweildauer ist von 41,8 Tagen 1994 auf 51,5 Tage 1998 gestiegen und danach wieder zurückgegangen auf 47,6 Tage im Jahr 2001. Damit lag die Verweildauer 2001 in Hessen um 2,9 Tage über der durchschnittlichen Verweildauer in Deutschland.

Die Bettennutzung ist von 92,8 Prozent 1994 zunächst auf 73,0 Prozent 1996 gesunken und dann auf 94,5 Prozent 2001 gestiegen. Sie lag damit in Hessen 2001 geringfügig über dem Bundesdurchschnitt (94,4 Prozent).

Für das Jahr 2002 lagen der IGSF GmbH keine aussagekräftigen Kennziffern vor, da eine der vier Kliniken, die über eine Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin verfügen, keine separate Angabe für diese Abteilung vorgenommen hatte. Aus diesem Grund mussten vom Hessischen Statistischen Landesamt errechnete Werte eingesetzt werden, die jedoch erheblich von den zu erwartenden Werten abwichen, also nicht plausibel waren.

In Tabelle 23 sind die Kennziffern in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in Hessen im Vergleich zu anderen Bundesländern für das Jahr 1998 dargestellt.

Tabelle 23 Kennziffern in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in Hessen im Vergleich zu anderen Bundesländern 1998

Bundesland	Betten/ 10 000 Einw.	Fälle/ 10 000 Einw.	Verweildauer in Tagen	Betten- nutzung in %	Fälle/Bett
Baden-Württemberg	0,5	3,3	53,4	92,5	6,3
Bayern	0,6	4,3	50,8	97,0	7,0
Berlin	0,3	2,5	39,5	91,0	8,4
Brandenburg	-	-	-	-	-
Bremen	0,3	-	-	-	-
Hamburg	0,3	-	-	-	-
<b>Hessen</b>	<b>0,1</b>	<b>0,8</b>	<b>51,5</b>	<b>94,3</b>	<b>6,7</b>
Mecklenburg-Vorp.	0,3	-	-	-	-
Niedersachsen	0,5	4,0	48,8	100,8	7,5
Nordrhein-Westfalen	0,3	1,5	58,4	92,3	5,8
Rheinland-Pfalz	-	-	-	-	-
Saarland	-	-	-	-	-
Sachsen	0,3	2,5	37,9	88,5	8,5
Sachsen-Anhalt	0,5	5,6	32,1	92,0	10,5
Schleswig-Holstein	0,5	-	-	-	-
Thüringen	0,1	-	-	-	-
<b>Deutschland</b>	<b>0,4</b>	<b>2,5</b>	<b>49,2</b>	<b>94,9</b>	<b>7,0</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt (zum Teil unveröffentlichtes Material); eigene Berechnungen

Tabelle 23 zeigt, dass Hessen 1998 bei der Bettenzahl mit 0,1 Betten/10 000 Einwohner zusammen mit Thüringen den letzten Platz unter den Bundesländern, für die Angaben vorliegen, einnahm. Die Zahl der Fälle/10 000 Einwohner lag mit 0,8 deutlich unter der der anderen Bundesländer. Die durchschnittliche Verweildauer war in den Bundesländern Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen mit 53,4 bzw. 58,4 Tagen höher als in Hessen mit 51,5 Tagen. Eine höhere Bettennutzung als Hessen (94,3 Prozent) hatten Bayern mit 97,0 Prozent und Niedersachsen mit 100,8 Prozent.

## **10.2.5 Voraussichtliche zukünftige Entwicklung in Hessen**

### **10.2.5.1 Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit**

Die Krankenhaushäufigkeit in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin ist in Hessen, wie bereits in Tabelle 22 dargestellt, von 0,4 Fällen/10 000 Einwohner 1994 auf 0,9 Fälle/10 000 Einwohner 2001 gestiegen.

Betrachtet man jedoch zur Berechnung der Krankenhaushäufigkeit nicht nur die Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin, sondern bezieht entsprechend der Vorgehensweise der IGSF GmbH alle Fälle in hessischen Krankenhäusern aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin ein, lag die Krankenhaushäufigkeit im Jahr 2002 bei 36,8 Fällen/10 000 Einwohner.

Die Krankenhaushäufigkeit wird neben der Morbiditätsentwicklung, neuen Vergütungs- und Behandlungsformen und der krankenhauserlastenden komplementären Versorgung maßgeblich durch die Altersstruktur beeinflusst. In Tabelle 24 ist die Krankenhaushäufigkeit im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin nach Altersgruppe und Versorgungsgebiet gemäß Diagnosestatistik 2002 dargestellt.



Tabelle 24 Krankenhaushäufigkeit im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin nach Altersgruppe und Versorgungsgebiet laut Diagnosestatistik 2002

Kriterium	Versorgungsgebiet	Altersgruppe				Gesamt
		bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
Einwohnerzahl am 31.12.02	Kassel	138 996	363 364	238 789	174 624	915 773
	Fulda-Bad Hersfeld	75 625	186 032	115 523	88 956	466 136
	Gießen-Marburg	170 011	453 622	266 285	180 055	1 069 973
	Frankfurt-Offenbach	283 768	827 281	523 752	325 155	1 959 956
	Wiesbaden-Limburg	96 735	262 589	164 664	109 080	633 068
	Darmstadt	162 196	436 636	275 523	172 357	1 046 712
	<b>Hessen</b>	<b>927 331</b>	<b>2 529 524</b>	<b>1 584 536</b>	<b>1 050 227</b>	<b>6 091 618</b>
Fallzahl absolut	Kassel	85	1 953	1 176	877	4 091
	Fulda-Bad Hersfeld	51	578	300	250	1 179
	Gießen-Marburg	160	2 676	1 213	699	4 748
	Frankfurt-Offenbach	153	3 193	2 232	1 186	6 764
	Wiesbaden-Limburg	140	1 334	796	478	2 748
	Darmstadt	83	1 528	774	529	2 914
	<b>Hessen</b>	<b>672</b>	<b>11 262</b>	<b>6 491</b>	<b>4 019</b>	<b>22 444</b>
Fallzahl je 10 000 Einwohner	Kassel	6,1	53,7	49,2	50,2	44,7
	Fulda-Bad Hersfeld	6,7	31,1	26,0	28,1	25,3
	Gießen-Marburg	9,4	59,0	45,6	38,8	44,4
	Frankfurt-Offenbach	5,4	38,6	42,6	36,5	34,5
	Wiesbaden-Limburg	14,5	50,8	48,3	43,8	43,4
	Darmstadt	5,1	35,0	28,1	30,7	27,8
	<b>Hessen</b>	<b>7,2</b>	<b>44,5</b>	<b>41,0</b>	<b>38,3</b>	<b>36,8</b>
Fallzahl nach Altersgruppe In Prozent	Kassel	2,1	47,7	28,7	21,4	100,0
	Fulda-Bad Hersfeld	4,3	49,0	25,4	21,2	100,0
	Gießen-Marburg	3,4	56,4	25,5	14,7	100,0
	Frankfurt-Offenbach	2,3	47,2	33,0	17,5	100,0
	Wiesbaden-Limburg	5,1	48,5	29,0	17,4	100,0
	Darmstadt	2,8	52,4	26,6	18,2	100,0
	<b>Hessen</b>	<b>3,0</b>	<b>50,2</b>	<b>28,9</b>	<b>17,9</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“; eigene Berechnungen

Tabelle 24 zeigt, dass die Krankenhaushäufigkeit 2002 in Hessen 36,8 Fälle/10 000 Einwohner betrug. Am höchsten war die Krankenhaushäufigkeit in der Altersgruppe 15 bis unter 45

Jahre mit 44,5 Fällen/10 000 Einwohner und am niedrigsten in der Altersgruppe bis unter 15 Jahre mit 7,2 Fällen/10 000 Einwohner. In den Versorgungsgebieten lag die Krankenhaushäufigkeit zwischen 25,3 Fällen/10 000 Einwohner (VG Fulda-Bad Hersfeld) und 44,7 Fällen/10 000 Einwohner (VG Kassel).

In Tabelle 25 ist die Fallzahl absolut und je 10 000 Einwohner nach Altersgruppe und gesamt für Hessen im Jahr 2002 und die Prognose für das Jahr 2010 zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 25 Fallzahl absolut und je 10 000 Einwohner im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin nach Altersgruppe und gesamt in Hessen 2002 und Prognose für das Jahr 2010

Kriterium	Altersgruppe				Gesamt
	bis unter 15 Jahre	15 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	
<b>2002</b>					
Einwohner am 31.12. 2002	927 331	2 529 524	1 584 536	1 050 227	6 091 618
Fallzahl laut Diagnosestatistik	672	11 262	6 491	4 019	22 444
Fälle/10 000 Einwohner	7,2	44,5	41,0	38,3	36,8
%-Verteilung nach Altersgruppe	3,0	50,2	28,9	17,9	100,0
<b>2010</b>					
Einwohner am 31.12. 2010	846 424	2 333 681	1 753 936	1 193 699	6 127 740
Prognose Fallzahl	613	10 390	7 185	4 568	22 756
Fälle/10 000 Einwohner	7,2	44,5	41,0	38,3	37,1
%-Verteilung nach Altersgruppe	2,7	45,7	31,6	20,1	100,0

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“; eigene Berechnungen

Tabelle 25 zeigt, dass die Fallzahl in Hessen bis 2010 bei Zugrundelegung der Diagnosestatistik von 22 444 Fällen um 312 Fälle auf 22 756 Fälle steigen wird.

Die weitere Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit aufgrund anderer Faktoren wie Morbiditätsentwicklung, neue Vergütungs- und Behandlungsformen und krankenhauserlastender komplementärer Versorgung ist schwer vorauszusagen und mit vielen Unsicherheiten behaftet. Eine Quantifizierung ist nur für wenige Sachverhalte möglich und wird in Tabelle 26 dargestellt.

### 10.2.5.2 Entwicklung der Verweildauer

Von 1994 bis 2001 ist die durchschnittliche Verweildauer in Hessen, wie bereits in Tabelle 22 dargestellt, in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin von 41,8 Tagen auf 47,6 Tage angestiegen. In den Jahren 1997 bis 2000 lag sie mit Werten zwischen 48,4 und 51,5 Tagen über dem Wert von 2001.

Betrachtet man wiederum alle Krankenhausfälle in Hessen mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin, errechnet sich für das Jahr 2002 eine durchschnittliche Verweildauer von 28,0 Tagen. Bei den Schwerpunktdiagnosen der Psychotherapeutischen Medizin betrug die durchschnittliche Verweildauer 20,3 Tage und bei den Diagnosen aus dem Grenzbereich zur Psychiatrie 33,5 Tage.

In Deutschland gesamt lag die Verweildauer für Diagnosen aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin (wie im Gutachten definiert) im Jahr 2002 bei 27,5 Tagen; 20,2 Tage bei den Schwerpunkt Diagnosen der Psychotherapeutischen Medizin und 34,0 Tage bei den Diagnosen aus dem Grenzbereich zur Psychiatrie.<sup>9</sup>

Die Gutachter gehen nach eingehender Diskussion mit Fachexperten davon aus, dass eine Verweildauer von durchschnittlich 28,0 Tagen unter den bestehenden versorgungsstrukturellen Gegebenheiten kaum reduziert werden kann.

Mit der Umsetzung des Psychosomatik-Konzeptes, d. h. der landesweiten, regional ausgewogenen Etablierung psychosomatischer Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, werden jedoch Voraussetzungen gegeben sein, die eine Nutzung organisatorischer wie medizinisch-fachlicher Synergien ermöglichen und die damit - wenn auch in keinem allzu großen Umfang - verweildauerrelevant sein werden. Dazu gehört beispielsweise eine Vereinfachung der Zuweisung von Patienten mit psychosomatischen Beschwerdebildern bzw. eine Vereinfachung des Hinzuziehens von ärztlich psychosomatischem Sachverstand.

Unter den beschriebenen Voraussetzungen kann von einer Verkürzung der Verweildauer um fünf Prozent bis zum Jahr 2010 ausgegangen werden. Landesweit entspricht dies einer Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer um 1,4 Tage bei nicht unerheblichen Unterschieden zwischen den einzelnen Versorgungsgebieten, bedingt durch die jeweils unterschiedliche Ausgangsverweildauer.

---

<sup>9</sup> Auswertung der tiefgegliederten Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2002 des Statistischen Bundesamtes.

Die Auswertung der Daten des statistischen Bundesamtes für das Land Hessen ergab eine durchschnittliche Verweildauer von 27,9 Tagen für die Diagnosen der Psychotherapeutischen Medizin, 20,3 für die Schwerpunktdiagnosen und 33,5 für die Diagnosen aus dem Grenzbereich zur Psychiatrie. Somit stimmen die Daten mit den im Rahmen des Gutachtens ermittelten Daten überein.

### **10.2.5.3 Entwicklung der Pflage tage**

Von 1994 bis 2001 ist die Zahl der Pflage tage in Hessen, wie bereits in Tabelle 22 dargestellt, in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin von 10 497 auf 24 892 angestiegen. Für das Jahr 2002 musste vom Hessischen Statistischen Landesamt die Zahl der Pflage tage fiktiv ermittelt werden, da eine der vier Kliniken, die über eine Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin verfügen, keine separate Angabe für diese Abteilung vorgenommen hatte. Der Wert von 22 396 Tage im Jahr 2002 weicht von dem zu erwartenden Wert ab.

Bei Zugrundelegung der Gesamtfallzahl aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin und einer durchschnittlichen Verweildauer von 28,0 Tagen errechnen sich 628 432 Pflage tage für das Jahr 2002.

Auf Basis der getroffenen Annahmen schätzt die IGSF GmbH, dass in Hessen im Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin die Zahl der Pflage tage bis zum Jahr 2010 um 60 413 Tage auf 688 845 Tage steigen wird (siehe Tabelle 26).

### **10.2.6 Entwicklung des Bettenbedarfs**

Bei einer im Krankenhausrahmenplan 2005 vorgesehenen Bettennutzung von 90,0 Prozent (Fachabteilungen mit einer langen Verweildauer) im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin errechnet die IGSF GmbH für das Jahr 2010 für Hessen einen Bedarf von 2 097 Betten (3,4 Betten/10 000 Einwohner) zur Versorgung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin.

Da alle Krankenhausfälle mit einer entsprechenden Diagnose betrachtet wurden, können nicht ausschließlich die 71 Betten in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2002 als Ausgangspunkt dienen, sondern es müssen zusätzlich zumindest alle Betten in den Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hinzugezogen werden, um den zusätzlichen Bedarf bestimmen zu können.

Insgesamt standen im Jahr 2002 in Hessen 4 326 Betten in den genannten Fachabteilungen zur Verfügung. Die IGSF GmbH hat anhand der vorliegenden Daten berechnet, welcher Anteil der in diesen Fachabteilungen behandelten Patienten dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin zuzurechnen ist. Schließt man hieraus auf den Anteil der Betten, die für Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin genutzt wurden, ergibt sich eine Zahl von 1 612 Betten.

Für Hessen hat die IGSF GmbH einen zukünftigen Bedarf von 2 097 Betten zur Versorgung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin ermittelt. Es ergibt sich also ein zusätzlicher Bedarf von 485 Betten. Von diesen zusätzlichen 485 Betten sollten 20 Prozent (97) als teilstationäre Plätze genutzt werden.

Die Addition des zukünftigen Bettenbedarfs auf der Ebene der einzelnen Versorgungsgebiete, der in den folgenden Abschnitten dargestellt wird, weicht von dem für das Land Hessen gesamt ermittelten zukünftigen Bettenbedarf aufgrund der an verschiedenen Stellen entstandenen Rundungsdifferenzen um vier Betten ab.

### 10.3 Zusammenfassende Darstellung

In Tabelle 26 ist die Berechnung für Hessen gesamt unter Zugrundelegung der getroffenen Annahmen dargestellt (siehe auch Tabelle 25).

Tabelle 26 Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 in Hessen

Kriterium	2002	Auswirkungen bis zum 31.12.2010	Prognose 31.12.2010
<b>Bevölkerung</b>	6 091 618	Anstieg um 0,6 %	6 127 740
<b>Fallzahl</b> aus Diagnosestatistik (nach Altersgruppen gewichtet)	<b>22 444</b>	Anstieg um 1,4 %	<b>22 756</b>
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Morbiditätsentwicklung		Jährlicher Anstieg um 5% (< 15 Jahre), 3% (15- 45 Jahre), 1,5% (>45 Jahre)	4 152
<b>Fallzahl</b>			<b>26 908</b>
<b>Verweildauer</b>			28,0
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Fallpauschalen		kein Einfluss	
Nachstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD- Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Teilstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD- Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Strukturkomponente		VD-Reduz. um 1,4 Tage	- 1,4
<b>Verweildauer</b>	<b>28,0</b>		<b>25,6</b>
<b>Pflegetage</b>	<b>628 423</b>		<b>688 845</b>
<b>Bettennutzung in Prozent</b>			<b>90,0</b>
<b>Bettenzahl</b>			<b>2 097</b>
<b>Betten/10 000 Einwohner</b>			<b>3,4</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“ & „Grunddaten der Krankenhäuser 2002“; eigene Berechnungen

In Tabelle 27 ist die Berechnung für das Versorgungsgebiet Kassel unter Zugrundelegung der getroffenen Annahmen dargestellt.

Tabelle 27 Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Kassel

Kriterium	2002	Auswirkungen bis zum 31.12.2010	Prognose 31.12.2010
<b>Bevölkerung</b>	915 773	Abnahme um 1,0 %	906 502
<b>Fallzahl</b> aus Diagnosestatistik (nach Altersgruppen gewichtet)	<b>4 091</b>	Anstieg um 0,4 %	<b>4 109</b>
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Morbiditätsentwicklung		Jährlicher Anstieg um 5% (< 15 Jahre), 3% (15-45 Jahre), 1,5% (>45 Jahre)	727
<b>Fallzahl</b>			<b>4 836</b>
<b>Verweildauer</b>			23,2
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Fallpauschalen		kein Einfluss	
Nachstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Teilstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Strukturkomponente		VD-Reduz. um 1,4 Tage	- 1,4
<b>Verweildauer</b>	<b>23,2</b>		<b>20,8</b>
<b>Pflegetage</b>	<b>94 911</b>		<b>100 589</b>
<b>Bettennutzung in Prozent</b>			<b>90,0</b>
<b>Bettenzahl</b>			<b>306</b>
<b>Betten/10 000 Einwohner</b>			<b>3,4</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“ & „Grunddaten der Krankenhäuser 2002“; eigene Berechnungen

Für das Versorgungsgebiet Kassel hat die IGSF GmbH einen zukünftigen Bedarf von 306 Betten zur Versorgung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin ermittelt. Insgesamt standen im Jahr 2002 im Versorgungsgebiet Kassel 639 Betten in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung. Entsprechend dem Anteil der in den genannten Fachabteilungen behandelten Patienten aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin errechnet sich eine Zahl von 180 Betten zur Versorgung dieser Patienten. Es ergibt sich also ein zusätzlicher Bedarf von 126 Betten. Von diesen zusätzlichen 126 Betten sollten 20 Prozent (25) als teilstationäre Plätze genutzt werden.



In Tabelle 28 ist die Berechnung für das Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld unter Zugrundelegung der getroffenen Annahmen dargestellt.

Tabelle 28 Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld

Kriterium	2002	Auswirkungen bis zum 31.12.2010	Prognose 31.12.2010
<b>Bevölkerung</b>	466 136	Abnahme um 0,4 %	464 063
<b>Fallzahl</b> aus Diagnosestatistik (nach Altersgruppen gewichtet)	<b>1 179</b>	Anstieg um 0,7 %	<b>1 187</b>
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Morbiditätsentwicklung		Jährlicher Anstieg um 5% (< 15 Jahre), 3% (15-45 Jahre), 1,5% (>45 Jahre)	219
<b>Fallzahl</b>			<b>1 406</b>
<b>Verweildauer</b>			21,6
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Fallpauschalen		kein Einfluss	
Nachstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Teilstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Strukturkomponente		VD-Reduz. um 1,4 Tage	- 1,4
<b>Verweildauer</b>	<b>21,6</b>		<b>19,2</b>
<b>Pflegetage</b>	<b>25 466</b>		<b>26 995</b>
<b>Bettennutzung in Prozent</b>			<b>90,0</b>
<b>Bettenzahl</b>			<b>82</b>
<b>Betten/10 000 Einwohner</b>			<b>1,8</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“ & „Grunddaten der Krankenhäuser 2002“; eigene Berechnungen

Für das Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld hat die IGSF GmbH einen zukünftigen Bedarf von 82 Betten zur Versorgung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin ermittelt. Insgesamt standen im Jahr 2002 im Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld 144 Betten in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung. Entsprechend dem Anteil der in den genannten Fachabteilungen behandelten Patienten aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin errechnet sich eine Zahl von 73 Betten zur Versorgung dieser Patienten. Es ergibt sich also ein zusätzlicher Bedarf von 9 Betten. Von diesen zusätzlichen 9 Betten sollten 20 Prozent (2) als teilstationäre Plätze genutzt werden.

In Tabelle 29 ist die Berechnung für das Versorgungsgebiet Gießen-Marburg unter Zugrundelegung der getroffenen Annahmen dargestellt.

Tabelle 29 Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg

Kriterium	2002	Auswirkungen bis zum 31.12.2010	Prognose 31.12.2010
<b>Bevölkerung</b>	1 069 973	Anstieg um 1,3 %	1 083 616
<b>Fallzahl</b> aus Diagnosestatistik (nach Altersgruppen gewichtet)	<b>4 748</b>	Anstieg um 1,3 %	<b>4 811</b>
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Morbiditätsentwicklung		Jährlicher Anstieg um 5% (< 15 Jahre), 3% (15-45 Jahre), 1,5% (>45 Jahre)	912
<b>Fallzahl</b>			<b>5 723</b>
<b>Verweildauer</b>			31,5
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Fallpauschalen		kein Einfluss	
Nachstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Teilstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Strukturkomponente		VD-Reduz. um 1,4 Tage	- 1,4
<b>Verweildauer</b>	<b>31,5</b>		<b>29,1</b>
<b>Pflegetage</b>	<b>149 562</b>		<b>166 539</b>
<b>Bettennutzung in Prozent</b>			<b>90,0</b>
<b>Bettenzahl</b>			<b>507</b>
<b>Betten/10 000 Einwohner</b>			<b>4,7</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“ & „Grunddaten der Krankenhäuser 2002“; eigene Berechnungen

Für das Versorgungsgebiet Gießen-Marburg hat die IGSF GmbH einen zukünftigen Bedarf von 507 Betten zur Versorgung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin ermittelt. Insgesamt standen im Jahr 2002 im Versorgungsgebiet Gießen-Marburg 1 101 Betten in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung. Entsprechend dem Anteil der in den genannten Fachabteilungen behandelten Patienten aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin ergibt sich eine Zahl von 428 Betten zur Versorgung dieser Patienten. Es ergibt sich also ein zusätzlicher Bedarf von 79 Betten. Von diesen zusätzlichen 79 Betten sollten 20 Prozent (16) als teilstationäre Plätze genutzt werden.

In Tabelle 30 ist die Berechnung für das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach unter Zugrundelegung der getroffenen Annahmen dargestellt.

Tabelle 30 Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach

Kriterium	2002	Auswirkungen bis zum 31.12.2010	Prognose 31.12.2010
<b>Bevölkerung</b>	1 959 956	Anstieg um 0,7 %	1 973 785
<b>Fallzahl</b> aus Diagnosestatistik (nach Altersgruppen gewichtet)	<b>6 764</b>	Anstieg um 1,5 %	<b>6 866</b>
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Morbiditätsentwicklung		Jährlicher Anstieg um 5% (< 15 Jahre), 3% (15-45 Jahre), 1,5% (>45 Jahre)	1 223
<b>Fallzahl</b>			<b>8 089</b>
<b>Verweildauer</b>			30,8
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Fallpauschalen		kein Einfluss	
Nachstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Teilstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Strukturkomponente		VD-Reduz. um 1,4 Tage	- 1,4
<b>Verweildauer</b>	<b>30,8</b>		<b>28,4</b>
<b>Pflegetage</b>	<b>208 331</b>		<b>229 728</b>
<b>Bettennutzung in Prozent</b>			<b>90,0</b>
<b>Bettenzahl</b>			<b>699</b>
<b>Betten/10 000 Einwohner</b>			<b>3,5</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“ & „Grunddaten der Krankenhäuser 2002“; eigene Berechnungen

Für das Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach hat die IGSF GmbH einen zukünftigen Bedarf von 699 Betten zur Versorgung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin ermittelt. Insgesamt standen im Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach 1 179 Betten in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung. Entsprechend dem Anteil der in genannten Fachabteilungen behandelten Patienten aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin errechnet sich eine Zahl von 571 Betten zur Versorgung dieser Patienten. Es ergibt sich also ein zusätzlicher Bedarf von 128 Betten. Von diesen zusätzlichen 128 Betten sollten 20 Prozent (26) als teilstationäre Plätze genutzt werden.

In Tabelle 31 ist die Berechnung für das Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg unter Zugrundelegung der getroffenen Annahmen dargestellt.

Tabelle 31 Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg

Kriterium	2002	Auswirkungen bis zum 31.12.2010	Prognose 31.12.2010
<b>Bevölkerung</b>	633 068	Anstieg um 1,4 %	641 653
<b>Fallzahl</b> aus Diagnosestatistik (nach Altersgruppen gewichtet)	<b>2 748</b>	Anstieg um 1,8 %	<b>2 798</b>
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Morbiditätsentwicklung		Jährlicher Anstieg um 5% (< 15 Jahre), 3% (15-45 Jahre), 1,5% (>45 Jahre)	520
<b>Fallzahl</b>			<b>3 318</b>
<b>Verweildauer</b>			25,9
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Fallpauschalen		kein Einfluss	
Nachstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Teilstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Strukturkomponente		VD-Reduz. um 1,4 Tage	- 1,4
<b>Verweildauer</b>	<b>25,9</b>		<b>23,5</b>
<b>Pflegetage</b>	<b>71 173</b>		<b>77 973</b>
<b>Bettennutzung in Prozent</b>			<b>90,0</b>
<b>Bettenzahl</b>			<b>237</b>
<b>Betten/10 000 Einwohner</b>			<b>3,7</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“ & „Grunddaten der Krankenhäuser 2002“; eigene Berechnungen

Für das Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg hat die IGSF GmbH einen zukünftigen Bedarf von 237 Betten zur Versorgung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin ermittelt. Insgesamt standen im Jahr 2002 im Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg 558 Betten in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung. Entsprechend dem Anteil der in genannten Fachabteilungen behandelten Patienten aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin ergibt sich eine Zahl von 178 Betten zur Versorgung dieser Patienten. Es ergibt sich also ein zusätzlicher Bedarf von 59 Betten. Von diesen zusätzlichen 59 Betten sollten 20 Prozent (12) als teilstationäre Plätze genutzt werden.



In Tabelle 32 ist die Berechnung für das Versorgungsgebiet Darmstadt unter Zugrundelegung der getroffenen Annahmen dargestellt.

Tabelle 32 Ausgangslage 2002 und Einflussfaktoren auf die Prognose des Bettenbedarfs im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2010 im Versorgungsgebiet Darmstadt

Kriterium	2002	Auswirkungen bis zum 31.12.2010	Prognose 31.12.2010
<b>Bevölkerung</b>	1 046 712	Anstieg um 1,1 %	1 058 121
<b>Fallzahl</b> aus Diagnosestatistik (nach Altersgruppen gewichtet)	<b>2 914</b>	Anstieg um 1,6 %	<b>2 962</b>
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Morbiditätsentwicklung		Jährlicher Anstieg um 5% (< 15 Jahre), 3% (15-45 Jahre), 1,5% (>45 Jahre)	545
<b>Fallzahl</b>			<b>3 507</b>
<b>Verweildauer</b>			26,9
<b>Einflussfaktoren</b>		Annahme:	
Fallpauschalen		kein Einfluss	
Nachstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Teilstationäre Behandlung		10 % aller Fälle VD-Reduz. um 5 Tage	- 0,5
Strukturkomponente		VD-Reduz. um 1,4 Tage	- 1,4
<b>Verweildauer</b>	<b>26,9</b>		<b>24,5</b>
<b>Pflegetage</b>	<b>78 387</b>		<b>85 922</b>
<b>Bettennutzung in Prozent</b>			<b>90,0</b>
<b>Bettenzahl</b>			<b>262</b>
<b>Betten/10 000 Einwohner</b>			<b>2,5</b>

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt: „Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden zum 31.12.2002“ & „Bevölkerungsentwicklung in Hessen bis 2050 nach Altersgruppen (Mittlere Variante insgesamt)“ & „Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2002“ & „Grunddaten der Krankenhäuser 2002“; eigene Berechnungen

Für das Versorgungsgebiet Darmstadt hat die IGSF GmbH einen zukünftigen Bedarf von 262 Betten zur Versorgung von Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Psychotherapeutischen Medizin ermittelt. Insgesamt standen im Jahr 2002 im Versorgungsgebiet Darmstadt 705 Betten in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung. Entsprechend dem Anteil der in genannten Fachabteilungen behandelten Patienten aus dem Diagnosespektrum der Psychotherapeutischen Medizin ergibt sich eine Zahl von 182 Betten zur Versorgung dieser Patienten. Es ergibt sich also ein zusätzlicher Bedarf von 80 Betten. Von diesen zusätzlichen 80 Betten sollten 20 Prozent (16) als teilstationäre Plätze genutzt werden.

## **11 Konzept zur Versorgung psychosomatischer Patienten in Hessen**

### **11.1 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Die Strukturanalyse und die darauf aufbauende Bedarfsermittlung im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin in Hessen haben gezeigt, dass im Land Hessen pro Jahr etwa 22 800 Patienten mit einer psychosomatischen Diagnose einer akutstationären Behandlung bedürfen.

Obwohl Essstörungen nicht im Zentrum der Psychotherapeutischen Medizin stehen, wurden sie zur Beschreibung des Konzeptes herangezogen, da sie wegen ihres hohen Komplexitätsgrades hierfür besonders geeignet sind. Am Beispiel der Essstörungen soll daher ein Szenario aufgezeigt werden, aus dem sich ein Konzept für das Land Hessen ergeben kann. Unter Essstörungen werden hier Anorexie, Bulimie und Binge Eating Disorder verstanden. Die Prävalenzwerte dieser Erkrankungen liegen zwischen einem Prozent bei Anorexie, zwei Prozent beim Binge Eating und zwei bis vier Prozent bei Bulimie. Essstörungen kommen überwiegend bei Mädchen und jungen Frauen vor, der Anteil männlicher Patienten liegt bei fünf bis 10 Prozent, nimmt aber zu. Der Altersgipfel liegt bei fast allen genannten Essstörungen zwischen dem 14. und 28. Lebensjahr mit deutlichen Schwerpunkten bei 14 und 18 Jahren.

Hieraus resultiert eine ganze Reihe von Problemstellungen, die selbstverständlich auch für das Land Hessen relevant sind und deswegen hier dargestellt werden. Die Versorgung findet in allen Behandlungssektoren statt. Es werden also ambulante und stationäre Leistungen erbracht und es ist erforderlich, dass Vor- und Nachsorge adäquat ausführbar sind. Die Finanzierung solcher Behandlungen erfolgt aus dem Budget der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Budget der Krankenhäuser sowie aus Budgets, die zur Finanzierung rehabilitativer Maßnahmen geeignet sind.

Die Problematik dieser Behandlung liegt im Qualitätsdefizit, das durch diese Sektoralisierung entsteht. Weitere zusätzliche Probleme entstehen dadurch, dass eine große Anzahl - schätzungsweise mehr als die Hälfte - der Patienten erst sehr spät vollständig ‚ausdiagnostiziert‘ ist, dass sie möglicherweise nicht sofort die adäquate Behandlung erfährt und dass, wie von vielen Beteiligten am System berichtet, die Kommunikation unter den Teilnehmern nicht optimal ist. Die Sektoralisierung verhindert ein Behandlungskontinuum und erzeugt im System Brüche, die dadurch entstehen, dass unterschiedliche Diagnostiker und Behandler zu verschiedenen Zeitpunkten mit den Patienten Umgang haben. Die schon geschilderte Verzögerung und Unterbrechung der Entwicklung eines Gesamtbehandlungsplans entsteht aufgrund einer fehlenden Abstimmung der in die Behandlung involvierten Personen. Dabei ist von besonderer Dramatik, dass nach einer stationären Behandlung nicht

unmittelbar anschließend mit angemessener Information ein weiterer Behandlungsschritt für den Patienten möglich ist. Dass damit verbundene Problem lässt sich auch mit der Überschrift *Informationsdefizit* beschreiben und hat zur Folge, dass eine mangelhafte interdisziplinäre Zusammenarbeit zu konstatieren ist, mit der auch eine mangelhafte Kosten- und Leistungstransparenz einhergeht. Es entsteht folglich vermeidbarer finanzieller Aufwand an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, der zu erheblichen Mehrkosten führt. Patientenkarrerien, insbesondere bei den Essstörungen, weisen solche Defizite in hohem Ausmaß auf, obwohl vor allem die Anorexie als eine immer noch nicht ungefährliche Erkrankung zu bezeichnen ist. Die Letalität wird in Längsschnittuntersuchungen zwischen fünf und 18 Prozent angegeben. Die Prognose bei Spontanverläufen ist schlecht. Neben der hohen Letalität chronifiziert die Anorexie bei etwa 40 Prozent, bei 20 bis 30 Prozent kommt es zwar zu einer "Spontanheilung" bezogen auf den Gewichtsverlust, schwere Störungen im psychischen und sozialen Bereich bleiben jedoch bestehen

Das vorliegende Gutachten betrachtet intensiv den stationären Bereich, dessen Behandlungsende nach einer traditionellen Versorgung durch die Klinik die Weiterleitung des Patienten in die ambulante bzw. kassenärztliche Weiterbehandlung beinhaltet und diese Weiterleitung mit einem Arztbrief begleitet. Dies ist unzureichend unter dem Aspekt, dass psychosomatische stationäre Behandlungen in der Regel einen *Episodencharakter* haben. Bedenkt man die Dauer einer Behandlung, so sind bei diesen Erkrankungen sechs bis 12 Wochen stationäre Behandlung in der Tat nicht die längste Phase der Behandlung insgesamt.

Unter der Überschrift *Integrierte psychosomatische Behandlung* sind mittlerweile eine Reihe von Konzepten veröffentlicht worden, deren Ausgestaltung je nach Autor variiert. Vom Grundsatz her ist die integrierte Behandlung das zentrale Konzept einer psychosomatischen Versorgung und sollte daher auch angestrebt werden. Integrierte psychosomatische Behandlung heißt, dass eine intensive Kommunikation, Kooperation und Delegation zwischen dem ambulanten Versorgungssystem, also etwa dem niedergelassenen Psychotherapeuten, und den stationären Einrichtungen stattfindet. [Lit. 13] Zur *Kommunikation* gehört insbesondere die Entwicklung von standardisierten Absprachen und Abstimmungen unter Einbeziehung des Patienten. Nur unter solchen Bedingungen lassen sich optimale Behandlungserfolge durch ein stationäres Setting erzielen und gewähren dem niedergelassenen Psychotherapeuten eine adäquate Information über das, was im klinischen Bereich geschehen ist. Dies mündet dann in eine *Kooperation*, in der die Behandlungsaufgaben zwischen Klinik und Psychotherapeut festgelegt werden. Hierzu gehört auch die Entwicklung eines Behandlungsplans, in dem vorab im Sinne eines Fall-Managements *alle* Detailschritte festgelegt werden. Die Aufstellung eines *Gesamtbehandlungsplanes* auf der Basis einer standardisierten Diagnostik wird heute als Goldstandard der Behandlung angesehen. Dazu

gehört auch, dass die Vermittlung in eine angemessene Behandlung zeitnah erfolgt und dass von Seiten der Klinik sowohl teilstationäre als auch stationäre Angebote in der Differenzialindikation angeboten werden. Zudem sollte der Klinik die Möglichkeit zu kurzfristigen ambulanten Interventionen im Rahmen einer Institutsambulanz gegeben sein. Nur auf diese Weise ist gewährleistet, dass die Behandlungsverantwortungen ausgefüllt und von den Beteiligten, einschließlich des Patienten, aktiv gestaltet werden können.

Erweitert man die Betrachtung des Behandlungsvorganges aus Blickrichtung der Klinik um die Nachsorge, so ist hier insbesondere die *Kooperation* bei einer ambulanten Behandlung in der Nachsorge notwendig. Möglicherweise macht aber auch die Fortsetzung der Kontakte zur Klinik Sinn, wenn sie in die ambulante Behandlung eingebettet werden. Dies vermittelt den Patienten Sicherheit und ermöglicht die Vermeidung weiterer stationärer Aufenthalte, wenn z. B. in einem therapeutischen Setting auch die Möglichkeit so genannter *Booster-Sitzungen* in der Klinik vorgesehen ist. Diese Sitzungen sind natürlich nur in Absprache mit der ambulanten Behandlung möglich.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die Frage der *Delegation* der Behandlungsverantwortung interessant. Es sollte möglich sein, partielle therapeutische Maßnahmen sowohl aus der Klinik in die ambulante Versorgung zu delegieren, wie auch umgekehrt. Ein Beispiel wäre, dass während der stationären Behandlungsepisode die Einzeltherapie durchaus schon von dem ambulanten Psychotherapeuten in enger Abstimmung mit der Klinik durchgeführt wird. Umgekehrt hat der ambulante Psychotherapeut die Option, für seinen Patienten stationäre Leistungen wie z. B. so genannte *Booste-Interventionen* oder psychotherapeutische Spezialanwendungen wie z. B. Körpertherapie anzufordern.

Dies alles setzt eine intensive Kommunikation zwischen Klinik und ambulanter Versorgung - vor allen Dingen unter Einbeziehung des Patienten - voraus.

Ein umfassendes Konzept muss jedoch über die Gewährleistung einer qualifizierten Nachsorge hinausgehen. Vielmehr benötigt ein Versorgungssystem für psychosomatisch erkrankte Personen auch ein *Informations- und Beratungssystem*. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist der Informationsgrad, den die Öffentlichkeit zum Thema Psychosomatik hat, noch nicht ausreichend. Verbesserungen sind erforderlich und betreffen insbesondere Hausärzte, Schulen, Medien, Krankenkassen und auch Patienten. Es sollte auf einen großen Grad der Vernetzung geachtet werden, wobei das Medium keine so große Rolle spielt. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass angesichts der gewählten Beispielgruppe, also jüngere Personen, das Internet heute die zentrale Informationsquelle ist. Die Qualität der im Internet angebotenen Informationen über die Erkrankungen ist allerdings sehr unterschiedlich. Flyer, Broschüren sowie Veranstaltungen und Tagungen sind weitere nützliche Elemente eines Informationssystems. Erfährt ein potentiell Erkrankter über eine solche Informa-

tionsquelle mehr über seine Erkrankung und kann das eigene Erleben seines Zustandes entsprechend einordnen, so wird er häufig nach angemessener Beratung suchen. Die Beratungsangebote müssen intensiviert werden, sowohl im Hinblick auf die Aufklärung über Essstörungen als auch im Hinblick auf die Beratung von Personen mit Essstörungen in sozialen Einrichtungen. Die Hilfsangebote können in ganz unterschiedlicher Form erfolgen; zwingend gehört dazu jedoch die Fortbildung von Lehrern. Die Vergütung solcher Leistungen ist dabei ein offenes Problem.

Leistungen von klinischen Einrichtungen können nur bei Bestehen einer Institutsambulanz vergütet werden, da solche Leistungen ansonsten nicht abrechenbar sind. Psychosomatische Kliniken ohne Institutsambulanzen sind unter konzeptionellen Aspekten nicht denkbar. Institutsambulanzen sind ein Element des Goldstandards der Behandlung von psychosomatisch Erkrankten.

Geht man über das Thema der Essstörungen hinaus, so ist ganz klar, dass sich ein solches Konzept auch auf alle anderen Erkrankungsbilder des Fachgebietes Psychotherapeutische Medizin anwenden lässt, wenn auch mit geringen Modifikationen.

Ein sonst nicht sehr häufig formuliertes Problem stellt auch die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien dar. Diese Richtlinien beinhalten nicht die Systematik dieses Konzeptes; in ihnen findet sich ein moderner Behandlungsstandard, wie hier geschildert, im Grunde nicht wieder. So können weder verschiedene Behandlungsverfahren (z. B. psychodynamische und verhaltenstherapeutische Interventionen) noch verschiedene Behandlungssettings (z. B. Gruppen- und Einzeltherapie) miteinander kombiniert werden. Darüber hinaus gehören bestimmte psychotherapeutische Verfahren und Interventionen in der ambulanten Versorgung nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Problem ist zudem der durch erhebliche Wartezeiten eingeschränkte Zugang zur ambulanten Regelversorgung (siehe Kapitel 8.6). Von daher ist eine Revision, obwohl dies über das Aufgabenspektrum des Landes Hessen hinausgeht, für die Fachgesellschaften, aber auch für die Krankenkassen dringend angezeigt.

Die Gutachter kommen zu dem Schluss, dass eine Bettenausweitung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin in dem in Kapitel 10.3 dargestellten Umfang denkbar ist. Aufgrund der Möglichkeiten, die eine Integrierte Versorgung für die Weiterentwicklung der Psychotherapeutischen Medizin bietet, wäre es allerdings sachlich nicht zu vertreten, den Kapazitätsaufbau schlicht auf die vorhandenen Versorgungsstrukturmuster zu übertragen. Die Gutachter schlagen vielmehr vor, in zwei Schritten vorzugehen: In einem ersten Schritt, der zeitnah in den Jahren 2005 und 2006 zu realisieren ist, sollten Fachabteilungen in den Landesteilen, in denen bisher kein Angebot im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin an Allgemeinkrankenhäusern vorgehalten wird, in den Landeskrankenhausplan aufgenommen

werden. Dabei dürfte es sich um fünf bis sechs Standorte handeln, die jeweils einen Versorgungsauftrag über 40 bis 50 Betten/Plätze erhalten sollten.

Die Träger der Einrichtungen sind zu verpflichten, Konzepte zur Integrierten Versorgung im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin unter enger Einbindung des ambulanten und des rehabilitativen Bereichs zu entwickeln. Auf der Grundlage dieser Konzepte und der Bedarfsentwicklung in den Fachabteilungen Psychotherapeutische Medizin in den nächsten Jahren, wäre zwischen 2009 und 2010 zu entscheiden, in welchem Umfang und insbesondere in welcher Form weitere Kapazitäten in den Landeskrankenhausplan aufzunehmen sind.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und andere Veränderungen im Gesundheitssystem ermöglichen den Beteiligten mehr Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung denn je. Gerade im Bereich der psychotherapeutischen Medizin ist eine solche Kooperation angezeigt und als Standard zu befürworten. Integrierte Versorgung heißt hier, dass ein sorgfältig entwickeltes System von Vorsorge, stationärer Versorgung, Nachsorge, Institutsambulanz und Behandlung im ambulanten bzw. vertragsärztlichen Bereich zur Verfügung gestellt wird. Die Behandlung von psychosomatischen Patienten setzt auf ein Behandlungskontinuum und gegenseitige Kommunikation und Kooperation. Der nicht einfach zu behandelnde psychosomatisch erkrankte Mensch verdient die Klärung der Übernahme von Behandlungsverantwortung durch die verschiedenen Teilnehmer im Versorgungssystem.





**Literaturverzeichnis Band III**

- Lit. 1 Beech, R.; J. Larkinson: Estimating the financial savings from maintaining the level of acute services with fewer hospital beds. Intern J Health Planning and Management 5 (1990), 89-103. Zitiert in: Swart, E.; B.-P. Robra: Struktur- und Prozessanalyse des stationären Sektors anhand von GKV-Daten. pmi-Verl.-Gruppe, Frankfurt 1998
- Lit. 2 Berger, R. & Partner GmbH: Telematik im Gesundheitswesen - Perspektiven der Telemedizin in Deutschland - . Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit. München 1998
- Lit. 3 Braun, G. E.; A. M. Schmutte: Krankenhausvergleiche und Benchmarking. In: Braun, G. E. (Hrsg.): Handbuch Krankenhausmanagement. Bausteine für eine moderne Krankenhausführung. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 1999. S. 725-741
- Lit. 4 Bruckenberger, E.: Die Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf die Krankenhausplanung in Deutschland. Österreichische Krankenhauszeitung 1 (2003), 2-3
- Lit. 5 Deutsche Krankenhausgesellschaft - DKG (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam sowie im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Dokumentation. Aktuell. Düsseldorf 1997
- Lit. 6 Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH: Überprüfung der Dritten Fortschreibung des Hessischen Krankenhausplans. Überprüfungsergebnisse Tabellenband, Wiesbaden 2001
- Lit. 7 Geißler, G.; W. Seger; W. Strake: Beispiele methodischer Probleme bei der Fehlbelegungsprüfung im Krankenhaus und Ansätze zu deren Behebung. Leserbrief zum Artikel von O. Sangha; M. Wildner (Das Gesundheitswesen 61 [1999], 287-291). Das Gesundheitswesen 61 (1999), 645-646
- Lit. 8 Hailer, B.: Methoden zur Ermittlung von Fehlbelegung im Krankenhaus. US-amerikanische und deutsche Verfahren. In: Eichhorn, P.; A. v. Loesch; G. Püttner: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen; Beiheft 17. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1994
- Lit. 9 Henke, N.; D. Paffrath; J. Wettke: Benchmarking im Krankenhausmarkt. In: Arnold, M.; D. Paffrath (Hrsg.): Krankenhaus-Report '95. Aktuelle Beiträge, Trends und Statistiken. Unter Mitwirkung von M. Monka. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena 1995. S. 191-210
- Lit. 10 Hessisches Sozialministerium (Hrsg.): Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005. - Allgemeiner Teil -. Wiesbaden 2003
- Lit. 11 Hildebrandt, H.; H. Hesselmann; O. Martini et al.: Integrierte Versorgung - bald die Regel? Krankenhaus Umschau 69 (2000), 25-32

- Lit. 12 Hoffmann, S. O.; R. Liedtke; W. Schneider; W. Senf: Denkschrift '98 zur Lage der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Im Auftrag der Konferenz der leitenden Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den Universitäten der Bundesrepublik Deutschland. Mainz 1998
- Lit. 13 Horn, A: Auf dem Weg zur Akutbehandlung ohne Klinikbett: Krefelder Integrierte Psychiatrische Behandlung mit hoher Akzeptanz. Die Kerbe 21 (2003), S. 24
- Lit. 14 Janssen, P. L.; M. Franz; T. Herzog et al.: Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin. Im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Stuttgart 1998
- Lit. 15 Knappe, E.; G. Neubauer; T. Seeger et al.: Die Bedeutung von Medizinprodukten im deutschen Gesundheitswesen. Hrsgg. v. Bundesfachverband Medizinprodukte-industrie e. V., Wiesbaden 2000
- Lit. 16 Leber, W.D. (Leiter Abt. Stationäre Leistungen, Rehabilitation beim AOK-Bundesverband); H.-M. von Stackelberg (Geschäftsführer Gesundheit des AOK-Bundesverbandes): DRGs - Wie geht es weiter ab 2007? Presseseminar AOK-Bundesverband 17./18. Juni 2003
- Lit. 17 Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu Abrechnungsfragen 2004 nach dem KHEntgG und der KFPV 2004, 8. April 2004
- Lit. 18 Loveridge, D.; L. Georghiou; M. Nevada: United Kingdom Technology Foresight Programme. Delphi Survey. A report to the Office of Science and Technology. Policy Research in Engineering, Science and Technology (PREST). University of Manchester, Manchester 1995
- Lit. 19 Müller, U.; M. Offermanns: Experten für Neuorientierung - einen konsensfähigen Weg weisen sie nicht. DKI-Befragung: Krankenhausplanung im DRG-System. Arzt und Krankenhaus 77 (2004), 170-174
- Lit. 20 Rüschemann, H.-H.; A. Roth; C. Krauss: In die Praxis-Netze müssen auch die regionalen Krankenhäuser eingewoben sein. führen & wirtschaften im Krankenhaus 17 (2000) 1, 22-29
- Lit. 21 Rüschemann, H.-H.; A. Roth; C. Krauss: Vernetzte Praxen auf dem Weg zu managed care? Aufbau - Ergebnisse - Zukunftsvision. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2000
- Lit. 22 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 1995, Bonn 1995
- Lit. 23 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. 2: Fortschritte und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Sondergutachten 1997. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1998
- Lit. 24 Sangha, O.; M. Wildner: Beispiele methodischer Probleme bei der Fehlbelegungsprüfung im Krankenhaus und Ansätze zu deren Behebung. Das Gesundheitswesen 61 (1999), 287-291
- Lit. 25 Zepf, S.; Marx, A. & Mengele, U.: Die ambulante psychotherapeutische Versorgungslage der Erwachsenen im Saarland. Psychotherapeut, 46 (2001), 75-81

**Anhang: Einrichtungen mit Interessenbekundung**

1. Einrichtungen, die einen *Antrag auf Aufnahme von Kapazitäten* zur Versorgung von psychosomatisch erkrankten Patienten in den Krankenhausplan des Landes Hessen gestellt haben:<sup>10</sup>

<b>Versorgungsgebiet Kassel</b>		
<b>Plankrankenhäuser</b>	Klinik und Rehabilitationszentrum Lippoldsborg, Wahlsburg	Antrag vom 02.10.1998 auf Ausweisung von 31 Planbetten in den Krankenhausplan des Landes Hessen
	Kinderkrankenhaus Park Schönfeld, Kassel	Antrag vom 20.02.1997 auf Ergänzung des Versorgungsauftrages um einen Schwerpunkt „Psychosomatische Diagnostik und Therapie“, modifiziert durch den Antrag vom 13.03.1998 auf Ausweisung von 10 Planbetten zur Versorgung von psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen
	Asklepios Kliniken Bad Wildungen, Bad Wildungen	Antrag vom 28.02.2002 auf Ausweisung von 30 Planbetten in den Krankenhausplan des Landes Hessen
<b>Rehabilitationskliniken</b>	Hardtwaldklinik I Werner Wicker KG, Bad Zwesten	Antrag vom 19.07.2001 auf Ausweisung von 5 Planbetten in den Krankenhausplan des Landes Hessen
	Habichtswald-Klinik Werner Wicker KG, Kassel	Antrag vom 19.07.2001 auf Ausweisung von 5 Planbetten in den Krankenhausplan des Landes Hessen

<b>Versorgungsgebiet Fulda-Bad Hersfeld</b>		
<b>Rehabilitationskliniken</b>	Klinik am Hainberg, Bad Hersfeld	Antrag vom 03.12.1999 auf Ausweisung von 20 Betten und 5 teilstationären Plätzen in den Krankenhausplan des Landes Hessen
	Vogelsbergklinik, Grebenhain	Anträge vom 15.06.1999, 22.07.2003 und 20.04.2004 auf Ausweisung von 10 Planbetten und 3 teilstationären Plätzen in den Krankenhausplan des Landes Hessen

<sup>10</sup> Stand 01.02.2005

<b>Versorgungsgebiet Gießen-Marburg</b>		
	Universitätsklinikum Gießen, Gießen	Anträge vom 22.12.2000 und 29.01.2004 das bestehende Versorgungsangebot von 22 Planbetten um 8 tagesklinische Plätze zu ergänzen und krankenhaushausplanerisch auszuweisen.
<b>Plankrankenhaus</b>	Asklepios Klinik Lich, Lich	Antrag vom 28.02.2002 auf Ausweisung von 30 Planbetten in den Krankenhausplan des Landes Hessen

<b>Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach</b>		
<b>Plankrankenhaus</b>	Asklepios Klinik Langen, Langen	Antrag vom 28.02.2002 auf Ausweisung von 30 Planbetten in den Krankenhausplan des Landes Hessen
<b>Rehabilitationsklinik</b>	Migräne-Klinik Königstein GmbH & Co. KG, Königstein	Antrag vom 26.02.2002 auf Ausweisung von 65 Planbetten zur Behandlung von Migräne-Patienten in den Krankenhausplan des Landes Hessen

<b>Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg</b>		
<b>Plankrankenhaus</b>	Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden, Wiesbaden	Antrag vom 28.02.2002 auf Ausweisung von 30 Planbetten in den Krankenhausplan des Landes Hessen

<b>Versorgungsgebiet Darmstadt</b>		
<b>Plankrankenhäuser</b>	Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret, Darmstadt	Antrag vom 13.10.1998, 15.02.1999, 15.06.1999, 25.05.2000, 29.07.2003 und 10.12.2003 auf Anerkennung des Schwerpunktes Kinder- und Jugendpsychosomatik innerhalb der Allgemeinpädiatrie mit 10 Planbetten
	GPR Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim Klinikum, Rüsselsheim	Antrag vom 15.01.1999 auf Ausweisung von 8 bis 10 Planbetten für einen psychosomatischen Schwerpunkt in der Fachabteilung Pädiatrie

Quelle: Hessisches Sozialministerium

2. Krankenhäuser, die unter *Erfüllung bestimmter Voraussetzungen* bereits vorab in die Versorgung von psychosomatisch erkrankten Patienten eingebunden werden

Parallel zu den oben genannten Antragstellungen hat der Landeskrankenhausausschuss am 11.12.2002 mehrheitlich dem vorläufigen Rahmenkonzept für die Krankenhausbehandlung im Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in Hessen zugestimmt und bestätigt, dass die vier Krankenhäuser der Maximalversorgung in Wiesbaden, Darmstadt, Fulda und Kassel bereits vorab in die Versorgung von psychotherapeutisch zu behandelnden Patienten eingebunden werden und die dadurch zu erprobenden Regelungen im Rahmen der parallelen landesweiten Untersuchung entsprechend berücksichtigt werden.

Im Rahmen dieses Verfahrens sind jedoch aufgrund nicht vorhandener oder nicht ausreichender Antragstellung bisher keine Feststellungsbescheide erteilt worden, mit denen den einzelnen Kliniken eine eigenständige Abteilung mit psychotherapeutischen Planbetten zugeordnet worden ist und die Kliniken vorab in die Versorgung von psychotherapeutisch zu behandelnden Patienten eingebunden worden sind.

3. Einrichtungen, die *Interesse an der Übernahme oder der Erweiterung eines Versorgungsauftrages* zur Versorgung von psychosomatisch erkrankten Patienten und zur Aufnahme von Kapazitäten in den Krankenhausplan des Landes Hessen bei der *Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V.* bekundet haben:<sup>11</sup>

<b>Versorgungsgebiet Gießen-Marburg</b>		
	Universitätsklinikum Giessen, Gießen	Nach dem Schreiben vom 28.06.2004 besteht Interesse, die bereits vorgehaltenen Kapazitäten um 8 Planbetten und 12 tagesklinische Plätze zu erhöhen und krankenhauserplanerisch auszuweisen.
<b>Plankrankenhäuser</b>	Burghof-Klinik, Bad Nauheim	Nach Mitteilung der HKG vom 29.06.2004 hat die Burghof-Klinik in Bad Nauheim telefonisch Interesse an der Aufnahme einer Abteilung für Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in den Krankenhausplan des Landes Hessen bekundet.
	St. Josefs-Krankenhaus, Gießen	Nach dem Schreiben vom 19.07.2004 besteht Interesse an der Aufnahme einer Abteilung (keine Bettenangabe) Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in den Krankenhausplan des Landes Hessen. Es ist beabsichtigt, den Antrag im Kontext mit den kooperierenden Krankenhäusern in Gießen, dem Evangelischen Krankenhaus und dem Krankenhaus Balserische Stiftung einzubringen.

<b>Versorgungsgebiet Frankfurt-Offenbach</b>		
<b>Plankrankenhäuser</b>	Frankfurter Diakonie- Kliniken, Frankfurt a. M.	Nach dem Schreiben vom 08.06.2004 besteht Interesse an der Aufnahme von 44 Planbetten in den Krankenhausplan des Landes Hessen.
	Hospital zum heiligen Geist, Frankfurt a. M.	Nach dem Schreiben vom 09.06.2004 besteht Interesse, die bereits vorgehaltenen Kapazitäten von 31 Planbetten und 10 tagesklinischen Plätze um ca. 20-40 Betten/Plätze zu erhöhen und krankenhauserplanerisch auszuweisen.
	Klinikum Offenbach, Offenbach	Nach dem Schreiben vom 02.07.2004 besteht Interesse an der Aufnahme einer Abteilung (keine Bettenangabe) Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in den Krankenhausplan des Landes Hessen.
	Klinik Hohe Mark, Oberursel	Nach dem Schreiben vom 01.10.2004 besteht Interesse an der Aufnahme einer Abteilung (keine Bettenangabe) Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in den Krankenhausplan des Landes Hessen.

<sup>11</sup> Stand 01.02.2005

<b>Versorgungsgebiet Wiesbaden-Limburg</b>		
<b>Plankrankenhaus</b>	Klinikum Weilmünster, Weilmünster	Nach dem Schreiben vom 03.08.2004 besteht Interesse an der Aufnahme einer Abteilung (keine Bettenangabe) Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in den Krankenhausplan des Landes Hessen.
	St. Valentinushaus, Kiedrich	Nach dem Schreiben vom 07.10.2004 besteht Interesse an der Aufnahme eine Abteilung (keine Bettenangabe) Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in den Krankenhausplan des Landes Hessen.

<b>Versorgungsgebiet Darmstadt</b>		
<b>Plankrankenhaus</b>	GPR Gesundheits- und Pflegezentrum Rüssels- heim Klinikum, Rüssels- heim	Nach dem Schreiben vom 02.07.2004 besteht Interesse an der Ausweisung eines psychotherapeutischen Schwerpunktes bzw. einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychosomatik in den Krankenhausplan des Landes Hessen.

Quelle: Hessisches Sozialministerium