

# Rahmenkonzept für eine ambulant-intensive Komplexbehandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen

## AMBI

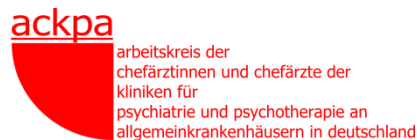
Arbeitskreis Psychiatrische Institutsambulanzen (BDK, ACKPA, LIPPs) mit Unterstützung der  
DGPPN

Sprecher: Martin Driessen, Steffi Koch-Stoecker



**LIPPs e.V.**

Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie  
und Psychotherapie



### Ansprechpartner

Prof. Dr. med. Martin Driessen  
Dr. med. Dipl.-Psych. Steffi Koch-Stoecker

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Evangelisches Klinikum Bethel  
Remterweg 69-71  
33617 Bielefeld

0521 772 78451  
martin.driessen@evkb.de  
steffi.koch-stoecker@evkb.de

## Hintergrund und Ziel

Zwischen hochintensiver, finanziell aufwändiger (teil-)stationärer Komplexbehandlung und häufig niedrigfrequenter und daher kostengünstigerer ambulanter Behandlung mit Behandlungsterminen von maximal ein Mal pro Woche (häufig nur ein Mal pro Monat oder Quartal) besteht in Deutschland eine erhebliche Versorgungslücke. Es besteht aber kein Zweifel daran, dass ein substanzieller Anteil heute in Deutschland stationär oder teilstationär behandelter Patienten auch mittels einer ambulanten, intensiven und multiprofessionellen Komplexbehandlung behandelbar wären, wenn die Behandlungsintensität flexibel an die Bedarfe der Patienten angepasst wären. Für die Depression konnte kürzlich gezeigt werden, dass die Wirksamkeit einer intensiv-ambulanten Behandlung nicht geringer zu sein scheint als für eine stationäre Behandlung (Driessen et al. 2019)

Auch der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen kommt in seinem Gutachten (2018) zu der Empfehlung, intensiv-ambulante Behandlungsangebote zu erproben und ggf. dauerhaft zu etablieren (Seiten 745 f. und 779; Abb. 16.22, S. 748, siehe Anlage 1). Stationäre Angebote dagegen sollten nicht ausgebaut werden. Diese Empfehlung fügt sich zudem nahtlos in das Konzept der gestuften Versorgung ein (DGPPN, 2018). Auch einzelne Modellprojekte (z. B. Modellvorhaben zur optimierten Versorgung in der Psychiatrie der Techniker Krankenkasse), einige Projekte zur Integrierten Versorgung (z.B. das Hamburger Modell bei Psychosen und bipolaren Störungen, Lambert et al. 2015) sowie das in mehreren Kliniken bereits realisierte Modell des Regionalen Budgets weisen einen ähnlichen Ansatz auf.

Die stationsäquivalente Behandlung (StäB) kann die bestehende Versorgungslücke nicht oder zumindest nicht ausreichend schließen, da es sich um eine stationäre Komplexbehandlung handelt und Behandlungskontakte an 7 Tagen pro Woche vorgeschrieben und damit nicht flexibel an die jeweiligen Bedarfe des individuellen Patienten anpassbar sind (§ 8 der Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d, Absatz 2 SGB V vom 1.8.2017). Ebenso können die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) diese Lücke allenfalls partiell schließen. Zwar sind ambulante und multiprofessionelle Komplexbehandlungen prinzipiell möglich und werden nach der derzeit gültigen PIA-Dokumentationsvereinbarung auch dokumentiert, ihre Finanzierung lässt – außer im bayerischen Vergütungssystem – eine multiprofessionelle ambulante Intensivbehandlung mit Behandlungskontakten an mehreren Tagen pro Woche aber nicht oder allenfalls sehr kurzfristig zu. Vollständige oder partielle Pauschalvergütungen sind grundsätzlich nicht geeignet, diese Situation zu verändern.

Daher wird im folgenden ein Konzept einer **ambulant-intensiven Komplexbehandlung (AMBI)** vorgestellt, wie es in der PIA realisiert werden kann. Dabei stehen Flexibilität, Individualisierung und Multiprofessionalität für einen definierten Zeitraum im Zentrum. Zugleich soll eine verstärkte Vernetzung mit dem niedergelassenen Facharztbereich ermöglicht werden.

## Definition

AMBI ist eine intensivierte Form der ambulanten Behandlung im Rahmen der PIA-Versorgung entweder aufsuchend als „Hometreatment“ (Berhe et al. 2005) und/oder in der PIA (Driessen et al. 2019), fachärztlich geleitet und multiprofessionell. Es handelt sich um eine integrierte multimodale psychiatrische Komplexbehandlung auf der Grundlage einer dezidierten Therapiezielplanung.

Nach Erreichen des Therapieziels ist diese Form der Behandlung abgeschlossen und es erfolgt die Rücküberweisung an einen niedergelassenen Facharzt/Psychotherapeuten oder der Übergang in die niederfrequenter PIA-Behandlung. Insofern handelt es sich bei AMBI um eine besondere Behandlungsform innerhalb des rechtlichen Rahmens des § 118 SGB V.

## Strukturelle Bedingungen und Zuweisung

AMBI ist ein PIA-gestütztes Angebot eines multiprofessionellen Behandlungsteams, an dem mindestens Ärzte, Psychologen und Pflegende sowie bei Bedarf Sozialarbeiter oder Spezialtherapeuten beteiligt sind; es wird empfohlen, wo sinnvoll und gewünscht, Genesungsbegleiter zu beteiligen. AMBI ist als PIA-Leistung in das Gesamtbehandlungskonzept der Klinik integriert. Die Behandlung kann in der Institution oder im persönlichen Umfeld der Patienten erfolgen.

Es handelt sich um ein flexibles ambulantes Leistungsangebot, das auf individuelle Patientenbedarfe bzw. -erfordernisse eingeht (in Abgrenzung zu StäB, z. B., wenn weniger als tägliche Kontakte erforderlich oder vom Patienten gewünscht sind etc.).

Der gesamte Behandlungszeitraum ist primär auf bis zu 6 Wochen begrenzt und kann im Bedarfsfall einmalig um bis zu 6 Wochen verlängert werden.

Die Zuweisung erfolgt durch (teil-)stationäre, niedergelassene oder PIA-Fachärzte oder andere regionale gemeindepsychiatrische Versorger (Netzwerkpartner). In jedem Fall wird die Indikation in der PIA geprüft.

Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie (und Psychotherapie), die Patienten zuweisen, können auch selbst den fachärztlichen Teil der AMBI-Behandlung wahrnehmen.

## Aufnahmekriterien und Indikation

AMBI ist indiziert,

- bei Patienten, die vorübergehend einen erhöhten ambulanten Behandlungsbedarf aufweisen, der über den üblichen Rahmen einer Behandlung in der PIA oder bei niedergelassenen Psychiatern/Psychotherapeuten hinausgeht und Behandlungskontakte an mindestens 3 Tagen pro Woche erfordert, ohne dass eine stationäre Behandlung einschließlich StäB indiziert ist (Gouzoulis-Mayfrank et al. 2016).
- wenn das Ziel die Vermeidung und/oder Verkürzung (teil-)stationärer Behandlungen darstellt.
- bei Patienten, die bei bestehender Indikation eine (teil-)stationäre Behandlung bzw. StäB ablehnen.

Da AMBI den Verbleib des Patienten im häuslichen Umfeld bedingt, müssen die häuslichen Gegebenheiten und die Selbstfürsorgefähigkeit des Patienten eine adäquate Behandlungsdurchführung zulassen. Im Fall einer aufsuchenden Behandlung müssen sowohl der Patient als auch dessen Angehörige im häuslichen Umfeld zustimmen.

## Kontraindikationen

Kontraindikationen bestehen, wenn

- die Symptomatik eine vollstationäre Behandlung zwingend erforderlich macht.
- eine starke Ausprägung der akuten psychiatrischen Symptomatik mit deutlich beeinträchtigter Kommunikations- und Absprachefähigkeit besteht, sodass das Verhalten auch kurzfristig kaum oder schwer voraussagbar ist.
- eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung ohne ausreichende Absprachefähigkeit besteht.
- somatische Begleiterkrankungen oder primär somatische Erkrankungen bestehen, die

umfangreiche medizinische Untersuchungen und Kontrollen erfordern.

- ein erheblicher Suchtmittelgebrauch mit fehlender Bereitschaft bzw. Fähigkeit zur Abstinenz oder Reduktion des Substanzkonsums besteht.
- bei zu erwartenden klinisch relevanten Entzugssymptomen eine Begleitperson im häuslichen Umfeld nicht ständig anwesend sein kann.
- andere Personen im häuslichen Umfeld dem Erreichen des Behandlungsziels entgegenstehen.
- eine Kindeswohlgefährdung bei Verbleiben des Patienten im häuslichen Umfeld besteht.

### Behandlungsteam

Die Psychiatrische Institutsambulanz hält für AMBI Vertreter der notwendigen Berufsgruppen vor:

- Ärzte,
- Psychologen,
- Pflegefachpersonen,
- Sozialarbeiter,
- ggf. Spezialtherapeuten und Genesungsbegleiter

Die Verantwortung für die Behandlungsplanung und -durchführung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Facharzt für Nervenheilkunde.

Die fachärztliche Leitung hat sicherzustellen, dass mindestens eine wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechung durchgeführt wird, an der mindestens drei Vertreter der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen teilnehmen.

Falls der niedergelassene Facharzt selbst den fachärztlichen Teil der AMBI-Behandlung wahrnimmt, nimmt sie/er ebenfalls, ggf. telefonisch, an der wöchentlichen multiprofessionellen Fallbesprechung teil.

### Patientenkontakte in der PIA oder aufsuchend

Das Behandlungsteam stellt sicher, dass mindestens an drei Tagen pro Woche ein persönlicher Patientenkontakt stattfindet. Darüber hinausgehende Behandlungskontakte können in begründeten Fällen auch per Telekommunikation erfolgen.

Bei Bedarf müssen persönliche Behandlungskontakte an allen Werktagen pro Woche gewährleistet sein. Mindestens einer der persönlichen Kontakte pro Woche muss ein ärztlicher Kontakt sein. Es können an einem Behandlungstag mehrere Kontakte einer oder verschiedener Berufsgruppen stattfinden, wenn notwendig kann auch der gleichzeitige Einsatz mehrerer Personen erfolgen.

Die Dauer der Behandlungskontakte richtet sich nach der individuellen Behandlungsplanung und der individuellen Notwendigkeit.

## Sicherstellung der Behandlung und der nachfolgenden Versorgung

Die Psychiatrische Institutsambulanz legt verbindliche Vorgehensweisen fest, wie sie die individuellen Hilfeleistungen durch das multiprofessionelle Team im Fall von sehr kurzfristigen und wechselnden Bedarfslagen der Patienten organisiert.

Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des PIA-Teams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes sicherzustellen (Rufbereitschaft). Darüber hinaus ist die Möglichkeit eines jederzeitigen (24 Stunden an sieben Tagen in der Woche) ärztlichen Kontakts durch das Krankenhaus gewährleistet.

Es findet fallbezogen eine aktive Vernetzung mit dem ggf. bereits vorhandenen professionellen Versorgungsnetzwerk des Betroffenen statt. Ambulante externe Leistungserbringer werden frühzeitig einbezogen, um die längerfristige Stabilisierung oder Teilhabe der betroffenen Patienten zu sichern.

## Dokumentation in der Patientenakte

Die Psychiatrische Institutsambulanz/das Behandlungsteam dokumentiert in der Patientenakte die Indikation für AMBI mit dem Aufnahmebefund und der Anamnese beziehungsweise Fremdanamnese.

Die Patientenakte umfasst zudem die Therapiezielplanung und die Verlaufsdokumentation. In der Verlaufsdokumentation werden jeder Patientenkontakt und -kontaktversuch sowie alle patientenbezogenen Leistungen entsprechend der gültigen PIA-Doku-Vereinbarung (2018) dokumentiert. Beginn und Ende der AMBI ist eindeutig zu dokumentieren.

Die Datenübermittlung nach § 301 SGB V an die Krankenkassen und an die privaten Krankenversicherungen erfolgt wie üblich.

Falls der niedergelassene Facharzt selbst den fachärztlichen Teil der AMBI-Behandlung wahrnimmt, dokumentiert sie/er ebenfalls entsprechend und stellt diese Dokumentation in elektronischer Form der PIA zur Verfügung.

## Finanzierung

Die Finanzierung von AMBI ist durch die aktuellen Vergütungsoptionen der PIAs nicht darstellbar und muss daher auf Landesebene verhandelt werden. Dabei sind einige Punkte zu beachten:

- Ein Sockelbetrag ist zur Sicherstellung des Angebotes unabdingbar, da die Akuität der Leistungserbringung zu erhöhten Vorhaltekosten führt.
- In den Bundesländern, die nach dem Bayerischen Vergütungssystem arbeiten, ist über den Sockelbetrag hinaus eine Abrechnung als Einzelleistungsvergütung möglich und darstellbar.
- In den Bundesländern, in denen das Bayerische Vergütungssystem nicht existiert, sollte eine vergleichbare, in jedem Fall leistungsgerechte Vergütungsgrundlage verhandelt werden. Dies könnte eine vorübergehende Einzelleistungsvergütung analog zum Bayerischen Modell für die Phase der AMBI-Behandlung sein.
- Falls der niedergelassene Facharzt selbst den fachärztlichen Teil der AMBI-Behandlung wahrnimmt, wird eine Vergütungsvereinbarung zwischen ihr/ihm und dem Krankenhaus geschlossen.

## Literatur

Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S (2008) Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. In: Gaebel W, Müller-Spahn F (Hrsg.): Konzepte und Methoden der Klinischen Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart.

Berhe T, Puschner B, Kilian R, Becker T. „Home Treatment“ für Psychische Erkrankungen: Begriffserklärung und Wirksamkeit. Nervenarzt 2005; 76:822-831.

DGPPN (2018) DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie. [https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/11a14679d449d3abc76fdd61fb7ff6c428310f67/DGPPN\\_Standpunktetepa-pier%20web.pdf](https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/11a14679d449d3abc76fdd61fb7ff6c428310f67/DGPPN_Standpunktetepa-pier%20web.pdf).

Driessen M, Schulz P, Jander S, Ribbert H, Gerhards S, Neuner F, Koch-Stoecker S. Effectiveness of inpatient versus outpatient complex treatment programs in depressive disorders: a quasi-experimental study under naturalistic conditions. BMC Psychiatry. 2019 Dec 2;19(1):380. doi: 10.1186/s12888-019-2371-5.

Gouzoulis-Mayfrank E, Längle G, Koch-Stoecker S (2016) Kriterien stationärer psychiatrischer Behandlung – Leitfaden für die klinische Praxis. Kohlhammer, Stuttgart.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE. Integrierte Versorgung. <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/behandlungsangebot/integrierte-versorgung/index.html>.

Lambert et al. Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen: 3-Jahres Ergebnisse des Hamburger Modells. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58: 408-19.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Sachgerechte Steuerung im Gesundheitswesen. <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606>.

Techniker Krankenkasse. Modellvorhaben zur optimierten Versorgung in der Psychiatrie. <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/igv-vertraege/optimierte-versorgung-in-der-psychiatrie-ovp-ruedersdorf-2015504>.

Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) vom 02.02.2018 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, gemeinsam sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin. [https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem\\_2019/PIA-Dokumentation](https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2019/PIA-Dokumentation).

Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V vom 01.08.2017 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin. [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/stationsaequiv\\_psych\\_behandlung/st\\_aequ\\_beh.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/psychiatrie/stationsaequiv_psych_behandlung/st_aequ_beh.jsp).

Anlage 1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), Seite 748.

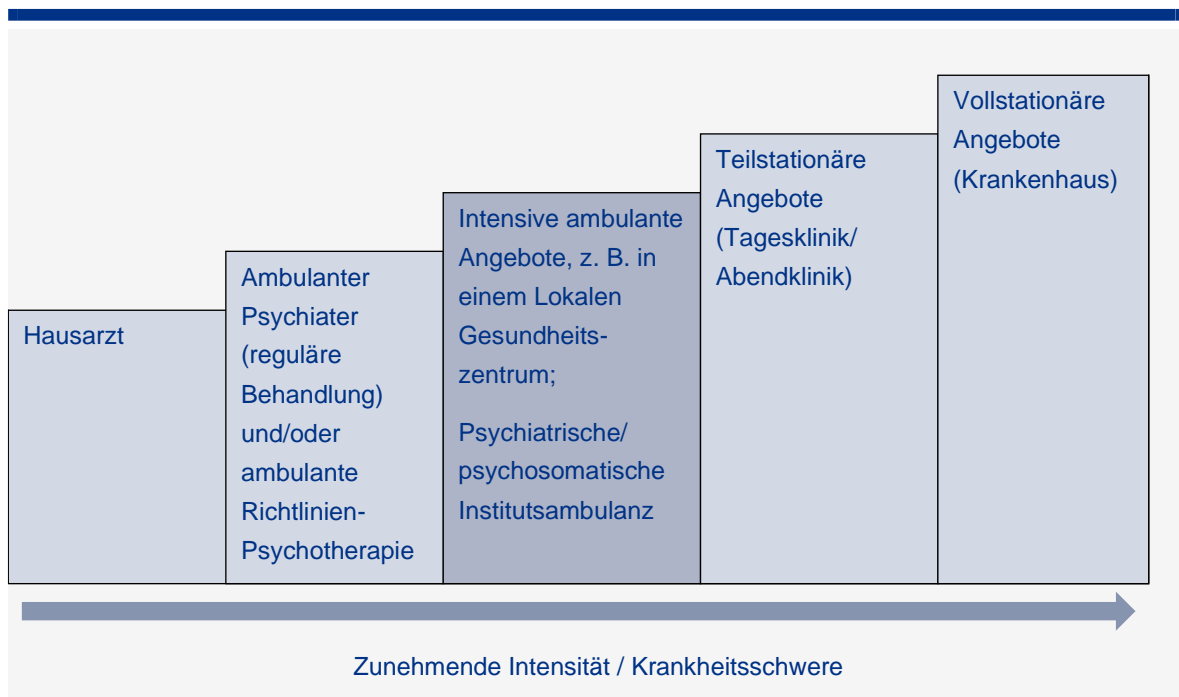


Abbildung 16-22: Modell einer gestuften Versorgung mit Angeboten unterschiedlicher Intensität

Lokale Gesundheitszentren, psychiatrische Institutsambulanzen und weitere Leistungserbringer könnten in zunehmendem Maße einen Bedarf nach intensiver ambulanter Behandlung decken.

Quelle: Eigene Darstellung.