



Die Rolle der Institutsambulanzen im psychiatrischen Versorgungssystem – Standortbestimmung und Perspektiven

Die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) gingen als eine der ersten konkreten Reformmaßnahmen aus der Psychiatrie-Enquete von 1975 hervor. Der Gesetzgeber handelte seinerzeit rasch, denn schon 1976 änderte er die damals geltende Reichsversicherungsordnung. Dadurch erhielten psychiatrische Fachkrankenhäuser einen Rechtsanspruch auf Ermächtigung einer PIA. Für psychiatrische Abteilungen war bis zum Jahr 2000 die Ermächtigung von einer Bedarfsprüfung abhängig. Durch Änderung des § 118 SGB V wurde auch für sie eine gesetzliche Ermächtigung geschaffen.

Anlass für die Abkehr von der strikten Trennung der ambulanten und stationären Versorgungssektoren in der Psychiatrie war nach dem Enquete-Bericht der *„Mangel an ambulanter nervenärztlicher Versorgung“* und *„die ungleiche Verteilung der nervenärztlichen Praxen“* (Bundestags-Drucksache 7/4200 S. 87). Die Sachverständigenkommission hielt es für erforderlich, dass *„die offenkundige Lücke in der ambulanten Versorgung eines Teils der psychisch Kranken durch ambulante Aktivitäten, die von den stationären psychiatrischen Einrichtungen ausgehen, gefüllt wird“* (BT-DS 7/4200 S. 19). Ganz ausdrücklich war es damals – und ist es noch heute – Ziel der PIA, nicht etwa das Angebot der vertragsärztlichen Versorgung zu ersetzen, sondern *„das Gesamtsystem um einen wesentlichen Bestandteil bedarfsgerechter Versorgung zu ergänzen“* (BT-DS 7/4200 S. 213).

Die heutigen ambulanten Versorgungsstrukturen ähneln denen von Mitte der 1970er Jahre. Nervenarztpraxen liegen in den Bevölkerungsschwerpunkten. Psychisch Kranke in ländlichen Regionen sind nicht ausreichend versorgt. Aus wirtschaftlichen Gründen widmen sich niedergelassene Nervenärzte immer häufiger der Richtlinienpsychotherapie, der Begutachtung oder der Neurologie. Deshalb fehlen selbst in den laut Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ausreichend besetzten Planungsregionen Nervenärzte, die die psychiatrische Basisversorgung sicherstellen (siehe Untersuchung von Melchinger). Dies führt dazu, dass Patienten sehr lange auf einen Behandlungstermin warten müssen oder von ihren Hausärzten unmittelbar an die PIA überwiesen werden. Hausbesuche bei psychisch Kranken oder die Betreuung psychisch behinderter Menschen in Wohn- oder Altenpflegeheimen können niedergelassene Nervenärzte oft gar nicht anbieten. In manchen Bundesländern gibt es konkrete Anzeichen für eine regionale Unterversorgung. Patienten erreichen dort keinen geeigneten Facharzt.

Diese aktuellen Versorgungslücken werden in vielen Landesteilen von PIA geschlossen. Sie sind somit zur Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung unverzichtbar. Ihr Anteil an der psychiatrischen Gesamtversorgung entspricht mit rund einem Zehntel aller Behandlungsfälle etwa dem für sie aufzubringenden Anteil an den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Ausgaben) für die ambulante Versorgung.

Die Nervenarztverbände räumen Probleme der ambulanten Versorgung inzwischen ein (Neurotransmitter Sonderheft 2009). Sie vertreten aber die Auffassung, dass die aus ihrer Sicht zu hohen Vergütungen der PIA den Vertragsärzten die wirtschaftliche Grundlage entzögen. Da PIA-Leistungen aber nicht aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung finanziert werden und die Nervenärzte selbst hohe Fallzahlsteigerungen zu verzeichnen haben, ist diese Argumentation wenig überzeugend. Problematisiert wurde aber die Disparität zwischen dem hohen Anteil der GKV-Ausgaben für die Richtlinienpsychotherapie bei verhältnismäßig geringer Fallzahl und dem geringen Anteil der Aufwendungen für die psychiatrische Basisversorgung (siehe Melchinger, 2008/2011).

Die Krankenkassen erkennen ebenfalls die Versorgungsprobleme im ambulanten Sektor und die damit verbundenen Rückwirkungen auf die stationäre Behandlung. Sie versuchen, durch Verträge zur integrierten Versorgung oder Verträge nach §§ 73a bzw. 73c SGB V Anreize dafür zu schaffen, dass finanzielle Ressourcen sowohl der stationären Behandlung als auch der PIA in die ambulante Versorgung umgeleitet werden (z. B. AOK Niedersachsen und I3G, IV-Verträge TKK und DAK, Strukturverträge AOK Hessen und AOK PLUS).

Selbst die Gesundheitspolitik sieht hinsichtlich der ambulanten ärztlichen Versorgung Handlungsbedarf. Im Mittelpunkt steht bei ihr zwar die hausärztliche Versorgung. Aber auch die fachärztliche Versorgung soll gesetzliche Änderungen erfahren. Allerdings werden die PIA in diesem Zusammenhang in recht widersprüchlicher Weise angesprochen.

So enthält § 17d KHG den Auftrag zu prüfen, inwieweit die PIA in das neue pauschale Entgeltsystem der Krankenhauspsychiatrie einbezogen werden sollen. „Inwieweit“ bedeutet nicht nur „wie“, sondern zunächst einmal „ob“.

Andererseits hat das BMG am 8. April 2011 „Eckpunkte zum Versorgungsgesetz“ vorgelegt. Darin steht, dass die PIA-Ärzte in die Ist-Analyse der vertragsärztlichen Bedarfsplanung einbezogen werden sollen.

Die Selbstverwaltungspartner haben sich mit der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems vom 16. Dezember 2009 darauf verständigt, die Prüfung der Einbeziehung der PIA in das neue Entgeltsystem zurückzustellen. Zunächst soll eine aussagefähige einheitliche Dokumentation der PIA-Leistungen erstellt werden. Diese ist aber wegen der fehlenden gesetzlichen Grundlage kaum durchzusetzen.

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) wirft der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) inzwischen vor, den ursprünglichen Konsens in dieser Frage verlassen zu haben. Er spricht sich gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) für einen klaren, mit Ersatzvornahme bewehrten, gesetzlichen Auftrag aus. Der soll mit Wirkung zum 1. Januar 2012 die Leistungen der PIA bundesweit einheitlich erfassen und übermitteln.

Die DKG will zum jetzigen Zeitpunkt das länderspezifischen, diversifizierten Finanzierungssystems beibehalten. Zur Schaffung einer transparenten Datengrundlage kann durch die modellhafte Erprobung einer einheitlichen PIA-Dokumentation eine vergleichende wissenschaftliche Beurteilung von aktuell unterschiedlich realisierten regionalen Versorgungskonzepten ermöglicht werden.

Die Einbeziehung der PIA-Vergütung in das stationäre Entgeltsystem bezeichnet der GKV-Spitzenverband als „Fremdkörper“. Er will, dass die PIA weiterhin der spezialärztlichen Versorgung zugerechnet werden. Grundprinzip ihrer Vergütung sollte sowohl eine Differenzierung nach Schweregrad und Behandlungsaufwand als auch ein Bezug zur stationären Behandlung sein. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEk) soll Kalkulationsaufgaben übernehmen. Andererseits plädiert der GKV-Spitzenverband für Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften.

Eine abweichende Position vertreten der AOK Bundesverband gemeinsam mit dem Ersatzkassenverband, der Aktion psychisch Kranke (APK) und dem Arbeitskreis der Chefarzte und Chefarztinnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA). Ohne die PIA expressis verbis zu nennen, plädieren sie für eine sektorübergreifende Versorgungs- und Vergütungsregelung sowie flexible ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten nach Art und Umfang entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten auf der Basis regionaler Pflichtversorgung.

Die BAG hat sich gegenüber dem BMG dafür ausgesprochen, die PIA nicht in das neue Krankenhausentgeltsystem einzubeziehen. Die PIA sind gem. § 118 SGB V ermächtigte Einrichtungen zur Teilnahme an der speziellen vertragsärztlichen Versorgung. Es wäre systemfremd, sie in ein Vergütungssystem für Krankenhausleistungen einbeziehen zu wollen. Dies gilt insbesondere deshalb, weil nach Analysen in Bayern bis zu 60 Prozent der PIA-Patienten während eines Jahres ausschließlich ambulant und nicht teil- oder vollstationär behandelt werden.

Besonderes Merkmal der PIA ist der gesetzlich vorgegebene multiprofessionelle Behandlungsauftrag. Danach müssen neben Fachärzten auch nichtärztliche Fachkräfte bei Bedarf zur Verfügung stehen. Dies unterscheidet psychiatrische Ambulanzen von Nervenarztpraxen, denen dagegen zur Behandlung schwerer psychisch Kranker das Instrument der Psychotherapie gem. § 35a SGB V zur Verfügung steht.

Der Ansatz der APK mit den Bundesverbänden von AOK und dem Verband der Ersatzkassen (vdek) lässt sich im Grunde schon heute praktizieren. Allerdings ist jeder Wechsel des Behandlungsumfanges (voll-, teilstationär, ambulant) mit administrativem Aufwand verbunden. Das ließe sich dadurch vereinfachen, dass Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V auch für die Psychiatrie ambulant erbracht werden kann. Dann ließen sich solche Leistungen im neuen Entgeltsystem abbilden.

Die PIA sollten dagegen Teil des speziellen ambulanten vertragsärztlichen Versorgungssystems bleiben. Ihre Aufgabe ist es – wie bisher –, Patienten zu behandeln, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung multiprofessionelle Leistungen benötigen und dazu beizutragen, stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Die Definition dieser Patientengruppe ist durch Verträge auf Landes- und Bundesebene ausreichend festgelegt.

Daneben sollten die PIA auch mit dazu beitragen, Versorgungslücken vor allem im ländlichen Raum sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu schließen. Dies gilt immer dann, wenn niedergelassene Nervenärzte nicht innerhalb einer vertretbaren Zeit (etwa 45 Minuten) erreichbar sind, vorhandene Nervenärzte nicht kurzfristig Behandlungstermine vergeben oder notwendige Haus- oder Heimbefuche nicht sicherstellen können.

Solche Leistungen, – wie in den Eckpunkten des BMG vorgesehen – in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu berücksichtigen, erscheint schlüssig. Allerdings ist eine namentliche Erfassung der PIA-Ärzte kaum ein geeigneter Weg. Ermächtigt sind jeweils die Krankenhäuser. Das heißt, alle Klinikärzte dürfen ambulante Leistungen erbringen. Vor dem Hintergrund der Fluktuation jeweils aktuelle Ärztelisten zu erstellen, ist mit zu viel bürokratischem Aufwand verbunden und verbessert nicht die Versorgung.

Eine Verknüpfung zu den niedergelassenen Nervenärzten kann durch die „Mitbehandlung“, wie sie in Hessen praktiziert wird, erreicht werden. Mit einem speziellen Überweisungsverfahren können Nervenärzte für ihre Patienten bei Bedarf nichtärztliche Leistungen der PIA anfordern.

Die Vergütung der PIA muss weiterhin deren Leistungsfähigkeit gewährleisten. Dabei müssen Leistungsstruktur, Leistungsumfang und spezielle Patientengruppe bei wirtschaftlicher Betriebsführung berücksichtigt werden. Der Aufwand für eine angemessene durchschnittliche Behandlungszeit pro Patient und Quartal, die Angehörigenarbeit, Teambesprechungen, administrative Kosten und Investitionen sind in die Vergütung einzurechnen.

Die Vergütungen sollten weiterhin pauschalierbar sein. Dabei bleibt es den Vertragspartnern auf Landesebene überlassen, welche Vergütungsform sie vereinbaren und wie sie Pauschalen staffeln oder differenzieren. Es besteht kein Anlass, die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Vergütungsverhandlungen einzubinden.

Ebenso wenig ist es sinnvoll, PIA-Leistungen an die vertragsärztliche Vergütung anbinden zu wollen. Denn die geringen Erlöse niedergelassener Nervenärzte pro Patient und Quartal, verbunden mit Limitierungen der ärztlichen Verordnungen, haben gerade dazu geführt, dass die psychiatrische Basisversorgung durch Vertragsärzte nicht mehr sichergestellt werden kann. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sind dazu aufgerufen, die eingetretenen Vergütungsverwerfungen zu beseitigen, so dass die PIA nicht mehr im jetzigen Umfang Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung schließen müssen.

Aufgabe der PIA ist es nicht zuletzt, vollstationäre Aufnahmen zu verhindern. Ein Anreiz hierzu könnte durch einen Vergütungszuschlag geschaffen werden. Der würde immer dann fällig, wenn eine Klinik einen zur stationären Behandlung von Vertragsärzten eingewiesenen Patienten nicht aufnimmt, sondern in der PIA behandelt.

Eine bundeseinheitliche Standarddokumentation wird die Versorgungsprobleme nicht lösen. Bestenfalls können gewisse einheitliche Grunddaten vereinbart werden, wenn es sich dabei um Patienten- und Leistungsdaten handelt, die als Routedaten ohnehin in den Krankenunterlagen bzw. Krankenhausinformationssystemen (KIS) erfasst und dokumentiert sind. Grundlage muss ein praktikables einfaches System ohne erhöhten administrativen Aufwand sein.

Nach den Eckpunkten des Bundesgesundheitsministeriums für ein Versorgungsgesetz ist es Ziel, die flächendeckende und bedarfsgerechte medizinische Versorgung sicherzustellen. Der Gesetzgeber sollte deshalb die unterschiedlichen Ermächtigungsregelungen und Leistungsaufgaben der PIA an Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen nach § 118 Abs. 1 und 2 SGB V im Sinne eines einheitlichen gesetzlichen Auftrages mit gesetzlicher Ermächtigung und dem Versorgungsauftrag nach § 118 Abs. 1 SGB V angleichen.

Um die gute Erreichbarkeit ambulanter Leistungsangebote der PIA zu gewährleisten, sollten PIA bei Bedarf Außenstellen betreiben dürfen. Das heißt, die ambulante Leistung wird **durch** die psychiatrische Fachklinik bzw. Abteilung erbracht, aber nicht zwingend **im** Krankenhaus, wie es die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zurzeit vorsieht.

gez. Joachim Hübner
BAG-Vorsitzender

Wunstorf, 13. Mai 2011