



**Baden-Württemberg**

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG, FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

**Evaluationsbericht**  
**zur**  
**Krankenhausfachplanung**  
**Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie**  
**in**  
**Baden-Württemberg**

Stuttgart, den 05.11.2014

Anlagen: Fragenkatalog

## I. Allgemeines

Durch Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärzte wurde 1995 das neue Fachgebiet „Psychotherapeutische Medizin“ eingeführt. Die Psychotherapeutische Medizin umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung sowie die Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale Faktoren, deren subjektive Verarbeitung und/oder körperlich-seelische Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.

Im Zuge der Neufassung der Musterweiterbildungsordnung durch die Bundesärztekammer ist das Fachgebiet „Psychotherapeutische Medizin“ zwischenzeitlich in „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ umbenannt worden. Die neue Gebietsbezeichnung steht einerseits in Übereinstimmung mit dem gleich lautenden universitären Lehrfach der ärztlichen Approbationsordnung, andererseits umschreibt es auch die Tätigkeit und das Profil des Fachgebiets präziser als die frühere, seit 1995 übliche Bezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“.

Das Sozialministerium hatte 1996 ein wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für dieses Fachgebiet in Auftrag gegeben und - nach Vorlage des Gutachtens 1998 - eine Rahmenkonzeption erstellt. Diese wurde mehrfach fortgeschrieben, zuletzt durch den Beschluss der Landesregierung vom 22.01.2008.

Die Fachplanung in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik ist teilweise immer noch umstritten. Mehrere Verwaltungsgerichte haben das Land zur Neubescheidung abgelehnter Anträge auf Aufnahme in den Krankenhausplan verpflichtet. Gleichzeitig wurden die Planungsvorgaben höchstrichterlich in den grundlegenden Punkten bestätigt.

Die im Jahr 2008 beschlossene Fortschreibung der Fachplanung ist weitgehend umgesetzt. Das Sozialministerium erachtet es als notwendig, die bisherigen Erfahrungen in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zu evaluieren und zu prüfen, ob eine weitere Fortschreibung der Fachplanung vorzunehmen ist, die ohnehin auf Grund der geänderten Bevölkerungszahl erforderlich ist. Zudem hat der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg in seinem Urteil vom 12.02.2013 folgende

Punkte aufgeworfen, die bei der künftigen Fachplanung zu beachten bzw. vor einer Fortschreibung der Fachplanung zu prüfen sind:

- Ermittlung des überregionalen Versorgungsbereichs
- Klare und nachweisbare Kriterien für die Differenzierung zwischen regionalem und überregionalem Einzugsgebiet
- Deckung des landesweiten Bedarfs auch von Krankenhäusern außerhalb von Baden-Württemberg.

Im Juli 2014 wurden deshalb alle Krankenhäuser mit dem Versorgungsauftrag Psychosomatische Medizin und Psychotherapie u.a. hinsichtlich der Entwicklung der Patientenzahlen, der Hauptdiagnosen, der Herkunft der Patienten, den Erfahrungen mit tagesklinischer Behandlung und eventuellen Spezialisierungen befragt. Des Weiteren wurde ein Fachgespräch mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V./Landesverband Baden-Württemberg (DGPM) geführt und die Expertise von Herrn PD Dr. J. Valdes-Stauber, Chefarzt am ZfP Südwürttemberg und Regionaler Geschäftsbereichsleiter SINOVA Süd, zu seiner Konzeption einer Gemeindepyschosomatik eingeholt.

## II. Derzeitiger Planungsstand

Insgesamt wird von folgenden Planungsparametern (Stand 2008) ausgegangen:

Bevölkerung ab 18 Jahre	8.499.035
davon im Verdichtungsraum	4.366.930
davon im ländlichen Raum	4.132.105
Inzidenz für den Verdichtungsraum	3,4 Prozent
Inzidenz für den ländlichen Raum	2,4 Prozent
davon stationär behandlungsbedürftig	14,1 Prozent
davon motivierbar	31,5 Prozent
Zuschlag für chronisch psychosomatisch Kranke	12,5 Prozent
Durchschnittliche Verweildauer	45 Tage
Bettennutzungsgrad	90 Prozent

Aus diesen Parametern ergibt sich ein landesweiter Bedarf von insgesamt 1.695 Betten und Plätzen. Die Fachplanung bezieht die Betten gem. § 108 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V (Planbetten und Vertragsbetten) in den Gesamtbedarf ein.

Derzeit sind im Krankenhausplan folgende Betten und Plätze berücksichtigt:

	Betten Derzeit	Plätze Derzeit	Betten Künftig	Plätze Künftig
Planbetten -plätze	1.154	171	1.186	201
Vertragsbetten -plätze	269	12	269	12
Insgesamt	1.423	183	1.455	213

Derzeit werden an 13 Standorten Plätze vorgehalten.

Die Fachplanung sieht noch 34 Betten/Plätze (18 Nürtingen und 16 Bad Saulgau) vor, die krankenhausesplanerisch noch nicht ausgewiesen wurden.

Im derzeitigen Krankenhausplan sind insgesamt 1668 Betten und Plätze als künftig ausgewiesen. Die Gesamtbilanz zur Umsetzung der Fachplanung stellt sich wie folgt dar:

Im Krankenhausplan ausgewiesen	1.668 Betten/Plätze*
Noch nicht ausgewiesen	34 Betten/Plätze
Insgesamt	1.702 Betten Plätze

\*Zwischenzeitlich wurden 8 Betten am Städtischen Klinikum Karlsruhe abgebaut

Neben diesen im Krankenhausplan ausgewiesenen Betten und Plätzen werden lt. Fachplanung weitere 20 Betten der Inneren Medizin beim Universitätsklinikum Heidelberg durch die Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rahmen des Konsiliar- und Liaisondienstes betreut.

Die Zahl der insgesamt in der Fachplanung vorgesehenen Betten/Plätze übersteigt den anhand der Planungsparameter rechnerisch ermittelten Bedarf. Verantwortlich ist hierfür u.a. ein Urteil des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg, der das Land

verurteilt hat, ein Krankenhaus gem. § 108 Abs. 3 SGB V (Vertragskrankenhaus) als Krankenhaus gem. § 108 Abs. 2 SGB V (Plankrankenhaus) mit 35 Betten in den Krankenhausplan aufzunehmen, ohne das Krankenhaus zu verpflichten, den Versorgungsvertrag mit 15 Betten zu kündigen.

Die Fachplanung sieht vor, dass der Bedarf für jede der 12 Regionen in Baden-Württemberg ermittelt wird und die Kapazitäten entsprechend allokiert werden. Des Weiteren wurde für verschiedene Krankenhäuser ein überregionales Versorgungsgebiet festgestellt. Diese überregionalen Versorgungsgebiete wurden aus den zum Zeitpunkt der Erstellung der Fachplanung vorliegenden Herkunftsstatistiken dieser Krankenhäuser ermittelt. Eine Fortschreibung der überregionalen Versorgungsgebiete erfolgte nicht.

Folgende Krankenhäuser verfügen über einen Versorgungsauftrag Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:

Betten und Plätze für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie						
Krankenhaus	Rechtsstatus	Standort	Betten		Plätze	
			Derzeit	Künftig	Derzeit	Künftig
Stuttgart, Klinikum	Plan-KH	Stuttgart	34	34	10	10
Stuttgart, Diakonie-Klinikum	Plan-KH	Stuttgart	18	18	9	9
Stuttgart, Marienhospital	Plan-KH	Stuttgart	0	12	0	6
Stuttgart, Robert-Bosch-Krankenhaus	Plan-KH	Stuttgart	0	0	21	21
Stuttgart, Sonnenberg-Klinik	Vertrags-KH	Stuttgart	102	102	0	0
Esslingen, Klinikum Esslingen	Plan-KH	Esslingen	18	18	20	20
Filderstadt, Filderklinik	Plan-KH	Filderstadt	27	27	0	0
Göppingen, Klinikum Christophsbad	Plan-KH	Göppingen	27	27	0	0
Ludwigsburg, Klinikum	Plan-KH	Ludwigsburg	0	0	15	15
Bietigheim, Krankenhaus	Plan-KH	Bietigheim	18	18	12	12
Winnenden, Zentrum für Psychiatrie	Plan-KH	Winnenden	22	22	0	0
Weinsberg, Klinikum am Weissenhof	Plan-KH	Heilbronn	24	48	0	0
Schwäbisch Hall, DIAK Schwäbisch Hall	Plan-KH	Schwäbisch Hall	22	22	0	0
Tauberbischofsheim, Kreiskrankenhaus	Plan-KH	Tauberbischofsheim	18	18	0	0
Bad Mergentheim, Kitzberg-Klinik	Plan-KH	Bad Mergentheim	25	25	0	0
Heidenheim, Klinikum	Plan-KH	Heidenheim	11	11	0	0
Aalen, Ostalb-Klinikum	Plan-KH	Aalen	18	18	18	18
Baden-Baden, ACURA Kliniken	Plan-KH	Baden-Baden	39	39	0	0
Karlsruhe, Städt. Klinikum	Plan-KH	Karlsruhe	46	48	0	0
Karlsruhe, Diakonissen-Krankenhaus	Plan-KH	Karlsruhe	19	19	5	5
Bruchsal, Fürst-Stirum-Klinik	Plan-KH	Bruchsal	16	16	8	8
Heidelberg, Universitätsklinikum	Plan-KH	Heidelberg	32	32	12	12
Mannheim, ZI für Seelische Gesundheit	Plan-KH	Mannheim	48	24	0	24
Mosbach, Kreiskrankenhaus	Plan-KH	Mosbach	18	18	0	0
Wiesloch, Psych. Zentrum Nordbaden (PZN)	Plan-KH	Wiesloch	18	18	0	0
Wiesloch, Psych. Zentrum Nordbaden (PZN)	Plan-KH	Weinheim	18	18	0	0
Schwetzingen, Kreiskrankenhaus	Plan-KH	Schwetzingen	18	18	0	0
Pforzheim, Siloah und St. Trudpert Klinikum	Plan-KH	Pforzheim	18	18	0	0
Calw, Klinik Dr. Römer	Vertrags-KH	Calw	48	48	0	0
Calw, Klinikum Nordschwarzwald	Plan-KH	Calw-Hirsau	22	22	0	0
Calw, Klinikum Nordschwarzwald	Plan-KH	Leonberg	27	27	0	0
Freudenstadt, Krankenhaus	Plan-KH	Freudenstadt	18	18	0	0
Freiburg, Universitätsklinikum	Plan-KH	Freiburg	17	17	13	13
Freiburg, Thure-Von-Uexküll-Klinik	Vertrags-KH	Freiburg	25	25	12	12
Hinterzarten, Klinik in der Zarten	Plan-KH	Hinterzarten	35	35	0	0
Hinterzarten, Klinik in der Zarten	Vertrags-KH	Hinterzarten	15	15	0	0
Bad Krozingen, Werner-Schwidder-Klinik	Vertrags-KH	Bad Krozingen	61	61	0	0
ZfP Emmendingen	Plan-KH	Emmendingen	18	18	0	0
Lahr, Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim	Plan-KH	Lahr	18	18	0	0
Offenburg, Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach	Plan-KH	Offenburg	18	18	0	0
Rottweil, Krankenhaus Rottenmünster	Plan-KH	Rottweil	18	18	0	0
Villingen-Schwenningen, Schwarzwald-Baar-Klinikum	Plan-KH	Villingen-Schwenningen	24	24	0	0
Königsfeld, Michael-Balint-Klinik	Vertrags-KH	Königsfeld	42	42	0	0
Bad Dür rheim, Luisenklinik KHG	Plan-KH	Bad Dür rheim	20	20	0	0
Singen, Hegau-Bodensee-Klinikum	Plan-KH	Singen	18	18	2	2
Reichenau, Zentrum für Psychiatrie	Plan-KH	Reichenau	19	19	0	0
Lörrach, Klinikvb. Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim	Plan-KH	Lörrach	18	18	0	0
Stühlingen, Hans-Carossa-Klinik	Plan-KH	Stühlingen	36	36	0	0
ZfP Südwürttemberg KH Zwiefalten	Plan-KH	Zwiefalten	18	18	0	0
Reutlingen, Gesellschaft für Psychiatrie (PP.rt)	Plan-KH	Reutlingen	18	18	0	0
Tübingen, Universitätsklinikum (UKT)	Plan-KH	Tübingen	26	26	8	8
Balingen, Zollernalb Klinikum	Plan-KH	Balingen	0	18	0	0
Ulm, Universitätsklinikum (UKU)	Plan-KH	Ulm	15	15	18	18
ZfP Südwürttemberg KH Bad Schussenried	Plan-KH	Aulendorf	24	24	0	0
ZfP Südwürttemberg KH Bad Weisenau	Plan-KH	Ravensburg	18	18	0	0
ZfP Südwürttemberg KH Weissenau	Plan-KH	Friedrichshafen	18	18	0	0
Aulendorf, Schussental-Klinik	Vertrags-KH	Aulendorf	78	78	0	0
Sigmaringen, KV Sigmaringen/Pfullendorf/Saulgau	Plan-KH	Sigmaringen	17	17	0	0
<b>Insgesamt</b>			<b>1423</b>	<b>1455</b>	<b>183</b>	<b>213</b>

### III. Evaluation

#### III.1 Bevölkerungszahl

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg hat folgende Bevölkerungszahlen für Baden-Württemberg (Veröffentlichungstermin Mai 2014) mitgeteilt:

Bevölkerung ab 18 Jahre	8.633.262
davon im Verdichtungsraum	4.412.059
davon im ländlichen Raum	4.221.203

Unter Anwendung der unter II. genannten Planungsparametern ergibt sich ein landesweiter Bedarf von 1.720 Betten und Plätzen. Das bedeutet, dass derzeit noch 52 Betten/Plätze krankenhauserplanerisch auszuweisen sind.

#### III.2 Ergebnisse der Umfrage

Es wurden alle Krankenhäuser (54) mit dem Versorgungsauftrag Psychosomatische Medizin und Psychotherapie befragt. Bis auf zwei Krankenhäuser haben alle Krankenhäuser geantwortet. Die Daten zur Auslastung bzw. zur Herkunft der Patienten konnten für diese beiden Krankenhäuser aus den Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg bzw. den Daten gem. § 21 Krankenhausentgeltgesetz ermittelt werden.

##### III.2.1 Auslastungszahlen

<b>Stationäre Versorgung</b>			
Jahr	Fälle	Berechnungstage	Durchschnittliche Verweildauer
2010	9.755	435.878	44,68
2011	10.286,5	470.382	45,73
2012	10.512,5	483.892	46,03
2013	11.025	497.050	45,08

<b>Teilstationären Versorgung</b>			
Jahr	Fälle	Berechnungstage	Durchschnittliche Verweildauer
2010	1.624	38.920	23,97
2011	1798,5	43.672	24,28
2012	1.854	43.582	23,51
2013	2.062	46.734	22,67

Die Anzahl der Fälle und die Berechnungstage sind in den Jahren 2010 bis 2013 kontinuierlich gestiegen.

	Steigerung im stationären Bereich (2010 bis 2013)	Steigerung im teilstationären Bereich (2010 bis 2013)
Fälle	13,01%	26,97%
Berechnungstage	14,03%	20,07%

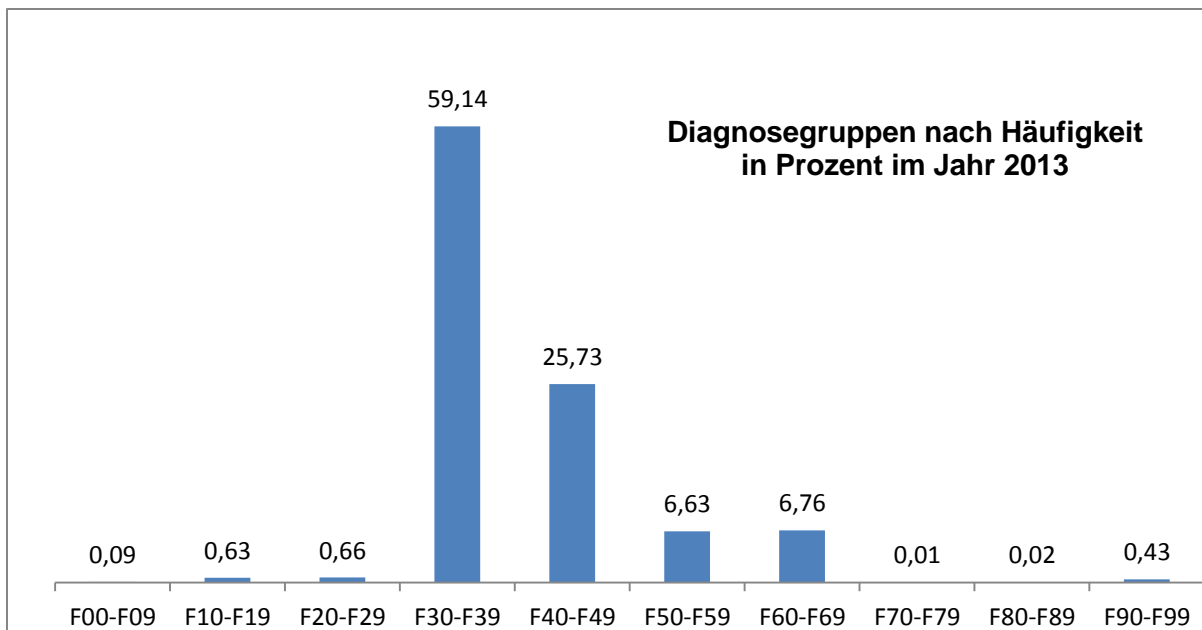
Die durchschnittliche Verweildauer ist sowohl im stationären als auch im teilstationären Bereich annähernd gleichbleibend. Die für den stationären Bereich der Planung zugrunde gelegte durchschnittliche Verweildauer von 45 Tagen entspricht der tatsächlichen durchschnittlichen Verweildauer. Die durchschnittliche stationäre Verweildauer in den einzelnen Krankenhäusern bewegt sich in einem Korridor von 21,12 bis 80,71 Tagen, im teilstationären Bereich zwischen 6,3 Tagen und 32,98 Tagen. Die sehr niedrige teilstationäre Verweildauer von 6,3 Tagen wurde von einem Krankenhaus angegeben, das krankenhauplanerisch nicht über einen Versorgungsauftrag für teilstationäre Versorgung verfügt, jedoch einen Vertrag gem. §140a SGB V abgeschlossen hat.

### **III.2.2 Diagnosegruppen**

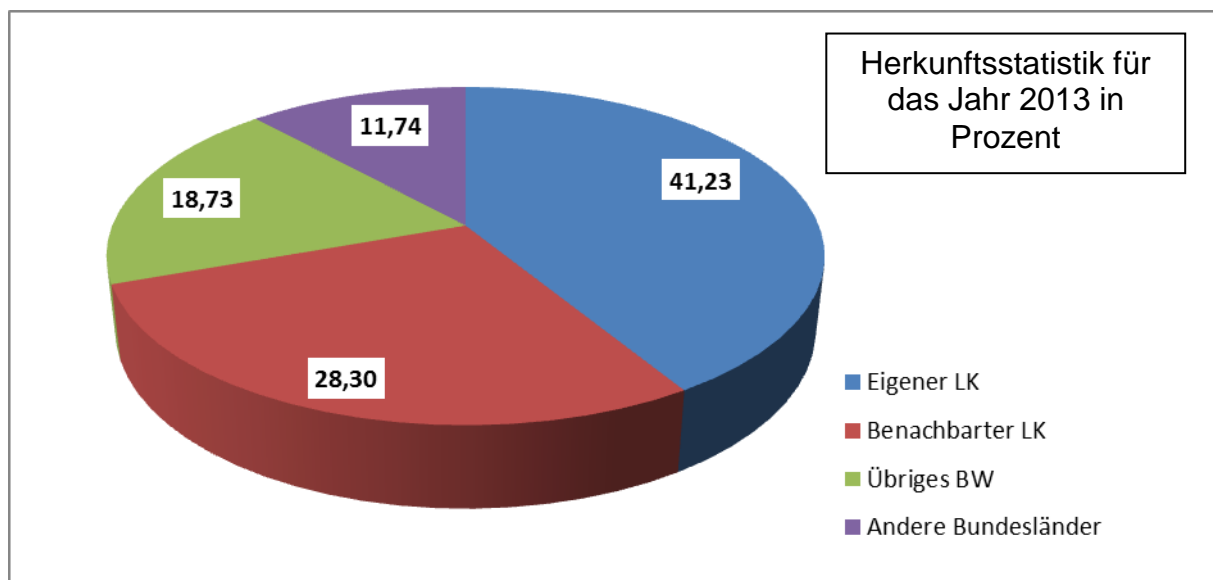
Mit Abstand die häufigste Diagnosegruppe mit rd. 60% aller Fälle sind affektive Störungen (F30-F39), gefolgt von neurotischen, belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F49). Intelligenzstörungen (F70-F79). Entwicklungsstörungen und organi-



sche, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen wurden nur in insgesamt 5 Fällen diagnostiziert.



### III.2.3 Herkunftsstatistik



Rund 70% der Patientinnen und Patienten werden im eigenen Landkreis bzw. im benachbarten Landkreis behandelt. Von den 54 Krankenhäusern mit dem Versorgungsauftrag Psychosomatische Medizin und Psychotherapie behandeln lediglich 8 Krankenhäuser mehr Patientinnen und Patienten aus dem übrigen Baden- Württem-

berg und anderen Bundesländern als aus dem eigenen Landkreis und den benachbarten Landkreisen.

### **III.2.4 Konsil- und Liaisondienst**

45 Krankenhäuser bzw. Betriebsstellen gaben an, dass sie einen psychosomatischen Konsildienst vorhalten. 30 Krankenhäuser halten einen Liaisondienst vor. Die Qualität der Antworten hinsichtlich der erbrachten Konsil- bzw. Liaisondienste ist sehr unterschiedlich, deshalb kann hierzu keine belastbare landesweite Aufstellung erfolgen.

### **III.2.5 Psychosomatische Institutsambulanz**

41 Krankenhäuser beabsichtigen, eine psychosomatische Institutsambulanz einzurichten.

### **III.2.6 Spezialisierung**

Die einzelnen Kliniken gaben weit überwiegend (zu rund 78%) an, Spezialangebote vorzuhalten. Rund 63% der Kliniken mit Spezialisierung nannten (somatoforme) Schmerzstörungen als Indikationsgruppe, wobei bis auf wenige Ausnahmen mehrere Spezialisierungen angegeben wurden. Kliniken, die über tagesklinische Plätze verfügen, gaben an, diese auch für Spezialisierungen zu nutzen, wenn dies organisatorisch möglich sei.

### **III.2.7 Bedarf an tagesklinischem Setting und Möglichkeit der Verweildauerverkürzung**

Rund 90% der Kliniken gaben an, dass ein Auf- oder Ausbau tagesklinischer Angebote sinnvoll sei, um ein gestuftes Behandlungsangebot vorzuhalten. Rund 73% der Kliniken halten eine Verkürzung oder Vermeidung vollstationärer Aufenthalte durch tagesklinische Angebote für möglich, besonders bei „step down“-Ansätzen. Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass ein Effekt tagesklinischer Behandlung eher darin

besteht, Rehospitalisierungen zu vermeiden als vollstationäre Verweildauern zu senken.

### **III.2.8 Kooperationen**

Rund 82% aller Kliniken gaben an, über die Kooperationen mit psychiatrischen und somatischen Einrichtungen hinaus auch mit psychosozialen Einrichtungen zu kooperieren. Rund 45% aller Kliniken gaben an, zusätzlich noch weitere Kooperationen (z.B. mit fachspezifischen Arbeitskreisen oder Niedergelassenen) zu pflegen. Lediglich zwei Kliniken gaben an, gar nicht zu kooperieren.

### **III.3 Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V./Landesverband Baden-Württemberg (DGPM)**

Die DGPM führt aus, dass es im Bereich der Psychosomatik erst seit den 1990er Jahren zu einer vermehrten Einrichtung tagesklinischer Angebote gekommen sei: entweder als eigenständige Einheit „im Sinne einer echten Behandlungsalternative“ oder als in eine stationäre Einheit integrierte Form, bei der die tagesklinische Behandlung direkt im Anschluss an die vollstationäre im Sinne eines fließenden Übergangs („step-down“) durchgeführt werde. Beide Varianten seien sinnvoll. Ohne vollstationäre Settings ersetzen zu können, hätten sich tagesklinische Einheiten als erfolgreich auch bei schwer beeinträchtigten Patienten erwiesen. Die DGPM sieht eine mögliche Verweildauerverkürzung durch Tageskliniken eher skeptisch, hält es aber für wahrscheinlich, dass sich „die Zahl der Wiederaufnahmen und die mittlere stationäre Liegedauer vermindert“. Wie Psychosomatische Institutsambulanzen seien sie dringend erforderlich im Rahmen gestufter und gemeindenaher Versorgungskonzepte.

CL-Dienste werden als sinnvoll angesehen, um durch frühzeitige Diagnostik und Therapie Folgekosten (komorbider) psychischer Erkrankungen zu reduzieren. Die Finanzierung von CL-Diensten sei jedoch oft unzureichend.

### **III.4 Zusätzliche Expertise**

Herr PD Dr. J. Valdes-Stauber, Chefarzt am ZfP Südwürttemberg und Regionaler Geschäftsbereichsleiter SINOVA Süd, wurde gebeten, seine Konzeption einer „Gemeindepsychosomatik“ zu erörtern.

Er führte aus: „Eine moderne Psychosomatik nimmt Abstand von einer „Erholungs“-Intention, von Rehabilitation, aber auch von einer „Psychiatrie light“, denn sie übernimmt die Versorgungsaufgabe für einen Großteil psychischer Störungen moderner Gesellschaften mit psychotherapeutisch orientierten Behandlungskonzepten und – settings für sowohl primär psychosomatische (z.B. Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen, peripartale Störungen, Essstörungen etc.) als auch somatopsychische Störungen (chronische körperliche, degenerative, organdestruktive Erkrankungen, etc.). Eine moderne Psychosomatik sollte aber analog zu der Gemeindepsychiatrie –mit welcher sie partnerschaftlich zusammenarbeitet- ebenfalls insofern als „Gemeindepsychosomatik“ verstanden werden, als dass sie Antworten auf psychische Störungen in der zu versorgenden Region mit den Mitteln der Psychosomatik und der Psychotherapie geben soll, die auf die konkreten Versorgungsbedürfnisse zugeschnitten sein soll: Betriebspsychosomatik; ... Konsiliardienste in Allgemeinkrankenhäusern; Palliativpsychosomatik in Krankenhäusern und Hospizeinrichtungen; ... Netzworkebildung mit niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten; ... Netzworkebildung mit psychiatrischen Diensten ... Drehscheibe der Gesamtversorgung sollten dezidiert psychosomatische Ambulanzen ohne Wartezeiten sein, die schnell, unkompliziert und niedrigschwellig frühzeitig adäquate Alternativen für stationäre Behandlung und Rehabilitation anbahnen, so dass eine Steuerung der Versorgung und eine Reduktion von Chronifizierung gewährleistet werden können. Hierzu sind intermediäre Einrichtungen mit geringen Wartezeiten, wie es bei Tageskliniken der Fall ist, unerlässlich“.

### **III.5 Expertengespräch**

Am 23.09.2014 hat das Sozialministerium ein Fachgespräch mit ausgewiesenen Experten des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geführt. An dem

Gespräch nahmen auf Expertenseite teil: Herr Prof. Dr. Eich (Universitätsklinik Heidelberg), Herr Dr. Hain (Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal), Herr Dr. Unterbrink (Kreiskrankenhaus Lörrach), Frau Prof. Dr. Zeeck (Universitätsklinik Freiburg) und Herr Prof. Dr. Zipfel (Universitätsklinik Tübingen).

Einvernehmlich wurde von Expertenseite unterstrichen, dass sich die Fachplanung in Baden-Württemberg im Bereich der Psychosomatik sehr bewährt habe. Gleichwohl sehe man angesichts hoher Prävalenzen auf dem Feld psychischer Störungen und langer Wartezeiten vor allem im tagesklinischen Bereich die Notwendigkeit größerer voll- und teilstationärer Kapazitäten. Obwohl die bisherige Fachplanung eine flächendeckende psychosomatische Versorgung ermöglicht habe, sei es sinnvoll, an allen geeigneten Standorten gestufte Behandlungsketten zu erreichen, die voll- und teilstationäre wie auch über die dringend gebotenen Psychosomatischen Institutsambulanzen ambulante Settings voraussetzen würden. Es bestand zudem Einigkeit, dass psychosomatische Versorgung grundsätzlich mit somatischer Versorgung einhergehen sollte.

In der tagesklinischen Versorgung bestehe in Baden-Württemberg Nachholbedarf. Diese setzten ein intensives Behandlungsprogramm voraus, das genügend Ressourcen benötige. Voraussetzung sei aus fachlicher Sicht die Anbindung an einen Vollversorger. Dass tagesklinische Behandlung generell wirksam sei, habe sich erwiesen, wenngleich noch weitere Forschung hinsichtlich differentieller Indikationen notwendig sei. Die Schwere der Störung sei nicht das alleinige Zuweisungskriterium. Andere Faktoren (Wohnortnähe, Motivation, familiäre Konflikte) seien ebenfalls wichtige Indikatoren. Für eigenständige Tageskliniken seien mindestens 12 Plätze sinnvoll. Notwendig seien jedoch insbesondere tagesklinische Angebote, die in eine vollstationäre Einheit integriert seien, da hier die gerade in der Psychosomatik wichtige Behandlerekontinuität gewährleistet sei und „step down“-Ansätze sich bewährt hätten. Zu fordern sei die Umwandlung vollstationärer Betten in teilstationäre Plätze im Verhältnis 1:2 wie in der Psychiatrie.

Bei aller notwendigen Orientierung auf gemeindenaher Versorgung sei es auch wichtig, Spezialangebote vorzuhalten.

Konsil- und Liaisondienste seien ein wichtiges Instrument der Psychosomatik an der Schnittstelle zur Somatik. Das Problem sei eine nicht auskömmliche Finanzierung.

## **IV. Fortschreibung der Fachplanung**

Es wird vorgeschlagen, die Fachplanung „Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie“ in Baden-Württemberg unter Berücksichtigung folgender Aspekte fortzuschreiben:

### **IV.1 Bedarfsplanung**

Der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg führt in seinem Urteil vom 12.02.2013 auf Seite 17 aus, dass das Land fehlerfrei einen bestehenden und absehbar künftigen Bedarf von landesweit 1.695 Betten im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ermittelt hat. Damit wurden die unter II. angeführten Bedarfsdeterminanten bestätigt. An diesen ist weiter festzuhalten. Unter Berücksichtigung der neuesten Bevölkerungszahl ergibt sich ein Bedarf von insgesamt 1.720 Betten und Plätze für Baden-Württemberg.

Die bisherige Fachplanung sieht vor, dass der Bedarf für jede einzelne Region ermittelt und dort allokiert wird. Ziel dieser Planung war es, eine möglichst flächendeckende wohnortnahe Versorgung zu schaffen. Seit Einführung der Fachplanung 1999 wurden in allen Regionen des Landes vollstationäre und teilstationäre psychosomatische Kapazitäten geschaffen. Das Ziel, eine wohnortnahe Versorgung insbesondere im vollstationären Bereich zu ermöglichen, ist weitgehend erreicht.

Die Bedarfsermittlung und die Allokation der Kapazitäten soll nunmehr künftig landesweit erfolgen, wobei bei der Ausweisung von neuen Kapazitäten regionale Aspekte zu berücksichtigen sind. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Bevölkerungszahl – von der die Berechnung der notwendigen Kapazitäten abhängig ist - keinen großen Schwankungen unterliegt und deshalb die Kapazitätsanpassungen auch künftig nur noch moderat ausfallen werden.

Die Unterscheidung zwischen regional und überregional versorgenden Krankenhäusern entfällt, da die überwiegende Zahl der Krankenhäuser regional versorgt. Zudem ist eine Planung von regional und überregional versorgenden Krankenhäusern nicht praktikabel, da eine laufende Überprüfung der Herkunftsstatistiken und eine Ände-

zung der Allokation der Kapazitäten auf die einzelnen Regionen als nicht praktikabel erscheint.

## **IV.2 Ziele der Versorgung**

Das vorrangige Ziel der Krankenhausplanung, das Fachgebiet möglichst eng mit der somatischen Medizin zu verknüpfen, wird beibehalten. Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sollen an somatischen Krankenhäusern errichtet werden. Ersatzweise kann die Anbindung an die Somatik auch über qualifizierte und leistungsfähige Kooperationen sichergestellt werden, die der Träger nachzuweisen hat. Durch die Anbindung an die Somatik sollen die gebotene Interdisziplinarität der Patientenversorgung hergestellt und die notwendigen Konsiliar- und Liaisondienste insbesondere in Bezug auf die somatischen Fachabteilungen gewährleistet werden. Auch an der Kooperation mit psychiatrischen Einrichtungen soll angesichts sich überschneidender Fachgrenzen festgehalten werden, um im Einzelfall jene Versorgungsform zu ermöglichen, die am ehesten patientengerecht ist.

## **IV.3 Teil- und/oder vollstationäre Versorgung**

Für eine moderne medizinische Versorgung ist eine gestufte Behandlungskette erforderlich. Aufgrund der bereits seit vielen Jahren vorhandenen Erfahrungen mit gestuften und dezentralen Behandlungskonzepten im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie soll insbesondere dem Ausbau teilstationärer Angebote in der Psychosomatik Vorrang gegeben werden.

Die nunmehr auch im Bereich der Psychosomatischen Medizin vorliegenden Erfahrungen mit gestuften Behandlungskonzepten haben gezeigt, dass diese geeignet sind, die Versorgung zu verbessern.

Künftig sollen deshalb vorrangig nur noch im teilstationären Bereich Kapazitäten ausgewiesen werden, um auch in diesem Bereich eine wohnortnahe Versorgung zu erreichen. Für die Ausweisung teilstationärer Kapazitäten ist erforderlich, dass das Krankenhaus eine vollstationäre psychosomatische Versorgung sicherstellt, um ein gestuftes Behandlungskonzept zu gewährleisten. Dies kann grundsätzlich sowohl durch eine zu diesem Krankenhaus gehörende, doch baulich abgegrenzte Tagesklinik (eigenständige Tagesklinik) gewährleistet werden als auch durch tagesklinische

Plätze, die konzeptionell und räumlich in eine bestehende vollstationäre Einheit integriert sind (integrierte Tagesklinik). Eine eigenständige Tagesklinik wird wahrscheinlich in größerem Maße Patientinnen und Patienten direkt aufnehmen, als dies im integrierten Modell der Fall wäre. Dies könnte dazu beitragen, vollstationäre Aufenthalte zu vermeiden. Demgegenüber hat die integrierte Tagesklinik den Vorteil, im Rahmen eines „step down“-Ansatzes den Übergang von voll- in teilstationäre Versorgung bei entsprechender Behandlungskontinuität zu gewährleisten. Dieses Modell ist besonders dazu geeignet, vollstationäre Verweildauern zu reduzieren, vor allem jedoch Rehospitalisierungen zu vermeiden und Chronifizierungen vorzubeugen. Auch der Übergang in ein ambulantes Setting würde durch eine gestufte Steigerung der Belastungsfähigkeit erleichtert.

Die Ausweisung integrierter tagesklinischer Plätze sollte bevorzugt erfolgen, sofern dies konzeptionell schlüssig und wirtschaftlich umgesetzt werden kann. Denn zum einen ist hierdurch die von Krankenhäusern und Experten immer wieder betonte therapeutische Kontinuität gewährleistet. Zum anderen wäre es dadurch planerisch möglich, einer größeren Zahl von Standorten in bisher diesbezüglich unterversorgten Regionen eine wohnortnahe Versorgung mit teilstationären Angeboten zu ermöglichen.

#### **IV. 4 Psychosomatische Institutsambulanzen (PsiA)**

Psychosomatische Institutsambulanzen würden, wenn sie realisiert werden, ein wichtiges Element im Rahmen eines gestuften Versorgungskonzeptes darstellen.

Nach der Neuregelung in § 118 Abs. 3 SGB V ist für die Selbstverwaltungs-Partner unklar, ob psychiatrische Krankenhäuser mit psychosomatischen Abteilungen eine psychosomatische Institutsambulanz betreiben können, insbesondere, ob solche Einrichtungen von der Ermächtigung nach § 118 Abs. 1 Satz 1 SGB V gedeckt sind. Auch besteht Rechtsunsicherheit beim Umgang mit der regionalen Versorgungsverpflichtung nach § 118 Abs. 3 SGB V, wonach diese für die Errichtung einer Institutsambulanz an Allgemeinkrankenhäusern vorausgesetzt wird, solche Verpflichtungen im Bereich der Psychosomatik bislang aber nicht bestehen.



Das Problem soll im Rahmen der geplanten Krankenhausreform aufgegriffen werden. Das Bundesgesundheitsministerium prüft derzeit eine Ergänzung nach § 118 Abs. 3 SGB V dahingehend, dass auch die psychiatrischen Krankenhäuser mit psychosomatischen Fachabteilungen zur ambulanten psychosomatischen Behandlung in dem von den Selbstverwaltungspartnern zu bestimmenden Umfang ermächtigt sind. Geprüft werden soll auch die Streichung des Erfordernisses der regionalen Versorgungsverpflichtung bei den Allgemeinkrankenhäusern mit psychosomatischen Fachabteilungen.

#### **IV.5 Konsiliar- und Liaisondienste**

Konsiliar- und Liaisondienste tragen zur Verbesserung der Versorgung bei. Um solche Dienste auf qualitativ hohem Niveau strukturell zu verankern, sollten entsprechende Qualitätsindikatoren definiert werden. Hierzu könnte z. B. eine entsprechende Zertifizierung durch eine Fachgesellschaft beitragen. Zu diesem Aspekt der psychosomatischen Versorgung und über die von Experten beklagten Defizite der Finanzierung vor allem von Liaisondiensten sollten unter Einbeziehung von Kostenträgern und Leistungserbringern lösungsorientierte Gespräche geführt werden.