

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
Gesamtergebnis	2 354 793	29,2	7 629 465	94,7	3,2

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

Krankenhaus-Report 2016

WldO

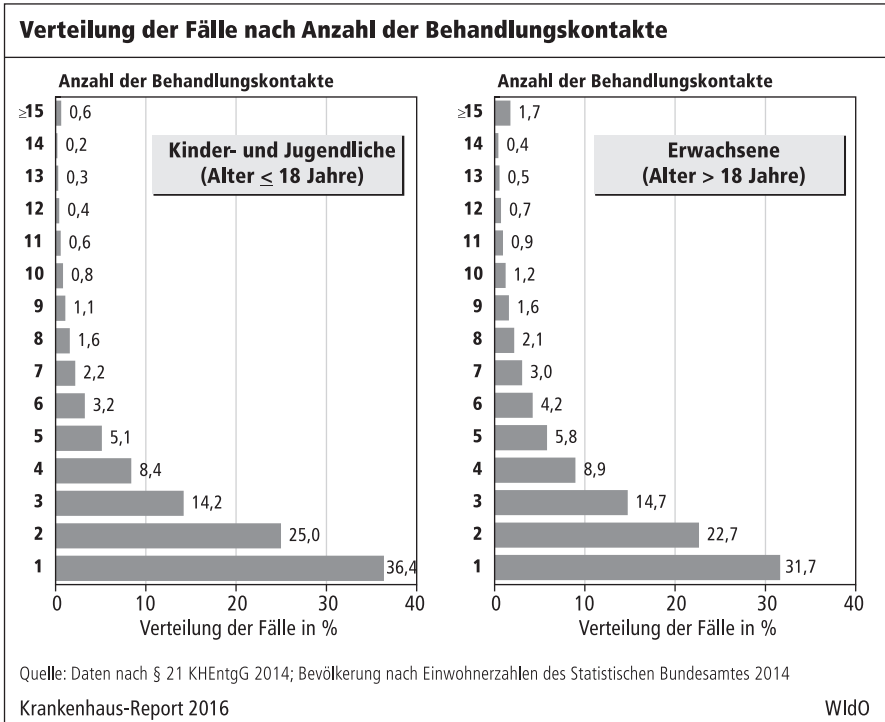
nahe, dass dies im Zusammenhang mit der nach Einmalkontakt und Mehrfachbehandlung differenzierten Quartalspauschale steht. Da die Vergütung für Behandlungen mit nur einem einmaligen Kontakt deutlich geringer ist, kommt es aber nur zu einer Verschiebung hin zum zweimaligen Kontakt.

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

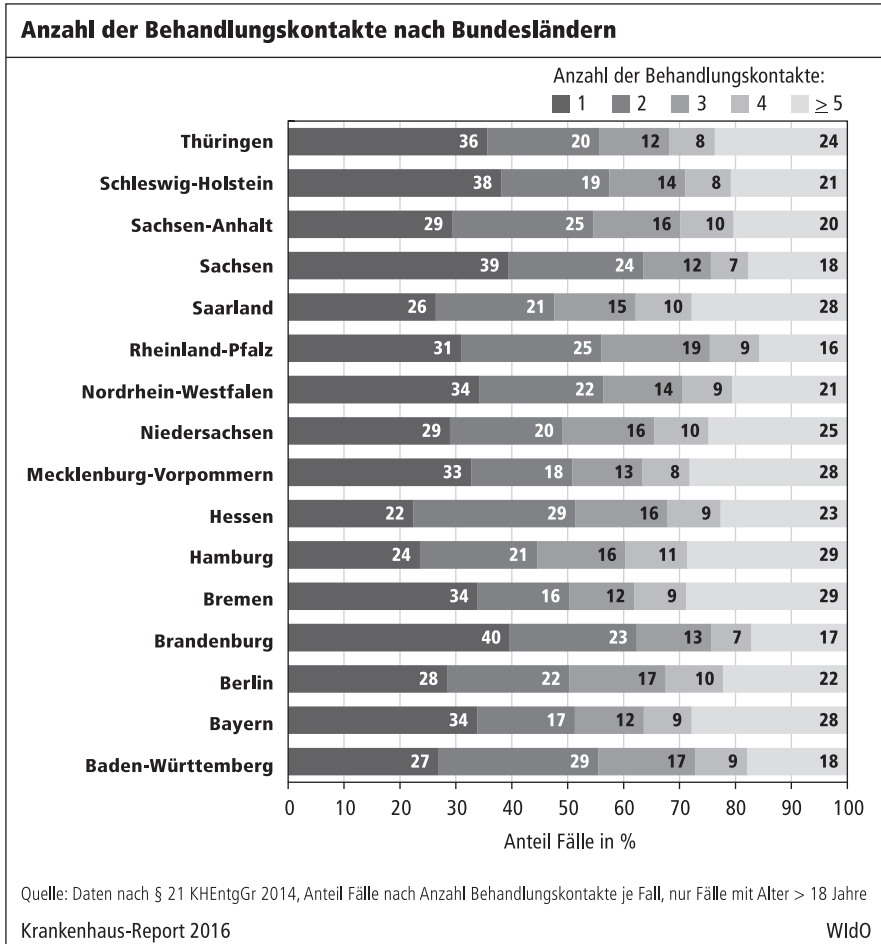


den Krankenhäusern vereinbart. Sie erfolgt heterogen nach drei unterschiedlichen Modellen: nach Quartalspauschalen, nach Komplexleistungen und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit zusätzlicher Vergütung der nichtärztlichen Leistungen.

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