



Stellungnahme der DGGPP e.V. zur Arbeit der Institutsambulanzen

## Indikationen und Kriterien für die Behandlung von alterpsychiatrischen Patienten in Institutsambulanzen (PIA)

### **Zusammenfassung**

Gerade in der Gerontopsychiatrie gibt es Patienten, die auf die Behandlung in einer Institutsambulanz angewiesen sind. Dabei stellt sehr hohes Alter oder Multimorbidität kein Ausschlusskriterium dar. Vielmehr sind Patienten Variablen wie Immobilität, Verhaltenssymptome oder gleichzeitiges Vorliegen körperlicher Erkrankungen mit Pflegebedarf oft Anlass, im multiprofessionellen Team zu arbeiten und/oder fachpsychiatrisch zu begleiten. Entsprechend anerkannter Forderungen wird so beigetragen, die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu mildern und im besonderen die schwerkranken Patienten nicht von psychiatrischer Behandlung auszuschließen.

---

### **1. Einführung**

Psychisch kranke Ältere haben häufig mehrere psychiatrische Diagnosen und sind somatisch komorbid. Demenzdiagnosen, die im übrigen Behandlungsspektrum der Psychiatrie eher selten sind, stellen einen großen Anteil.

Deswegen besteht seit langem die Forderung <sup>(1)</sup> nach Spezialbehandlung durch gerontopsychiatrisch weitergebildete Ärzte.

Trotzdem wurde bundesweit im Jahr 2006 bei Stichprobenkontrollen durch den MDK auf Veranlassung einzelner Krankenkassen die Kostenübernahme für PIA-Behandlungen in großem Umfang abgelehnt. (z.B. Baden-Württemberg in 195 von 200 Fällen einer Kasse)

Inhaltlicher Anlass der Ablehnung war im Kern das Thema „Komplexleistung“. Dazu muss klargestellt werden, dass die Ambulanzen zwar verpflichtet sind, alles Notwendige an Behandlung auch berufsgruppenübergreifend vorzuhalten. Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot sind sie aber nicht verpflichtet, bei jedem Patienten diese Komplexleistung auch zu erbringen. Je nach Bundesland wird oft auch der Begriff der Komplexpauschale hier unpassend verwendet. Ein zweites Argument war die nicht belegte Behauptung, dass der Patient auch in der kassenärztlichen Praxis versorgt werden kann.

Gerontopsychiatrische Behandlung ist - noch mehr als in der Allgemeinpsychiatrie – Komplexbehandlung (im Unterschied zu „Komplexleistung“ im abrechnungstechnischen Sinne); neben der Pharmakotherapie spielt v.a. die Milieuthérapie eine sehr große Rolle. Diese erfordert aufwändige Absprachen mit nicht-ärztlichen Mitbehandlern bzw. Versorgern. Wegen des nahezu regelhaft viel höheren Behandlungsaufwandes, auch in Form des größeren Zeiteinsatzes, der für verlangsamte, schwerhörige oder fehsichtige alte Menschen nötig ist, ist diese Arbeit durch psychiatrische Praxen praktisch nicht zu leisten und erfordert deshalb die Tätigkeit der gerontopsychiatrischen Institutsambulanzen, die eindeutig Verbesserungen der Versorgungssituation erbracht haben.

Es wird zu Recht immer wieder bemängelt, dass alterspsychiatrische Patienten - aus den genannten Gründen - psychiatrisch unterversorgt sind, dies gilt v.a. in

Pflegeheimen. Dies wurde kürzlich eindrücklich durch die SÄVIP – Studie gezeigt (2). Nur 35,25% der Heimbewohner werden mindestens einmal im Quartal von einem Neurologen/Psychiater aufgesucht, obwohl die Prävalenz für Demenz in Pflegeheimen inzwischen bei 53% liegt, für alle psychiatrischen Erkrankungen noch deutlich darüber.

1. Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung, Band 114, Schriftenreihe BMG, Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, 1988

2. Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H: zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network, Hannover 2005)

## 2. Spezieller Teil

In den Bundesländern gibt es unterschiedliche Rahmenverträge zwischen den Trägern der Institutsambulanzen und Krankenkassen. Im Folgenden soll versucht werden, möglichst allgemein, aber bezogen auf Diagnosen oder andere typische Bedingungen in der Gerontopsychiatrie, die Kriterien für die Notwendigkeit von PIA auf die Vorgabe des § 118 SGB V zu beziehen. Dieser lautet für Fachkrankenhäuser:

*(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.*

### 2.1. Diagnoseabhängige Kriterien

#### F0 Organische Störungen

Demenzkrankungen sind chronische Krankheiten und insofern PIA-Diagnosen. PIA-Behandlung ist einerseits nötig zur Diagnosestellung (Gedächtnissprechstunde, Memory-Klinik) und zum anderen, wenn aus der Demenz psychiatrische Störungen (Verhaltensstörungen, Depression, Wahn, Angst) resultieren. Die Behandlung ist in diesem Fall immer eine Komplexbehandlung; einbezogen werden muss das Versorgungssystem (Familie, Pflegeheim, weitere Hilfspersonen), da das Verhalten der Unterstützungspersonen einen entscheidenden Einfluss auf die Art und Schwere der Symptomatik hat. In diesem Fall ist die PIA-Behandlung so lange nötig, wie diese psychiatrischen Störungen bestehen.

Zum Dritten ist bei an Demenz erkrankten Patienten in größeren Zeitabständen (6 – 12 Monate) ein Einmalkontakt notwendig, um Indikation, Kontraindikationen und Kautelen des Antidementivums und anderer Medikation zu überprüfen und das soziale Umfeld auf neue Risiken bezüglich Umgang und Ressourcen zu hinterfragen. Krisen bei Demenzkranken kündigen sich lange vorher an, aber wenn nicht rechtzeitig Maßnahmen ergriffen werden, sind Interventionen erschwert bis unmöglich, wenn es dann zur Krise gekommen ist. Die Vorsorge vor solchen Krisen ist ein unabdingbarer Bestandteil der multimodalen Demenzbehandlung.

Hirnleistungsstörungen erfordern dann eine PIA-Behandlung, wenn sie weitere psychiatrische Störungen nach sich ziehen (Psychiatrische Mehrfacherkrankung).

Hirnorganische Symptome auf der Grundlage anderer körperlicher Krankheit erfordern eine PIA-Behandlung, wenn eine schwere Symptomatik besteht (ausgeprägte Symptome, fehlendes Einsichtsvermögen, mangelnde Compliance, Wahn, Aggression, Selbstgefährdung).

### F1 Suchterkrankungen

Wegen des körperlichen Risikos der gerontopsychiatrischen Klientel sind Suchtkrankheiten in ihrer Art schwere Erkrankungen; die PIA-Kriterien sind erfüllt. Die Strukturen der Suchthilfe sind auf diese Klientel nicht oder kaum abgestimmt; die Behandlung ist in der Regel eine Komplexbehandlung durch enge Einbeziehung des psychosozialen Umfeldes (z.B. Familiengespräche, Fallkonferenzen im Pflegeheim etc.).

### F2 Schizophrenie, wahnhafte Störungen

Schizophrenien sind schwere und in der gerontopsychiatrischen Klientel meist chronische Erkrankungen; die PIA-Kriterien sind erfüllt. In der Behandlung besteht als Besonderheit die erhöhte körperliche Vulnerabilität der Patienten, die die systematische Einbeziehung der Betreuungspersonen (Angehörige, Pflegekräfte etc.) erfordert. Wahnhafte Störungen treten gehäuft im Alter auf und erfordern in besonderem Maße Non-Pharmako-Therapie, Vernetzung, Koordination von ambulanten Hilfen etc.

### F4 Neurotische-, Belastungs-, und somatoforme Störungen

Diese Erkrankungen werden in der PIA nur in schweren Fällen behandelt. Schwere Fälle bestehen bei psychiatrischen Mehrfachdiagnosen, die ein besonderes Vorgehen erfordern, bei Schwere oder bisheriger Therapieresistenz der Symptome oder bei mangelnder Compliance in die Behandlung bei gleichzeitig bestehender Gefährdung (erhöhte Vulnerabilität der gerontopsychiatrischen Klientel).

### F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen

Wie F4.

### F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Persönlichkeitsstörungen liegen zwar definitionsgemäß schon lebenslang vor, überschreiten aber oft erst dann die Behandlungsschwelle, wenn Hilfebedarf eintritt, der geleugnet oder abgewehrt wird.

Patienten, die aus anderen Gründen keinen Psychiater in der Praxis aufsuchen können.

## **2.2. Nicht-diagnoseabhängige Kriterien**

Wenn die Einschlusskriterien bezüglich der Diagnose erfüllt sind, aber aus „Schwere und Dauer“ der Krankheit eine PIA-Behandlung nicht zwingend nötig ist, kommen weitere Gründe für eine PIA-Behandlung in Frage.

### **2.2.1 Nicht „wartezimmerfähig“**

Mittelschwer oder schwerer demenzkranke Patienten, Patienten mit Unruhe oder erheblichen Verhaltensstörungen, Patienten, die nicht im Ansatz einsichtig sind und eine Behandlung offen ablehnen, sowie körperlich erheblich eingeschränkte Patienten können in der Regel nicht in einer Nervenarztpraxis behandelt werden, weil sie die notwendige Wartezeit (bis 30 Minuten auch lt. Gerichtsurteil „zumutbar“) nicht durchstehen und in der Enge der Wartezimmer-situation überfordert sind bzw. gar nicht bereit wären, zur Fahrt in die Praxis ins Auto zu steigen.

### **2.2.2. Ein Hausbesuch ist nicht möglich, weil kein niedergelassener Psychiater gefunden werden kann, der diesen durchführt.**

Diese Frage zu klären, ist in der PIA kaum möglich. Es ist prinzipiell Aufgabe des Anforderers (Hausarzt, Angehörige, Patient, auf Initiative des Pflegeheim etc.), einen Psychiater zu finden, der den Hausbesuch durchführen kann und so herauszufinden, ob dies möglich ist. Es gibt aber Anhaltspunkte: Eine Fahrt von 10 oder mehr Kilometern zum Hausbesuch ist einem niedergelassenen Psychiater in der Regel nicht möglich. Wenn diese Information bei der Anmeldung zur PIA gegeben wird, ist dies zunächst glaubhaft und berechtigt zur Behandlung.

### **2.2.3. Krisenintervention**

Bei dringlicher Indikation kann die PIA-Behandlung auch über den Erst-Kontakt hinweg so lange weitergeführt werden, wie sie nicht an einen niedergelassenen Psychiater abgegeben werden kann.

Nur bei unkomplizierter Situation (krankheitseinsichtig, nicht akut gefährdet oder gefährdend, stabiles psychosoziales System) kann die Behandlung innerhalb von 1 Monat abgegeben werden. Ansonsten kann nicht damit gerechnet werden, dass ein Psychiater schon den Zweitkontakt übernehmen kann. Wenn möglich sollte versucht werden, im Folgequartal an einen niedergelassenen Psychiater zu überweisen, sofern nicht der Abschluss der Behandlung eine Kontinuität erfordert.

In Einzelfällen ist es psychiatrisch problematisch, einen Patienten, der z.B. zur Bewältigung einer Krise bei einem Arzt der Ambulanz war, an einen niedergelassenen Psychiater zu überweisen. Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und in Absprache mit dem Hausarzt kann in Einzelfällen versucht werden, diesen Patienten in der PIA weiterzubehandeln. Dies ist psychiatrisch gesehen dringend wünschenswert, aber kostentechnisch teilweise wegen der Rahmenverträge problematisch.

Ein typischer Grund für PIA-Behandlung ist die Angabe von Angehörigen, Patient oder Hausarzt, dass ein Versuch gescheitert ist, in der störungsangemessenen Zeit einen Facharzttermin zu bekommen.

### **2.2.4. Nachstationäre Behandlung**

Die bessere Verzahnung von stationärer Behandlung vor allem die Nachbehandlung und die Vermeidung von Versorgungslücken ist anerkanntes Ziel von Fachpsychiatern und Gesundheitspolitik. In diesem Rahmen kann der Patient vorübergehend – auf Anforderung der entlassenden Station in Absprache mit dem überweisenden Hausarzt – behandelt werden. Wenn in dieser Zeit keine Aspekte erkennbar werden, die im Sinne des oben angeführten eine PIA-Behandlung nötig machen, wird die nachstationäre Behandlung danach beendet.

Wenn die Einschlusskriterien bezüglich der Diagnose erfüllt sind, eine Behandlung in einer Praxis aufgrund Art, Schwere und Dauer sowie bezüglich „Wartezimmerfähigkeit“ bzw. Wohnort prinzipiell möglich wäre, aber kein niedergelassener Psychiater gefunden werden kann, so wird im Verlauf dokumentiert, warum trotzdem die PIA-Behandlung nötig war.

### **2.2.5 Gedächtnissprechstunde**

Patienten mit Hirnleistungsstörungen werden nach den Diagnosekriterien der Fachgesellschaften umfassend untersucht (körperliche Untersuchungsparameter u.a. in Kooperation mit einer neurologischen Abteilung). Das psychosoziale System (in der Regel Partnerinnen/Partner und/oder Kinder) wird bezüglich Ressourcen, Problemen und Unterstützungsbedarf umfassend befragt, auch als strukturiertes Assessment.

Interventionen erfolgen aus drei Bereichen:

1. Diagnosestellung, Erläuterung und Beratung der Angehörigen, Pharmakotherapie, sofern indiziert und notwendig, Kommunikation der Befunde an den Hausarzt. In der Folge in 6 – 12-monatlichen Abständen erneute Untersuchung bezüglich medizinischer und psychosozialer Situation; ggf. Modifikation der Interventionen.
2. Einbeziehung und Stützung des Umfeldes. Ggf. Familiengespräch im größeren Kreis, um Unterstützungssystem zu verbessern. Klärung von Konflikten. Initiierung der Inanspruchnahme externer Hilfen.

3. Vorsorge: Klärung der rechtlichen Situation, Vorsorgevollmacht. Klärung externer Hilfen, Klärung der häuslichen Situation, wenn notwendig mittels Hausbesuch.

### **2.2.6 Behandlung demenzkranker Patienten mit weiteren psychiatrischen Symptomen:**

Es sollte wenn irgend möglich eine multimodale Behandlung erfolgen, d.h., Pharmakotherapie, Klärung psychosozialer Interventionsmöglichkeiten (Instruktion, Schulung, Begleitung Angehöriger bezüglich funktionelleren Umgangs), Entlastung durch Initiierung unterstützender externer Hilfen (Sozialtherapie).

### **2.2.7 Behandlung im Pflegeheim**

Neben der Pharmakotherapie ist die Milieuthherapie der entscheidende Therapiebaustein. Die Arbeit erfolgt im Rahmen eines Konzepts der Zusammenarbeit („Gerontopsychiatrische Mitbehandlung im Pflegeheim“), da die Milieuthherapie durch das Pflegepersonal durchgeführt werden muss. Nicht selten ist die Behandlung durch Informations- und Weiterbildungssequenzen des Pflegepersonals ergänzt.

### **2.2.8 Aufsuchende Behandlung**

Selten bei dementen, häufiger bei psychotischen Patienten gibt es die Notwendigkeit einer aufsuchenden Behandlung durch Hausbesuche, weil die/der Betroffene überfordert oder nicht einsichtig ist, ausreichend Kontakt zu Behandlern zu halten und Pflegedienste (die bei dementen Patienten oft einbezogen sind) keinen realistischen Handlungsauftrag haben.

Diese Behandlungen sind, wenn nötig, oft sehr aufwändig, um den Kontakt nicht abreißen zu lassen. Deshalb ist diese Form der Behandlung nur bei einer begrenzten Anzahl Patienten möglich, um die Ambulanz wirtschaftlich führen zu können.

Dies könnte nur durch Vereinbarungen für zusätzliche Kostenübernahme für diese Einzelfälle verbessert werden.

### **2.2.9. Multiprofessionelles Team**

Die Institutsambulanz hält Ärzte, Krankenschwester(n) und Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen vor. Fallbezogen werden Teile der Behandlung durch die entsprechende Fachperson übernommen; außerdem finden Fallkonferenzen statt, in denen im kollegialen Austausch das ärztliche Wissen und das der anderen Berufsgruppen zusammengeführt und therapeutisch umgesetzt wird (Gerontopsychiatrisches Assessment).

### **2.2.10 Arbeit im psychosozialen Netz**

Die Mitarbeiter der PIA halten engen Kontakt zu anderen Leistungserbringern der Region wie Krankenhausstationen, Krankenhäuser, Sozialstationen, Pflegeheime, niedergelassene Ärzte, Beratungsstellen, rechtliche Betreuer etc. Es werden auch problemkreisbezogene Besprechungen abgehalten, und die PIA ist in regionalen Arbeitsgemeinschaften der Altenhilfe vertreten. Diese Arbeit ist nicht direkt durch einen bestimmten Patientenkontakt (im Sinne eines Bestandteils der Behandlung) finanziert, aber implizit Aufgabe einer Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz.

## **3. Zusammenfassung**

Auch und gerade in der Gerontopsychiatrie gibt es Patienten, die auf die Behandlung in einer Institutsambulanz angewiesen sind. Dabei stellt sehr hohes Alter oder Multimorbidität kein Ausschlusskriterium dar. Vielmehr sind Patienten Variablen wie

Immobilität, Verhaltenssymptome oder gleichzeitiges Vorliegen körperlicher Erkrankungen mit Pflegebedarf oft Anlass, im multiprofessionellen Team zu arbeiten und/oder fachpsychiatrisch zu begleiten. Entsprechend anerkannter Forderungen wird so beigetragen, die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu mildern und im besondern die schwerkranken Patienten nicht von psychiatrischer Behandlung auszuschließen.

DGGPP, 3.4.2007