

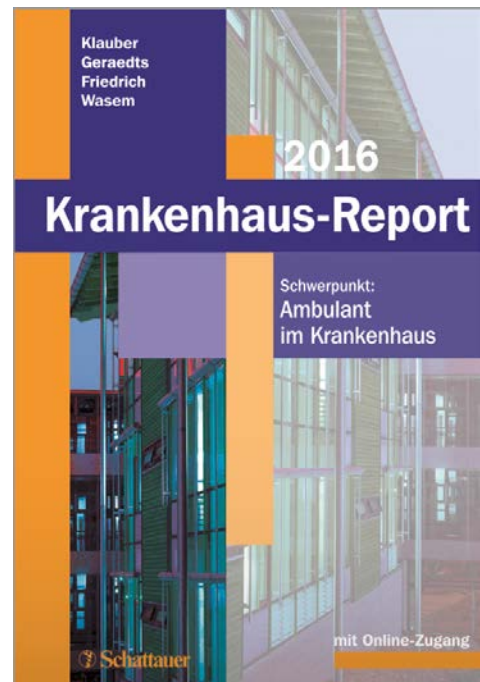
# Krankenhaus-Report 2016

## „Ambulant im Krankenhaus“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 63-84



<b>4</b>	<b>Psychiatrische Institutsambulanzen Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der Psych- Entgeltreform.....</b>	<b>63</b>
	<i>Olaf Neubert und Marcel Richter</i>	
4.1	Ambulante psychiatrische Krankenhausleistungen .....	64
4.2	Entwicklung des gesetzlichen Rahmens für psychiatrische Institutsambulanzen.....	65
4.3	PIA-Vereinbarung: Bestimmung des Personenkreises .....	68
4.4	Regionale Verteilung der PIAs .....	69
4.5	PIA-Doku-Vereinbarung: Transparenz im Rahmen der Psych- Entgeltreform.....	72
4.6	Versorgung durch PIAs im Jahr 2014 .....	73
4.6.1	Behandlungsfälle und Kontakthäufigkeit .....	73
4.6.2	Vergütung.....	75
4.6.3	Differenzierung nach Leistungsziffern .....	77
4.6.4	Ambulante und stationäre Behandlung im Krankenhaus .....	80
4.7	Zur Rolle der PIAs in der künftigen psychiatrischen Versorgung.....	83

# 4 Psychiatrische Institutsambulanzen

## Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der Psych-Entgeltreform

Olaf Neubert und Marcel Richter

4

### Abstract

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 SGB V haben einen spezifischen Versorgungsauftrag für schwer und chronisch psychisch Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen krankenhaushnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Vor 40 Jahren wurden im Rahmen der Umsetzungsempfehlungen der Psychiatrie-Enquete erstmals psychiatrische Fachkrankenhäuser ermächtigt. Der Beitrag zeigt die bestehenden gesetzlichen und vertraglichen Regelungen (Patientenzugang, Versorgungsrolle, Vergütung etc.) in ihrer Entwicklung auf. Der empirischen Teil widmet sich dem Leistungsspektrum der PIAs (auf Basis von § 21-Daten) und den regionalen Unterschieden in Art und Umfang der Patientenversorgung. Außerdem werden die Behandlungspfade „Stationär“ und „Ambulanz“ untersucht sowie die Frage der „Grenzziehung“ zwischen den Leistungsbereichen diskutiert. Abschließend erfolgt eine Einordnung mit Blick auf die Vergütungsreform der psychiatrischen und psychosomatischen stationären Behandlung.

According to § 118 of the German Code of Social Law, Psychiatric institutional outpatient units (PIA) have a specific mandate to treat severely and chronically mentally ill patients who need special hospital-based care due to the nature, severity or duration of their disease. 40 years ago, specialised psychiatric hospitals were first authorised within the framework of the recommendations of the commission of inquiry on psychiatry. This paper describes the current legal and contractual arrangements (patient access, supply role, reimbursement etc.) and their development. The empirical part is devoted to the service spectrum of PIAs (based on § 21 data) and regional differences in the nature and scope of psychiatric patient care. In addition, the clinical pathways “inpatient” and “outpatient” are investigated and the issue of “boundaries” between service sectors are discussed. Finally, outpatient units are classified with a view to the reimbursement reform of psychiatric and psychosomatic inpatient care.

## 4.1 Ambulante psychiatrische Krankenhausleistungen

Die ambulante Versorgung schwer psychisch Kranker im Krankenhaus ist eine wesentliche Veränderung infolge der Psychiatrie-Enquete 1975<sup>1</sup>. Vor 40 Jahren verpflichtete der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Ermächtigung psychiatrischer Fachkrankenhäuser. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) haben einen spezifischen Versorgungsauftrag speziell für psychisch Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhaushnahen Versorgungsangebots bedürfen. Ziel ist es, durch multiprofessionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren.

Die Ausgaben für PIAs sind seit deren statistischer Erfassung (1999) bundesweit kontinuierlich gestiegen (Abbildung 4–1). Jährliche Wachstumsraten im zweistelligen Prozentbereich sind dabei nicht ungewöhnlich. Mittlerweile haben die gesetzlichen Krankenkassen bereits Ausgaben von über einer halben Milliarde Euro (2014) in diesem Bereich zu verzeichnen. Betrachtet man die Entwicklung dieser 15 Jahre, ent-

Abbildung 4–1



1 Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, 1975, BT-Drs. 7/4200. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf> (11. November 2015).

spricht dies fast dem 8,5-Fachen des Ausgangswerts. Eine Sättigung scheint noch lange nicht erreicht. Die neuesten Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu den Rechnungsergebnissen der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen, dass die Ausgaben von 2013 auf 2014 um weitere 10% gestiegen sind (KJ1 2014). Es handelt sich damit um einen dynamischen Leistungsbereich.

## 4.2 Entwicklung des gesetzlichen Rahmens für Psychiatrische Institutsambulanzen

Eine seit Jahren gesetzlich verankerte Form der Krankenhausambulanzen in der Psychiatrie und Psychosomatik sind die PIAs. Bereits in den 1970er Jahren fanden diese ihre erste Erwähnung in der Bundesgesetzgebung (Reichsversicherungsordnung (RVO)<sup>2</sup>). Ende der 1980er Jahre wurden diese in die Sozialgesetzgebung überführt (Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker<sup>3</sup>). Seitdem unterliegen die Regelungen einer ständigen Änderung und Fortentwicklung (Tabelle 4-1).

Was sind die wesentlichen Regelungen? § 118 SGB V sieht bei den PIAs von Anfang an eine Unterscheidung zwischen psychiatrischen Krankenhäusern und Krankenhäusern mit selbstständig, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung vor. Erstere sind dabei vom Zulassungsausschuss im Land zu ermächtigen. Letztere sind per Gesetz ermächtigt, anfangs noch mit der Regelung, dass diese zur Versorgung notwendig sein müssen. Eine Beschränkung auf die Patienten, die nach Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit behandelt werden müssen, wurde bereits früh gesetzlich geregelt. Später wurde die vorgeschriebene Prüfung auf Versorgungsnotwendigkeit außer Kraft gesetzt (GKV-Gesundheitsreformgesetz<sup>4</sup>). Dreiseitig gilt es nun auf Bundesebene, die in PIAs der Allgemeinkrankenhäuser zu behandelnde Patientenklientel zu definieren. Seit dem Jahr 2013 gibt es eine eigenständige Regelung für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung (neuer Absatz 3 in § 118 SGB V).

Die Höhe und Art der Vergütung wird jeweils in den Bundesländern geregelt. Vereinbarungspartner sind dabei die Krankenkassen auf Landesebene, die gemeinsam und einheitlich für alle Krankenkassen mit den jeweiligen Krankenhäusern Regelungen treffen. In einigen Bundesländern gibt es für alle PIAs einen einheitlichen Landesvertrag (z. B. Bayern, Mecklenburg-Vorpommern), in anderen für jede PIA eigene Verträge (z. B. Berlin, Baden-Württemberg) oder sogar Mischformen (z. B. Sachsen-Anhalt).

2 Reichsversicherungsordnung, Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz KVVWG) vom 28.12.1976, BGBl I S. 3873–3874.

3 Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker (PsychKVVerbG) vom 26.02.1986 zum 01.01.1986, BGBl I S. 324.

4 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 29.12.1999 zum 01.01.2000, BGBl I S. 2626.

Tabelle 4–1

**Überblick über Gesetzgebung und Entwicklung von PIAs**

Datum	Gesetz	Weiterführende Aktivitäten auf Ebene der Selbstverwaltung
01.01.1977	§ 368n Reichsversicherungsordnung: PIAs erstmals mit eigener Rechtsgrundlage	
01.01.1986	Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker: „Institutsverträge auf Landesebene“	
22.12.1986		Gemeinsame Empfehlung zum Abschluss von Institutsverträgen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und den Krankenkassenverbänden auf Bundesebene
01.01.1989	Überführung der RVO-Regelungen in die Sozialgesetzgebung (SGB V)	
01.01.1999		Überarbeitung des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, Etablierung eines eigenen Sachbuchkontos
01.04.2001		Rahmenvertrag zur „Patientengruppe“ in Allgemeinkrankenhäusern auf Bundesebene (KBV, DKG, Krankenkassenverbände auf Bundesebene)
01.01.2009		Kündigung des Rahmenvertrages durch die KBV
24.03.2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz: Einführung des Psych-Entgeltsystems und PIA-Prüfauftrag	
30.11.2009		Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband
01.01.2010		Vertrag zum Datenaustausch (DTA) zur elektronischen Übermittlung der Abrechnungsdaten (DKG, GKV-Spitzenverband)
01.07.2010		Neuer Rahmenvertrag zur „Patientengruppe“ (KBV, DKG, GKV-Spitzenverband)
16.03.2012		Vertrag zur PIA-Dokumentation (DKG, GKV-Spitzenverband), Dokumentation ab dem Jahr 2013
01.01.2013	Psych-Entgeltgesetz <sup>1</sup> : u. a. neu § 118 Abs. 3 SGB V (Psychosomatische Institutsambulanzen)	
30.06.2015		Daten der PIA-Dokumentation für die Jahre 2013 und 2014

<sup>1</sup> Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntG) vom 21.07.2012 zum 01.01.2013, BGBl I S. 1613.

Mit der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)<sup>5</sup> kommt den PIAs eine besondere Rolle zu. Im Rahmen eines gesonderten Prüfauftrages sind die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)) beauftragt zu prüfen, inwieweit die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der PIAs in das stationäre Entgeltsystem einbezogen werden können. DKG, GKV-Spitzenverband und PKV haben sich Ende 2009 dazu verständigt, dass die Integration der Leistungen der PIAs in das neue Vergütungssystem erst zu einem späteren Zeitpunkt stattfindet. Auf der Grundlage von gesonderten, bundesweit einheitlichen Dokumentationen sollen weitere Prüfungen erfolgen. Diese zu den Abrechnungsdaten zusätzlichen Daten sind an das DRG-Institut (InEK) zu übermitteln.

Mit dem KHRG wurden die Krankenhäuser verpflichtet, die Abrechnungsdaten ihrer PIAs in maschinenlesbarer Form direkt an die Krankenkassen zu übermitteln. Vorher wurde in der Regel über papiergebundene Sammelrechnungen abgerechnet, in denen alle Behandlungen bei Patienten der entsprechenden Krankenkasse zusammengefasst wurden. Die direkte Abrechnung mit der Krankenkasse vermeidet den Umweg über die Kassenärztliche Vereinigung. DKG und GKV-Spitzenverband haben sich auf eine elektronische Datenübermittlung der Abrechnungsdaten ab dem Jahr 2010 verständigt. Mit einer klar definierten Entgeltsystematik und der nun möglichen Zuordnung der Abrechnung zum einzelnen Versicherten konnte ein erster Schritt zu mehr Transparenz erzielt werden.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)<sup>6</sup> schaffte die gesetzliche Grundlage für eine bundesweite Datenerhebung, indem die Vereinbarungspartner beauftragt wurden, für die Dokumentation der Leistungen der PIAs bis spätestens 30.04.2012 einen bundeseinheitlichen Katalog sowie das Nähere zur Datenübermittlung zu bestimmen. Vor diesem Hintergrund gab es auf Bundesebene am 16.03.2012 eine Verständigung auf die sog. PIA-Doku-Vereinbarung<sup>7</sup>, die erstmals vorsieht, dass PIAs bundeseinheitliche Dokumentationsschlüssel an das DRG-Institut zu übermitteln haben. Mittels einheitlicher Patienten-IDs ist die Abbildung des Behandlungsverlaufs (PIA, teilstationär, stationär) von Patienten möglich. Darüber hinaus sind Patientenkontakte in standardisierter Form sowohl an das InEK als auch im Wege der Abrechnung an die Krankenkassen zu übermitteln.

Um sich ein genaueres Bild über die Leistungen und die Aufgaben einer PIA machen zu können, wird nun die PIA-Vereinbarung näher beleuchtet.

5 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17.03.2009 zum 25.03.2015, BGBl I S. 534.

6 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22.12.2011 zum 01.01.2012, BGBl I S. 2983.

7 Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) vom 16.03.2012. [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische\\_institutsambulanzen/KH\\_2012\\_03\\_16\\_PIA-Doku\\_Vereinbarung\\_final.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische_institutsambulanzen/KH_2012_03_16_PIA-Doku_Vereinbarung_final.pdf) (3. August 2015).

### 4.3 PIA-Vereinbarung: Bestimmung des Personenkreises

PIAs lassen sich dem Gesetz nach in verschiedene Gruppen einteilen. Psychiatrische Krankenhäuser sind quasi per Automatismus durch den Zulassungsausschuss zu ermächtigen. Hier sind keine weiteren Spezifizierungen auf Bundesebene vorgesehen. Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständig, fachärztlich geleiteten psychiatrischen oder psychosomatischen Abteilungen sind per Gesetz zur Behandlung einer gesondert (auf Bundesebene) festzulegenden Gruppe von Patienten ermächtigt. Hier tritt dann per se ein Ermächtigungsautomatismus ein. Die Krankenhäuser müssen lediglich vom Bundesland mit einer regionalen Versorgungsverpflichtung beauftragt sein. Die aktuelle PIA-Vereinbarung wurde 2010 dreiseitig zwischen KBV, DKG und GKV-Spitzenverband vereinbart.<sup>8</sup> Sie definiert u. a. die Patientengruppen. Außerdem stellt sie klar, dass kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen, aber auch psychiatrische Abteilungen an Universitätskliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur Leistungserbringung ermächtigt sind. Überschneidungen sehen die Autoren hier mit den Leistungen der psychologischen Hochschulambulanzen. Diese dürfen nun Patienten behandeln, deren Erkrankung nach Art, Schwere oder Komplexität einer Behandlung in einer Hochschulambulanzen bedarf.<sup>9</sup> Hier braucht es einer gewissen Nachjustierung, um die Versorgungsbereiche voneinander abzugrenzen.

Was ist geregelt? Aufgabe der PIAs ist es, insbesondere dort Angebote zu unterbreiten, wo im niedergelassenen Bereich nur eine unzureichende Erreichbarkeit sichergestellt ist. Krankenhausaufnahmen sollen vermieden oder stationäre Behandlungszeiten verkürzt werden. In der Regel erfolgt deshalb die Inanspruchnahme mittels Überweisungen. In einer PIA gilt der Facharztstandard und es wird Kontinuität in den persönlichen Beziehungen von Patient und multiprofessionellem Behandlungsteam vorausgesetzt. Durch die organisatorische Bindung der PIA an die psychiatrische oder psychosomatische Abteilung des Krankenhauses ist dort auch ein Notfalldienst außerhalb der regulären Dienstzeiten sicherzustellen.

PIAs haben zu Beginn der Behandlung zu prüfen, ob der Patient einer Behandlung gemäß PIA-Vereinbarung bedarf. Das Ergebnis ist in der Patientenakte zu dokumentieren. Nach einem Zeitraum von zwei Jahren ist diese Prüfung zu wiederholen. Die Einschlusskriterien der PIA-Vereinbarung lassen sich in drei Komplexe einteilen und werden nach Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen unterschieden. Liegt eine Behandlungsdiagnose (Art der Erkrankung) vor und ist mindestens eines der weiteren Merkmale (Schwere oder Dauer der Erkrankung) erfüllt (Tabelle 4–2), ermächtigt dies die PIA zur Leistungserbringung.

Vor der Behandlung durch eine PIA haben alternative kontinuierliche und ausreichende Behandlungen durch Vertragsärzte oder Psychotherapeuten oder ein ausreichend stützendes soziales Netzwerk Vorrang. Soziotherapie schließt eine Behandlung durch die PIA aus.

<sup>8</sup> Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V vom 30.04.2010. [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische\\_institutsambulanzen/KH\\_Psych\\_20100430\\_PIA-Vereinbarung.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische_institutsambulanzen/KH_Psych_20100430_PIA-Vereinbarung.pdf) (30. Juli 2015).

<sup>9</sup> Vgl. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz.

Tabelle 4–2

**Überblick über die Spezifizierung der Patientengruppe**

Kennzeichen	Merkmal	Beschreibung
A	Art der Erkrankung	In Form einer Diagnosen-Positivliste werden die F-Diagnosen des ICD-Kataloges aufgeführt, für die Behandlungen durchgeführt werden dürfen.
B	Schwere der Erkrankung	Die Schwere einer Erkrankung bilden z. B. Notfälle oder Verkürzungen von aktuellen stationären Aufenthalten, schwere Krankheitsverläufe anhand von medizinischen Skalen, Gefährdungspotenziale beim Patienten o. ä. ab.
C	Dauer der Erkrankung	Die Erkrankung muss seit mindestens sechs Monaten bestehen oder bei rezidiven Erkrankungen mindestens ein Rezidiv innerhalb von zwei Jahren aufgetreten sein.

Krankenhaus-Report 2016

WIDO

## 4.4 Regionale Verteilung der PIAs

Im Jahr 2014 gab es 584 Krankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen (Tabelle 4–3). Zu dem Zeitpunkt gab es für 481 PIAs eine Vergütungsvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen. Damit verfügen ca. 80% der Krankenhäuser über die Möglichkeit der ambulanten Behandlung. Für 100 000 Einwohner stehen im gesamtdeutschen Durchschnitt sechs Ambulanzen zur Verfügung. In den einzelnen Bundesländern variiert die Anzahl sehr stark zwischen vier in Berlin und Baden-Württemberg sowie zehn in Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz. Tatsächlich liegt die Anzahl der PIAs jedoch deutlich höher, da es weder für den stationären noch für den ambulanten Versorgungsbereich der Krankenhäuser eine einheitliche Standortabgrenzung gibt. Der GKV-Spitzenverband hat diesen Mangel erneut im Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) thematisiert und eine gesetzliche Grundlage für ein Kennzeichen des Ortes der Leistungserbringung für Krankenhausaustandorte, Fachabteilungen und Ambulanzen gefordert.<sup>10</sup> Die genaue Verortung der Leistungserbringung ist zwingende Voraussetzung dafür, dass die neuen gesetzlichen Aufträge zur Berücksichtigung der Erreichbarkeit bzw. des Einzugsbereichs im Rahmen von Sicherstellungszuschlägen, der Krankenhaus- und Bedarfsplanung, von Strukturqualitätsvorgaben sowie der Qualitätsberichterstattung umgesetzt werden.

Zahlreiche psychiatrische Krankenhäuser haben neben dem Hauptstandort weitere teilstationäre Nebenstandorte mit angeschlossenen PIAs, ohne dass diese in den Vereinbarungs- und Abrechnungsdaten unterscheidbar sind. Im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) werden

<sup>10</sup> Vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 20.08.2015. [www.bundestag.de/blob/386080/0348ddcfe31811b660017a01f8f7c66c/gkv-spitzenverband-data.pdf](http://www.bundestag.de/blob/386080/0348ddcfe31811b660017a01f8f7c66c/gkv-spitzenverband-data.pdf) (9. November 2015).



Tabelle 4–3

**Anzahl der Krankenhäuser und PIAs nach Bundesländern**

Bundesland	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl PIA	PIAs je 1 Mio. Einwohner	Anzahl PIAs (21er Daten)	Abweichung (21er Daten)
Baden-Württemberg	90	45	4	45	0
Bayern	84	57	5	52	-5
Berlin	17	12	4	12	0
Brandenburg	18	18	7	18	0
Bremen	5	5	8	5	0
Hamburg	13	12	7	12	0
Hessen	46	40	7	33	-7
Mecklenburg-Vorpommern	14	16	10	15	-1
Niedersachsen	42	37	5	37	0
Nordrhein-Westfalen	116	105	6	97	-8
Rheinland-Pfalz	37	41	10	31	-10
Saarland	9	9	9	9	0
Sachsen	27	26	6	24	-2
Sachsen-Anhalt	20	18	8	17	-1
Schleswig-Holstein	32	27	10	26	-1
Thüringen	14	14	6	15	1
<b>Deutschland</b>	<b>584</b>	<b>482</b>	<b>6</b>	<b>448</b>	<b>-34</b>

Quelle: Vereinbarungsdaten und Daten nach § 21 KHEntgG, Datenjahr 2014

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

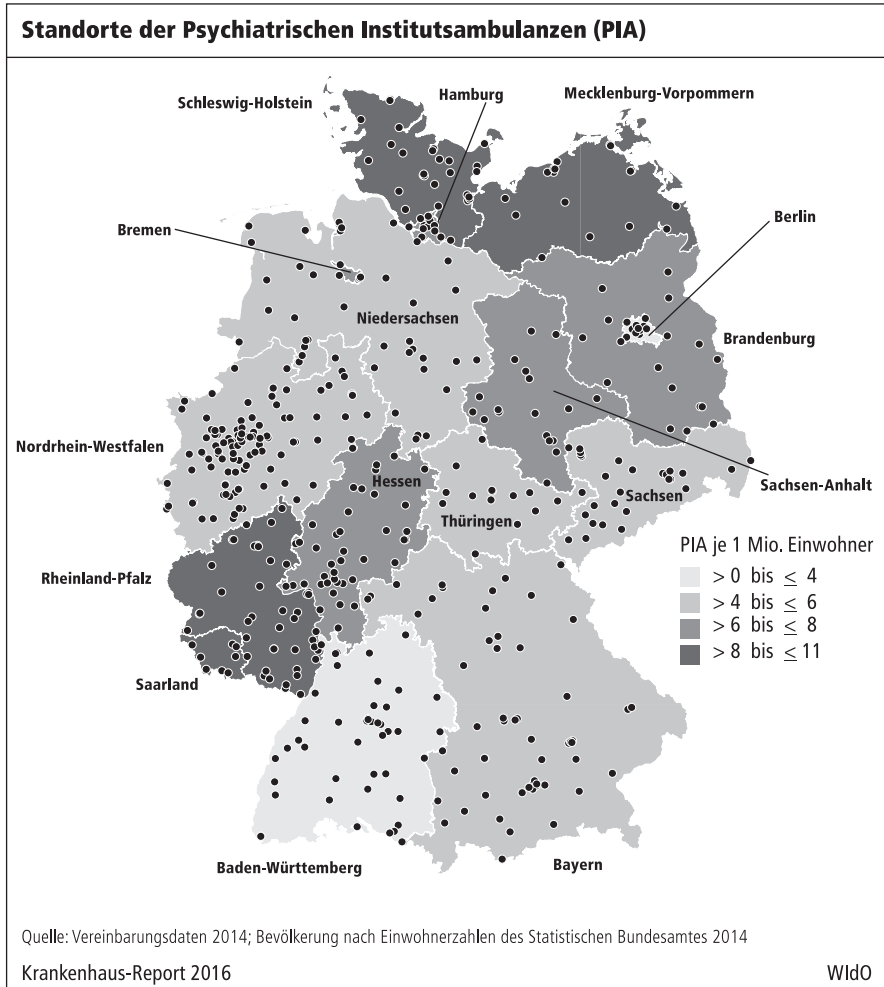
von den Krankenhäusern PIA-Daten mit 448 unterschiedlichen Institutionskennzeichen (IK) übermittelt. Im Vergleich zu den Vereinbarungsdaten fehlen damit detaillierte Leistungsdaten von 35 Einrichtungen. Für Thüringen gibt es in den Leistungsdaten eine im Vergleich zu den Vertragsdaten differenziertere Standortabgrenzung.

Ein Drittel der PIAs sind an Fachkrankenhäusern mit ausschließlich psychiatrischen Fachabteilungen und die anderen zwei Drittel der PIAs an Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen Fachabteilungen angesiedelt.<sup>11</sup> Die entsprechenden Krankenhäuser weisen eine unterschiedliche Fachabteilungsstruktur auf. Bei 77% der PIAs ist eine allgemein-psychiatrische Fachabteilung, bei 29% eine Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und bei 22% eine Fachabteilung der Psychosomatik bzw. Psychotherapie vorhanden.

Diese Standorte der PIAs sind im Bundesgebiet grundsätzlich flächendeckend verteilt (Abbildung 4–2). Eine Häufung gibt es erwartungsgemäß in den Ballungs-

<sup>11</sup> In der Zählung konnten 35 PIAs wegen fehlender Strukturangaben zu den DRG- und Psych-Betten nicht berücksichtigt werden.

Abbildung 4–2



zentren wie z. B. Berlin, Hamburg, Frankfurt am Main und dem Ruhrgebiet. In den Flächenländern Brandenburg, Niedersachsen, Thüringen oder Bayern zeigt sich dagegen eine eher geringe Standortdichte. Eine Erreichbarkeitsanalyse scheidert gegenwärtig an der fehlenden Erfassung der Außenstandorte. Für Bayern sind beispielsweise über die IKs nur 57 der insgesamt über 90 Standorte bekannt. Die mittlere Entfernung zur nächsten Ambulanz würde dann stets viel zu hoch berechnet werden.

Versorgungspolitisch ist eine gute Erreichbarkeit jedoch die zentrale Voraussetzung für eine stärkere ambulante Leistungserbringung der Krankenhäuser. Durch die Aufhebung der Standortbindung an das Krankenhaus im § 118 Abs. 4 SGB V infolge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2015 wird es den Krankenhäuser ermöglicht, weitere Satellitenstandorte zu eröffnen. Es muss jedoch auch bei

den bestehenden stationären Einrichtungen hinterfragt werden, ob ihre historisch geprägten Standorte für einen zukünftig viel stärker teilstationär und ambulant ausgerichteten Versorgungsauftrag geeignet sind.

## 4

## 4.5 PIA-Doku-Vereinbarung: Transparenz im Rahmen der Psych-Entgeltreform

Zur Prüfung der Vergütungsabbildung im Psych-Entgeltsystem (PEPP) ist es notwendig, Datengrundlagen zu etablieren, die eine sachgerechte Bewertung zulassen. Der Gesetzgeber hat dafür den notwendigen Rahmen geschaffen. GKV-Spitzenverband, PKV und DKG wurden beauftragt, einen bundeseinheitlichen Katalog zur Dokumentation der PIA-Leistungen zu schaffen. Dieser dient der Vereinheitlichung der in den Bundesländern unterschiedlich ausgeprägten Leistungen und deren Vergütung und stellt diese auf ein empirisches Fundament.

Die Daten werden im Rahmen der Abrechnung an die Krankenkasse sowie jährlich zusammengefasst im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG gesondert an das DRG-Institut übermittelt. Es sind Informationen zu Patienten (z. B. Alter, Geschlecht), Indikationen und Entgelten enthalten. Zusammen mit den stationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser am PIA-Patienten ergibt sich ein Überblick über dessen gesamte Behandlung im Kalenderjahr. Problematisch ist hier lediglich der nicht aufgehobene Quartalsbezug bei den PIAs, der bei der Fallzählung und dem Vergleich mit Krankenhausdaten zu beachten ist.

Darüber hinaus werden bei den PIAs Tage mit einem unmittelbaren Patientenkontakt dokumentiert. Es wird dabei differenziert, ob ein Arzt- bzw. Psychologenkontakt stattgefunden hat und ob dieser im Rahmen einer aufsuchenden Behand-

Abbildung 4–3

<b>PIA-Doku-Schlüssel</b>		
<b>Leistungsart</b>	Ärzte Psychologen	Pflege Sozialpädagogen Beschäftigungstherapeuten
Patientenkontakt	<b>PIA-002</b>	<b>PIA-001</b>
Mit aufsuchender Behandlung	<b>PIA-003</b>	<b>PIA-004</b>

PIA = Psychiatrische Institutsambulanzen

Krankenhaus-Report 2016 WIdO

lung außerhalb der PIA-Räumlichkeiten stattfand (Abbildung 4–3). In einigen Bundesländern lässt sich diese Information bereits aus den vereinbarten Entgelten (z. B. Wegepauschalen nach Behandlergruppen) ableiten, sodass eine gesonderte Dokumentation nicht notwendig ist. Die bundesweit einheitliche PIA-Dokumentation erfolgt seit dem 01.01.2013, sodass eine erste Aussage zu den Jahren 2013 bis 2014 möglich ist.

## 4.6 Versorgung durch PIAs im Jahr 2014

### 4.6.1 Behandlungsfälle und Kontakthäufigkeit

In den PIAs wurden im Jahr 2014 rund 2,4 Mio. Behandlungsfälle abgerechnet (Tabelle 4–4). Dies sind typischerweise Quartalsfälle, in denen alle Behandlungsleistungen zusammengefasst abgerechnet werden. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen findet überwiegend in spezifischen Ambulanzen statt und entspricht mit ca. 0,4 Mio. Fällen einem Anteil von 16 %.

Mit der Einführung der zusätzlichen Dokumentation für jeden Tag mit einem unmittelbaren Patientenkontakt durch die PIA-Doku-Vereinbarung ist es erstmals möglich, eine Aussage über den bundesweiten Behandlungsumfang zu treffen. Insgesamt kam es zu 7,6 Mio. Behandlungskontakten. Dies entspricht 3,2 Kontakttagen je Fall. Die Anzahl der mittleren Kontakttage je Fall ist dabei für den Bereich der Kinder und Jugendlichen mit 2,7 deutlich niedriger.

Eine Differenzierung nach den Bundesländern zeigt eine deutliche Variation der Kontakttage je Fall (Abbildung 4–4). Die wenigsten Kontakttage mit Werten unter drei Tagen gibt es in Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg. Die höchste Anzahl an Kontakttagen gibt es mit 4,3 in Bayern.

Bei einer bevölkerungsgewichteten Betrachtung zeigen sich besonders niedrige Versorgungsgrade mit weniger als 70 Kontakten je 1000 Einwohner in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt. In Hessen finden mit über 140 Kontakten je 1000 Einwohner besonders viele ambulante Behandlungen im Krankenhaus statt. Fraglich ist, ob ein direkter Zusammenhang mit dem regionalen Versorgungsgrad der vertragsärztlichen Versorgung besteht. Nach der aktuellen

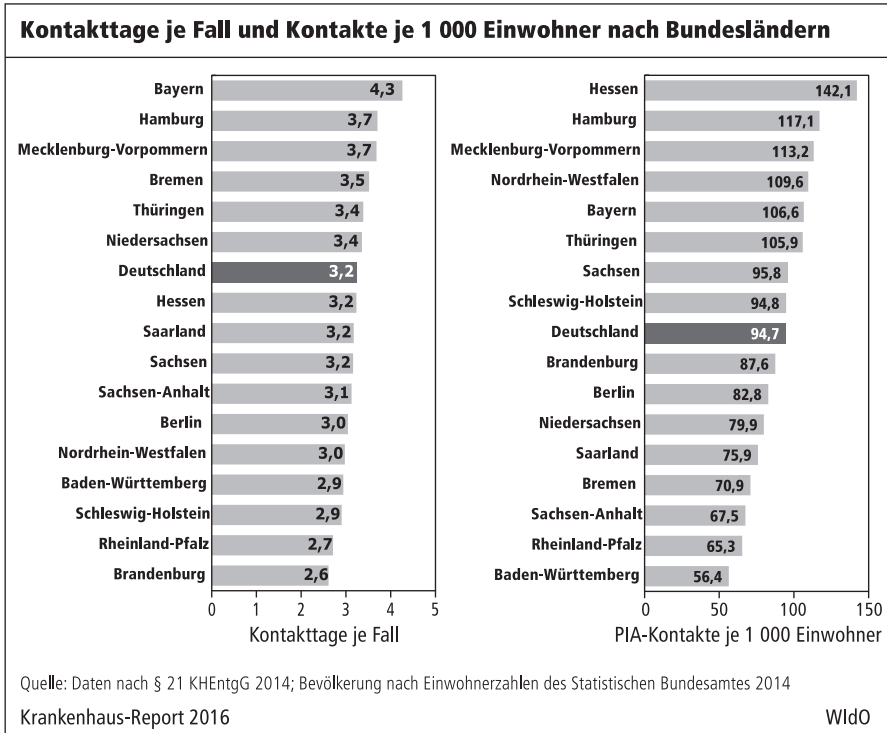
Tabelle 4–4

#### Anzahl der Fälle und Kontakte

	Anzahl Fälle	in %	Anzahl Kontakte	in %	Kontakttage je Fall
Kinder und Jugendliche (Alter ≤ 18)	381 094	16	1 020 650	13	2,7
Erwachsene (Alter >18)	1 973 699	84	6 608 815	87	3,4
<b>Gesamt</b>	<b>2 354 793</b>	<b>100</b>	<b>7 629 465</b>	<b>100</b>	<b>3,2</b>

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, Datenjahr 2014

Abbildung 4–4



Bundesarztstatistik<sup>12</sup> gibt es in Hessen und Baden-Württemberg mit jeweils 5,7 Ärzten je 100 000 Einwohner die wenigsten Nervenärzte. Gleichzeitig bilden Baden-Württemberg mit 56 und Hessen mit 142 Kontakten je 1 000 Einwohner beim ambulanten Versorgungsgrad der Krankenhäuser die beiden Extrempunkte.<sup>13</sup>

Eine Betrachtung der Verteilung der Fälle nach Anzahl der Behandlungskontakte zeigt, dass die Behandlung für die meisten Patienten an nur einem einzigen Tag im Quartal stattgefunden hat (Abbildung 4–5). Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen sind dies immerhin ein Drittel der Fälle, bei einem weiteren Drittel sind es nur zwei oder drei Behandlungstage.

Bei der Analyse der Anzahl der Behandlungskontakte in den einzelnen Bundesländern zeigt sich ein besonders hoher Anteil von rund 40% in Brandenburg, Sachsen und Schleswig-Holstein. Lediglich in den Bundesländern Baden-Württemberg und Hessen ist der Anteil der Fälle mit zwei Kontakten größer als der Anteil mit nur einem Behandlungskontakt je Quartal (Abbildung 4–6). Hier liegt die Vermutung

12 KBV, Bundesarztregister für die vertragsärztlichen Versorgung 2014, Stand 31.08.2015. <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> (25. Oktober 2015).

13 Die Anzahl der psychologischen Psychotherapeuten je 100 000 Einwohner liegen mit 35 in Baden-Württemberg bzw. 25 in Hessen relativ vergleichbar im mittleren Bereich aller Bundesländer von 16 bis 59.

Tabelle 4–5

**Anzahl der Fälle und Kontakte nach Bundesländern**

Bundesland	Anzahl Fälle	PIA-Fälle je 1000 Einwohner	Anzahl Kontakte	PIA-Kontakte je 1000 Einwohner	Kontakt-tage je Fall
Baden-Württemberg	202 792	19,2	596 237	56,4	2,9
Bayern	313 362	25,0	1 335 156	106,6	4,3
Berlin	91 870	27,2	279 578	82,8	3,0
Brandenburg	82 116	33,5	214 474	87,6	2,6
Bremen	13 200	20,2	46 423	70,9	3,5
Hamburg	54 841	31,6	203 095	117,1	3,7
Hessen	264 379	43,9	855 159	142,1	3,2
Mecklenburg-Vorpommern	49 192	30,7	181 234	113,2	3,7
Niedersachsen	185 271	23,8	621 553	79,9	3,4
Nordrhein-Westfalen	646 555	36,8	1 923 963	109,6	3,0
Rheinland-Pfalz	96 219	24,1	260 633	65,3	2,7
Saarland	23 793	23,9	75 496	75,9	3,2
Sachsen	122 918	30,3	388 143	95,8	3,2
Sachsen-Anhalt	48 816	21,6	152 541	67,5	3,1
Schleswig-Holstein	91 610	32,6	265 928	94,8	2,9
Thüringen	67 859	31,3	229 852	105,9	3,4
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>2 354 793</b>	<b>29,2</b>	<b>7 629 465</b>	<b>94,7</b>	<b>3,2</b>

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, Datenjahr 2014; Bevölkerung nach Einwohnerzahlen des Statistischen Bundesamtes, Datenjahr 2014

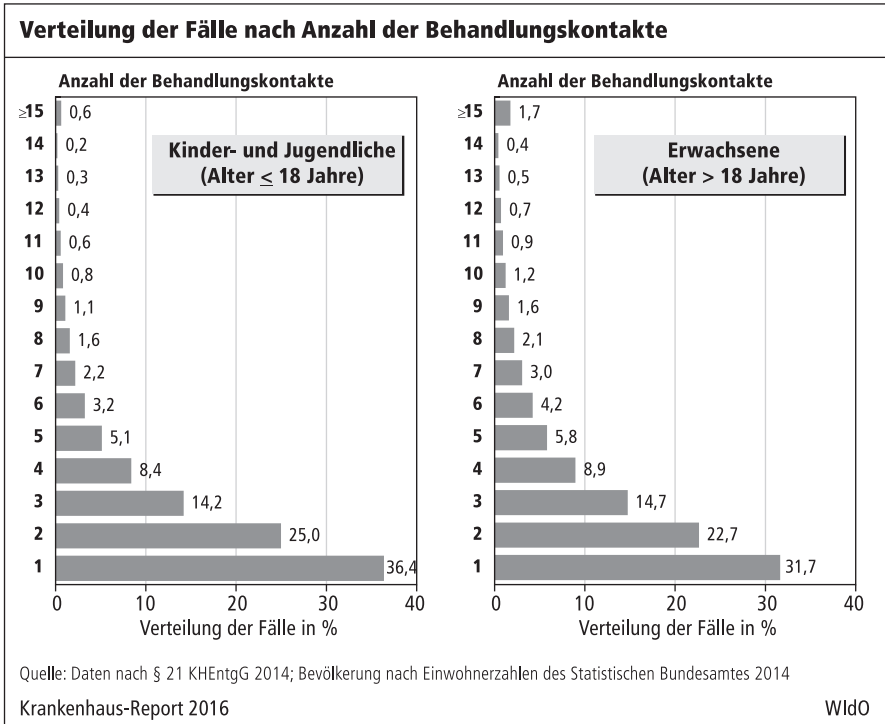
nahe, dass dies im Zusammenhang mit der nach Einmalkontakt und Mehrfachbehandlung differenzierten Quartalspauschale steht. Da die Vergütung für Behandlungen mit nur einem einmaligen Kontakt deutlich geringer ist, kommt es aber nur zu einer Verschiebung hin zum zweimaligen Kontakt.

Unter Berücksichtigung der im § 118 SGB V eng gefassten Ermächtigungskriterien zur Art, Schwere und Dauer der Erkrankung und den mittleren stationären Verweildauern von deutlich über 20 Tagen überrascht die vergleichsweise geringe Anzahl von ambulanten Behandlungskontakten. Im Einzelfall ist es nicht möglich, zwischen Fällen, für die die besonderen Mittel der psychiatrischen Krankenhäuser notwendig sind, und Fällen, bei denen es sich um „Ersatzleistungen“ handelt, die wegen einer unzureichenden niedergelassenen vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung notwendig sind, zu unterscheiden.

## 4.6.2 Vergütung

Die Leistungen der PIAs werden nach § 120 SGB V außerhalb des vertragsärztlichen Gesamtbudgets unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit

Abbildung 4–5

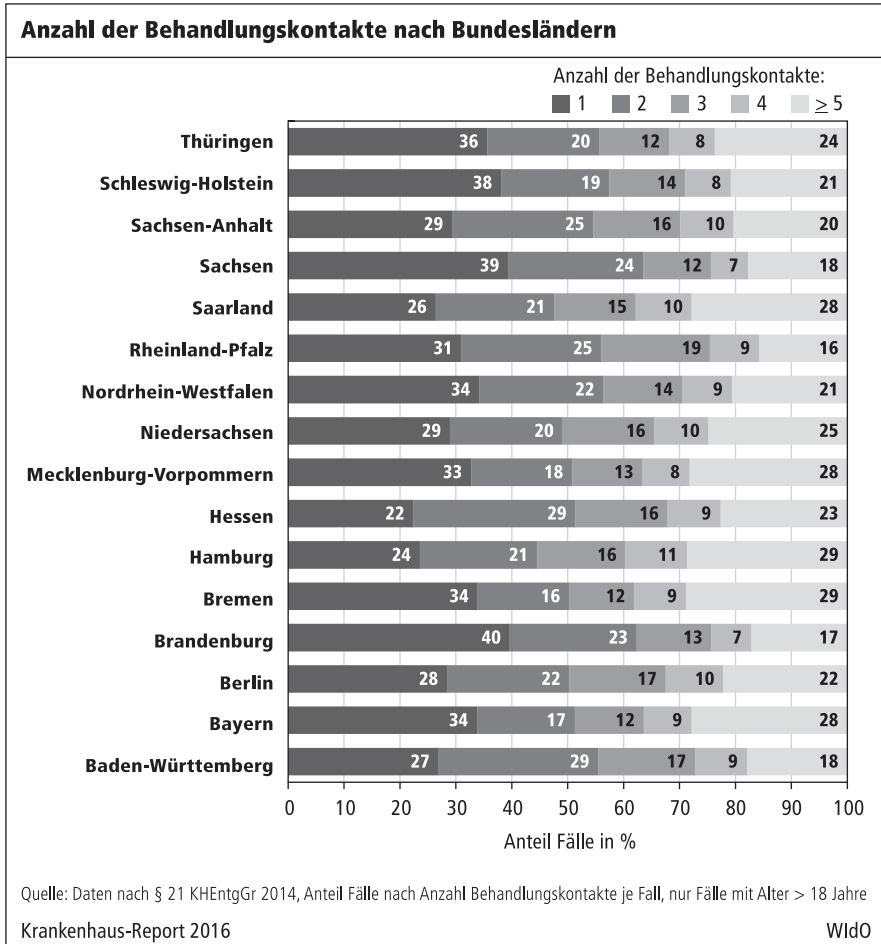


den Krankenhäusern vereinbart. Sie erfolgt heterogen nach drei unterschiedlichen Modellen: nach Quartalspauschalen, nach Komplexleistungen und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit zusätzlicher Vergütung der nichtärztlichen Leistungen.

Die Vergütung nach stark differenzierten Komplexleistungen, wie sie in Bayern bereits seit über 15 Jahren vereinbart sind, erfolgt berufsgruppenbezogen und zeitorientiert. Zusätzlich wird zwischen Einzeltherapie, Klein- und Großgruppe unterschieden. Durch die differenzierten Vergütungssätze und die damit verbundenen Abrechnungsschlüssel wird die Leistung einfach und transparent dokumentiert. Was allerdings medizinisch-therapeutisch in der abgerechneten Zeit geschieht, ist auch hier nicht nachvollziehbar.

Die Bundesländer mit Einzelleistungsvergütung nach dem bayerischen Katalog (Bayern, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern) erzielen mit einer deutlich niedrigeren Vergütung je Behandlungskontakt eine vergleichsweise hohe Kontaktanzahl (Abbildung 4–7). Für eine Vergütung auf Basis von Quartalspauschalen wird aus Kassensicht oft damit argumentiert, dass sie die Kosten und die Leistungsmenge minimiere. Die empirische Realität widerspricht dieser Erwartung; es zeigt sich eine höhere Anzahl von Einmalkontakten (sog. Verdünnerrfälle). Die Kosten des einzelnen Behandlungskontaktes sind damit vergleichsweise hoch.

Abbildung 4–6



### 4.6.3 Differenzierung nach Leistungsziffern

Nach dem zum 01.01.2013 eingeführten einheitlichen Dokumentationsschema der PIA-Doku-Vereinbarung ist für jeden Tag mit einem unmittelbaren Patientenkontakt die entsprechende Leistungsziffer zu dokumentieren in Abhängigkeit davon, ob ein Arzt- bzw. ein Psychologenkontakt stattgefunden hat und ob dieser im Rahmen einer aufsuchenden Behandlung außerhalb der Räumlichkeiten der PIA erbracht wurde. Eine über diese sehr minimalistische Unterscheidung hinausgehende Leistungsdifferenzierung, wie sie der GKV-Spitzenverband als sog. „Bayern-light“-Modell (Leber et al. 2011) vorgeschlagen hatte, konnte in den Verhandlungen mit der DKG nicht durchgesetzt werden. Bei Anwendung des bayerischen Einzelleistungsvergütungssystems können die vier Leistungsschlüssel der bundeseinheitlichen Dokumentation aus der viel differenzierteren Vergütungssystematik abgeleitet



Abbildung 4–7

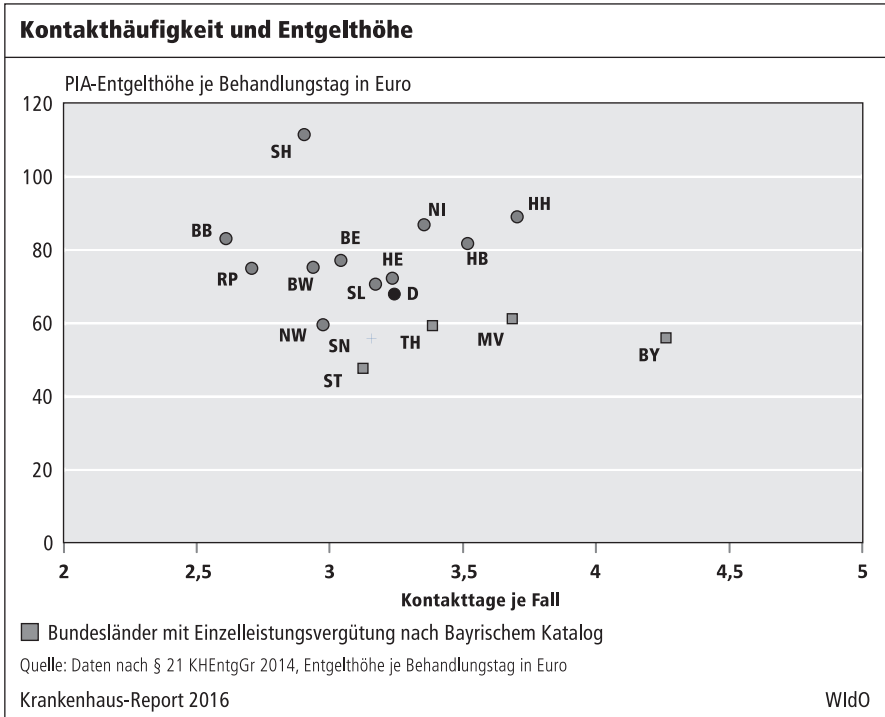


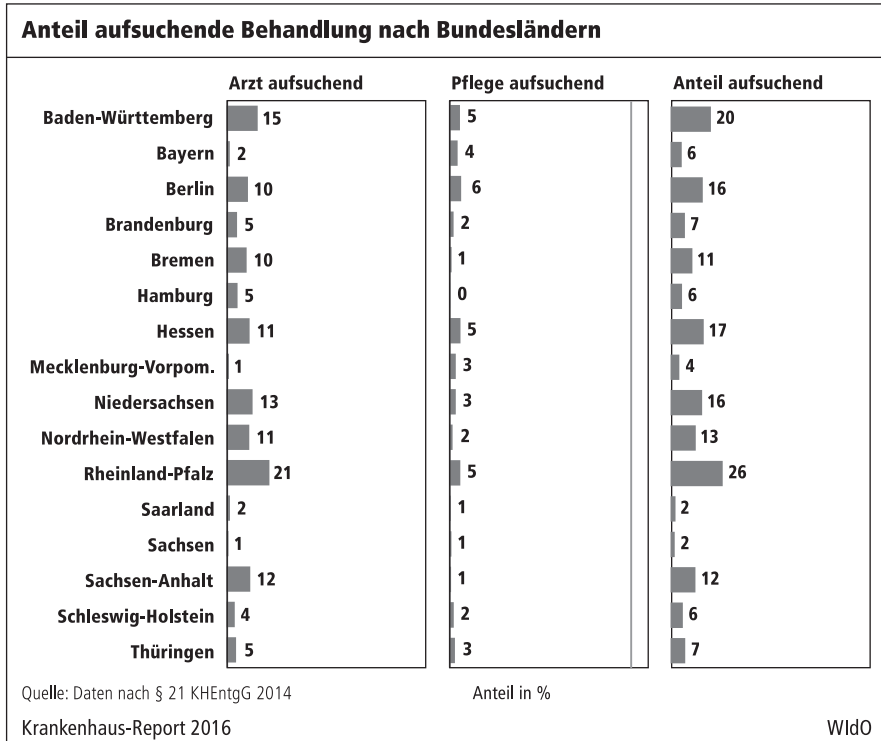
Abbildung 4–8

### Anteile nach Leistungsart

Leistungsart	Leistungsart				
	Ärzte	Psychologen	Pflege	Sozialpädagogen	Beschäftigungstherapeuten
Patientenkontakt	<b>61,8 %</b>	<b>26,4 %</b>	<b>88,2 %</b>		
Mit aufsuchender Behandlung	<b>8,5 %</b>	<b>3,2 %</b>	<b>11,7 %</b>		
	<b>70,4 %</b>	<b>29,6 %</b>	<b>100,0 %</b>		

Quelle: Daten nach § 21 KHEntGr 2014  
Krankenhaus-Report 2016 WIdO

Abbildung 4–9



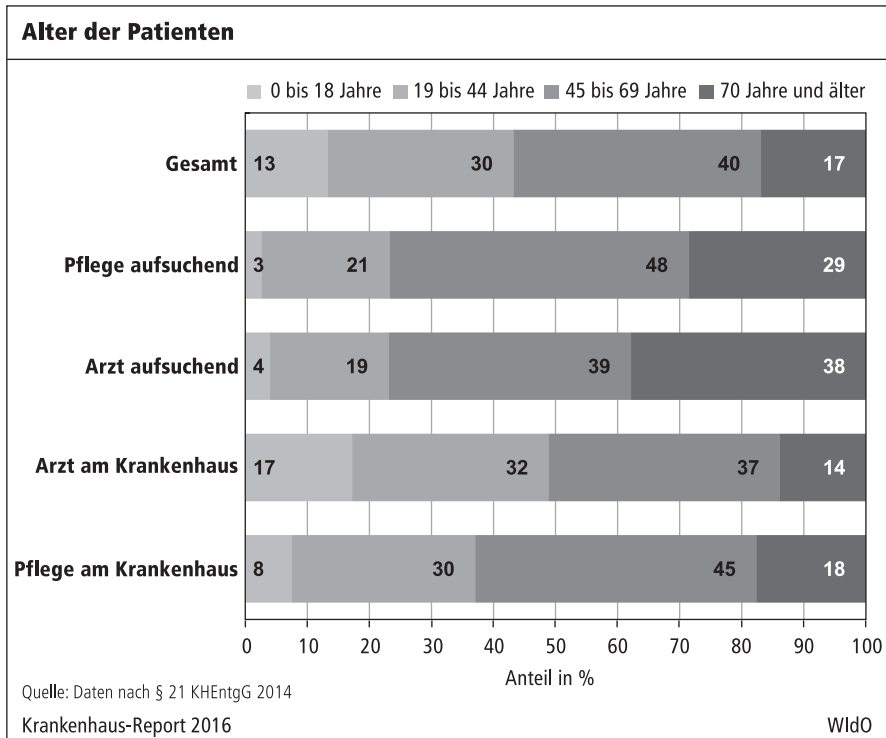
werden. Bei Vergütung nach Quartalspauschale oder EBM ergibt sich durch die PIA-Dokumentation eine deutlich höhere Leistungstransparenz. Neben der Häufigkeit der Inanspruchnahme liegen für alle Behandlungsfälle erstmals Informationen zu der Frage vor, durch wen und wo die Behandlung erfolgte.

Im Jahr 2014, dem zweiten Jahr der bundesweiten Anwendung, wurde die Behandlung zu 70% durch Ärzte und Psychologen und lediglich zu 30% durch Pflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten oder anderes nichtärztliches Personal vorgenommen (Abbildung 4–8). Die Behandlungen finden mit 88% ganz überwiegend in den Räumlichkeiten der PIA statt. Doch selbst die 12% der aufsuchenden Behandlungen überraschen in ihrem Umfang.

Gerade bei der aufsuchenden Behandlung zeigt sich in den einzelnen Bundesländern eine große Bandbreite, die bei ärztlichen Leistungen von 1% der Behandlungskontakte in Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern bis zu 21% in Rheinland-Pfalz reicht (Abbildung 4–9). Lediglich in Bayern erfolgt die aufsuchende Behandlung überwiegend durch nichtärztliches Personal.

Bei der Betrachtung der Altersstruktur der an den PIAs behandelten Patienten fällt der besonders hohe Anteil von über 70-Jährigen in der aufsuchenden Behandlung auf. Fast 40% der Behandlungskontakte von Ärzten und fast 30% der Behandlungskontakte durch Pflegekräfte betrifft diese Altersgruppe. Es liegt nahe, dass das

Abbildung 4–10



sogenannte „home treatment“ damit in einem großen Umfang als „Heimtreatment“ in Pflegeheimen stattfindet (Abbildung 4–10).

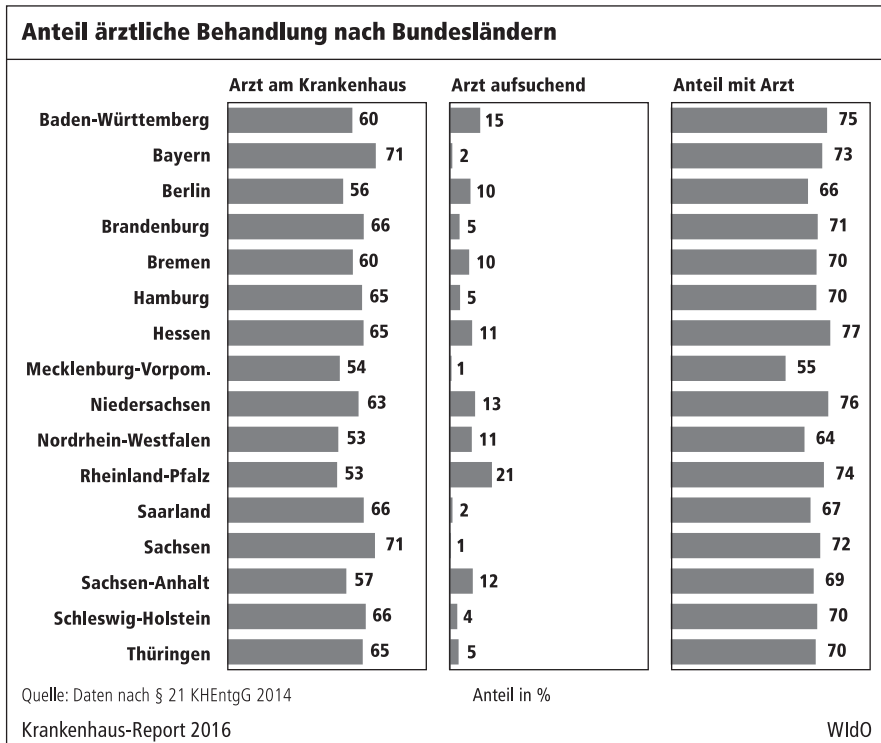
Der Anteil der ärztlichen Behandlungen ist mit 55 % in Mecklenburg-Vorpommern besonders gering (Abbildung 4–11). Nur hier wird fast jede zweite Behandlung durch Pflegepersonal oder anderes nichtärztliches bzw. nichtpsychologisches Personal durchgeführt.

Die länderdifferenzierten Auswertungen zeigen die große Heterogenität, in der die ambulante Versorgung im Krankenhaus stattfindet. Es muss nun genauer untersucht werden, was die gefundenen Unterschiede in den Behandlungsleistungen erklären kann. Welche Rolle spielen regionale Besonderheiten in der Morbidität und Anbieterstruktur sowie die unterschiedlichen Vergütungsmodelle?

#### 4.6.4 Ambulante und stationäre Behandlung im Krankenhaus

Durch die Dokumentation der ambulanten Behandlungskontakte ist es erstmals möglich, die ambulanten Leistungen der psychiatrischen Krankenhäuser in Bezug zu den voll- und teilstationären Kontakten zu setzen. Dabei zeigt sich mit 66 % ein deutliches Übergewicht von vollstationären Behandlungstagen (Abbildung 4–12). Teilstationäre und ambulante Behandlungen haben mit 13 bzw. 21 % einen deutlich niedrigeren Anteil. Auch hier zeigen sich in den einzelnen Versorgungsbereichen

Abbildung 4–11



große Unterschiede im Verhältnis der Versorgungsstufen zwischen den Bundesländern. Der Anteil der vollstationären Behandlungen reicht von 55 % in Mecklenburg-Vorpommern bis hin zu 75 % in Baden-Württemberg. Auf der anderen Seite variiert sowohl der Anteil der ambulanten Behandlung als auch der Anteil der teilstationären Behandlungen zwischen 8 und 28 %.

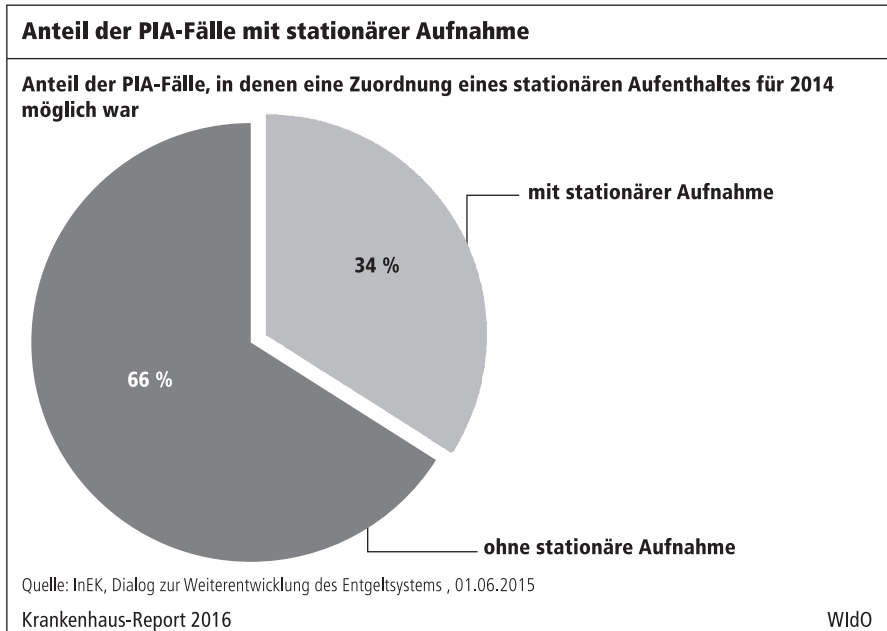
Neben der aggregierten Betrachtung der ambulanten und stationären Versorgungsanteile ist es für die Frage des stationären Bezuges notwendig, den patientenbezogenen Behandlungsverlauf zu betrachten. Die PIA-Dokumentation ermöglicht dies prinzipiell, indem die Verwendung von einheitlichen stationären und ambulanten Patientenkeinen vorgegeben ist. In der Umsetzung zeigen sich Anfangsprobleme bei der Zuordnung, weil unterschiedliche IKS und unterschiedliche Patienten-IDs verwendet werden. Das DRG-Institut kann für das Datenjahr 2014 für 34 % der PIA-Fälle einen stationären Aufenthalt zuordnen (Abbildung 4–13). Auch wenn die Einschränkungen aufgrund der Zuordnungsprobleme für ca. 15 % der Einrichtungen berücksichtigt werden, zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Fälle nicht im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt steht.

Für weitergehende Auswertungen als Grundlage für die Umsetzung des PIA-Prüfauftrages ist der stationäre Bezug inhaltlich und zeitlich genauer abzugrenzen. Für den grundsätzlichen Bezug zu einem stationären Aufenthalt sind beispielsweise längere Zeitfenster von 90 Tagen sinnvoll, bei einer ambulanten Anschlussbehand-

Abbildung 4–12



Abbildung 4–13



lung hingegen Fristen unter sieben Tagen. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, welche Fristen für eine Abgrenzung des stationären Bezuges geeignet sind. Problematisch bleibt der Leistungsbereich der stationsvermeidenden Behandlungen der Ambulanzen, da dieser nur durch eine enge Abgrenzung für chronisch Kranke erfasst werden kann. Dazu fehlen bisher geeignete Schweregradmaße und Angaben zum Behandlungsinhalt, die diese Leistungen von der psychiatrischen Grundversorgung abgrenzen. Zusammenfassend zeigen die ersten Analysen, dass ein erheblicher, wenn nicht gar der überwiegende Anteil der Behandlungen eher der Grundversorgung zuzuordnen ist. Es ist zu erwarten, dass dieser Widerspruch zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ein zentraler Punkt der Diskussionen zum PIA-Prüfauftrag sein wird.

## 4.7 Zur Rolle der PIAs in der künftigen psychiatrischen Versorgung

Verglichen mit anderen Versorgungsbereichen ist die Psychiatrie möglicherweise jener Versorgungsbereich, bei dem die ambulante Versorgung durch dafür geöffnete Krankenhäuser am meisten fortgeschritten ist. Gleichwohl ist die Transparenz über das Leistungsgeschehen in den PIAs nach wie vor gering. Dies ist im Wesentlichen eine Folge der uneinheitlichen und im Gros der Bundesrepublik wenig differenzierten Vergütungssystematik. Diese Intransparenz ist im Übrigen nicht nur ein Charakteristikum ambulanter Krankenhausleistungen, sie betrifft die Psychiatrie insgesamt. Bei einem System, das bislang nur undifferenzierte pauschale Tagessätze kannte, verwundert es nicht, dass in der Psychiatrie bislang kein einziges Verfahren externer stationärer Qualitätssicherung existiert. Die für die Qualitätssicherung und Transparenz notwendige Kodierung von Diagnosen und Prozeduren fehlte bislang und hat erst mit der Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems im Jahr 2010 begonnen.

Der Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung, die Einbeziehung der PIAs in das neue Entgeltsystem zu prüfen, verläuft ähnlich schleppend wie die Psych-Entgeltreform insgesamt. Der Widerstand gegen detaillierte Dokumentationspflichten führte im Psych-Entgeltgesetz sogar zu einer Regelung, die eine stichprobenhafte Erfassung an die Stelle der notwendigen flächendeckenden Dokumentation setzte. Auf Selbstverwaltungsebene führte dies letztlich zu einem Kompromiss, der eine zwar flächendeckende, aber inhaltlich wenig aussagekräftige „Vierfeldermatrix“ zum Ergebnis hatte. Die Auswertung erlaubt erste Problemanalysen, ist aber für den eigentlichen Prüfauftrag nicht hinreichend. Dies erfordert eine diagnosespezifische Analyse von Behandlungspfaden und therapeutischen Leistungen, die mit zwei Ja-Nein-Angaben nicht geleistet werden kann. Zudem stehen die eigentlich wichtigen Auswertungen des DRG-Instituts zur Verknüpfung von stationären und ambulanten Leistungen noch aus.

Es verwundert wenig, dass zur Rolle der PIAs im künftigen Psych-Entgeltsystem vor allem undifferenzierte Globalansätze wie die Regionalbudgets vorgeschlagen werden. Mit einer leistungsorientierten Vergütung hat das wenig zu tun. Es ist eher ein Reflex der psychiatrischen Einrichtungen zur Budgeterhaltung in einer

Zeit, in der ambulante Leistungen versorgungspolitisch bedeutsamer werden. Konkrete Vorschläge für kombinierte Vergütungen von stationär-ambulanten Behandlungspfaden fehlen bislang. Vorrangig für eine datenbasierte Weiterentwicklung der Psych-Entgelte im ambulant-stationären Grenzbereich ist deshalb eine weitergehende, medizinisch gehaltvollere Erfassung der PIA-Aktivitäten. Auf der Basis solcher Daten könnten dann jene Bereiche identifiziert werden, die sich für sektorübergreifende Vergütungskomponenten eignen.

Die ersten patientenbezogenen Analysen deuten darauf hin, dass sich die PIAs möglicherweise überwiegend zu einer (durchaus sinnvollen) ambulanten Versorgungsform entwickelt haben, die eher in Ausnahmefällen einen direkten Bezug zu stationären Aufenthalten haben. Auch hier steht die Auswertung nach Krankheitsbildern noch aus.

Die Unabhängigkeit der PIAs vom stationären Versorgungsgeschehen manifestiert sich auch in einer bislang noch wenig untersuchten, aber essenziellen Versorgungsfrage: den PIA-Standorten. Eine nicht unmaßgebliche Zahl von PIAs befindet sich örtlich unabhängig von den stationären Einrichtungen. Da sich insbesondere viele Fachkliniken nach wie vor in siedlungsfernen Gegenden befinden, ist das ein sinnvoller Schritt zur „gemeindenahen“ Versorgung. Er hat aber mit den häufig bemühten durchgängigen Patientenpfaden nicht allzu viel zu tun. Eine der zentralen Herausforderungen einer versorgungspolitischen Neuorientierung der Psychiatrie ist die Standortverlagerung. Sie sollte auf zuverlässigen Daten aufbauen. Dazu fehlt derzeit noch ein verbindliches Standortverzeichnis, in dem die stationären Einrichtungen, die Tageskliniken und die PIAs valide geokodiert sind. Das Leistungsgeschehen sollte diesen Standorten eindeutig zuzuordnen sein.

Der Trend zur ambulanten Behandlung macht die PIAs zu einem zentralen Eckpfeiler der künftigen psychiatrischen Versorgung. Damit sie aber diesen Hoffnungen gerecht werden, bedarf es einer wesentlich verbesserten Dokumentation von Diagnosen, Leistungsgeschehen und Standorten. Möglicherweise wird es dazu erst kommen, wenn ein bundesweit einheitliches Vergütungssystem etabliert wird.

## Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse (KJ1). [www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html](http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html) (30. Juli 2015).
- Leber WD, Haas A, Hahn J, Tolzin CJ, Martinsohn-Schittkowski W. PIA-Dokumentation – Konzept des GKV-Spitzenverbandes und des KompetenzCentrums für Psychiatrie und Psychotherapie (KCPP) zur Erfassung der Leistungen in den psychiatrischen Institutsambulanzen. 20. April 2011. Berlin: 2011. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/psychiatrie/fakten\\_und\\_analyse/psychiatrische\\_institutsambulanzen\\_pia/2011\\_04\\_20\\_GKV-SV-Positionspapier\\_PIA-Doku\\_CD-konform\\_aktualisiert.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/fakten_und_analyse/psychiatrische_institutsambulanzen_pia/2011_04_20_GKV-SV-Positionspapier_PIA-Doku_CD-konform_aktualisiert.pdf) (9. November 2015).