

AmBADO

Anleitung

Stand 01/2007

Autoren

Walter Berger

Andrea Jordan

Angela Stefan

Carsten Steinmann

Michael Welschehold

Vorwort

Anlass für die Erstellung dieser AmBADO-Anleitung ist die Überarbeitung der AmBADO-Erhebungsbögen zum 01.01.2007. Der Text orientiert sich soweit als möglich an dem Manual "Basisdokumentation für Psychiatrische Ambulanzen (AmBADO)" von Walter Berger und Michael Welschehold, erschienen im Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002.

Diese Anleitung versteht sich als praktische Hilfestellung zur Durchführung der AmBADO. Daher wurde auf vertiefende Hintergrundinformationen verzichtet.

Die zahlreichen Fragen, die in den letzten fünf Jahren an die Servicestelle gerichtet wurden, und die Analyse von übermittelten AmBADO-Daten lieferten den Verfassern viele Hinweise und Anregungen.

Wir bedanken uns herzlich bei allen für ihre Unterstützung und hoffen, dass diese überarbeitete AmBADO-Anleitung hilfreich für Sie ist.

Haar, Dezember 2007

Andrea Jordan, Angela Stefan, Carsten Steinmann

Allgemeine Hinweise	7
1. Hinweis zur Lesbarkeit	7
2. Symbole	7
3. Für welche Behandlungsfälle muss die AmbADO erfolgen?	7
4. Kurz- oder Vollversion?	7
5. Überblick über alle Bögen	8
6. Zeitpunkt der Dokumentation (Wann sollen die Bögen ausgefüllt werden?)	8
Kurzversion	8
Vollversion	8
1. Dokumentation bei Behandlungsbeginn	8
2. Jahresaktualisierung	9
3. Beendigung	9
4. Rückwirkende Beendigung nach zwei leistungsfreien Quartalen	9
7. Jahresaktualisierung	9
Lesehinweis	9
Wann soll die Jahresaktualisierung erfolgen?	10
Was ist bei einer Jahresaktualisierung zu tun?	10
Elektronisches Eingabesystem	11
Überblick Felder, die aktualisiert werden müssen	11
8. Was ist beim Ausfüllen zu beachten?	11
9. Datenschutz	12
10. Mehrere Behandlungsfälle pro Patient	13
Unterbrechung der Behandlung für mehr als zwei Quartale	13
Beendigung und erneuter Behandlungsbeginn innerhalb von zwei aufeinander folgenden Quartalen	13
Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung Teil 1 Stammblatt	14
Allgemeine Information	14
Wann wird der Bogen ausgefüllt?	14
Patientendaten	14
Kostenträger / Ort*	15
Versicherungsnummer*	15
Datum Leistungsabrechnung 101 / 201*	15
Datum Behandlungsbeginn	16
Name*, Vorname*, Geburtsname, Geburtsdatum, Geschlecht*, Familienstand*	16
Adresse*	16
Telefon*	16
Landkreis*	16
Staatsangehörigkeit*	16
Beruf (zuletzt ausgeübt)*	16
Arbeitgeber Patient*, Adresse (Arbeitgeber)*	17
Hauptversicherter*	17
Angehörige* (mit Angabe der verwandtschaftlichen Beziehung)	17
gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter*	18
Bezugsperson(en) Ambulanz*	18
zuweisender Arzt	19
Hausarzt*	19
sonstige Ärzte / Psychotherapeuten*	19
Casemanager*	20
sonstige Kontaktperson(en)*	20
sonstige Bemerkungen*	21
Kontaktart	21
Dokumentationsart*	22
Ambulanzart*	23
Ambulanzdifferenzierung*	23

Diagnosen (ICD-10) bei Aufnahme	24
I. psychiatrische Diagnose(n)*	24
II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)*	25
III. sonstige neurologische / somatische Diagnose(n)*	25
IV. Zusatzkodierung(en)*	25
gesetzliche Betreuung (BGB)*	26
fremde Mitbetreuung bzw. Mitbehandlung*	27
Krisenpass bzw. Behandlungsvereinbarung*	27
Behindertenausweis*	28
spezielle Risiken*	28
Definitionen	29
Datum*, Unterschrift*	30

Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung Teil 1 Aufnahme **31**

Allgemeine Information	31
Wann wird der Bogen ausgefüllt?	31
Patientendaten	31
Behandlungssetting*	31
Ausnahme	31
Definitionen	31
Normalfall / Langzeitbehandlung	31
zeitlich befristet	31
Vertretung / Überbrückung anderer Behandler*	31
Behandlungsaufgabe (z. B. §§ 35, 67)	32
Auftragsleistung	32
Notfall / Krisenintervention	32
Beratung	33
Wohnsituation*	33
Lebensform*	34
höchster erreichter Schulabschluss*	34
höchster erreichter Berufsabschluss*	35
höchste abgebrochene Berufsausbildung*	35
jetzige berufliche Situation*	35
Lebensunterhalt*	36
Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation	36
Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation	37
Zuweisungsdiagnose	37
sprachliche Verständigung*	38
ärztliche Zuweisung	38
Nichtärztliche Zuweisung	39
Spezialfall	39
Suizidalität*	39
Suizidversuch*	39
CGI Teil1 (Schweregrad)*	41
GAF*	41
Anzahl (teil-) stationärer psychiatrischer Behandlungen bisher*	42
Jahr der letzten Entlassung aus (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung*	43
Ort der letzten (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung*	43
Jahr der ersten (teil-) stationären psychiatrischen Behandlung überhaupt	44
Jahr der ersten ambulanten psychiatrischen Behandlung überhaupt	44
Jahr der ersten psychiatrischen Auffälligkeit	45
Datum*, Unterschrift*	45

Beendigung	46
Allgemeine Information	46
Hinweise zur rückwirkenden Dokumentation	46
Patientendaten	46
Name, Vorname, Geburtsdatum	46
Datum Behandlungsbeginn	46
Datum Behandlungsbeendigung	46
Art der Beendigung / Unterbrechung der Behandlung	47
Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung	47
Wohnsituation (1. Wohnsitz)	48
Bezugsperson(en) Ambulanz	49
Diagnosen (ICD-10) bei Beendigung	49
I. psychiatrische Diagnose(n)	49
II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)	50
CGI bei Beendigung	51
Teil 1 (Schweregrad)	51
Teil 2 (Heilungsverlauf)	51
GAF bei Beendigung	52
Datum, Unterschrift	52

Kurzversion	53
Allgemeine Information	53
Wann wird der Bogen ausgefüllt?	53
Patientendaten	53
Kostenträger / Ort	54
Versicherungsnummer	54
Datum Leistungsabrechnung 101 / 201	54
Datum Behandlungsbeginn	54
Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geschlecht, Familienstand	55
Adresse	55
Landkreis	55
Telefon	55
Staatsangehörigkeit	55
Beruf (zuletzt ausgeübter)	55
Arbeitgeber Patient, Adresse (Arbeitgeber)	55
Hauptversicherter	55
Bezugsperson(en) Ambulanz	56
Behandlungssetting	56
Definitionen	57
Vertretung / Überbrückung anderer Behandler	57
Behandlungsaufgabe (z. B. §§ 35, 67)	57
Auftragsleistung	57
Notfall / Krisenintervention	57
Beratung	57
Wohnsituation	58
Lebensform	58
Ambulanzart	59
Ambulanzdifferenzierung	59
Diagnosen (ICD-10) bei Aufnahme	60
keine psychiatrische Diagnose	60
I. Psychiatrische Diagnose(n)	61
II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)	62
III. sonstige, neurologische / somatische Diagnose(n)	62
sprachliche Verständigung	62
fremde Mitbetreuung bzw. Mitbehandlung	63

Inhaltsverzeichnis

Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung	64
CGI bei Beendigung	64
Teil 1 (Schweregrad)	64
Teil 2 (Heilungsverlauf)	65
GAF bei Beendigung	65
Datum Behandlungsbeendigung	66
Datum, Unterschrift	66
Anhang	67
Jahresaktualisierung Überblick	68
GAF-Wert Merkmalsbeschreibung	70
Originalbögen	71
Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung Teil 1 Stammbblatt	72
Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung Teil 2 Aufnahme	73
Beendigung	74
Kurzversion	75

1. Hinweis zur Lesbarkeit

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in diesem Manual durchgehend die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen darauf hin, dass damit sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint ist.

2. Symbole



Mit diesem Symbol werden besondere Hinweise gekennzeichnet.



Dieses Symbol kennzeichnet ein Beispiel.



Dieses Symbol kennzeichnet Besonderheiten bei der Jahresaktualisierung.

3. Für welche Behandlungsfälle muss die AmbADO erfolgen?

Grundsätzlich gilt: Die AmbADO muss für jeden gesetzlich versicherten Patienten, der in der Ambulanz behandelt wird, ausgefüllt werden. Bei Privatpatienten ist die AmbADO nicht verpflichtend, wird aber empfohlen.

Die Zeiteinheit, auf die sich eine vollständige AmbADO für einen Patienten bezieht, ist der Behandlungsfall (vom Erstkontakt bis zur Behandlungsbeendigung) und nicht, wie bei der Leistungsabrechnung, das Quartal.

4. Kurz- oder Vollversion?

Zunächst muss entschieden werden, ob es sich bei der Ambulanzbehandlung um einen Normalfall oder um eine Kurzbehandlung (bis zu drei Kontakte) handelt.

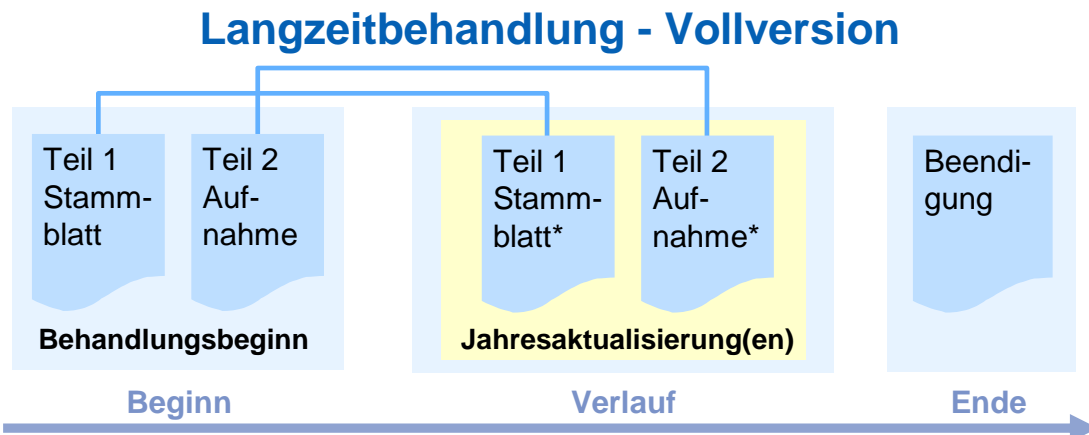
Im Normalfall soll die Vollversion, bestehend aus

- Behandlungsbeginn Teil 1 Stammbblatt und Teil 2 Aufnahme (zu Beginn der Behandlung)
- Jahresaktualisierung(en) (ein Jahr nach der letzten Dokumentation)
- Beendigung (bei der Beendigung einer ambulanten Behandlung)

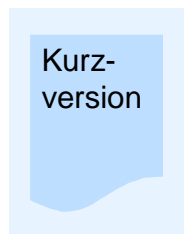
ausgefüllt werden. Bei Kurzbehandlungen bis zu drei Kontakten kann die Kurzversion des AmbADO-Bogens ausgefüllt werden.

Sollte eine Ambulanzbehandlung, für die eine Vollversion begonnen wurde, unvorhergesehen nach bis zu drei Terminen beendet sein, so soll die Vollversion mit einem Beendigungsbogen abgeschlossen werden. Sie soll nicht stattdessen in eine Kurzversion umgewandelt werden, weil sonst Daten verloren gehen. Sollte die Behandlung unvorhergesehen doch mehr als drei Termine umfassen, muss rückwirkend eine Umwandlung der Dokumentation in eine Vollversion erfolgen.

5. Überblick über alle Bögen



Kurzbehandlung - Kurzversion



höchstens 3 Kontakte

6. Zeitpunkt der Dokumentation (Wann sollen die Bögen ausgefüllt werden?)

Kurzversion

Bei der Kurzversion werden alle Angaben (inklusive Beendigung) auf einem Bogen gemacht.

Beim ersten Patientenkontakt werden alle Fragen bis auf die "Nachbetreuung", den "CGI" und "GAF-Wert bei Beendigung" sowie das "Datum bei Behandlungsbeendigung" beantwortet. Zu diesem Termin erfolgt noch die Leistungsabrechnung. Die restlichen Fragen werden beim letzten Termin der Kurzbehandlung ausgefüllt.

Vollversion

Zur Vollversion gehören mehrere Bögen und mehrere Dokumentationstermine.

1. Dokumentation bei Behandlungsbeginn

Nach dem Aufnahmegespräch müssen beide Teile der Dokumentation zum Behandlungsbeginn ausgefüllt werden. Eventuell noch fehlende Informationen sollen im Zweitgespräch erfragt und dann nachgetragen werden. Der Zeitpunkt, auf den sich die Fragen von Teil 1 Stammblatt und Teil 2 Aufnahme beziehen, ist der Erstkontakt mit dem Patienten.



Wenn die AmBADO in einer Ambulanz neu eingeführt wird, gibt es meistens laufende Behandlungsfälle, deren Behandlungsbeginn bereits länger zurück liegt. Auch in diesen Fällen wird die Dokumentation mit Teil 1 Stamblatt und Teil 2 Aufnahme begonnen, allerdings gibt es dann zwei Bezugszeitpunkte. Alle Fragen ohne Sternchen müssen rückwirkend, bezogen auf den tatsächlichen Behandlungsbeginn beantwortet werden. Bei allen Fragen mit Sternchen beziehen sich die Angaben auf das aktuelle Datum der Dokumentation

2. Jahresaktualisierung

Da sich im Verlauf einer Behandlung viele Daten ändern können, ist es nötig die Angaben einmal im Jahr auf einen aktuellen Stand zu bringen. Hierzu dient die Jahresaktualisierung.

Maßgeblich für den korrekten Zeitpunkt der Aktualisierung ist das Quartal, in dem die Dokumentation im Vorjahr gemacht wurde. Die Jahresaktualisierung kann frühestens am ersten Tag des entsprechenden Quartals im aktuellen Jahr erfolgen. Bisher mussten zwischen den aufeinander folgenden Dokumentationen mindestens 365 Tage liegen. Diese Regelung wurde nun gelockert. Die Jahresaktualisierung muss nur noch auf das Quartal genau (oder später) erfolgen.

Um die Leistung abrechnen zu können, muss am Dokumentationstag ein Patientenkontakt stattgefunden haben.

3. Beendigung

Wird bei einem Behandlungstermin mit dem Patienten besprochen, dass die Behandlung in der Ambulanz beendet ist, so soll zu diesem Termin der Beendigungsbogen ausgefüllt werden.

4. Rückwirkende Beendigung nach zwei leistungsfreien Quartalen

Es kommt vor, dass Patienten ohne Absprache mit dem Behandler der Behandlung fernbleiben. Sind nach einem solchen „Wegbleiben“ zwei Quartale vergangen ohne dass der Patient eine Ambulanzleistung in Anspruch genommen hat, so muss die Beendigungsdokumentation rückwirkend erfolgen.

Als „Datum Behandlungsbeendigung“ wird das Datum des letzten Patientenkontaktes angegeben. Die Fragen beziehen sich auf den Zeitpunkt des letzten Patientenkontakts und müssen bei fehlender Information mit „unbekannt/unklar“ beantwortet werden.



Erfährt der Behandler aus zuverlässiger Quelle, dass der Patient nicht mehr zur Behandlung kommen wird, kann die Beendigungsdokumentation sofort erfolgen. Es müssen keine zwei leistungsfreie Quartale abgewartet werden.

7. Jahresaktualisierung

Lesehinweis

Für die Jahresaktualisierung werden die gleichen Bögen wie bei Behandlungsbeginn verwendet. Besonderheiten, die bei der Jahresaktualisierung zu beachten sind, wurden bei den Erläuterungen zu den einzelnen Fragen ab Seite 14 mit dem

Symbol



gekennzeichnet und in **blauer Schrift** dargestellt.

Wann soll die Jahresaktualisierung erfolgen?

Angenommen, eine Ambulanzbehandlung umfasst mehr als drei Ambulanzkontakte und wird mit der Vollversion der AmBADO dokumentiert. Im vorangegangenen Jahr wurde entweder eine Erstdokumentation (Behandlungsbeginn Teil 1 Stammbblatt und Teil 2 Aufnahme) oder eine Jahresaktualisierung erstellt. Seither gab es in der fortlaufenden Behandlung nie zwei leistungsfreie Quartale am Stück. Dann muss vom Ambulanzbehandler für das laufende Jahr eine Jahresaktualisierung erstellt werden.

Die Jahresaktualisierung bei einer fortlaufenden Behandlung kann frühestens im gleichen Quartal wie die Dokumentation (Behandlungsbeginn oder Jahresaktualisierung) im Vorjahr angefertigt und abgerechnet werden. Außerdem kann sie nur an einem Tag erfolgen, an dem ein Patientenkontakt stattgefunden hat.

Die Jahresaktualisierung kann auch zu einem späteren als dem eben beschriebenen Zeitpunkt angefertigt werden, wenn ein Patient gerade in dem Quartal, in dem die Jahresaktualisierung fällig wäre, keine Ambulanzleistung in Anspruch nimmt oder der Ambulanzbehandler keine Zeit hat.

Es sollte jedoch dringend darauf geachtet werden, dass sich die Termine der Jahresaktualisierungen nicht mit der Zeit immer mehr zum Jahresende hin verschieben.



Die vormalige Regelung, dass zwischen Dokumentation bei Behandlungsbeginn und Jahresaktualisierung bzw. zwischen zwei Jahresaktualisierungen mindestens 365 Tage liegen müssen (Leistungsabrechnung!), wurde zu Gunsten einer Quartals-Genauigkeit liberalisiert.

Es gibt AmBADO-Eingabe-Programme, die gemäß der mittlerweile veralteten 365-Tage-Regel diesen zeitlichen Mindestabstand zwischen der Anfangsdokumentation und der Jahresaktualisierung bzw. zwischen zwei Jahresaktualisierungen erzwingen. Dadurch entsteht kein Fehler bei der Dokumentation. Da die neue Regelung jedoch eine Erleichterung für die Ambulanzbehandler darstellt, empfiehlt sich eine Anpassung des jeweiligen Programms.



Für eine Patientin wurde die Erstdokumentation oder Jahresaktualisierung am 02.05.2006 (also im II. Quartal) angefertigt und auch zu diesem Termin abgerechnet. Im Jahr 2007 kann die Jahresaktualisierung also frühestens beim ersten Termin der Patientin im II. Quartal angefertigt und abgerechnet werden (Quartalsbindung). Wenn die Patientin am 01.04.2006 in die Ambulanz kommt, kann also obwohl noch keine 365 Tage seit der letzten Dokumentation vergangen sind, die Jahresaktualisierung an diesem Tag angefertigt und abgerechnet werden.

Was ist bei einer Jahresaktualisierung zu tun?

Wenn die Jahresaktualisierung auf einem Papierbogen angefertigt wird, sind alle Fragen von Teil 1 Stammbblatt und Teil 2 Aufnahme zu bearbeiten.

Die Angaben zu den Fragen ohne Sternchen müssen vom Vorjahresbogen übernommen werden.

Die Angaben zu den mit einem Sternchen * gekennzeichneten Fragen müssen jeweils aktualisiert werden, falls seit der letzten Dokumentation Änderungen eingetreten sind und übernommen werden, falls sich nichts verändert hat.

Elektronisches Eingabesystem

Wenn die Jahresaktualisierung vom dokumentierenden Ambulanzbehandler in einem elektronischen Erfassungssystem erstellt wird, sieht das Verfahren etwas anders aus:

Bei fast allen AmbADO-Programmen kann die Vorjahresdokumentation (Anfangsdokumentation oder Jahresaktualisierung) in die Erfassungsmaske für die Jahresaktualisierung hineinkopiert werden. In diesem Fall müssen lediglich die Angaben zu den im Papierbogen mit einem Sternchen * gekennzeichneten Fragen aktualisiert werden, falls seit der letzten Dokumentation Änderungen eingetreten sind.

Bei manchen AmbADO-Programmen gibt es spezielle Erfassungsmasken für die Jahresaktualisierung, bei denen die nicht zu bearbeitenden Fragen abgeblendet sind.



Das Kopieren eines Vorjahresbogens stellt eine große Arbeitersparnis für den dokumentierenden Ambulanzbehandler dar. Keinesfalls ist dieses Verfahren jedoch so gedacht, dass nach dem Kopieren das Überprüfen und gegebenenfalls erforderliche Aktualisieren der „Sternchen-Fragen“ unterbleiben kann. Die Ankreuzmöglichkeit „Jahresaktualisierung ohne Änderung“ bei der Frage „Dokumentationsart“ ist nur in seltenen Ausnahmefällen angebracht. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich bei über vierzig Angaben zum Patienten im Verlauf eines Jahres keinerlei Änderungen ergeben haben, ist außerordentlich gering.

Überblick Felder, die aktualisiert werden müssen

Im Anhang finden Sie ab Seite 68 eine Tabelle mit allen Fragen von Teil 1 Stammbblatt und Teil 2 Aufnahme. Die Fragen, die bei der Jahresaktualisierung berücksichtigt werden müssen, stehen in der linken Spalte. Sie entsprechen den Fragen, die in den Papierbögen mit Sternchen * gekennzeichnet sind.

8. Was ist beim Ausfüllen zu beachten?

Grundsätzlich sollen alle Felder bearbeitet werden. Manche Angaben (z. B. Name, Adressen, Telefonnummern) werden nicht in die Auswertung einbezogen. Diese Angaben dienen dazu, Ihnen und in Notfällen auch anderen Hausmitarbeitern (z. B. dem Bereitschaftsdienst), einen schnellen Überblick über die wesentlichen Daten des Patienten zu verschaffen.

Es gibt drei verschiedene Antwort-Arten:

- Einfachnennungen (nur eine Antwort ist möglich)
- Mehrfachnennungen (mehrere Antworten sind möglich)
- Freitextfelder (bitte gut lesbar schreiben; am besten in Druckschrift)

Bei den Fragen mit einem **Kreis** vor jeder Antwortmöglichkeit handelt es sich um Fragen, bei denen **nur eine Nennung** bzw. Antwort möglich ist. Bitte kreuzen Sie hier nur eine Antwortmöglichkeit an.



Kontaktart
<input type="radio"/> Erstkontakt <input type="radio"/> Wiederaufnahme <input type="radio"/> unbekannt / unklar

Bei den Fragen mit einem **Kästchen** vor jeder Antwortmöglichkeit handelt es sich um Fragen, bei denen **Mehrfachnennungen** erlaubt bzw. erwünscht sind.



Wirkungskreis*	<input type="checkbox"/> Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Gesundheit
	<input type="checkbox"/> Vermögen	<input type="checkbox"/> sonstige

Allgemeine Hinweise

Bei den Fragen mit beiden Antwortkategorien (○ und □) darf **entweder** nur ein Kreis **oder** ein oder mehrere Kästchen angekreuzt werden.

B

fremde Mitbetreuung bzw. Mitbehandlung*	
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> unbekannt / unklar
<input type="checkbox"/> niedergelassener Psychiater	<input type="checkbox"/> niedergel. ärztl. Psychotherapeut
<input type="checkbox"/> sonstiger niedergel. Arzt	<input type="checkbox"/> niedergel. <u>nicht</u> ärztl. Psychoth.
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/> Suchtberatung / PSB
<input type="checkbox"/> Sozialstation	<input type="checkbox"/> allgemeine soziale Dienste
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> Familienpflege
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen / therap. WG	<input type="checkbox"/> Übergangseinrichtung
<input type="checkbox"/> (psychiatrisches) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Alten(pflege)heim
<input type="checkbox"/> Tages(pflege)stätten	<input type="checkbox"/> ambul. psychiatr. Pflegedienst
<input type="checkbox"/> ambulante somatische Pflege	<input type="checkbox"/> ambul. Arbeits- / Ergotherapie
<input type="checkbox"/> REHA / RPK	<input type="checkbox"/> berufsbegl. Fachdienst/Arb.assist
<input type="checkbox"/> Ämter (z. B. Jugend-, Gesundheitsamt)	
<input type="checkbox"/> sonstige:	

Einfach-nennung

Mehrfach-nennung

Bei einigen Fragen gibt es eine Ankreuzmöglichkeit „sonstiges“. Wenn es für die zutreffende Angabe keine passende Antwortvorgabe zum Ankreuzen gibt, kreuzen Sie bitte „sonstiges“ an. Ein Doppelpunkt hinter „sonstiges“ bedeutet, dass die zutreffende Angabe an dieser Stelle als Freitext in den Bogen geschrieben werden kann. Bitte nutzen Sie die Felder für offene Nennungen, wenn die vorgegebenen Kategorien keine zutreffende Antwort enthalten.

B

Ambulanzart*	
<input type="radio"/> Allgemeinpsychiatrie	<input type="radio"/> Gerontopsychiatrie
<input type="radio"/> Schlafambulanz	<input type="radio"/> Krisenambulanz
<input type="radio"/> Alkohol- und Medikamentenabh.	<input type="radio"/> Illegale Drogen
<input type="radio"/> Geistig Behinderten Ambulanz	<input type="radio"/> Forensik
<input checked="" type="checkbox"/> sonstige (z. B. Doppeldiagnose): <i>Doppeldiagnose</i>	

Bei einigen Fragen werden Jahreszahlen mit dem Hinweis erfragt, dass die Angaben notfalls auch geschätzt werden können. In diesen Fällen sollen auch bei ungenauen Informationen tatsächlich Schätzungen gemacht und möglichst nicht "unbekannt / unklar" angekreuzt werden.

9. Datenschutz

Die Daten für die zentrale Auswertung der bayerischen AmBADO werden vor ihrer Weiterleitung an die AmBADO-Servicestelle anonymisiert. Sie enthalten keinerlei Namen, Adressen oder Telefonnummern. Ein Rückschluss auf bestimmte Patienten oder beteiligte Personen ist also nicht möglich.

10. Mehrere Behandlungsfälle pro Patient

Unterbrechung der Behandlung für mehr als zwei Quartale

Angenommen, der Patient hat zwei Quartale lang keine Leistung in Anspruch genommen und kommt dann wieder zur Behandlung:

Hier handelt es sich formal um eine Beendigung und Wiederaufnahme der Behandlung. In diesem Fall muss rückwirkend ein Beendigungsbogen ausgefüllt werden und bei Wiederaufnahme eine neue AmBADO (Behandlungsbeginn Teil 1 Stamblatt und Teil 2 Aufnahme) begonnen werden.

Beendigung und erneuter Behandlungsbeginn innerhalb von zwei aufeinander folgenden Quartalen

Eine Behandlung, die mit der AmBADO-Vollversion dokumentiert wurde, wurde in Absprache mit dem Patienten beendet. Eine Beendigungsdokumentation wurde ausgefüllt. Unvorhergesehen kommt der Patient, ohne dass zwei leistungsfreie Quartale vergangen sind, erneut in die Ambulanz zur Behandlung.

Der Behandler muss nun ermesen, um welchen der zwei folgenden Fälle es sich handelt.

Entweder handelt es sich um eine fehlgeschlagene Beendigung. Dann wird der Beendigungsbogen gelöscht, der Behandlungsfall fortgesetzt und die Dokumentation der zunächst vermeintlich beendeten Behandlung weitergeführt.

Oder man betrachtet die alte Behandlung als abgeschlossen und beginnt nun eine neue (z. B. mit einem anderen Behandler oder einem neuen Fokus). Dann wird ein neuer Behandlungsfall begonnen und je nach erwarteter Terminanzahl der Behandlung als Kurz- oder Vollversion dokumentiert.

Allgemeine Information

Teil 1 Stammblatt des Bogens Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung wird grundsätzlich immer zusammen mit Teil 2 Aufnahme ausgefüllt.



Bei der Konstruktion einer Eingabemaske empfiehlt es sich, die Fragen aus Stammblatt und Aufnahmebogen in einer gemeinsamen Maske unterzubringen und die Anordnung nach den Bedürfnissen der Behandler (Datenerfasser) auszurichten.

Wann wird der Bogen ausgefüllt?

Beim bzw. nach dem ersten Patientenkontakt einer Ambulanzbehandlung (Erstkontakt oder Wiederaufnahme) wird Teil 1 Stammblatt zusammen mit Teil 2 Aufnahme der Dokumentation bei Behandlungsbeginn ausgefüllt.

Patientendaten

In diesem Abschnitt werden wichtige personenbezogene Daten zum Patienten erfragt.

Gegebenenfalls können Sie anstelle schriftlicher Angaben auch das Patientenetikett aufkleben und die darin nicht enthaltenen Angaben ergänzen.

Angenommen in Ihrer Klinik müssen einige AmBADO Daten nicht von Ihnen erhoben werden sondern können aus einem Klinikinformationssystem übernommen werden. Dann füllen Sie bitte in dem Abschnitt Patientendaten trotzdem mindestens die Zeilen Name, Vorname, Geburtsdatum und Datum Behandlungsbeginn aus damit eine eindeutige Zuordnung des Bogens möglich ist.



Einige der bei dieser Frage erhobenen Daten werden nicht zu statistischen Zwecken erhoben (z. B. die Telefonnummer), sondern dienen ausschließlich als Übersicht über wichtige Patientendaten für die Mitarbeiter der Ambulanz.



Die Patientin Ingeborg Kaufmann, geb. Fauchon, wurde am 15.07.1967 geboren. Sie ist bei der AOK, 81347 München, versichert und lebt in der Lindwurmstraße 193 in München.

Sie ist verheiratet, lebt aber inzwischen getrennt von ihrem Mann. Die Patientin wurde am 04.01.2007 in die Ambulanz aufgenommen. Sie arbeitet als Friseurin bei der Firma Haargenau. Sie ist französische Staatsbürgerin. Der Abschnitt Patientendaten ist dann wie folgt auszufüllen:

Patientendaten	
Kostenträger/ Ort:*	AOK-München, 81347 München
Versicherungsnummer:*	0945904304
Datum Leistungsabrechnung 101/201:*	04.01.2007
Datum Behandlungsbeginn:	04.01.2001
Name* / Vorname:*	Kaufmann Ingeborg
Geburtsname:	Fauchon
Geburtsdatum:	15.07.1967
Geschlecht*	<input type="radio"/> männlich <input checked="" type="radio"/> weiblich
Familienstand*	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input checked="" type="radio"/> getrennt lebend <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> unbekannt / unklar
Straße, Haus-Nr.:*	Lindwurmstraße 193
PLZ, Wohnort:*	80336 München

Telefon:* 089 / 74 69 91 09
Landkreis:*
Staatsangehörigkeit:* <i>französisch</i>
Beruf (zuletzt ausgeübt):* <i>Friseurin</i>
Arbeitgeber Patient:* <i>Haargenau, Tel. 089 / 25 62 56</i>
Adresse (Arbeitgeber):* <i>Tor 17, 81997 München</i>

Kostenträger / Ort*

Hier tragen Sie bitte Name, Postleitzahl und Ort der Krankenversicherung ein.



Bitte geben Sie auch bei Privat-Patienten den Namen der privaten Krankenversicherung an.

Nicht selten ist das Sozialamt der Kostenträger. In diesem Fall erfragen Sie bitte, welches Sozialamt zuständig ist und tragen dieses ein. Wurde im laufenden Quartal bereits ein Krankenschein des Sozialamtes bei einem anderen Arzt abgegeben, dann erfragen Sie bitte, um welchen Arzt es sich handelt und tragen dessen Name und Adresse im Abschnitt „Hausarzt“ auf Teil 1 Stammblatt ein. Von diesem Arzt muss gegebenenfalls ein Überweisungsschein angefordert werden.



Patient Meier ist über das Sozialamt München-Süd, 80331 München krankenversichert. Es soll dann „Sozialamt München-Süd, 80331 München“ eingetragen werden.

Versicherungsnummer*

Die Versicherungsnummer entnehmen Sie bitte der Krankenkassen-Chipkarte. Sie hat sieben Stellen und ist auf der Chipkarte mit „Kasse“ bezeichnet. (Vorsicht: Nicht verwechseln mit Versicherten-Nr.)

Datum Leistungsabrechnung 101 / 201*

Tragen Sie hier bitte das Datum ein, an dem Sie die Leistungsziffer 101 bzw. 201 für die AmBADO-Dokumentation abrechnen. Damit soll vermieden werden, dass bei einer fortlaufenden Behandlung der Abstand der Leistungsabrechnungsdaten zwischen der Dokumentation bei Behandlungsbeginn und der Jahresaktualisierung bzw. zwischen zwei aufeinander folgenden Jahresaktualisierungen kürzer ist als es die Krankenkassen für die Leistungsvergütung vorschreiben.



Bei Behandlungsbeginn wurde die Ziffer 101 am 05.12.2005 abgerechnet. Das Datum liegt also im vierten Quartal 2005. Der erste Termin im vierten Quartal 2006 ist der 03.10.2006. An diesem Tag wird die Jahresaktualisierung ausgefüllt. Das bedeutet, die Jahresaktualisierung wird beim ersten Termin des Patienten ab dem 01.10.2006 vorgenommen und abgerechnet. Also wird bei Datum Leistungsabrechnung 03.10.2006 eingetragen.



Bei der Jahresaktualisierung muss hier auf jeden Fall ein anderes Datum eingetragen werden als bei der letzten Dokumentation:

Tragen Sie hier bitte das Datum ein, an dem Sie die Leistungsziffer 101 bzw. 201 für die Jahresaktualisierung abrechnen. Das Datum sollte im gleichen Quartal liegen wie das Leistungsabrechnungsdatum im Vorjahr oder in einem späteren Quartal.

B Bei Behandlungsbeginn von Frau Seifert am 05.08.2007 (drittes Quartal) wurden Stammblatt und Aufnahmebogen vom Ambulanzbehandler Dr. Fleiss ausgefüllt und die Ziffer 101 abgerechnet. Seitdem kommt Frau Seifert regelmäßig zu Behandlungsterminen in die Institutsambulanz. Beim ersten Termin im dritten Quartal 2008 kann Dr. Fleiss frühestens eine Jahresaktualisierung anfertigen und abrechnen. Er kann die Jahresaktualisierung aber auch zu einem späteren Datum erstellen und abrechnen, an dem die Patientin einen Behandlungstermin in der Ambulanz hat.

Datum Behandlungsbeginn

Hier soll das Datum jenes Tages eingetragen werden, an dem die jetzt dokumentierte Behandlung des Patienten in der Institutsambulanz erstmals (Erstkontakt) oder erneut (Wiederaufnahme) begonnen wurde.

Hier soll nicht das Aufnahmedatum aus der Patientenverwaltung eingetragen werden, welches je nach Verwaltungssystem den ersten Tag des Quartals oder das Datum der ersten Leistung für den betreffenden Patienten im Quartal bezeichnet. (Es sei denn, es ist zufällig mit dem Datum des Behandlungsbeginns identisch).

B Die Patientin K. wurde in den Monaten November und Dezember des Jahres 2005 vollstationär psychiatrisch behandelt. Aufgrund ihres Krankheitsbildes erschien eine längerfristige ambulante Betreuung sinnvoll (Settingwechsel von der stationären Behandlung in die ambulante Behandlung). Am 04. Januar 2006 erschien sie deshalb zum ersten Mal zu wöchentlich stattfindenden Terminen. Als "Datum Behandlungsbeginn" ist also der 04.01.2006 einzutragen.

Name*, Vorname*, Geburtsname, Geburtsdatum, Geschlecht*, Familienstand*

Bitte tragen Sie den Familiennamen, Vornamen und den Geburtsnamen (falls dieser nicht mit dem aktuellen Familiennamen übereinstimmt) ein. Außerdem notieren Sie bitte das Geburtsdatum und kreuzen das Geschlecht und den Familienstand des Patienten an.

Adresse*

Tragen Sie bitte die Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort des Patienten ein.

Telefon*

Bitte tragen Sie hier die Telefonnummer des Patienten ein. Diese wird nicht zu statistischen Zwecken erhoben, sondern dient ausschließlich für Sie als Behandler zur schnellen Übersicht und Kommunikation.

Landkreis*

Wenn das Versorgungsgebiet Ihrer Ambulanz in verschiedene Abschnitte oder Sektoren eingeteilt ist, kann hier eine Angabe gemacht werden, um welchen Teil (oder Sektor, oder Landkreis) des Versorgungsgebietes es sich handelt.

Staatsangehörigkeit*

Bitte tragen Sie hier die Staatsangehörigkeit des Patienten ein, und zwar unabhängig von eventuell abweichender Muttersprache oder abweichendem Herkunftsland.

Hat der Patient zwei Staatsangehörigkeiten, sollen beide eingetragen werden.

Beruf (zuletzt ausgeübter)*

Hier soll der zuletzt ausgeübte Beruf bzw. der Beruf, den der Patient augenblicklich ausübt, eingetragen werden.



Die Patientin Frau Koch ist gelernte Friseurin und übte diesen Beruf aus, bis ihr vor vier Jahren eine Erwerbsunfähigkeitsrente zugesprochen wurde. Auch wenn die Patientin gegenwärtig keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgeht, ist ihr zuletzt ausgeübter Beruf „Friseurin“ einzutragen.

Arbeitgeber Patient*, Adresse (Arbeitgeber)*

Falls der Patient in einem Beschäftigungsverhältnis steht, soll an dieser Stelle der Arbeitgeber mit Adresse und Telefonnummer eingetragen werden.

Hauptversicherter*

Ob ein Patient Hauptversicherter oder mitversichert ist, kann auf der Krankenkassen-Chipkarte abgelesen werden:

Status 1 = Hauptversicherter

Status 3 = mitversichert

Status 5 = Rentner (ob Hauptversicherter oder mitversichert muss erfragt werden)

Ist der Patient Hauptversicherter, kann „wie oben“ angekreuzt werden. Im Falle einer Mitversicherung muss der gesamte Block mit den Daten des Hauptversicherten ausgefüllt werden.



Frau Mahler lebt seit kurzem getrennt von Ihrem Ehemann, ist aber noch zusammen mit ihm krankenversichert. Herr Mahler wurde am 15.02.1956 geboren und ist bei der Firma AB-Bau in München als Kranführer beschäftigt. Er wohnt seit der Trennung von seiner Frau in der Auenstraße 17 in München. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Hauptversicherter*	<input type="radio"/> wie oben
Name:*	Mahler, Marc
Geburtsdatum:*	15.02.1956
Beruf:*	Kranführer
Adresse:*	Auenstr. 17, 80336 München
Arbeitgeber/Adresse:*	AB-Bau, Wall 17, 81997 München

Angehörige*

(mit Angabe der verwandtschaftlichen Beziehung)

Hier sollen ein oder mehrere bedeutsame Angehörige mit Angabe der Beziehung zum Patienten (z. B. Ehepartner, Vater, Mutter, Tochter) oder andere bedeutsame Personen im Leben des Patienten (z. B. Lebensgefährtin, beste Freundin, Nachbar) eingetragen werden. Für eine Eintragung ist nicht das verwandtschaftliche Verhältnis, sondern die subjektiv erlebte Beziehungsqualität des Patienten entscheidend.

Diese Angaben sind insbesondere dann von großem Interesse, wenn bedeutsame Personen aus dem sozialen Umfeld in das Behandlungssetting einbezogen werden können, sollen oder müssen. Bitte auch hier nach Möglichkeit vollständige Angaben machen (Name, Adresse und Telefonnummer).

Dieses Feld sollte nur dann frei bleiben, wenn es tatsächlich keine Angehörigen oder wichtigen Bezugspersonen im Leben des Patienten gibt.



Diese Angaben werden nicht statistisch ausgewertet, sondern dienen vielmehr dem Behandler zur besseren bzw. umfassenderen Übersicht über wichtige Aspekte der sozialen Lebensfelder des Patienten.



Frau Muhr ist geschieden, hat aber seit einigen Jahren einen neuen Lebensgefährten, Herrn Frank Muster aus München. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Angehörige (mit Angabe der verwandtschaftlichen Beziehung)
Name:* <i>Frank Muster (Lebensgefährte)</i>
Telefon:* <i>089 / 74 68 91 09</i>
Adresse:* <i>Bavariastraße 11, 80336 München</i>

gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter*

Falls der Patient einen gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten hat, sollen hier dessen Name und Adresse, das Aktenzeichen und die Telefonnummer des Betreuers eingetragen werden. Hierbei sollen auch der jeweilige Wirkungskreis bzw. die jeweiligen Wirkungskreise der Betreuung angekreuzt werden.



Frau Müller hat einen vom Vormundschaftsgericht München bestellten Betreuer, Herrn Schulze aus München, für die Bereiche Gesundheit und Vermögen. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter		
Name* / Telefon:* <i>Herr Schulze, Tel. 089/26854862</i>		
Adresse:* <i>Kirchweg 12, 81247 München</i>		
Aktenzeichen (Amtsgericht):* <i>1548/VI/2001</i>		
Wirkungskreis*	<input type="checkbox"/> Aufenthalt	<input checked="" type="checkbox"/> Gesundheit
	<input checked="" type="checkbox"/> Vermögen	<input type="checkbox"/> sonstige

Bezugsperson(en) Ambulanz*

In vielen Ambulanzen gibt es ein Bezugspersonensystem. Insbesondere Langzeitpatienten bekommen ein oder zwei Behandler zugeordnet, die ihre regelmäßigen Ansprechpartner in der Ambulanz sind. Manchmal gibt es auch ein Betreuungsteam, das aus einem ärztlichen und einem nichtärztlichen Mitarbeiter der Ambulanz besteht.

Hat ein Patient eine oder mehrere Bezugspersonen in der Ambulanz, so sollen diese hier mit Berufsbezeichnung eingetragen werden, andernfalls bleibt dieses Feld frei.



Herr Köhler wird hauptsächlich von Fachkrankenschwester M. Müller und zusätzlich (medizinisch) von dem Arzt Dr. C. Meier betreut. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Bezugsperson(en) Ambulanz
Name(n):* <i>M. Müller (Fachpfleger), Dr. C. Meier (Arzt)</i>

zuweisender Arzt

Bitte hier Name, Telefonnummer und Adresse des zuweisenden Arztes bzw. der zuweisenden Klinik eintragen; dies kann für Rückfragen von besonderer Bedeutung sein.

Gibt es keinen zuweisenden Arzt oder keine zuweisende Klinik, dann kann dieses Feld frei bleiben.



Frau Köhler wird nach einem stationären Aufenthalt im Klinikum Weißenberg vom Stationsarzt Dr. Meier zur weiteren Betreuung in die Ambulanz geschickt. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

zuweisender Arzt
Name: <i>Dr. Meier</i>
Telefon: <i>089 / 4562 - 3605</i>
Adresse: <i>Klinikum Weißenberg, Seestr. 20, 12345 Weißenberg</i>

Hausarzt*

Hier sind Name, Telefonnummer und Adresse des Hausarztes einzutragen, der zu einer eventuellen Mitbehandlung hinzugezogen werden kann. Ein mitbehandelnder Psychiater/Nervenarzt wird bei „sonstige Ärzte/Psychotherapeuten“ eingetragen.

Gibt es keinen Hausarzt, dann kann dieses Feld frei bleiben.



Der Patient wendet sich bei allen körperlichen Beschwerden und zur Kontrolle seines Hypertonus an Dr. Westermeier, seinen Hausarzt.

Da Dr. Westermeier den Patienten seit Jahren kennt und ohnehin wöchentlich sieht, ist er der ideale Mitbehandler, um das Depot-Neuroleptikum zu spritzen und auf die regelmäßige Verabreichung zu achten. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Hausarzt
Name:* <i>Dr. Westermeier</i>
Telefon:* <i>089 / 52 57 93</i>
Adresse:* <i>Marienhof 14, 80469 München</i>

sonstige Ärzte / Psychotherapeuten*

Sind aktuell noch andere Ärzte, insbesondere auch **Nervenärzte** oder ärztliche bzw. psychologische **Psychotherapeuten** außerhalb des Hauses an der Behandlung des Patienten beteiligt, so sind diese hier einzutragen. Dies kann für eventuelle Rückfragen oder Mitbehandlungsaufträge von besonderer Bedeutung sein und dem Behandler eine Kontaktaufnahme deutlich erleichtern.

Gibt es keine aktuellen sonstigen Ärzte bzw. Psychotherapeuten, dann kann dieses Feld frei bleiben.



Patient Köhler ist in nervenärztlicher Behandlung bei Dr. Ehrlicher, Wasserburg. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

sonstige Ärzte / Psychotherapeuten	
Name:*	Dr. Ehrlicher (Psychiater)
Telefon:*	08071 / 4321
Adresse:*	Domweg 12, 83512 Wasserburg

Casemanager*

Casemanager sind speziell ausgebildete Fachkräfte, die den Hilfebedarf und die zur Befriedigung dieses Bedarfs notwendigen Dienste von chronisch psychisch Kranken identifizieren und dann langfristig für diese Patienten die einzelnen Hilfeleistungen zu einem Gesamtprogramm koordinieren.

Falls der Patient einen ausgewiesenen (als solchen benannten) Casemanager hat, sollen hier Name, Telefonnummer und Anschrift eingetragen werden, ansonsten kann dieses Feld frei bleiben.



Frau Überblick ist die Casemanagerin von Herrn Köhler. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Casemanager	
Name:*	Frau Überblick (SPDi-Laim)
Telefon:*	089 / 26 27 28 29
Adresse:*	Westendstraße 245, 80686 München

sonstige Kontaktperson(en)* (z. B. Bewährungshelfer)

Gibt es neben den bereits erfragten Personen noch andere, die in einem engeren Bezug zu dem Patienten stehen oder anderweitig bedeutsam sind, zum Beispiel Bewährungshelfer, bestellte Vertrauenspersonen etc., welche gegebenenfalls das Behandlungsgeschehen mit beeinflussen können, so sollen hier Name, Telefonnummer und Adresse eingetragen werden. Zusätzlich soll jeweils die Beziehung, in der sie zum Patienten steht, vermerkt werden.



Die Nachbarin von Herrn Kullmann, Frau Horch, hat kaum direkten Kontakt zum Patienten, jedoch ist sie diejenige, die immer zu Hause ist und auffällige Geräusche in der Wohnung des Patienten sofort bemerkt. In solchen Fällen hat sie schon mehrfach hier in der Ambulanz angerufen, um mitzuteilen, dass es dem Patienten möglicherweise wieder schlechter geht und mal nach ihm gesehen werden sollte. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

sonstige Kontaktperson(en) (z. B. Bewährungshelfer)	
Name:*	Frau Horch (Nachbarin)
Telefon:*	08191 / 9876
Adresse:*	Lechstraße 40, 86899 Landsberg (Lech)

sonstige Bemerkungen*

In diesem Feld können ambulanzspezifische Bemerkungen gemacht werden, die im Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten wichtig erscheinen. Insbesondere für Spezialambulanzen, wie forensische Abteilungen, können Eintragungen an dieser Stelle wichtig sein, damit der Behandler selbst und andere Ambulanzmitarbeiter zum Beispiel das Ende einer Behandlungsaufgabe oder Ähnliches immer im Blick zu haben.



Die Behandlungsaufgabe des Herrn Müller endet am 31. Oktober 2007. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

sonstige Bemerkungen:* <i>Behandlungsaufgabe bis 31.10.2007</i>

Kontaktart

Hier ist anzukreuzen, ob es sich bei der dokumentierten Behandlung um die erste Behandlung in dieser Ambulanz (Erstkontakt) oder um eine Wiederaufnahme handelt.

Von einer Wiederaufnahme wird dann gesprochen, wenn der Patient schon einmal zur Behandlung in der Ambulanz gewesen ist, aber mindestens zwei Quartale lang keine Leistung in Anspruch genommen hat. Entweder wurde die Behandlung in Absprache mit dem Patienten beendet oder der Patient hat mindestens 2 Quartale lang keine Leistungen in der Ambulanz in Anspruch genommen.

Erscheint der Patient dann wieder, so ist ein neuer AmBADO-Bogen auszufüllen und hier „Wiederaufnahme der Behandlung“ anzukreuzen.

Weitere Erläuterungen hierzu finden Sie auch unter "Allgemeine Hinweise":

Seite 9, "Zeitpunkt der Dokumentation
(Wann sollen die Bögen ausgefüllt werden?)

Seite 12, "Mehrere Behandlungsfälle pro Patient"



Dieses Feld ist bei einer Jahresaktualisierung nicht zu berücksichtigen!



Herr Franz war ein Jahr lang in ambulanter Behandlung und kam zuletzt im Dezember 2006 in die Ambulanz. Im August 2007 konsultiert er erneut die Ambulanz. Es handelt sich also um eine Wiederaufnahme. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Kontaktart <input type="radio"/> Erstkontakt <input checked="" type="radio"/> Wiederaufnahme <input type="radio"/> unbekannt / unklar

Dokumentationsart*

Hier ist anzukreuzen, ob es sich beim Ausfüllen des Bogens um die erste Dokumentation der Ambulanzbehandlung (bei Behandlungsbeginn) handelt oder um eine Jahresaktualisierung.

Wenn seit Behandlungsbeginn oder seit der letzten Jahresaktualisierung etwa ein Jahr vergangen ist und die Behandlung immer noch andauert, so muss eine Jahresaktualisierung durchgeführt werden.

Bei der Jahresaktualisierung werden alle mit Sternchen * gekennzeichneten Felder in Teil 1 Stammblatt und Teil 2 Aufnahme bearbeitet (überprüft, ausgefüllt, überschrieben, aktualisiert).

In sehr seltenen Fällen hat sich bei einem Patienten gegenüber dem Vorjahr kein einziges Feld geändert. Nur in diesen Fällen ist die Ankreuzmöglichkeit „Jahresaktualisierung ohne Änderung (nur in Ausnahmefällen)“ auszuwählen.



Herr Stetig ist seit zwei Jahren wegen seiner Depression und Alkoholmissbrauchs in der Institutsambulanz in Behandlung. Die letzte Jahresaktualisierung wurde am 11.05.2006 (zweites Quartal) gemacht. Am 03.04.2007 kommt er zum ersten Mal im zweiten Quartal des laufenden Jahres in die Ambulanz. Der behandelnde Arzt macht eine Jahresaktualisierung.

Seit der letzten Jahresaktualisierung hat sich die Suchterkrankung von Herrn Stetig erheblich gebessert. Seine erwachsene Tochter ist ausgezogen. Er hat nach längerer Arbeitslosigkeit wieder eine Arbeit in seinem erlernten Beruf als Koch gefunden. Herr Stetig hat die Krankenkasse gewechselt. Seine GAF- und CGI-Werte haben sich gegenüber dem Vorjahr verbessert. Die zweite Bezugsperson in der Ambulanz hat sich geändert. Der Patient geht nicht mehr in die Suchtberatungsstelle.

Nachdem die Angaben zu Kostenträger, Beruf, Arbeitgeber, Adresse Arbeitgeber, Bezugsperson(en) Ambulanz, Diagnose, GAF-Wert, CGI usw. aktualisiert werden müssen, ist bei der Frage Dokumentationsart "Jahresaktualisierung mit Änderungen" anzukreuzen.

Dokumentationsart*
<input type="radio"/> Erstdokumentation dieser Ambulanzbehandlung
<input type="radio"/> Jahresaktualisierung <u>ohne</u> Änderungen (nur in Ausnahmefällen)
<input checked="" type="radio"/> Jahresaktualisierung <u>mit</u> Änderungen



Unabhängig davon ob die letzte Dokumentation eine Dokumentation bei Behandlungsbeginn oder eine Jahresaktualisierung war. Hier ist nun „Jahresaktualisierung“ anzukreuzen.

Ambulanzart*

Hier ist anzukreuzen, ob es sich bei der Ambulanz, in der die dokumentierte Behandlung stattfindet, um eine allgemeinspsychiatrische Ambulanz, um eine der aufgeführten Spezialambulanzen oder um eine sonstige Spezialambulanz handelt.



Sonderfall

Wird ein Patient von mehreren Ambulanzeinheiten im Haus betreut, so soll hier diejenige Ambulanzeinheit eingetragen werden, die den Patienten intensiver betreut. In der Regel übernimmt diese Ambulanzeinheit auch die Dokumentation und rechnet die Leistungsziffer für die AmBADO ab. Die Behandler der Ambulanzeinheiten müssen sich einigen, wer die tragende Rolle einnimmt.



Herr Köhler wird aufgrund seiner chronischen paranoiden Schizophrenie in der allgemeinspsychiatrischen Ambulanz behandelt. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Ambulanzart*	
<input checked="" type="radio"/> Allgemeinspsychiatrie	<input type="radio"/> Gerontopsychiatrie
<input type="radio"/> Schlafambulanz	<input type="radio"/> Krisenambulanz
<input type="radio"/> Alkohol- und Medikamentenabh.	<input type="radio"/> Illegale Drogen
<input type="radio"/> Geistig Behinderten Ambulanz	<input type="radio"/> Forensik
<input type="radio"/> sonstige (z. B. Doppeldiagnose):	

Ambulanzdifferenzierung* (Abteilung im Haus)

Wenn es nur eine Ambulanzeinheit in der Klinik gibt, kann dieses Feld frei bleiben.

Wenn es mehrere Ambulanzeinheiten in einem Krankenhaus gibt (z. B. Suchtambulanz, Gerontoambulanz 1, Gerontoambulanz 2 oder unterschiedliche Standorte), so ist es sinnvoll, bei der Auswertung der AmBADO-Daten die unterschiedlichen Ambulanzeinheiten voneinander unterscheiden zu können.

Die Bezeichnung der zutreffenden Ambulanzeinheit muss hier eingetragen werden.



In der Klinik muss festgelegt sein, welche unterschiedlichen Ambulanzeinheiten es gibt und wie diese bezeichnet werden sollen.

Alle Dokumentierenden müssen beim Ausfüllen dieses Feldes diese festgelegten Bezeichnungen einheitlich verwenden, um eine differenzierte Auswertung zu ermöglichen.



Die Institutsambulanz im Klinikum Schönfeld hat insgesamt nur eine Institutskennziffer.

Organisatorisch ist die Ambulanz jedoch in eine Allgemeinpsychiatrische, eine Krisenambulanz und zwei Suchtambulanzen an unterschiedlichen Standorten (Klinik und Stadtmitte) gegliedert.

In der Klinik wurde festgelegt, dass die Ambulanzeinheiten wie folgt bezeichnet werden sollen:

AA = Allgemeinpsychiatrische Ambulanz

KA = Krisenambulanz

SAK = Suchtambulanz Klinik

SAM = Suchtambulanz Stadtmitte

Die Patientin Frau Sommer wird in der Suchtambulanz in der Stadtmitte ambulant behandelt.

Ambulanzdifferenzierung:* (Abteilung im Haus)

SAM

Diagnosen (ICD-10) bei Aufnahme

Für die Auswertung dieser Frage ist es sehr wichtig, dass bei mehrfach erkrankten Patienten möglichst alle zutreffenden psychiatrischen und somatischen Diagnosen angegeben werden.



Mit den Auswertungsergebnissen bei dieser Frage kann dargestellt werden, wie krank die Patienten sind, die in Ihrer Institutsambulanz behandelt werden (z. B. Patienten mit einer Doppeldiagnose: psychotische Erkrankung und Suchterkrankung).

I. psychiatrische Diagnose(n)*

Die aktuelle psychiatrische Hauptdiagnose soll hier verschlüsselt nach ICD-10 in das mit „1.“ gekennzeichnete Raster (bestehend aus einem vorgegebenen Buchstaben F, zwei freien Stellen, einem Trennpunkt und zwei weiteren freien Stellen) eingetragen werden.

Weitere psychische Erkrankungen, die möglicherweise neben der Hauptdiagnose bestehen, sollen in der Reihenfolge der Wichtigkeit als zweite bzw. dritte Diagnose (in die mit „2.“ und „3.“ gekennzeichneten Felder) eingetragen werden.



Die Angabe wenigstens der Hauptdiagnose ist für eine sinnvolle Auswertung der Daten unbedingt erforderlich.



Herr Kreier wurde in den vergangenen drei Monaten (zum ersten Mal in seinem Leben) wegen einer wahnhaften Störung (F22.0) stationär-psychiatrisch behandelt und nun in die Ambulanz zur längerfristigen Betreuung und Behandlung überwiesen. Über diese im Vordergrund der Behandlung stehende Erkrankung hinaus besteht bei ihm auch noch eine Erektionsstörung (F52.2). Die erste Zeile des Feldes ist dann wie folgt auszufüllen:

Diagnosen (ICD-10)

I. psychiatrische Diagnose(n)*

1. F 2 2 . 0 2. F 5 2 . 2 3. F

II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)*

Gibt es bei einem Patienten Differenzialdiagnosen, so sollen diese in der zweiten Diagnosezeile mit der Überschrift "II. psychiatrische Differenzialdiagnosen" eingetragen werden.

Differenzialdiagnosen sind alternativ in Betracht kommende Diagnosen, an die bis zur endgültigen Festlegung bzw. Verwerfung einer Diagnose gedacht werden sollte.

Handelt es sich bei den Angaben zu "I. psychiatrische Diagnose(n)" um gesicherte Diagnosen, bleibt diese Zeile („II. psychiatrische Differenzialdiagnosen“) leer.



Bei der Hauptdiagnose von Herrn Kreier „wahnhafte Störung“ könnte es sich differenzialdiagnostisch auch um eine „paranoide Schizophrenie“ (F20.0) handeln.

Aus diesem Grund muss auch hier in das mit „1.“ gekennzeichnete Kästchen die Differenzialdiagnose "paranoide Schizophrenie" (F20.0) eingetragen werden.

Ebenso könnte es sich bei der Nebendiagnose „Erektionsstörung“ (F52.2) bei einer genaueren Exploration der Sexualität, die vermutlich erst nach Aufbau eines Vertrauensverhältnisses in einigen Wochen möglich sein wird, auch um eine zugrunde liegende generalisierte sexuelle Aversion (F52.10) handeln.

Die zweite Zeile des Feldes ist dann wie folgt auszufüllen:

II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)*		
1.	2.	3.
F 20.0	F 52.10	F

III. sonstige neurologische / somatische Diagnose(n)*

Sonstige neurologische bzw. somatische Diagnosen sollen hier, verschlüsselt nach ICD-10, in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit in die Kästchen „1.“, „2.“ oder „3.“ eingetragen werden.

Liegen keine sonstigen neurologischen bzw. somatischen Diagnosen vor, so kann dieses Feld leer bleiben.



Herr Kreider leidet über seine psychiatrische Erkrankung hinaus noch an einem Tinnitus (H 93.1). Die dritte Zeile des Feldes ist dann wie folgt auszufüllen:

III. sonstige neurologische / somatische Diagnose(n)*		
1.	2.	3.
H 93.1

IV. Zusatzkodierung(en)*

Die ICD-10 benennt im Abschnitt „Anhang“ eine Liste von Krankheiten und Bedingungen, die häufig mit den psychiatrischen Diagnosen in Zusammenhang stehen, diese ergänzen oder weitere wichtige Hinweise geben. Die erste Stelle einer Zusatzkodierung kann der Buchstabe „Z“ oder ein anderer Buchstabe sein. Insbesondere können für psychiatrische Zwecke folgende Zusatzkodierungen wichtig sein:

X60 - X84: Beschreibung vorsätzlicher Selbstbeschädigungen

X85 - Y09: Beschreibung tätlicher Angriffe

Y40 - Y59: Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Stoffe, die bei therapeutischer Verwendung schädliche Wirkungen verursachen

Z00 - Z99: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen

Gibt es keine relevanten Zusatzkodierungen, kann dieses Feld auch frei bleiben.



Der Borderline-Patient Herr Fuhrmann fügt sich selbst seit einiger Zeit Selbstbeschädigungen zu, indem er sich am Arm mit kochendem Wasser verbrüht (X77: „vorsätzliche Selbstbeschädigung mit Wasserdampf, heiße Dämpfe und heiße Gegenstände“). Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

IV. Zusatzkodierung(en)*	
1. X 7 7	2.



Herr Schneider leidet unter einer Depression und hat zusätzlich Probleme am Arbeitsplatz (Z65. „Probleme mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände“ zum Beispiel Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit). Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

IV. Zusatzkodierung(en)*	
1. Z 6 5	2.

gesetzliche Betreuung (BGB)*

In diesem Feld ist anzugeben, ob der Patient eine gesetzliche Betreuung im Sinne des BGB hat oder die Einrichtung bzw. Aufhebung einer Betreuung beantragt ist.

Dieses Feld muss immer ausgefüllt werden.



Frau Muhr hat einen vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuer für die Bereiche Zuführung zur medizinischen Behandlung und Vermögensangelegenheiten. Die Betreuung wurde zunächst auf zwei Jahre festgelegt. Auf Grund der deutlichen Stabilisierung der Patientin wurde vor kurzem eine Aufhebung beantragt. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

gesetzliche Betreuung (BGB)*	
<input type="radio"/> Betreuung bzw. Bevollmächtigung beantragt	
<input type="radio"/> Betreuung bzw. Bevollmächtigung besteht	
<input checked="" type="radio"/> Aufhebung beantragt	
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

fremde Mitbetreuung bzw. Mitbehandlung*

Bitte geben Sie hier alle Ihnen bekannten Einrichtungen bzw. Personen an, die den Patienten im Rahmen seiner psychiatrischen Erkrankung neben der dokumentierenden Ambulanz betreuen bzw. behandeln.

Gibt es keine passende Ankreuzmöglichkeit für eine betreuende oder mitbehandelnde Einrichtung bzw. Person, so soll das Kästchen „sonstige“ angekreuzt und die betreffende Einrichtung bzw. Person als Freitext angegeben werden.

Nimmt der Patient im Zusammenhang mit seiner psychiatrischen Erkrankung neben der dokumentierenden Ambulanz keine weiteren Behandlungs- oder Betreuungsangebote in Anspruch, so ist als Antwort „keine“ anzukreuzen.

Wenn man keine Kenntnis darüber hat, ob der Patient neben der eigenen Ambulanz noch andere ambulante Behandlungs- oder Betreuungsangebote in Anspruch nimmt, ist als Antwort „unbekannt/unklar“ anzukreuzen.

Bei dieser Frage werden folgende Abkürzungen verwendet:

RPK = Rehabilitation Psychisch Kranker
PSB = Psychosoziale Beratungsstelle



Frau Stamm wohnt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft, besucht halbtags die Arbeitstherapie und zweimal pro Woche eine Tagesstätte. Außerdem hat sie, für sie sehr bedeutsamen, wöchentlichen Kontakt zu einem Priester. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

fremde Mitbetreuung bzw. Mitbehandlung*	
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> unbekannt / unklar
<input type="checkbox"/> niedergelassener Psychiater	<input type="checkbox"/> niedergel. ärztl. Psychotherapeut
<input type="checkbox"/> sonstiger niedergel. Arzt	<input type="checkbox"/> niedergel. nichtärztl. Psychoth.
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/> Suchtberatung / PSB
<input type="checkbox"/> Sozialstation	<input type="checkbox"/> allgemeine soziale Dienste
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> Familienpflege
<input checked="" type="checkbox"/> Betreutes Wohnen / therap. WG	<input type="checkbox"/> Übergangseinrichtung
<input type="checkbox"/> (psychiatrisches) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Alten(pflege)heim
<input checked="" type="checkbox"/> Tages(pflege)stätten	<input type="checkbox"/> ambul. psychiatr. Pflegedienst
<input type="checkbox"/> ambulante somatische Pflege	<input checked="" type="checkbox"/> ambul. Arbeits- / Ergotherapie
<input type="checkbox"/> REHA / RPK	<input type="checkbox"/> berufsbegl. Fachdienst/Arb.assist
<input type="checkbox"/> Ämter (z. B. Jugend-, Gesundheitsamt)	
<input checked="" type="checkbox"/> sonstige: <i>Priester</i>	

Krisenpass bzw. Behandlungsvereinbarung*

Liegt ein Krisenpass oder eine Behandlungsvereinbarung vor, so ist dies hier zu vermerken.

Ein **Krisenpass** ist ein von Arzt und Patient gemeinsam erarbeitetes Dokument mit zentralen Informationen für den Krisenfall, zum Beispiel aktuelle Medikation, hilfreiche Medikamente im Krisenfall, zu benachrichtigende Personen.

Eine **Behandlungsvereinbarung** ist eine ausführlichere gemeinsame Vereinbarung zwischen Arzt oder Klinik, Patient und eventuell Angehörigen, in der auch hilfreiche therapeutische Maßnahmen, Umgang mit Zwangsmaßnahmen, Regelung persönlicher Angelegenheiten etc. oder auch Therapieverträge und Therapieregeln, etwa bei Suchtbehandlungen, festgelegt wurden.



Frau Muhr hat bereits mehrfach akute Krisen erlebt, in denen sie Stimmen hörte und sich das Leben nehmen wollte. Mit ihrem früheren Arzt hat sie herausgefunden und in einem so genannten Krisenpass schriftlich festgehalten, welche Medikamente ihr in diesen Fällen in welcher Dosierung am besten helfen. Eine Kopie sollte zur schnellen Orientierung im Krisenfall im Krankenblatt abgelegt werden. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Krisenpass bzw. Behandlungsvereinbarung*		
<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Behindertenausweis*

Liegt ein Behindertenausweis vor, so ist dies hier zu vermerken.



Es kommt öfter vor, dass ein Behandler in der Institutsambulanz gar nicht weiß, dass sein Patient einen Behindertenausweis besitzt, weil der Patient von sich aus nichts darüber berichtet. Es ist daher ratsam den Patienten explizit nach dem Vorhandensein eines Behindertenausweises zu fragen.



Frau Muhr ist auf Grund ihrer chronisch-schizophrenen Erkrankung zu 50 Prozent schwerbehindert und führt einen Ausweis mit sich. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Behindertenausweis*			
<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> beantragt	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

spezielle Risiken*

Hier sollen alle (somatischen) Risikofaktoren angegeben werden, die bei einer psychiatrischen Behandlung des Patienten von Bedeutung sein könnten.

Bitte beachten Sie, dass bei dieser Frage wirklich in jeder einzelnen Zeile ein Kreis angekreuzt sein muss. Es genügt nicht, lediglich alle bekannten Risiken mit „ja“ zu beantworten und die übrigen Zeilen auszulassen. Auch wenn nur eine einzige Zeile nicht korrekt ausgefüllt ist, kann die ganze Frage für die Auswertung nicht mehr verwendet werden.



Für die Behandlung kann die Kenntnis eines Risikos insbesondere bei neuen Behandlern (z. B. Bereitschaftsdienst, Notfall, Urlaubsvertretung) eine bedeutsame Rolle spielen. Deshalb sollten auch die Klartextfelder so ausführlich wie möglich ausgefüllt werden.

Die Angaben dienen auch dazu, den Patienten bei einem Wechsel des Behandlers optimal versorgen zu können bzw. in kurzfristig auftretenden Not- oder Überbrückungssituationen – beispielsweise im Bereitschaftsdienst – rasch einen Überblick zu erhalten.

Da das Vorhandensein einer Angabe in diesem Feld lebensrettend sein kann, sollte in jedem Fall auch bei Unklarheit ein Verdacht geäußert werden (siehe Beispiel).

Die Antwortkategorie "unbekannt / unklar" sollte nur dann angekreuzt werden, wenn absolut keine Informationen über spezielle Risiken vom Patienten zu erfahren sind.

Definitionen

Anfallsleiden sind etwa epileptische Erkrankungen, Asthma oder eine erhöhte Krampfbereitschaft.

Allergien bezeichnen Unverträglichkeitsreaktionen vom Sofort-Typ, meist auf Stoffgruppen bezogen (z. B. Penicillin, Pflaster, Pollen). Sie sind potentiell lebensbedrohlich oder sehr unangenehm.

Chronische Infektionskrankheiten sind HIV- oder Hepatitis B- oder C-Infektionen etc.

Unter **Stoffwechselstörungen** fallen beispielsweise Störungen der Schilddrüsenfunktion oder Diabetes mellitus.

Ein **kardio-pulmonales Risiko** stellt zum Beispiel die koronare Herzkrankheit (KHK) dar.

Medikamentenunverträglichkeiten beruhen zum Teil auf Allergien, bezeichnen aber manchmal auch ein heftiges Auftreten besonders unerwünschter Nebenwirkungen.

Sonstige gravierende Risiken, die bei einer psychiatrischen Behandlung von Bedeutung sein könnten, sind zum Beispiel Sucht (Drogen, Alkohol), Glaukom, Prostatahypertrophie (mit drohendem Harnverhalt), Schwangerschaft, Leber- oder Nierenschädigungen oder körperliche Beeinträchtigungen, die eine erhöhte Sturzgefahr nach sich ziehen.



Herr Meier hat eine Penicillinallergie, reagiert mit erheblichen EPMS auf das klassische Neuroleptikum Haldol, ebenfalls ist eine koronare Herzkrankheit bekannt. Er ist Diabetiker und HIV-positiv. Ein Substanzmissbrauch wird vermutet, ist aber zum Zeitpunkt der Aufnahme noch unklar. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

spezielle Risiken*				
<input type="radio"/> keine				<input type="radio"/> unbekannt / unklar
(Ab hier bitte in jeder Zeile 1 Antwort ankreuzen!)				
	ja	nein	unklar	Klartext
Anfallsleiden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergien	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>Penicillin</i>
chron. Infektionskrankheiten	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>HIV-positiv</i>
Stoffwechselstörungen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>Diabetes Mellitus</i>
kardio-pulmonale Risiken	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>KHK</i>
Medikamentenunverträglichk.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>Haldol</i>
sonstige gravierende Risiken: (z. B. Schwangerschaft, Substanzmissbrauch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<i>Verdacht auf Alkohol- missbrauch</i>

Datum*, Unterschrift*

Hier soll das Datum eingetragen werden, an dem der Behandler die Dokumentation durchführt.

Außerdem soll der Ausfüller (in der Regel die Bezugsperson in der Ambulanz) den Bogen unterschreiben.

Wenn Teil 1 Stamblatt und Teil 1 Aufnahme auf einem Blatt angeordnet sind (Vorder- und Rückseite oder DIN A3 nebeneinander), können Datum und Unterschrift auf Teil 1 Stamblatt entfallen.



Datum:*	Unterschrift:*
---------	----------------

Allgemeine Information

Teil 1 Aufnahme des Bogens "Behandlungsbeginn / Jahresaktualisierung" wird grundsätzlich immer zusammen mit dem Teil 1 Stamblatt ausgefüllt.

Wann wird der Bogen ausgefüllt?

Beim bzw. nach dem ersten Patientenkontakt einer Ambulanzbehandlung (Erstkontakt oder Wiederaufnahme) wird Teil 1 Aufnahme zusammen mit Teil 1 Stamblatt ausgefüllt.

Patientendaten

Name, Vorname, Geburtsdatum und das Datum des Behandlungsbeginns müssen nur vom Teil 1 Stamblatt übernommen werden, wenn es sich in der Papierversion bei Teil 1 Stamblatt und Teil 1 Aufnahme um zwei getrennte Blätter handelt.

Behandlungssetting*

Bereits durch die Auswahl dieses AmBADO-Bogens haben Sie eine erste Entscheidung über das Setting getroffen, in dem der Patient behandelt werden soll. Es wird sich um eine längerfristige Behandlung (mehr als drei Termine) und nicht um eine Kurzbehandlung handeln (sonst Kurzversion gewählt).

Ausnahme

In Ihrer Ambulanz wird für alle Behandlungsfälle die Vollversion verwendet.



Sollte eine Ambulanzbehandlung, für die eine Vollversion begonnen wurde, unvorhergesehen nach bis zu drei Terminen beendet sein, so soll die Vollversion mit einem Beendigungsbogen abgeschlossen werden. Sie soll nicht stattdessen in eine Kurzversion umgewandelt werden, weil sonst Daten verloren gehen.

Bei dieser Frage soll erfasst werden, um welches längerfristige Setting es sich handelt. Bitte wählen Sie aus den folgenden Definitionen das zutreffende Setting aus oder benennen Sie es als Freitext unter der Kategorie "sonstiges:"

Definitionen

Normalfall / Langzeitbehandlung

Hierbei handelt es sich in der Regel um eine Betreuung von chronisch erkrankten Patienten mit multiprofessionellem Unterstützungsbedarf. Die voraussichtliche bzw. geplante Behandlungsdauer beträgt mindestens ein halbes Jahr.

zeitlich befristet

Eine zeitlich befristete Betreuung oder Behandlung verläuft kürzer als eine Normalfallbehandlung: Die Behandlungsdauer umfasst in der Regel mindestens 4 Termine und erstreckt sich bis maximal auf ein halbes Jahr. Unter dem Aspekt der Behandlungsdauer bzw. Terminhäufigkeit liegt die zeitlich befristete Behandlung demnach zwischen den verschiedenen Arten von Kurzbehandlungen (bis zu drei Terminen) einerseits und der mindestens ein halbes Jahr dauernden Normalfall- bzw. Langzeitbehandlung andererseits.



Dieses Behandlungssetting kann bei einer Jahresaktualisierung nicht zutreffend sein (Behandlungsdauer zu lang).

Vertretung / Überbrückung anderer Behandler*

Vertretungs- oder Überbrückungssituationen entstehen dann, wenn der Patient grundsätzlich in ein anderes definiertes Behandlungs- bzw. Betreuungsangebot außerhalb der eigenen Ambulanz eingebunden ist oder sein wird, welches ihm nur momentan (noch)

nicht zur Verfügung steht. In diesem Fall besteht die Behandlung in der Regel aus inhaltlich festgelegten, begrenzten Leistungen, die möglicherweise mit dem eigentlichen Behandler abgesprochen sind.

Zeitlich wird die Überbrückung nur in Ausnahmefällen eine Dauer von zwei bis vier Wochen überschreiten (hiermit ist die Abgrenzung von der „zeitlich befristeten“ Nachsorge möglich). Zum Beispiel ist eine therapeutische Einbindung andernorts definitiv vorgesehen und geplant und es werden dem Patienten noch fünf Termine als Überbrückung vom Haus angeboten; oder der Nervenarzt des Patienten ist im Urlaub und der Patient holt sich seine Spritze oder ein Rezept in der Ambulanz ab.

Auch hier gilt: Je nach tatsächlicher Kontakthäufigkeit ist bei bis zu drei Kontakten die AmBADO-Kurzversion und bei mehr als drei Kontakten die Vollversion auszufüllen.



Dieses Behandlungssetting kann bei einer Jahresaktualisierung nicht zutreffend sein (Behandlungsdauer zu lang).

Behandlungsaufgabe (z. B. §§ 35, 67)

Unter Behandlungsaufgabe ist eine auf einer richterlichen Anordnung basierende, definierte Behandlungsmaßnahme zu verstehen, die üblicherweise zeitlich begrenzt ist. Soll bei einem Patienten eine solche Behandlungsaufgabe durch die Betreuung in der Ambulanz des Hauses gewährleistet werden, so ist bei der Frage des Behandlungssettings hier „Behandlungsaufgabe“ anzukreuzen. Dies gilt auch dann, wenn der Patient sich im Prinzip freiwillig in diese Betreuung (im Sinne einer längerfristigen Betreuung) begibt. Auch hier gilt: Je nach tatsächlicher Kontakthäufigkeit ist bei bis zu drei Kontakten die AmBADO-Kurzversion und bei mehr als drei Kontakten die AmBADO-Vollversion auszufüllen.

Auftragsleistung

Eine Auftragsleistung ist hier eine von professioneller Seite angeforderte, umschriebene Leistung. Sie ist entweder eine diagnostische oder gutachterliche Leistung; In der Regel ist sie zeitlich auf max. drei Kontakte begrenzt und es erfolgt eine Rückmeldung bzw. Rückgabe des Ergebnisses an den Auftraggeber.

Oder sie ist eine inhaltlich vorgegebene oder definierte therapeutische Leistung: Dann ist sie entweder zeitlich befristet auf maximal drei Kontakte (z. B. ein Paar- oder Familiengespräch), oder es handelt sich um eine mittel- bzw. längerfristige oder nicht sicher befristete therapeutische Mitbehandlung (z. B. therapeutische Gruppen wie DBT Dialektisch-Behaviorale-Therapie von Marsha Linehan, Psychose-Info oder auch Arbeitstherapie).

Je nach Kontakthäufigkeit ist bei bis zu drei Kontakten die AmBADO-Kurzversion, bei mehr als drei Kontakten die AmBADO-Vollversion auszufüllen.

Notfall / Krisenintervention

Eine Notfallbehandlung oder Krisenintervention ist vorrangig definiert durch die Art der Kontaktaufnahme und Dringlichkeit des Handlungsbedarfs: In der Regel handelt es sich um einen ungeplanten Kontakt innerhalb oder außerhalb der regulären Ambulanzarbeitszeit, meist auf Veranlassung des Patienten selbst oder durch Dritte, im Bedarfsfall auch mit aufsuchender Tätigkeit seitens des Ambulanzpersonals. Zu den Notfallbehandlungen oder Kriseninterventionen zählen in der Regel auch die ungeplanten Tätigkeiten der Bereitschaftsärzte oder Bereitschaftsdienste außerhalb der Regelarbeitszeit. Wichtiges Kriterium ist meistens auch die Akuität der Symptomatik.

Das Setting Notfall/Krisenintervention ist in der Vollversion des AmBADO-Bogens dann anzukreuzen, wenn bereits im ersten Kontakt ersichtlich wird, dass mehr als drei Termine zur Behandlung notwendig sein werden, so etwa bei bereits bekannten, ehemaligen Ambulanzpatienten, die immer wieder in Krisensituationen geraten und dann einige Wochen Begleitung benötigen, bevor sie wieder alleine zurechtkommen oder bei schweren Krisen, bei denen eine längerfristige Intervention indiziert scheint.

J Dieses Behandlungssetting kann bei einer Jahresaktualisierung nicht zutreffend sein (Behandlungsdauer zu lang).

Beratung

Dieses Setting ist anzukreuzen, wenn es sich um Gesprächskontakte handelt, die eindeutig Beratungsleistungen zum Inhalt haben. Diese können das gesamte multiprofessionelle Spektrum betreffen, zum Beispiel einerseits Beratung bezüglich Behandlungsmöglichkeiten im Hause oder andererseits Beratung über Hilfemöglichkeiten und Behandlungsangebote im Versorgungsgebiet (wie Hilfestellung bei Weiterverweisung und Weitervermittlung) oder auch Beratung von Angehörigen oder anderen nicht direkt Betroffenen.

Auch hier gilt: Je nach tatsächlicher Kontakthäufigkeit ist bei bis zu drei Kontakten eine AmBADO-Kurzversion, bei mehr als drei Kontakten eine AmBADO-Vollversion auszufüllen.

J Dieses Behandlungssetting kann bei einer Jahresaktualisierung nicht zutreffend sein (Behandlungsdauer zu lang).

B Herr Kruhl leidet an einer paranoiden Schizophrenie und wird zur langfristigen sozialpsychiatrischen Betreuung in die Ambulanz aufgenommen. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Behandlungssetting*	
<input checked="" type="radio"/> Normalfall / Langzeitbehandlung	<input type="radio"/> zeitlich befristet
<input type="radio"/> Vertretung / Überbrückung anderer Behandler	<input type="radio"/> Behandlungsaufgabe (z. B. §§ 35, 67)
<input type="radio"/> Auftragsleistung (diagn./therap./gutacht.)	<input type="radio"/> Notfall/Krisenintervention
<input type="radio"/> Beratung	<input type="radio"/> unbekannt / unklar
<input type="radio"/> sonstiges:	

Wohnsituation* (1. Wohnsitz)

Hier ist die Wohnsituation am Hauptwohnsitz (das heißt sozialer und beruflicher Lebensmittelpunkt) des Patienten zu nennen. In der Regel ist das auch der Ort, an dem der Patient polizeilich gemeldet ist. Entscheidend für den Fokus der Frage ist jedoch nicht die polizeiliche Meldung sondern der tatsächliche Lebensmittelpunkt. Es gibt Klienten, die zwar polizeilich gemeldet sind, derzeit aber keine eigene Wohnung haben sondern etwa bei Freunden untergekommen sind. In solchen Fällen sollte ohne Beschönigung die Kategorie „ohne festen Wohnsitz“ angekreuzt werden, da dies für Auswertungen über die Klientel jenseits von befürchteten Stigmatisierungen von Bedeutung ist.

Bei einer gemischten Wohnsituation ist die bestimmende Wohnform anzugeben (keine Mehrfachnennung möglich!).

B Herr Einzig lebt hauptsächlich im betreuten Einzelwohnen, wohnt jedoch auch am Wochenende regelmäßig bei seinen Eltern. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Wohnsituation (1. Wohnsitz)*	
<input type="radio"/> Privatwohnung, möbl. Zimmer, WG	<input type="radio"/> Familienpflege
<input checked="" type="radio"/> betreutes Einzelwohnen	<input type="radio"/> betreute Wohngruppe
<input type="radio"/> therapeutisches / psychiatr. Heim, gerontopsych. Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/Wohnheim	<input type="radio"/> sonstiges nichttherapeut. Heim (z. B. Studentenwohnheim)
<input type="radio"/> Altenheim / -wohnheim / -pflegeheim	<input type="radio"/> psychiatr. Krankenhaus
<input type="radio"/> o. festen Wohnsitz, Obdachlos(-enasyl)	<input type="radio"/> Justizvollzugsanstalt
<input type="radio"/> sonstiges:	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Lebensform*

Falls der Patient nicht alleine lebt, sollen alle mit ihm zusammenlebenden Personen angegeben werden (Mehrfachantworten möglich).

B Frau Fromm lebt zusammen mit Ihrem Mann (mit (Ehe-)Partner) und dessen Cousin (mit anderen Verwandten) bei ihrer Mutter (mit Eltern(-teil)). Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Lebensform*	
<input type="radio"/> allein	
<input checked="" type="checkbox"/> mit Eltern(-teil)	<input checked="" type="checkbox"/> mit (Ehe-)Partner
<input type="checkbox"/> mit Kind(ern)	<input type="checkbox"/> mit Schwester / Bruder
<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Verwandten	<input type="checkbox"/> mit Bekannten, Wohngem. o. Ä.
<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

B Frau Kurz lebt in einem psychiatrischen Wohnheim. Dort teilt sie sich ein Zweibettzimmer mit einer anderen Heimgastin (sonstiges). Die Frage ist wie folgt zu beantworten:

Lebensform*	
<input type="radio"/> allein	
<input type="checkbox"/> mit Eltern(-teil)	<input type="checkbox"/> mit (Ehe-)Partner
<input type="checkbox"/> mit Kind(ern)	<input type="checkbox"/> mit Schwester / Bruder
<input type="checkbox"/> mit anderen Verwandten	<input type="checkbox"/> mit Bekannten, Wohngem. o. Ä.
<input checked="" type="checkbox"/> sonstiges	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

höchster erreichter Schulabschluss*

Hier soll der höchste erreichte Schulabschluss des Patienten notiert werden (keine Mehrfachnennungen!).

B Ein Patient hat zuerst die Mittlere Reife gemacht und danach auf dem Zweiten Bildungsweg den Abschluss Abitur. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

höchster erreichter Schulabschluss*		
<input type="radio"/> kein Abschluss	<input type="radio"/> Sonderschulabschluss	<input type="radio"/> Hauptschulabschluss
<input type="radio"/> Mittlere Reife	<input type="radio"/> polytechn. Oberschule	<input checked="" type="radio"/> (Fach-)Abitur
<input type="radio"/> unbekannt / unklar		

**höchster erreichter
Berufsabschluss***

Hier sollen Angaben sowohl zu abgeschlossenen als auch zu abgebrochenen Berufsausbildungen gemacht werden.

**höchste abgebrochene
Berufsausbildung***



Herr Kuhn hat ein abgeschlossenes Physikstudium. Vor dem Studium hat er eine Lehre als Schreiner abgeschlossen. Die Frage ist wie folgt zu beantworten:

höchster erreichter Berufsabschluss*		
<input type="radio"/> keiner	<input type="radio"/> Lehre	<input type="radio"/> Fach-/Meisterschule
<input checked="" type="radio"/> (Fach-)Hochschule	<input type="radio"/> unbekannt / unklar	

höchste abgebrochene Berufsausbildung*		
<input checked="" type="radio"/> keine	<input type="radio"/> Lehre	<input type="radio"/> Fach-/Meisterschule
<input type="radio"/> (Fach-)Hochschule	<input type="radio"/> unbekannt / unklar	



Frau Seifert hat eine Lehre als Einzelhandelskauffrau begonnen, aber nach zehn Monaten abgebrochen. Später hat sie eine Lehre als Tierpflegerin abgeschlossen. Die Frage ist wie folgt zu beantworten:

höchster erreichter Berufsabschluss*		
<input type="radio"/> keiner	<input checked="" type="radio"/> Lehre	<input type="radio"/> Fach-/Meisterschule
<input type="radio"/> (Fach-)Hochschule	<input type="radio"/> unbekannt / unklar	

höchste abgebrochene Berufsausbildung*		
<input type="radio"/> keine	<input checked="" type="radio"/> Lehre	<input type="radio"/> Fach-/Meisterschule
<input type="radio"/> (Fach-)Hochschule	<input type="radio"/> unbekannt / unklar	

**jetzige berufliche
Situation***

Berufstätig sind Personen dann, wenn sie in einem rechtlich gesicherten Arbeitsverhältnis stehen oder selbständig beschäftigt sind. Auch Patienten, die Krankengeld beziehen, sind in diesem Sinne berufstätig. Anders liegt der Fall bei Patienten, die zum Beispiel aus therapeutischen Gründen einer Beschäftigung nachgehen (z. B. Arbeitstherapie): Bei dieser Frage geht es um den derzeitigen aktuellen Berufsstatus.



Hat ein Patient mehrere Beschäftigungsverhältnisse (z. B. Ausbildung und Teilzeitbeschäftigung), so soll (da hier keine Mehrfachnennungen zulässig sind) die Hauptbeschäftigung genannt werden. Unter Hauptbeschäftigung ist die zeitaufwendigere Beschäftigung zu verstehen.



Beispiel für den Begriff „mithelfender Familienangehöriger“: Die Ehefrau eines Handwerksmeisters oder Landwirts, die zwar im Betrieb mithilft, aber nicht direkt ein eigenes Einkommen bezieht, wird als "mithelfender Familienangehöriger" bezeichnet.



Beispiel für „anderweitig ohne berufliche Beschäftigung“: Wenn sich ein Patient ganz- oder halbtags in Arbeitstherapie befindet, soll dieses Feld angekreuzt werden, da es sich bei Arbeitstherapie nicht um ein rechtlich gesichertes Arbeitsverhältnis im eigentlichen Sinn handelt.

B Bei Herrn Weiss, der arbeitslos gemeldet ist, wurde die Rente beantragt (EU-Rente). Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

jetzige berufliche Situation*	
<input type="radio"/> berufstätig, Vollzeit	<input type="radio"/> berufstätig, Teilzeit
<input type="radio"/> berufstätig, gelegentlich	<input type="radio"/> Wehr- / Zivildienst / FSJ
<input type="radio"/> mithelfender Familienangehöriger	<input type="radio"/> geschützt beschäftigt
<input type="radio"/> Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	<input checked="" type="radio"/> arbeitslos gemeldet
<input type="radio"/> Ausbildung, Umschulung	<input type="radio"/> Rentner/-in
<input type="radio"/> anderweitig o. berufl. Beschäftigung	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Lebensunterhalt*

Hier soll angegeben werden, wie der Patient seinen derzeitigen Lebensunterhalt bestreitet. Mehrfachnennungen sind hier möglich.

B Beispiel für den Begriff „Familieneinkommen“: Eine verheiratete Hausfrau, die zwar über kein direkt selbst verdientes Geld verfügt, den Lebensunterhalt der Familie jedoch durch ihre – aufgrund innerfamiliärer Rollenaufteilung - geleistete Hausarbeit sichert, lebt von Familieneinkommen.

B Frau Kamm lebt im Wesentlichen von Familieneinkommen. Außerdem hat sie Mieteinkünfte („Vermögen“) von ihrer kleinen Eigentumswohnung. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Lebensunterhalt*	
<input checked="" type="checkbox"/> Gehalt / (Familien-)Einkommen / Lohnersatz	<input type="checkbox"/> Rente
<input type="checkbox"/> Zuverdienst	<input checked="" type="checkbox"/> Vermögen
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld / Ausbildungsförderung	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I
<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Angehörige	<input type="checkbox"/> Unterhaltsleistung
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe/Grundsicherung (ALG II, Sozialgeld, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsmind.)	<input type="checkbox"/> keine Einkünfte
<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation (geschätzt)

Gefragt wird hier nach der Zeitspanne, die seit dem Auftreten der ersten Symptome, die zur jetzigen Konsultation führten, vergangen ist. Das gilt auch wenn Symptome zunächst nicht oder erst im Nachhinein erkannt wurden. In diesen Zeitraum können auch (teil-)stationäre Aufenthalte fallen.

! Bei episodisch verlaufenden Erkrankungen (z. B. manisch-depressiven) ist hier nach dem Beginn der bei Behandlungsbeginn aktuellen Episode gefragt und nicht nach dem grundsätzlichen erstmaligen Auftreten der Erkrankung.

Bei schleichend beginnenden oder chronisch verlaufenden psychischen Störungen (z. B. Persönlichkeitsstörung, psychosomatische Beschwerden) ohne akute Exazerbation soll hier der Beginn der Alltagsrelevanz der Beschwerden angegeben werden.

Es ist besser hier eine schlechte Schätzung anzugeben, als "unbekannt / unklar" anzukreuzen.

B Bereits vor fünf Monaten sei es vorgekommen, dass Frau Lunz sich nicht mehr so recht entscheiden konnte (fremdanamnestic Angabe der Mutter). Frau Lunz selbst sei dies nicht aufgefallen.

Ihre Ambivalenz wurde immer stärker, bis sie vor drei Monaten wegen einer Psychose zunächst stationär und danach ambulant aufgenommen wurde. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Zeitraum seit Beginn d. jetzigen Krankheitsmanifest. (geschätzt)	
<input type="radio"/> bis zu 1 Woche	<input type="radio"/> länger als 1 Wo. bis 4 Wo.
<input type="radio"/> länger als 4 Wo. bis 3 Mon.	<input checked="" type="radio"/> länger als 3 Mon. bis 6 Mon.
<input type="radio"/> länger als 6 Mon. bis 1 Jahr	<input type="radio"/> länger als 1 Jahr bis 2 Jahre
<input type="radio"/> länger als 2 Jahre	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation

Es sollen hier alle Arten von Behandlung angekreuzt werden, die der Patient im Zuge der bei Behandlungsbeginn aktuellen Krankheitsmanifestation erhielt.

! Hinweis zur Antwortmöglichkeit "im eigenen Nicht-KHG-Bereich" - Krankenhausgesetz (KHG): Krankenhäuser sind im Sinne des SGB V § 107 „alle Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung (...) dienen,
2. unter ständiger ärztlicher Leitung stehen ...,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen Pflegepersonal (...) vorwiegend darauf eingerichtet sind, Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern (...), und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

B Frau Wiese befand sich in den letzten acht Wochen andernorts in stationär-psychiatrischer Behandlung im Krankenhaus und wurde zur langfristigen Betreuung in unsere Ambulanz überwiesen. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation	
<input type="checkbox"/> ambulant psychotherapeutisch	<input type="checkbox"/> ambul. psychiatr. / nervenärztlich
<input type="checkbox"/> ambulant bei Ärzten anderer Fachrichtungen	<input type="checkbox"/> (teil-)stationär psychiatrisch / psychotherap. in <u>eigener</u> Klinik
<input checked="" type="checkbox"/> (teil-)stationär psychiatrisch / psychotherap. in <u>anderer</u> Klinik	<input type="checkbox"/> stationär somat. / psychosomat. (<u>nicht</u> psychiatr. / psychotherap.)
<input type="checkbox"/> im eigenen Nicht-KHG-Bereich (z. B. Heimbereich oder Forensik)	
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Zuweisungsdiagnose

Hier soll die Diagnose eingetragen werden, die der ärztlichen Zuweisung des Patienten in die ambulante Behandlung zu Grunde liegt.

Die Diagnose kann entweder im ICD-10 Schlüssel oder als Klartext eingetragen werden.

Wenn keine Zuweisungsdiagnose bekannt ist, z. B. weil der Patient ohne Zuweisung selbst zur Behandlung gekommen ist, dann kann dieses Feld leer bleiben.

B Der Hausarzt von Frau Keuner überwies die Patientin in die Ambulanz. Im Überweisungsschein notierte er als Zuweisungsdiagnose etwas unscharf: „Psychose“. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Zuweisungsdiagnose (Diagnose des zuweisenden Arztes)
ICD-10 oder Klartext: <i>Psychose</i>

sprachliche Verständigung*

Sämtliche Formen der funktionierenden oder eingeschränkten sprachlichen Verständigung sollen mit dieser Frage erfasst werden.

Das heißt, hier soll auch "mit Schwierigkeiten" angekreuzt werden, wenn sich der Patient zum Beispiel auf Grund einer organischen Erkrankung (oder eines katatonen Zustands, Verwirrheitszustands, psychotisch gespannten Zustands oder aphasischen Syndroms nach Unfall oder Schlaganfall) nur mit Schwierigkeiten verständlich machen kann und nicht nur, wenn es sich um einen fremdsprachigen Patienten handelt, welcher der deutschen Sprache nicht mächtig ist.

B Patientin Schmidt ist gebürtige Niederbayerin und spricht starken regionalen Dialekt. Aufgrund eines Schlaganfalls ist ihre Sprache deutlich verwaschen und für den Behandler nur schwer zu verstehen. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

sprachliche Verständigung*	
<input type="radio"/> problemlos	<input checked="" type="radio"/> mit Schwierigkeiten
<input type="radio"/> mit Übersetzer / Dolmetscher	<input type="radio"/> nicht möglich

ärztliche Zuweisung

Hier soll diejenige ärztliche Stelle benannt werden, welche die Behandlung des Patienten in der PIA initiiert hat (Überweisung, Vermittlung, Empfehlung).

Wenn die Behandlung nicht durch einen Arzt initiiert wurde, ist hier "keine" anzukreuzen.

B Die Aufnahme des Herrn Kreier in der Ambulanz wurde von der eigenen Tagesklinik veranlasst. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

ärztliche Zuweisung	
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> niedergel. Psychiater / Nervenarzt / Psychotherapeut
<input type="radio"/> praktischer Arzt / Allgemeinarzt	<input type="radio"/> sonstiger niedergel. Arzt
<input type="radio"/> andere psychiatrische Ambulanz	<input type="radio"/> <u>nicht</u> psychiatrische Ambulanz
<input type="radio"/> Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt mit Arzt	<input type="radio"/> Arzt anderer öffentlicher Stellen (z. B. Truppenarzt)
<input type="radio"/> betriebsärztlicher Dienst	<input type="radio"/> Notarzt / Ärztlicher Notdienst
<input type="radio"/> psychiatr./psychosoz. Krisendienst	<input type="radio"/> eigene Kinder- und Jugend- psychiatrie
<input type="radio"/> eigene Erwachsenenpsychiatrie	<input type="radio"/> eigene Neurologie
<input checked="" type="radio"/> eigene psychiatr. Tag-/Nachtklinik (Erwachsenenpsychiatrie)	<input type="radio"/> eigene Klinik für neurologische REHA
<input type="radio"/> andere psychiatr. Tag-/Nachtklinik	<input type="radio"/> andere psychosom./ psychotherap. Klinik
<input type="radio"/> andere psychiatrische Klinik	<input type="radio"/> anderes somat. Krankenhaus
<input type="radio"/> andere stationäre Einrichtung für Suchtkranke	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Nichtärztliche Zuweisung

Wenn außer einer ärztlichen Stelle keine Person in die Zuweisung des Patienten zur PIA involviert war, ist hier "keine" anzukreuzen.

Andernfalls sollen hier bis zu drei Dienste oder Personen angekreuzt werden, die die Behandlung des Patienten in der PIA initiiert haben.

Die Ankreuzmöglichkeit "Patient selbst" ist immer dann auszuwählen, wenn (auch) der Patient die Initiative zur Behandlung in der PIA selbst ergriffen hat.



Gibt es mehr als drei Zuweiser, die dem Behandler gleich wichtig erscheinen, so soll ein anderes Kriterium zur Entscheidung herangezogen werden: Beispiele: „Welche drei Stellen haben als Erste eine Zuweisung veranlasst?“ oder „Welche drei Stellen waren bei der Zuweisung am aktivsten?“

Spezialfall

Ist ein Angehöriger gleichzeitig rechtlicher Betreuer, dann soll "Angehörige, Bekannte des Patienten" angekreuzt werden, da dieser immer Angehöriger des Patienten sein wird, während Betreuungsverhältnisse in der Regel zeitlich befristet sind.



Auf Initiative der zuständigen Therapeuten in der Wohngemeinschaft und der Tagesstätte von Herrn Köhler, sowie auf Drängen seiner Mutter, erfolgte eine Zuweisung in die Ambulanz. Auch ein Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle befürwortete eine Aufnahme.

Die Suchtberatungsstelle wird als die im Zusammenhang mit dieser Zuweisung am wenigsten wichtige Einrichtung nicht angekreuzt, da nur drei Nennungen zugelassen sind! Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

nichtärztliche Zuweisung	
<small>(vor, zusätzlich zu oder anstatt ärztlicher Zuweisung; bis zu 3 Antworten möglich)</small>	
<input type="checkbox"/> Patient selbst	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen, Laienhelfer
<input checked="" type="checkbox"/> Angehörige, Bekannte des Patienten	<input type="checkbox"/> freiberuflicher Psychologe / nichtärztl. Psychotherapeut
<input type="checkbox"/> psychosozialer Dienst / psych. Beratungsstelle/Patientenclub	<input type="checkbox"/> allg. soz. Dienste (z. B. Sozialstation, Gemeindefschwester)
<input type="checkbox"/> Suchtberatungsstelle	<input type="checkbox"/> sonstige Beratungsstelle
<input checked="" type="checkbox"/> Tagesstätte	<input type="checkbox"/> Heim
<input type="checkbox"/> Werkstatt für Behinderte	<input type="checkbox"/> (Sonder-) Schule
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Jugendamt
<input type="checkbox"/> Polizei / Landrats- / Ordnungsamt	<input type="checkbox"/> Bewährungshelfer/Gericht/JVA
<input type="checkbox"/> Betreuer (§1896 BGB) wenn nicht Angehörige	<input checked="" type="checkbox"/> sonstige: <i>Therapeut</i>
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> unbekannt / unklar

Suizidalität*

Suizidversuch*

Bei dieser Frage werden sowohl Suizidalität als auch Suizidversuche abgefragt.

Suizidalität

Hier sind suizidale Tendenzen oder eine Suizidgefährdung im weiteren Sinne gemeint, wie etwa suizidale Gedanken, Impulse, Pläne im Vorfeld suizidaler Handlungen oder Ankündigungen. Mehrfachnennungen sind möglich.

Suizidversuch

Hier ist das manifeste suizidale Verhalten des Patienten gemeint, das heißt jeder Akt freiwilliger Selbstbeschädigung, bei welchem der

Handelnde nicht sicher sein kann zu überleben. Mehrfachnennungen sind möglich.

"ja, früher"

Suizidalität bzw. Suizidversuch irgendwann früher, vor dem Zeitraum unmittelbar vor Aufnahme bzw. Übernahme in die Ambulanz

"ja, im Vorfeld der aktuellen Behandlung"

Suizidalität bzw. Suizidversuch in den Wochen unmittelbar vor Aufnahme bzw. Übernahme in die Ambulanz bzw. mit der Auf-/Übernahme in Zusammenhang stehend

"ja, akut/während der aktuellen Behandlung"

Suizidalität bzw. Suizidversuch beim Aufnahmeterrain (Diese Antwortmöglichkeit bezieht sich beim erstmaligen Ausfüllen des Bogens nur auf den Aufnahmezeitpunkt, also das Erstgespräch!)

B Herr Mehr ist sehr oft suizidal. Vor einigen Jahren verübte er auch einen Suizidversuch. In den letzten Wochen und während des Aufnahmegesprächs äußerte er Suizidgedanken. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Suizidalität*	Suizidversuch*	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ja, früher
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, im Vorfeld der aktuellen Behandlung
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, akut/während der akt. Behandlung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	unbekannt / unklar

J "ja, früher"

Suizidalität bzw. Suizidversuch mehr als ein Jahr vor der Jahresaktualisierung

"ja, im Vorfeld der aktuellen Behandlung"

Falls diese Ankreuzmöglichkeit bei der vorausgegangenen Dokumentation markiert war, muss dies bei der Jahresaktualisierung übernommen werden. War der Patient im Jahr seit der letzten Dokumentation suizidal oder hat einen Suizidversuch unternommen, so muss zusätzlich das Kästchen „ja, akut/während der aktuellen Behandlung“ markiert werden.

"ja, akut/während der aktuellen Behandlung"

Suizidalität bzw. Suizidversuch maximal ein Jahr vor der Jahresaktualisierung

D Herr Weil begann seine Langzeitbehandlung in der Ambulanz vor einem guten Jahr (02.11.2006). Zu diesem Zeitpunkt äußerte er Suizidgedanken, von denen er sich aber im Verlauf der Behandlung bald distanzieren konnte. Am 19.12.2007 wird vom Behandler in der Ambulanz eine Jahresaktualisierung gemacht. Herr Weil ist seit über einem Jahr nicht mehr suizidal. Das Feld ist also wie folgt auszufüllen:

Suizidalität*	Suizidversuch*	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	nein
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, früher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, im Vorfeld der aktuellen Behandlung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, akut/während der akt. Behandlung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	unbekannt / unklar

CGI Teil1 (Schweregrad)*

Die CGI-Skala (**C**linical **G**lobal **I**mpression = Klinischer Gesamteindruck) besteht aus drei Teilen. Bei dieser Frage wird nur Teil 1 (Schweregrad der Krankheit) abgefragt. Die Beurteilung erfolgt durch den klinisch erfahrenen Behandler. Er soll den Krankheitsgrad des Patienten auf der Basis seiner gesamten Erfahrung mit dieser speziellen Patientengruppe (also Patienten mit selben Form der Erkrankung) feststellen.

Einen Angstneurotiker beispielsweise beurteilt der untersuchende Behandler anhand seiner Erfahrungen mit Angstneurotikern und nicht auf der Grundlage eines klinischen Erfahrungshintergrundes, der Schizophrene, Hirngeschädigte und Depressive ebenso wie Angstneurotiker umfasst. Der zeitliche Bezugsrahmen für diese Beurteilung ist die Woche vor dem Dokumentationszeitpunkt bei Behandlungsbeginn.

J Bei der Jahresaktualisierung ist der zeitliche Bezugsrahmen für diese Beurteilung die Woche vor der Jahresaktualisierung.

B Herr Köhler leidet an einer paranoiden Schizophrenie und ist im Vergleich zu anderen paranoid-schizophrenen Patienten nicht ganz so schwer erkrankt. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

CGI Teil1 (Schweregrad)* ⇔ Patient ist ...	
<input type="radio"/> 1: nicht beurteilbar	<input type="radio"/> 2: überhaupt nicht krank
<input type="radio"/> 3: Grenzfall psychiatr. Erkrankung	<input type="radio"/> 4: nur leicht krank
<input checked="" type="radio"/> 5: mäßig krank	<input type="radio"/> 6: deutlich krank
<input type="radio"/> 7: schwer krank	<input type="radio"/> 8: extrem schwer krank

GAF*

Mit Hilfe der GAF-Skala (**G**lobal **A**ssessment of **F**unctioning Scale) wird die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit der Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit bewertet. Jede ganze Zahl von 0 - 100 ist verwendbar. Die Skala der GAF-Werte finden Sie auf Seite 70.

! Der Wert 0 steht für "Unzureichende Information".

Angegeben werden soll:

- der **aktuelle** GAF-Wert (also zum Zeitpunkt der Dokumentation bei Behandlungsbeginn) und
- der **maximale** GAF-Wert des vergangenen Jahres (also Beschreibung des besten Zustands, den der Patient im Jahr vor Behandlungsbeginn erreichen konnte).

! Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit auf Grund körperlicher oder umweltbedingter Einschränkungen werden nicht mit einbezogen.

B Der Zustand von Herrn Maier ist zum Zeitpunkt der Aufnahme in der Ambulanz relativ schlecht. Er hat ernsthafte Symptome: Suizidgedanken im Rahmen einer deutlich depressiven Verstimmung und er ist derzeit arbeitsunfähig (GAF-Wert 45). Bis vor einigen Monaten ging es ihm, wie er im Erstgespräch angeben konnte, relativ gut. Damals hatte er nur gelegentliche depressive Verstimmungen und Schlafstörungen (GAF-Wert 70). Das Feld ist dann z. B. wie folgt auszufüllen:

GAF (Legende siehe Beendigungs- oder Verlaufsbogen)	
GAF-Wert:* 45	max. GAF-Wert im letzten Jahr: 70

J Bei der Jahresaktualisierung soll angegeben werden:

- der **aktuelle** GAF-Wert
(also zum Zeitpunkt der Jahresaktualisierung)

Anzahl (teil-) stationärer psychiatrischer Behandlungen bisher*

Ist bekannt, dass der Patient vor Beginn der hier dokumentierten Ambulanzbehandlung stationär oder teilstationär psychiatrisch behandelt wurde, so ist die bekannte oder geschätzte Anzahl der Aufenthalte anzugeben. Hier sind nur tatsächliche psychiatrische Behandlungen gemeint. Aufenthalte in psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken sind hier nicht zu berücksichtigen.

Bei Behandlungsbeginn sind alle Aufenthalte bis zum Behandlungsbeginn in der Ambulanz zu zählen.

Hatte der Patient vor der hier dokumentierten Ambulanzbehandlung keine stationäre bzw. teilstationäre psychiatrische Behandlung, so ist "keine" anzukreuzen. Die nächsten drei Fragen (nach dem Entlassungszeitpunkt und Ort der letzten sowie nach dem Zeitpunkt der ersten **(teil-)stationären** psychiatrischen Behandlung) werden in diesem Fall übersprungen. Weiter geht es dann erst mit der Frage nach dem Jahr der ersten **ambulanten** psychiatrischen Behandlung.

Nur wenn nicht bekannt ist, ob der Patient vor Beginn der hier dokumentierten Ambulanzbehandlung überhaupt stationär oder teilstationär psychiatrisch behandelt wurde, ist "unbekannt / unklar" anzukreuzen.

B Herr Kamm befand sich fünf oder sechs Mal in stationärer Behandlung. An die genaue Anzahl könne er sich nicht erinnern.

Aufgrund der Exploration vermutet der Therapeut, dass es sich mindestens um sechs Aufenthalte handeln muss, dass es für Herrn Kamm aber vermutlich peinlich ist, darüber zu sprechen. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Anzahl (teil-)stationärer psychiatr. Behandlungen bisher*					
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> 1 – 2	<input type="radio"/> 3 – 5	<input checked="" type="radio"/> 6 - 10	<input type="radio"/> 11 - 20	<input type="radio"/> > 20
<input type="radio"/> unbekannt / unklar					

J Bei der Jahresaktualisierung sind alle Aufenthalte bis zum Zeitpunkt der Jahresaktualisierung zu zählen.

Jahr der letzten Entlassung aus (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung*

Hier soll das Jahr der letzten Entlassung aus einer stationären oder teilstationären Behandlung vor Beginn der hier dokumentierten Ambulanzbehandlung angegeben werden. Hier sind nur tatsächliche psychiatrische Behandlungen gemeint. Aufenthalte in psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken sind hier nicht zu berücksichtigen.

Um vergleichbare Werte zu erhalten, ist es äußerst wichtig, dass hier eine Jahreszahl steht. Es ist besser eine schlechte Schätzung anzugeben, als "unbekannt / unklar" anzukreuzen.

- B** *Anfang 2007 war genau ein Jahr vergangen, seit Frau Yilmaz aus der tagklinischen Behandlung entlassen wurde. Seither wurde sie nur noch ambulant behandelt. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:*

Jahr der letzten Entlassung aus (teil-)stationärer psychiatr. Behandlung*	
Jahr (notfalls geschätzt): 2006	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

- J** Hier soll das Jahr der letzten Entlassung aus einer stationären oder teilstationären Behandlung vor dem Zeitpunkt der Jahresaktualisierung angegeben werden.

- B** *Im Dezember 2006 wurde Frau Yilmaz aus der tagklinischen Behandlung entlassen. Anfang 2007 wurde sie in der Ambulanz des Atriumhauses aufgenommen. Im September desselben Jahres hatte sie einen kurzen stationären Aufenthalt in der Krisenstation des Atriumhauses. Seither wurde sie nur noch in der Institutsambulanz behandelt. Bei der Jahresaktualisierung im ersten Quartal 2008 ist das Feld dann wie folgt auszufüllen:*

Jahr der letzten Entlassung aus (teil-)stationärer psychiatr. Behandlung*	
Jahr (notfalls geschätzt): 2007	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Ort der letzten (teil-)stationären psychiatrischen Behandlung*

Mit dieser Frage soll der Ort der letzten stationären oder teilstationären psychiatrischen Behandlung vor Beginn der hier dokumentierten Ambulanzbehandlung erfasst werden. Hier sind nur tatsächliche psychiatrische Behandlungen gemeint. Aufenthalte in psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken sind hier nicht zu berücksichtigen. Mit "hier" ist die eigene psychiatrische Einrichtung mit ihren unterschiedlichen Stationen gemeint. War der Patient in einer anderen Klinik, so soll diese namentlich hinter der Nennung "anderswo" angegeben werden.

- B** *Frau Yilmaz war vor zwei Jahren in der Tagklinik des Fachbereichs West im KMO. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:*

Ort der letzten (teil-)stationären psychiatr. Behandlung*		
<input type="radio"/> hier	<input type="radio"/> anderswo: KMO West, TK	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

- J** Hier soll der Ort der letzten Entlassung aus einer stationären oder teilstationären Behandlung vor dem Zeitpunkt der Jahresaktualisierung angegeben werden.

Jahr der ersten (teil-) stationären psychiatrischen Behandlung überhaupt

Hier soll das Jahr der ersten stationären oder teilstationären psychiatrischen Behandlung überhaupt eingetragen werden, sofern diese vor der hier dokumentierten Ambulanzbehandlung stattfand. Es sind nur tatsächliche psychiatrische Behandlungen gemeint. Aufenthalte in psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken sind hier nicht zu berücksichtigen.

Um vergleichbare Werte zu erhalten, ist es äußerst wichtig, dass hier eine Jahreszahl steht. Es ist besser eine schlechte Schätzung anzugeben, als "unbekannt / unklar" anzukreuzen.

D Herr Wanderer gibt an, irgendwann in den 50er-Jahren zum ersten Mal in der Psychiatrie gewesen zu sein. Der Aufenthalt habe auch mit dem Tod seiner Mutter zu tun gehabt. Diese sei 1957 gestorben. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Jahr der ersten (teil-)stationären psychiatr. Behandlung überhaupt	
Jahr (notfalls geschätzt): 1957	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Jahr der ersten ambulanten psychiatrischen Behandlung überhaupt

Ist die hier dokumentierte Ambulanzbehandlung die erste ambulante psychiatrische Behandlung überhaupt, so ist "keine" anzukreuzen.

Ist nicht bekannt, ob es eine ambulante psychiatrische Vorbehandlung gab, so ist "unbekannt/unklar" anzukreuzen.

Gab es bereits eine oder mehrere ambulante Behandlungen vor der hier dokumentierten, so sind hier das Jahr und der Ort (bei uns im Haus oder anderswo) der frühesten ambulanten psychiatrischen Behandlung anzugeben.

Dies kann auch ein einmaliger Besuch bei einem Nervenarzt oder Psychiater gewesen sein, bei dem der Patient vielleicht nur einmal ein Rezept etwa für ein Beruhigungsmittel bekommen hat. Besuche in psychosomatischen oder psychotherapeutischen Beratungsstellen oder Praxen sind nicht gemeint. Um vergleichbare Werte zu erhalten, ist es äußerst wichtig, dass hier eine Jahreszahl steht. Es ist besser eine schlechte Schätzung anzugeben, als "unbekannt / unklar" anzukreuzen.

D Herr Meier, seit fünf Jahren an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt, suchte erstmalig 1967 einen niedergelassenen Psychiater auf, da er damals unter Schlafstörungen litt. Der Arzt verschrieb ihm ein Schlafmittel. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

↓

Jahr der ersten ambulanten psychiatr. Behandlung überhaupt			
<input type="radio"/> bei uns im Haus:	(Jahr)	<input checked="" type="radio"/> anderswo:	1967 (Jahr)
<input type="radio"/> keine		<input type="radio"/> unbekannt / unklar	

Jahr der ersten psychiatrischen Auffälligkeit

Es soll (notfalls geschätzt) das Jahr eingetragen werden, in dem es beim Patienten zur ersten psychiatrischen Auffälligkeit kam. Um vergleichbare Werte zu erhalten, ist es äußerst wichtig, dass hier eine Jahreszahl steht. Es ist besser, eine schlechte Schätzung anzugeben, als "unbekannt / unklar" anzukreuzen.



Herr Meier wird im Jahr 2007 in die Ambulanz aufgenommen. Seit sechs Jahren ist er an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt. Bereits zwei Jahre vor Ausbruch der Erkrankung wurden auf Grund der von ihm immer stärker erlebten Ambivalenz phasenweise so gravierende Entscheidungsprobleme deutlich, dass in seiner Familie zum ersten Mal auffiel, dass sich etwas bei ihrem Sohn verändere und „nicht mehr stimme“. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Jahr der ersten psychiatrischen Auffälligkeit

Jahr (notfalls geschätzt): 1999 unbekannt / unklar

Datum*, Unterschrift*

Hier soll das Datum eingetragen werden, an dem der Behandler die Dokumentation durchführt.

Außerdem soll der Ausfüller (in der Regel die Bezugsperson in der Ambulanz) den Bogen unterschreiben.

Allgemeine Information

Der Beendigungsbogen ist dann auszufüllen, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

- ⇒ Die ambulante Behandlung des Patienten wurde in Absprache mit dem Behandler beendet.
- ⇒ Der Patient ist ohne Absprache nicht mehr erschienen. Der Behandler erfährt aus zuverlässiger Quelle, dass der Patient nicht mehr zur Behandlung kommen wird, zum Beispiel der Patient ist in eine andere Stadt gezogen oder verstorben.
- ⇒ Der Patient ist ohne Absprache nicht mehr erschienen und hat zwei volle Quartale lang keine Leistung in Anspruch genommen. Dann muss zu Beginn des neuen Quartals eine rückwirkende Beendigungsdokumentation durchgeführt werden.

Das Wegbleiben eines Patienten wird zwar in der Regel bemerkt. Es kann aber leicht passieren, dass die Beendigungsdokumentation vergessen wird. Oft wird erst bemerkt, dass der Beendigungsbogen fehlt, wenn eine neue Behandlung desselben Patienten beginnt und eine Aufnahmedokumentation erstellt werden soll. Es muss dann ebenfalls eine rückwirkende Beendigungsdokumentation erfolgen.

Im Idealfall hat das elektronische Erfassungssystem für die AmBADO eine Sperre, die verhindert, dass ein Aufnahmebogen für einen neuen Behandlungsfall ausgefüllt wird, solange der vorhergehende Behandlungsfall dieses Patienten noch nicht mit einem Beendigungsbogen abgeschlossen ist. Sehr hilfreich ist auch eine programmgestützte Erinnerungsfunktion; zum Beispiel kann eine Liste aller Patienten ausgedruckt werden, für die eine Beendigungsdokumentation fällig ist.

Hinweise zur rückwirkenden Dokumentation

Alle Angaben im Beendigungsbogen beziehen sich auf den Tag des letzten Patientenkontaktes auch wenn dieser Kontakt schon mehr als ein halbes Jahr zurück liegt.

Fragen, zu denen die erforderlichen Informationen aus der vorhandenen Dokumentation (Patientenakte, Krankengeschichte, ...) nicht hervorgehen und auch nicht mehr erinnert werden können, müssen mit „unbekannt / unklar“ beantwortet werden.

Patientendaten

Name, Vorname, Geburtsdatum

Bitte tragen Sie den Familiennamen, Vornamen und das Geburtsdatum ein.

Datum Behandlungsbeginn

Hier soll das Datum jenes Tages eingetragen werden, an dem die Behandlung (auf die sich der Beendigungsbogen bezieht) begonnen wurde. Die Angaben zum „Datum Behandlungsbeginn“ müssen auf dem Stammblatt und dem zugehörigen Beendigungsbogen übereinstimmen.

Datum Behandlungsbeendigung

Tragen Sie bitte das Datum des letzten Patientenkontaktes der hier dokumentierten Behandlung ein.



Dies gilt auch dann, wenn der Patient ohne Absprache mehr als zwei volle Quartale nicht mehr in der Ambulanz behandelt wurde und Sie die Beendigungsdokumentation rückwirkend vornehmen.



Frau Gerda Zeder war seit 3. Oktober 2005 regelmäßig in Behandlung bei einer ärztlichen und einer nicht-ärztlichen Bezugsperson in der Institutsambulanz. Am 28.05.2007 hatte sie noch einen Kontakt mit einer ihrer beiden Bezugspersonen in der Institutsambulanz. Den nächsten Termin nahm sie nicht mehr wahr. Nachdem sich Frau Zeder auch im ganzen dritten und vierten Quartal nicht wieder in der Ambulanz gemeldet hat, fertigt der Dokumentationsverantwortliche (in diesem Fall die ärztliche Bezugsperson) Anfang Januar 2008 rückwirkend eine Dokumentation für die Behandlungsbeendigung an.

Patientendaten
Name: Gerda
Vorname: Zeder
Geburtsdatum: 01.07.1947
Datum Behandlungsbeginn: 01.10.2005
Datum Behandlungsbeendigung: 28.05.2007

Art der Beendigung / Unterbrechung der Behandlung

Hier wird nach der Art bzw. dem Grund der Beendigung der Behandlung gefragt.



Herr Boser ist der weiteren ambulanten Behandlung ferngeblieben ohne dies mit dem Behandler abzusprechen. Der Behandler hat von einem Mitpatienten erfahren, dass Herr Boser nach Hamburg verzogen ist. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Art der Beendigung / Unterbrechung der Behandlung
<input type="radio"/> reguläre Beendigung / Überweisung
<input checked="" type="radio"/> Beendigung gegen ärztlichen Rat, <u>ohne</u> Absprache
<input type="radio"/> Beendigung gegen ärztlichen Rat, <u>in</u> Absprache
<input type="radio"/> gerichtliche Auflage beendet
<input type="radio"/> Abbruch durch den Therapeuten
<input type="radio"/> verstorben aus natürlicher Ursache
<input type="radio"/> verstorben nach Suizidversuch
<input type="radio"/> verstorben nach Unfall / Fremdeinwirkung
<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung

Hier sind alle Einrichtungen und Dienste anzukreuzen, die in die Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung des Patienten einbezogen werden sollen.



Eine zwischenzeitliche stationäre Aufnahme in eine Klinik gilt in der Regel nur als Unterbrechung der ambulanten Behandlung. Wenn sie nicht länger als zwei Quartale dauert, braucht kein Beendigungsbogen ausgefüllt zu werden.

Dauert ein stationärer Aufenthalt länger als zwei Quartale, muss ein Beendigungsbogen ausgefüllt werden. Das "Datum Behandlungsbeendigung" ist der letzte Kontakt in der Ambulanz. Bei der Frage nach der "Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung" muss die entsprechende Klinik eingetragen werden.



Herr Kreier wird in Zukunft von einem niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten und einem niedergelassenen Nervenarzt betreut. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung	
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> unbekannt / unklar
<input type="checkbox"/> Praktischer Arzt / Allgemeinarzt	
<input checked="" type="checkbox"/> niedergelassener Psychiater	
<input checked="" type="checkbox"/> niedergelassener ärztlicher Psychotherapeut (Nicht-Psychiater)	
<input type="checkbox"/> sonstiger niedergelassener Arzt	
<input type="checkbox"/> Arzt anderer öffentlicher Stellen (z. B. Truppenarzt)	
<input type="checkbox"/> niedergelassener <u>nicht</u> ärztlicher Psychotherapeut	
<input type="checkbox"/> andere psychiatrische Ambulanz / Poliklinik	
<input type="checkbox"/> andere <u>nicht</u> psychiatrische Ambulanz / Poliklinik	
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen / therapeutische WG	
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	
<input type="checkbox"/> Suchtberatung, Psychosoziale Beratungsstelle	
<input type="checkbox"/> allgemeine soziale Dienste (z. B. Sozialstation, Gemeindefschwester)	
<input type="checkbox"/> sonstige Beratungsstelle	
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen, Laiendienste	
<input type="checkbox"/> psychiatrische Tagesstätte	
<input type="checkbox"/> Alten-Tagesstätte	
<input type="checkbox"/> Werkstatt für Behinderte	
<input type="checkbox"/> ambulante Arbeitstherapie / Arbeitstraining	
<input type="checkbox"/> geschützter Arbeitsplatz	
<input type="checkbox"/> Bewährungshelfer / rechtlicher Betreuer	
<input type="checkbox"/> sonstige:	
Kliniken (teil-)stationär	
<input type="checkbox"/> eigene psychiatrische (Tages-)Klinik	
<input type="checkbox"/> andere psychiatrische (Tages-)Klinik:	
<input type="checkbox"/> Psychosomatische Klinik	
<input type="checkbox"/> sonstige Kliniken:	
Einrichtungen für Rehabilitation	
<input type="checkbox"/> eigene Sucht-REHA	
<input type="checkbox"/> andere vorwiegend medizinische REHA	
<input type="checkbox"/> andere Sucht-REHA / stationäre Entwöhnung	
<input type="checkbox"/> andere vorwiegend berufliche REHA	
<input type="checkbox"/> andere medizinische und berufliche REHA (z. B. RPK*)	

*RPK = Rehabilitation Psychisch Kranker

Wohnsituation (1. Wohnsitz)

Hier ist die Wohnsituation am Hauptwohnsitz des Patienten zu nennen, das heißt seines sozialen und beruflichen Lebensmittelpunktes zum Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung (was mit der polizeilichen Meldung übereinstimmen kann, aber nicht muss).

Diese Angabe kann, muss aber nicht identisch mit der Angabe nach der Wohnsituation im Aufnahmebogen sein.



Zu Beginn der ambulanten Behandlung (siehe Aufnahmebogen) lebte der Patient Kreier in einer betreuten Wohngemeinschaft.

Inzwischen zog er in eine Privatwohnung. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Wohnsituation (1. Wohnsitz)
<input checked="" type="radio"/> Privatwohnung, möbliertes Zimmer, Wohngemeinschaft
<input type="radio"/> betreutes Einzelwohnen
<input type="radio"/> betreute Wohngruppe
<input type="radio"/> Familienpflege
<input type="radio"/> therapeutisches/psych. Heim, gerontopsych. Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/Wohnheim
<input type="radio"/> Altenheim/-wohnheim/-pflegeheim
<input type="radio"/> sonstiges <u>nicht</u> therapeutisches Heim (z. B. Studentenwohnheim)
<input type="radio"/> psychiatrisches Krankenhaus
<input type="radio"/> Justizvollzugsanstalt
<input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz, Obdachlos(-enasyll)
<input type="radio"/> sonstiges:
<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Bezugsperson(en) Ambulanz

In vielen Ambulanzen gibt es ein Bezugspersonensystem. Insbesondere Langzeitpatienten bekommen ein oder zwei Behandler zugeordnet, die ihre regelmäßigen Ansprechpartner in der Ambulanz sind. Manchmal gibt es auch ein Betreuungsteam, das aus einem ärztlichen und einem nichtärztlichen Mitarbeiter der Ambulanz besteht.

Hat ein Patient eine oder mehrere solcher Bezugspersonen in der Ambulanz, so sollen diese hier mit Berufsbezeichnung eingetragen werden.



Die ambulante psychiatrische Behandlung des Herrn Krause wurde beendet. Er wurde regelmäßig von Dr. Rupert und Frau Meidl (Fachkrankenschwester) behandelt. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen.

Bezugsperson(en) Ambulanz
Name(n):* Frau Meidl (Fachkrankenschwester), Dr. Rupert (Arzt)

Diagnosen (ICD-10) bei Beendigung

Für die Auswertung dieser Frage ist es sehr wichtig, dass bei mehrfach erkrankten Patienten möglichst alle zutreffenden psychiatrischen und somatischen Diagnosen angegeben werden.



Mit den Auswertungsergebnissen bei dieser Frage kann dargestellt werden, wie krank die Patienten sind, die in Ihrer Institutsambulanz behandelt werden (z. B. Patienten mit einer Doppeldiagnose: psychotische und Suchterkrankung).

I. psychiatrische Diagnose(n)

Die aktuelle psychiatrische Hauptdiagnose, soll hier verschlüsselt nach ICD-10 in das mit „1.“ gekennzeichnete Raster (bestehend aus einem vorgegebenen Buchstaben F, zwei freien Stellen, einem Trennpunkt und zwei weiteren freien Stellen) eingetragen werden.

Weitere psychische Erkrankungen, die möglicherweise neben der Hauptdiagnose bestehen, sollen in der Reihenfolge der Wichtigkeit als zweite bzw. dritte Diagnose (in die mit „2.“ und „3.“ gekenn-

zeichneten Felder) eingetragen werden.

In das dritte („3.“) Feld, das kein vorgedrucktes „F“ enthält, kann auch eine Zusatzkodierung eingetragen werden. Die ICD-10 benennt hierzu im Abschnitt „Anhang“ eine Liste von Krankheiten und Bedingungen, die häufig mit den psychiatrischen Diagnosen in Zusammenhang stehen, diese ergänzen oder weitere wichtige Hinweise geben. Insbesondere können für psychiatrische Zwecke folgende Zusatzkodierungen wichtig sein:

X60 - X84: Beschreibung vorsätzlicher Selbstbeschädigungen

X85 - Y09: Beschreibung tätlicher Angriffe

Y40 - Y59: Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Stoffe, die bei therapeutischer Verwendung schädliche Wirkungen verursachen

Z00 - Z99: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen



Die zu Beginn der ambulanten Behandlung vorsichtigerweise nur als Differenzialdiagnose genannte paranoide Schizophrenie (F20.0) des Herrn K. hat sich inzwischen bestätigt und wird deshalb hier als Hauptdiagnose eingetragen. Der Patient gibt immer noch an, erhebliche Erektionsprobleme (F52.2) zu haben, möchte diesbezüglich aber nicht weiter befragt oder behandelt werden. Die erste Zeile des Feldes ist dann wie folgt auszufüllen:

Diagnosen (ICD-10) bei Beendigung																			
I. psychiatrische Diagnose(n)																			
1.	F	2	0	.	0		2.	F	5	2	.	2		3.					

II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)

Gibt es bei einem Patienten Differenzialdiagnosen, so sollen diese in der zweiten Diagnosezeile mit der Überschrift "II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)" eingetragen werden.

Differenzialdiagnosen sind alternativ in Betracht kommende Diagnosen, an die bis zur endgültigen Festlegung bzw. Verwerfung einer Diagnose gedacht werden sollte.

Handelt es sich bei den Angaben zu "I. psychiatrische Diagnose(n)" um gesicherte Diagnosen, bleibt diese Zeile („II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)") leer.

In das dritte („3.“) Feld, das kein vorgedrucktes „F“ enthält, kann auch eine Zusatzkodierung (weitere Ausführungen hierzu siehe "I. psychiatrische Diagnose(n)"). eingetragen werden.



Wie zu Beginn der Behandlung könnte es sich bei der Nebendiagnose Erektionsstörung (F52.2) bei einer genaueren Exploration der Sexualität, die auch nach 6-monatiger Behandlung noch nicht möglich war, auch um eine zugrunde liegende generalisierte sexuelle Aversion (F52.10) handeln.

Die zweite Zeile des Feldes ist dann wie folgt auszufüllen:

II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)		
1.	F 52.10	2.
		3.

CGI bei Beendigung

Die CGI-Skala (Clinical Global Impression = Klinischer Gesamteindruck) besteht grundsätzlich aus drei Teilen, wobei bei dieser Frage Teil 1 (=Schweregrad der Krankheit) und Teil 2 (Heilungsverlauf bzw. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung) erforderlich sind. Die Beurteilung erfolgt durch den klinisch erfahrenen Behandler.

Teil 1 (Schweregrad)

Der Behandler soll den Krankheitsgrad des Patienten auf der Basis seiner gesamten Erfahrung mit dieser speziellen Patientengruppe (also Patienten mit selben Form der Erkrankung) feststellen.

Einen Angstneurotiker beispielsweise beurteilt der untersuchende Behandler anhand seiner Erfahrungen nur mit Angstneurotikern und nicht auf der Grundlage eines klinischen Erfahrungshintergrundes, der Schizophrene, Hirngeschädigte und Depressive ebenso wie Angstneurotiker umfasst. Der zeitliche Bezugsrahmen für diese Beurteilung ist die Woche vor dem gegenwärtigen Zeitpunkt (letzter ambulanter Kontakt mit dem Patienten).

Teil 2 (Heilungsverlauf)

Der klinisch erfahrene Behandler beurteilt die Zustandsänderung des Patienten (wie bei Teil 1). Der Bezugsrahmen für diese Gesamtbeurteilung ist die Zeitspanne seit Beginn der jeweiligen Behandlung (Aufnahme in der Ambulanz) bis zum jetzigen Zeitpunkt (Beendigung der ambulanten Behandlung).



Der Patient Maier ist im Vergleich zu anderen Patienten mit einer Angstneurose zum jetzigen Zeitpunkt nur noch leicht krank. Im Zeitraum der gesamten ambulanten Behandlung (also seit Aufnahme in die Ambulanz) ist eine deutliche Besserung zu verzeichnen. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

CGI bei Beendigung Teil1 (Schweregrad)	Teil2 (Heilungsverlauf)
Patient ist ...	Zustand ist ...
<input type="radio"/> 1: nicht beurteilbar	<input type="radio"/> 1: nicht beurteilbar
<input type="radio"/> 2: überhaupt nicht krank	<input type="radio"/> 2: sehr viel besser
<input type="radio"/> 3: Grenzfall psychiatr. Erkrankung	<input checked="" type="radio"/> 3: viel besser
<input checked="" type="radio"/> 4: nur leicht krank	<input type="radio"/> 4: nur wenig besser
<input type="radio"/> 5: mäßig krank	<input type="radio"/> 5: unverändert
<input type="radio"/> 6: deutlich krank	<input type="radio"/> 6: etwas schlechter
<input type="radio"/> 7: schwer krank	<input type="radio"/> 7: viel schlechter
<input type="radio"/> 8: extrem schwer krank	<input type="radio"/> 8: sehr viel schlechter

GAF bei Beendigung

Mit Hilfe der GAF-Skala (**G**lobal **A**ssessment of **F**unctioning Scale) wird die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit der Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit bewertet. Jede ganze Zahl von 0 - 100 ist verwendbar. Die Skala der GAF-Werte finden Sie auf Seite 70.



Der Wert 0 steht für "unzureichende Information".

Angegeben werden soll der aktuelle GAF-Wert zum Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung (also zum Zeitpunkt des letzten Kontaktes mit dem Patienten).



Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit auf Grund körperlicher oder umweltbedingter Einschränkungen werden nicht mit einbezogen.



Der Zustand von Frau Muhr ist zum Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung als deutlich gebessert anzusehen. Lediglich eine leichte depressive Verstimmung ist zurückgeblieben, sie hat wichtige soziale Beziehungen. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

GAF bei Beendigung
GAF-Wert: 64

Datum, Unterschrift

Hier soll das Datum eingetragen werden, an dem der Behandler die Beendigungsdokumentation durchführt.

Dieses Datum muss nicht übereinstimmen mit dem "Datum Behandlungsbeendigung". Beispielsweise liegen die beiden Datumsangaben bei einer rückwirkenden Dokumentation (Behandlungsbeendigung nach zwei leistungsfreien Quartalen) mehr als ein halbes Jahr auseinander.

Außerdem soll der Ausfüller (in der Regel die Bezugsperson in der Ambulanz) den Bogen unterschreiben.

Allgemeine Information

Je nach tatsächlicher Kontakthäufigkeit ist bei bis zu drei Kontakten eine AmbADO-Kurzversion, bei mehr als drei Kontakten eine AmbADO-Vollversion auszufüllen.

Wann wird der Bogen ausgefüllt?

Beim ersten Patientenkontakt werden alle Fragen bis einschließlich fremde Mitbetreuung bzw. Mitbehandlung ausgefüllt. Zu diesem Termin erfolgt die Leistungsabrechnung.

Die restlichen Fragen (Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung, CGI und GAF bei Beendigung) werden beim letzten Termin der Kurzbehandlung ausgefüllt.

Patientendaten

In diesem Abschnitt werden wichtige personenbezogene Daten zum Patienten erfragt.

Gegebenenfalls können Sie anstelle schriftlicher Angaben auch das Patientenetikett aufkleben und die darin nicht enthaltenen Angaben ergänzen. Falls eine spätere Datenübernahme aus einem Klinikinformationssystem (KIS) möglich ist, bitte zumindest die Zeilen Name, Vorname, Geburtsdatum, Datum Leistungsabrechnung und Datum Behandlungsbeginn ausfüllen, damit eine eindeutige Zuordnung des Bogens möglich ist.



Einige der bei dieser Frage erhobenen Daten werden nicht zu statistischen Zwecken erhoben (z. B. Telefonnummer), sondern dienen ausschließlich als Übersicht über wichtige Patientendaten für die Mitarbeiter der Ambulanz.



Die Patientin Ingeborg Kaufmann, geb. Fauchon, wurde am 15.07.1967 geboren. Sie ist bei der AOK-München versichert und lebt in der Lindwurmstraße 193 in München. Sie ist verheiratet, lebt aber inzwischen getrennt von ihrem Mann. Die Patientin wurde am 04.01.01 in die Ambulanz aufgenommen. Sie arbeitet als Friseurin bei der Fa. Haargenau. Sie ist französische Staatsbürgerin. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Patientendaten	
Kostenträger/ Ort:	AOK-München, 81347 München
Versicherungsnummer:	0945904304
Datum Leistungsabrechnung 101/201:	04.01.2007
Datum Behandlungsbeginn:	04.01.2001
Name / Vorname:	Kaufmann Ingeborg
Geburtsname:	Fauchon
Geburtsdatum:	15.07.1967
Geschlecht	<input type="radio"/> männlich <input checked="" type="radio"/> weiblich
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input checked="" type="radio"/> getrennt lebend <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> unbekannt / unklar
Straße, Haus-Nr.:	Lindwurmstraße 193
PLZ, Wohnort, Landkreis:	80336 München
Telefon:	089 / 74 69 91 09
Staatsangehörigkeit:	französisch
Beruf (zuletzt ausgeübter):	Friseurin
Arbeitgeber Patient:	Haargenau, Tel. 089 / 25 62 56
Adresse (Arbeitgeber):	Tor 17, 81997 München

Kostenträger / Ort

Hier tragen Sie bitte Name, Postleitzahl und Ort der Krankenversicherung ein.



Patientin Linde ist bei der Betriebskrankenkasse-Siemens in 81347 München versichert. Es soll dann „BKK-Siemens, 81347 München“ eingetragen werden.

Nicht selten ist das Sozialamt der Kostenträger. In diesem Fall erfragen Sie bitte, welches Sozialamt zuständig ist und tragen dieses ein.



Patient M. ist über das Sozialamt München-Süd, 80331 München krankenversichert. Es soll dann „Sozialamt München-Süd, 80331 München“ eingetragen werden.



Bitte geben Sie auch bei Privat-Patienten den Namen der privaten Krankenversicherung an.

Versicherungsnummer

Die Versicherungsnummer entnehmen Sie bitte der Krankenkassen-Chipkarte. Sie hat 7 Stellen und ist auf der Chipkarte mit „Kasse“ bezeichnet. (Vorsicht: Nicht verwechseln mit Versicherten-Nr.!)

Datum Leistungsabrechnung 101 / 201

Tragen Sie hier bitte das Datum ein, an dem Sie die Leistungsziffer 101 bzw. 201 für die AmBADO-Dokumentation abrechnen. Nachdem bei mehreren Kurzbehandlungen pro Jahr jeweils diese Leistung abgerechnet werden kann, dient die Angabe zur besseren Übersicht, falls der Behandlungsverlauf gegenüber der Krankenkasse dargelegt werden muss.



Die Ambulanzbehandlung von Herrn Sinnes umfasste nur einen einzigen Krisentermin am 03.10.2007. An diesem Tag wurde die AmBADO-Kurzversion dokumentiert und abgerechnet. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Datum Leistungsabrechnung 101/201: 03.10.2007

Datum Behandlungsbeginn

Hier soll das Datum jenes Tages eingetragen werden, an dem die Behandlung des Patienten in der Institutsambulanz erstmals (Erstkontakt) oder erneut (Wiederaufnahme) begonnen wurde.

Hier soll nicht das Aufnahmedatum aus der Patientenverwaltung eingetragen werden, welches je nach Verwaltungssystem den ersten Tag des Quartals oder das Datum der ersten Leistung für den betreffenden Patienten im Quartal bezeichnet.



Die Patientin K. wurde in den Monaten November und Dezember des Jahres 2005 vollstationär psychiatrisch behandelt. Aufgrund ihres Krankheitsbildes erschien eine längerfristige ambulante Betreuung sinnvoll (Settingwechsel von der stationären Behandlung in die ambulante Behandlung). Am 04. Januar 2006 erschien sie deshalb zum ersten Mal zu wöchentlich stattfindenden Terminen. Als "Datum Behandlungsbeginn" ist also der 04.01.2006 einzutragen.

Datum Behandlungsbeginn: 04.01.2006

**Name, Vorname,
Geburtsname, Geburtsdatum,
Geschlecht, Familienstand**

Bitte tragen Sie den Familiennamen, Vornamen und den Geburtsnamen (falls dieser nicht mit dem aktuellen Familiennamen übereinstimmt) ein. Außerdem notieren Sie bitte das Geburtsdatum und kreuzen das Geschlecht und den Familienstand des Patienten an.

Adresse

Tragen Sie bitte die Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort des Patienten ein.

Landkreis

Wenn das Versorgungsgebiet Ihrer Ambulanz in verschiedene Abschnitte oder Sektoren eingeteilt ist, kann hier eine Angabe gemacht werden, um welchen Teil (oder Sektor, oder Landkreis) des Versorgungsgebietes es sich handelt.

Telefon

Bitte tragen Sie hier die Telefonnummer des Patienten ein. Diese wird nicht zu statistischen Zwecken erhoben, sondern dient ausschließlich für Sie als Behandler zur schnellen Übersicht und Kommunikation.

Staatsangehörigkeit

Bitte tragen Sie hier die Staatsangehörigkeit des Patienten ein, und zwar unabhängig von eventuell abweichender Muttersprache oder abweichendem Herkunftsland.

Hat der Patient zwei Staatsangehörigkeiten, sollen beide eingetragen werden.

Beruf (zuletzt ausgeübter)

Hier soll der zuletzt ausgeübte Beruf, bzw. der Beruf, den der Patient augenblicklich ausübt, eingetragen werden.



Die Patientin K. ist gelernte Friseurin und übte diesen Beruf aus, bis ihr vor 4 Jahren eine Erwerbsunfähigkeitsrente zugesprochen wurde. Auch wenn die Patientin gegenwärtig keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgeht, ist ihr zuletzt ausgeübter Beruf „Friseurin“ einzutragen.

**Arbeitgeber Patient, Adresse
(Arbeitgeber)**

Falls der Patient in einem Beschäftigungsverhältnis steht, soll an dieser Stelle der Arbeitgeber mit Adresse und Telefonnummer eingetragen werden.

Hauptversicherter

Ob ein Patient Hauptversicherter oder mitversichert ist, kann auf der Krankenkassen-Chipkarte abgelesen werden:

Status 1 = Hauptversicherter

Status 3 = mitversichert

Status 5 = Rentner (ob Hauptversicherter oder mitversichert muss erfragt werden)

Ist der Patient Hauptversicherter, kann „wie oben“ angekreuzt werden. Im Falle einer Mitversicherung muss der gesamte Block mit den Daten des Hauptversicherten ausgefüllt werden.



Frau Mahler lebt seit kurzem getrennt von Ihrem Ehemann, ist aber noch zusammen mit ihm krankenversichert. Herr Mahler wurde am 15.02.1956 geboren und ist bei der Firma AB-Bau in München als Kranführer beschäftigt. Er wohnt seit der Trennung von seiner Frau in der Auenstraße 17 in München. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Hauptversicherter	<input type="radio"/> wie oben		
Name:	Mahler, Marc		
Geb.-Datum:	15.02.1956	Beruf:	Kranführer
Adresse:	Auenstr. 17, 80336 München		
Arbeitgeber/Adresse:	AB-Bau, Wall 17, 81997 München		

Bezugsperson(en) Ambulanz

In vielen Ambulanzen gibt es ein Bezugspersonensystem. Insbesondere Langzeitpatienten bekommen ein oder zwei Behandler zugeordnet, die ihre regelmäßigen Ansprechpartner in der Ambulanz sind. Manchmal gibt es auch ein Betreuungsteam, das aus einem ärztlichen und einem nichtärztlichen Mitarbeiter der Ambulanz besteht.

Hat ein Patient eine oder mehrere solche Bezugspersonen in der Ambulanz, so sollen diese hier mit Berufsbezeichnung eingetragen werden.



Herr Köhler wird hauptsächlich von Fachkrankenschwester M. Müller und zusätzlich (medizinisch) von dem Arzt Dr. C. Meier betreut. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Bezugsperson(en) Ambulanz
Name(n): M. Müller (Fachpfleger), Dr. C. Meier (Arzt)

Behandlungssetting

Bereits durch die Auswahl dieses AmBADO-Bogens haben Sie eine erste Entscheidung über das Setting getroffen, in dem der Patient behandelt werden soll. Es wird sich um eine Kurzbehandlung (bis zu drei Termine) und nicht um eine längerfristige Behandlung handeln (sonst hätten Sie die Vollversion gewählt).

Bei dieser Frage soll nun noch genauer erfasst werden, um welches kurzfristige Setting es sich handelt. Bitte wählen Sie aus den folgenden Definitionen das zutreffende Setting aus (oder benennen Sie es als Freitext unter der Kategorie "sonstiges").



Sollte die Behandlung unvorhergesehen doch mehr als drei Termine umfassen, muss rückwirkend eine Umwandlung der Dokumentation in eine Vollversion erfolgen.

Definitionen

Vertretung / Überbrückung anderer Behandler

Vertretungs- oder Überbrückungssituationen entstehen dann, wenn der Patient grundsätzlich in ein anderes, definiertes Behandlungs- bzw. Betreuungsangebot außerhalb der eigenen Ambulanz eingebunden ist oder sein wird, welches ihm nur momentan (noch) nicht zur Verfügung steht. In diesem Fall besteht die Behandlung in der Regel aus inhaltlich festgelegten, begrenzten Leistungen, die möglicherweise mit dem eigentlichen Behandler abgesprochen sind.

Zeitlich wird die Überbrückung nur in Ausnahmefällen eine Dauer von zwei bis vier Wochen überschreiten. Zum Beispiel ist eine therapeutische Einbindung andernorts definitiv vorgesehen und geplant und es werden dem Patienten noch drei Termine als Überbrückung vom Haus angeboten; oder der Nervenarzt des Patienten ist im Urlaub und der Patient holt sich seine Spritze oder ein Rezept in der Ambulanz ab.

Behandlungsaufgabe (z. B. §§ 35, 67)

Unter Behandlungsaufgabe ist eine auf einer richterlichen Anordnung basierende, definierte Behandlungsmaßnahme zu verstehen, die üblicherweise zeitlich begrenzt ist. Soll bei einem Patienten eine solche Behandlungsaufgabe durch die Betreuung in der Ambulanz des Hauses gewährleistet werden, so ist bei der Frage des Behandlungssettings hier „Behandlungsaufgabe“ anzukreuzen. Dies gilt auch dann, wenn der Patient sich im Prinzip freiwillig in diese Betreuung begibt.

Auftragsleistung

Eine Auftragsleistung im Rahmen einer Kurzbehandlung ist hier eine von professioneller Seite angeforderte, umschriebene Leistung. Sie ist entweder eine diagnostische oder gutachterliche Leistung; In der Regel ist sie zeitlich auf max. drei Kontakte begrenzt und es erfolgt eine Rückmeldung bzw. Rückgabe des Ergebnisses an den Auftraggeber.

Oder sie ist eine inhaltlich vorgegebene oder definierte therapeutische Leistung: Dann ist sie zeitlich befristet auf maximal drei Kontakte (z. B. ein Paar- oder Familiengespräch).

Notfall / Krisenintervention

Eine Notfallbehandlung oder Krisenintervention ist vorrangig definiert durch die Art der Kontaktaufnahme und Dringlichkeit des Handlungsbedarfs: In der Regel handelt es sich um einen ungeplanten Kontakt innerhalb oder außerhalb der regulären Ambulanzarbeitszeit, meist auf Veranlassung des Patienten selbst oder durch Dritte, im Bedarfsfall auch mit aufsuchender Tätigkeit seitens des Ambulanzpersonals. Zu den Notfallbehandlungen oder Kriseninterventionen zählen in der Regel auch die ungeplanten Tätigkeiten der Bereitschaftsärzte oder Bereitschaftsdienste außerhalb der Regelarbeitszeit. Wichtiges Kriterium ist meistens auch die Akuität der Symptomatik.

Beratung

Dieses Setting ist anzukreuzen, wenn es sich um Gesprächskontakte handelt, die eindeutig Beratungsleistungen zum Inhalt haben. Diese können das gesamte multiprofessionelle Spektrum betreffen, zum Beispiel einerseits Beratung bezüglich Behandlungsmöglichkeiten im Hause oder andererseits Beratung über Hilfemöglichkeiten und Behandlungsangebote im Versorgungsgebiet (wie Hilfestellung bei Weiterverweisung und Weitervermittlung) oder auch Beratung von Angehörigen oder anderen nicht direkt Betroffenen.



Frau Zach kam wegen einer akuten Krise in die Ambulanz. Bereits nach einem Kriseninterventionsgespräch ging es ihr deutlich besser und eine weitere Behandlung war nicht indiziert. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Behandlungssetting	
<input type="radio"/> Vertretung / Überbrückung anderer Behandler	<input type="radio"/> Behandlungsaufgabe (z. B. §§ 35, 67)
<input type="radio"/> Auftragsleistung (diagn./therap./gutacht.)	<input checked="" type="radio"/> Notfall / Krisenintervention
<input type="radio"/> Beratung	<input type="radio"/> unbekannt / unklar
<input type="radio"/> sonstiges:	

Wohnsituation (1. Wohnsitz)

Hier ist die Wohnsituation am Hauptwohnsitz (das heißt sozialer und beruflicher Lebensmittelpunkt) des Patienten zu nennen. In der Regel ist das auch der Ort, an dem der Patient polizeilich gemeldet ist. Entscheidend für den Fokus der Frage ist jedoch nicht die polizeiliche Meldung, sondern der tatsächliche Lebensmittelpunkt. Bei Klienten, die zwar polizeilich gemeldet sind, derzeit aber keine eigene Wohnung haben, sondern etwa bei Freunden untergekommen sind, sollte ohne Beschönigung die Kategorie „ohne festen Wohnsitz“ angekreuzt werden, da dies für Auswertungen über die Klientel jenseits von befürchteten Stigmatisierungen von Bedeutung ist.

Bei einer gemischten Wohnsituation ist die bestimmende Wohnform anzugeben (keine Mehrfachnennung möglich!).



Ein Patient lebt hauptsächlich im betreuten Einzelwohnen, wohnt jedoch auch am Wochenende regelmäßig bei seinen Eltern. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Wohnsituation (1. Wohnsitz)	
<input type="radio"/> Privatwohnung, möbl. Zimmer, WG	<input type="radio"/> Familienpflege
<input checked="" type="radio"/> betreutes Einzelwohnen	<input type="radio"/> betreute Wohngruppe
<input type="radio"/> therapeutisches/psych. Heim, gerontopsych. Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/Wohnheim	<input type="radio"/> sonstiges nichttherapeut. Heim (z. B. Studentenwohnheim)
<input type="radio"/> Altenheim / -wohnheim / -pflegeheim	<input type="radio"/> psychiatr. Krankenhaus
<input type="radio"/> o. festen Wohnsitz, Obdachlos(-enasyl)	<input type="radio"/> Justizvollzugsanstalt
<input type="radio"/> sonstiges:	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Lebensform

Falls der Patient nicht alleine lebt, sollen alle mit ihm zusammenlebenden Personen angegeben werden (Mehrfachantworten möglich).



Frau Fromm lebt zusammen mit Ihrem Mann (mit (Ehe-)Partner) und dessen Cousin (mit anderen Verwandten) bei ihrer Mutter (mit Eltern(-teil)). Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Lebensform	
<input type="radio"/> allein	
<input checked="" type="checkbox"/> mit Eltern(-teil)	<input checked="" type="checkbox"/> mit (Ehe-)Partner
<input type="checkbox"/> mit Kind(ern)	<input type="checkbox"/> mit Schwester / Bruder
<input checked="" type="checkbox"/> mit anderen Verwandten	<input type="checkbox"/> mit Bekannten, Wohngem. o. Ä.
<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="radio"/> unbekannt / unklar



Frau Kurz lebt in einem psychiatrischen Wohnheim. Dort teilt sie sich ein Zweibettzimmer mit einer anderen Heimgastin (sonstiges). Die Frage ist wie folgt zu beantworten:

Lebensform	
<input type="radio"/> allein	
<input type="checkbox"/> mit Eltern(-teil)	<input type="checkbox"/> mit (Ehe-)Partner
<input type="checkbox"/> mit Kind(ern)	<input type="checkbox"/> mit Schwester / Bruder
<input type="checkbox"/> mit anderen Verwandten	<input type="checkbox"/> mit Bekannten, Wohngem.
<input checked="" type="checkbox"/> sonstiges	<input type="radio"/> unbekannt / unklar

Ambulanzart

Hier ist anzukreuzen, ob es sich bei der Ambulanz, in der die dokumentierte Behandlung stattfindet, um eine allgemeinpsychiatrische Ambulanz, um eine der aufgeführten Spezialambulanzen oder um eine sonstige Spezialambulanz handelt.



Sonderfall

Wird ein Patient von mehreren Ambulanzeinheiten im Haus betreut, so soll hier diejenige Ambulanzeinheit eingetragen werden, die den Patienten intensiver betreut. In der Regel übernimmt diese Ambulanzeinheit auch die Dokumentation und rechnet die Leistungsziffer für die AmBADO ab. Die Behandler der Ambulanzeinheiten müssen sich einigen, wer die tragende Rolle einnimmt.



Herr Köhler wird aufgrund seiner chronischen paranoiden Schizophrenie in der allgemeinpsychiatrischen Ambulanz behandelt. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Ambulanzart	
<input checked="" type="radio"/> Allgemeinpsychiatrie	<input type="radio"/> Gerontopsychiatrie
<input type="radio"/> Schlafambulanz	<input type="radio"/> Krisenambulanz
<input type="radio"/> Alkohol- und Medikamentenabh.	<input type="radio"/> Illegale Drogen
<input type="radio"/> Geistig Behinderten Ambulanz	<input type="radio"/> Forensik
<input type="radio"/> sonstige (z. B. Doppeldiagnose):	

Ambulanzdifferenzierung (Abteilung im Haus)

Wenn es nur eine Ambulanzeinheit in der Klinik gibt, kann dieses Feld frei bleiben.

Wenn es mehrere Ambulanzeinheiten in einem Krankenhaus gibt (z. B. Suchtambulanz, Gerontoambulanz 1, Gerontoambulanz 2 oder unterschiedliche Standorte), so ist es sinnvoll, bei der Auswertung der AmBADO-Daten die unterschiedlichen Ambulanzeinheiten voneinander unterscheiden zu können.

Die Bezeichnung der zutreffenden Ambulanzeinheit muss hier eingetragen werden.



In der Klinik muss festgelegt sein, welche unterschiedlichen Ambulanzeinheiten es gibt und wie diese bezeichnet werden sollen.

Alle Dokumentierenden müssen beim Ausfüllen dieses Feldes diese festgelegten Bezeichnungen einheitlich verwenden, um eine differenzierte Auswertung zu ermöglichen.



Die Institutsambulanz im Klinikum Schönfeld hat insgesamt nur eine Institutskennziffer.

Organisatorisch ist die Ambulanz jedoch in eine Allgemeinpsychiatrische, eine Krisenambulanz und zwei Suchtambulanzen an unterschiedlichen Standorten (Klinik und Stadtmitte) gegliedert.

In der Klinik wurde festgelegt, dass die Ambulanzeinheiten wie folgt bezeichnet werden sollen:

- AA = Allgemeinpsychiatrische Ambulanz
- KA = Krisenambulanz
- SAK = Suchtambulanz Klinik
- SAM = Suchtambulanz Stadtmitte

Die Kurzbehandlung von Frau Sommer findet in der Krisenambulanz statt.

Ambulanzdifferenzierung: (Abteilung im Haus)
KA

Diagnosen (ICD-10) bei Aufnahme

Für die Auswertung dieser Frage ist es sehr wichtig, dass bei mehrfach erkrankten Patienten möglichst alle zutreffenden psychiatrischen und somatischen Diagnosen angegeben werden.



Mit den Auswertungsergebnissen bei dieser Frage kann dargestellt werden, wie krank die Patienten sind, die in Ihrer Institutsambulanz behandelt werden (z. B. Patienten mit einer Doppeldiagnose: psychotische Erkrankung und Suchterkrankung).

keine psychiatrische Diagnose

In der untersten Zeile des Diagnoseblocks gibt es bei der Kurzversion die Möglichkeit „keine psychiatrische Diagnose“ anzukreuzen. Diese Antwortmöglichkeit ist für diejenigen Fälle vorgesehen, in denen zum Beispiel Dritte (Angehörige, Freunde von Patienten) beraten werden oder ein Kurzkontakt mit einem Patienten stattgefunden hat, bei dem keine psychiatrische Erkrankung vorliegt.

In allen anderen Fällen müssen diagnostische Angaben (verschlüsselt nach ICD-10) gemacht werden:



Herr Reimer erscheint ohne Termin in der Ambulanz und gibt an von seinem Hausarzt zur Abklärung geschickt worden zu sein. Eine ausführliche psychiatrische Exploration ergibt keine Hinweise auf das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung. In der letzten Zeile des Feldes ist dann "keine psychiatrische Diagnose" anzukreuzen:

Diagnosen (ICD-10) bei Aufnahme		
I. psychiatrische Diagnose(n)		
1. F _ _ . _ _	2. F _ _ . _ _	3. _ _ _ . _ _
II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)		
1. F _ _ . _ _	2. F _ _ . _ _	3. _ _ _ . _ _
III. sonstige neurologische / somatische Diagnose(n)		
1. .	2. .	3. .
Ⓞ keine psychiatrische Diagnose		

I. Psychiatrische Diagnose(n)

Die aktuelle psychiatrische Hauptdiagnose, soll hier verschlüsselt nach ICD-10 in das mit „1.“ gekennzeichnete Raster (bestehend aus einem vorgegebenen Buchstaben F, zwei freien Stellen, einem Trennpunkt und zwei weiteren freien Stellen) eingetragen werden.

Weitere psychische Erkrankungen, die möglicherweise neben der Hauptdiagnose bestehen, sollen in der Reihenfolge der Wichtigkeit als zweite bzw. dritte Diagnose (in die mit „2.“ und „3.“ gekennzeichneten Felder) eingetragen werden.

In das dritte („3.“) Feld, das kein vorgedrucktes „F“ enthält, kann auch eine Zusatzkodierung eingetragen werden. Die ICD-10 benennt hierzu im Abschnitt „Anhang“ eine Liste von Krankheiten und Bedingungen, die häufig mit den psychiatrischen Diagnosen in Zusammenhang stehen, diese ergänzen oder weitere wichtige Hinweise geben. Insbesondere können für psychiatrische Zwecke folgende Zusatzkodierungen wichtig sein:

X60 - X84: Beschreibung vorsätzlicher Selbstbeschädigungen

X85 - Y09: Beschreibung tätlicher Angriffe

Y40 - Y59: Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Stoffe, die bei therapeutischer Verwendung schädliche Wirkungen verursachen

Z00 - Z99: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen



Frau Sommer wurde in den vergangenen zehn Monaten wegen einer bipolaren affektiven Störung (F31.4) von niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten behandelt. Es besteht bei ihr zusätzlich ein Alkoholproblem (F10.1). In einer akuten Krise an einem Wochenende wendet sie sich an die Institutsambulanz. Die erste Zeile des Feldes ist dann wie folgt auszufüllen:

Diagnosen (ICD-10) bei Aufnahme		
I. psychiatrische Diagnose(n)		
1.	2.	3.
F 3 1 . 4	F 1 0 . 1	



Frau Reizel hatte für sich und den bei ihr lebenden 23-jährigen Sohn ein Beratungsgespräch in der Institutsambulanz vereinbart, weil dieser seit mehreren Wochen Anzeichen einer schweren Depression zeigte. Zu dem Termin kam sie aber ohne ihren Sohn, der an diesem Tag nicht zum Aufstehen zu bewegen gewesen war. Im Gespräch mit Frau Reizel wird die erhebliche Belastung durch die Betreuung ihres Sohnes deutlich, ohne dass bei ihr selbst eine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann. Die Dokumentation für die Beratung durch die Behandlerin erfolgt in der AmBADO-Kurzversion. Für einen solchen Fall kann eine Zusatzdiagnose angegeben werden; in diesem Fall Z63.7 "andere belastende Lebensumstände, die die Familie oder die Haushaltführung in Mitleidenschaft ziehen".

Diagnosen (ICD-10) bei Aufnahme		
I. psychiatrische Diagnose(n)		
1.	2.	3.
F	F	Z 6 3 . 7

II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)

Gibt es bei einem Patienten Differenzialdiagnosen, so sollen diese in der zweiten Diagnosezeile mit der Überschrift "II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)" eingetragen werden.

Differenzialdiagnosen sind alternativ in Betracht kommende Diagnosen, an die bis zur endgültigen Festlegung bzw. Verwerfung einer Diagnose gedacht werden sollte.

Handelt es sich bei den Angaben zu "I. psychiatrische Diagnose(n)" um gesicherte Diagnosen, bleibt diese Zeile („II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)“) leer.

In das dritte („3.“) Feld, das kein vorgedrucktes „F“ enthält, kann auch eine Zusatzkodierung (weitere Ausführungen hierzu siehe "I. psychiatrische Diagnose(n)"). eingetragen werden.



Bei der Hauptdiagnose von Herrn Kreier „wahnhafte Störung“ (F22.0) könnte es sich differenzialdiagnostisch auch um eine „paranoide Schizophrenie“ (F20.0) handeln. Aus diesem Grund muss hier in das mit „1.“ gekennzeichnete Kästchen die Differenzialdiagnose "paranoide Schizophrenie" eingetragen werden.

II. psychiatrische Differenzialdiagnose(n)		
1. F 20.0	2. F	3.

III. sonstige, neurologische / somatische Diagnose(n)

Sonstige neurologische bzw. somatische Diagnosen sollen hier, verschlüsselt nach ICD-10, in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit in die Kästchen „1.“, „2.“ oder „3.“ eingetragen werden.

Liegen keine sonstigen neurologischen bzw. somatischen Diagnosen vor, so kann dieses Feld leer bleiben



Herr Kreider leidet über seine psychiatrische Erkrankung hinaus noch an einem Tinnitus (H93.1). Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

III. sonstige neurologische / somatische Diagnose(n)		
1. H93.1	2.	3.

sprachliche Verständigung

Sämtliche Formen der funktionierenden oder eingeschränkten sprachlichen Verständigung sollen mit dieser Frage erfasst werden.

Das heißt, hier soll auch "mit Schwierigkeiten" angekreuzt werden, wenn sich der Patient zum Beispiel auf Grund einer organischen Erkrankung (oder eines katatonen Zustands, Verwirrheitszustands, psychotisch gespannten Zustands oder aphasischen Syndroms nach Unfall oder Schlaganfall) nur mit Schwierigkeiten verständlich machen kann und nicht nur, wenn es sich um einen fremdsprachigen Patienten handelt, welcher der deutschen Sprache nicht mächtig ist.



Patientin Schmidt ist gebürtige Niederbayerin und spricht starken regionalen Dialekt. Aufgrund eines Schlaganfalls ist ihre Sprache deutlich verwaschen und für den Behandler nur schwer zu verstehen. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

sprachliche Verständigung	
<input type="radio"/> problemlos	<input checked="" type="radio"/> mit Schwierigkeiten
<input type="radio"/> mit Übersetzer / Dolmetscher	<input type="radio"/> nicht möglich

fremde Mitbetreuung bzw. Mitbehandlung

Bitte geben Sie hier alle Ihnen bekannten Einrichtungen bzw. Personen an, die den Patienten im Rahmen seiner psychiatrischen Erkrankung neben der dokumentierenden Ambulanz betreuen bzw. behandeln.

Gibt es keine passende Ankreuzmöglichkeit für eine betreuende oder mitbehandelnde Einrichtung bzw. Person, so soll das Kästchen „sonstige“ angekreuzt und die betreffende Einrichtung bzw. Person als Freitext angegeben werden.

Nimmt der Patient im Zusammenhang mit seiner psychiatrischen Erkrankung neben der dokumentierenden Ambulanz keine weiteren Behandlungs- oder Betreuungsangebote in Anspruch, so ist als Antwort „keine“ anzukreuzen.

Wenn man keine Kenntnis darüber hat, ob der Patient neben der eigenen Ambulanz noch andere ambulante Behandlungs- oder Betreuungsangebote in Anspruch nimmt, ist als Antwort „unbekannt/unklar“ anzukreuzen.

Bei dieser Frage werden folgende Abkürzungen verwendet:

- RPK = Rehabilitation Psychisch Kranker
- PSB = Psychosoziale Beratungsstelle



Frau Stamm wohnt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft, besucht halbtags die Arbeitstherapie und zweimal pro Woche eine Tagesstätte. Außerdem hat sie, für sie sehr bedeutsamen, wöchentlichen Kontakt zu einem Priester. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

fremde Mitbetreuung bzw. Mitbehandlung	
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> unbekannt / unklar
<input type="checkbox"/> niedergelassener Psychiater	<input type="checkbox"/> niedergel. ärztl. Psychotherapeut
<input type="checkbox"/> sonstiger niedergel. Arzt	<input type="checkbox"/> niedergel. <u>nicht</u> ärztl. Psychoth.
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/> Suchtberatung / PSB
<input type="checkbox"/> Sozialstation	<input type="checkbox"/> allgemeine soziale Dienste
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> Familienpflege
<input checked="" type="checkbox"/> Betreutes Wohnen / therap. WG	<input type="checkbox"/> Übergangseinrichtung
<input type="checkbox"/> (psychiatrisches) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Alten(pflege)heim
<input checked="" type="checkbox"/> Tages(pflege)stätten	<input type="checkbox"/> ambul. psychiatr. Pflegedienst
<input type="checkbox"/> ambulante somatische Pflege	<input checked="" type="checkbox"/> ambul. Arbeits- / Ergotherapie
<input type="checkbox"/> REHA / RPK	<input type="checkbox"/> berufsbeogl. Fachdienst/Arb.assist
<input type="checkbox"/> Ämter (z. B. Jugend-, Gesundheitsamt)	
<input checked="" type="checkbox"/> sonstige: <i>Priester</i>	

Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung

Hier sind alle Einrichtungen und Dienste anzukreuzen, die in die Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung des Patienten einbezogen werden sollen.



Im Rahmen der Kurzbehandlung in der Institutsambulanz hat der Behandler seinen Patienten, Herrn Kreier, an einen niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten und einen niedergelassenen Psychiater weiter vermittelt. Die Behandlung in der Institutsambulanz wird beendet. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung	
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> unbekannt / unklar
<input type="checkbox"/> Praktischer Arzt / Allgemeinarzt	
<input checked="" type="checkbox"/> niedergelassener Psychiater	
<input checked="" type="checkbox"/> niedergelassener ärztlicher Psychotherapeut (Nicht-Psychiater)	
<input type="checkbox"/> sonstiger niedergelassener Arzt	
<input type="checkbox"/> Arzt anderer öffentlicher Stellen (z. B. Truppenarzt)	
<input type="checkbox"/> niedergelassener <u>nicht</u> ärztlicher Psychotherapeut	
<input type="checkbox"/> andere psychiatrische Ambulanz / Poliklinik	
<input type="checkbox"/> andere <u>nicht</u> psychiatrische Ambulanz / Poliklinik	
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen / therapeutische WG	
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrischer Dienst	
<input type="checkbox"/> Suchtberatung, Psychosoziale Beratungsstelle	
<input type="checkbox"/> allgemeine soziale Dienste (z. B. Sozialstation, Gemeindefschwester)	
<input type="checkbox"/> sonstige Beratungsstelle	
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen, Laiendienste	
<input type="checkbox"/> psychiatrische Tagesstätte	
<input type="checkbox"/> Alten-Tagesstätte	
<input type="checkbox"/> Werkstatt für Behinderte	
<input type="checkbox"/> ambulante Arbeitstherapie / Arbeitstraining	
<input type="checkbox"/> geschützter Arbeitsplatz	
<input type="checkbox"/> Bewährungshelfer / rechtlicher Betreuer	
<input type="checkbox"/> sonstige:	
Kliniken (teil-)stationär	
<input type="checkbox"/> eigene psychiatrische (Tages-)Klinik	
<input type="checkbox"/> andere psychiatrische (Tages-)Klinik:	
<input type="checkbox"/> Psychosomatische Klinik	
<input type="checkbox"/> sonstige Kliniken:	
Einrichtungen für Rehabilitation	
<input type="checkbox"/> eigene Sucht-REHA	
<input type="checkbox"/> andere vorwiegend medizinische REHA	
<input type="checkbox"/> andere Sucht-REHA / stationäre Entwöhnung	
<input type="checkbox"/> andere vorwiegend berufliche REHA	
<input type="checkbox"/> andere medizinische und berufliche REHA (z. B. RPK*)	

*RPK = Rehabilitation Psychisch Kranker

CGI bei Beendigung

Die CGI-Skala (**C**linical **G**lobal **I**mpression = Klinischer Gesamteindruck) besteht grundsätzlich aus drei Teilen, wobei bei dieser Frage Teil 1 (=Schweregrad der Krankheit) und Teil 2 (Heilungsverlauf bzw. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung) erforderlich sind. Die Beurteilung erfolgt durch den klinisch erfahrenen Behandler.

Teil 1 (Schweregrad)

Der Behandler soll den Krankheitsgrad des Patienten zum Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung auf der Basis seiner gesamten Erfahrung mit dieser speziellen Patientengruppe (also Patienten mit derselben Form der Erkrankung) feststellen.

Einen Angstneurotiker beispielsweise beurteilt der untersuchende Behandler anhand seiner Erfahrungen nur mit Angstneurotikern und nicht auf der Grundlage eines klinischen Erfahrungshintergrundes, der Schizophrene, Hirngeschädigte und Depressive

ebenso wie Angstneurotiker umfasst. Der zeitliche Bezugsrahmen für diese Beurteilung ist die Woche vor dem gegenwärtigen Zeitpunkt (letzter ambulanter Kontakt mit dem Patienten).

Teil 2 (Heilungsverlauf)

Der klinisch erfahrene Behandler beurteilt die Zustandsänderung des Patienten. Der Bezugsrahmen für diese Gesamtbeurteilung ist die Zeitspanne zwischen Beginn und Ende der dokumentierten Kurzbehandlung.



Der Patient Maier ist im Vergleich zu anderen Patienten mit einer Anpassungsstörung zum jetzigen Zeitpunkt nur noch leicht krank. Im Verlauf der Kurzbehandlung ist eine deutliche Besserung zu verzeichnen. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

CGI bei Beendigung Teil1 (Schweregrad)	Teil2 (Heilungsverlauf)
Patient ist ...	Zustand ist ...
<input type="radio"/> 1: nicht beurteilbar	<input type="radio"/> 1: nicht beurteilbar
<input type="radio"/> 2: überhaupt nicht krank	<input type="radio"/> 2: sehr viel besser
<input type="radio"/> 3: Grenzfall psychiatr. Erkrankung	<input checked="" type="radio"/> 3: viel besser
<input checked="" type="radio"/> 4: nur leicht krank	<input type="radio"/> 4: nur wenig besser
<input type="radio"/> 5: mäßig krank	<input type="radio"/> 5: unverändert
<input type="radio"/> 6: deutlich krank	<input type="radio"/> 6: etwas schlechter
<input type="radio"/> 7: schwer krank	<input type="radio"/> 7: viel schlechter
<input type="radio"/> 8: extrem schwer krank	<input type="radio"/> 8: sehr viel schlechter

GAF bei Beendigung

Mit Hilfe der GAF-Skala (**G**lobal **A**ssessment of **F**unctioning Scale) wird die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit der Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit bewertet. Jede ganze Zahl von 0 - 100 ist verwendbar. Die Skala der GAF-Werte finden Sie auf Seite 70.



Der Wert 0 steht für "unzureichende Information".

Angegeben werden soll der aktuelle GAF-Wert zum Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung (also zum Zeitpunkt des letzten Kontaktes mit dem Patienten).



Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit auf Grund körperlicher oder umweltbedingter Einschränkungen werden nicht mit einbezogen.



Der Zustand von Herrn Maier ist zum Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung als deutlich gebessert anzusehen. Die Schlaflosigkeit, an der er litt, hat sich weitgehend gebessert. Er hat einige wichtige soziale Beziehungen. Das Feld ist dann wie folgt auszufüllen:

GAF bei Beendigung
GAF-Wert: 64

Datum Behandlungsbeendigung

Tragen Sie bitte das Datum des letzten Patientenkontaktes der hier dokumentierten Kurzbehandlung ein.



Dies gilt auch dann, wenn der Patient ohne Absprache zu einem weiteren vereinbarten Kontakt der Kurzbehandlung nicht erschienen ist und Sie rückwirkend die Dokumentation abschließen.

Datum, Unterschrift

Hier soll das Datum eingetragen werden, an dem der Behandler die Dokumentation fertig stellt.

Außerdem soll der Ausfüller (in der Regel die Bezugsperson in der Ambulanz) den Bogen unterschreiben.

Anhang

Jahresaktualisierung Überblick

Jahresaktualisierung muss gemacht werden*	keine Jahresaktualisierung
Teil 1 Stammblatt	
Patientendaten Kostenträger, Versicherungsnummer, Name, Vorname, Geschlecht, Familienstand, Beruf (zuletzt ausgeübter), Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, Telefon, Landkreis, Staatsangehörigkeit, Arbeitgeber Patient, Adresse (Arbeitgeber)	Patientendaten Datum Behandlungsbeginn, Geburtsname, Geburtsdatum
Hauptversicherter Name, Geburtsdatum, Beruf, Adresse, Adresse (Arbeitgeber)	
Angehörige Name, Telefon, Adresse,	
gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter Name, Telefon, Adresse, Aktenzeichen (Amtsgericht), Wirkungskreis	
Bezugsperson(en) Ambulanz Name(n)	
	zuweisender Arzt
Hausarzt Name, Telefon, Adresse	
sonstige Ärzte / Psychotherapeuten Name, Telefon, Adresse	
Casemanager Name, Telefon, Adresse	
sonstige Kontaktpersonen (z. B. Bewährungshelfer) Name, Telefon, Adresse	
sonstige Bemerkungen	
	Kontaktart
Dokumentationsart	
Ambulanzart	
Ambulanzdifferenzierung	
Diagnosen I. psychiatrische Diagnosen 1. Diagnose, 2. Diagnose, 3. Diagnose II. psychiatrische Differenzialdiagnosen 1. Diagnose, 2. Diagnose, 3. Diagnose III. sonstige neurologische/somatische Diagnosen 1. Diagnose, 2. Diagnose, 3. Diagnose IV. Zusatzkodierung 1. Zusatzkodierung, 2. Zusatzkodierung	
gesetzliche Betreuung (BGB)	
fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung	
Krisenpass	
Behindertenausweis	
spezielle Risiken	
Datum	
Unterschrift	

Jahresaktualisierung Überblick

Jahresaktualisierung muss gemacht werden*	keine Jahresaktualisierung
Teil 2 Aufnahme	
Patientendaten Name, Vorname	
Behandlungssetting	
Wohnsituation	
Lebensform	
höchster erreichter Schulabschluss	
höchster erreichter Berufsabschluss	
höchste abgebrochene Berufsausbildung	
jetzige berufliche Situation	
Lebensunterhalt	
sprachliche Verständigung	
	Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation
	Vorbehandlung während der jetzigen Krankheitsmanifestation
	Zuweisungsdiagnose
	ärztliche Zuweisung
	nichtärztliche Zuweisung
<i>Im Gegensatz zur Vorgängerversion des Fragebogens sind nun bei der Jahresaktualisierung auch die folgenden Fragen in der linken Spalte zu berücksichtigen. Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Jahresaktualisierung und müssen gegebenenfalls aktualisiert werden.</i>	
Suizidalität	
Suizidversuch	
CGI Teil 1 (Schweregrad)	
GAF-Wert	
	Maximaler GAF-Wert im vorausgegangenen Jahr
Anzahl (teil-)stationärer psychiatr. Behandlungen bisher	
Jahr der letzten Entlassung aus (teil-)stationärer Behandlung	
Ort der letzten (teil-)stationären Behandlung	
	Jahr der ersten (teil-) stationären psychiatr. überhaupt
	Jahr/Ort der ersten ambulanten Behandlung überhaupt
	Jahr der ersten psychiatr. Auffälligkeit
Datum	
Unterschrift	

GAF-Wert Merkmalsbeschreibung

Skala zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus	GAF-Wert	Merkmalsbeschreibung
	100 – 91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum
	90 – 81	Keine oder nur minimale Symptome (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
	80 – 71	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z. B. Konzentrationsstörungen nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
	70 – 61	Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z. B. Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
	60 – 51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen)
	50 – 41	Ernsthafte Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, unfähig eine Arbeitsstelle zu behalten).
	40 – 31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit, Schule, familiären Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder der Stimmung (z. B. Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten).
	30 – 21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
	20 – 11	Selbst- und Fremdgefährlichkeit (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10 – 01	Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu schädigen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.	
0	unzureichende Information	

Originalbögen

