

# **Beschluss des G-BA vom 17.04.2014 zur Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 19.05.2014**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Zusammenfassung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Psychiatrische Institutsambulanzen – Was ist das? .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Entscheidung des G-BA.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Rechtliche und vertragliche Vorgaben zum Versorgungsangebot der PIA..</b>	<b>5</b>
• Multiprofessionelle Komplexversorgung in PIA .....	6
• Keine Doppelstruktur durch PIA .....	7
<b>5. Empirische Analyse zum Diagnose- und Leistungsspektrum der PIA .....</b>	<b>7</b>
• Diagnosespektrum.....	7
• Versorgungsangebot .....	9
• Personalstruktur .....	11
• Vergütung.....	11
<b>6. Auswirkungen des G-BA-Beschlusses auf die Versorgung .....</b>	<b>13</b>
<b>7. Forderungen der BPtK .....</b>	<b>14</b>
<b>8. Literatur .....</b>	<b>16</b>

### 1. Zusammenfassung

In Deutschland warten psychisch kranke Menschen im Durchschnitt drei Monate auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Deshalb war geplant, vor allem in ländlichen Regionen mehr Psychotherapeuten zuzulassen. Die beabsichtigte Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung wird durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 17.04.2014 teilweise wieder zurückgenommen.

Entsprechend des G-BA-Beschlusses sollen im Rahmen der Bedarfsplanung *psychiatrische* Institutsambulanzen (PIA) regelhaft und pauschal auf die Arztgruppe der *Psychotherapeuten* angerechnet werden. Damit verringern psychiatrische Institutsambulanzen zukünftig die mögliche Anzahl zugelassener psychotherapeutischer Praxen. Zwei psychiatrische Institutsambulanzen sollen wie eine psychotherapeutische Praxis gerechnet werden.

Eine Analyse der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zeigt, dass

- psychiatrische Institutsambulanzen andere Patienten versorgen als niedergelassene Psychotherapeuten,
- psychiatrische Institutsambulanzen ihre Patienten anders behandeln als niedergelassene Psychotherapeuten und
- psychiatrische Institutsambulanzen in der Regel nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, um eine mit der ambulanten Richtlinienpsychotherapie vergleichbare Versorgung anzubieten.

Der G-BA-Beschluss negiert die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Institutsambulanzen. Er nimmt die zum Leistungs- und Diagnose-spektrum der psychiatrischen Institutsambulanzen verfügbaren Daten nicht zur Kenntnis. Er verschlechtert mit einer fachlich nicht begründbaren und damit willkürlichen Entscheidung die psychotherapeutische Versorgung. Die BPTK fordert die Beanstandung des G-BA-Beschlusses durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

## 2. Psychiatrische Institutsambulanzen – Was ist das?

Psychiatrische Institutsambulanzen an psychiatrischen Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern halten ein multiprofessionelles ambulantes Behandlungsangebot für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen vor. Ziel der Behandlung in einer PIA ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Krankenhausaufenthalte sowie die Sicherstellung der Behandlung von Patienten, deren Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten nicht sichergestellt werden kann. PIA werden dazu nach § 118 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt.

Im Jahr 2010 hatten 96 Prozent der psychiatrischen Fachkrankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern eine PIA (Leber, Haas, Hahn, Tolzin & Martinsohn-Schittkowski, 2011). Im Jahr 2010 wurden durch PIA rund 1,6 Millionen Behandlungsfälle erbracht (Spengler, 2012).

## 3. Entscheidung des G-BA

Der G-BA hat am 17.04.2014 unter anderem beschlossen, wie die Leistungen ermächtigter Einrichtungen in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden sollen. Ermächtigte Einrichtungen werden demnach auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. Entsprechend des Beschlusses werden **psychiatrische Institutsambulanzen** nach § 118 SGB V **pauschal mit einem halben Sitz auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten angerechnet**.

Die Anrechnung auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten erfolgt regelhaft, wenn keine belastbaren Daten über einen anderen Leistungsschwerpunkt der Einrichtung vorliegen. Innerhalb von drei Jahren soll geprüft werden, welche Auswirkungen die Regelung zu den PIA auf die Versorgung hat. Auf dieser Basis soll der G-BA die Richtlinie dann gegebenenfalls ändern. Die Regelung gilt auch für die psychosomatischen Institutsambulanzen und soll für diese sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie überprüft werden.

Der G-BA begründet die Anrechnung der PIA auf die Gruppe der Psychotherapeuten damit, dass PIA im Schwerpunkt psychotherapeutisch tätig seien. In den Tragenden Gründen zum Beschluss heißt es hierzu wörtlich: *„Eine Zuordnung der Arztgruppen entspricht dabei dem zu Grunde liegenden gesetzlichen Auftrag der jeweiligen Einrichtung. So kann für die PIAs davon ausgegangen werden, dass es sich bei den dort durchgeführten Behandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung schwerpunktmäßig um psychotherapeutische Leistungen handelt.“*

Die Annahme des G-BA, PIA würden schwerpunktmäßig psychotherapeutisch behandeln, widerspricht den gesetzlichen Vorgaben für PIA und der dreiseitigen Vereinbarung von GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) zum Leistungsspektrum der PIA vom 05.10.2010. Zudem belegen öffentlich zugängliche Daten, dass PIA entsprechend dieser Vorgaben regelhaft keinen psychotherapeutischen Leistungsschwerpunkt haben, der mit dem vertragspsychotherapeutischen Bereich vergleichbar wäre.

#### **4. Rechtliche und vertragliche Vorgaben zum Versorgungsangebot der PIA**

Die gesetzliche Regelung des § 118 Absatz 2 Satz 2 SGB V schreibt vor, dass sich die Behandlung in PIA auf diejenige Gruppe psychisch Kranker zu beschränken hat, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die PIA bedürfen. Deutlicher wird dies noch in der dreiseitigen Vereinbarung von GKV-Spitzenverband, DKG und KBV zu PIA (§ 1):

*„Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag, nämlich speziell für Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhaushnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Das Angebot der psychiatrischen Institutsambulanzen soll sich an Kranke richten, die von anderen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden.“*

Die PIA sollen also Patienten versorgen, die nicht in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung behandelt werden können.

- **Multiprofessionelle Komplexversorgung in PIA**

Auch aus der Beschreibung der Leistungsinhalte in § 5 der Vereinbarung wird deutlich, dass der Leistungsschwerpunkt von PIA außerhalb des Bereichs der (Richtlinien-)Psychotherapie liegt. Entsprechend der Vereinbarung sollen PIA Komplexleistungen erbringen, die das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie umfassen. Hierzu gehören *„insbesondere die psychopathologische Befunderhebung, psychologische Diagnostik (Psychometrie), Psychopharmakologie, das Instrumentarium der sozialtherapeutischen einschließlich der nachgehenden Behandlung, die Psychoedukation in indikativen Gruppen unter Einbezug der Angehörigen der Kranken und die Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die **gegebenenfalls** im Rahmen eines individualisierten Gesamtbehandlungsplans zum Einsatz kommen kann“* (§ 5 der dreiseitigen Vereinbarung von GKV-Spitzenverband, DKG und KBV zu PIA; Hervorhebung nicht im Original).

Diese Formulierung verdeutlicht, dass (Richtlinien-)Psychotherapie nicht den Leistungsschwerpunkt in PIA darstellen soll, sondern nur eine Leistung von vielen ist, die zudem – anders als die anderen genannten Leistungen – nur „gegebenenfalls“ zur Anwendung „kommen kann“. Es handelt sich bei den Leistungen der PIA vielmehr um eine multiprofessionelle Komplexversorgung. Psychotherapeutische Leistungen (zum Beispiel Krisenintervention, Erhaltungstherapie, Psychoedukation, Fallmanagement), die in einer PIA im Rahmen dieser Komplexbehandlung zum Einsatz kommen, sollen das ambulante psychotherapeutische Versorgungsangebot nicht ersetzen, sondern für eine spezifische Patientengruppe ergänzen. Es gibt also keinen fachlichen Grund, die Existenz einer PIA regelhaft auf die in einem Planungsbereich zulässige Anzahl psychotherapeutischer Praxen anzurechnen.

Der G-BA nimmt mit seinem Beschluss, regelhaft den Leistungsschwerpunkt der PIA im Bereich der Richtlinienpsychotherapie anzusiedeln und sie daher – solange keine anderen belastbaren Daten vorliegen – pauschal auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten anzurechnen, die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben nicht zur Kenntnis.

- **Keine Doppelstruktur durch PIA**

Eine Anrechnung der PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten setzt voraus, dass in den PIA ein ambulantes Versorgungsangebot aufgebaut worden ist, das dem der ambulanten Richtlinienpsychotherapie in solch starkem Maße gleicht, dass es in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden muss. Auch dies steht im Widerspruch zur Vertragsformulierung in § 1 der dreiseitigen Vereinbarung, wonach es *„nicht Ziel der Ermächtigung von psychiatrischen Institutsambulanzen [ist], neben ambulanter außerklinischer Versorgung zusätzliche Angebote im Sinne von Doppelstrukturen aufzubauen“*. Der Beschluss des G-BA würde sich somit auf einen rechtswidrigen Zustand stützen.

## 5. Empirische Analyse zum Diagnose- und Leistungsspektrum der PIA

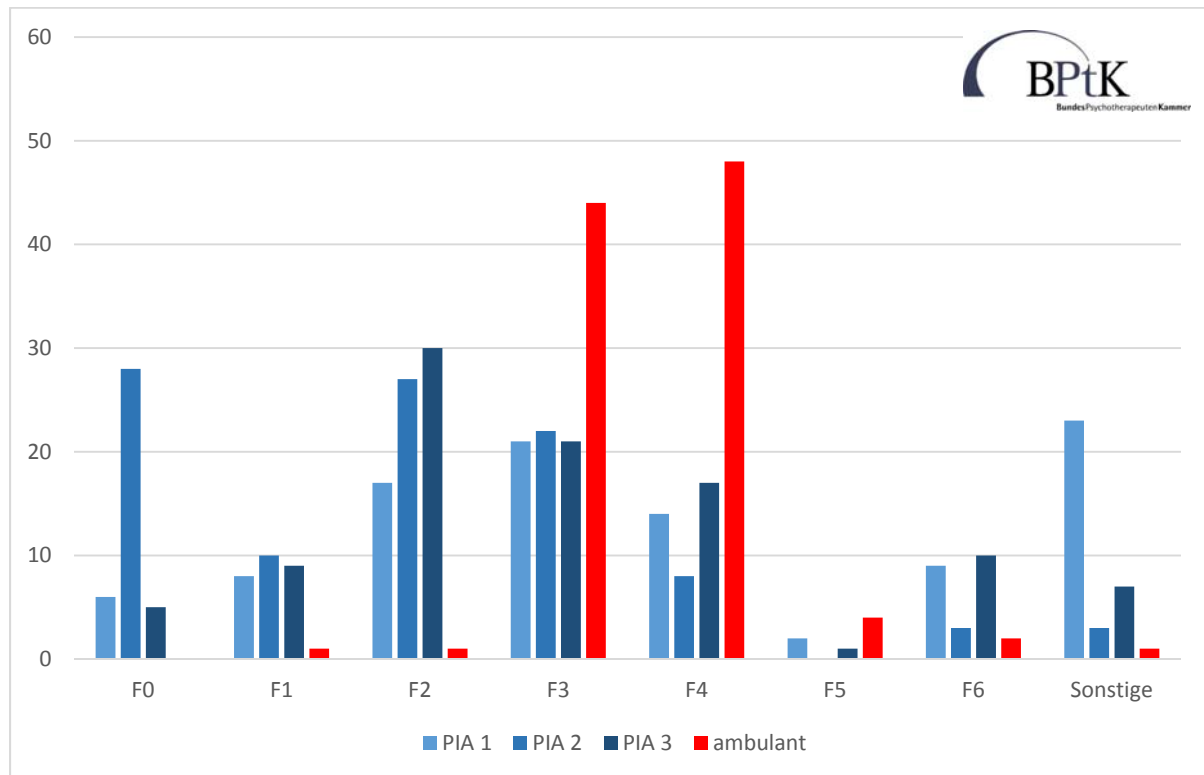
Die Bundespsychotherapeutenkammer hat öffentlich zugängliche Informationen über das Diagnose- und Leistungsspektrum in den PIA zusammengetragen. Diese zeigen, dass (Richtlinien-)Psychotherapie nicht regelhaft den Leistungsschwerpunkt der PIA darstellt.

- **Diagnosespektrum**

Die dreiseitige Vereinbarung zu den PIA nach § 118 Absatz 2 Satz 2 SGB V beschreibt die in PIA zu behandelnden Patienten als eine Gruppe, die aufgrund ihrer Erkrankungen allein in der vertragsärztlichen Versorgung nicht oder nicht angemessen versorgt werden kann und *„die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines [...] besonderen, krankenhaushnahen Versorgungsangebots“* bedarf.

Der Vergleich des Diagnosespektrums in PIA mit demjenigen in der ambulanten Richtlinienpsychotherapie bestätigt, dass in PIA auch tatsächlich andere Patientengruppen behandelt werden. In der ambulanten Richtlinienpsychotherapie werden vor allem Patienten mit affektiven Störungen (F3) sowie neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) behandelt; seltener jedoch Patienten mit psychotischen Erkrankungen (F2) und Suchterkrankungen (F1). Diese beiden Diagnosegruppen bilden jedoch in den PIA einen Schwerpunkt des Diagnosespektrums (siehe Abbildung 1).

**Abbildung 1: Anteil Erstdiagnosen/„behandlungsführende Diagnose“ in PIA vs. ambulanter Richtlinienpsychotherapie**



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2014

### Legende

**PIA 1:** Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, 2012, 3. Thüringer Psychiatriebericht; 17 PIA in Thüringen, Erhebungszeitraum: 2010

**PIA 2:** Wedegärtner, F., Wedegärtner, C., Müller-Thomsen und Bleich, 2009; PIA Ülzen, N = 339

**PIA 3:** Kinzel, Spengler und Weig, 2006; 9 PIA in Niedersachsen, Erhebungszeitpunkt: 2002, N = 7.535

**Ambulant:** Wittmann et al., 2011; TK-Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“, Kontrollgruppe, N = 639

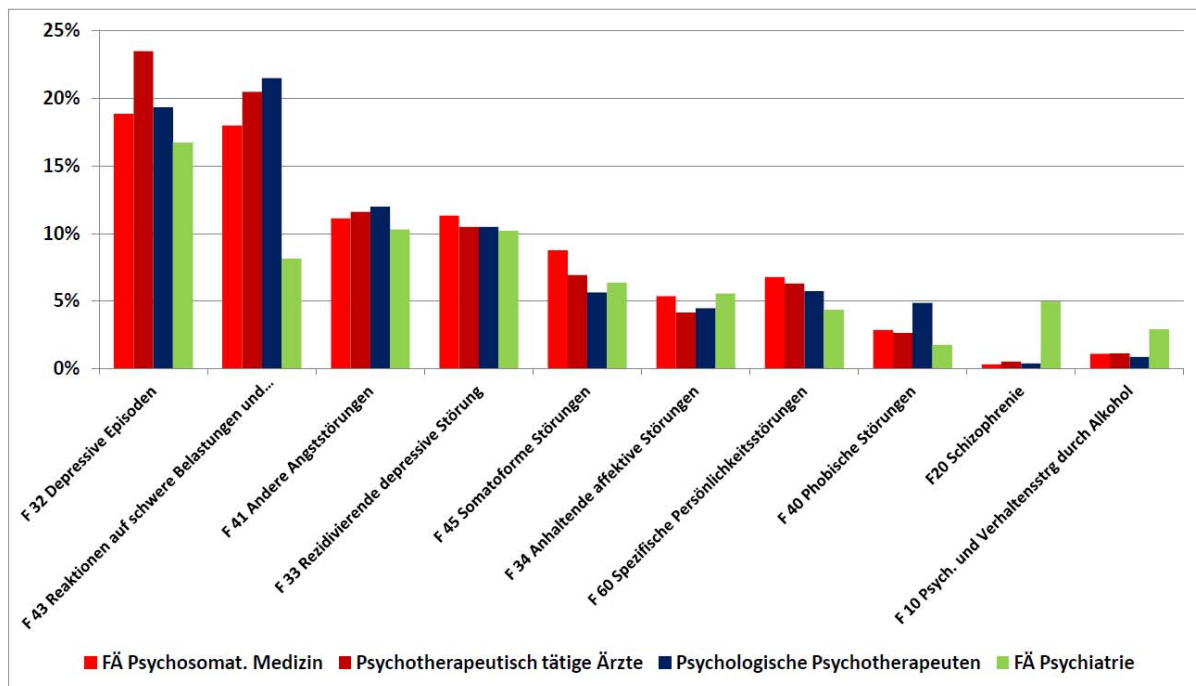
**F0:** Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; **F1:** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; **F2:** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; **F3:** Affektive Störungen; **F4:** Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; **F5:** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; **F6:** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; **Sonstige:** Sonstige F-Diagnosen

Die Ergebnisse dieser Analyse werden auch durch Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Kruse & Herzog, 2012) gestützt, die zeigen, dass bei den niedergelassenen, überwiegend psychotherapeutisch tätigen Facharztgruppen affektive Störungen, Belastungsreaktionen, Angststörungen und somatoforme Störungen überwiegen. Im Gegensatz dazu versorgen niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie häufiger als andere Leistungserbringer Menschen mit schizophrenen Erkrankungen und alkoholbedingten Erkrankungen (siehe Abbildung 2). Erkrankungen also, die vor allem



auch in der Versorgung in PIA eine besondere Rolle spielen. Demnach scheint sich das Patientenklentel von PIA eher mit dem niedergelassener Fachärzte für Psychiatrie und weniger mit den anderen überwiegend psychotherapeutisch tätigen Facharztgruppen zu überschneiden.

**Abbildung 2: Diagnosespektrum in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nach Leistungserbringern**



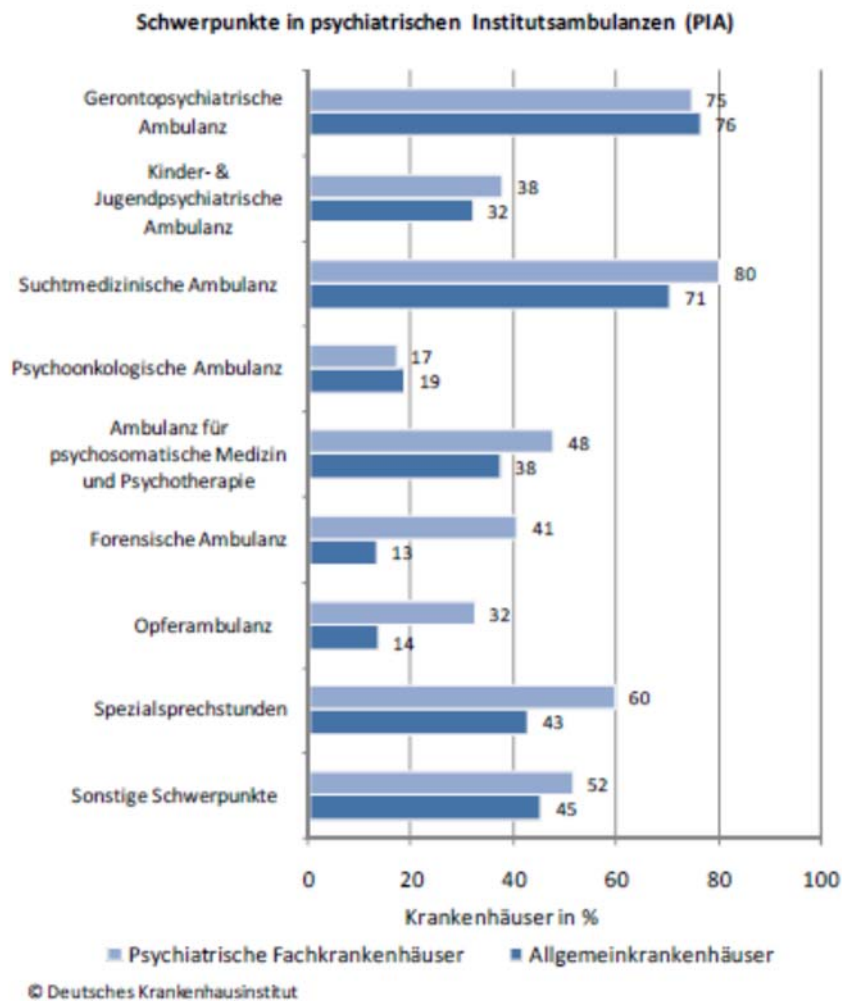
**Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2013; Auswertungen auf Basis der Abrechnungsdaten – Anzahl Behandlungsfälle im 1. Quartal 2010, bundesweit (Kruse & Herzog, 2012)**

### • Versorgungsangebot

Aus Abbildung 1 wird auch ersichtlich, dass das Diagnosespektrum in den PIA sehr heterogen ist. Dies erklärt sich damit, dass viele PIA Schwerpunkte in ihrem Leistungsangebot setzen, wie eine Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (2011) zeigt. Die Ergebnisse dieser Umfrage sind in Abbildung 3 dargestellt. Rund drei Viertel der PIA haben einen gerontopsychiatrischen oder suchtmmedizinischen Schwerpunkt. Rund ein Drittel der PIA behandeln schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche. Über die Hälfte der Ambulanzen bietet außerdem auch Spezialsprechstunden für bestimmte Patientengruppen, wie Patienten mit ADHS, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Autismus oder Patienten mit Migrationshintergrund, an. Es kann nicht davon ausgegangen

werden, dass bei jedem dieser Diagnoseschwerpunkte in gleichem Maße Psychotherapie im Sinne der Richtlinienpsychotherapie indiziert ist und angeboten wird. Eine PIA, die vorwiegend gerontopsychiatrische Patienten – meist Heimbewohner mit Demenz – behandelt, benötigt ein anderes psychotherapeutisches Leistungsspektrum als eine PIA mit dem Schwerpunkt in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und in beiden Fällen wird dieses Leistungsspektrum nur geringe Überschneidungen mit der Richtlinienpsychotherapie haben. Auch an dieser Stelle wird deutlich, dass der Beschluss des G-BA, die PIA regelhaft auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten anzurechnen, nicht sachgerecht ist.

**Abbildung 3: Schwerpunkte von psychiatrischen Institutsambulanzen, 2010**

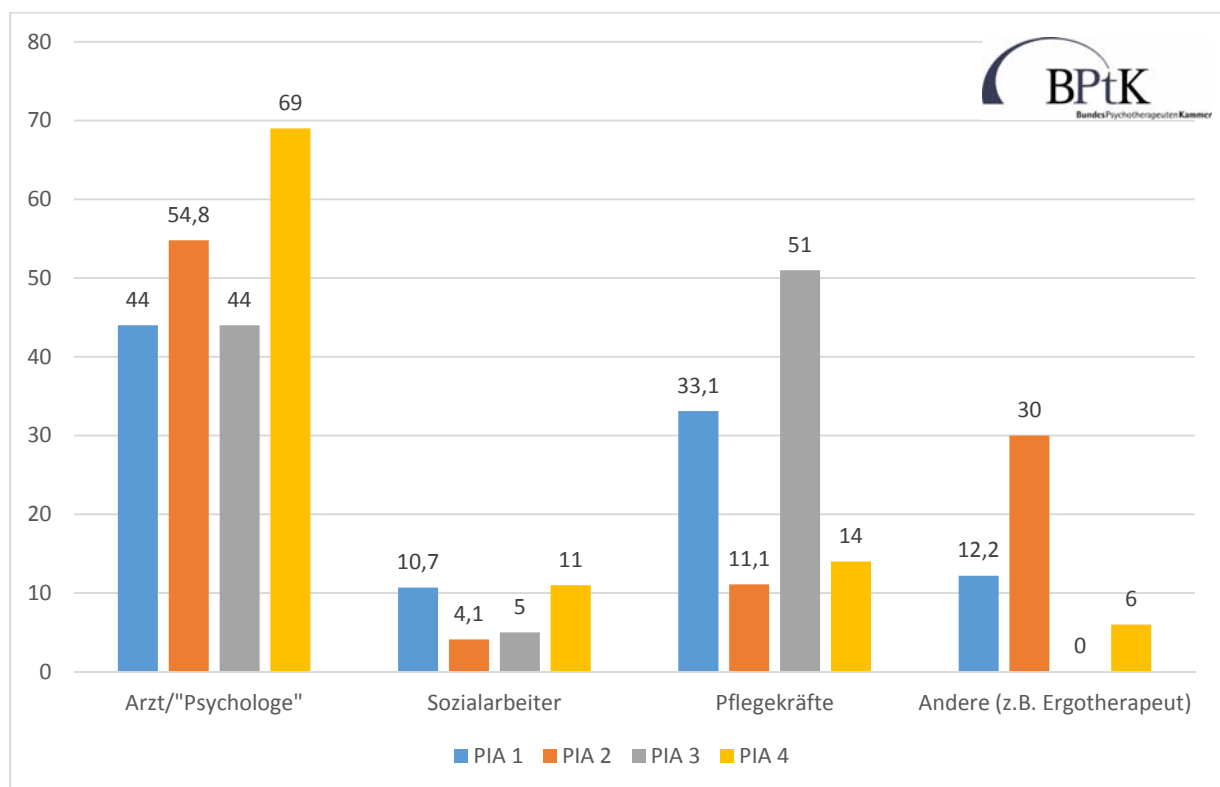


Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut, Psychiatrie-Barometer, 2011

## • Personalstruktur

Die Analysen zum Diagnosespektrum sowie zu den Schwerpunkten in der PIA zeigen: PIA sind sehr heterogen bezüglich ihres Diagnosespektrums und des Schwerpunkts ihrer Leistungen. Dementsprechend ist auch das Personalportfolio in den PIA sehr unterschiedlich (siehe Abbildung 4). Es gibt PIA, in denen die Leistungen der Pflegekräfte die Hälfte des Leistungsspektrums ausmachen.

**Abbildung 4: Anteil (%) Berufsgruppen an der Patientenversorgung in PIA**



**Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2014**

### Legende

**PIA 1:** Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, 2012, 3. Thüringer Psychiatriebericht; 17 PIA in Thüringen, Erhebungszeitraum: 2010

**PIA 2:** Wedegärtner et al., 2009; PIA Ülzen, N = 339; *Arzt/Psychologie = Psychiater/Psychologischer Psychotherapeut*

**PIA 3:** Kinzel et al., 2006; 9 PIA in Niedersachsen, Erhebungszeitpunkt: 2002, N = 7.535

**PIA 4:** Melchinger, 2008; 14 PIA in Niedersachsen, Erhebungszeitraum: 2006, N = 9.876

## • Vergütung

Die Leistungen in den PIA werden entweder über Quartalspauschalen oder über die Abrechnung von Einzelleistungen vergütet. In den meisten Bundesländern erfolgt die

Vergütung über Quartalspauschalen. In einigen Bundesländern (unter anderem Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt) erfolgt die Vergütung über die Abrechnung von Einzelleistungen.

Entsprechend einer beispielhaften PIA-Kostenkalkulation (Melchinger, 2008) kann geschätzt werden, in welchem Ausmaß psychotherapeutische Leistungen bei einer gegebenen Quartalspauschale möglich sind. Für die Modellkalkulation wird exemplarisch die Quartalspauschale im Land Brandenburg für das Jahr 2014 zugrunde gelegt. Diese beträgt 212,81 Euro pro Patient.

Nach Melchinger (2008) beträgt der Kostenanteil für nicht-ärztliches und nicht psychologisches Personal (Sozialarbeiter, Pflegepersonal, Arzthelferin), das heißt das Personal, das grundsätzlich keine psychotherapeutischen Leistungen durchführen darf, in einer PIA 34,9 Prozent. Die indirekten Personalkosten, diagnostische Leistungen und Sachkosten sowie die Kosten für die Inanspruchnahme ärztlicher Bereitschaftsdienste machen 26,2 Prozent der Kosten einer PIA aus. Damit werden für nicht-psychologische und nicht-ärztliche Leistungen 61,1 Prozent des Budgets benötigt. Dies sind bei einer 212,81-Euro-Pauschale 130,02 Euro pro Quartal. Damit verbleiben für ärztliche und psychologische Leistungen noch 82,79 Euro. Davon muss ein mindestens 20-minütiges Gespräch im Quartal mit dem Arzt für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, vor allem zum Medikamentenmonitoring, abgezogen werden. Legt man die Höhe der Vergütung von Einzelleistungen in zwei ostdeutschen Bundesländern zugrunde, dann wird solch ein Gespräch mit rund 20 Euro bewertet und vergütet. Wird dieser Wert von den 82,79 Euro abgezogen, verbleiben noch rund 63 Euro für psychotherapeutische Leistungen, wenn davon ausgegangen wird, dass außer den 20 Minuten psychosozialer Grundversorgung keine weiteren ärztlichen Leistungen erbracht werden.

Entsprechend der Vergütung von Einzelleistungen in zwei ostdeutschen Bundesländern werden 60 Minuten Psychotherapie im Einzelsetting mit rund 57 Euro vergütet. Wird dieser Wert als Grundlage genommen, kann ein Patient pro Quartal in einer PIA rund 67 Minuten Psychotherapie im Einzelsetting erhalten. Das entspricht weniger als 1,3 Stunden Einzeltherapie im ambulanten Setting pro Quartal.

Diese beispielhafte Modellrechnung zur Höhe und Ausgestaltung der Vergütung der Leistungen in einer PIA macht deutlich, dass in den PIA im Schwerpunkt keine der ambulanten (Richtlinien-)Psychotherapie vergleichbaren Leistungen erbracht werden können, da sie nicht finanziert werden.

### **6. Auswirkungen des G-BA-Beschlusses auf die Versorgung**

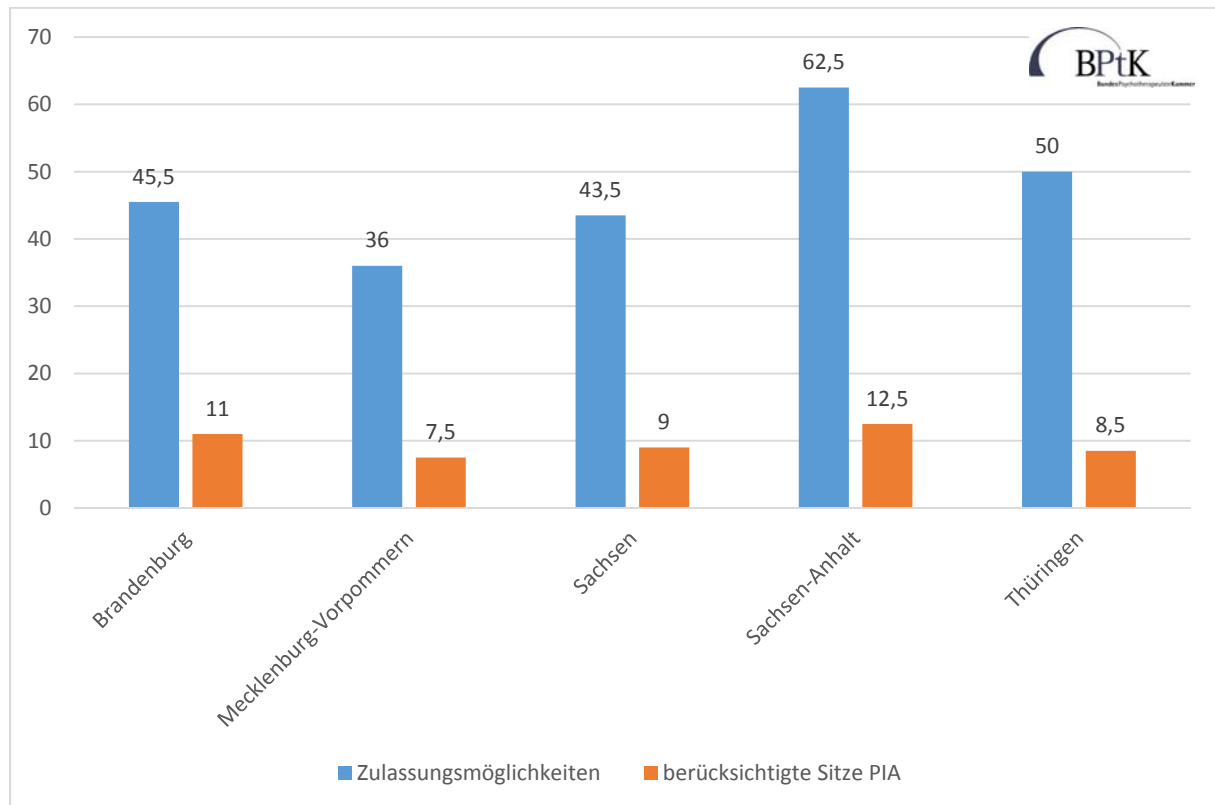
In Ostdeutschland warten psychisch kranke Menschen durchschnittlich 14 bis 19 Wochen auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Deshalb war geplant, vor allem in den ländlichen Regionen von Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen deutlich mehr Psychotherapeuten zuzulassen. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen sind in den ostdeutschen Bundesländern aktuell 237,5 Zulassungsmöglichkeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ausgeschrieben. Rechnet man die 142 in Ostdeutschland gemeldeten PIA<sup>1</sup> mit einem Faktor von 0,5 auf die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten an, fallen in den Planungsbereichen, in denen noch Zulassungsmöglichkeiten bestehen, 48,5 der 237,5 neuen Sitze weg. Das entspricht 20 Prozent der Zulassungsmöglichkeiten (siehe Abbildung 5).

Weiterhin werden 18,5 Sitze in Planungsbereichen angerechnet, in denen derzeit keine Niederlassungen ausgeschrieben werden. Die Anrechnung führt dazu, dass der Versorgungsgrad steigt und der Ort als „höher überversorgt“ gilt – die oft trotz „Überversorgung“ prekäre psychotherapeutische Versorgungssituation wird damit zusätzlich zementiert.

---

<sup>1</sup> Eigene Berechnung der BPTK auf Basis frei verfügbarer Informationen der Krankenhäuser in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

**Abbildung 5: Zulassungsmöglichkeiten und Wegfall von Sitzen durch die Anrechnung von PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten**



**Quelle: Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser, eigene Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammer, 2014**

## 7. Forderungen der BPtK

Die dargestellten Analysen und Befunde zeigen, dass der Beschluss des G-BA, die PIA **regelmäßig** und **pauschal** mit einem Faktor von 0,5 auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten anzurechnen, in der Versorgungsrealität keine Grundlage hat und damit willkürlich ist. Der Normgeber hätte sich vor der Entscheidung einen Überblick über die tatsächliche Versorgungslage verschaffen können und müssen.

Der Beschluss ist rechtswidrig und kann so keinen Bestand haben. Er muss daher beanstandet oder vom G-BA selbst aufgehoben werden.

Der G-BA beabsichtigt, innerhalb der nächsten drei Jahre zu prüfen, welche Auswirkungen die Regelung auf die Versorgung hat. Hierfür wäre eine bundeseinheitliche und aussagekräftige PIA-Leistungsdokumentation die Voraussetzung. Die seit dem

01.01.2013 gültige Leistungsdokumentation gewährleistet dies nicht. Die PIA sind aktuell nur verpflichtet zu dokumentieren, wenn ein Patientenkontakt stattgefunden hat. Dazu wird angegeben, ob bei dem jeweiligen Behandlungsdatum ein Kontakt mit einem Arzt beziehungsweise Psychologen bestand und ob der Behandlungstermin eine aufsuchende Behandlung enthielt (Rümmelin, 2012).

Mit dieser bundesweiten Dokumentationsvereinbarung werden keine Informationen über die Art der Leistung erfasst, die in den PIA erbracht werden. Der G-BA ist daher im Schwerpunkt auf die Quellen angewiesen, die die BPTK für ihre Analyse bereits genutzt hat. Der G-BA kann seinen Beschluss zu Evaluation – wie bereits heute erkennbar ist – nicht angemessen umsetzen, da nicht überprüft werden kann, ob in einer PIA überhaupt und wenn ja in welchem Umfang (Richtlinien-)Psychotherapie erbracht wird.

Voraussetzung eines sachgerechten Beschlusses zu einer möglichen Anrechnung der PIA auf den ambulanten Bereich ist eine Dokumentationsgrundlage, anhand derer das Diagnose- und Leistungsspektrum der PIA über die BPTK-Analyse hinaus transparent wird. Solange diese Daten nicht verfügbar sind, muss ein Beschluss auf der Basis der verfügbaren Daten getroffen werden und diese wiederum zeigen, dass eine Anrechnung auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht sachgerecht ist.

## 8. Literatur

- Deutsches Krankenhausinstitut (2011). Psychiatrie-Barometer – Umfrage 2011. Abrufbar unter: <http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/psychiatrie-barometer-2011.pdf>.
- Kinzel, U., Spengler, A. & Weig, W. (2006). Das klinische Leistungsprofil psychiatrischer Institutsambulanzen in Niedersachsen. *Krankenhauspsychiatrie*, 17, 79-83.
- Kruse, J. & Herzog, W. (2012). Zwischenbericht zum Gutachten *Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz* im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Abrufbar unter: [http://s255669059.online.de/pdf/Gutachten\\_Psychosomatik\\_Zwischenbericht.pdf](http://s255669059.online.de/pdf/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf).
- Leber, W.-D., Haas, A., Hahn, J., Tolzin, C. J. & Martinsohn-Schittkowski, W. (2011). PIA-Dokumentation – Konzept des GKV-Spitzenverbandes und des Kompetenzzentrums für Psychiatrie und Psychotherapie (KCCP) zur Erfassung der Leistungen in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Abrufbar unter: [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)
- Melchinger, H. (2008). Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Abrufbar unter: [http://dgsp-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger\\_KBV\\_Gutachten.pdf](http://dgsp-brandenburg.de/sites/default/files/Melchinger_KBV_Gutachten.pdf).
- Rümmelin, B. (2012). Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung. Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *Das Krankenhaus*, 8, 775-783.
- Spengler, A. (2012). Psychiatrische Institutsambulanzen – Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (40), A 1981-83



Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (2012). 3. Thüringer Psychiatriebericht. Abrufbar unter: [https://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/referat45/psychiatriebericht\\_th\\_ringen\\_abschlussbericht\\_februar-2012.pdf](https://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung6/referat45/psychiatriebericht_th_ringen_abschlussbericht_februar-2012.pdf).

Wedegärtner, F., Wedegärtner, C., Müller-Thomsen, T. & Bleich, S. (2009). Wer erhält wie viel Versorgung in der Institutsambulanz und warum? *Psychiatrische Praxis*, 36, 338-344.

Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E. M., Völkle, M. C., Böhnke, J. R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.