

AmBADO Revision 2017

Anleitung

Stand 01/2018

Autoren

Carsten Steinmann

Andrea Jordan

Stephan Bache

Vorwort

Die einheitliche ambulante Basisdokumentation Psychiatrischer Institutsambulanzen in Bayern (Erwachsenenpsychiatrie) existiert bereits seit dem Jahr 2002 und gilt in ihrem Umfang als einzigartig und modellhaft in der deutschen Psychiatrielandschaft. Sie hat sich als ein wichtiges Instrument zur Abbildung der Versorgungsqualität und des Behandlungsauftrages Psychiatrischer Institutsambulanzen etabliert.

Eine erste Revision, die sich auf eindeutige Formulierungen zur Vermeidung systematischer Fehler und Ergänzungen zur Erleichterung der Auswertung beschränkte, hat im Jahr 2007 stattgefunden. Ein sich veränderndes gesundheitspolitisches Umfeld, soziale/rechtliche Neuerungen und der technische Fortschritt machten nun aber einen weitergehenden Eingriff in den Datensatz notwendig: Einerseits wurden rein praktisch-organisatorische Informationen, die ursprünglich zur schnellen Orientierung, z. B. für Dienstärzte, in die AmBADO aufgenommen worden waren, im Hinblick auf inzwischen überall etablierte elektronische Patientenverwaltungssysteme zunehmend als redundant empfunden; andererseits entstand der Wunsch nach zusätzlichen, für eine statistische Auswertung interessanten Items, um z. B. die Besonderheiten bestimmter Patientengruppen (wie Heimpatienten oder Patienten mit Migrationshintergrund) besser abbilden zu können.

Im Rahmen der Revision 2017 wurde auf Initiative des Fachbeirats PIA/PSIA ein multiprofessionell besetzter Arbeitskreis für die Weiterentwicklung des aus drei Formularen (AmBADO Behandlungsbeginn/Jahresaktualisierung, AmBADO Beendigung und AmBADO Kurzversion) bestehenden, Erhebungsinstruments gebildet, die auch Anregungen aus dem gesamten Kreis der bisher mit der AmBADO beschäftigten PIA-Mitarbeiter berücksichtigte.

In einer Teilarbeitsgruppe wurde die bisher gültige AmBADO-Anleitung im Sinne einer Anpassung an die neuen Formulare vollständig überarbeitet. Die Anleitung soll die Ambulanzmitarbeiter bei der praktischen Durchführung der AmBADO mit Erläuterungen zu den einzelnen Dokumentationsinhalten und zum Dokumentationsverfahren unterstützen. Außerdem soll sie als Grundlage für Hilfetexte in elektronischen AmBADO-Erfassungsprogrammen dienen.

Das Ergebnis der AmBADO-Revision kann naturgemäß keine Ideallösung darstellen und nicht allen individuellen Wünschen an die Dokumentation entsprechen, trägt aber den veränderten Anforderungen Rechnung.

Dank gilt allen, die mit Anregungen und Erfahrungen zum vorliegenden Ergebnis beigetragen haben, vor allem den Mitgliedern des Arbeitskreises*.

Haar, März 2016

Carsten Steinmann

*Die Mitglieder des Arbeitskreises AmBADO-Bogenrevision waren:
Herr S. Bache, Frau Dr. A. Cerovecki, Frau A. Jordan, Frau Dr. G. Krebs, Frau B. Küntzel,
Frau E. Mühlenbacher-Isenberg, Frau K. Peters, Herr C. Siegl, Herr Dr. C. Steinmann,
Herr Dr. M. Welschehold, Herr Dr. M. Zierys.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	6
1. Hinweis zur Lesbarkeit	6
2. Symbole	6
3. Für welche Behandlungsfälle muss die AmbADO erfolgen?	6
4. Kurz- oder Vollversion?	6
5. Zeitpunkt der Dokumentation	7
Kurzversion	7
Vollversion	7
1. Dokumentation bei Behandlungsbeginn	7
2. Jahresaktualisierung	7
3. Beendigung	7
4. Rückwirkende Beendigung nach zwei leistungsfreien Quartalen	8
6. Mehrere Behandlungsfälle pro Patient	8
1. Unterbrechung der Behandlung für zwei Quartale oder länger	8
2. Beendigung und erneuter Behandlungsbeginn ohne zwei dazwischen liegende leistungsfreie Quartale	8
7. Was ist beim Ausfüllen zu beachten?	9
8. Datenschutz	10
Behandlungsbeginn/Jahresaktualisierung	11
Dokumentationsfall	11
Dokumentationsart ^{JA}	11
(Nur bei Papierversion zutreffend)	11
Datum Leistungsabrechnung 101/201 ^{JA}	11
Datum Behandlungsbeginn	11
Patientendaten	12
Name, Vorname, Geburtsdatum	12
Familienstand	12
Staatsangehörigkeit ^{JA}	12
Migrationshintergrund	12
Beruf (zuletzt ausgeübter) ^{JA}	12
Kontaktart	12
Behandlungssetting ^{JA}	13
Definitionen	13
Normalfall/Langzeitbehandlung	13
Notfall/Krisenintervention	13
Auftragsleistung**	13
Vertretung/Überbrückung anderer Behandler	14
gerichtliche Behandlungsauflage	14
Beratung	14
Ambulanzart ^{JA}	14
Ambulanzdifferenzierung ^{JA}	14
Behandlungsform ^{JA}	15
Diagnosen (nach ICD)	15
psychiatrische Diagnose(n) ^{JA}	15
Diagnosesicherheit	15
neurologische/somatische Diagnose(n) ^{JA}	16
Diagnosesicherheit	16
Zusatzdiagnose(n) ^{JA}	16
Diagnosesicherheit	16
Pflegegrad ^{JA}	17
anerkannte Behinderung ^{JA}	17
Betreuung nach BGB/Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung ^{JA}	17

Inhaltsverzeichnis

sprachliche Verständigung ^{JA}	17
Selbst- und Fremdgefährdung ^{JA}	18
Jahr der ersten psychischen Auffälligkeit	18
Jahr der ersten psychiatrischen/ psychosomatischen Behandlung überhaupt	19
Anzahl (teil-) stationärer psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlungen bisher ^{JA}	20
Anzahl (teil-) stationärer psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlungen innerhalb der letzten Monate ^{JA}	20
Wohnsituation ^{JA}	21
Lebensform ^{JA}	21
Heim ^{JA}	22
Häufigkeit sozialer Kontakte in den letzten 7 Tagen ^{JA}	22
höchster erreichter Schulabschluss ^{JA}	22
höchster erreichter Berufsabschluss ^{JA}	23
jetzige berufliche Situation ^{JA}	23
Lebensunterhalt ^{JA}	24
CGI Teil1 (Schweregrad) ^{JA}	24
GAF ^{JA}	24
Vernetzung	25
Veranlassung der PIA- Behandlung	25
Spezialfall	25
aktuelle Vorbehandlung (vor Aufnahme in die PIA)	26
fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung ^{JA}	27
Datum ^{JA} , Unterschrift ^{JA}	28

Beendigung

29

Allgemeine Information	29
Dokumentationsfall	29
Datum Behandlungsbeginn	29
Datum der letzten Leistungserbringung	29
Patientendaten	30
Name, Vorname, Geburtsdatum	30
Art der Beendigung/ Unterbrechung der Behandlung	30
Diagnosen bei Beendigung	30
Wohnsituation bei Beendigung	31
Heim	31
CGI bei Beendigung	31
Teil 1 (Schweregrad)	32
Teil 2 (Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung)	32
GAF bei Beendigung	32
Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung	33
Datum, Unterschrift	34

Kurzversion

35

Allgemeine Information	35
Wann wird der Bogen ausgefüllt?	35
Patientendaten	35
Behandlungssetting	35
Definitionen	35
Notfall/Krisenintervention	35
Auftragsleistung***	36
Vertretung/Überbrückung anderer Behandler*	36
gerichtliche Behandlungsaufgabe	36
Beratung	36

Inhaltsverzeichnis

Ambulanzart	36
Ambulanzdifferenzierung	36
Wohnsituation	36
Lebensform	36
Heim	36
Diagnosen (nach ICD)	36
sprachliche Verständigung	37
Selbst- und Fremdgefährdung	37
Wohnsituation	37
Lebensform	37
Heim	37
CGI bei Beendigung	37
GAF bei Beendigung	37
Veranlassung der PIA-Behandlung	37
Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung	38
Datum der letzten Leistungserbringung	38
Datum, Unterschrift	38
Anhang	39
GAF-Wert Merkmalsbeschreibung	40

1. Hinweis zur Lesbarkeit

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in diesem Manual überwiegend die männliche Schreibweise für Personen 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 einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) in der Erwachsenenpsychiatrie 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 in der PIA (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
- Jahresaktualisierung(en) (ein Jahr nach der letzten Dokumentation)
- Beendigung (bei der Beendigung einer ambulanten Behandlung)

ausgefüllt werden. Bei Kurzbehandlungen bis zu drei Kontakten (an verschiedenen Tagen) kann die Kurzversion der AmBADO ausgefüllt werden.

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

5. Zeitpunkt der Dokumentation

Kurzversion

Bei der Kurzversion werden alle Angaben (inklusive Beendigung) in einer Dokumentation gemacht.

Beim ersten Patientenkontakt werden alle Fragen beantwortet bis auf "CGI bei Beendigung", "GAF-Wert bei Beendigung", das "Datum der letzten Leistungserbringung" und „Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung“. Diese restlichen Fragen werden beim letzten Termin der Kurzbehandlung bearbeitet.

Vollversion

Zur Vollversion gehören folgende Dokumentationseinheiten:

1. Dokumentation bei Behandlungsbeginn

Nach dem Aufnahmegespräch muss die Dokumentation zum Behandlungsbeginn ausgefüllt werden. Eventuell noch fehlende Informationen sollen im Zweitgespräch mit dem Patienten erfragt und dann nachgetragen werden. Der Zeitpunkt, auf den sich die Fragen beziehen, ist der Erstkontakt mit dem Patienten.

2. Jahresaktualisierung

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

Bei der Jahresaktualisierung wird nur ein Teil der Fragen des Behandlungsbeginns bearbeitet und ggf. aktualisiert. In der Papierversion sind diese Fragen mit JA gekennzeichnet; in der elektronischen Version können die nicht relevanten Fragen abgeblendet oder herausgenommen sein.

Maßgeblich für den korrekten Zeitpunkt der Aktualisierung ist das Quartal, in dem die Dokumentation im Vorjahr gemacht wurde. Die Jahresaktualisierung kann frühestens beim ersten Patientenkontakt (bei der ersten Leistungserbringung) im entsprechenden Quartal des aktuellen Dokumentationsjahrs erfolgen. Falls es in diesem Quartal keinen Patientenkontakt gibt, soll die Jahresaktualisierung beim ersten Patientenkontakt (bei der ersten Leistungserbringung) im darauffolgenden Quartal vorgenommen werden. Die Fälligkeit der nächsten Jahresaktualisierung verschiebt sich damit ebenfalls um ein Quartal nach hinten.

Bei zwei aufeinanderfolgenden Quartalen ohne Patientenkontakt muss eine Beendigungsdokumentation erstellt werden auch wenn die Behandlung danach fortgeführt wird. Besonderheit: Falls sich durch ein Quartal ohne Patientenkontakt die Fälligkeit der Jahresaktualisierung von einem vierten Quartal auf das darauffolgende erste Quartal (des nächsten Jahres) verschiebt, existiert somit für ein Kalenderjahr keine Jahresaktualisierung.



Es kann Patienten geben, die im Dokumentationsjahr in der PIA behandelt wurden und für die es trotzdem ordnungsgemäß keine AmBADO für dieses Dokumentationsjahr gibt.

Im Zusammenhang mit der Leistungsabrechnung für die AmBADO muss ein Patientenkontakt stattgefunden haben.

3. Beendigung

Wird es geplant oder mitgeteilt, dass die Behandlung in der Ambulanz voraussichtlich beendet ist, so soll die Beendigungsdokumentation durchgeführt werden.

4. Rückwirkende Beendigung nach zwei leistungsfreien Quartalen

Es kommt vor, dass Patienten ohne Absprache 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 Beendigungszeitpunkt der PIA-Behandlung gilt das „Datum der letzten Leistungserbringung“ (z. B. letzter Kontakt mit dem Patienten oder Verfassen eines abschließenden Befundberichtes). Die Fragen beziehen sich auf den Zeitpunkt des letzten Patientenkontakts und müssen bei fehlender Information mit „unbekannt/unklar“ beantwortet werden.



Erfährt der Arzt/Psychologe 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.

6. Mehrere Behandlungsfälle pro Patient

1. Unterbrechung der Behandlung für zwei Quartale oder länger

Angenommen, ein 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 für die Behandlung vor den zwei leistungsfreien Quartalen eine "Dokumentation bei Beendigung" erstellt werden und beim ersten Patientenkontakt nach den zwei leistungsfreien Quartalen für die neue Behandlung eine "Dokumentation bei Behandlungsbeginn".

2. Beendigung und erneuter Behandlungsbeginn ohne zwei dazwischen liegende leistungsfreie Quartale

1. Eine Behandlung, die mit der AmbADO-Vollversion dokumentiert wurde, wurde in Absprache mit dem Patienten beendet. Eine Beendigungsdokumentation wurde erstellt. Unvorhergesehen kommt der Patient, ohne dass zwei leistungsfreie Quartale vergangen sind, erneut in die Ambulanz zur Behandlung. Der Behandler muss nun ermitteln, um welchen der zwei folgenden Fälle es sich handelt:

Entweder handelt es sich um eine fehlgeschlagene Beendigung. Dann wird die Beendigungsdokumentation 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) und dokumentiert diese, je nach erwarteter Terminanzahl, als Kurz- oder Vollversion.



Hinweis zum Mindestabstand: Grundsätzlich ist zu beachten, dass nach Beendigung einer Behandlung frühestens am Folgetag eine neue Behandlung begonnen werden kann.

2. Eine Behandlung (höchstens drei Termine), die mit der AmbADO-Kurzversion dokumentiert wurde, wurde beendet. Der Patient kommt, ohne dass zwei leistungsfreie Quartale vergangen sind, erneut in die Ambulanz zur Behandlung. Es handelt sich um eine neue Ambulanzbehandlung; entsprechend wird diese, je nach erwarteter Terminanzahl, mit Kurz- oder Vollversion dokumentiert. Auch hier ist grundsätzlich zu beachten, dass nach Beendigung einer Behandlung frühestens am Folgetag eine neue Behandlung begonnen werden kann.

Es kann vorkommen, dass eine Behandlung, die zunächst nur einen oder zwei Termine umfasst hat, als abgeschlossen betrachtet und mit einer Kurzversion dokumentiert wurde. Wenn der Patient in kurzem zeitlichem Abstand und inhaltlichem Zusammenhang unvorhergesehen zu einem oder zwei weiteren Terminen in die Ambulanz kommt und der Rahmen einer

Kurzbehandlung insgesamt nicht überschritten wird (Ambulanzleistungen an bis zu drei verschiedenen Tagen), kann die erste Kurzversion durch eine zweite Kurzversion ersetzt werden. Dabei kann die erste Kurzversion als Grundlage für die zweite verwendet werden; sie muss lediglich entsprechend der aktuellen Situation angepasst werden (z.B. „Selbst- und Fremdgefährdung“, „CGI bei Beendigung“, „GAF-Wert bei Beendigung“, „Datum der letzten Leistungserbringung“ und „Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung“).

7. Was ist beim Ausfüllen zu beachten?

Grundsätzlich müssen alle Felder bearbeitet werden.

Es gibt drei verschiedene Antwort-Arten:

- Einfachnennungen (nur eine Antwort ist möglich)
- Mehrfachnennungen (mehrere Antworten sind möglich)
Freitextfelder (Nur knappe und lesbare Angaben sind verwertbar.)

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.

B

Kontaktart

- Erstkontakt
- Wiederaufnahme vor Ablauf von zwei leistungsfreien Quartalen
- Wiederaufnahme nach Ablauf von zwei leistungsfreien Quartalen
- unbekannt/unklar

Bei Fragen mit **Kreisen** und **Kästchen** vor den Antwortmöglichkeiten darf **entweder** nur ein Kreis **oder** ein oder mehrere Kästchen angekreuzt werden.

B

Lebensunterhalt ^{JA}

- Erwerbseinkommen
- Altersrente/Pension
- Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente
- sonstige Rente
- Entgeltersatzleistungen (ALG I, Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Verletztengeld, Elterngeld, Übergangsgeld, Insolvenzgeld, Kurzarbeitergeld)
- Sozialhilfe/Grundsicherung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung für Arbeitssuchende „Hartz IV“, Sozialgeld)
- Ausbildungsförderung (z. B. BAföG)
- Unterhaltsleistungen
- Unterstützung durch Angehörige/Freunde
- Vermögen
- keine Einkünfte
- Sonstiges:
- unbekannt/unklar

Mehrfach-
nennung

Einfach-
nennung

Bei einigen Fragen gibt es die Antwortmöglichkeit „Sonstige(s)“. Diese ist zu wählen, wenn es keine passende konkrete Antwortvorgabe zum Ankreuzen gibt. Ein Doppelpunkt hinter „Sonstiges“ bedeutet, dass die zutreffende Angabe an dieser Stelle als Freitext eingefügt werden soll.

B

Ambulanzart ^{JA}
<input type="radio"/> Allgemeinpsychiatrie
<input type="radio"/> Krisenambulanz
<input type="radio"/> Gedächtnisambulanz
<input type="radio"/> Gerontopsychiatrie
<input type="radio"/> Suchtambulanz
<input type="radio"/> Substitution
<input type="radio"/> Geistigbehindertenambulanz
<input type="radio"/> Psychosomatik
<input checked="" type="radio"/> Sonstige: <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 es soll möglichst nicht "unbekannt/unklar" angegeben werden.

8. Datenschutz

Die Daten für die zentrale Auswertung der bayerischen AmBADO werden vor ihrer Weiterleitung an die Auswertungsstelle pseudonymisiert. Ein Rückschluss auf bestimmte Patienten oder beteiligte Personen ist bei der Auswertungsstelle nicht möglich.

Dokumentationsfall

Dokumentationsart ^{JA}
(Nur bei Papierversion
zutreffend)

Da in der Papierversion ein identischer Bogen für Behandlungsbeginn (Erstdokumentation dieser Ambulanzbehandlung) und Jahresaktualisierung verwendet wird, soll hier kenntlich gemacht werden, um welche der beiden Dokumentationsarten es sich handelt.

Datum Leistungsabrechnung
101/201 ^{JA}

Die Krankenkassen schreiben bei einer fortlaufenden Behandlung einen Mindestabstand zwischen der Dokumentation bei Behandlungsbeginn und einer Jahresaktualisierung bzw. zwei aufeinanderfolgenden Jahresaktualisierungen vor: Nach erfolgter Dokumentation kann die nächste Dokumentation frühestens im gleichen Quartal des Folgejahrs erfolgen.

Tragen Sie hier bitte das Datum ein, an dem Sie die AmbADO-Dokumentation vornehmen und dafür die Leistungsziffer 101 bzw. 201 erfassen. Damit soll sichergestellt werden, dass der Abstand zwischen den AmbADO-Leistungsabrechnungen ausreichend groß ist.



Findet nach einer abgeschlossenen Ambulanzbehandlung eine erneute Ambulanzbehandlung in der PIA statt, so müssen in begründeten Fällen keine leistungsfreien zwei Quartale zwischen "Datum der letzten Leistungserbringung" (der beendeten) und "Datum Behandlungsbeginn" (der neu begonnenen Ambulanzbehandlung) liegen; z. B. wenn der Patient an einen anderen Weiterbehandler verwiesen wurde und ungeplant wieder zur Behandlung in die PIA kommt. Die AmbADO-Leistungsziffer (101 bzw. 201) kann auf diese Weise zweimal für den Patienten abgerechnet werden, ohne dass drei Quartale dazwischen liegen.



Bei Behandlungsbeginn wurde die Ziffer 101 am 05.12.2015 abgerechnet. Das Datum liegt also im vierten Quartal 2015. Der erste Patientenkontakt im vierten Quartal 2016 ist der 03.10.2016. An diesem Tag wird die Jahresaktualisierung ausgefüllt. Das bedeutet, die Jahresaktualisierung wird beim ersten Termin des Patienten ab dem 01.10.2016 vorgenommen und abgerechnet. Also wird bei Datum Leistungsabrechnung 03.10.2016 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.

Datum Behandlungsbeginn

Hier soll das Datum des 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 z. B. 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.)

Patientendaten

Name, Vorname,
Geburtsdatum

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

Familienstand

Bitte tragen Sie den Familienstand ein.



Hinweis zur Antwortmöglichkeit „verheiratet/eingetragene Lebensgemeinschaft“: Unter „eingetragene Lebensgemeinschaft“ ist hier „eingetragene Lebenspartnerschaft“ (gleichgeschlechtlich) zu verstehen, bei der eine rechtliche Grundlage besteht.

Staatsangehörigkeit ^{JA}

Bitte tragen Sie hier das entsprechende Land ein, und zwar unabhängig von eventuell abweichender Muttersprache oder abweichendem Herkunftsland.

Hat der Patient zwei Staatsangehörigkeiten, soll die favorisierte ausgewählt werden.

Migrationshintergrund

Hier wird die Definition nach dem sogenannten Mikrozensus 2005 verwendet. Einen Migrationshintergrund haben demnach Migranten selbst, deren Kinder sowie Personen, die als Ausländer in Deutschland geboren wurden.

Beruf (zuletzt ausgeübter) ^{JA}

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



Die Patientin Frau K. 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.

Kontaktart

Hier ist anzugeben, ob es sich bei der dokumentierten Behandlung um die erste Behandlung (Erstkontakt) in dieser Ambulanz, um eine Wiederaufnahme vor Ablauf von zwei leistungsfreien Quartalen oder um eine Wiederaufnahme nach Ablauf von zwei leistungsfreien Quartalen handelt.

Von einer Wiederaufnahme wird dann gesprochen, wenn der Patient schon einmal zur Behandlung in der Ambulanz gewesen ist, diese Behandlung aber beendet wurde.



Weitere Erläuterungen hierzu finden Sie auch unter "Allgemeine Hinweise" im Abschnitt: Mehrere Behandlungsfälle pro Patient"



Dieses Feld ist bei einer Jahresaktualisierung nicht zu berücksichtigen!

Behandlungssetting ^{JA}

Definitionen

Normalfall/Langzeit- behandlung

Behandlungsdauer mindestens vier Termine. Die Behandlung erfüllt nicht die Kriterien für eines der anderen genannten Behandlungssettings.

Notfall/Krisenintervention

Zwei Ausgangskonstellationen sind hier möglich:

1. Krisenintervention als einmaliger Kontakt
2. Krisenintervention über mehrere Termine

Zu 1. Einmaliger Kontakt:

Es handelt sich um eine Krisenintervention, wenn alle drei folgenden Kriterien erfüllt sind:

- a) Der Patient, Angehörige od. Dritte sehen (bei bestehender psychischer Krise) aufgrund subjektiver Dringlichkeit hohen Handlungsdruck und sofortigen Konsultationsbedarf.
- b) Sie nehmen deshalb Kontakt zur PIA auf (Kontaktaufnahme ist für PIA "ungeplant"), entweder telefonisch (und daraus ggf. resultierend persönliche Vorstellung) oder direkt persönlich (durch Aufsuchen der PIA).
- c) Es kommt spätestens binnen 24 Stunden zu einer Krisen-Erstintervention in der PIA.

Zu 2. Krisenintervention über mehreren Termine:

Es handelt sich um eine Krisenintervention, wenn alle drei folgenden Kriterien erfüllt sind:

- a) Nach der Erstintervention ergibt sich die Notwendigkeit für einen oder mehrere Folgekontakt(e) zur Fortsetzung der ambulanten Krisenintervention.
- b) Der zeitliche Abstand zwischen Kontakt und jeweiligem Folgekontakt darf bei bestehender Dringlichkeit maximal 1 Woche betragen.
- c) Es dürfen insgesamt maximal 10 ambulante Termine (1 Erstkontakt und 9 Folgekontakte) als Krisenintervention gelten.



Dieses Behandlungssetting kann bei einer Jahresaktualisierung nicht zutreffend sein, da die Behandlungsdauer zu lang ist.

Auftragsleistung**

Diagnostische oder therapeutische Leistungen, die von fachärztlicher Seite (Nervenärzten, Neurologen, Psychiatern und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie) angefordert werden als:

- zeitlich begrenzte diagnostische Maßnahmen, gegebenenfalls mit Therapieempfehlung der PIA
- therapeutische Leistungen der PIA (z. B. Gruppentherapie, Psychoedukation) in Ergänzung zu einer Behandlung bei einem niedergelassenen Facharzt aus einer der oben aufgeführten Facharztgruppen

**Der Begriff Auftragsleistung wird in der AmbBADO zur Erfassung der hier beschriebenen Fallkonstellationen abweichend vom BMV-Ä (Bundesmantelvertrag Ärzte) verwendet. Aufträge von Hausärzten oder anderen (als den oben genannten) Fachärzten sowie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten sollen in der AmbBADO nicht hier (beim Item „4 Behandlungssetting“ mit der Antwortmöglichkeit *Auftragsleistung*), sondern im Vernetzungsbogen (beim Item „28 Veranlassung“ mit den jeweils passenden Ankreuzmöglichkeiten) dokumentiert werden.

Behandlungsbeginn/Jahresaktualisierung

Vertretung/Überbrückung anderer Behandler

Der Patient ist grundsätzlich in ein anderes definiertes Behandlungsangebot (z. B. niedergelassener Facharzt) außerhalb der eigenen Ambulanz eingebunden oder dafür vorgesehen. Dies steht ihm momentan (noch) nicht zur Verfügung.



Dieses Behandlungssetting kann bei einer Jahresaktualisierung nicht zutreffend sein, da die Behandlungsdauer zu lang ist.

gerichtliche Behandlungsaufgabe

Eine auf einer richterlichen Anordnung basierende, definierte Behandlungsmaßnahme, die üblicherweise zeitlich begrenzt ist.

Beratung

Gesprächskontakte, die auf den Versicherten selbst bezogene, auf einen Termin beschränkte bzw. einmalige diagnostische Leistungen und Therapieempfehlungen beinhalten.

Sind beim Behandlungssetting gleichzeitig die Kriterien für die Auswahlmöglichkeit *Auftragsleistung*, *Notfall/Krisenintervention* oder *Vertretung/Überbrückung anderer Behandler* erfüllt, so sollen diese Auswahlmöglichkeiten zur Dokumentation verwendet werden.



Dieses Behandlungssetting kann bei einer Jahresaktualisierung nicht zutreffend sein, da die Behandlungsdauer zu lang ist.

Ambulanzart ^{JA}

Hier ist anzugeben, 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. Gegebenenfalls muss die Bezeichnung für die sonstige Spezialambulanz in Form von Freitext angegeben werden.

Ambulanzdifferenzierung ^{JA}

Differenzierung von Organisationseinheiten / Ambulanzeinheiten

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.



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.



Die Institutsambulanz im Klinikum Schönfeld hat insgesamt nur eine Betriebsstättennummer.

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 S. wird in der Suchtambulanz in der Stadtmitte ambulant behandelt.

Ambulanzdifferenzierung:^{JA} (Abteilung im Haus)

SAM

Behandlungsform ^{JA}

An dieser Stelle wird angegeben, ob der Patient grundsätzlich zur Behandlung in die PIA kommt oder aufsuchend (z. B. zuhause oder im Heim) behandelt wird. Es gibt auch Mischformen (z. B. Patient kommt i. d. R. in die PIA, wird jedoch gelegentlich auch aufgesucht); Lediglich bei Behandlungsbeginn kann die regelmäßige Behandlungsform noch unklar sein.

Diagnosen (nach ICD)

Für die Auswertung dieser Frage ist es sehr wichtig, dass bei mehrfach erkrankten Patienten möglichst alle zutreffenden psychiatrischen und somatischen Diagnosen angegeben werden. Insbesondere sind hierbei auch somatische Diagnosen zu beachten, die ein zusätzliches Risiko für oder bei der Behandlung bedeuten (z. B. Ansteckungsgefahr, Allergie, Kontraindikation gegen bestimmte Medikamente).



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

psychiatrische Diagnose(n) ^{JA}

Die aktuell klinisch führende Diagnose soll hier verschlüsselt nach ICD 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 klinisch führenden Diagnose bestehen, sollen in der Reihenfolge ihrer klinischen Relevanz als weitere Diagnosen (in die mit „2.“, „3.“ usw. gekennzeichneten Felder) eingetragen werden.



Differenzialdiagnosen werden in der AmbADO nicht erfasst.

Diagnosesicherheit

Zusätzlich ist bei jeder Diagnose die Diagnosesicherheit anzugeben: G = gesichert; V = Verdacht auf;
Z = Zustand nach; A = Ausschluss von

Behandlungsbeginn/Jahresaktualisierung

neurologische/somatische Diagnose(n) ^{JA}

Sonstige neurologische bzw. somatische Diagnosen sollen hier, verschlüsselt nach ICD, in der Reihenfolge ihrer klinischen Relevanz in die Kästchen „1.“, „2.“, „3.“ usw. eingetragen werden.



Bitte beachten Sie, dass an dieser Stelle insbesondere auch *die* Diagnosen verschlüsselt werden müssen, *die* bei der Behandlung des Patienten als Risiken zu berücksichtigen sind, z. B. auch Anfallsleiden, Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten, chronische Infektionskrankheiten oder Stoffwechselstörungen.

Diagnosesicherheit

Zusätzlich ist bei jeder Diagnose die Diagnosesicherheit anzugeben: G = gesichert; V = Verdacht auf;
Z = Zustand nach; A = Ausschluss von

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

Zusatzdiagnose(n) ^{JA}

Die ICD-10 (ICD-11) 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 solchen Zusatzdiagnose kann der Buchstabe „Z“ oder ein anderer Buchstabe sein. Insbesondere können für psychiatrische Zwecke folgende Zusatzdiagnosen wichtig sein (Beispiele aus der ICD-10):

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

Diagnosesicherheit

Zusätzlich ist bei jeder Diagnose die Diagnosesicherheit anzugeben: G = gesichert; V = Verdacht auf;
Z = Zustand nach; A = Ausschluss von

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



Der Borderline-Patient Herr F. 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“). Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

8.3 Zusatzdiagnose(n) ^{JA}					
		Diagnosesicherheit			
		G	V	Z	A
1.	X77	⊗	○	○	○



Herr S. leidet unter einer Depression und hat zusätzlich Probleme am Arbeitsplatz (Z65. „Probleme mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände“ zum Beispiel Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit). Die Frage nach der Zusatzdiagnose ist dann wie folgt zu beantworten:

8.3 Zusatzdiagnose(n) ^{JA}		Diagnosesicherheit			
		G	V	Z	A
1.	Z 6 5 . _ _	⊗	○	○	○

Pflegegrad^{JA}

Hier ist anzugeben, ob beim Patienten durch den MDK ein Pflegegrad festgestellt wurde und wenn ja, welcher.

anerkannte Behinderung^{JA}

Hier ist anzugeben, ob vom Versorgungsamt eine Behinderung nach SGB IX festgestellt wurde und, falls bekannt, der Grad der Behinderung.

Betreuung nach BGB/Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung^{JA}

Hier ist zunächst anzugeben, ob der Patient eine Betreuung im Sinne des BGB hat. Des Weiteren ist anzugeben, ob der Patient eine Vorsorgevollmacht und/oder Patientenverfügung verfasst und unterzeichnet hat. Dabei ist unerheblich, ob diese Dokumente bereits zur Anwendung kommen oder nicht. Auch zwischen verschiedenen Varianten von Vorsorgevollmachten, die mehr oder weniger einer Betreuung nach BGB entsprechen können, wird aus Gründen der Praktikabilität bei dieser Frage nicht differenziert.

sprachliche Verständigung^{JA}

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.

Der Grund für die Schwierigkeiten wird als Freitext angegeben.

Selbst- und Fremdgefährdung ^{JA}

Hier werden Angaben zu selbst- und fremdgefährdeten Handlungen gemacht, bezogen auf verschiedene Zeiträume.

Aktuell bedeutet: in einem engen zeitlichen und/oder inhaltlichen Zusammenhang mit der jeweiligen Dokumentation.

In den letzten 12 Monaten bedeutet: nicht aktuell, jedoch nicht länger her als 12 Monate.

Folgende vier Themen sind separat zu bearbeiten (dabei sind jeweils Mehrfachnennungen 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.

Die Frage ist für jeden der drei aufgeführten Zeiträume gesondert zu beantworten.

Suizidalität ohne Suizidversuch

Hier sind suizidale Tendenzen oder eine Suizidgefährdung im weiteren Sinne gemeint, wie etwa suizidale Gedanken, Impulse, Pläne oder Ankündigungen, die jedoch nicht ausgeführt wurden.

Die Frage ist für jeden der drei aufgeführten Zeiträume gesondert zu beantworten.

sonstiges selbstschädigendes Verhalten

Hier ist selbstschädigendes Verhalten im weiteren Sinne (abgesehen von Suizidalität) gemeint, z. B. Spielen mit Gefahr, oberflächliche Selbstverletzung (z. B. Schneiden, Kratzen, Verbrennen von Hautstellen), riskantes (Sexual)Verhalten, pathologisches Essverhalten etc.

Die Frage ist für jeden der drei aufgeführten Zeiträume gesondert zu beantworten.

Fremdgefährdung

Hier werden körperliche Aggression (Tätlichkeiten, Körperverletzung), Sachbeschädigung, massive verbale Aggression oder fahrlässiges Verhalten erfasst, sofern dadurch eine Gefährdungslage für eine andere Person entstanden ist.

Die Frage ist für jeden der drei aufgeführten Zeiträume gesondert zu beantworten.

Jahr der ersten psychischen Auffälligkeit

Es soll (notfalls geschätzt) das Jahr eingetragen werden, in dem es beim Patienten zur ersten psychischen 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 M. wird im Jahr 2015 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“. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

14 Jahr der ersten psychischen Auffälligkeit

- Jahr (notfalls geschätzt JJJJ): 2007.....
- unbekannt/unklar

Jahr der ersten psychiatrischen/psychosomatischen Behandlung überhaupt

Hier soll das Jahr der ersten (ambulanten, stationären oder teilstationären) psychiatrischen/psychosomatischen Behandlung überhaupt eingetragen werden.

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. Falls der Patient nicht psychiatrisch/psychosomatisch vorbehandelt wurde, wird hier das aktuelle Jahr angegeben.

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



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 W. gibt an, irgendwann in den 80er-Jahren zum ersten Mal in der Psychiatrie gewesen zu sein. Der Aufenthalt habe auch mit dem Tod seiner Mutter zu tun gehabt. Diese sei 1987 gestorben. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

15 Jahr der ersten psychiatrischen/psychosomatischen Behandlung überhaupt

- Jahr (notfalls geschätzt JJJJ): 1987.....
- unbekannt/unklar



Herr M., seit fünf Jahren an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt, suchte erstmalig 1987 einen niedergelassenen Psychiater auf, da er damals unter Schlafstörungen litt. Der Arzt verschrieb ihm ein Schlafmittel. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

15 Jahr der ersten psychiatrischen/psychosomatischen Behandlung überhaupt

- Jahr (notfalls geschätzt JJJJ): 1987.....
- unbekannt/unklar

Behandlungsbeginn/Jahresaktualisierung

Anzahl (teil-) stationärer psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlungen bisher ^{JA}

Ist bekannt, dass der Patient vor Beginn der hier dokumentierten Ambulanzbehandlung (teil-)stationär psychiatrisch/psychosomatisch behandelt wurde, so ist die bekannte oder geschätzte Anzahl aller Aufenthalte bis zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns bzw. der Jahresaktualisierung anzugeben.

Hatte der Patient vor der hier dokumentierten Ambulanzbehandlung keine (teil-)stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlung, so ist "0" anzugeben.

Nur wenn nicht bekannt ist, ob der Patient vor Beginn der hier dokumentierten Ambulanzbehandlung überhaupt (teil-)stationär psychiatrisch/psychosomatisch behandelt wurde, ist "unbekannt/unklar" anzukreuzen.



Herr K. befand sich fünf oder sechs Mal in stationärer psychiatrischer 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 K. aber vermutlich peinlich ist, darüber zu sprechen. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

17 Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlungen bisher ^{JA}

Anzahl: 6

unbekannt/unklar



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

Anzahl (teil-) stationärer psychiatrischer/ psychosomatischer Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate ^{JA}

Hier ist die bekannte oder geschätzte Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Zeitpunkt des Behandlungsbeginns bzw. der Jahresaktualisierung anzugeben.

Hatte der Patient innerhalb der letzten 12 Monate vor dem aktuellen Dokumentationszeitpunkt (Behandlungsbeginn bzw. Jahresaktualisierung) keine (teil-)stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlung, so ist „0“ anzugeben.

Nur wenn nicht bekannt ist, ob der Patient innerhalb der letzten 12 Monate vor dem aktuellen Dokumentationszeitpunkt überhaupt (teil-) stationär psychiatrisch/psychosomatisch behandelt wurde, ist „unbekannt/unklar“ anzukreuzen.



Frau Y. wurde zwischen 2000 und 2012 fünf Mal stationär psychiatrisch behandelt, seitdem bis zum aktuellen Dokumentationszeitpunkt 2015 nicht mehr. Es wird deshalb der Wert „0“ angegeben.

17 Anzahl (teil-)stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate^{JA}

Anzahl: 0
 unbekannt/unklar

Wohnsituation^{JA}

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 amtlich gemeldet ist. Entscheidend für den Fokus der Frage ist jedoch nicht die amtliche Meldung, sondern der tatsächliche Lebensmittelpunkt. Es gibt Klienten, die zwar amtlich gemeldet sind, derzeit aber keine eigene Wohnung haben, sondern etwa vorübergehend 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!).



Herr E. lebt hauptsächlich in einer betreuten Wohngruppen, wohnt jedoch auch am Wochenende regelmäßig bei seinen Eltern. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

18 Wohnsituation^{JA}

- Privatwohnung, Wohngemeinschaft (einschließl. betr. Einzelwohnen)
- therapeutisches/psychiatrisches Heim, gerontopsychiatrisches Heim, Heim für geistig Behinderte, Übergangs-/Wohnheim
- Altenheim/Pflegeheim
- betreute Wohngruppe
- ohne festen Wohnsitz
- Sonstiges:
- unbekannt/unklar

Lebensform^{JA}

Diese Frage wird nur bearbeitet, wenn als Wohnsituation „Privatwohnung, Wohngemeinschaft“ angegeben wurde.

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



Frau F. lebt zusammen mit Ihrem Mann (mit (Ehe-)Partner) und dessen Cousin (mit anderen Verwandten) bei ihrer Mutter (mit Eltern(-teil)). Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

19 Lebensform ^{JA}

Nur bearbeiten, falls bei Frage 18 Privatwohnung angekreuzt wurde!

- mit (Ehe-)Partner
- mit anderen Verwandten
- mit Eltern(-teil)
- mit Bekannten, Wohngemeinschaft o. Ä.
- mit Kind(ern)
- allein
- unbekannt/unklar

Heim ^{JA}

Dieser Frageblock wird nur bearbeitet, wenn als Wohnsituation ein Heim angegeben wurde.

Es wird dann angegeben, ob der Patient in einem offenen oder geschlossenen Setting lebt.

Außerdem wird nach dem Jahr gefragt, in dem der Patient erstmals in ein Heim aufgenommen wurde, zudem nach dem Jahr der Aufnahme im aktuellen Heim. Schließlich wird angegeben, ob der Patient in den letzten 12 Monaten in einem anderen Heim als dem aktuellen gelebt hat.

Häufigkeit sozialer Kontakte in den letzten 7 Tagen ^{JA}

Diese Frage bezieht sich auf das soziale Funktionsniveau des Patienten. Es wird gefragt, ob der Patient Freunde/Bekannte in den letzten 7 Tagen getroffen hat, mit denen er nicht zusammenlebt.



Hinweis zu sozialer Kontakt: Hier wird nur das soziale Funktionsniveau außerhalb der Familie und des häuslichen Umfeldes abgefragt, d.h., Kontakte zu Angehörigen oder Mitbewohnern werden nicht berücksichtigt.

höchster erreichter Schulabschluss ^{JA}

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



Ein Patient hat zuerst die Mittlere Reife gemacht und danach auf dem Zweiten Bildungsweg den Abschluss Abitur. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

22 höchster erreichter Schulabschluss ^{JA}

- kein Abschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife
- Polytechnische Oberschule
- (Fach-)Abitur
- unbekannt/unklar

höchster erreichter Berufsabschluss ^{JA}

Hier werden nur Angaben zu abgeschlossenen Berufsausbildungen gemacht. Bei mehreren abgeschlossenen Ausbildungen wird die höchste Qualifikation angegeben.



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

23 höchster erreichter Berufsabschluss ^{JA}

- keiner
- Lehre
- Fach- / Meisterschule
- (Fach-)Hochschule
- unbekannt/unklar

jetzige berufliche Situation ^{JA}

Bei dieser Frage geht es um den derzeitigen aktuellen Berufsstatus. 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): Wenn sich ein Patient ganz- oder halbtags in Arbeitstherapie befindet, soll „anderweitig ohne berufliche Beschäftigung“ angekreuzt werden, da es sich bei Arbeitstherapie nicht um ein rechtlich gesichertes Arbeitsverhältnis im eigentlichen Sinn handelt.



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.



Bei Herrn W., der arbeitslos gemeldet ist, wurde die Rente beantragt (EU-Rente). Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

24 jetzige berufliche Situation ^{JA}

- erwerbstätig, Vollzeit
- erwerbstätig, Teilzeit
- geringfügig beschäftigt (Mini-Job)
- geschützt beschäftigt
- Freiwilliges Soziales Jahr/Ökologisches Jahr/Bundesfreiwilligendienst
- Ausbildung, Umschulung
- Hausfrau/-mann
- Rentner/-in
- ausschließlich ehrenamtlich tätig
- arbeitslos gemeldet
- anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
- Sonstiges:
- unbekannt/unklar

Lebensunterhalt ^{JA}

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



Bei einer Hausfrau/einem Hausmann in einer festen Beziehung, die/der vom Gehalt des Partners/der Partnerin lebt, wird hier „Unterstützung durch Angehörige/Freunde“ angegeben.

CGI Teil1 (Schweregrad) ^{JA}

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

Einen Patienten mit Angststörung beispielsweise beurteilt der untersuchende Arzt/Psychologe anhand seiner Erfahrungen mit Patienten mit Angststörung und nicht auf der Grundlage eines klinischen Erfahrungshintergrundes, der Psychosepatienten, Hirngeschädigte und Depressive ebenso wie Angstpatienten umfasst. Der zeitliche Bezugsrahmen für diese Beurteilung ist die Woche vor dem Dokumentationszeitpunkt bei Behandlungsbeginn bzw. Jahresaktualisierung.



Herr K. leidet an einer paranoiden Schizophrenie und ist im Vergleich zu anderen paranoid-schizophrenen Patienten nicht ganz so schwer erkrankt. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

26 CGI - Teil 1 (Schweregrad) ^{JA}

Patient ist ...

- 0: nicht beurteilbar
- 1: überhaupt nicht krank
- 2: Grenzfall psychischer Erkrankung
- 3: nur leicht krank
- 4: mäßig krank
- 5: deutlich krank
- 6: schwer krank
- 7: extrem schwer krank

GAF ^{JA}

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 am Anfang des Anhangs.

Es wird der aktuelle GAF-Wert (also zum Zeitpunkt der Dokumentation bei Behandlungsbeginn bzw. Jahresaktualisierung) angegeben.

Behandlungsbeginn/Jahresaktualisierung



Der Wert 0 steht für "Unzureichende Information".



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



Der Zustand von Herrn M. 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). Damals hatte er nur gelegentliche depressive Verstimmungen und Schlafstörungen (GAF-Wert 70). Die Frage ist dann z. B. wie folgt zu beantworten:

27 GAF (Legende siehe Beendigungsbogen)^{JA}

GAF-Wert: 45.....

Vernetzung

Der Block Vernetzung umfasst drei Fragen:

- Veranlassung der PIA-Behandlung
- Vorbehandlung
- Mitbehandlung

Jede dieser Fragen muss gesondert vollständig beantwortet werden.



Die Angaben zur Veranlassung der PIA-Behandlung und Vorbehandlung werden nur bei Behandlungsbeginn erfasst.

Veranlassung der PIA-Behandlung

Diese Frage ist nur bei Behandlungsbeginn zu bearbeiten. Mehrfachnennungen sind möglich.

Hier soll(en) diejenige(n) Stelle(n) oder Person(en) benannt werden, welche die Behandlung des Patienten in der PIA initiiert hat (haben) (Überweisung, Vermittlung, Empfehlung).

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

Gibt es keine passende Ankreuzmöglichkeit für eine die PIA-Behandlung veranlassende Einrichtung bzw. Person, so soll das Kästchen „sonstige“ angekreuzt und die betreffende Einrichtung bzw. Person als Freitext angegeben werden.

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.



Die Aufnahme des Herrn K. in der Ambulanz wurde von einer Tagesklinik veranlasst, die zur eigenen Klinik gehört. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

C. teilstationär	eigene Klinik	andere Klinik
psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Auf Initiative der zuständigen Therapeuten in der Wohngemeinschaft und der Tagesstätte von Herrn K. sowie auf Drängen seiner Mutter, erfolgte eine Zuweisung in die Ambulanz. Auch ein Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle befürwortete eine Aufnahme. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

D. komplementär	
geschützter Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>
ambulante Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Tagesstätte	<input checked="" type="checkbox"/>
SPDI/GPDI (außer Betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/>
betreute Wohnformen (z. B. betreutes Wohnen, therapeutische Wohngruppe, Familienpflege, Heim)	<input checked="" type="checkbox"/>
Krisendienst	<input type="checkbox"/>
Beratungsstelle	<input checked="" type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>
ehrenamtliche Unterstützung (Laiendienst)	<input type="checkbox"/>
häusliche psychiatrische Krankenpflege (nicht PIA)	<input type="checkbox"/>
häusliche somatische Pflege	<input type="checkbox"/>
ambulante Soziotherapie	<input type="checkbox"/>
C. Andere	
Patient selbst	<input type="checkbox"/>
Angehörige, Bekannte des Patienten	<input checked="" type="checkbox"/>
rechtlicher Betreuer	<input type="checkbox"/>
Ämter (z. B. Jugend-/Gesundheitsamt)	<input type="checkbox"/>
Bewährungshelfer	<input type="checkbox"/>

aktuelle Vorbehandlung (vor Aufnahme in die PIA)

Diese Frage ist nur bei Behandlungsbeginn zu bearbeiten.

Es sollen hier alle Arten von Behandlung angekreuzt werden, die der Patient im Zuge der bei Behandlungsbeginn aktuellen Krankheitsmanifestation aktuell vor Aufnahme der PIA-Behandlung erhielt. Gibt es keine passende Ankreuzmöglichkeit für eine vorbehandelnde Einrichtung bzw. Person, so soll das Kästchen „sonstige“ angekreuzt und die betreffende Einrichtung bzw. Person als Freitext angegeben werden.



Frau W. befand sich für acht Wochen in einer anderen Klinik in stationär-psychiatrischer Akut - Behandlung, wurde vor drei Wochen aus dieser stationären Behandlung entlassen und nun zur langfristigen Betreuung in unsere Ambulanz überwiesen. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten: Abbildung aktualisieren

B. stationär	eigene Klinik	andere Klinik
psychiatrische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
psychiatrische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosomatische Klinik/Abteilung (Reha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Herr J. leidet seit vielen Jahren an einer Demenz und wurde bis vor drei Jahren vorübergehend ambulant psychiatrisch behandelt, seitdem nur bei seinem Hausarzt.

Die Demenz nahm einen langsamen progredienten Verlauf, d. h. bei Behandlungsbeginn in der PIA handelt es sich noch um ein und dieselbe Krankheitsmanifestation. Die psychiatrische Behandlung fand somit zwar im Zuge dieser Krankheitsmanifestation statt, jedoch nicht aktuell vor der PIA-Behandlung. Sie wird deshalb nicht angegeben.

A. ambulant	
Niedergelassene	
Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Psychosomatik	<input type="checkbox"/>
Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input checked="" type="checkbox"/>
sonstiger Arzt: (Freitext neben Kästchen!)	<input type="checkbox"/>
sonstige Behandlung (z. B. Heilpraktiker): (Freitext neben Kästchen!)	<input type="checkbox"/>

fremde Mitbehandlung bzw. Mitbetreuung ^{JA}

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.

Steht bei Behandlungsbeginn bereits fest, dass die Behandlung in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen bzw. Personen erfolgen wird, so sind diese ebenfalls zu dokumentieren.

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.



Frau St. wohnt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft, besucht halbtags eine Ergotherapie und zweimal pro Woche eine Tagesstätte. Außerdem hat sie, für sie sehr bedeutsamen, wöchentlichen Kontakt zu einem Priester. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

D. komplementär	
geschützter Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>
ambulante Ergotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>
Tagesstätte	<input checked="" type="checkbox"/>
SPDI/GPDI (außer Betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/>
betreute Wohnformen (z. B. betreutes Wohnen, therapeutische Wohngruppe, Familienpflege, Heim)	<input checked="" type="checkbox"/>
Krisendienst	<input type="checkbox"/>
Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>
ehrenamtliche Unterstützung (Laiendienst)	<input type="checkbox"/>
häusliche psychiatrische Krankenpflege (nicht PIA)	<input type="checkbox"/>
häusliche somatische Pflege	<input type="checkbox"/>
ambulante Soziotherapie	<input type="checkbox"/>
E. Andere	
Patient selbst	<input type="checkbox"/>
Angehörige, Bekannte des Patienten	<input type="checkbox"/>
rechtlicher Betreuer	<input type="checkbox"/>
Ämter (z. B. Jugend-/Gesundheitsamt)	<input type="checkbox"/>
Bewährungshelfer	<input type="checkbox"/>
F. Sonstige: (Freitext neben Kästchen!)	<input checked="" type="checkbox"/> Priester

Datum^{JA}, Unterschrift^{JA}

Hier soll das Datum eingetragen werden, an dem der Arzt/Psychologe die Dokumentation durchführt.

Außerdem soll der Ausfüllende den Bogen unterschreiben.



Datum: ^{JA}	Unterschrift: ^{JA}
----------------------	-----------------------------

Allgemeine Information

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

- ⇒ Die ambulante Behandlung des Patienten wurde in Absprache mit dem Arzt/Psychologen beendet.
- ⇒ Der Patient ist ohne Absprache nicht mehr erschienen. Der Arzt/Psychologe 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.



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

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.

Dokumentationsfall

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 in der Dokumentation des Behandlungsbeginns und der zugehörigen Beendigung übereinstimmen.

Datum der letzten Leistungserbringung

Tragen Sie hier bitte das Datum der letzten Leistungserbringung ein. Dies kann das Datum des letzten Patientenkontaktes sein. Möglicherweise werden aber nach dem letzten Patientenkontakt noch abrechenbare Leistungen erbracht, (z. B. Verfassen eines Arztbriefes, Telefonat mit weiterbehandelndem Arzt), in einem solchen Fall wird dann das Erbringungsdatum dieser Leistung angegeben.



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 Z. war seit 3. Oktober 2012 regelmäßig in Behandlung bei einer ärztlichen und einer nicht-ärztlichen Bezugsperson in der Institutsambulanz. Am 28.05.2014 hatte sie noch einen Kontakt mit einer ihrer beiden Bezugspersonen in der Institutsambulanz. Den nächsten Termin nahm sie nicht mehr wahr. Nachdem sich Frau Z. 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 2015 rückwirkend eine Dokumentation für die Behandlungsbeendigung an.

1 Dokumentationsfall

1.4 Datum Behandlungsbeginn: 03.10.2012.....

1.5 Datum der letzten Leistungserbringung: 28.05.2014.....

Patientendaten

Name, Vorname, Geburtsdatum

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

Art der Beendigung/ Unterbrechung der Behandlung

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



Herr B. ist der weiteren ambulanten Behandlung ferngeblieben ohne dies mit seinem Arzt abzusprechen. Dieser hat von einem Mitpatienten erfahren, dass Herr B. nach Hamburg verzogen ist. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

3 Art der Beendigung/Unterbrechung der Behandlung

- reguläre Beendigung/Überweisung
- Beendigung gegen den Rat des Therapeuten, Fernbleiben
- Beendigung der gerichtlichen Auflage
- Abbruch durch den Therapeuten
- verstorben durch natürliche Ursache/Unfall/Fremdeinwirkung
- verstorben durch Suizid
- unbekannt/unklar

Diagnosen bei Beendigung

Hier sollen alle Diagnosen bei Behandlungsbeendigung eingetragen werden. Bitte dokumentieren sie die Diagnosen analog zur Dokumentation bei Behandlungsbeginn/Jahresaktualisierung.

Wohnsituation bei Beendigung

Hier ist die Wohnsituation am Hauptwohnsitz (das heißt sozialer und beruflicher Lebensmittelpunkt) des Patienten zum Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung zu nennen. In der Regel ist das auch der Ort, an dem der Patient amtlich gemeldet ist. Entscheidend für den Fokus der Frage ist jedoch nicht die amtliche Meldung sondern der tatsächliche Lebensmittelpunkt. Es gibt Klienten, die zwar amtlich gemeldet sind, derzeit aber keine eigene Wohnung haben, sondern etwa vorübergehend 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!).

Diese Angabe kann, muss aber nicht identisch mit der Angabe nach der Wohnsituation bei Behandlungsbeginn bzw. Jahresaktualisierung sein.

Im Todesfall ist die letzte Wohnsituation zu Lebzeiten anzugeben.

B *Zu Beginn der ambulanten Behandlung lebte der Herr K. in einer betreuten Wohngruppe.*

Nach einem Umzug lebt er bei Beendigung der Behandlung in einer Privatwohnung. Die Frage ist dann wie folgt auszufüllen:

5 Wohnsituation (im Todesfall letzte Wohnsituation zu Lebzeiten)
<input checked="" type="radio"/> Privatwohnung, Wohngemeinschaft (einschließlich betr. Einzelwohnen)
<input type="radio"/> therapeutisches/psychiatrisches <u>Heim</u> , gerontopsychiatrisches <u>Heim</u> , <u>Heim für geistig Behinderte</u> , Übergangs-/Wohn <u>heim</u>
<input type="radio"/> <u>Altenheim/Pflegeheim</u>
<input type="radio"/> betreute Wohngruppe
<input type="radio"/> ohne festen Wohnsitz
<input type="radio"/> Sonstiges:
<input type="radio"/> unbekannt/unklar

Heim

Dieser Frageblock wird analog zur Dokumentation bei Behandlungsbeginn/Jahresaktualisierung bearbeitet.

CGI bei Beendigung

Die original CGI-Skala (**C**linical **G**lobal **I**mpression = Klinischer Gesamteindruck) besteht aus drei Teilen, wobei an dieser Stelle nur Teil 1 (=Schweregrad der Krankheit) und Teil 2 (Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung) erforderlich sind. Die Beurteilung erfolgt durch den klinisch erfahrenen Arzt/Psychologen.

Teil 1 (Schweregrad)

Der Arzt/Psychologe soll den Krankheitsgrad des Patienten auf der Basis seiner gesamten Erfahrung mit dieser speziellen Patienten-Gruppe (also Patienten mit derselben Form der Erkrankung) feststellen.

Einen Patienten mit Angststörung beispielsweise beurteilt der untersuchende Arzt/Psychologe anhand seiner Erfahrungen mit Patienten mit Angststörung und nicht auf der Grundlage eines klinischen Erfahrungshintergrundes, der Psychosepatienten, Hirngeschädigte und Depressive ebenso wie Angstpatienten umfasst. Der zeitliche Bezugsrahmen für diese Beurteilung ist die Woche vor dem letzten ambulanten Kontakt mit dem Patienten.

Im Todesfall wird der CGI-Wert zu Lebzeiten des Patienten angegeben.

Teil 2 (Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung)

Der klinisch erfahrene Arzt/Psychologe beurteilt die Zustandsänderung des Patienten. Der Bezugsrahmen für diese Gesamtbeurteilung ist die Zeitspanne seit Beginn der jeweiligen PIA-Behandlung bis zum jetzigen Zeitpunkt (Beendigung der ambulanten Behandlung).

Im Todesfall ist der Verlauf zwischen Behandlungsbeginn und letztem Kontakt zu Lebzeiten des Patienten zu beurteilen.



Herr M. ist im Vergleich zu anderen Patienten mit einer Panikstörung zum jetzigen Zeitpunkt nur noch leicht krank. Seit Beginn der aktuellen Ambulanzbehandlung ist eine deutliche Besserung zu verzeichnen. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

7 CGI bei Beendigung (im Todesfall CGI beim letzten Kontakt)
7.1 Teil1 (Schweregrad)
Patient ist ...
<input type="radio"/> 0: nicht beurteilbar
<input type="radio"/> 1: überhaupt nicht krank
<input type="radio"/> 2: Grenzfall psychischer Erkrankung
<input checked="" type="radio"/> 3: nur leicht krank
<input type="radio"/> 4: mäßig krank
<input type="radio"/> 5: deutlich krank
<input type="radio"/> 6: schwer krank
<input type="radio"/> 7: extrem schwer krank
7.2 Teil2 (Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung)
(im Todesfall Verlauf zwischen Beginn und letztem Kontakt)
Zustand ist ...
<input type="radio"/> 0: nicht beurteilbar
<input type="radio"/> 1: sehr viel besser
<input checked="" type="radio"/> 2: viel besser
<input type="radio"/> 3: nur wenig besser
<input type="radio"/> 4: unverändert
<input type="radio"/> 5: etwas schlechter
<input type="radio"/> 6: viel schlechter
<input type="radio"/> 7: sehr viel schlechter

GAF bei Beendigung

Mit Hilfe der GAF-Skala (**G**lobal **A**ssessment of **F**unctioning **S**cale) 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 im Anhang.

Beendigung



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).

Im Todesfall ist der GAF-Wert beim letzten Kontakt zu Lebzeiten des Patienten anzugeben.



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



Der Zustand von Frau M. ist zum Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung als deutlich gebessert anzusehen. Lediglich eine leichte depressive Verstimmung ist zurückgeblieben, sie hat wichtige soziale Beziehungen. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

8 GAF bei Beendigung (im Todesfall GAF beim letzten Kontakt)

GAF-Wert: 64.....

Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung

Hier sind alle Personen, Einrichtungen und Dienste anzukreuzen, die an der Nachbetreuung bzw. Weiterbehandlung des Patienten beteiligt sind.



Eine zwischenzeitliche stationäre Aufnahme in eine Klinik gilt in der Regel nur als Unterbrechung der ambulanten Behandlung.

Wenn der Patient aufgrund des stationären Aufenthalts in zwei aufeinander folgenden Quartalen keine PIA-Leistung in Anspruch genommen hat, muss jedoch eine Beendigungsdokumentation erfolgen. Die Dokumentation wird dann mit dem Datum der letzten PIA-Leistungserbringung beendet.

Bei der Frage "Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung" muss die entsprechende Klinik eingetragen werden.



Herr K. wird in Zukunft von einem niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten und einem niedergelassenen Psychiater betreut. Die Frage ist dann wie folgt zu beantworten:

A. ambulant	
Niedergelassene	
Arzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Psychosomatik	<input checked="" type="checkbox"/>
Ärztlicher/ Psychologischer Psychotherapeut	<input checked="" type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>
sonstiger Arzt: (Freitext neben Kästchen!)	<input type="checkbox"/>
sonstige Behandlung (z. B. Heilpraktiker): (Freitext neben Kästchen!)	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift

Hier soll das Datum eingetragen werden, an dem der Arzt/Psychologe die Beendigungsdokumentation durchführt.

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

Außerdem soll der Ausfüllende den Bogen unterschreiben.

Allgemeine Information

Je nach tatsächlicher Kontakthäufigkeit ist bei bis zu drei Kontakten/ Leistungserbringungen (an verschiedenen Tagen) eine AmBADO-Kurzversion, bei mehr als drei Kontakten/ Leistungserbringungen eine AmBADO-Vollversion zu erstellen.

Wann wird der Bogen ausgefüllt?

Beim ersten Patientenkontakt erfolgt die Leistungsabrechnung (für die AmBADO-Leistung). Es werden alle Fragen außer CGI bei Beendigung, GAF bei Beendigung, Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung und Datum der letzten Leistungserbringung ausgefüllt. Diese restlichen Fragen werden beim letzten Termin der Kurzbehandlung (oder retrospektiv) ausgefüllt.

Patientendaten

Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.

Behandlungssetting

Definitionen

Notfall/Krisenintervention

Zwei Ausgangskonstellationen sind hier möglich:

1. Krisenintervention als einmaliger Kontakt
2. Krisenintervention über mehrere Termine.

Zu 1. Einmaliger Kontakt:

Es handelt sich um eine Krisenintervention, wenn alle drei folgenden Kriterien erfüllt sind:

- a) Der Patient, Angehörige od. Dritte sehen (bei bestehender psychischer Krise) aufgrund subjektiver Dringlichkeit hohen Handlungsdruck und sofortigen Konsultationsbedarf.
- b) Sie nehmen deshalb Kontakt zur PIA auf (Kontaktaufnahme ist für PIA "ungeplant"), entweder telefonisch (und daraus ggf. resultierend persönliche Vorstellung) oder direkt persönlich (durch Aufsuchen der PIA).
- c) Es kommt spätestens binnen 24 Stunden zu einer Krisen-Erstintervention in der PIA.

Zu 2. Krisenintervention über mehrere Termine:

Es handelt sich um eine Krisenintervention, wenn alle drei folgenden Kriterien erfüllt sind:

- a) Nach der Erstintervention ergibt sich die Notwendigkeit für einen oder mehrere Folgekontakt(e) zur Fortsetzung der ambulanten Krisenintervention.
- b) Der zeitliche Abstand zwischen Kontakt und jeweiligem Folgekontakt darf bei bestehender Dringlichkeit maximal eine Woche betragen.
- c) Bei einer mit der Kurzversion dokumentierten Krisenintervention kann es (im Gegensatz zu einer mit der AmBADO-Vollversion dokumentierten Krisenintervention) maximal einen Erstkontakt und zwei Folgekontakte geben.

Auftragsleistung***

Diagnostische oder therapeutische Leistungen, die von fachärztlicher Seite (Nervenärzten, Neurologen, Psychiatern und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie) angefordert werden als:

- zeitlich begrenzte diagnostische Maßnahmen, gegebenenfalls mit Therapieempfehlung der PIA
- therapeutische Leistungen der PIA (z. B. Gruppentherapie, Psychoedukation) in Ergänzung zu einer Behandlung bei einem niedergelassenen Facharzt aus einer der oben aufgeführten Facharztgruppen

Vertretung/Überbrückung anderer Behandler*

Patient ist grundsätzlich in ein anderes definiertes Behandlungsangebot (z. B. niedergelassener Facharzt) außerhalb der eigenen Ambulanz eingebunden oder dafür vorgesehen. Dies steht ihm momentan (noch) nicht zur Verfügung
Dokumentation mit Kurzversion ist nur bei bis zu drei Terminen möglich!

gerichtliche Behandlungsauflage

Eine auf einer richterlichen Anordnung basierende, definierte Behandlungsmaßnahme, die üblicherweise zeitlich begrenzt ist.
Dokumentation mit Kurzversion ist nur bei bis zu drei Terminen möglich!

Beratung

Gesprächskontakte, die auf den Versicherten selbst bezogene, auf einen Termin beschränkte bzw. einmalige diagnostische Leistungen und Therapieempfehlungen beinhalten.
Sind beim Behandlungssetting gleichzeitig die Kriterien für die Auswahlmöglichkeit *Auftragsleistung*, *Notfall/Krisenintervention* oder *Vertretung/Überbrückung anderer Behandler* erfüllt, so sollen diese Auswahlmöglichkeiten zur Dokumentation verwendet werden.

Ambulanzart

Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.

Ambulanzdifferenzierung (Abteilung im Haus)

Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.

Wohnsituation

Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.

Lebensform

Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.

Heim

Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.

Diagnosen (nach ICD)

Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.

***Der Begriff Auftragsleistung wird in der AmBADO zur Erfassung der hier beschriebenen Fallkonstellationen abweichend vom BMV-Ä (Bundesmantelvertrag Ärzte) verwendet. Aufträge von Hausärzten oder anderen (als den oben genannten) Fachärzten sowie von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten sollen in der AmBADO nicht hier (beim Item „4 Behandlungssetting“ mit der Antwortmöglichkeit *Auftragsleistung*) sondern im Vernetzungsbogen (beim Item „15 Veranlassung“ mit den jeweils passenden Ankreuzmöglichkeiten) dokumentiert werden.

Kurzversion

sprachliche Verständigung	Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.
Selbst- und Fremdgefährdung	Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.
Wohnsituation	Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.
Lebensform	Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.
Heim	Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.
CGI bei Beendigung	Dieser Frageblock wird analog der Behandlungsbeendigung bearbeitet.
GAF bei Beendigung	Dieser Frageblock wird analog der Behandlungsbeendigung bearbeitet.
Veranlassung der PIA- Behandlung	Dieser Frageblock wird analog dem Behandlungsbeginn/der Jahresaktualisierung bearbeitet.

Kurzversion

Weiterbehandlung bzw. Nachbetreuung

Dieser Frageblock wird analog der Beendigung bearbeitet.

Datum der letzten Leistungserbringung

Dieser Frageblock wird analog der Beendigung bearbeitet.

Datum, Unterschrift

Hier soll das Datum eingetragen werden, an dem der Arzt/Psychologe die Dokumentation fertig stellt. Außerdem soll der Ausfüllende den Bogen unterschreiben.

Anhang

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