



**LEUPHANA**  
Inkubator

# Basiskonzept

## „Ambulante psychiatrische Pflege in der Regelversorgung in Niedersachsen“

Dezember 2012

Autoren:

Brigitte Harnau<sup>1</sup>  
Marianne Miemietz-Schmolke<sup>1</sup>  
Wolfram Beins<sup>3</sup>  
Jeanett Radisch<sup>2</sup>  
Winfried Reichwaldt<sup>4</sup>  
Christian Koch<sup>2</sup>  
Kirsten Kopke<sup>2</sup>

1 Caritas Forum Demenz, Hannover

2 Leuphana Universität Lüneburg, Lüneburg

3 Psychosoziale Beratungsstelle, Celle

4 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin



© 2012



EUROPÄISCHE UNION  
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung





**Basiskonzept**  
**„Ambulante psychiatrische Pflege in der**  
**Regelversorgung in Niedersachsen“**  
**- Inhaltsverzeichnis -**

---

<b>A</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>4</b>
<b>B</b>	<b>Begriffsbestimmungen.....</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Präambel.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Rahmenbedingungen und Zielsetzung.....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Historische Entwicklungen (1994 – 2011).....</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Ambulante psychiatrische Pflege .....</b>	<b>10</b>
5.1	Ziele der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege .....	10
5.2	Rahmenbedingungen für die ambulante psychiatrischen Pflege .....	11
5.2.1	Allgemeine rechtliche Grundlagen .....	11
5.2.2	Vertragliche Regelungen in Niedersachsen .....	12
<b>6</b>	<b>Qualitätsnormen.....</b>	<b>13</b>
<b>6.1</b>	<b>Qualitätskriterien.....</b>	<b>13</b>
6.1.1	Struktur .....	13
6.1.2	Prozess .....	16
6.1.3	Ergebnis .....	23
6.1.4	Organisation.....	25
<b>6.2</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>29</b>
6.2.1	Handlungsempfehlungen/interdisziplinäre Verfahrensanweisungen .....	29
6.2.2	Qualitätsindikatoren .....	29
<b>7</b>	<b>Ausblick.....</b>	<b>34</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>35</b>



<b>9 Anhangsverzeichnis</b> .....	<b>40</b>
<b>9.1 Erklärung zur Lesbarkeit</b> .....	<b>40</b>
<b>9.2 Intern</b> .....	<b>41</b>
9.2.1 Kurzcharakteristik von möglichen Pflegemodellen für die ambulante Pflege .....	41
9.2.2 Tätigkeitskatalog der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) .....	43
9.2.3 Positionspapier der „Niedersächsischen Arbeitsgruppe Ambulante Psychiatrische Pflege“ für Übergangsregelungen bei Einzelfallentscheidungen für die Zulassung neuer Pflegeanbieter und zur personellen Ergänzung bestehender Dienste .....	47
9.2.4 EQ-5D Fragebogen .....	48
<b>9.3 Intern und Kooperationspartner</b> .....	<b>50</b>
9.3.1 Schnittstellenpapier zur Unterscheidung der Leistungen ambulanter psychiatrischer Pflege, Soziotherapie, Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung (mit SGB XI, Stand März 2010) .....	50
9.3.2 AGZ Standards .....	51
9.3.3 Psychiatrische Symptombeobachtung - eine Sammlung .....	54
9.3.4 Sicherstellung und Koordination einer medikamentösen Behandlung .....	55
9.3.5 Konzept zur Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege - Kurzfassung .....	56
9.3.6 Tabellarische Aufstellung von psychiatrischen Syndromen .....	70
9.3.7 Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität (Pöldinger 1982) .....	72
9.3.8 Teilnehmer an der Hilfekonferenz SGB XII .....	73
<b>9.4 Intern und extern</b> .....	<b>74</b>
9.4.1 Übersicht etablierte APPs in Niedersachsen mit Landkarte .....	74
9.4.2 Zehn „Anhaltspunkte“ für Angehörige psychisch erkrankter Menschen .....	81
9.4.3 „Anhaltspunkte für Angehörige von Menschen mit Demenz“ .....	83
9.4.4 Pflege-Charta .....	85
9.4.5 Krisenpass .....	87



## A Abkürzungsverzeichnis

ABEDL:	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens von Monika Krohwinkel
AGZ:	Ambulantes Gerontopsychiatrisches Zentrum
AOK:	Allgemeine Ortskrankenkasse
APP:	Ambulante Psychiatrische Pflege
BAPP:	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.
BHP:	Behandlungspfad
BKK:	Betriebskrankenkasse
Care4S:	Care for Schizophrenia
CFD:	Caritas Forum Demenz
d.h.:	das(s) heißt
dt.:	deutsch
DAK:	Deutsche Angestellten Krankenkasse
ebd.:	ebenda
EU:	Europäische Union
HKP:	Häusliche Krankenpflege
ICF:	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IES:	Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung, Hannover
IHC:	InnoHealthCare
IKK:	Innungskrankenkassen
IV:	Integrierte Versorgung
MA:	Mitarbeiter/in
MFA:	Medizinische Fachangestellte
LFBN:	Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen
NAAPPF:	Niedersächsische Arbeitsgemeinschaft Ambulante Psychiatrische Pflege
PE:	Psychoedukation
PIA:	Psychiatrische Institutsambulanz
NPsychKG:	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
QI:	Qualitätsindikatoren
QH:	Qualitätshandbuch
RV:	Regelversorgung
SGB :	Sozialgesetzbuch
SGB V:	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI:	Sozialgesetzbuch Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung
SGB XII:	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch, Sozialhilfe
TK:	Techniker Krankenkasse
Vgl.:	vergleiche
WHO:	World Health Organisation
z.B.:	zum Beispiel



## B Begriffsbestimmungen

<b><u>BEGRIFF</u></b>	<b><u>DEFINITION</u></b>
<i>Behandlungspfade</i>	verfolgen hauptsächlich das Ziel Abläufe zu standardisieren, eine interdisziplinäre und schnittstellenübergreifende Koordination zu leisten und Transparenz sowohl für Leistungserbringer und Kostenträger als auch für Patienten und deren Angehörige zu schaffen.
<i>Handlungsanweisungen</i>	beinhalten einheitliche Vorgehensweisen. Diese können hilfreich bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter, bei der Anleitung von Auszubildenden und der Vereinfachung der Dokumentation sein.
<i>Konzept</i>	ist ein vorläufiger inhaltlicher Entwurf für neue Interventionen/Maßnahmen/Projekte (vgl. Graf/Spengler 2004). Innerhalb einer zu diesem Zwecke gegründeten Arbeitsgruppe werden Leitgedanken gesammelt, die folgend zu einem Konzeptionspapier zusammen zu führen sind.
<i>Normen/Richtlinien</i>	umfassen Handlungsregeln, die sich durch gesetzliche, berufsrechtliche oder standesrechtliche Legitimation auszeichnen. Sie wurden vom Gesetzgeber oder einer anerkannten Institution festgelegt.
<i>Standard-Pflegepläne</i>	beschreiben bestimmte pflegerische Interventionen bei speziellen Pflegeproblemen oder Pflegediagnosen. Sie gelten generell und werden individuell von den Mitarbeitern einer Einrichtung entwickelt. Eine regelmäßige Überprüfung des aktuellen fachlichen Kenntnisstands muss gewährleistet sein.



# 1 Präambel

„Es gibt in der Psychiatrie eher wenige Patienten, deren Akutbehandlung einen vollstationären Rahmen unabdingbar macht“, stellte ein emeritierter Leiter einer psychiatrischen Universitätsklinik in der Bilanz seiner Berufserfahrungen fest. „Diese Erkenntnis ist an sich nicht neu. Neu ist auch nicht die schon in der Psychiatrie-Enquête von 1975 erhobene Forderung, dass vor einer stationär-psychiatrischen Behandlung alle Möglichkeiten ambulanter und komplementärer Hilfen ausgeschöpft werden sollten („ambulant vor stationär“). Gleichwohl gibt es in der psychiatrischen Versorgung bis heute nur wenige Beispiele für eine systematische Nutzbarmachung von Alternativen zur konventionellen stationären Behandlung. Die Trägheit des auf strikte Trennung zwischen kassenärztlicher Versorgung und Krankenhausbehandlung ausgerichteten Gesundheitssystems steht strukturellen Innovationen entgegen.“ (Holler et al. 2003, S. 3).

Diese Trägheit der vorhandenen Strukturen wollen wir durch eine gestärkte ambulante psychiatrische Pflege überwinden. Die Integration von fachärztlicher psychiatrischer Behandlung und ambulanter psychiatrischer Pflege in ein ambulantes Komplexleistungsangebot, das eingebettet in den sozialpsychiatrischen Verbund und in enger Kooperation mit den vielfältigen psychosozialen Angeboten sowie unter Einbezug der GKV seine Wirkung entfalten kann, liefert das Fundament für eine moderne, unmittelbar an der Lebenssituation des Patienten orientierte psychiatrische Versorgung.

Die hohe fachliche Kompetenz der psychiatrischen Pflege wird nutzbar in direktem Bezug mit dem Patienten, und sie bildet die Schnittstelle zu den anderen sozialpsychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsleistungen. Der ambulanten psychiatrischen Pflege obliegt damit die Aufgabe, die Patienten zu begleiten, ihre Behandlung zu koordinieren und das ambulante System am Bedarf des Patienten orientiert zusammenzuführen.

In Niedersachsen verfügen wir über ein annähernd flächendeckendes Angebot von ambulanter psychiatrischer Pflege. Jetzt gilt es, dieses Angebot zu qualifizieren und für eine dauerhafte psychiatrische Regelversorgung abzusichern.



## 2 Einleitung

Die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen vollzog sich über lange Jahre hinweg nur im stationären Bereich. 1975 berichtete die Sachverständigen-Kommission in ihrer bis heute einzigen Darstellung über die Lage der Psychiatrie in Deutschland von schwerwiegenden Mängeln in der Versorgung von psychisch Erkrankten. Seitdem wurde ein grundlegender Wechsel hin zu einer gemeindenahen Versorgung eingeleitet. Eine der geforderten Rahmenbedingung für eine Psychiatriereform bestand darin, den ambulanten Angeboten vor den stationären Maßnahmen Vorrang zu geben und damit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu folgen. Trotz zahlreicher Fortschritte in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen gab es weiterhin, vor allem an den ambulanten und stationären Schnittstellen, schwerwiegende Koordinationsprobleme. Schwer psychisch Erkrankte wurden nicht enthospitalisiert, sondern in teilweise „schlecht geführte große Heime“ (Spengler 2001, A830; Kaiser et al. 1999) umhospitalisiert bzw. verlegt. Es fehlte an ambulanten Versorgungsangeboten, da eine außerstationäre psychiatrische Versorgung in Deutschland nicht umgesetzt wurde. Grund war das fragmentierte Gesundheitssystem. Diese Lücke sollte mit dem im Jahre 2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 140a ff. SGB V) geschlossen werden. Es bestand nun die Möglichkeit, dass niedergelassene Ärzte mit Krankenhäusern, aber auch mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern kooperieren konnten. Dieses Gesetz gilt damit als ein wichtiger Grundstein für die sektorenübergreifende Versorgung. Im Rahmen dieser integrierten Versorgungsverträge konnten an einzelnen Standorten ambulante psychiatrisch arbeitende Pflegedienste (kurz: APP) durch eine Übergangsregelung (s. Anhang 9.2.3) bezüglich der im Regelvertrag festgelegten organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen zur Gründung eines ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes etabliert werden.<sup>1</sup>

Die APP ist demnach ein gemeindenahes Versorgungsangebot. Ziel der APP ist es dem psychisch erkrankten Menschen ein würdiges, eigenständiges Leben in seiner gewohnten Lebenswelt zu ermöglichen. Um Therapien innerhalb der Lebenswelt der Patienten, wenn der Patient es wünscht, umsetzen zu können, hat die APP aufsuchenden Charakter und kann vor allem in Krisenzeiten den Bedürfnissen entsprechend verdichtet werden, so dass für den Patienten in der Regel eine Krisenbewältigung ambulant möglich ist. Dazu müssen Kommunikationsstrukturen vorhanden sein. Ziel ist es, die Krisenintervention über die 24-Stunden Erreichbarkeit der ambulanten psychiatrischen Pflege durch eine geregelte Kommunikation in die fachärztliche Ebene (des ambulanten Behandlungsteams) fachlich zu sichern.

## 3 Rahmenbedingungen und Zielsetzung

Durch die Erprobung zahlreicher wissenschaftlich begleiteter Modellprojekte war es möglich nachzuweisen, dass häusliche Fachkrankenpflege klinikvermeidend, milieustärkend, patientenzentriert und kompetenzfördernd wirkt. Durch diese Erkenntnis und der vorhandenen Möglichkeit ebnete sich der Weg zur Etablierung zahlreicher in Niedersachsen tätiger APP-Diensten (s. Anhang 9.4.1). Aufgrund der stetig wachsenden Zahl an etablierten APP-Diensten ist es notwendig geworden, sowohl verstärkt ziel- und leistungsorientiert auf die regionalen Veränderungen als auch auf die gewonnen Erkenntnisse zurückzublicken und in dem Zug eine einheitliche Definition und klare Organisationsbeschreibung der ambulanten psychiatrischen Versorgung zu verfassen.

Das Konzept richtet sich daher vor allem an zugelassene (regionale) Anbieter ambulanter psychiatrischer Pflege; interessierte Neuanbieter; sowohl ambulante als auch stationäre Leistungserbringer; weitere Anbieter im sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzwerk; Kostenträger; Selbsthilfe-, Angehörigen- und Patientenverbände sowie politische Entscheidungsträger, sowie Angehörige und Betroffene.

---

<sup>1</sup> Eine ausführliche Darlegung der historischen Entwicklungen im Bezug auf Niedersachsen erfolgt im Kapitel 4.



Ziel des erstellten Konzeptes ist es:

- einheitliche Handlungsempfehlungen für die ambulante psychiatrische Pflege zu erstellen,
- eine Orientierung für Betroffene und Angehörige, wie auch für Kostenträger sowie für neue als auch (nicht-)ärztlichen Anbieter, die an der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen beteiligt sind, zu geben.

Die vorliegenden Empfehlungen und Qualitätsnormen:

- sollen der Klärung und Vereinheitlichung von Terminologie und Begriffsverständnis dienen;
- können als Orientierung oder Grundlage für die Formulierung lokaler Konzepte, Standards und Kriterien dienen;
- können als Grundlage für Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -prüfung verwendet werden;
- bilden die Basis für ein einheitliches Qualitätsmessinstrument, welches Vergleiche ermöglicht;
- können als Grundlagenmaterial, z.B. in der Ausbildung und Fortbildung verwendet werden.

Das Konzept „Ambulante psychiatrische Pflege in der Regelversorgung im Bundesland Niedersachsen“ (KAPP) bietet ein Resümee der bisherigen Entwicklung, wie sie prototypisch in Niedersachsen durch das Engagement aller Beteiligten in Kooperation mit den Krankenkassen und durch fördernde Rahmenbedingungen möglich wurde und zeigt zugleich Zukunftsperspektiven auf. Das Konzept wurde im Zeitraum von März 2011 bis Januar 2012 von den Teilnehmer/-innen der Arbeitsgruppe „KAPP“<sup>2</sup> entwickelt. In der 5. Zukunftswerkstatt „Ambulante Psychiatrische Pflege und Integrierte Versorgung“ im Februar 2012 wurde das erstellte Konzept einer Konsentierung durch eine Expertenrunde unterzogen.

## 4 Historische Entwicklungen (1994 – 2011)

Um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ in die Praxis umzusetzen, galt es zunächst klinische Versorgungsstrukturen in den ambulanten Bereich zu übertragen. Zur Klinikvermeidung und -verkürzung kam hierbei der ambulanten Behandlung durch die Fachpflege eine besondere Bedeutung zu. Da die leistungsrechtlichen Regelungen seitens der Kostenträger, insbesondere der Krankenkassen (Häusliche Krankenpflege: §37 Abs. 1 und 2 SGB V) lediglich somatische Erkrankungen berücksichtigten, war es oberstes Gebot abrechenbare psychiatrische Leistungen zu erwirken. Ziel soll es sein, psychisch erkrankte Menschen körperlich Erkrankten gleichzustellen (vgl. Expertenkommission 1988). Um einen kurzen Überblick über die historischen Entwicklungen in Niedersachsen zu erhalten, sollen die im Folgenden ausgeführten Schwerpunktthemen exemplarisch dienlich sein. Eine Darstellung der niedersächsischen Entwicklungen in ihrer Gänze wurde nicht angestrebt. Demnach wird folgend kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

**1994** wurde der 1. APP-Vertrag mit der AOK Friesland und dem Freiem Sozialen Dienst Friesland abgeschlossen.

**1995** begann die Fachgruppe Gerontopsychiatrie des „Sozialpsychiatrischen Verbundes der Stadt Hannover“ mit der Entwicklung der „Niedersächsischen Empfehlungen für ambulante gerontopsychiatrische Pflege“ (Landeshauptstadt Hannover, Gesundheits-, Jugend- und Sozialdezernat, 1997) auf der Grundlage einer Erhebung des Landesfachbeirats Psychiatrie in Niedersachsen (LFBPN) in städtischen Sozialstationen bezüglich Anzahl und Versorgungssituation gerontopsychiatrischer Patienten.

---

<sup>2</sup> Teilnehmer der Arbeitsgruppe waren Brigitte Harnau (Leiterin, Caritas Forum Demenz, Hannover; Sprecherin der NAAPPF des LFBPN), Marianne Miemietz-Schmolke (Mitarbeiterin, Caritas Forum Demenz, Hannover), Wolfram Beins (geschäftsführender Leiter der Psychosozialen Beratungsstelle, Celle), Winfried Reichwaldt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin), Christian Koch (Business Development Agent, Leuphana Universität Lüneburg), Kirsten Kopke und Jeanett Radisch (Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen, Leuphana Universität Lüneburg).





**1997** konnten diese Empfehlungen nach zahlreichen gemeinsamen Arbeitstreffen mit den Kostenträgern in der „Niedersächsischen Konferenz zur ambulanten gerontopsychiatrischen Pflege“ (ohne Kostenübernahmeverpflichtung für Pflegeleistungen) verabschiedet werden.

Auf dieser Grundlage und mit Hilfe von Initiativen der Niedersächsischen Arbeitsgemeinschaft Ambulante Psychiatrische Pflege (NAAPPF) des LFBPN, wie auch von Mitarbeitern der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und des Niedersächsischen Sozialministeriums entwickelte eine gemeinsame Projektgruppe „Empfehlungen zur Umsetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege“ für psychisch erkrankte Erwachsene bis zum Senium (Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen, 1998).

**1999 bis 2001** fand die dreijährige Modellerprobung zur ambulanten psychiatrischen Pflege (Schwerpunkt: Erwachsene bis zum Senium) unter wissenschaftlicher Begleitung des Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung, Hannover (folgend IES, unter Leitung von Gerhard Holler). Ab Mai 2000 wurde durch den „Arbeitsbereich Versorgungsforschung Medizinische Hochschule Hannover (MHH) Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie“ (beides unter Leitung von Gerhard Holler) das Modell auf fünf ländliche Gebiete Niedersachsens erweitert. Auftraggeber für die Modellerprobung war das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales. Über die Mitwirkung der Landesverbände von AOK, IKK, BKK übernahmen zunächst die genannten Krankenkassen die Finanzierung der ärztlich verordneten ambulanten psychiatrischen Pflege auf der Grundlage der Bestimmungen § 37 Abs. 1 u. 2. SGB V vor Ort (Holler/Zawadzki 2002).

**2002 bis 2004** gelang es über das Bundesmodellprojekt „Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren“ (AGZ) in der Landeshauptstadt Hannover das Modellprojekt „Häusliche Krankenpflege für alte Menschen mit psychischen Veränderungen“ zu etablieren (Holler/Zawadzki 2004).

**2005** wurden die Bundesrahmenrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung „Häuslicher Krankenpflege“ nach §91 SGB V zum 1. Juli 2005 um die psychiatrische Pflege erweitert und einheitlich geregelt.

Bislang wurden auf Landesebene keine entsprechenden Rahmenverträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Pflegedienstverbänden (Wohlfahrtspflege und freie Verbände) verabschiedet. Die bestehenden Grundlagen der Leistungsverträge (Solitärverträge) in Niedersachsen sind von Krankenkassenvertretern und den Pflegediensten der ehemaligen Modellprojekte erarbeitet worden.

**2005** ist es jedoch gelungen, auf der Grundlage der Vorarbeiten im Zusammenwirken mit den Vertretern der Kranken- und Pflegekassen ambulante psychiatrische Pflege als Leistung einer regelhaften Kooperation mit den Fachärzten für Psychiatrie über Integrierte Versorgungsverträge gemäß §140a SGB V abzusichern. Die Vertragsumsetzung erfolgte über direkte Verträge mit der AOK-Niedersachsen und der DAK. Für die Gruppe einzelner BKK wurde - gesteuert durch den Landesverband der BKK – ein Förderverein Integrierte Versorgung in der Psychiatrie e.V. (FIVP) Vertragspartner des Versorgungsvertrages. Am 19.08.2009 wurde dieser Förderverein wieder aufgelöst, weil er die für die Vertragserfüllung notwendigen sozial- und haftungsrechtlichen Auflagen nicht erfüllen konnte.

Ab **Mitte 2009** wurde stattdessen über die Gründung einer GmbH & CO.KG, der InnoHealthCare (IHC), eine andere Rechtsform gewählt, um die Vertragsumsetzung juristisch sicher fortzuführen. Kommanditisten der IHC wurden die beteiligten Fachärzte, Pflegedienste und andere Leistungserbringer. Die IHC ist u.a. eine Servicegesellschaft, über die die



Erfordernisse der Abrechnung und Leistungsdokumentation für die Leistungserbringer einheitlich abgewickelt werden konnten. Die IHC wurde 2009 Vertragspartner für die beteiligten BKKn und die DAK.

**2010** wurde für die Umsetzung des Behandlungspfads Schizophrenie der AOKN eine neue Managementgesellschaft, die Care4S, notwendig. Für die Umsetzung weiterer Behandlungspfade mit anderen Krankenkassen wurde die personenidentische IVPN gegründet.

**2011** erfolgte schließlich über die Mitglieder der InnoHealthCare die Gründung der „Gerhard-Holler-Akademie“. Diese Akademie soll den hohen Aus- und Weiterbildungsansprüchen für die ambulante psychiatrische Pflege Rechnung tragen und über ein den Anforderungen entsprechendes Curriculum Pflegekräfte aus den Pflegediensten für die ambulante psychiatrische Pflege qualifizieren. Die Aus- und Weiterbildung durch die „Gerhard-Holler-Akademie“ wird durch die Mitglieder der Netzwerke praxisnah durchgeführt und findet in unterschiedlichen Orten und Diensten der Sozialpsychiatrischen Verbände statt, um darüber die Vielfalt der ambulanten psychiatrischen Versorgung erlebbar zu machen.

## **5 Ambulante psychiatrische Pflege**

### **5.1 Ziele der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege**

Gemäß dem Vertrag über die häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege (§132 a Abs. 2 SGB V) mit einem spezialisierten Pflegedienst sind folgende Ziele festgeschrieben:

- (1) Die Krankenkassen und der psychiatrische Fachpflegedienst gemäß §132 a Abs. 2 SGB V haben auf der Grundlage der Richtlinien über die Verordnung Häuslicher Krankenpflege eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst erbringt häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist (§37 Abs. 1 SGB V, Krankenhausvermeidungspflege) oder zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung (§37 Abs. 2 SGB V, Sicherungspflege) soweit der Versicherte die erforderlichen Verrichtungen nicht selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person den Versicherten in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (3) Ziel der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege ist es, dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in seinen häuslichen Bereich zu ermöglichen sowie die ambulante, ärztliche Behandlung und deren Ziel zu sichern. Durch diesen ambulanten Versorgungsschwerpunkt ist es zugleich auch das Ziel, die Krankenhausbehandlung und die Versorgung durch die psychiatrische Institutsambulanz zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Bei der Leistungserbringung ist die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten zu respektieren und zu fördern. In der Regel wird daher häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege als Rückzugspflege durchgeführt (vgl. §6 Abs. 3 SGB V).



- (4) Durch Kooperation aller im Pflege- und Behandlungsprozess Beteiligten ist eine effiziente Leistungserbringung zu gewährleisten.
- (5) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.

## **5.2 Rahmenbedingungen für die ambulante psychiatrischen Pflege**

### **5.2.1 Allgemeine rechtliche Grundlagen**

Bei der psychiatrischen Pflege handelt es sich um Leistungen im Sinne von §37 SGB V. In der Regelversorgung werden die vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach §132a Absatz 2 SGB V bezahlt. Die Vergütung im Rahmen Integrierter Versorgung nach §140a SGB V kann durch den Vertrag abweichend geregelt werden.

Diese Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses regelt neben der Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie)<sup>3</sup> auch deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen. Darüber hinaus beinhaltet sie eine Aufstellung zur Regelung der Zusammenarbeit zwischen den Vertragsärzten/-innen und denen die häusliche Krankenpflege im Versorgungsalltag durchführenden ambulanten Pflegediensten sowie den Krankenhäusern.

Für die Verordnung von Leistungen nach Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen (psychiatrische Krankenpflege) gelten abweichend von der HKP-Krankenpflege folgende Regelungen<sup>4</sup>:

- Voraussetzung für die Verordnung von ambulanter psychiatrischer Pflege bei psychisch Erkrankten ist, dass die oder der Versicherte über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügt. Ziel soll es sein, die im Pflegeprozess in Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen genannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) positiv zu beeinflussen. Erwartet wird, dass das mit der Behandlung verfolgte Therapieziel von der oder dem Versicherten manifest umgesetzt werden kann.
- Können die genannten Voraussetzungen bei erstmaliger Verordnung von Leistungen der psychiatrischen Pflege nicht eingeschätzt werden, ist zunächst eine Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau möglich.
- Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt des Fachgebietes (Ärztin oder Arzt für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie) zu verordnen. Die Verordnung durch die Hausärztin oder den Hausarzt erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch eine Ärztin oder einen Arzt der im vorangegangenen Satz genannten Fachgebiete.
- Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege ist der von der Ärztin oder dem Arzt erstellte Behandlungsplan. Der Behandlungsplan erfasst die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer).

---

<sup>3</sup> zuletzt geändert am 21. Oktober 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011 Seite 140, in Kraft getreten am 15. Januar 2011

<sup>4</sup> <http://www.aok-gesundheitspartner.de/nds/pflege/ambulant/index.html>



- Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind nur verordnungsfähig bei den unter Nr. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen benannten Diagnosen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen).

## **5.2.2 Vertragliche Regelungen in Niedersachsen**

Verträge gemäß §132a Abs. 2 SGB V für die ambulante psychiatrische Pflege mit einem spezialisierten Pflegedienst sind Solitärverträge und werden in der Regel einheitlich von den Krankenkassen geschlossen. Die Verträge regeln einerseits Details zur Inanspruchnahme der Leistungen und andererseits Anforderungen an die Leistungserbringer.

### **5.2.2.1 Leistungsbeschreibung/-ausgestaltung**

Um eine zielgerichtete qualitätsgesicherte Versorgung von Versicherten, die das Angebot ambulante psychiatrische Pflege nutzen, gewährleisten zu können, ist eine enge Abstimmung des psychiatrischen Fachpflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erforderlich:

- Nach Erhalt der Erstverordnung ist der ambulante psychiatrische Pflegedienst verpflichtet, unverzüglich einen Hausbesuch durchzuführen. Darüber hinaus muss die ambulante psychiatrische Pflegekraft eine vorläufige Pflegeplanung auf der Grundlage des ärztlichen Behandlungsplanes mit der Einschätzung des vorläufigen wöchentlichen Pflegebedarfes erstellen. Die dokumentierte Pflegeplanung ist dem verordnenden Arzt rechtzeitig vor Ablauf des genehmigten Verordnungszeitraums bekannt zu geben, um folgend die weitere Vorgehensweise mit ihm abstimmen zu können.
- Nach Erhalt der Anschlussverordnung muss der psychiatrische Fachpflegedienst unverzüglich eine angepasste Pflegeplanung auf der Grundlage des aktuellen ärztlichen Behandlungsplanes erstellen. Die aktualisierte Pflegeplanung hat das Ziel darzulegen, ob und in welchem Umfang die ambulante psychiatrische Pflege möglich ist.
- Veränderungen in der Pflegesituation sind dem verordnenden Arzt unverzüglich mitzuteilen. Kurz vor Ablauf des verordneten Zeitraumes erstellt der ambulante psychiatrische Pflegedienst einen Abschluss- bzw. Verlängerungsbericht. Dieser beinhaltet eine Beschreibung der durchgeführten und den ggf. weiterhin erforderlichen Pflegemaßnahmen sowie eine Darstellung des erreichten bzw. angestrebten Pflegezieles. Der Bericht wird an den verordnenden Arzt vermittelt. Auf Anforderung ist ein aussagekräftiger Krankenpflegebericht an den medizinischen Dienst der Krankenkassen weiterzuleiten.

Die ambulante psychiatrische Pflege kann als Krankenhausvermeidungs- oder als Sicherungspflege erbracht werden (§37 Abs. 1 und 2 SGB V). Sie verfolgt das Ziel die vorliegende Krankheit zu bewältigen, eine Verschlechterung der bestehenden Krankheit zu verhindern oder die vorhandenen Krankheitsbeschwerden zu lindern. Ambulante psychiatrische Pflege umfasst das:

- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz,
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen und das
- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

Alle Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege beinhalten:

- die Wahrnehmung und Beobachtung,
- die Kommunikation,
- die Pflegeplanung und Pflegedokumentation,



- die jeweilige Vor- und Nachbereitung der Pflege,
- die erforderliche Information der am Pflegeprozess Beteiligten sowie ggf.
- das Zur-Verfügung-Stellen von Unterlagen.

Folgende leistungsrechtliche Abgrenzungen gelten in der Regelversorgung:

- Für die Zeit des voll- oder teilstationären Aufenthaltes bzw. der Behandlung insbesondere in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Alten- und Pflegeheimen sowie Behindertenheimen und psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken kann ambulante psychiatrische Pflege nicht erbracht werden.
- Die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach §118 SGB V und der ambulanten psychiatrischen Pflege können nicht quartalsgleich abgerechnet werden. Um einen Übergang aus der Psychiatrischen Institutsambulanz in die ambulante ärztliche Versorgung zu ermöglichen, ist im Einzelfall eine einmalige quartalsgleiche Abrechnung zulässig. Dies gilt, wenn der Versicherte bereits mehrere Quartale vorab in der Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wurde oder mehrere Behandlungstermine in demselben Quartal stattgefunden haben.

## 6 Qualitätsnormen

Bei den folgenden Qualitätskriterien ist davon auszugehen, dass in der Praxis nicht alle Kriterien in ihrer Gänze erfüllt werden (können). Qualitätsziele und inwieweit diese überhaupt erreichbar sind, zeigen sich erst, wenn Ergebnisse vergleichender Qualitätsüberprüfungen anderer APP-Dienste vorliegen. Eine entsprechende Qualitätsanpassung kann hiernach erfolgen.

### 6.1 Qualitätskriterien

Gemäß §11 Niedersächsischer APP-Vertrag ist ein ambulanter psychiatrischer Pflegedienst eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln. Er muss unabhängig von der Zahl seiner Mitarbeiter in der Lage sein eine ausreichend zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung von ambulanter psychiatrischer Pflege für einen wechselnden Kreis von Versicherten zu gewährleisten.

Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung der Versicherten hat der ambulante psychiatrische Pflegedienst Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erfüllen. Diese werden im Folgenden näher ausgeführt.

#### 6.1.1 Struktur

In den folgenden Kapiteln wird es darum gehen zunächst die Anforderungen an die ambulanten psychiatrischen Pflegedienste (Kapitel 6.1.1.1) aufzuzeigen, um daran anschließend einen kurzen Überblick über das Tätigkeitsfeld der APP (Kapitel 6.1.1.2) aufzeigen zu können. Abschließend folgen einige Besonderheiten über den gerontopsychiatrischen Bereich innerhalb der APP-Betreuung (Kapitel 6.1.1.3).

##### 6.1.1.1 Anforderungen an die ambulanten psychiatrischen Pflegedienste

Psychiatrische Pflege ist in erster Linie Beziehungspflege und erfordert daher ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und der Fähigkeit zur Empathie und Sensibilität für die gänzlich unterschiedlich auftretenden Patientenäußerungen. Grundlage bzw. Kernstück der psychiatrischen Pflege ist eine angemessene Beziehungsgestaltung unter Nähe- und



Distanzkriterien, sowie auf der Basis Partizipativer Entscheidungsfindung (Kapitel 6.2.2.2) und dem Blickwinkel von Wertschätzung, Empathie und Aufrichtigkeit.

Die APP verfügt über eine gewisse Methodenvielfalt, arbeitet biografieorientiert und übernimmt Lotsenfunktion im Netzwerk weiterer Leistungserbringer. Durch die aufsuchende Tätigkeit gewinnt die APP zeitnah Einblick in das häusliche Alltagsgeschehen, in komplexe familiäre Strukturen und weitere Beziehungsnetze. APP ist Teil eines Bezugssystems und beachtet wechselseitige Wirkmechanismen. Die einzelfallbezogene Tätigkeit im häuslichen Bereich erfordert ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit, eine schnelle sichere Situationseinschätzung und deren Umsetzung in adäquate Handlungsweisen.

### **6.1.1.2 Tätigkeitsprofil der APP**

Das im Folgenden dargelegte Tätigkeitsprofil basiert auf dem Tätigkeitskatalog der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (kurz: BAPP, s. Anhang 9.2.2) und einer Zusammenfassung von Studien zu zentralen Tätigkeiten der ambulanten psychiatrischen Pflege (Richter/Hahn 2009).

Zentralen Tätigkeiten der APP sind:

- den Gesundheitszustand des zu Betreuenden ein(zu)schätzen,
- das Medikamentenmanagements (Vergabe) und
- die Umsetzung von pflegerisch-therapeutischen Inhalten, wie der Aufbau einer professionellen, tragfähigen Beziehung.

Darüber hinaus können sowohl formelle als auch informelle Tätigkeiten identifiziert werden.

#### **Formelle Tätigkeiten:**

- Assessment und Monitoring der psychischen Gesundheit des Patienten:
  - Wahrnehmen und Beobachten des Krankheitszustands und -entwicklung,
  - Feststellen, Beobachten und Dokumentieren des Hilfebedarfs und dessen Entwicklung (Pflegeprozess),
- Assessment und Monitoring der Medikation und der Adherence (s. Anhang 9.3.4, vgl. Kapitel 6.2.2.1)
  - Erkennen von Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente
  - Fördern des eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten und Adherence,
- Prävention von Krankheitsepisoden und Hospitalisierung:
  - Erkennen von Krisensituationen (z.B. Suizidalität, familiäre Probleme)
  - Durchführen einer frühzeitigen Krisenintervention (z.B. engmaschige Betreuungs- und Gesprächsangebote, Entspannungsübungen),
- Patientenedukation und Gesundheitsförderung:
  - Beratung und Überleitung der Patienten in Selbsthilfe
  - Praktische Unterstützung der Patienten zur Erreichung ihrer Ziele
  - Stützen und Fördern der Eigenverantwortlichkeit der Patienten durch Gespräche,
  - Schaffen einer stützenden Tagesstruktur
  - Fördern des individuellen Selbstpflegemanagements und Unterstützen der Bewältigung von Alltagsanforderungen (z.B. beim Einkaufen, Kochen, Körperpflege),



- Fördern eines bewussten, aktiven Umgangs mit der Krankheit/Beeinträchtigung durch Information und Beratung verständlich gestalten,
- Einbeziehen von Angehörigen:
  - die Angehörigen und das soziale Umfeld aktiv einbeziehen, beraten und unterstützen,
- Case-Managementaufgaben und Kooperation mit anderen Professionen und Diensten:
  - Unterstützung der ärztlichen Behandlung
  - Koordination und Vermittlung von Hilfen,
- Management akuter psychischer Krisen,
- Management somatischer Begleiterkrankungen,
- Beratung zur Antragstellung und zu weiteren Angeboten.

Merkmale der **informellen** pflegerisch-therapeutischen Beziehung:

- Aufbau von Vertrauen,
- Dasein, Anwesenheit,
- Fürsorge,
- Förderung der persönlichen Entwicklung des Patienten,
- Pflegerische Beziehung beruht auf Erfahrung, Intuition, Pragmatismus und Kommunikation,
- Akzeptierende, respektvolle, schützende, individuelle, ehrliche und offene Grundhaltung in der Beziehung zu Patienten,
- Wiederholtes Aushandeln und Teilen von Sicherheit, Kontrolle, Verantwortung und Kooperation mit dem Patienten.

Vor dem Hintergrund der Komplexität der beschriebenen auszuführenden Tätigkeiten der ambulanten psychiatrischen Fachpflegekraft und den damit verbundenen Ambivalenzen kann es zu Spannungen zwischen der Ausgestaltung der Bezugspflege insbesondere im (mit-)menschlichen Handeln und der Professionalität des Berufsbildes kommen. Eine Einschränkung der professionellen Aspekte zu Beginn der Arbeit ist daher in wenigen Fällen möglich. Es muss allerdings klar sein, dass aus einer mitmenschlichen Interaktion anschließend eine professionelle Beziehung entsteht.

Bezugspflege ist ein wesentlicher Bestandteil der Ausrichtung psychiatrischer Pflegeorganisation, welches ein patientenorientiertes Pflegesystem beinhaltet (Schulz/Krause 2003). Durch eine professionelle Beziehungsgestaltung und Planung der Pflege wird es möglich einem Konzept zur ganzheitlichen Versorgung gleichzukommen. Im stationären Bereich existiert durch die Veröffentlichung Abderhalden und Needham (1999) bereits eine standardisierte Beschreibung zur Bezugspflege. Die Übertragung des stationär definierten Standards in den ambulanten Bereich gestaltet sich allerdings problematisch. So zeigen sich in der Überprüfung und Reflexion der ambulanten psychiatrischen Praxis vielfältige Unterschiede in der Umsetzung der Bezugspflege. Daher ist es notwendig Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erfassen und zu definieren. Um ein solches standardisiertes Konzept zum Bezugspflegesystem in der ambulanten psychiatrischen Pflege zu erstellen, wurde eine von der Leuphana Universität Lüneburg koordinierte Delphi-Studie durchgeführt. Dieses Konzept liegt seit November 2012 vor. Die Kurzfassung ist dem Anhang 9.3.5. zu entnehmen.



### **6.1.1.3 Besonderheiten der gerontopsychiatrischen Pflege im Rahmen der APP**

Der in der soziodemographischen Entwicklung begründete zunehmende Bedarf an Behandlungsangeboten für psychisch erkrankte alte Menschen ist unbestritten und hinreichend belegt. Die Besonderheiten der lebenslangen Entwicklungsaufgaben im höheren Lebensalter und die speziell mit der Hochaltrigkeit verbundenen körperlichen Einbußen bedürfen einer angemessenen Berücksichtigung. Die Zunahme an Demenz erkrankter Menschen erfordert Behandlungsformen mit einer speziellen fachlichen Kompetenz.

Ambulante gerontopsychiatrische Pflege ist primär psychiatrische Pflege, die den Zusammenhang zwischen physischen und psychischen Erkrankungen im Alter berücksichtigt und die Wechselwirkungen mit sozialen Faktoren hervorhebt. Sie greift diese Wechselwirkungen in der Pflegeplanung und im Pflegeprozess auf und befördert durch gezielte Interventionen bzw. Aktivierungsprozesse, die an langjährig eingesetzte Bewältigungsstrategien der Erkrankten anknüpfen sollen. Ein solches ressourcenorientiertes Pflegemodell vernachlässigt den Vergleich der Leistungs- und Funktionsfähigkeit alter Menschen mit jüngeren Personengruppen und hebt das Alter als eigenständige individuell zu differenzierende Phase des menschlichen Lebens hervor.

Die Förderung und Unterstützung bei den individuellen Aktivitäten des täglichen Lebens, dem Umgang mit Funktionseinschränkungen, sowie die Hin- oder Rückführung in soziale Aktivitäten sichern die Lebensqualität. Zu berücksichtigen ist, dass ein häufig vorkommendes hohes Kränkungspotential durch altersbedingte Einbußen (z.B. Schwerhörigkeit, Einschränkungen beim Sehen, etc.) eine paranoide Verarbeitung begünstigt und damit soziale Kontakte gefährdet.

Gerontopsychiatrische Pflege nimmt primär Bezug auf die spezifischen Problemstellungen, die psychische Erkrankungen im Alter begleiten. Die Berücksichtigung möglicher Verschränkungen zwischen somatischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen erfordert eine hohe Fachlichkeit.

Mit der Bedeutung der Begriffe Subjektivität, Life Events und Biographie wird besonders auf die Notwendigkeit eines Vorgangs des Verstehens (Dialog) zwischen Helfendem und Hilfesuchenden verwiesen, der nicht nur auf sprachliche, sondern vor allem auch auf nonverbale Einigungsprozesse, z.B. bei fortgeschrittenen dementiellen Einbußen, zielt.

Der betagte Mensch hat in seinem Kranksein ein Anrecht auf die Würdigung seiner Lebensleistung. Gerontopsychiatrische Pflege trägt zum Erhalt der Selbstwahrnehmung und des Selbstverständnisses des Erkrankten bei.

## **6.1.2 Prozess**

### **6.1.2.1 Pflegeplanung**

Die Pflegeplanung bildet die Grundlage zur Erarbeitung einer Pflegeakzeptanz, der Bewältigung von Krisensituationen sowie des Angebots kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Einschränkungen. Dies macht die Besonderheit der ambulant psychiatrischen Pflege deutlich. Es kommt zu einer Verbindung von psychischen und somatischen Versorgungselementen.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V vom 01.03.2008 über Häusliche somatische Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und 2 (nachzulesen unter: [http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nds/pflege/ambulant/psych.\\_hkp\\_vertrag\\_2011.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nds/pflege/ambulant/psych._hkp_vertrag_2011.pdf)), Leistungsbeschreibung zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung s. BAPP Tätigkeitsprofil im Anhang





Am Anfang des Pflegeprozesses steht die niederschwellige Beziehungsaufnahme zum Patienten. Dieses erfolgt grundsätzlich nach der Methode Partizipativer Entscheidungsfindung. Mit dem Erstkontakt wird die Informationssammlung begonnen und spätestens jedoch nach 14 Tagen abgeschlossen. Im Akutfall (Krise, vgl. Kapitel 6.1.2.8) hat sofortiges pflegerisches Handeln den Vorrang. Im Bedarfsfall werden der Anamnese fortlaufend ergänzende Informationen zugefügt.

Neben den Stammdaten (alle personenbezogenen Angaben, vgl. Kapitel 6.1.2.2) sind in jeden Fall Informationen über die psychiatrische Symptombesobachtung (s. Anhang 9.3.3 und 9.3.5) zu dokumentieren.

Um körperliche Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und vitale Gefährdungen zu berücksichtigen ist die Erfassung des somatischen Status des Patienten ein wichtiger Bestandteil der Anamnese. Hierzu zählen die Ermittlung von Körpergröße und -gewicht, die Bestimmung der Vitalparameter sowie Informationen zu bestehenden somatischen Komorbiditäten. Darüber hinaus das Einholen von Informationen zur Seh- und Hörfähigkeit, zum Zahnstatus, zur Mobilität, zu Ernährungsgewohnheiten und Problemen bei der Ausscheidung, sowie der Umgang mit Körperpflege und Kleiden, Ruhen und Schlafen.

Je nach Krankheitsbild und aktuell vorhandenen Pflegeproblemen ist eine konkrete Ableitung von Maßnahmen notwendig. Ebenfalls wird die Häufigkeit der geplanten Maßnahmen festgelegt. Diese kann sich auf die Einheiten Stunde, Tag, Woche oder Monat beziehen.

Gerade im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung können körpernahe Tätigkeiten konkrete Hilfestellung für einen Beziehungszugang bedeuten.

Eine regelmäßige Überprüfung der geplanten Maßnahmen findet mindestens alle zwei Wochen durch die jeweilige Bezugspflegekraft oder die Pflegeleitung statt. Diese Ergebnisse fließen in den interdisziplinären Informationsaustausch im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Behandlungskonferenzen ein. Die Aktualisierung der Planung erfolgt unverzüglich auf Basis der Evaluation.

### **6.1.2.2 Pflegedokumentation**

Jeder Pflegedienst ist angehalten ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Dieses kann sowohl in elektronischer Form als auch in Papier vorliegen. Es muss in seinen vorgehaltenen Dokumenten den Ansprüchen einer systematisch zu planenden und durchzuführenden Pflege entsprechen. Hierbei gilt es u.a. folgende Elemente zu erfassen (Holnburger 1998):

1. Informationssammlung: Stamblatt zum Patienten (beinhaltet z.B. Patientendaten, Erst- oder Folgeaufnahme, usw.),
2. Pflegeplanung: Dokumentationsblatt mit z.B. Dokumentation der Pflegeplanungsmaßnahmen, Angaben zu organisatorischen und psychischen Besonderheiten des Patienten
3. Tätigkeitsnachweis über die jeweils erbrachten Leistungen.

In speziellen Situationen sollte eine Zusatzdokumentation ermöglicht werden. Dies kann z.B. die Krisenintervention betreffen.



### 6.1.2.3 Pflegeprozess/Pflegeplanung

Pflegeplanung ist ein Instrument zur Umsetzung des Pflegeprozesses und wird – wie auch die Pflegedokumentation im pflegerischen Alltag in Deutschland – oft mit dem Begriff Pflegeprozess gleichgesetzt bzw. zusammengefasst (Henke/Horstmann 2010).

Pflegeplanung ermöglicht das pflegerische Handeln zielorientiert, strukturiert und systematisiert durchzuführen und zu bewerten (Budnik/Lay 2005). Der schriftlich festgehaltene Pflegeplan berücksichtigt den individuellen auf den Pflegeempfänger bezogenen Pflegebedarf. Dieser wird durch definierte Pflegeziele und konkret daraus abgeleitete Maßnahmen beschrieben. Pflegeplanung beinhaltet drei Kernelemente Assessment, Planung und Evaluation. Der der Planung zugrunde liegende Prozess ist ein sechs-Phasen Modell und gliedert sich nach Fiechter und Meier (1993) wie folgt:

- Informationssammlung (Anamnese),
- Benennung von Ressourcen und Pflegeproblemen,
- Ableitung von Zielen,
- Festlegung von Maßnahmen,
- Durchführung der geplanten Maßnahmen und
- Evaluation.

Die Dokumentation der Maßnahmen wird immer in Abhängigkeit des zu Grunde liegenden Pflegemodells vorgenommen.

### 6.1.2.4 Pflegemodell

Pflegemodelle können als theoretische Ansätze verstanden werden. Sie haben den Zweck inhaltliche Beschreibungen und Erklärungen umfassend darzulegen, um so innerhalb der professionellen Pflegedisziplinen Abgrenzungen zu gewährleisten. Ein Pflegemodell stellt einen theoretischen Bezugsrahmen für die Pflegepraxis dar. Es versucht die Aufgaben und Tätigkeiten der beruflich Pflegenden zu definieren, nicht zuletzt eine Abgrenzung hin zur Medizin und zur Laienpflege vorzunehmen. Grundsätzlich sind die Konzepte und Vorstellungen, die einem Pflegemodell zugrunde liegen, nicht an vorliegende Organisationsstrukturen gebunden und können in unterschiedlichen Pflegesystemen zur Anwendung kommen (Fawcett 1996).

In der ambulanten psychiatrischen Pflege ist neben Peplaus Konzept der „Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege“ auch das von Roy entwickelte „Anpassungsmodell“ sowie das Modell der „Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ von Monika Krohwinkel und das Pflegemodell nach Orem von Belang. Im Anhang befindet sich eine entsprechende Kurzcharakteristik der angeführten Modelle (s. Anhang 9.2.1). Dies sind allerdings nur Beispiele für die Umsetzung eines Pflegekonzeptes im ambulanten Bereich.

Als ein Beispiel für Therapieansätze im systemtherapeutischen pflegerischen Bereich kann die SYMPATHische Psychiatrie genannt werden (Schweitzer/Nicolai 2010). Dieses Konzept ist maßgeblich auf die stationäre Versorgung ausgerichtet. Perspektivisch allerdings werden systemtherapeutische Pflegeansätze auch in der ambulanten Versorgung eine größere Rolle spielen.

Des Weiteren wird auf die internationale Klassifikation von Funktion, Gesundheit und Behinderung (ICF) verwiesen, in der das bio-soziale Psycho-Modell die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Bereichen hervorhebt (ICF –



„**Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**“ der Weltgesundheitsorganisation (kurz: WHO, DIMDI 2005).<sup>6</sup>

### 6.1.2.5 Einbezug von Angehörigen und des sozialen Umfelds

Angehörige sind mit betroffen, wenn ein Nahestehender psychisch erkrankt ist. Im Alltag obliegt ihnen oftmals die maßgeblich das Leben aufrechterhaltende Rolle. Obwohl sie häufig einem hohen Leidensdruck ausgesetzt sind, fungieren sie als ein wichtiger (Ansprech-)Partner des Erkrankten im gesamten Prozess der Behandlung und Pflege. Dies alles erfordert im Kontakt und in der Begleitung besonders empathische, „Sorge-mit-tragende“ Zugewohnheiten durch die Mitarbeiter APP.

Der Einbezug Angehöriger, ebenso wie die Personenkreise Lebenspartner, Freunde, Nachbarschaft, involviertes soziales Netz konzeptionell für die APP festzuschreiben.

Unter Berücksichtigung der Differenzierungen von Psychiatrie im Erwachsenenalter und der Gerontopsychiatrie sind folgende Schritte in der Arbeit mit Angehörigen zu beachten:

- Der Kontakt wird möglichst parallel und zeitnah zur Patientenaufnahme in die APP aufgenommen
- Es erfolgt Beratung über Inhalte, Methoden und Möglichkeiten sowie bzgl. der Grenzen ambulanter psychiatrischer Pflege Informationen zum Krankheitsbild, Behandlungs- und Versorgungssysteme, rechtliche Voraussetzungen, Entlastungsangebote für Angehörige werden vermittelt, Informationsmaterialien (z.B. s. Anhang 9.4.3 und 9.4.4) zur Verfügung gestellt.
- Bei Bedarf wird in entsprechende Beratungsstellen (Sozialpsychiatrischer Dienst, gerontopsychiatrische Beratungsstellen, Pflegestützpunkt etc.) weitervermittelt.
- Sofern Patienten dazu nicht selbst in der Lage sind werden Informationen zur Biographie, den aktuellen Lebensumstände etc. erfragt (Fremdanamnese).
- Ein regelmäßiger Austausch mit Angehörigen während des Pflegeprozesses (wenn möglich in Absprache mit Patienten) ist standardisiert.
- APP fungiert als „Schnittstelle“ zwischen Patienten, Angehörigen und dem gesamten Versorgungsnetz. Somit wird den Angehörigen erleichtert, sich im System der Hilfen zurechtzufinden und sich einzubringen, ohne die eigenen Bedürfnisse dabei zu vergessen.
- Bei Bedarf erfolgt Konfliktklärung im sozialen Umfeld (vgl. Kap. 4.8.3)
- Bei Bedarf erfolgen entlastende Angehörigengespräche.
- Ggf. werden bei geeigneter Qualifikation der Mitarbeitenden der APP spezielle Angebote vorgehalten werden, wie z.B.:
  - Angehörigengesprächskreise,
  - Psychoedukative Seminare für Angehörige,
  - Familiengespräche, familiensystemische Interventionen.

Für die Verbindlichkeit von Absprachen empfehlen sich Kooperationsvereinbarungen zwischen:

- APP – Patient – Angehörigen
- APP – Angehörigen
- APP – pflegende Angehörige (speziell im gerontopsychiatrischen Bereich)
- APP – somatische Pflegedienst – pflegende Angehörige (speziell im gerontopsychiatrischen Bereich)

<sup>6</sup> <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung/>



### **6.1.2.6 Kooperation mit anderen Leistungserbringern**

Zwischen den verschiedenen regionalen Leistungsanbietern besteht zumeist eine enge Zusammenarbeit mit hoher Durchlässigkeit und gegenseitiger Unterstützung bei psychiatrischen bzw. somatischen Fragestellungen. Diese sollen folgend beispielhaft dargelegt werden.

#### *6.1.2.6.1 Kooperation mit Facharzt und Hausarzt*

Um eine kontinuierliche Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich zu gewährleisten, bedarf es der optimalen Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt. Eine telefonische Kontaktaufnahme sollte „barrierefrei“ (rotes Telefon) möglich sein. Hierfür bedarf es geregelter Kommunikationsstrukturen, die zwischen der APP und den versorgenden Facharztpraxen vereinbart werden. Diese sind schriftlich in einer Handlungsempfehlung festgehalten (Beispiel s. Anhang 9.3.2).

Die ärztliche Verordnung ambulanter psychiatrischer Pflege nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V erfolgt in der Regel über einen Vertragsarzt für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Ärzte mit Zusatzbezeichnung mit Psychotherapie. Die Verordnung durch den Hausarzt erfordert eine vorherige Diagnosesicherung durch einen Arzt der oben genannten Fachgebiete.

Eine angemessene psychiatrische Behandlung erfordert hier eine enge Kooperation zwischen Haus- und Facharzt. Hier sind eine hohe Fachkompetenz der APP, sowie eine gesicherte Wahrung der Brückenfunktion besonders gefragt. Diese Form der Behandlungssteuerung betrifft besonders ländliche Gebiete mit einer geringen Facharztichte, sowie den gerontopsychiatrischen Bereich, der traditionell eher an den Hausarzt gekoppelt ist.

Um einen reibungslosen Ablauf in der Patientenversorgung zu gewährleisten, übernimmt die Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Kommunikationsstruktur zwischen APP und behandelnden Mediziner eine Mittlerfunktion. Sie ist die erste Ansprechpartnerin der APP. Die MFA:

- stellt den direkten Kontakt zum Arzt in akuten Situationen her,
- sorgt für einen kontinuierlichen Ablauf der Verordnungsmodalitäten und
- gewährleistet die Vergabe von regelmäßigen Terminen in der Praxis.

Weitere Kooperationsregelungen werden in den – aktuell an der Leuphana Universität Lüneburg entwickelten – Behandlungspfaden (kurz: BHP, z.B. im BHP Depression) zu finden sein.

#### *6.1.2.6.2 Weitere Schnittstellen zu an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern*

Ambulante psychiatrische Pflege ist Koordinator zwischen Leistungserbringern der unterschiedlichen Versorgungsebenen, Beratungsstellen, psychosozialen Diensten und anderen Angeboten in der Gemeinde. Im folgenden Schaubild werden die verschiedenen Kooperationsebenen veranschaulicht dargestellt.



Abb.1: Ambulante psychiatrische Pflege im Sozialpsychiatrischen Verbund

## Ambulante psychiatrische Pflege im Sozialpsychiatrischen Verbund



Quelle: eigene Darstellung

### 6.1.2.7 Kooperationsbeispiel zwischen einem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst (SGB V) und einem somatischem Pflegedienst (SGB V/XI)

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Tätigkeitsprofile ambulanter somatischer und ambulanter psychiatrischer Pflege beschreibt die Kooperationsvereinbarung die gegenseitige Ressourcennutzung für eine Erweiterung der Angebotspalette zur Optimierung der patientenbezogenen Gesamtversorgung.

Im Folgenden werden die Bedarfsprofile der ambulanten psychiatrischen Pflegedienste (1) und der ambulanten somatischen Pflegedienste (2) differenzierter ausgeführt.

#### (1) Bedarfsprofil ambulanter psychiatrischer Pflegedienst:

Vermittlung/Überleitung von Patienten, die im Alter psychisch erkrankt sind:

- Im Anschluss an Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege oder der Integrierten Versorgung nach SGB V.
- Wenn Leistungen der somatischen Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 SGB V) notwendig sind,
  - wie z.B.: Medikamentengabe;
  - oder/und häusliche Pflegeleistungen nach SGB XI erforderlich werden;
  - wenn zusätzliche Einzel- oder Gruppenbetreuung für Menschen mit Demenz nach §45 a-d SGB XI sinnvoll erscheinen
  - oder Tagespflege, ggf. auch stationäres Wohnen angezeigt ist.

#### (2) Bedarfsprofil ambulanter somatischer Pflegedienst:

Vermittlung/Überleitung von Patienten, die psychisch auffällig sind:



- Kollegiale fachliche Beratung zur Symptomeinschätzung, ggf. Überleitung zur fachärztlichen Diagnostik
- Bei Bedarf zeitlich begrenzte Übernahme in die Leistungen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege
- Ggf. gemeinsame Hausbesuche, Fallbesprechungen, Fortbildungen
- Oder auch gemeinsames Angebot einer Gruppenbetreuung für ältere Menschen mit depressiven, wahnhaften, Angst- und Persönlichkeitsstörungen für Patienten aus dem somatischen Pflegedienst und dem psychiatrischen Pflegedienst
- Finanzierung über Soziotherapie SGB V und niedrigschwellige Betreuungsleistungen SGB XI,
- Aushandlung von Abrechnungsmodalitäten

#### **6.1.2.8 Krisenmanagement/-intervention**

Die Versorgung in der Krisensituation kann über zwei unterschiedliche Zugangswege erfolgen, wobei zunächst die telefonische Kontaktaufnahme bevorzugt wird. Sollte im Rahmen des Telefonats keine konkrete Vereinbarung zum weiteren Umgang mit der Akutsituation zu treffen sein, wird der Patient im häuslichen Umfeld aufgesucht. Vor Ort wird die weitere Entscheidung getroffen, so z.B., ob in Folge der sich darlegenden Krisensituation eine Behandlung im gesamten Team – unter Einbezug des behandelnden Facharztes – zur Verhinderung eines Krankenhausaufenthaltes fortgesetzt werden soll.

Eine zugespitzte Krisensituation beinhaltet z.B.:

- Akute Suizidalität,
- bedrohlichen psychiatrischen Begleiterkrankungen (Delir, Alkohol- bzw. Drogenintoxikation bzw. -entzug) oder gefährliche Psychopharmaka-Nebenwirkungen, Drohung von Selbst- und Fremdgefährdung sowie
- nicht kompensierbare Einschränkungen in den Alltagsfunktionen.

Bei nicht absprachefähiger Suizidalität, anhaltenden Aggression- und Erregungszuständen und der nicht vorhandenen Möglichkeit der Verabreichung einer medikamentösen Bedarfsmedikation ist ein Klinikaufenthalt unabdingbar und sollte sofort initiiert werden. Notfalls auch über die Regularien des Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) bzw. anderer Unterbringungsgesetze nach vorliegenden Maßnahmeschritten der regionalen Sozialpsychiatrischen Dienste. Der Ablauf und auch die Verantwortlichkeiten innerhalb einer Krise bei den Krankheitsbildern Schizophrenie und Depression sind den bereits vorliegenden Behandlungspfaden zu entnehmen.

Um das Auftreten einer Krisensituation möglichst frühzeitig zu erkennen, sollte kontinuierlich eine Suizidprävention (z.B. in Form eines Suizidpakts) durchgeführt werden. Dies ist im Rahmen einer Handlungsempfehlung schriftlich festzuhalten. Ein wesentlicher Bestandteil dieser präventiven Vorgehensweise ist die Beurteilung des vorhandenen Suizidrisikos. Als eine geeignete Möglichkeit der Einschätzung wird der Suizidbogen nach Pöldinger (1982) empfohlen (s. Anhang 9.3.7).

#### **6.1.2.9 Ausleitung APP**

Ist der Patient (wieder) in der Lage im Umgang mit seiner Erkrankung eigene Bewältigungsstrategien einzusetzen, sind die Einsätze der APP zu reduzieren und schließlich unter Berücksichtigung fachpflegerischer Trennungsarbeit auf den Bedarfsfall auszurichten. Hierbei sind die unterschiedlichen vertragsrechtlichen Bedingungen (Regelvertrag, IV, Behandlungspfad) maßgeblich. Vor Ende des APP-Gesamteinsatzes ist ein Krisenplan (möglichst mit Krisenpass, s. Anhang 9.4.5) mit dem Patienten zu erarbeiten, der eine rechtzeitige Wiederaufnahme in die APP anbietet. Vorrangig gilt hier das Prinzip der Stärkung der Patientenselbsthilfe, d.h. der Patient meldet sich, wenn er Hilfe benötigt. Für den Fall, dass eine eigenständige Bedarfsmeldung krankheitsbedingt nicht mehr möglich ist, sind (bestenfalls in einer



Patientenverfügung) Regelungen zu treffen, die einen krisenintervenitorischen Zugang über die APP sicherstellen. APP stellt rechtzeitig eine Integration in Selbsthilfe und/oder komplementäre Versorgungsangebote sicher.

### 6.1.3 Ergebnis

Die Ergebnismessung der Ergebnisqualität ist ein wesentliches Element jedes Versorgungssystems. Eine interne oder externe Evaluation kann über Qualitätsindikatoren erfolgen.

Ergebnisqualität häuslicher Pflegearrangements für psychisch Erkrankte ist maßgeblich im Kontext von Nachhaltigkeit zu sehen und berücksichtigt besonders die lebensweltorientierten Qualitätsaspekte. Bei der Bewertung von Qualität in der Pflege stehen eher interpersonelle Aspekte im Vordergrund, so Mittnacht (2010, S.71), wie z.B. kommunikative Kompetenzen und Interaktionen, formelle und informelle Beziehungsverhältnisse sowie das Wohlbefinden. Sie führt weiter aus, dass sich zudem Qualität an „räumlichen, gesellschaftlichen, materiellen sowie institutionellen Umweltbedingungen“ bemisst. Diese sind maßgeblich zur Entscheidung, ob und wie lange ein hilfe- und pflegebedürftiger Mensch zu Hause versorgt werden kann. Zusammengefasst sagt Mittnacht 2010, S. 71): „Entscheidend für die Beurteilung der Qualitätsentwicklung im Kontext häuslicher Pflegearrangements sind somit Indikatoren, die den reziproken Zusammenhang zwischen den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihrer sozialen, gesellschaftlichen, räumlichen, materiellen sowie institutionellen Umwelt bewerten.“

Als Indikatoren eines nachhaltigen Qualitätsentwicklungsprozesses wurden von Mittnacht folgende Kriterien identifiziert (Mittnacht 2010, S. 73):

- Gesellschaftliche Teilhabe,
- Selbstbestimmte Lebensführung,
- Partizipation an gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen,
- Sicherung der Lebensqualität und Befriedigung der Grundbedürfnisse.

Diese Kriterien<sup>7</sup> erfüllen die zentralen Kerneigenschaften des Paradigmas Nachhaltigkeit. Konkret handelt es sich hierbei um folgende fünf Charakteristika (ebd. 2010, S. 73):

- zielorientiert,
- langfristig und dauerhaft,
- ganzheitlich und integrativ,
- partizipativ und kooperativ,
- gerecht.

Auf Grundlage der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSJ, s. Anhang 9.4.5) wurde in der vierten Zukunftswerkstatt „Ambulante Psychiatrische Pflege/Integrierte Versorgung (LFBPN/Caritas Forum Demenz (CFD)) ein Leitfaden zur Selbstbewertung ambulanter psychiatrischer Pflegedienste erstellt. Dieser Leitfaden berücksichtigt die genannten Nachhaltigkeitsfaktoren im Wesentlichen.

Ein guter Behandlungserfolg lässt sich überdies an einer gelungenen *Adherence* ablesen (s. auch Kapitel 6.2.2.1). Je besser es gelingt, den Patienten aktiv in die Therapieplanung mit einzubeziehen und je besser es gelingt, die mit dem Patienten gemeinsam festgelegten Therapieziele umzusetzen, um so erfolgreicher arbeitet die ambulante psychiatrische

---

<sup>7</sup> Im Kapitel 6.2.2 wird nochmals vertiefend auf die Qualitätskriterien eingegangen.



Pflege. Während eine qualitative Bewertung der Adherence vorwiegend in der Arzneimitteltherapie entwickelt worden ist (Gorenoi et al. 2007), fehlen geeignete Messinstrumente für die ambulante psychiatrische Pflege.

Von hoher Bedeutung für eine gute Ergebnisqualität ist außerdem die verbesserte Lebensqualität der Patienten. Ein Beispiel zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist der generische Fragebogen EQ-5D (European Quality of Life - 5 Dimensions, s. Anhang 9.2.5), der aus zwei Teilen besteht: Zum einen erfolgt eine Selbsteinschätzung des Patienten, indem dieser fünf Fragen beantwortet, die fünf Dimensionen der Lebensqualität (Beweglichkeit/Mobilität, Für sich selbst sorgen, Alltägliche Tätigkeiten, Schmerzen/Körperliche Beschwerden, Angst/Niedergeschlagenheit) abbilden. Zum anderen bewertet der Patient seine aktuelle gesundheitsbezogene Lebensqualität auf einer visuellen Analogskala in einem Wertebereich von 0 bis 100 (EQ-5D-VAS) (Greiner et al. 2005).

Schließlich liefert auch eine erhöhte soziale Kompetenz der Patienten Aussagen für eine gelungene ambulante psychiatrische Pflege. Gelingt es den Patienten besser, soziale Beziehungen aufzunehmen und aktiv zu gestalten, sind sie besser in der Lage, eigene Gefühle und Bedürfnisse zu äußern und eigene Rechte durchzusetzen, kann von einer positiven Entwicklung der sozialen Kompetenz gesprochen werden.

### **6.1.3.1 Qualifikation der Mitarbeiter**

Die notwendigen Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter einer APP sind im Vertrag §132a Abs. 2 SGB V für die ambulante psychiatrische Pflege mit einem speziellen Pflegedienst in den Paragraphen §14, 15, 16, 17, 18 beschrieben.

Der Pflegedienst ist dazu angehalten die Kernkompetenzen seiner Mitarbeiter (somatische Grundqualifikation und psychiatrischen Zusatzqualifikation) aufrecht zu erhalten und im Bedarfsfall für eine Auffrischung und Aktualisierung der Kenntnisse zu sorgen.

Wesentliche empfohlene Methoden zur kontinuierlichen Begleitung der Mitarbeiter/Innen sind Intervision (vgl. Kapitel 6.1.3.2) und Supervision (vgl. Kapitel 6.1.3.3).

### **6.1.3.2 Intervision**

Intervision ist eine kollegiale Fallberatung, die reihum geleitet wird. Das heißt ein Mitarbeiter stellt einen Fall vor, ein anderer leitet die Beratung. Die Intervision ist in 9 Phasen gegliedert. Diese werden im Folgenden am Beispiel des Interventionsschemas der gerontopsychiatrischen Fachberatung des Caritasverbandes Hannover dargelegt:

1. Festlegung auf den zu besprechenden Patienten: Wer hat den aktuellsten Handlungsbedarf? Wo ist der emotionale Druck am höchsten?
2. Fallschilderung: Symptomatik, Situationsbeschreibung, Kurzbiographie, Problemdarstellung
3. Leitung hält Stichworte auf Flipchart/Laptop-Beamer fest und fasst nach der Fallschilderung das Problem noch einmal zusammen
4. Stille Arbeit: Jeder lässt die geschilderte Situation auf sich wirken und notiert seine aufkommenden Gefühle auf einem Kärtchen.
5. Besprechung: Jeder Mitarbeiter liest sein Kärtchen vor und pinnt es an die Wand. Dies befördert einen Perspektivwechsel durch unterschiedliche Wahrnehmung und Gewichtung.
6. Stille Erarbeitung kreativer Lösungsvorschläge auf Kärtchen. Alle Vorschläge sind ohne Umsetzbarkeitsüberprüfung erwünscht – Förderung kreativer Potentiale ohne „Schere im Kopf“.





7. Besprechung der einzelnen Ergebnisse. Anschließend Bewertung und Auswahl der Vorschläge, sowie Umsetzung in Handlungsansätze, die schriftlich festgehalten werden (Flipchart/Laptop-Beamer).
8. Erarbeitung konkreter Handlungsanweisungen mit Aufgabenverteilung unter den Teilnehmern
9. Evaluation der praktischen Umsetzung beim Folgetreffen.

Die Durchführung erfolgt orientiert am Bedarf und dauert je Intervention 1,5 Stunden.

### **6.1.3.3 Supervision**

Supervision bietet lösungsorientierte Hilfestellung für die Betroffenen und verbessert die Interaktion aller Beteiligten. Sie ist ein Beratungsformat, das neben regelmäßiger Fortbildung zur Sicherung und Verbesserung der Qualität beruflicher Arbeit dient und als Standard in jedem Pflegedienst festgeschrieben sein soll.

Methodisch ist Supervision ein spezielles Verfahren, das sich gegenüber Therapie und Selbsterfahrung abgrenzt. Supervision ermöglicht Pflegenden darüber nachzudenken, was sie tun, wie sie es tun, wie sie das Gemachte erleben, empfinden und verarbeiten. Probleme im Arbeitsleben werden in offener und vertrauensvoller Atmosphäre besprochen, wie z.B. der Umgang mit Patienten, Konflikte im Team oder auch arbeitsorganisatorische Fragen.

Zu unterscheiden sind:

- Fallsupervision bezeichnet Arbeit an dem von Supervisand/innen oder Mitarbeiter/in (MA) eingebrachten Thema oder Problem (Fall). Ziel ist die Erweiterung der Wahrnehmung und ein vertieftes Verstehen als Grundlage für die Veränderung des Verhaltens und des beruflichen Handelns. Im Vordergrund der Fallsupervision steht die Beziehung zwischen Fachkraft und Klient/in, Therapeut/in und Patient/in, Führungskraft und Mitarbeiter/in usw. Bewertungsmaßstab sind die im jeweiligen Arbeitsfeld formulierten fachlichen Standards
- Teamsupervision beinhaltet das Verständnis der Arbeitsprobleme mit Klient/innen, die Verbesserung unzureichender Kooperation, die Auseinandersetzung mit Leitungsfragen oder die Entwicklung neuer Strukturen und Konzepte. Für das Gelingen einer solchen Teamsupervision ist es erforderlich, dass die Leitung mit einbezogen und die Organisationswirklichkeit in den Blick genommen wird. Sobald Supervision in Organisationen stattfindet – und jede Teamsupervision bewegt sich in diesem Kontext – werden Leitungs-/Führungspersonen in abgesprochener Weise in die supervisorische Arbeit einbezogen (DGSv regional 2011).

Leitungssupervision/Coaching ist eine auf die Ausgestaltung einer Führungsrolle bezogene Beratung. Häufig wird Leitungssupervision als Einzelsupervision oder als Coaching von Führungskräften durchgeführt. Führungskräfte können auch in Gruppensupervision voneinander profitieren. Die Entwicklung von Leitungsidentität vor dem Hintergrund der beruflichen Biographie und aktuelle Fragen zur Leitungs-/Führungsrolle stehen im Mittelpunkt.

### **6.1.4 Organisation**

Die APP ist in das regionale Versorgungsnetzwerk integriert. Die Organisation des Versorgungsnetzwerks erfolgt beispielsweise durch:

- Behandlungskonferenzen (vgl. Kap. 6.1.4.1),
- Fallkonferenzen (vgl. Kap.6.1.4.2),
- Helferkonferenzen (vgl. Kap. 6.1.4.3).



Des Weiteren sind die Hilfeforenzen (vgl. Kapitel 6.1.4.4), welche im Auftrag der Kommunen durchgeführt werden und primär den Leistungsbereich SGB XII regeln, zu berücksichtigen.

Die oben benannten Organisationsbeispiele werden im Folgenden beschrieben (Kurzfassung: s. Anhang 9.3.2). Es ist dabei wichtig, dass eine Adaption auf die regionale Situation erfolgt.

#### **6.1.4.1 Behandlungskonferenz**

Behandlungskonferenzen dienen der Behandlungskoordination zwischen Facharzt und APP zur Überprüfung und Anpassung der Behandlungspläne.

Die Vergütungsregelung ist je nach Vertragsform (RV, IV) unterschiedlich geregelt.

Wesentliche Aufgaben sind:

- Abgleich psychopathologischer Befunde mit abgestimmten Parametern,
- Gemeinsame diagnostische und therapeutische Feinabstimmung,
- Koordination und Adjustierung von Behandlungs-/Pflegeplan,
- Anpassung der Behandlungs-/Pflegeleistungen an den Krankheitsverlauf,
- Präzisierung oder Neudefinierung von Behandlungszielen,
- Koordination sämtlicher Leistungsmodule,
- Auswahl geeigneter hochschwelliger komplementärer Angebote,
- Supervision des Gesamtprozesses, insbesondere bei Kriseninterventionen.

Zur Organisation der Behandlungskonferenz werden folgende Empfehlungen gegeben.

Behandlungskonferenzen

- erfolgen durch die APP in den Räumen der Facharztpraxis oder des Pflegedienstes.
- finden 14-tägig bis max. 4-wöchentlich für ca. 1,5 Stunden statt.
- können in Ausnahmen über einen telefonischen Austausch erfolgen.
- richten sich darüber hinaus in der IV nach den Regelungen in den bestehenden Netzwerkverträgen.

#### **6.1.4.2 Fallkonferenz**

Fallkonferenzen dienen der differenzierten Betrachtung und Neubewertung bei schwierigen, kontrovers eingeschätzten Behandlungsabläufen und der Supervision des Beziehungsgeschehens/der Psychodynamik der handelnden Akteure. Anwesend bei der Fallkonferenz sind APP und Facharzt sowie ggf. weitere Akteure, die am Behandlungsgeschehen beteiligt sind oder beteiligt werden sollten.

Um ein gemeinsames Fallverständnis herstellen zu können, dient als Empfehlung zur Durchführung einer Fallkonferenz das folgende Raster:

- Daten zur Person: Geburtsdatum, Wohnort, Zuweisungsmodus etc.,
- Medikamentöse Therapie,
- Aktuelle Problematik mit Fragestellung,
- Kurzbiographie,
- Darstellung des sozialen Umfeldes – Hilfenetzgestaltung,



- Wesentliche Informationen zur Vorgehensweise vom Erstkontakt bis heute,
- Persönlicher Eindruck,
- Rückmeldungen, Ideen/Anregungen aus den verschiedenen Arbeitsbereichen zur weiteren Vorgehensweise,
- Festlegung der Handlungsstrategie mit zeitlicher Überprüfung.

Empfehlungen für die Organisation der Fallkonferenz:

- erfolgt durch APP, in der Praxis oder in den Räumen des Pflegedienstes,
- findet ein- bis zweimal im Quartal für 1,5 Std. statt

### 6.1.4.3 Helferkonferenz

Helferkonferenzen dienen der Konsensfindung bei kontroversen Handlungsstrategien für zielführende Maßnahmen der an der Versorgung/Behandlung aktuell beteiligten Akteure.

Um ein gemeinsames Fallverständnis herstellen zu können, dient als Empfehlung zur Durchführung einer Helferkonferenz das folgende Raster:

- Klärung der Zukunftsperspektive (ambulant, teilstationär, stationär) unter den verschiedenen Blickwinkeln der an der Versorgung beteiligten Personen: Angehörige, gesetzliche Betreuer, Pflegedienste (ggf. Ambulantes Gerontopsychiatrisches Zentrum = AGZ), Sozialpsychiatrische Dienste, Nachbarn, Haus-/Facharzt, psychosoziale Dienste, ehrenamtlicher Besuchsdienst etc.
- Ausräumen von Missverständnissen/Schuldzuweisungen unter den Beteiligten, Festschreiben eindeutiger Absprachen
- Vereinbarung gezielter Versorgungsaufträge unter Nutzung der jeweiligen Kompetenzen, Klärung der Schnittstellenproblematik zur Vermeidung von Doppeltätigkeiten

Empfehlungen zur Organisation der Helferkonferenz sind die folgenden:

- Zeitumfang: 1, 5 Std.
- Konferenzleitung: APP
- Ablauf:
  - Problemvorstellung unter Angabe des bisherigen Verlaufs bezüglich Krankheitsgeschehen und bisherige Hilfenetzgestaltung durch oben genannte Mitarbeiter/-innen,
  - Auflistung der Problembereiche und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen,
  - Festlegung verbindlicher Aufgabenstellungen für die Teilnehmer, Vermerk dieser im Protokoll (Protokollführung obliegt der APP),
  - Wirksamkeitskontrolle der vereinbarten Maßnahmen in einem festgelegten Zeitrahmen telefonisch/ggf. durch erneute Konferenz.

### 6.1.4.4 Hilfefkonferenz

Hilfefkonferenzen dienen als Assessmentveranstaltung der Hilfebedarfsklärung in Verfahren der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen nach §53 ff. SGB XII.

Die Hilfefkonferenz soll sich zu Art, Form und Maß der beantragten Eingliederungshilfe äußern und damit dem Sozialhilfetträger eine Hilfestellung für seine nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffende Entscheidung gemäß §17 Abs. 2 SGB XII liefern. Der Sozialhilfetträger nimmt diese Empfehlung als fachliche Feststellung.



Um ein gemeinsames Fallverständnis herstellen zu können, dient als Empfehlung zur Durchführung einer Hilfefkonferenz das folgende Raster:

- Klärung der aktuellen Situation in den Lebensbereichen:
- Wohnen und Selbstversorgung
- Tagesstruktur (Arbeit und Freizeitgestaltung)
- Soziale Kontakte
- Krankheitsbewältigung
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven in den vier Lebensbereichen
- Vereinbarung von (Teil-)zielen für den weiteren Prozess der Eingliederungshilfe
- Festlegung eines Wiedervorlage- und Zielüberprüfungstermins.

In der Hilfefkonferenz wird Stellung zur Einordnung der Eingliederungshilfe in eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahme oder eine Kombination aus Teilen dieser Maßnahmen genommen. Bei der Hilfefkonferenz handelt es sich um ein modernes personenzentriertes Verfahren. Es wird moderiert durch den Sozialpsychiatrischen Dienst. Die hilfebedürftige Person und wichtige Vertreter ihres Helfersystems (z.B. Angehörige, rechtlicher Betreuer, behandelnder Facharzt, s. Anhang 9.3.7) tauschen sich über den individuellen Hilfebedarf in den einzelnen Lebensbereichen. Soweit eine gemeinsame Festlegung in der Hilfefkonferenz erfolgen kann, wird auch der Träger der Maßnahme benannt.

Folgende Empfehlungen können der Organisation der Hilfefkonferenz dienlich sein:

- Zeitumfang: nach Bedarf des Einzelfalls
- Konferenzleitung: Sozialpsychiatrischer Dienst
- Ablauf:
  - Der Sozialpsychiatrische Dienst beruft unmittelbar nach Bekanntgabe des Hilfebedarfes die Konferenz ein und sorgt für eine zeitnahe Mitteilung an den Sozialhilfeträger. Diesem obliegt die Klärung der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen.
  - Der Klient bzw. die Klientin ist unbedingt zu beteiligen. Weiter werden der oder die gesetzliche Betreuer/in beteiligt. Der Klient oder die Klientin kann überdies eine Person des Vertrauens hinzuziehen. Es sollte eine fachärztliche Fachkraft und eine Fachkraft aus einer anderen Berufsgruppe teilnehmen. Wenn der Hilfebedarf des Klienten oder der Klientin während einer stationären Behandlung deutlich wird, sollten Vertreter der Klinik hinzugezogen werden.
  - Bei einem Erstantrag ist das Vorliegen einer seelischen Behinderung als Voraussetzung für die Leistungsgewährung fachärztlich festzustellen.
  - Vor der Zusammenkunft in der Hilfefkonferenz sollte eine sozialpsychiatrische Stellungnahme in halbstandardisierter Form auf einem Formblatt erarbeitet werden. In dieser werden Aussagen über die Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Klienten bzw. der Klientin getroffen. Weiter sollte fachärztlich zur seelischen Erkrankung Stellung genommen und es können erste Vorschläge zur angedachten Maßnahme unterbreitet werden.

Hierüber wird zum einen durch die Standardisierung ein Vergleich der verschiedenen Hilfefkonferenzen im Querschnitt ermöglicht, zum anderen soll auch eine Fortschreibung der einzelnen Hilfemaßnahmen im Längsschnitt nach einem gleichen Verfahren gewährleistet sein. Die Hilfefkonferenzen werden für jede einzelne Maßnahme nach Ablauf eines in der ersten Konferenz definierten Zeitrahmens, der zwei Jahre nicht überschreiten darf, unter Beteiligung der Einrichtung wiederholt. Die Entwicklungsberichte der Einrichtungen werden damit ersetzt. Es erfolgt eine Überprüfung der Eingliederungshilfemaßnahme, welche im Zusammenwirken mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst durchgeführt wird.



Es ist anzustreben, dass das Assessmentverfahren der Hilfekonzferenz bei Beteiligung weiterer Leistungsträger erweitert wird. Insbesondere der Einsatz von SGB V Leistungen im Kontext einer Eingliederungshilfemaßnahme erfordert eine gemeinsame Einschätzung, Beurteilung und Planung der kombinierten oder sich ergänzenden Unterstützungsleistungen.

## 6.2 Qualitätssicherung

Ziel der Qualitätssicherung ist es eine Verbesserung/Optimierung der Prozesse unter den Aspekten der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu erreichen (Kamiske/Brauer 1999).

### 6.2.1 Handlungsempfehlungen/interdisziplinäre Verfahrensanweisungen

Zur optimalen Prozessbeschreibung spezifischer Handlungsfelder ist die Erstellung und Vorhaltung von standardisierten Handlungsempfehlungen (1) sowie interdisziplinären Verfahrensbeschreibungen (2) sinnvoll.

- (1) Standardisierte Handlungsempfehlungen beinhalten unter der Gliederung Überschrift, Ziel, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung die umfassende Beschreibung konkreter einzelner Pflegehandlungen. Beispiele hierfür können z.B. die Suizidprophylaxe, die Verabreichung von intramuskulären Injektionen etc. sein.
- (2) Interdisziplinäre Verfahrensregelungen hingegen regeln die Verantwortlichkeiten und die Notwendigkeit des jeweiligen Informationsstands unterschiedlicher in die Versorgung eingebundener Akteure. Im Anhang des Konzepts befinden sich ausgewählte Beispiele.

### 6.2.2 Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sind Instrumente, die zum einen der Verbesserung von Behandlungsabläufen und zum anderen der Sicherstellung einer optimalen Versorgung dienen. Sie werden in Zahlen oder Zahlenverhältnissen abgebildet. Mit dem zugrunde legen von Qualitätsindikatoren kann folgendes erreicht werden:

- Schaffung von Transparenz,
- Festlegung von Verantwortlichkeiten,
- Sicherung von Verbindlichkeiten und Verlässlichkeit,
- Entdeckung und Vermeidung von Fehlsteuerung und Leistungsausgrenzungen,
- Voraussetzung für Akkreditierung,
- Voraussetzung für Zertifizierung (Walle et al. 2010, S. 71).

Qualitätsindikatoren ermöglichen daher eine Reflexion der Arbeitsqualität hinsichtlich der Behandlungsstruktur, -prozess- und -ergebnis. Darüber hinaus bieten QIs die Möglichkeit – im Rahmen z.B. von Qualitätszirkeln oder den jährlich stattfindenden Zukunftswerkstätten (Veranstalter: LFBPN, CFD) – unterschiedliche Leistungsanbieter miteinander vergleichbar zu machen und damit verbunden die Versorgungsqualität einschließlich ihrer Entwicklung über einen definierten Zeitraum darzustellen. Dies wiederum hilft der Weiterentwicklung der APP und schafft Transparenz und Öffentlichkeit in der Versorgung bezüglich der vielfältigen Qualitätssicherungs- und -entwicklungsmaßnahmen.

In Deutschland existieren unterschiedliche Ansätze zur Qualitätsbewertung der medizinischen Versorgung anhand von Qualitätsindikatoren (z.B. der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung oder AOK-Bundesverband Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA)). Eine einrichtungsübergreifende vergleichende Qualitätssicherung für den psychiatrischen Bereich gibt es derzeit nicht. Dies ist u.a. schwierig, da die Behandlungsqualität bei psychischen Erkrankungen meist lediglich subjektiv zu beurteilen ist. Das eine Qualitätsmessung für diesen Bereich ebenso wichtig ist wie für den somatischen zeigen die Bemühung des AOK-



Bundesverbandes. Mit dessen finanzielle Unterstützung wurden im Rahmen eines Projektes QIs für die Indikation Schizophrenie im Rahmen der IV entwickelt (Weinmann et al. 2009). Als QIs werden hier strukturelle Basisindikatoren und behandlungsbezogene QI benannt.

Indikatoren einer adäquaten Qualitätssicherung in der APP liegen noch nicht in einer standardisierten Form vor.

Die folgenden Begrifflichkeiten und die damit verbundenen Konzepte sind wichtige Voraussetzungen für das Maß der späteren Qualitätsmessung der Versorgung von psychisch Erkrankten (Operationalisierung der genannten Indikatoren nach Mittnacht 2010, S. 70):

- Adherence (Kapitel 6.2.2.1),
- Partizipative Entscheidungsfindung (Kapitel 6.2.2.2),
- Teilhabe (Kapitel 6.2.2.3).

Im Mittelpunkt der drei Begrifflichkeiten steht stets der Patient.

### 6.2.2.1 Compliance und Adherence

Der Begriff „Compliance“ wird mit Begriffen wie „Adherence“ oder „Alliance“ umschrieben, da diese Begriffe eine zweiseitige Verantwortung definieren, d.h. auf einem Behandlungsbündnis Arzt – Patient bzw. APP – Patient fokussieren. Es geht demnach darum, gemeinsam erstellte Therapieziele einzuhalten. Compliance hingegen impliziert, dass der Patient dem nachzukommen hat, was der Arzt sagt. Diese mit dem Begriff verbundene Aufforderung den Patienten als passiv Handelnden zu sehen, ist nicht mehr zeitgemäß (Schulz 2009).

Auch für Non-Compliance gibt es keinen einheitlichen Begriff. Es handelt sich hierbei vielmehr um ein breites Spektrum von Verhaltensmöglichkeiten. Aus heutiger Sicht wird Non-Compliance als missglückte Patient-Behandler-Interaktion verstanden.

Das vorliegende Konzept folgt der Beschreibung des Begriffs „Adhärenz“. Demnach übernimmt die APP ein Stück weit die Verantwortung für die korrekte Durchführung der mit dem Patienten abgesprochenen Behandlung (Schneider/Spirig 2006).

Es ist wichtig, dass sich diese Begrifflichkeiten nicht nur auf ärztliche Behandlungsstrategien beziehen, sondern auch alle nichtärztlichen Strategien umfassen. In diesem Sinne ist es die Aufgabe der APP mitzuhelfen Adhärenz sicherzustellen, indem sie auf den gleichberechtigten Einbezug der Patienten während der Behandlung hinarbeitet. Die Kenntnis der Faktoren, welche Adhärenz fördern bzw. hemmen, ist für die APP notwendig und mit den Patienten zu erarbeiten.

Adhärenz fördernde Faktoren sind u.a.:

- Erarbeitung einer gemeinsamen Behandlungsvereinbarung „Contracting“,
- Veränderung der Einstellung gegenüber der Medikation und Erkrankung,
- sowie Ermutigung und Vermittlung von Hoffnung im Umgang mit der Erkrankung.

Es bleibt festzuhalten, Adhärenz bedeutet auf den **Patienten** bezogen:

- das aktive Mitwirken am Gesundheitsprozess, insbesondere



- die Bereitschaft, ärztlichen Empfehlungen, wie z.B. die Einnahme von Medikamenten oder Änderungen des Lebensstils, zu folgen.

Auf das **medizinische Fachpersonal** bezogen beinhaltet Adhärenz:

- die Aufklärung und Information zu den Zielen der Behandlung und über die verordneten Arzneimittel sowie
- die Anpassung der Therapie auf die individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten.

### **6.2.2.2 Partizipative Entscheidungsfindung**

Innerhalb der Basisversorgung chronischer Langzeiterkrankungen ist die Methode der Partizipativen Entscheidungsfindung unumstritten und es wird seit langem gefordert, dem Patienten hierdurch eine Basis zu geben, Bewältigungsstrategien individuell für sich zu entwickeln (DGPPN 2011).

Diese Methode des Einbezugs des Patienten in Therapieentscheidungen ist für die Nachhaltigkeit des Therapieerfolges entscheidend. Die Herangehensweise der partizipativen Entscheidungsfindung stimmt überein mit den Forderungen der WHO und der EU (Europäische Gemeinschaften 2005, Grünbuch). Hierbei gibt es Beziehungen und Überschneidungen zu den Begriffen Consumer Involvement, Empowerment, Recovery und ICF.

Die Partizipative Entscheidungsfindung beinhaltet folgende Handlungsschritte (Härter 2004, Härter et al. 2005):

1. Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
2. Gleichberechtigung der Partner formulieren
3. Über Wahlmöglichkeiten informieren
4. Über Vor- und Nachteile der Option informieren
5. Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
6. Präferenzen ermitteln
7. Aushandeln der Entscheidung
8. Gemeinsame Entscheidung herbeiführen
9. Vereinbarungen zur Umsetzung der Entscheidung treffen

Bei den Informationsprozessen spielen so genannte decision aids (dt: Entscheidungshilfen) eine große Rolle. Dies sind in der Regel Informationsmedien wie Informationsbroschüren, Videos oder Internetseiten. Entscheidungshilfen sind aber nur dann sinnvoll, wenn sie in den gesamten therapeutischen Prozess mit eingebunden sind und Patient und Angehörige bei dem Versuch, diese zu verstehen nicht allein gelassen werden. Aus der Sicht von Entscheidungsprozessen wäre Psychoedukation (PE) die umfangreichste Form von decision aids. Innerhalb der Vermittlung von PE-Inhalten ist ein klares didaktisches Vorgehen notwendig.

Die Partizipative Entscheidungsfindung (auch Shared-Decision-Making (SDM) genannt) zeigt eine positive Auswirkung auf (DGPPN 2011):

- die allgemeine Zufriedenheit des Patienten mit der Entscheidung,
- die Lebensqualität,
- die Adherence,
- die Information über die Erkrankung (und damit auf das Verständnis der Erkrankung),
- das Gefühl, die Kontrolle über die Entscheidungen und über die Medikation selbst in der Hand zu haben.

SDM hat direkten Einfluss auf (DGPPN 2011):



- die positive Veränderung der Krankheitssymptome,
- den Rückgang der Beschwerden und
- das Erlangen/Wiederherstellen von funktioneller Kapazität.

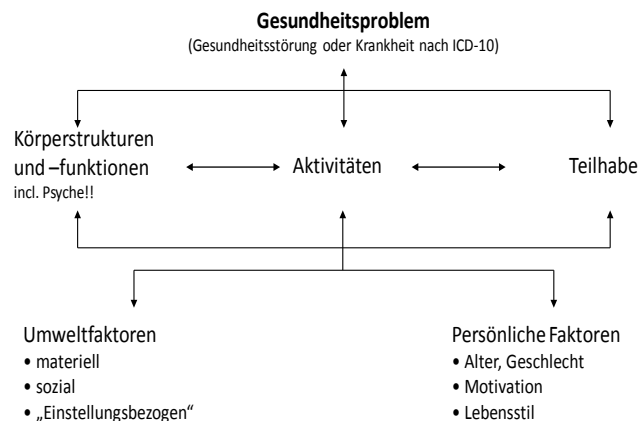
### 6.2.2.3 Teilhabe - ICF

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF (WHO, 2001) – beschreibt den Zustand eines Menschen in standardisierter Form in seiner Lebensgesamtheit (v.a. auch soziale Aspekte) und entwickelt daraus Behandlungsziele in einer allgemein verbindlichen Sprache mit dem Ziel der Wiedereingliederung. Funktionsstörungen können Beeinträchtigungen in Fähigkeiten verursachen, welche abhängig von den jeweiligen Kontextbedingungen zu Teilhabestörungen führen können, wie bspw. Arbeitsunfähigkeit.

Das theoretische Modell der ICF beschreibt ein bio-psycho-soziales Modell der Behinderung:

#### Abb.2: Bio-psycho-soziales Modell der ICF

### Bio-psycho-soziales Modell der ICF



Quelle: DIMDI 2005, S. 23

Unter *Aktivität* versteht die ICF die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person. Dabei gestaltet sich Art und Umfang der Durchführung einer Aktivität unter hemmenden und fördernden Umfeldbedingungen (Kontextfaktoren).

*Teilhabe* oder Partizipation nach ICF beschreibt das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich wie z.B. Selbstversorgung, Ausbildung, Erwerbsleben. Nach §33ff. SGB IX ist damit die Teilnahme behinderter oder von Behinderung bedrohter Personen v.a. am Erwerbsleben gemeint.

*Kontextfaktoren* sind im Sinne der ICF der gesamte Lebenshintergrund einer Person bestehend aus Umweltfaktoren, wie z.B. materielle, soziale und einstellungsbezogene Faktoren, die sich auf die Umwelt beziehen, in der Menschen leben, und





personenbezogene (persönliche) Faktoren, die Leben und Lebensführung kennzeichnen, die nicht Teil des Gesundheitsproblems sind, wie Alter, Geschlecht, persönliche Einstellungen, sozialer Hintergrund, Bildung, Ausbildung, Beruf, Lebensstil, Erfahrung usw. Kontextfaktoren wirken sich auf die Funktionsfähigkeit, d.h. auf das seelische und körperliche Gesundheitsproblem förderlich (Förderfaktoren) oder hemmend (Barrierefaktoren) aus.

Die Autoren der WHO wollen mit Hilfe dieser Klassifikation die Funktionsfähigkeit eines Menschen bezüglich bestimmter Komponenten der Gesundheit als eine Wechselwirkung oder komplexe Beziehung zwischen allen Komponenten der ICF verstehen. Es besteht eine dynamische Wechselwirkung zwischen diesen Größen und Interventionen bezüglich einer Größe können eine oder mehrere der anderen Größen verändern.

Mit Hilfe der ICF können u. a. Krankheitsauswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen (Beruf, Familie, Ausbildung, etc.) beschrieben werden. Mit Hilfe der ICF kann die Hilfeplanung sowie die Wirkung von Interventionsmaßnahmen z.B. Hilfsmittel, Rehabilitation, bestimmte Therapien in unterschiedlichen Bereichen abgeleitet werden. Sie stellt eine interdisziplinäre einheitliche Sprache für die Erscheinungsformen der funktionalen Gesundheit und ihren Beeinträchtigungen zur Verfügung, die unabhängig von der Profession des Anwenders und unabhängig von der Sozialisation des Anwenders ist.

Die ICF liefert eine wissenschaftliche und praktische Hilfe für die Beschreibung und das Verständnis, die Feststellung und Begutachtung von Zuständen der Funktionsfähigkeit. Die ICF ermöglicht die Darstellung von Hilfeplänen (Datenvergleiche) für Behandlungsverläufe innerhalb eines Kostenträgers, zwischen unterschiedlichen Kostenträgern und unterschiedlichen Behandlungssegmenten, zwischen unterschiedlichen Disziplinen und unterschiedlichen Ländern.

Für den Bereich der Psychiatrie hat sich als Auszug aus der komplexen ICF das Mini-ICF-P Rating bewährt (Linden/Baron 2005).

Das *Mini-ICF-P* bildet die Komponente „Aktivitäten und Partizipation“ der ICF ab, soweit sie im Rahmen psychischer Erkrankungen beeinträchtigt sein können. Mit dem Mini-ICF-P-Rating kann eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß ein Patient in seinen Fähigkeiten bei der Durchführung von Aktivitäten beeinträchtigt ist. Mit dem *Mini-ICF-P* werden folgende Fähigkeiten erfasst.

- Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen
- Fähigkeit zur Tagesstrukturierung
- Flexibilität
- Kompetenz
- Durchhaltefähigkeit
- Selbstbehauptungsfähigkeit
- Fähigkeit zur Teilnahme an öffentlichen Rollen
- Kontaktfähigkeit zu Dritten
- Fähigkeit zu familiären Beziehungen
- Fähigkeit zu außerberuflichen Aktivitäten
- Fähigkeit zur Selbstversorgung
- Wegefähigkeit



## 7 Ausblick

Ausgehend von der 12jährigen stetig adaptierten Gestaltung und Umsetzung der Regelverträge (anfangs über Modellprojekte, vgl. Kapitel 4) sowie einer Evaluation der IV-Verträge der ersten Generation sind aktuell Verträge mit hinterlegten Behandlungspfaden (z.B. Schizophrenie) der AOK und TK in der Umsetzungsphase.

Weitere Behandlungspfade zu Depression, Bipolare Störungen und Demenz werden aktuell an der Leuphana Universität Lüneburg erstellt. Eine detaillierte patientenzentrierte und multiprofessionelle (modulhafte) Versorgungsplanung- und Durchführung wird hier krankheitsbezogen beschrieben. Versorgung aus „einem Guss versus Gießkannenprinzip“ wird zum Wohle von Patienten und Angehörigen möglich. Partizipative Entscheidungsfindung, Recovery, Resilience und Empowerment verändern den Blickwinkel von paternalistisch gesteuerter Krankheitsbewältigung hin zu einer informativen autonomen Aushandlung von Behandlungsoptionen.

Die Übernahme der Aufgaben aus ärztlicher Tätigkeit durch die APP aufgrund mangelnder Facharztdichte (besonders in ländlichen Regionen) bedarf verstärkter Fachlichkeit mit gesicherten Kooperationsbezügen in den ärztliche Bereich, sowie ggf. auch den Einsatz telemedizinischer Techniken.

Die ökonomischen Bedingungen (Vergütungsregelungen) der APP von Regelvertrag über „alte“ IV-Verträge bis zu P4P „pay for performance“ Regelungen bewirken eine Entwicklung vom Umgang mit wenig differenzierten Vergütungsregelungen zum aktiven Gestalten ausdifferenzierter, effektiver Leistungsvergütung. Fachlichkeit und Ökonomie müssen „Hand in Hand gehen“. Das Berufsbild verändert sich hin zu mehr Autonomie und Verantwortung.

Hieraus schlussfolgernd und die aktuelle ambulante psychiatrische Versorgung betrachtend bleibt festzuhalten, dass der ambulanten psychiatrischen Pflege zunehmend mehr Bedeutung entgegengebracht wird. So kann auch das hier vorliegende Konzept als Beitrag zur Weiterentwicklung pflegerelevanter Inhalte in der ambulanten Behandlung und Betreuung psychisch Erkrankter durch die APP gesehen werden.

Das Konzept zur ambulanten psychiatrischen Pflege muss als lernendes System verstanden werden. Unter dem Aspekt der Weiterentwicklung und einer fortwährenden Professionalisierung der Pflege ist die Rückkopplung mit den verbindlich lokal beteiligten Akteuren erforderlich. Kontinuierliche Hinweise an den einzelnen hier beschriebenen Punkten helfen sowohl die Struktur- als auch die Prozessqualität der ambulanten psychiatrischen Pflege zu ergänzen.

Darüber hinaus können Veränderungen der gesetzlichen oder strukturellen Rahmenbedingungen zu Anpassungsbedarf führen. Es sollte daher eine regelmäßige Anpassung des Konzeptes (im Regelfall ca. alle 2 bis 3 Jahre) an den aktuellen Wissensstand gewährleistet sein. Kontinuierliche notwendige Veränderungen sollten dahingehend geprüft und in dem vorliegenden Konzept komplett oder teilweise überarbeitet werden. Zudem gilt, gerade da die psychiatrische Pflege eine immer wichtigere Rolle im ambulanten Versorgungssystem einnimmt, es den gesetzlichen Forderungen Interventionen im Gesundheitswesen durch wissenschaftliche Expertise, in Form von Forschungen beizukommen, folge zu leisten.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass das vorliegende Konzept auf einen spezifischen Kontext, d.h. auf die Versorgungssituation des Bundeslands Niedersachsens zugeschnitten ist.



## 8 Literaturverzeichnis

Aberhalden, C.; Needham, I. (1999) Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Ergebnisse einer Delphi-Studie (Master's Thesis). Universität Maastricht, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Fachrichtung Pflegewissenschaft.

Böttner, S. (2007). Möglichkeiten und Grenzen der Bezugspflege bei mehrfachabhängigen Menschen im Rahmen einer stationären Entzugsbehandlung. Psych Pflege 13: 5-10.

Budnik, B; Lay, R. (2005). Pflegeplanung leicht gemacht: für die Gesundheits- und Krankenpflege. München: Urban & Fischer.

Dick, B.; Sitter, H.; Blau, E.; Lind, N.; Wege-Heuser, E.; Kopp, I.(2006). Behandlungspfade in Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 77: 12-22.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hg.) (2005). ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.). (2011). Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. [http://www.sektion-klinische.de/service/downloads/LL\\_PsychozTherapien\\_19.07.2011\\_SK.pdf](http://www.sektion-klinische.de/service/downloads/LL_PsychozTherapien_19.07.2011_SK.pdf), [Zugriff am 15.01.2012]

Europäische Gemeinschaften (2005). Grünbuch – Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf), [Zugriff am 15.01.2012].

Fawcett, J. (1996). Pflegemodelle im Überblick. Bern: Hans Huber.

Fiechter, V.; Meier, M. (1993). Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Basel: Recom.

Gorenoi, V., Schönermark, M., Hagen, A. (2007). Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Greiner, W.; Claes, C.; Busschbach, J.J.V.; von der Schulenburg, J.M. (2005). Validating the EQ-5D with time trade off for the German population. The European Journal of Health Economics 6: 124-130.

Härter M. (2004). Partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) – Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. Z Ärztl Fortbild Qual Gesundheitswesen; 98: 89-92

Härter M, Loh A, Spies C (2005): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Köln: Deutscher Ärzte Verlag

Henke, F.; Horstmann, Ch. (2010). Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert. Praktische Arbeitshilfe für Lehrende und Lernende. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.



Holler, G.; Melchinger, H.; Horn, A.; Skutta, M. (2003). Integrative Psychiatrische Behandlung (IPB) als neue Form psychiatrischer Krankenhaus-Akutbehandlung ohne Bett. Ergebnisse eines Modellprojektes am Alexianer-Krankenhaus Krefeld. Projektbericht Medizinische Hochschule Hannover und Alexianer Krankenhaus Krefeld.

Holler, G.; Zawadzki, B. (2002). Ambulante psychiatrische Versorgung in ausgewählten Orten Niedersachsens. Projektbericht. <http://www.lfbpn.de/docs/Veroeffentlichungen/E%20Krankenpflege/E2.pdf>. [Zugriff am 04.01.2012].

Holler, G., Zawadzki, B. (2004). Häusliche Krankenpflege für kranke alte Menschen mit psychischen Problemen in den von den Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentren versorgten Stadtteilen der Landeshauptstadt Hannover. Online verfügbar unter: <http://www.lfbpn.de/docs/Veroeffentlichungen/F%20Gerontopsychiatrie/F5.pdf>. [Zugriff am 04.01.2012].

Holnburger, M. (1998): Pflegestandards-Psychiatrie. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Kaiser, W.; Isemann, M.; Hoffmann, K.; Priebe, S. (1999). „Entlassungen in vollstationäre Einrichtungen. Ergebnisse einer Umfrage. Postskriptum zu Teil III der Berliner Enthospitalisierungsstudie“. *Psychiatrische Praxis* 26: 22-24.

Kamiske, G. F.; Brauer, J.-P. (1999). Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 3. überarbeitete Auflage. München, Wien: Hanser

Koitka, C. (2010). Implementierung und Wirksamkeit Klinischer Behandlungspfade. Dissertation. Westfälische Wilhelms-Universität, Münster.

Krohwinkel, M. (1993). Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken: Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege. BMGS-Schriftenreihe 16. Baden-Baden: Nomos.

Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (1998). Empfehlungen zur Umsetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege. Online verfügbar unter: [www.lfbpn.de/docs/LFB-98-Ambulante-Pflege.doc](http://www.lfbpn.de/docs/LFB-98-Ambulante-Pflege.doc). [zugriff am 04.01.2012]

Landeshauptstadt Hannover Gesundheits-, Jugend- und Sozialdezernat (1997). Empfehlungen zur Umsetzung der ambulanten gerontopsychiatrischen Pflege. Online verfügbar unter: <http://www.ulrichdiekmann.de/AmbPflg.pdf>. [Zugriff am 04.01.2012]

Lelgemann, M.; Ollenschläger, G. (2006). Evidenzbasierte Leitlinien und Behandlungspfade: Ergänzung oder Widerspruch?. *Internist* 47: 690-698.

Linden, M.; Baron, S. (2005). Das MINI-ICF-Rating für psychische Störungen (MINI-ICF-P). *Die Rehabilitation* 44: 144-151.

Mittnacht, B. (2010). Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements, Entwicklungstrends und Perspektiven. Jacobs Verlag: Gesundheit, Pflege, Soziale Arbeit

Peplau, H.; Kelling, G.; Mischo-Kelling, M. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege: Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel: RECOM.

Pöldinger, W. (1968). Die Abschätzung der Suizidalität. Bern: Hans Huber



Richter, D.; Hahn, S. (2009). Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese. *Pflege* 22: 129-142.

Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V Fassung vom: 17.09.2009 BAnz. Nr. 21a (Beilage) vom 09.02.2010; Online verfügbar unter: [http://www.g-baaok-gesundheitspartner.de/downloads/62-492-495/HKP-RLimperla/md/gpp/nds/pflege/ambulant/nds\\_pflege\\_amb\\_kv\\_psych\\_hkp\\_vereinb\\_2010-10-21.pdf](http://www.g-baaok-gesundheitspartner.de/downloads/62-492-495/HKP-RLimperla/md/gpp/nds/pflege/ambulant/nds_pflege_amb_kv_psych_hkp_vereinb_2010-10-21.pdf) [Zugriff am 06.07.2011].

Schaeffer, D., & Enderwitz, U. (2008). *Pflegetheorien: Beispiele aus den USA* (2., erg. Aufl.). *Pflegetheorie*. Bern: Huber.

Schneider, M.P., Spirig, R. (2006). Die Adhärenz: Ein wichtiges Element in der Betreuung von Chronischkranken. *Managed Care*; 3: 18 -21.

Schulz, M. (2009) Von Compliance zu Adhärenz – Wandel der Begrifflichkeiten. *Psychische Phänomene. Heilberufe*; (5): 27-28

Schulz, M.; Krause, P. (2003). Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing – auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. *Psych Pflege* 2003; 9: 242–248.

Schweitzer, J.; Nicolai, E. (2010). *SYMPAthische Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Spengler, A. (2001). Psychiatrie-Reform: Mehr-Klassen-Psychiatrie verschärft sich. Beitrag zu „*Auf halbem Weg stecken geblieben*“ von Petra Bühring. *Dtsch Arztebl* 2001; 98(13): A-830.

Stock, J.; Szecsenyi, J. (Hrsg.) (2007). *Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis*. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlag.

Stockwell, F. (2002). *Der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege*. Bern: Hans Huber.

Walle, M., Koch, C., Reichwaldt, W. et al. (2010): *Theorie und Praxis eines zukunftsorientierten ambulant gesteuerten psychiatrischen Behandlungssystems. Netzwerksysteme für integrierte Behandlung und Versorgung Band 1*. Berlin: Weingärtner.

Weinman, S.; Becker, T. (2009). *Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie: Handbuch*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.



## 9 Anhangsverzeichnis

### 9.1 Erklärung zur Lesbarkeit

Die im Folgenden aufgelisteten Anhänge sind Materialien für

- a) Interne: Diese können vor allem für bereits zugelassene (regionale) Anbieter ambulanter psychiatrischer Pflege und auch interessierte Neuanbieter von Interesse sein.
- b) Interne und Kooperationspartner: Diese könnten von Interesse für vor allem zugelassene (regionale) Anbieter ambulanter psychiatrischer Pflege; interessierte Neuanbieter; wie für ambulante als auch stationäre Leistungserbringer und weitere Anbieter im sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzwerk sein.
- c) Interne und Externe: Diese dort eingefügten Materialien können übergreifend für die im ambulanten und stationären Sektor Arbeitende sowie für Angehörige oder Patienten oder andere von Interesse sein.



## 9.2 Intern

### 9.2.1 Kurzcharakteristik von möglichen Pflegemodellen für die ambulante Pflege

Name des Modells		Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege	Adaptionmodell	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens
<b>Autor</b>		Hildegard Peplau	Callista Roy	Monika Krohwinkel
<b>Entstehungs-jahr/-ort</b>		1952: Vereinigte Staaten von Amerika	Entwickelt 1964, publiziert 1970/Vereinigte Staaten von Amerika	1993/Deutschland
<b>Zugrunde liegende Theorie</b>		Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege	Adaptionstheorie	Weiterentwicklung Juchli
<b>Grundtypus</b>		Interaktionsmodell	Pflegeergebnismodell	Bedürfnismodell
<b>Alternative Bezeichnung</b>		Interpersonale Beziehungen in der Pflege, Psychodynamische Pflege	Anpassungsmodell	ABEDL-Modell
<b>Meta-paradigma und seine Definition durch das Modell</b>	Mensch:	Der Mensch lebt in einem instabilen physiologischen, psychologischen und sozialen Gleichgewicht und wird als einzigartiges Wesen wahrgenommen, dessen zwischenmenschliche Beziehungen durch verschiedene Umstände gesteuert werden.	Der Mensch ist ein ganzheitliches adaptives System, das ständig versucht sich durch Anpassung an äußere Umstände (auch Krankheit oder Behinderung) anzupassen	Mensch ist sowohl Pflegenden wie auch Pflegebedürftiger, er ist ein „einheitliches, integrales Ganzes, das mehr und anders ist als die Summe seiner Teile, mit seiner eigenen Identität und Integrität“ mit dem Potential sich zu entwickeln und sich selbst zu verwirklichen
	Gesundheit/Krankheit:	Gesundheit ist ein fortlaufender Prozess der Persönlichkeit und anderer menschlicher Bedürfnisse und ist auf ein kreatives, aktives, nützliches und leistungsfähiges persönliches Leben und das Gemeinschaftsleben ausgerichtet. Krankheit ist ein Symptom sowohl psychologischer als auch physiologischer Überforderung.	Gesundheit ist ein Zustand und adaptiver Prozess um ein integriertes und ganzheitliches Individuum zu sein und zu werden, mangelnde Integration bedeutet mangelnde Gesundheit. Anpassung im positiven Sinne fördert das Überleben, Wachstum, Reproduktion und Rollenerfüllung.	Gesundheit und Krankheit sind dynamische Prozesse, die vom Pflegenden entweder als Fähigkeit oder als Defizit erkannt werden können. Wohlbefinden ist ein subjektiv empfundener Teil der Gesundheit das mehr und anders ist als die Summe seiner Teile, mit seiner eigenen Identität und Integrität“ mit dem Potential sich zu entwickeln und sich selbst zu verwirklichen
	Umgebung:	Der Mikrokosmos beinhaltet sämtliche Bezugspersonen und zwischenmenschliche	Alle Bedingungen, Umstände und Einflüsse, die innerhalb und außerhalb des menschlichen	Die Umgebung ist nach der ganzheitlichen Vorstellung ein wesentlicher Faktor für Leben



		Beziehungen, innerhalb welcher der Pflegebedürftige sich bewegt.	adaptiven Systems die Entwicklung und das Verhalten eines Individuums beeinflussen. Zwischen dem Mensch und der sich ständig verändernden Umwelt existiert eine Wechselbeziehung.	und Gesundheit, der Mensch lebt innerhalb einer Wechselbeziehung mit seiner Umwelt.
	Pflege:	Pflege wird als signifikanter, therapeutischer interpersonalen Prozess verstanden, der über die Fertigkeiten verfügt die Kraft zur Entwicklung der Person zu geben und auch als pädagogisches Instrument eingesetzt werden kann.	Adaptation als die Folge von Pflegeprozess und -ergebnis, wobei ein absolutes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden nicht für jeden möglich ist. Pflege soll Reize und Verhalten die zur Adaption beitragen durch geeignete Maßnahmen fördern. Patientenbeobachtung ist zentrales Mittel zur Beurteilung der Notwendigkeiten pflegerischen Interventionen.	Pflege soll die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person oder ihrer Angehörigen erhalten oder zur Wiedererlangung fördern, um die Unabhängigkeit und das Wohlbefinden des Gepflegten zu erreichen.
Sonstiges				
Literatur		Peplau, H.; Kelling, G.; Mischo-Kelling, M. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege: Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. RECOM-Verlag.	Schaeffer, D, Enderwitz, U. (2008). Pflege-theorien : Beispiele aus den USA. Huber, Bern.	Krohwinkel, M. (1993). Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken: Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege. BMGS-Schriftenreihe 16. Nomos, Baden-Baden.





## **9.2.2 Tätigkeitskatalog der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP)**

### **Tätigkeitskatalog der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP)**

(Quelle: BAPP (2003). Tätigkeitsinhalte der ambulanten psychiatrischen Pflege. Online verfügbar: <http://www.bapp.info/texte/taetigkeiten.pdf> (09.11.2011) )

#### **1. Erstgespräch/Hilfebedarfsplanung (Assessment)**

- 1.1 Vorstellung/Abklärung von Inhalten, Leistungen und Möglichkeiten ambulanter psychiatrischer Pflege, sowie Bedürfnissen und Erwartungen des Klienten
- 1.2 Klärung der Leistungsfinanzierung
- 1.3 Pflegeüberleitung (stationär - ambulant)
- 1.4 Erhebung von notwendigen Informationen

#### **2. Beziehungsgestaltung**

- 2.1 Aufbau und Pflege eines Vertrauensverhältnisses
- 2.2 Kennenlernen von Lebensgewohnheiten, Biographien und Bedürfnissen des Klienten
- 2.3 Erarbeitung von Compliance, Akzeptanz und gegenseitiger Wertschätzung

#### **3. Feststellen, beobachten und dokumentieren des Hilfebedarfs und dessen Entwicklung (Pflegeprozess)**

- 3.1 Pflegeanamnese (Erhebung von Ressourcen und Problemen)
- 3.2 Pflegediagnose
- 3.3 Pflegeplanung (mit Evaluation)

#### **4. Wahrnehmen und beobachten von Krankheitszustand und -entwicklung**

- 4.1 Wahrnehmen von behandlungsbedürftigen Erkrankungen (auch somatischen)
- 4.2 Wahrnehmen, zuordnen und reagieren auf psychiatrische Symptome und Syndrome (z.B. Wahn, Aggression, Antriebsstörungen, Unruhe)
- 4.3 Beobachten von Verhaltensweisen, Äußerungen und Umgangsweisen unter Beachtung psychiatrischer Beobachtungskriterien (z.B. äußere Erscheinung, Sozialverhalten, Stimmung, Orientierung, Fertigkeiten)

#### **5. Anregung/Abstimmung therapeutischer, pflegerischer und ergänzender Maßnahmen**

- 5.1 Erkennen und Benennen von notwendigen Maßnahmen, Therapien und Diensten
- 5.2 Abstimmen der individuellen Inhalte, Möglichkeiten und Ziele der ambulanten psychiatrischen Pflege mit anderen Diensten, Fachpersonal und Institutionen
- 5.3 Abstimmen ärztlicher, pflegerischer und anderer Maßnahmen



## 6. **Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt**

- 6.1 Motivierung und Sicherstellung notwendiger Arztbesuche
- 6.2 Begleitung zu Arztbesuchen, wenn dies geboten ist
- 6.3 Kooperation/Informationsaustausch mit behandelnden Ärzten

## 7. **Hilfe bei der Medikamenteneinnahme**

- 7.1 Ergänzende Beratung über Wirkungen und Nebenwirkungen
- 7.2 Motivierung zur (regelmäßigen) Einnahme
- 7.3 Anleitung zum eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten
- 7.4 Verabreichung von Medikamenten
- 7.5 Beobachten/Registrieren der Einnahme aller Medikamente
- 7.6 Beobachten/Registrieren der Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Substanzen
- 7.7 Hilfe bei/Übernahme der Vorratshaltung
- 7.8 Beobachten von Wirkungen und Nebenwirkungen

## 8. **Vorsorge bei Eigen- oder Fremdgefährdung**

- 8.1 Erkennen und Benennen von Selbsttötungsabsichten
- 8.2 Eruiieren der konkreten Gefährdungssituation
- 8.3 Erarbeiten möglicher Maßnahmen zur Gefahrenabwendung (z.B. Vereinbarungen, Hilfepläne, Einbeziehen des sozialen Umfeldes, Einweisung nach PsychKG)

## 9. **Krisenintervention**

- 9.1 Erkennen und Benennen von kritischen Situationen und Frühwarnzeichen
- 9.2 Eruiieren der krisenauslösenden Faktoren
- 9.3 Erarbeiten neuer Copingstrategien und Krisenpläne
- 9.4 Erarbeiten von Möglichkeiten zur Krisenbewältigung
- 9.5 Beruhigung von Patienten und Beteiligten
- 9.6 Kontaktaufnahme/Begleitung zu Arzt, Krankenhaus, anderen Institutionen
- 9.7 Medikamentenverabreichung nach Anweisung des Arztes
- 9.8 Erwirkung notwendiger stationärer/teilstationärer Behandlung



## 10. **Aktivierung zu elementaren Verrichtungen, Training von Alltagsfertigkeiten**

- 10.1 Erhalten/Aktivieren/Trainieren der Kontaktfähigkeit
- 10.2 Erhalten/Aktivieren/Trainieren lebenspraktischer Tätigkeiten
- 10.3 Erhalten/Aktivieren/Trainieren von Inanspruchnahme und Erfüllung sozialer Rechte und Pflichten

## 11. **Psychiatrische Entlastung im Alltag**

- 11.1 Erkennen und Benennen von Belastungen im Alltag
- 11.2 Erarbeiten von adäquaten Handlungsalternativen
- 11.3 Entlastungs- und Orientierungsgebende Gespräche

## 12. **Kognitives und psychisches Training**

- 12.1 Erkennen und Benennen der psychischen und kognitiven Beeinträchtigung
- 12.2 Training der zeitlichen Orientierung
- 12.3 Training der personellen und situativen Orientierung
- 12.4 Training der räumlichen Orientierung
- 12.5 Training angstbesetzter Alltagstätigkeiten
- 12.6 kognitives Training

## 13. **Hilfe beim Umgang mit beeinträchtigenden Gefühlen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen**

- 13.1 Erkennen und Benennen beeinträchtigender Gefühle, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen
- 13.2 Erarbeiten von Akzeptanz und entsprechendem Umgang
- 13.3 Unterstützung der Selbstreflexion
- 13.4 Erarbeiten von alternativen Handlungsstrategien
- 13.5 Heranführung an neue oder angstbesetzte Themen oder Aufgaben
- 13.6 Erstellen einer Problemhierarchie
- 13.7 Hilfe bei Erhaltung/Herstellung des Realitätsbezugs

## 14. **Hilfe bei der Tages- und Wochenstrukturierung**

- 14.1 Erkennen und Benennen von mangelnden Tages- und Wochenstrukturen
- 14.2 Erarbeiten von möglichen Strukturen
- 14.3 Förderung sinnvoller Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten (Hilfe beim Finden, Kontakthanbahnung, Begleitung)
- 14.4 Unterstützung bei Planung und Umsetzung beruflicher Perspektiven

## 15. **Zusammenarbeit mit Familienangehörigen/Partnern**



- 15.1 Information über Inhalte, Methoden und Möglichkeiten psychiatrischer Versorgung
- 15.2 Kooperationsangebote und Absprachen
- 15.3 Information über Selbsthilfe für Angehörige
- 15.4 Aktivierung familiärer Hilfspotentiale
- 15.5 Aufklärung über psychiatrische Krankheit, deren Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten
- 15.6 Erkennen und Benennen von belastenden Zusammenhängen, Wertschätzung
- 15.7 Erarbeiten entlastender Maßnahmen/Verhaltensweisen
  
- 16. **Kontaktaufnahme und Kooperation mit anderen Diensten, Fachpersonal und Institutionen**
  - 16.1 im klinischen Bereich
    - 16.1.1 Aufrechterhaltung des Kontaktes während stationärer/teilstat. Behandlung
    - 16.1.2 Information und Austausch mit beteiligtem Klinikpersonal
    - 16.1.3 Beratungsgespräche in der Klinik
    - 16.1.4 Aufnahme- und Entlassungsgespräche
  - 16.2 im außerklinischen Bereich
    - 16.2.1 Kooperation mit weiteren an der Betreuung beteiligten Personen und Institutionen
    - 16.2.2 Therapie- und Arbeitsabsprachen (z.B. WfB, Tagesklinik)
    - 16.2.3 Abstimmung mit einer zentralen Person im Sinne des „Case Management“
    - 16.2.4 Koordination pflegerischer, hauswirtschaftlicher, therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen
    - 16.2.5 Koordination bei Wechsel der Versorgungsform



### **9.2.3 Positionspapier der „Niedersächsischen Arbeitsgruppe Ambulante Psychiatrische Pflege“ für Übergangsregelungen bei Einzelfallentscheidungen für die Zulassung neuer Pflegeanbieter und zur personellen Ergänzung bestehender Dienste**

Seit dem 01.07.2005 ist die ambulante psychiatrische Pflege als Regelleistung in die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur häuslichen Pflege aufgenommen. In Niedersachsen haben die Krankenkassen mit verschiedenen Anbietern Verträge über die Erbringung dieser Leistung abgeschlossen (Vertrag gemäß § 132a Abs.2 SGB V für die Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst). Dennoch ist eine flächendeckende Versorgung mit ambulanter psychiatrischer Pflege bis heute nicht gegeben.

Es ist erklärtes Anliegen der Arbeitsgruppe in Niedersachsen eine flächendeckende Versorgung zu erreichen. Ein wesentliches Hemmnis auf dem Weg dorthin sind verschiedene Bedingungen (z.B.: Qualifikation, Anzahl der Mitarbeiter, eigenständiger Pflegedienst) der Leistungsverträge, die ein potentieller Anbieter für einen Vertragsabschluss vorweisen muss.

Neuen Anbietern wird es dadurch erschwert einen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst unter wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen aufzubauen. Auch bestehende Dienste sind in ihrer Entwicklung gehemmt, weil es schwierig ist, Mitarbeiter mit der geforderten Qualifikation in ausreichender Anzahl zu gewinnen.

Aktuell wird dieses Problem durch den Mangel an examinieren Pflegekräften verschärft. Die „Niedersächsische Arbeitsgruppe Ambulante Psychiatrische Pflege“ (NAAPPF) schlägt deshalb Maßnahmen vor, die den Weg zur flächendeckenden Versorgung ebnen helfen. Ausdrücklich bekennt sich die NAAPPF zu einer qualitätsgesicherten ambulanten psychiatrischen Pflege, die spezielle Qualifikationen von den Mitarbeitern fordert.

#### **Maßgaben für Übergangsregelungen bei Einzelfallentscheidungen für die Zulassung neuer Pflegeanbieter und zur personellen Ergänzung bestehender Dienste**

Übergangsregelungen für Neuanbieter Häuslicher Psychiatrischer Fachkrankenpflege über einen Zeitraum von 2 Jahren

- Verantwortliche Pflegefachkraft mit staatlicher Anerkennung Psychiatrie, aber ohne PDL Qualifikation von 460 Std (§16)
- Personelle Mindestbesetzung (§§ 16-18): 3 statt 5 Mitarbeiter, Stundenanzahl 90 statt 115,5
- Einsatz von Mitarbeitern mit 3 jähriger Berufserfahrung im psychiatrischen Bereich, 200 Std. Weiterbildung sind innerhalb eines Jahres nachzuweisen. Übergangsregelungen für bestehende Dienste zur personellen Ergänzung
- Einsatz von Pflegekräften ohne psychiatrische Zusatzqualifikation, die innerhalb eines Jahres die 200 Std. WB nachholen (§ 18, Abs.1)

Brigitte Harnau  
Sprecherin der NAAPPF  
Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen

am 28.03.2011



## 9.2.4 EQ-5D Fragebogen

Bitte kreuzen Sie in jeder Gruppe das **eine** Kästchen an, das **am besten** auf Sie zutrifft.

### A Beweglichkeit/Mobilität:

Ich habe keine Probleme herumzugehen.....

Ich habe einige Probleme herumzugehen.....

Ich bin ans Bett gebunden.....

### B Für sich selbst sorgen:

Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.....

Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.....

Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.....

### C Allgemeine Tätigkeiten: (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.....

Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.....

Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.....

### D Schmerzen/Körperliche Beschwerden:

Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.....

Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.....

Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.....

### E Angst/Niedergeschlagenheit:

Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.....

Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert.....

Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.....



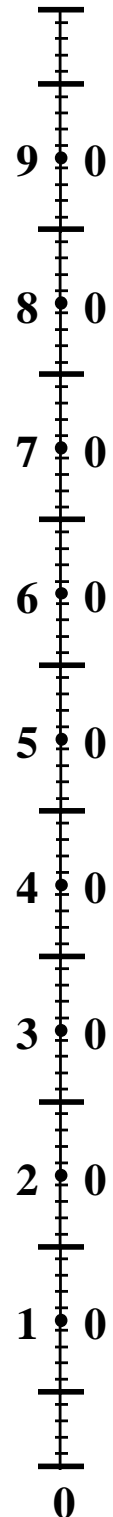
Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der bestdenkbare Gesundheitszustand ist mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

**Ihr heutiger  
Gesundheitszustand**

**Best  
denkbarer  
Gesundheitszustand**

100



**Schlechtest  
denkbarer  
Gesundheitszustand**



### 9.3 Intern und Kooperationspartner

#### 9.3.1 Schnittstellenpapier zur Unterscheidung der Leistungen ambulanter psychiatrischer Pflege, Soziotherapie, Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung (mit SGB XI, Stand März 2010)

Zur Unterscheidung der Leistungen ambulanter psychiatrischer Pflege, Soziotherapie, Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung				
	1. Amb. psych. Krankenpflege	2. Soziotherapie	3. Eingliederungshilfe (Betreutes Wohnen)	4. Pflegeversicherung
<b>Rechtsgrundlage:</b>	SGB V: § 37/1, § 37/2, ggf. § 140 SGB V	SGB V: § 37a	SGB XII: §§ 53/54, i.V. mit § 55 SGB IX	SGB XI, incl. 45 a-d
<b>Personenkreis:</b>	Versicherte der GKV	Versicherte der GKV	Alle Menschen (einkommensabhängig)	Versicherte der GPV
<b>Indikation:</b>	Menschen m. spezifischen psychiatrischen Diagnosen (s. Anhang)	Schizophrener Formenkreis, affektive Störungen mit wahnhaften Symptomen	Wesentlich Behinderte, von wesentlicher Behinderung Bedrohte	Menschen mit erheblichen und dauerhaften Störungen/mit erhöhtem Betreuungsbedarf bei Einschränkung der Alltagskompetenz
<b>Ziel:</b>	Krankenhausvermeidung/Verkürzung, Unterstützung der ärztlichen Therapie	Selbständige Inanspruchnahme ärztl. bzw. ärztl. Verordneter Leistungen zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten	Hilfestellung für ein selbständiges, eigenverantwortliches u. unabhängig von der Hilfe anderer gestaltetes Leben	Selbstbestimmter, lebenswerter Verbleib im häuslichen Bereich, Heimverzögerung/vermeidung
<b>Voraussetzungen:</b>	Ärztl. Behandlungsplan/Verordnung	Ärztl. Behandlungsplan/Soziotherapeutischer Behandlungsplan	Hilfeplan, erstellt durch die Hilfeplankonferenz	Feststellung der Pflege-/Betreuungsbedürftigkeit durch den MDK
<b>Unterschiede:</b>	Maßnahme d. häuslichen psychiatr. Krankenpflege, spezifische Behandlungspflege, an die ärztliche Behandlung gekoppelte Maßnahme	Maßnahme i. Rahmen der Krankenbehandlung Krankheit steht i. Vordergrund, an die ärztl. Behandlung gekoppelte Maßnahme	Maßnahme i. Rahmen der Eingliederungshilfe, Beeinträchtigung in den Lebensfeldern durch Behinderung oder von wesentlicher Behinderung bedroht	dauerhafte häusliche Pflegemaßnahmen bei Einschränkung der Alltagskompetenz;
<b>Hilfen zur:</b>	Erarbeiten von Pflegeakzeptanz, Durchführungen von Maßnahmen zur Krisenbewältigung, Entwicklung, kompensatorischer Hilfen	Vermeidung von Verschlimmerung u. Teilhabe am sozialen Leben	Selbstversorgung, Tagesstrukturierung Sozialpsychiatrische Grundversorgung (§ 55 SGB IX) Teilnahme am öffentlichen Leben, Arbeit, Ausbildung und Sozialkontakte	Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (Motivation, Anleitung, Teil- und vollständige Übernahme), ggf. Wohnumfeldverbesserung, Pflegehilfsmittel, Aufbau von Sozialkontakten, stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger Ersatz-, Tages-, Kurzzeit-, vollstationäre Pflege





### 9.3.2 AGZ Standards

#### Erprobte Standards des Ambulanten Gerontopsychiatrischen Zentrums Linden in Kooperation mit dem CARITAS FORUM DEMENZ als Handlungsgrundlage vor Ort

#### Kooperationsstandard

##### Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)/Facharzt Psychiatrie

- Erstkontakt: Hausbesuch durch Pflegedienst oder Facharzt/über Praxis
- Ggf. gemeinsamer Hausbesuch mit anschließender Behandlungs- und Pflegeplanung
- Bei Bedarf „barrierefreie“ telefonische Rücksprache („rotes Telefon“)
- Monatliche Dienstbesprechung:
- Abgleich von Behandlungs- und Pflegeprozess
- Fallkonferenz: zweimal im Quartal nach Standard
- Bei Bedarf Helferkonferenz

##### Psychiatrische Klinik/Ambulante Psychiatrische Pflege

- Klinikentlassung eine Woche vorher ankündigen
- Erstkontakt/Überleitungskontakt in der Klinik
- Informationsaustausch mit der Bezugspflegerkraft
- Teilnahme an der multiprofessionellen Visite
- Schriftliche Informationen über Medikation, Teilnahme an Aktivitäten, Verlaufsprozess, Nachsorgeempfehlung
- Teilnahme am Qualitätszirkel der APP

##### Klinik der Allgemeinversorgung/Ambulante Psychiatrische Pflege

- Klärung der Zukunftsperspektive mit Patienten, Angehörigen, Krankenhaussozialdienst, Pflegepersonal, Stationsarzt, Haus- und Facharzt, APP
- Gestaltung eines angemessenen Hilfenetzes bei Verbleib in der eigenen Häuslichkeit oder:
- Auswahl einer anderen geeigneten Wohnform
- Teilnahme von Klinikmitarbeitern am Qualitätszirkel der APP

##### Sozialpsychiatrischer Dienst/Ambulante (Geronto-)Psychiatrische Pflege

- Vermittlung von Patienten, die im Alter psychisch erkrankt sind
- Notfalleinsätze in Krisensituationen, ggf. Zwangseinweisungen
- Versorgung alt gewordener psychisch Kranker in der APP, ggf. gemeinsame Hausbesuche und Fallbesprechungen
- SpDi: Teilnahme am Qualitätszirkel der APP
- APP: Teilnahme an der Sektorarbeitsgemeinschaft des SpV



### Fallkonferenz - Raster

- Daten zur Person: Geburtsdatum, Wohnort, Zuweisungsmodus etc.
- Medikamentöse Therapie
- Aktuelle Problematik mit Fragestellung
- Kurzbiographie
- Darstellung des sozialen Umfeldes – Hilfenetzgestaltung
- Wesentliche Informationen zur Vorgehensweise vom Erstkontakt bis heute
- Persönlicher Eindruck
- Rückmeldungen, Ideen/Anregungen aus den verschiedenen Arbeitsbereichen zur weiteren Vorgehensweise
- Festlegung der Handlungsstrategie mit zeitlicher Überprüfung

### Standard - Helferkonferenz

Klärung der Zukunftsperspektive (ambulant, teilstationär, stationär) unter den verschiedenen Blickwinkeln der an der Versorgung beteiligten Personen: Angehörige, gesetzliche Betreuer, Pflegedienste (ggf. Ambulantes Gerontopsychiatrisches Zentrum = AGZ), Nachbarn, Haus-/Facharzt, psychosoziale Dienste, ehrenamtlicher Besuchsdienst etc.

Ausräumen von Missverständnissen/Schuldzuweisungen unter den Beteiligten, Festschreiben eindeutiger Absprachen

Vereinbarung gezielter Versorgungsaufträge unter Nutzung der jeweiligen Kompetenzen, Klärung der Schnittstellenproblematik zur Vermeidung von Doppeltätigkeiten

Ablauf und Zeitraster:

- Zeitumfang: 1:30 Std.
- Konferenzleitung: AGZ/APP
- Ablauf:

Problemvorstellung unter Angabe des bisherigen Verlaufs bezüglich Krankheitsgeschehen und bisherige Hilfenetzgestaltung durch o. g. Mitarbeiterinnen, Problembereiche auflisten und Lösungsvorschläge erarbeiten, Verbindliche Aufgabenstellung für die Teilnehmer, die im Protokoll festgeschrieben werden (Protokollführung AGZ/APP MA)

Wirksamkeitskontrolle der vereinbarten Maßnahmen in einem festgelegten Zeitrahmen telefonisch/ggf. durch erneute Konferenz

### Gerontopsychiatrischer Qualitätszirkel als kleinräumiges Vernetzungsinstrument

#### **Ziele:**

- Verbesserung der Zusammenarbeit
- Transparenz der Struktur und Qualität der Versorgungsangebote
- Qualitätssicherung bei der Überleitung
- Optimierung der Versorgungssituation durch Bündeln von Ressourcen
- Schließen von Versorgungslücken durch
- Initiieren neuer Hilfsangebote
- Intensivierung der patientenbezogenen Kommunikation und Versorgungskontinuität
- Fachlicher Austausch und kollegiale Supervision

**Zielgruppe:**

- MitarbeiterInnen verschiedener Berufsgruppen aus dem ambulanten, teilstationären, stationären Diensten und Institutionen des Versorgungsgebiets
- Haus- und Fachärzte
- Amtsrichter und gesetzliche Betreuer
- Angehörigenvertretung
- Ehrenamtliche

**Arbeitsweise und Aufgaben:**

- Informationsbroschüre über Hilfsangebote im Versorgungsgebiet erstellen
- Entwicklung von Überleitungsrastern
- Fallkonferenzen – als personenzentrierter Hilfeansatz
- Gemeinsame Versorgungsplanung – Aufzeigen von Defiziten und Ressourcen
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit

**Zeitraumen und Teilnehmerfunktion:**

- Vierteljährlich
- Mittwoch nachmittags (Ärztepräsenz)
- Zwei Stunden
- Zahlenmäßige Begrenzung der Teilnehmer
- Als Multiplikator im jeweiligen Arbeitsbereich
- Arbeitsfähiger Rahmen
- Konkrete Ergebnisse

Brigitte Harnau 06.2007/07.2011



### 9.3.3 Psychiatrische Symptombeobachtung - eine Sammlung

Eine Sammlung :

Stimmungs- und Antriebslage  
Gefühlsstörung/Gefühllosigkeit  
Ruhe-/Schlafverhalten, Unruhezustände  
Wahnvorstellungen, Halluzinationen (optisch, akustisch, olfaktorisch, gustatorisch)  
Konzentration, formales und inhaltliches Denken  
Orientierung und Wahrnehmung  
Kontakt-/und Beziehungsgestaltung  
Ängste/Panikattacken  
Zwangsvorstellungen und /-handlungen  
Überhöhungs-/Entwertungsvorstellungen

Mimik, Gestik und Motorik  
Sprachverhalten (z.B. Einsilbigkeit, Logorrhoe) und stimmlicher Ausdruck  
vegetative Begleitsymptome (schwitzen, frieren, zittern etc.)  
Übermäßige Körperbezogenheit/Hypochondrisches Verhalten

Substanzgebundenes/nicht substanzgebundenes Suchtverhalten (z.B.: Alkohol, Medikamente, Spiel, Arbeit, Kauf)  
Ess-/Brech-/Magersucht  
Nikotin- und Koffeinmissbrauch

Eigen- und Fremdgefährdung

Regressives Verhalten (Rückzug ins Bett, infantile Versorgungsansprüche)  
Aggressives Verhalten(ggf. mit Bedrohungsszenarien)  
Sexuelle Entgleisungen und Übergriffe

Verwahrlosungstendenzen/übersteigertes Ordnungsprinzip (Beobachtung des Wohnumfeldes, z.B. Inspektion des Bads und des Kühlschranks)



### 9.3.4 Sicherstellung und Koordination einer medikamentösen Behandlung

#### Sicherstellung und Koordination einer medikamentösen Behandlung durch die APP

Die ambulante psychiatrische Fachpflege muss im Feld der medikamentösen Behandlung ähnlich der Fachpflege im stationär/klinischen Bereich eine vertiefte Kenntnis und Praxiserfahrung über Indikation, Wirkungs- und Nebenwirkungsspektren und gängige Interaktionsrisiken besitzen.

Hierzu zählt ebenso die Kenntnis von Wirkstoffen und Darreichungsformen. Basis der Beurteilung der Wirksamkeit eines Medikamentes im Alltag der Patienten sind die Kenntnis der Kriterien, mit denen ein Therapieerfolg gemessen werden kann.

Dazu zählen die Symptomreduzierung und mit den Patienten vereinbarte, sonstige, Therapieziele. Die APP ist in diesem Sinne Ansprechpartner für die Patienten zu Fragen der medikamentösen Behandlung und insbesondere zu Fragen, wie eine solche Behandlung langfristig durchzuführen ist. Die APP hat Kenntnisse über die unterschiedlichen Stadien der medikamentösen Behandlung, insbesondere über die Stadien der Akutbehandlung, der symptomreduzierenden und der rezidivprophylaktischen Medikation. Es muss eine ausreichende klinische Erfahrung in der Beurteilung von Nebenwirkungen spezifischer Medikamente vorliegen. Hierzu zählt auch die Kenntnis gängiger Interaktionsprobleme von Medikamenten.

Es besteht für die APP eine Dokumentationspflicht für die Beobachtung der Medikationswirkungen. Die APP muss entscheidungsfähig sein, wann eine Besprechung mit dem FA im ambulanten Behandlungsteam im Hinblick auf Wirkung und Nebenwirkung der medikamentösen Behandlung notwendig ist.

APP entscheidet keine Therapiestrategien, hilft jedoch durch Information der Patienten über seine Medikamente, Therapieentscheidungen sicherzustellen. Ein Beispiel für ein kontinuierlich durchzuführendes Screening von Medikamentennebenwirkungen ist die Beobachtung des Körpergewichtes oder die Registrierung von extrapyramidalen motorischen Nebenwirkungen. In dieser Frage ist eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem FA im ambulanten Behandlungsteam sowie dem Hausarzt notwendig, z.B. zur Sicherstellung von EKG- und Laborkontrollen.

Für eine Reihe von psychischen Erkrankungen ist die Durchführung einer pharmakologischen Langzeittherapie essentiell. APP hilft, diesen Behandlungsansatz in einen ganzheitlichen Therapieansatz zu integrieren und unterstützt die Durchführung der Behandlung durch psychoedukative Begleitung und Förderung der notwendigen Adherence der Patienten.

### 9.3.5 Konzept zur Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege - Kurzfassung

## Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege - Kurzfassung -

---

Ingo Tschinke<sup>1</sup>  
Jeanett Radisch<sup>2</sup>  
Steffi Giersberg<sup>2</sup>  
Alfred Karsten<sup>4</sup>  
Frauke Trombach<sup>5</sup>  
Vera Kropp<sup>6</sup>  
Christian Koch<sup>2</sup>  
Brigitte Harnau<sup>3</sup>  
Kirsten Kopke<sup>2</sup>

<sup>1</sup>TAPP - Ambulante Psychiatrische Pflege GmbH, Celle; <sup>2</sup>Leuphana Universität Lüneburg, Lüneburg; <sup>3</sup>Landessprecherin der NAAPPF, Hannover; <sup>4</sup>APP Hemmoor, Hemmoor; <sup>5</sup>AZH Ambulantes Zentrum, Hildesheim; <sup>6</sup>Freie Soziale Dienste Friesland, Varel



©2012



## Abstract

Bei der Überprüfung und Reflexion der ambulanten psychiatrischen Pflege zeigten sich vielfältige Unterschiede in der Umsetzung von ambulanter psychiatrischer Bezugspflege. Ziel des hier beschriebenen Forschungsvorhabens war es, einen einheitlichen professionellen Bezugsrahmen zur Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege zu entwickeln. Unter der Federführung des Kompetenztandems „Vernetzte Versorgung psychisch erkrankter Menschen“ der Leuphana Universität Lüneburg und in Zusammenarbeit mit Vertretern der ambulanten psychiatrischen Pflegedienste sowie der Vertreterin des Bereichs Pflege der Niedersächsischen Arbeitsgruppe zur ambulanten psychiatrischen Pflege des Landesfachbeirates Psychiatrie (NAAPPF) wurde im Jahr 2011 eine Delphi-Studie durchgeführt.

Die zentrale Forschungsfrage hierbei war: „Was wird unter einem Bezugspflegesystem in der ambulanten psychiatrischen Versorgung verstanden, wie ist es umzusetzen und zu evaluieren?“ An der Befragung nahmen Vertreter der in Niedersachsen zugelassenen psychiatrischen Pflegedienste teil. Zur Diskussion standen verschiedene Thesen zur konzeptuellen Definition und zu Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien der Bezugspflege. Einem großen Teil der zu diskutierenden Thesen wurde zugestimmt. Daher war es möglich eine deutliche Eingrenzung und Präzisierung des Konzeptes Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege vorzunehmen. Insbesondere auf der operationalen Ebene konnten klare und präzise Definitionen identifiziert werden.

Das entstandene Konzept zur Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege in Niedersachsen erlaubt eine klare Abgrenzung zu dem bereits existierenden stationären Konzept von Abderhalden/Needham (1999). Die Implementierung des hier vorliegenden Konzeptes als übergreifender Standard innerhalb der ambulanten psychiatrischen Pflege sollte angestrebt werden. Zudem liegt mit diesem Konzept neben der nun vorhandenen Grundlage für weiterführende Qualitätsentwicklungen auch Grundlagenmaterial für den Ausbildungs- und Fortbildungsbereich vor.



## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>59</b>
<b>2</b>	<b>Herangehensweise bei der Konzepterstellung .....</b>	<b>60</b>
<b>3</b>	<b>Ergebnisse der Delphi-Befragung .....</b>	<b>61</b>
3.1	Konzeptuelle Ebene.....	61
3.2	Operationelle Ebene.....	61
3.2.1	Strukturkriterien.....	61
3.2.2	Prozesskriterien.....	63
3.2.3	Ergebniskriterien.....	65
<b>4</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>67</b>
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>68</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>68</b>





## 1 Einleitung

Ambulante psychiatrische Pflege entwickelte sich aus dem Kontext der Krankenhausbehandlung heraus. Durch ihre Arbeit sollen psychisch erkrankten Menschen ambulante Komplexleistungen zuteilwerden, so dass Krankenhaus-einweisungen vermieden (nach §37 Abs. 1, Krankenhaus-vermeidungspflege) und die ärztlich festgeschriebenen Behandlungen (nach §37 Abs. 2) durchgeführt werden können. Entscheidend für den Erfolg der Arbeit der psychiatrischen Pflegekraft ist eine gelungene Beziehungsaufnahme. Dies gilt vor allem in der Arbeit mit Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht nur an Störungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung leiden, sondern auch den Umgang mit ihren Gefühlen nicht adäquat darlegen und ihre Wünsche nicht verständlich äußern können. Daher bekommen z.B. Begrifflichkeiten wie Bezugspflege bzw. „Primary Nursing“ eine zentrale Bedeutung als Organisationsform in der Arbeit der psychiatrischen Krankenpflege.

Der Aufbau einer Beziehung ist daher die Basis für die Arbeit der Bezugspflegekräfte und wird darin begründet, dass psychiatrische Patienten<sup>8</sup> Beziehungsstörungen oder -konflikte aufweisen (Fischer 1996). Holnburger (1998, S. 15f) versteht „unter Bezugspflege [...] im Allgemeinen ein Pflegesystem, das auf der Basis einer tragfähigen Beziehung zwischen Patienten und Pflegendem aufbaut, um dem Patienten eine verlässliche, vertrauensvolle Plattform für seine Entwicklungen zu bieten“. Die Umsetzung dieser Beziehungsarbeit ist ein wichtiges Diskussionsthema – v.a. im deutschsprachigen Raum. – Bereits seit Beginn der 1990er Jahre wird das Themenfeld der Umsetzung der Beziehungsarbeit und der Bezugspflege in der stationären Psychiatrie diskutiert (Abderhalden/Needham 1999, Kistner 2002). Durch die Formulierung eines Bezugspflegekonzeptes für die stationäre psychiatrische Pflege in der deutschsprachigen Schweiz (Abderhalden/Needham 1999) und damit verbundenen Empfehlungen zur Terminologie und zu Qualitätsnormen (Needham/Abderhalden 2000), konnte ein hoher Durchdringungs-grad bezüglich der Arbeit der Bezugspflege in sämtlichen deutschsprachigen Ländern erreicht werden. Dies zeigen zahlreiche Publikationen (z.B. Fuchs 2006; Tschinke 2006, Nowka-Zincke et al. 2009).

Die Empfehlungen des Bezugspflegekonzeptes von Abderhalden/Needham sind allerdings am stationären Bereich ausgerichtet. Die ambulante psychiatrische Pflege stand hierbei nicht im Fokus. Daher eröffnen sich bei der Umsetzung der Bezugspflege im ambulanten Setting Fragestellungen bei denen die Empfehlungen zum stationären Bereich zu kurz greifen bzw. sich als nicht zutreffend erweisen. Zudem wurde im Rahmen der Auseinandersetzung zur Umsetzung ambulanter psychiatrischer Pflege zunehmend deutlich, dass bisher keine einheitliche Definition zum Bezugspflegesystem in der ambulanten psychiatrischen Versorgung existiert. Mit den im Folgenden beschriebenen Definitionen und Empfehlungen zur Umsetzung ambulanter psychiatrischer Pflege soll der Grundstein für eine möglichst einheitliche pflegerische Ausrichtung im Rahmen der ambulanten Versorgung gelegt sowie ein einheitliches Qualitätsniveau gesichert werden.

Dass heißt, die vorliegenden Empfehlungen und Qualitätsnormen

- sollen der Klärung und Vereinheitlichung von Terminologie und Begriffsverständnis in der ambulanten psychiatrischen Pflege dienen.
  
- sollen als Orientierung oder Grundlage für die Formulierung und Umsetzung von Konzepten, Standards und Kriterien für die ambulante psychiatrische Pflege in Niedersachsen dienen und können darüber hinaus der ambulanten psychiatrischen Pflege bundesweit Hinweise für Konzepte unter anderen Vertragsbedingungen geben.

---

<sup>8</sup> Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wurde für allgemeine Personenbezeichnungen die männliche Ausdrucksform gewählt. Sie schließt jedoch gleichermaßen die weibliche Form mit ein. Die Leserinnen und Leser werden hierfür um Verständnis gebeten.



- können als Grundlage für Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -prüfung verwendet werden.
- bilden die Basis für die Entwicklung eines einheitlichen Qualitätsmessinstrumentes, welches die Umsetzung der Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege ermöglicht.
- können als Grundlagenmaterial in der Ausbildung und Fortbildung für die ambulante psychiatrische Pflege verwendet werden.

Bei der Anwendung dieser Empfehlungen und Qualitätsnormen ist davon auszugehen, dass in der Praxis nicht jeder Pflegedienst alle Kriterien gänzlich erfüllen kann. Die Qualitätsziele sind in verschiedenen Settings in unterschiedlichem Ausmaß erreichbar. In erster Linie handelt es sich hierbei um Handlungsempfehlungen für die Praxis.

## **2 Herangehensweise bei der Konzepterstellung**

Unter der Federführung des Kompetenztandems „Vernetzte Versorgung psychisch erkrankter Menschen“ der Leuphana Universität Lüneburg wurde eine Delphi-Studie zum Verständnis des ambulanten Bezugspflegekonzeptes durchgeführt. Neben der wissenschaftlichen Leitung (Leuphana Universität) waren am Arbeitsprozess Vertreter der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie eine Vertreterin des Landesfachbeirats Psychiatrie, Bereich Pflege beteiligt. Die Studie fand von März bis Oktober 2011 statt und war in ihrer Konzeption an die Studie von Needham/Abderhalden (1999) angelehnt. Zentrale Forschungsfrage war: „Was wird unter einem Bezugspflegesystem in der ambulanten psychiatrischen Versorgung verstanden, wie ist es umzusetzen und zu evaluieren?“. Der Forschungsrahmen zur Erstellung eines einheitlichen Konzeptes richtete sich nach dem von Donabedian (1988) entwickelten Model von Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien). Für die Konzepterstellung wurde dieses Konzept herangezogen, weil dieses Modell der Konzeptualisierung weit verbreitet und anerkannt ist. Auch besteht so die Möglichkeit, die gewonnenen Ergebnisse unmittelbar in den Pflegealltag umsetzen bzw. implementieren zu können. Methodischer Ausgangspunkt bei der Entwicklung eines einheitlichen Bezugspflegekonzeptes für die ambulante psychiatrische Pflege war ein modifiziertes Delphi-Verfahren. Delphi-Befragungen als Instrument der Meinungserhebung einzusetzen, gilt insbesondere in den Pflegewissenschaften als eine gängige Methode um gezielt Gruppenmeinungen zu erfassen (Häder 2009). Ziel des vorliegenden Konzeptes ist es, den niedersächsischen ambulanten psychiatrischen Pflegediensten analog der stationären Versorgung einen einheitlichen professionellen Bezugsrahmen ihrer Tätigkeit bieten zu können.

Das Delphi-Verfahren wurde in zwei Forschungsphasen durchgeführt. Die erste Forschungsphase hatte das Ziel sich mit dem Thema eingehender auseinanderzusetzen und dadurch eine erste Orientierung bezüglich der zu klärenden Fragestellung zu erhalten. Zur Vorbereitung auf die Delphi-Befragung wurden parallel a) eine Vorabbefragung bei verschiedenen Anbietern ambulanter psychiatrischer Pflege durchgeführt und b) eine Literaturrecherche zum Themenbereich ambulante psychiatrische Pflege vorgenommen. Die zweite Forschungsphase hatte das Ziel die verschiedenen Meinungen der professionell Pflegenden einer quantifizierbaren Bewertung zu unterziehen und die dadurch entstandenen Konsensmeinungen nach und nach zu verdichten bzw. zu spezifizieren (vgl. Kapitel 3.2). Dies erfolgte mithilfe einer dreistufigen Delphi-Befragung.

In der hier vorliegenden Kurzfassung werden folgend nur die Thesen dargelegt, die einen (hohen) Konsens über Zustimmung erhielten und damit von der Mehrheit der Studienteilnehmer eindeutig akzeptiert wurden.



### 3 Ergebnisse der Delphi-Befragung

#### 3.1 Konzeptuelle Ebene

- Bezugspflege ist eine Pflegeorganisationsform.
  - Innerhalb der Bezugspflege trägt die Bezugspflegekraft die pflegerische Verantwortung für den Patienten.
  - Innerhalb der Bezugspflege trägt die fachliche Leitung die fachliche Verantwortung.
- Konzeptuelle Definition*
- Begrifflichkeit: Bezeichnung der Bezugsperson*
- „Bezugspflegekraft“ ist das Synonym für den Ausführenden der Bezugspflege.
- Hauptmerkmale/Prinzipien der Bezugspflege sind ...*
- Kontinuität,
  - Patientenorientierung,
  - Koordination,
  - Reflexion,
  - die direkte Kommunikation z.B. mit dem Facharzt, den Angehörigen und dem sozialen Netzwerk.
  - ist eine stabile (belastbare) Pflegebeziehung.
  - ist eine umfassende pflegerische Verantwortung.
- Grundlagen der Bezugspflege...*
- Grundsätzlich ist der Patient für sich eigenverantwortlich. Die Koordination und Durchführung des Pflegeprozesses obliegt der Verantwortung der Bezugspflegekraft.
  - Ein wichtiger Bestandteil der Bezugspflege ist die Koordination der direkten Patientenversorgung.

#### 3.2 3.2 Operationelle Ebene

##### 3.2.1 Strukturkriterien

- Es ist sinnvoll eine Stellenbeschreibung für die Bezugspflegekraft vorzuhalten.
  - Standardisierte Handlungsempfehlungen zu speziellen pflegerelevanten Themen (z.B. Suizidprävention, Krisenintervention, Aufnahme- und Entlassungsprozess eines Patienten), die hauptsächlich durch die Bezugspflegekraft angewandt werden, sind im Pflegedienst hilfreich.
- Konzept:*
- Qualifikation:* Die Rolle der Bezugspflegekraft kann nicht von Hilfskräften (ohne



dreijährige pflegerische Ausbildung) übernommen werden.

*Organisation der  
Bezugspflege:*

Jeder Patient hat in der Regel eine verantwortliche Bezugspflegekraft.

*Zuteilung:*

- Die Zuteilung der Bezugspflegekräfte auf die Patienten erfolgt durch die fachliche Leitung.
- Kriterien der Zuteilung könnten sein:
  - freie Kapazitäten des Mitarbeiters,
  - Kompetenz des Mitarbeiters,
- Die Information über die Zuteilung als Bezugspflegekraft zu einem Patienten an Dritte wird i.d.R. von der Bezugspflegekraft selbst übernommen.
- ist Beziehungskontinuität ein wichtiger Faktor.
- erhält dieser in der Regel dieselbe Bezugspflegekraft wie in vorheriger Betreuung, solange diese noch Kapazitäten frei hat.
- kann es aus therapeutischen Gründen zu einer Neubenennung der Bezugspflegekraft kommen.

*Bei der Wiederaufnahme  
eines Patienten...*

*Verantwortung für den  
Pflegeprozess und die  
Behandlungsplanung:*

Die Bezugspflegekraft übernimmt die Vermittlung des Behandlungsprozesses in Absprache und Beteiligung mit dem Patienten.

*Vertretungsregelungen:*

- Für die Arbeit im Rahmen der Bezugspflege ist eine klare Vertretungsregelung sinnvoll.
- Es ist die Aufgabe der Bezugspflegekraft, den Patienten über die Vertretung zu informieren.
- Die Bezugspflegekraft delegiert Aufgaben an die Vertretung.
- Die Arbeit der Bezugspflege – bei Urlaub und/oder Krankheit der Bezugspflegekraft – erfolgt durch eine feste Vertretung.

*Patientenwechsel:*

Ein Wechsel der Bezugspflegekraft sollte nur in Ausnahmesituationen erfolgen. Dies sollte umfangreich in einer Supervision oder einem Teamgespräch mit allen Mitgliedern des Teams reflektiert werden. Auch sollte dies einer engen pflegerischen Regulierung der fachlichen Leitung unterliegen.

*Krisenmanagement:*

- Das Krisenmanagement liegt innerhalb der Arbeitszeit der Bezugspflegekraft in deren Verantwortung.
- Außerhalb der Arbeitszeit der Bezugspflegekraft ist das Krisenmanagement durch den rotierenden Bereitschaftsdienst zu übernehmen.
- Der Bezugspflegekraft stehen Supervision und Beratung zur Verfügung.
- Die fachliche Leitung hat die Aufgabe der professionellen Unterstützung der Bezugspflegekraft durch:

*Fachliche Unterstützung:*

- Supervision der Patientenarbeit,



- die Ausbildung und Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter,
- außerdem sollte sie zur Beratung zur Verfügung stehen.

*Evaluation:*

- Die Umsetzung der Pflegevisite als Evaluationsinstrument wird als sinnvoll angesehen (aufsuchend oder Fallakte).
- Die Pflegekraft evaluiert die eigene Bezugspflegearbeit selbst.
- Die Bezugspflegearbeit wird von der fachlichen Leitung evaluiert.
- Die Information über die Zuteilung als Bezugspflegekraft zu einem Patienten an Dritte wird in der Regel von der Bezugspflegekraft selbst übernommen.

*Außenkommunikation:*

- Die Bezugspflegekraft hat die Verantwortung für den Informationsfluss an Dritte und unter anderem auch an den Sozialpsychiatrischen Verbund bezogen auf den Patienten.
- Die Bezugspflegekraft koordiniert alle Termine und Gespräche im Rahmen der Patientenversorgung.

### 3.2.2

#### Prozesskriterien

*Aufnahme des Patienten:*

- Die Bezugspflegekraft führt das Erstgespräch für die Aufnahme des Patienten in die ambulante psychiatrische Pflege durch.
- Die Bezugspflegekraft bestimmt die Behandlungsplanung und Durchführung der Pflegemaßnahmen und stimmt diese mit der fachlichen Leitung ab.

*Umsetzung des Pflegeprozesses und der Behandlungsplanung:*

➤ *Aufgaben der fachlichen Leitung sind...*

- Sofern die fachliche Leitung als Bezugspflegekraft tätig ist:
  - führt sie die pflegerische Informationssammlung (Erstanamnese) durch.
  - formuliert sie die Pflegeressourcen und -probleme bzw. stellt erstmalig eine Pflegediagnose.
  - erstellt sie die erste pflegerische Maßnahmenplanung.
- Die fachliche Leitung führt auf Nachfrage der Bezugspflegekraft zur Erhöhung der Fachkompetenz Beratungs- und Reflexionsgespräche zu speziellen Fragestellungen durch.
- Die Bezugspflegekraft erhält von der fachlichen Leitung nach Bedarf durch Team- oder Einzelsupervisionen einschließlich in der Fallsteuerung von Pflegeprozessen Unterstützung.
- Die fachliche Leitung bündelt und steuert auf der Leitungsebene Anfragen und Aufträge.

➤ *Aufgaben der Bezugspflegekraft sind...*

- Die Bezugspflegekraft führt die pflegerische Informationssammlung (Erstanamnese) durch.
- Die Bezugspflegekraft formuliert die Pflegeressourcen und -probleme



bzw. stellt erstmalig eine Pflegediagnose.

- Die Bezugspflegekraft erstellt die pflegerische Maßnahmenplanung.
- Die Bezugspflegekraft hat die Aufgabe, die vorliegende Pflegeplanung kontinuierlich fortzuführen und diese individuell je nach Bedarf anzupassen.
- Die Bezugspflegekraft setzt die geplanten Pflegemaßnahmen um.
- Die Bezugspflegekraft informiert den Patienten über alle Schritte des Pflegeprozesses (Ressourcen/Problem bzw. Diagnose, Planung, Evaluation/Veränderungen).
- Die Bezugspflegekraft übernimmt die Vermittlung des Behandlungsprozesses in Absprache und Beteiligung mit dem Patienten.
- Die Bezugspflegekraft nimmt den Kontakt zu den Angehörigen bzw. anderen wichtigen Personen des sozialen Umfelds (Freunde, Bekannte etc.) mit Zustimmung des Patienten auf.
- Bei der Planung, Koordination und Durchführung der Angehörigenedukation kann die fachliche Leitung die Bezugspflegekraft gegebenenfalls mit einbeziehen.
- Die Bezugspflegekraft führt Angehörigengespräche und Angehörigenedukation durch.
- Die fachliche Leitung führt nach Bedarf Angehörigengespräche durch.

*Einbezug von Angehörigen:  
(in Absprache mit dem Patienten, wenn dieser zustimmungsfähig ist)*

*Dokumentation:*

- Die Bezugspflegekraft ist für die gesamte Verlaufsdokumentation bzgl. ihres Patienten verantwortlich

*Koordination des mit dem Facharzt erstellten Behandlungsplan:*

- Die Bezugspflegekraft koordiniert den vom Facharzt erstellten Behandlungsplan (z.B. hinsichtlich der Medikamenteneinnahmen, Kontakt zu anderen Versorgungsformen).
- Die Bezugspflegekraft nimmt in regelmäßigen festgelegten Zeitabständen an gemeinsamen Fallkonferenzen mit dem Facharzt teil.
- Die Bezugspflegekraft hält den ständigen Kontakt zum Facharzt.

*Psychoedukative Maßnahmen:*

- Die Bezugspflegekraft führt psychoedukative Maßnahmen mit dem Patienten durch.

*Evaluation:*

- Die Bezugspflegekraft ist für die Evaluation des Pflegeplans verantwortlich.
- Die Bezugspflegekraft hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zu anderen sozialen Diensten/ Behörden/ Einrichtungen/Ämtern.

*Kommunikation / Informationsfluss:*

- Die Bezugspflegekraft hält den ständigen Kontakt zum Hausarzt, zum psychosozialen Netzwerk und zu den beteiligten somatischen Pflegediensten.
- Die Bezugspflegekraft hält im Rahmen der IV während eines



Krankenhausaufenthaltes oder einer Reha- und Wiedereingliederungsmaßnahme den regelmäßigen Kontakt zum Patienten.

Beendigung der pflegerischen Versorgung:

- Die Bezugspflegekraft führt zur Ausleitung aus der APP (Beendigung der pflegerischen Versorgung) mit dem Patienten ein Abschlussgespräch.
- Bei Bedarf nimmt die Bezugspflegekraft zur Ausleitung aus der ambulanten psychiatrischen Pflege den Kontakt zum sozialpsychiatrischen Verbund auf.
- Die Bezugspflegekraft nimmt in Absprache mit dem Patienten Kontakt zu den Angehörigen bzw. anderen wichtigen Personen des sozialen Umfelds (Freunde, Bekannte etc.) auf.

### 3.2.3 Ergebniskriterien

*Nutzen für den Patienten:*

- Durch die Bezugspflegekraft erlebt der Patient einen verlässlichen Behandlungspartner in einer vertrauensvollen Beziehung.
- Im Rahmen der Bezugspflege wird dem Patienten eine Kontinuität in der Behandlung garantiert.
- Durch die Arbeit der Bezugspflegekraft
  - wird der Patient aktiv an der Behandlung beteiligt.
  - wird dem Patienten Sicherheit vermittelt und es wird somit möglich sich Veränderungsprozessen zu stellen.
  - wird eine Rückführung in Selbständigkeit der Lebensgestaltung des Patienten ermöglicht.
  - wird eine verbesserte Pflegequalität wahrgenommen.
  - erlebt der Patient eine Hilfe in seiner Lebenswirklichkeit.
- Durch die Arbeit in einem Bezugspflegesystem bleibt die Anzahl der Personen im Rahmen der Versorgung für den Patienten überschaubar.
- Die Arbeit der Bezugspflegekraft
  - bildet die Grundlage für eine gemeinsame Zieldefinition des pflegerischen Auftrags zwischen Patient und der ihn betreuenden Person.
  - führt zu einer erhöhten Compliance des Patienten in der Versorgung.

*Nutzen für die Angehörigen*

Durch die Arbeit der Bezugspflegekraft ...

- wird die Beteiligung des Angehörigen am Versorgungsprozess verbessert.
- wird der eigene Umgang des Angehörigen mit dem Patienten



verbessert.

- können Angehörige neu motiviert werden, bei der Versorgung mitzuwirken.
- entwickeln Angehörige neues Vertrauen in die Behandlung.
- können Angehörige „gefühlte“ Verantwortung abgeben und fühlen sich dadurch entlastet.
- kann potentiell krankheitsförderndes Handeln von Angehörigen erkannt und bearbeitet werden.
- erleben Angehörige Hilfe in der eigenen Lebenswirklichkeit.
- Im Rahmen der Arbeit als Bezugspflegekraft wird die Wahrnehmung von Verantwortlichkeit für die Belange des Patienten gefördert.
- Durch die Bezugspflege hat die betreuende Pflegekraft ein genaueres Wissen und eine engere Beziehung zum Patienten.
- Die Bezugspflegekraft nimmt den Zusammenhang der eigenen Intervention mit dem Behandlungserfolg wahr.
- Die Bezugspflegekraft erlebt
  - eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit.
  - eine Handlungsautonomie in der direkten Patientenbetreuung.
  - Wertschätzung und Verantwortung innerhalb ihrer Tätigkeit.
  - eine hohe Kontinuität im Arbeitsprozess.
- Die Arbeit in einem Bezugspflegesystem führt durch Förderung der pflegerischen Kompetenz zu einer Kooperation auf Augenhöhe mit dem Fach- und Hausarzt sowie anderen Kooperationspartnern.
- Das Arbeiten im Rahmen der Bezugspflege
  - erhöht die Berufsidentität.
  - die Arbeitszufriedenheit.
- Das Arbeiten als Bezugspflegekraft ermöglicht
  - eine höhere Effektivität des Pflegeprozesses.
  - eine höhere Qualität der Behandlungspflege.
- Die Bezugspflege führt zu weniger Informationsverlust.
- Durch die Organisation von Bezugspflege wird eine Überforderung in der Patientenversorgung vermieden.
  
- Durch die Arbeit in einem Bezugspflegesystem wird dem Netzwerk

*Nutzen für die Bezugspflegekraft:*

*Nutzen auf Seiten des*





*Netzwerkes:*

ein konkreter, kompetenter, verlässlicher Ansprechpartners gewährleistet.

- Die Arbeit in einem Bezugspflegesystem verbessert die berufsübergreifende Zusammenarbeit in der psychosozialen Versorgung.
- Die Bezugspflegekraft fungiert als Lotse im Versorgungsverlauf.
- Die Bezugspflegekraft hat einen Überblick auf alle installierten und möglichen Hilfen.
- Die Bezugspflegekraft koordiniert gemeinsam mit dem Patienten Hilfe und vermeidet damit Über-/Unterversorgung sowie Fehlversorgung.
- Die Arbeit in einem Bezugspflegesystem ermöglicht eine Transparenz innerhalb des bestehenden Versorgungsnetzwerks.
- Die Arbeit in einem Bezugspflegesystem ermöglicht eine gegenseitige Unterstützung in Überschneidungsbereichen der unterschiedlichen Versorgungsleistungen.
- Die Bezugspflegekraft übernimmt die Vermittlung des Behandlungsprozesses in Absprache und Beteiligung mit dem Patienten.

#### **4 Zusammenfassung**

Ausgangspunkt dieser Studie war das Anliegen, einen Bezugsrahmen für die ambulante psychiatrische Pflege zu entwickeln und damit eine einheitliche Empfehlung zur Umsetzung der Bezugspflege im ambulanten Bereich zu definieren.

Die hier systematisch gewonnenen Erkenntnisse über konzeptionelle und operationelle Definitionen der Bezugspflege weisen darauf hin, dass der durch Abderhalden/Needham (1999) verbreitete stationäre Standard der Bezugspersonenpflege als Pflegeorganisationsform sich auf den ambulanten Bereich nur punktuell adaptieren lässt. Ein primärer Unterschied bspw. in der unterschiedlichen Zielsetzung der ambulanten und stationären Bezugspflege ist deutlich zu erkennen. Die ambulante psychiatrische Pflege hat das Ziel Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und die ärztliche Behandlung (nach § 37 SGB V) zu sichern, wodurch die ambulante psychiatrische Pflege eine wichtige Säule in der psychiatrischen Gesamtbehandlung darstellt.

Bei der Betrachtung der erhobenen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien zeigt sich, dass die Bezugspflegekraft mit dem Patienten sehr autonom in dessen Häuslichkeit gemeinsam mit dem psychosozialen Umfeld zusammenarbeitet. Die Bezugspflegekraft begleitet den Patienten – von der Aufnahme bis zur Beendigung der ambulanten psychiatrischen Pflege – durch das ambulante Versorgungsnetz und stellt ihm bedürfnisgerecht entsprechende Versorgungs- und Hilfsleistungen vor bzw. zur Seite. Um in diesem Kontext adäquat auf die verschiedensten Frage- und Problemstellungen des Patienten reagieren zu können, ist es u.a. notwendig, dass die Bezugspflegekraft über ein breites Wissen über z.B. pflegerische Interventionen verfügt. In der Betreuung des Patienten hat die fachliche Leitung in erster Linie eine unterstützende, supervisierende und beratende Funktion. Sie sollte nur in Ausnahmefällen in das direkte Verhältnis zwischen Patienten und Bezugspflegekraft eingreifen. Neben der direkten Patientenbetreuung sollte die Bezugspflegekraft aber auch die Angehörigen, so der Patient dies wünscht, mit einbeziehen. Parallel hierzu bedarf die Versorgung psychisch Kranker den Einbezug des psycho-sozialen



Netzwerkes der jeweiligen Gemeinde, was wiederum Kenntnisse über die Hilfelandschaft der Pflegeangebote hinaus, erfordert.

Grundsätzlich bleibt anzumerken, dass während der Erarbeitung des Konzeptes, Lücken deutlich wurden. So besteht z.B. Uneinigkeit bzw. Unklarheit bezüglich der Definitionen „Pflegevisite“ und „Behandlungskonferenzen“. Dies betrifft insbesondere die Implementierung dieser Instrumente, ihren organisationsbezogenen Kontext sowie ihre konkrete Ausgestaltung in der Umsetzung.

## **5 Schlussfolgerung**

Im Rahmen dieser Entwicklungen spielt die ambulante psychiatrische Pflege, insbesondere innerhalb einer patientenorientierten Vernetzung der Versorgung in Niedersachsen, eine immer größer werdende Rolle. Die ambulante psychiatrische Pflege findet im unmittelbaren Bezug zur Lebenswelt und zum sozialen Umfeld der Betroffenen statt – ein umfangreiches Beobachtungsspektrum wird so gewährleistet. In ihrer Arbeit – der Betreuung und Begleitung der Patienten – im häuslichen Umfeld ist die Bezugspflegekraft mit einem vielschichtigen Aufgabenfeld konfrontiert.

Es handelt sich somit um ein komplexer werdendes Berufsfeld, bei welchem es darum geht, ambulanten Versorgungsdefiziten und damit den individuellen Ansprüchen des Patienten gerecht zu werden. Um den Bedarfslagen von schwer zugänglichen Personen, wie z.B. Migranten, entgegen zu kommen, müssen allerdings noch Voraussetzungen geschaffen werden, so dass die ambulante psychiatrische Pflege möglichst flexibel und individuell auf die unterschiedlichen Bedarfslagen und Nutzergruppen reagieren kann. Hier könnten Weiterentwicklungen und Ausdifferenzierungen hinsichtlich der Leistungs- und Angebotsprofile ein erster Schritt sein.

Die durchgeführte Delphi-Studie gibt einen Rahmen für die Ausgestaltung der Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege in Niedersachsen. Diesen Rahmen gilt es in weiteren Arbeiten und Studien durch Richtlinien für die inhaltliche Arbeit zu füllen. Dazu muss auch die Diskussion inwieweit es möglich ist evidenzbasierte Pflegeinterventionen für die verschiedensten komplexen Pflegesituationen zu erstellen, weiter fortgeführt werden. Darüber hinaus soll die Studie einen Beitrag zur Schaffung klarer Strukturen leisten, bzgl. der Transparenz von Abläufen und Prozessen innerhalb der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie einer Zuweisung zu neuen zukunftsweisenden Handlungsfeldern, wie z.B. der Aufgabenübernahme im Rahmen eines Case Managements.

Resümierend kann festgehalten werden, dass Bezugspflege eine wesentliche Grundlage für eine umfassende, fundierte und funktionstüchtige Versorgung sein kann, welche die Möglichkeit bietet, sowohl einzelne Akteure des jeweiligen Versorgungssektors als auch den erkrankten Patienten zu unterstützen. Im Besonderen verhilft es im Kern der Arbeit dem Patienten dazu, ihn zu einem eigenverantwortlichen Handeln zu motivieren und sich aktiv und selbstbewusst in der psychiatrischen Versorgungslandschaft zu bewegen. So kann das vorliegende Konzept als ein Schritt hin zu einem klar definierten Tätigkeits- und Verantwortungsbereich gesehen werden. Zudem liefert es den in der Praxis tätigen Pflegepersonen erste Transparenz, Sicherheit und Handlungsempfehlungen für grundlegende Arbeitsprozesse, die in der ambulanten psychiatrischen Pflege für ein professionelles Handeln täglich von Nöten sind. Des Weiteren erhalten mit dem Konzept sich neu in der Region ansiedelnde Pflegedienste eine Orientierung und praxiserprobte Unterstützung an die Hand.

## **6 Literaturverzeichnis**

*Folgend werden nur Teile der verwendeten Literatur aufgeführt. Eine komplette Liste ist in der Langfassung zu finden.*

Abderhalden, C.; Needham, I. (1999). Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Ergebnisse einer Delphi-Studie. Masters Thesis, Universität Maastricht, Fakultät der Geisteswissenschaften, Fachrichtung Pflegewissenschaft.



Donabedian, A. (1988): The quality of care; How can it be assessed? *JAMA* 260 (12): S. 1743-1748.

Fuchs, A. (2006). Die Einführung von Bezugspflege auf einer psychiatrischen Station und deren Widerspiegelung im Team. *Psych. Pflege Heute*; 12 (1): S. 34 – 41.

Häder, M. (2009): Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Kistner, W. (2002). Der Pflegeprozess in der Psychiatrie: Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege. Elsevier Verlag.

Nowka-Zincke, A.; Schmitz, F.; Einsiedel, R. v. (2009): Klinikweite Implementierung der „Kongruenten Beziehungspflege“ und der „Bezugspflege“ auf pflegewissenschaftlicher Grundlage. *Psych Pflege Heute* 15 (5): S. 233–239.

Schulz M.; Krause P. (2003). Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing – auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. *Psych. Pflege Heute*, 9 (5): S. 242 – 248.

Tschinke, I. (2006). Qualitätsindikatoren psychiatrischer Pflege aus Sicht der Nutzer. *Psych Pflege*, 12 (2): S. 77 – 82.



### 9.3.6 Tabellarische Aufstellung von psychiatrischen Syndromen

	Bewusstsein	Gedächtnis	Orientierung	Wahrnehmung	Denken	Stimmung	Antriebslage	Vorkommen
<b>Manisches Syndrom</b>	klar	erhalten	erhalten	normal	Ideenflucht (Größen-ideen)	Gehoben (heiter)	Erregung	Manie, organische Hirnerkrankungen (z.B. Paralyse), Vergiftungen, Schizophrenie
<b>Depressives Syndrom</b>	klar	erhalten	erhalten	normal	Denk-hemmung, depressive Ideen	Gedrückt	Hemmung	Depression, Schizophrenie, organische Hirnerkrankungen
<b>Angstsyndrom</b>	mitunter getrübt	erhalten	mitunter gestört	illusionäre Verkennungen	Verfolgungs-ideen	ängstlich	Erregung	Depression, Schizophrenie, symptomatische und senile Psychosen
<b>Paranoid-halluzinatrisches Syndrom</b>	klar	erhalten	erhalten	akustische Halluzinationen	Beein- trächtigungs- ideen	misstrauisch, ängstlich, gespannt	oft Erregung	Schizophrenie, organische Hirnerkrankungen, symptomatische und toxische Psychosen
<b>Hyper-kinetisches Syndrom (Erregungszustand)</b>	oft getrübt	oft Erinnerungs- lücken	oft gestört	Sinnestäu- schungen	oft gestört, (Zerfahrenheit, Inkohärenz)	gehoben, ängstlich oder zornig	Erregung	Schizophrenie, symptomatische Psychosen, organische Hirnerkrankungen, Vergiftungen
<b>Akinetische Syndrom (Stupor)</b>	klar	erhalten	erhalten	normal	oft gehemmt	gleichgültig, gedrückt oder gespannt	Sperrung	Schizophrenie, Depression, psychogene Haftreaktion, (Haftstupor)
<b>Dämmerzustand</b>	getrübt oder eingeengt	Erinnerungs- lücke	meist gestört	Sinnestäu- schungen	Wahnidee	gespannt, ängstlich, zornig	Erregung	Epilepsie, Hirnverletzungen, pathologischer Rausch,



<b>Delirantes Syndrom</b>	getrübt	Erinnerungs-lücke	meist gestört	optische Halluzinationen	Wahnideen	meist ängstlich	Erregung	psychogene Reaktion Symptomatische Psychosen,
<b>Amentielles Syndrom (Verwirrenheit)</b>	getrübt	Erinnerungs-lücke	meist gestört	Sinnestäuschungen	Inkohärenz, Wahnideen	ratlos	Erregung oder Hemmung	Hirnverletzungen, organische Hirnerkrankungen, Vergiftungen Symptomatische Psychosen, Hirnverletzungen, Hirnerkrankungen, Vergiftungen
<b>Amnestisches Syndrom (Korsakow)</b>	(klar)	Merk-schwäche, Erinnerungs-lücken, Konfabulationen	meist gestört	normal	normal	verschieden	oft Antriebsmangel	Alkoholismus, CO-Vergiftungen, organische Hirnerkrankungen, symptomatische Psychosen

**Tabelle 2-10: Psychiatrische Syndrome (Symptomenkomplexe) – eigene Darstellung (Quelle: alte DAK-Verträge)**



### 9.3.7 Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität (Pöldinger 1982)

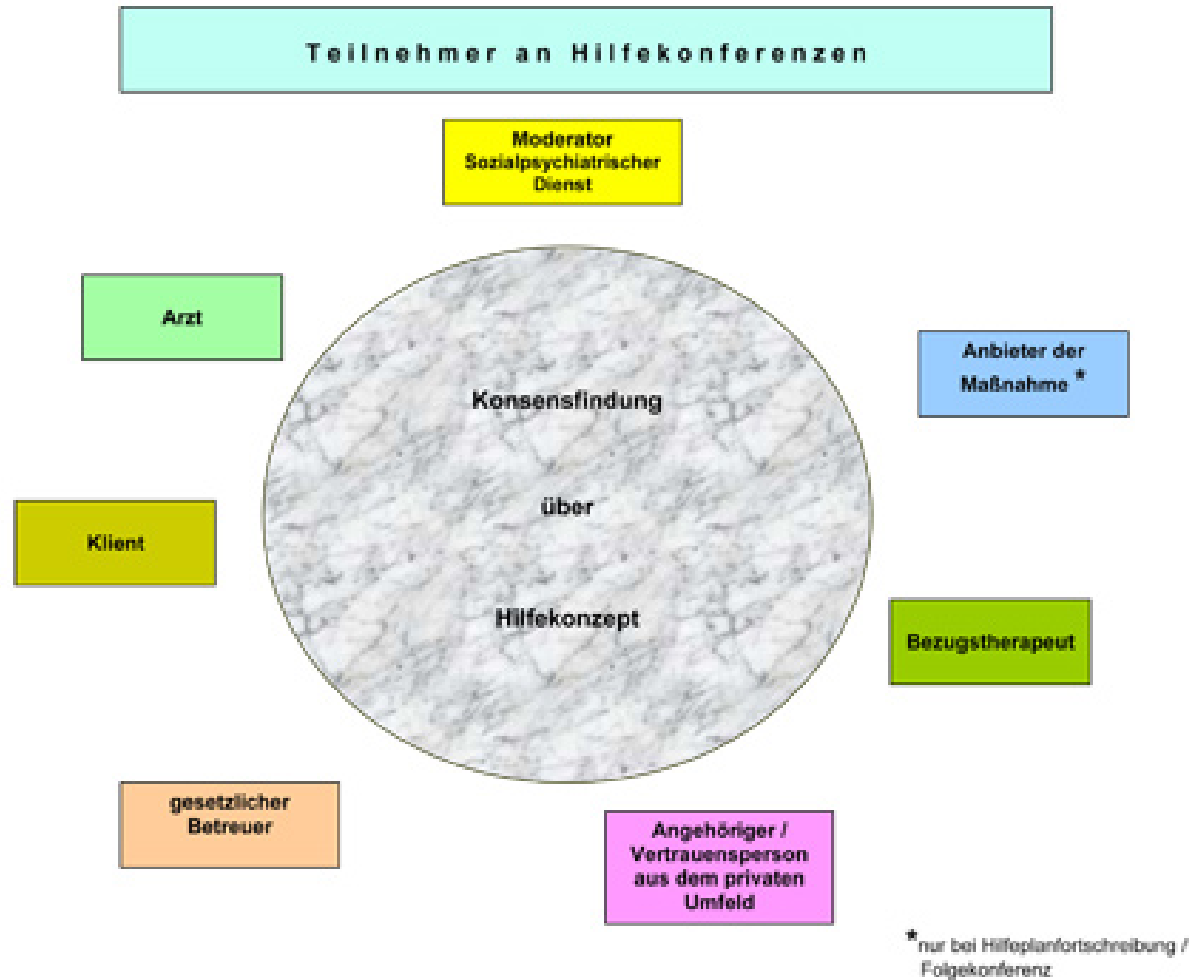
#### Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität (Pöldinger 1982)

Je mehr Fragen im Sinne der angegebenen Antwort beantwortet werden, um so höher muss das Suizidrisiko eingeschätzt werden.

1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?	ja	nein
2. Häufig?	ja	nein
3. Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen?	ja	nein
Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt?	ja	nein
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden?	ja	nein
5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen?	ja	nein
6. Haben Sie schon zu jemandem über Ihre Selbstmordgedanken gesprochen?	ja	nein
7. Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen?	ja	nein
8. Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?	ja	nein
9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?	ja	nein
10. Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken?	ja	nein
11. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakt zu Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden?	ja	nein
	ja	nein
12. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie noch Ihre Hobbies?	ja	nein
13. Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?	ja	nein
14. Wohnen Sie zusammen mit Familienmitgliedern oder Bekannten?	ja	nein
15. Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend?	ja	nein
16. Fühlen Sie sich einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?	ja	nein
Anzahl entsprechend beantworteter Fragen		
Endzahl = max. 16		



### 9.3.8 Teilnehmer an der Hilfekonzferenz SGB XII




Quelle: Hilfekonzferenz Schaubild, online verfügbar unter:  
[http://www.hannover.de/de/gesundheits\\_soziales/beratung/gesundheitsberatung/beratung/sopsychdienst/hilfekonzferenzen.html](http://www.hannover.de/de/gesundheits_soziales/beratung/gesundheitsberatung/beratung/sopsychdienst/hilfekonzferenzen.html), (11.01.2012)



## 9.4 Intern und extern

### 9.4.1 Übersicht etablierte APPs in Niedersachsen mit Landkarte



 Brigitte Harnau, Wolfram Beins





**Übersicht der etablierten Pflegedienste mit Regelverträgen (Solitärverträge) für  
„Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V in Niedersachsen“**

Stand 12.2012

**1. MensSana – Wohnassistenz und Pflege**

Heilpädagogische Hilfe Bersenbrück gGmbH  
Einrichtungsleitung: Helmut Frauenheim  
Gilkamp 10, 49565 Bramsche  
Tel.: 05461/ 99 65-15,  
Fax: 05461/ 99 65-17  
E-Mail: [frauenheim@hph-bsb.de](mailto:frauenheim@hph-bsb.de)  
Versorgungsgebiet: Stadt und Landkreis Osnabrück

**2. Ambulantes Gesundheitszentrum Artland gGmbH**

Ambulante Psychiatrische Pflege  
Pflegedienstleitung: Michael Rolfes  
Schiphorst 2, 49610 Quakenbrück  
Tel.: 05431 /67 46,  
Fax: 05431/ 92066  
E-Mail: [rolfes@ambulantes-gesundheitszentrum-artland.de](mailto:rolfes@ambulantes-gesundheitszentrum-artland.de)  
Versorgungsgebiet: Landkreis Osnabrück, Vechta, Cloppenburg, angrenzend Emsland

**3. Psychosoziale Dienste**

AWO Sozialstation gGmbH  
Delmenhorst Leitung: Birgit Pöschmann  
Lahusenstraße 9, 27749 Delmenhorst  
Tel.: 04221/ 68 99 170,  
Fax: 04221/ 68 99 180  
E-Mail: [psych@awo-delmenhorst.de](mailto:psych@awo-delmenhorst.de)  
Versorgungsgebiet: Delmenhorst, angrenzend Landkreis Oldenburg

**4. prisma - Psychiatrische Krankenpflege,**

Hauskrankenpflege, Soziale Dienste GmbH  
Pflegedienstleitung: Wilfried Jona Kanngießer  
St. Annen Straße 15, 27239 Twistringen  
Tel.: 04243/ 41530441,  
Fax: 04243/ 30449  
E-Mail: [kanngiesser@prisma-pflege.de](mailto:kanngiesser@prisma-pflege.de)  
Versorgungsgebiet: Diepholz

**5. Freie Soziale Dienste Friesland gGmbH**

Geschäftsführer: Walter Langer  
Bereichsleiterin: Vera Kropp  
Mühlenstraße 4, 26316 Varel  
Tel.: 04451/ 91 41 16  
E-Mail: [v.kropp@fsd-friesland.de](mailto:v.kropp@fsd-friesland.de)  
Versorgungsgebiet: Friesland, Wittmund, Wilhelmshaven, angrenzende Gemeinden der Landkreise  
Wesermarsch, Ammerland



- 6. Ambulantes Zentrum Hannover für psychiatrische und ganzheitliche Begleitung GmbH**  
Ungerstraße 4, 30451 Hannover  
Tel.: 0511/ 2 10 43 71  
E-Mail:  
Versorgungsgebiet: Stadt und Umland Region Hannover
- 7. Ambulanter psychiatrischer Pflegedienst der Diakoniestationen Hannover gGmbH**  
Leitung: Güllüzar Kargi  
Sallstr. 57, 30171 Hannover  
Tel.: 0511/ 9 09 27 55  
E-Mail: [g.kargi@dst-hannover.de](mailto:g.kargi@dst-hannover.de)  
Versorgungsgebiet: Stadt und Umland Region Hannover
- 8. Ambulante Psychiatrische Pflege Bethel Birkenhof**  
Ansprechpartner: Sebastian Ryba  
Wernigeroder Weg 26, 30419 Hannover  
Tel.: 0511/ 75 00 98-55  
E-Mail: [Sebastian.Ryba@bethel.de](mailto:Sebastian.Ryba@bethel.de)  
Versorgungsgebiet: Stadtgebiet Hannover – Nord, Region Hannover Umland: Langenhagen, Wunstorf, Garbsen
- 9. Psychiatrischer Fachpflegedienst Roddau**  
Leitung: Peter Roddau  
Hindenburgstr. 25 31832 Springe  
Tel.: 05041/ 97 15 03, Fax: 05041/ 971505  
E-Mail: [psychiatrie@roddau.de](mailto:psychiatrie@roddau.de)  
Versorgungsgebiet: Region Hannover Umland – Hemmingen (Süd), Springe, Pattensen, Wennigsen, Gehrden, Barsinghausen, Hameln mit nördlichem Landkreis, Bad Nenndorf, Stadthagen
- 10. Ambulanter Fachpflegedienst für gerontopsychiatrische Pflege**  
Claudia Grimm  
Erst-Grote-Str.23, 30916 Isernhagen  
Tel.: 0511/ 3 88 04 32  
E-Mail: [info@fachpflegedienst-grimm.de](mailto:info@fachpflegedienst-grimm.de)  
Versorgungsgebiet: Region Hannover Umland – Isernhagen, Burgdorf, Sehnde
- 11. Klinikum Wahrenndorff**  
Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege „Is´ ja pflege“  
Querstraße 45, 30519 Hannover  
Tel.: 0511/ 700 355 11  
E-Mail: [c.klapproth@wahrenndorff.de](mailto:c.klapproth@wahrenndorff.de)  
Versorgungsgebiet: Stadtgebiet Hannover, Region Hannover Umland - Lehrte, Sehnde, Uetze, Laatzen
- 12. Atlantis – Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst**  
Träger: Atlantis Warnicke GmbH  
Leitung: Horst Warnicke  
Harreweg 151 – 155, 26133 Oldenburg  
Tel.: 0441/ 94 91 92 96



E-Mail: [info.atlantis@gmx.de](mailto:info.atlantis@gmx.de)

Versorgungsgebiet: Oldenburg, Landkreise Oldenburg, Ammerland, Wesermarsch, Leer, Emsland; Delmenhorst bis Syke

**13. ZMBR - Zentrum zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter**

Ansprechpartnerin: Sabine Kutscher

Pfauenstraße 4, 26135 Oldenburg

Tel.: 0441/ 36139210

E-Mail: [sabine.kutscher@rehaberbundol.de](mailto:sabine.kutscher@rehaberbundol.de)

Versorgungsgebiet: Oldenburg, Ammerland

**14. Ambulante Psychiatrische Pflege Hemmoor GmbH**

Leitung: Sabine Umland

Bürgermeister-Grube Str. 3, 21745 Hemmoor

Tel. und Fax: 04771/ 88 96 03

E-mail: [info@pflege.ostebogen.de](mailto:info@pflege.ostebogen.de)

Versorgungsgebiet: Cuxhaven, Stade, Nordkreis Rotenburg

**15. Psychiatrischer Fachpflegedienst Caspar & Dase GmbH**

Leitung: Jan Dase

Industriestraße 40, 30900 Wedemark

Tel.: 05130/ 48 18, 0511/ 7635885, Fax: 05130/ 3 68 18

E-Mail: [j.dase@fachpflegedienst.de](mailto:j.dase@fachpflegedienst.de)

Versorgungsgebiet: Wedemark, Langenhagen, Isernhagen, Burgwedel, Neustadt-Ost

**16. Ambulantes Zentrum Hildesheim für psychiatrische und ganzheitliche Begleitung GmbH**

Geschäftsführung: Frauke Trombach

Almsstr. 32, 31134 Hildesheim

Tel.: 05121/ 2 08 17 77

E-mail: [info@ambulantes-zentrum-hildesheim.de](mailto:info@ambulantes-zentrum-hildesheim.de)

Versorgungsgebiet: Hildesheim, Wolfsburg, Hameln, Holzminden

**17. TAPP GmbH – Ambulante psychiatrische Pflege und psychosoziale Hilfen**

Fachliche Leitung und Geschäftsführender Gesellschafter: Ingo Tschinke

Fuchsberg 27, 29225 Celle

Tel.: 05141/ 99 37 578, Fax: 05141/ 99 35 486

E-Mail: [info@tapp-celle.de](mailto:info@tapp-celle.de)

Versorgungsgebiet: Celle, Heidekreis, Harburg, Uelzen

**18. IFAS – Institut für angewandte Sozialfragen gGmbH**

Ambulante Psychiatrische Pflege

Andreas Meyer

Güterbahnhofstraße 11, 37073 Göttingen

Tel.: 0551/ 49978 -11

E-Mail: [andreas.meyer@ifas-goettingen.de](mailto:andreas.meyer@ifas-goettingen.de)

Versorgungsgebiet: Göttingen, Northeim, Osterode



- 19. ambet e.V. – Sozialstation**  
Ambulante Psychiatrische Pflege  
Brigitte Utz  
In den Rosenäckern 11, 38116 Braunschweig  
Tel.: 0531/ 256 57 15, Fax: 0531/ 256 57 12  
E-Mail: [brigitte.utz@ambet.de](mailto:brigitte.utz@ambet.de)  
Versorgungsgebiet: Braunschweig
- 20. FIPS GmbH – Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst**  
Leitung: Frau Wilhelms  
Hagenstraße 12, 31224 Peine  
Tel.: 05171/ 50 89 17, Fax: 05171/ 50 89 20  
E-Mail: [app@fips-ev.de](mailto:app@fips-ev.de)  
Versorgungsgebiet: Peine, Burgdorf, Lehrte
- 21. Diakoniestation Braunschweig – Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst**  
Leitung: Peter Klucken  
Roseliesstr. 1, 38126 Braunschweig  
Tel.: 0531/ 238 66 0, Fax: 0531/ 701 89 850  
E-Mail: [Peter.Klucken@Diakoniestation-Braunschweig.de](mailto:Peter.Klucken@Diakoniestation-Braunschweig.de)  
Versorgungsgebiet: Braunschweig, Salzgitter, Wolfenbüttel, Gifhorn, anteilig Peine, Helmstedt
- 22. Phönix – Fachdienst ambulante Sozialpsychiatrie**  
Helmut Utke, Hanna Wellbrock  
Bahnhofstraße 38, 27711 Osterholz-Scharmbeck  
Tel: 04791/ 9859615, Fax: 0491/ 9859620  
E-Mail: [Phoenix-ohz@web.de](mailto:Phoenix-ohz@web.de)  
Versorgungsgebiet: Osterholz, Cuxhaven, Rotenburg, Verden
- 23. Heilpädagogische Hilfe Osnabrück Wohnen gGmbH – Ambulante Psychiatrische Pflege**  
Ansprechpartner: Richard Kempe  
Sutthausen Straße 56, 49082 Osnabrück  
Tel.: 0541 / 58 06 460, Fax: 0541/ 60 03 309  
E-Mail: [r.kempe@os-hho.de](mailto:r.kempe@os-hho.de)  
Versorgungsgebiet: Stadt und Landkreis Osnabrück
- 24. Diakoniestation Hesel-Jümme-Uplengen gGmbH – Ambulante Psychiatrische Pflege**  
Teamleitung: Gerlinde Meyer  
An der Bahn 7, 26849 Filsum  
Tel: 04956/ 92841-0  
E-Mail: [g.meyer@diakonie-hju.de](mailto:g.meyer@diakonie-hju.de)  
Versorgungsgebiet: Landkreis Leer
- 25. Asklepios Ambulante fachpsychiatrische Pflege**  
Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen  
Tel: 0551/ 402-2244 Fax: 0551/ 402-2992  
E-Mail: [aafp.goettingen@asklepios.com](mailto:aafp.goettingen@asklepios.com)  
Versorgungsgebiet: Göttingen, Northeim, Goslar, Hildesheim, Holzminden



- 26. Galenos UG**  
Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst  
Von-Ossietzky-Str.1, 37085 Göttingen  
Tel: 0551/55308800, Fax: 0551/55308802  
E-Mail: [galenos.app@t-online.de](mailto:galenos.app@t-online.de)  
Versorgungsgebiet: Göttingen
- 27. Ostfriesische Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit gGmbH**  
Geschäftsführer: Stefan Scheebaum  
Burgstr. 19, 26603 Aurich  
Tel: 04941/ 97 48 276, Fax: 04941/ 97 48 279  
E-Mail: [IV-luecke@ostfriesische-gesellschaft.de](mailto:IV-luecke@ostfriesische-gesellschaft.de)  
Versorgungsgebiet: Aurich, Leer
- 28. AWO Sozialdienste gGmbH Verden**  
Häuslicher psychiatrischer Fachpflegedienst  
Pflegedienstleitung: Hartmut Nagel  
Sandberg 7, 27283 Verden  
Tel: 04231/ 92 70 15, Fax: 04231/ 92 70 19  
E-Mail: [hartmut.nagel@awo-trialog.de](mailto:hartmut.nagel@awo-trialog.de)  
Versorgungsgebiet: Verden, Heidekreis
- 29. Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst Schloßstraße**  
Pflegedienstleitung: Silvio Heim  
Schloßstraße 4, 28704 Liebenburg  
Tel: 05346/ 81 29 08, Fax: 05346/ 81 13 3  
E-Mail: [heim@klinik-dr-fontheim.de](mailto:heim@klinik-dr-fontheim.de)  
Versorgungsgebiet: Salzgitter, Goslar, Braunschweig, Wolfenbüttel
- 30. Ambulante Psychiatrische Pflege**  
Johann und Erika Loewe Stiftung  
Pflegedienstleitung: Susanne Schale  
Ochtmisser Straße 10, 21339 Lüneburg  
Tel: 04131/ 67 90 22, Fax: 04131/ 67 90 18  
E-Mail: [susanne-schale@loewe-stiftung.de](mailto:susanne-schale@loewe-stiftung.de)  
Versorgungsgebiet: Lüneburg, Harburg, Uelzen, Lüchow-Dannenberg
- 31. Städtisches Pflegezentrum Lüneburg GmbH**  
Ambulante Psychiatrische Pflege  
Ansprechpartner: Herr Rogalla  
Am Wienebütteler Weg 1, 21339 Lüneburg  
Tel: 04131/ 602330, Fax: 04131/ 602339  
E-Mail: [app@pflegezentrum-lueneburg.de](mailto:app@pflegezentrum-lueneburg.de)  
Versorgungsgebiet: Stadt und Landkreis Lüneburg/Harburg
- 32. Paritätischer Wohlfahrtsverband Kreisverband Salzgitter**  
Ambulante Psychiatrische Pflege  
Ansprechpartnerin: Linda Adjei



Marienbruchstraße 61 – 63, 38226 Salzgitter  
Tel: 05341 / 84 67 21/-35, Fax: 05341 / 846724  
E-Mail: [Linda.Adjei@paritaetischer.de](mailto:Linda.Adjei@paritaetischer.de)  
Versorgungsgebiet: Salzgitter, Wolfenbüttel

**33. Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst**

„Der Anker“ am Ameos- Klinikum Hildesheim  
Pflegedienstleitung: Ulf Zimmermann  
Oldekopstraße 14, 31135 Hildesheim  
Tel: 05121/ 103 237, Fax: 05121/ 103 825  
E-Mail: [uzim.psy@hildesheim.ameos.de](mailto:uzim.psy@hildesheim.ameos.de)  
Versorgungsgebiet: Hildesheim, Holzminden, Hameln/Bad Pyrmont

**34. Kentaurus Pflegedienst UG & Co. KG**

Ambulanter Psychiatrischer Fachpflegedienst  
Geschäftsführerinnen: Ulrike Abeln, Ute Wilhelms  
Kantstraße 40, 31224 Peine Tel: 0151 / 253 oder 253 80 8 19  
E-Mail: [kentaurusapp@t-online.de](mailto:kentaurusapp@t-online.de)  
Versorgungsgebiet: Peine

**35. Bremermann Gesundheitsdienste**

Ambulante Psychiatrische Fachkrankenpflege  
Pflegedienstleitung: Constanze Duensing  
Hildesheimer Straße 85, 30880 Laatzen  
Tel: 0511/ 86 55 05, Fax: 0511/ 86 29 55  
E-Mail: [info@bremermann24.de](mailto:info@bremermann24.de)  
Versorgungsgebiet: Region Hannover - Laatzen und angrenzendes Stadtgebiet

**36. Menschen Domizil**

Ambulante Psychiatrische Pflege  
Leitung: Frank Wenzel  
Deichstraße 42, 49716 Meppen  
Tel: 05931/ 88 11 873, Fax: 05931/ 88 11 874  
E-Mail: [frank.wenzel@menschen-domizil.de](mailto:frank.wenzel@menschen-domizil.de)  
Versorgungsgebiet: Landkreis Emsland

**37. Burg Aktiv Team**

Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege  
Träger: Neue Burg GmbH  
Leitung: Bilgin Heydt  
Hinter den Höfen 8, 31582 Nienburg  
Tel: 05021/ 92 46 290, Fax: 05021/ 92 46 292  
E-Mail: [app@neue-burg.de](mailto:app@neue-burg.de)  
Versorgungsgebiet: Nienburg, Schaumburg, Rotenburg, Verden, Diepholz, angrenzend Umland  
Region Hannover



## 9.4.2 Zehn „Anhaltspunkte“ für Angehörige psychisch erkrankter Menschen

### Zehn „Anhaltspunkte“ für Angehörige psychisch erkrankter Menschen

#### 1. Informiere Dich gründlich und sachlich ...

richtig nach dem neuesten Stand der seriösen Wissenschaft über die komplexen Zusammenhänge psychischer Erkrankungen (Fachbücher, Fachzeitschriften, Fachleute ...). Hüte Dich vor zu großen Erwartungen und vorschnellen Urteilen. Vergiß nicht, daß im Rahmen der Forschung noch sehr viel zu tun ist und daß keine Psychiatrie der Welt alle Deine Probleme lösen kann. Die beste Psychiatrie kann nur so gut sein, wie die Menschen, die sie praktizieren, und zu ihnen gehören auch die Betroffenen und ihre Angehörigen. Sie sind nicht nur passive Konsumenten, sondern an der Gestaltung der empirischen Basis der Psychiatrie durchaus aktiv beteiligt.

#### 2. Suche nicht in der Vergangenheit nach „Fehlern“, ...

die Du gemacht haben könntest, sondern ändere dort, wo es nötig ist, Deine Denk- und Verhaltensweisen in Hinblick auf die Zukunft. Du und das ganze soziale Umfeld können den Fortgang der Erkrankung positiv oder negativ beeinflussen. Laß Dir bei der Korrektur von Fehlhaltungen und beim Erwerb einer positiven Einstellung von Betroffenen, Fachleuten und in der Angehörigenselbsthilfegruppe helfen.

#### 3. Suche nicht nach „Schuldigen“ ...

am Ausbruch der Erkrankung und an ihrem Verlauf - weder in der Familie, noch im sozialen Umfeld noch bei den „schlechten Psychiatern“. Auch Du selber bist nicht „schuld“, laß Dir eine solche Zuweisung nicht gefallen, sie entspringt längst widerlegten Vorurteilen, Rollenzuschreibungen, Unwissenheit und unserem eindimensionalen Ursachendenken. Sie macht Dir ungerechterweise ein schlechtes Gewissen und lähmt Deine Kräfte.

#### 4. Rede nicht mit jedem über die psychische Erkrankung ....

in Deiner Familie, aber wenn es dazu kommt, verstecke Dich nicht. Stehe dazu, denn psychische Krankheit ist keine Schande, sondern ein Schicksal, mit dem sowohl die Betroffenen, als auch die Angehörigen und das soziale Umfeld leben lernen müssen.

#### 5. Damit die Lebensqualität der Familien ...

möglich wird, fordere die Bereitstellung aller Hilfen, die das Gemeinwesen nach den letzten Erkenntnissen der Sozialpsychiatrie geben kann. Über eine effiziente stationäre Versorgung hinaus sind hier verschiedenste psychosoziale ambulante Einrichtungen bis hin zur Alltags- Begleitung des Betroffenen und seiner Familie gemeint.

#### 6. Rede von Deinen positiven und negativen Erfahrungen ....

und scheue nicht davor zurück, Kritik anzubringen, aber sei den Professionellen aller Ebenen dankbar, wenn sie sich bemühen. Angehörige wissen, daß psychiatrisch Tätige einen schweren Beruf haben. Auch sie sind Menschen mit Ängsten, Unsicherheiten, mit Machtstrebungen und der Möglichkeit zu irren. Auch sie kämpfen mit ihren eigenen „Lebensproblemen“, sind manchmal müde und ausgebrannt und machen Fehler, wie wir alle. wir sollten - so gut es geht - verständnisvoll miteinander umgehen und voneinander keine Wunder erwarten.

#### 7. Angehörige haben ein Recht auf eigenes Leben.

Von Akutsituationen abgesehen, soll sich nicht alles um „die Krankheit“ drehen. Übe Dich in Gelassenheit und suche Dir eigene Freuden, die dem Leben Sinn geben. Halte Distanz und ziehe Grenzen, respektiere auch die Grenzen Deines erkrankten Familienmitglieds. Dieses steht mit all seinen gesunden und kranken Anteilen für sich selber und braucht dazu eine gewisse Toleranz des Umfeldes, Motivation und genügend Freiheit, selbst zu gestalten. Nimm wahr, was Du



ändern muß und kannst, und was zu ändern Deine Möglichkeiten und Befugnisse übersteigt. Fühle Dich nicht für alles und jedes verantwortlich. Auch der Erkrankte hat Eigenverantwortung!

#### **8. Löse Dich vom Urteil der „Leute“. ...**

Lerne ihr teilweises Unverständnis auszuhalten. Wenn Du kannst, arbeite mit anderen Angehörigen und Fachleuten und mit allen Wohlmeinenden am Abbau von Vorurteilen in der Öffentlichkeit allen gegenüber, die „anders“ sind, ohne die Schwierigkeiten des Zusammenlebens aus den Augen zu verlieren.

#### **9. Wirf über Bord, was Du bis zur Erkrankung ...**

Deines Familienmitgliedes für unerschütterlich „richtig“ oder „falsch“ gehalten hast. Sei flexibel und lerne, was wirklich wesentlich ist und was nicht. Noch wirst Du täglich neu geboren - lebe den Augenblick. Heute geht es halbwegs gut - was morgen ist, werden wir rechtzeitig sehen. Bemitleide Dich selbst so wenig wie möglich, sage es aber deutlich, wenn Du nicht mehr kannst - dann hast Du ein Recht auf Hilfe des sozialen Umfeldes und der Fachleute.

#### **10. Leiste Trauerarbeit, aber versinke nicht in ihr. ...**

Verliere nie die Hoffnung, daß der (die) Erkrankte lernen wird, sein (ihr) Leben mit einer gewissen Lebensqualität selber zu gestalten. Bewahre ihm (ihr) Deine Sympathie und Zu-Neigung und achte seine (ihre) Sichtweisen – sie sind legitim, obwohl sie nicht die Deinen sein können. Nimm Dein Familienmitglied an, so wie es ist und versuche nicht, es nach Deinen Vorstellungen zu ändern. Ändern kannst Du nur Dich selber. Und wie wir alle wissen, ist dies schwer genug ...

Quelle:

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Bonn





### **9.4.3 „Anhaltspunkte für Angehörige von Menschen mit Demenz“**

#### **Anhaltspunkte für Angehörige von Menschen mit Demenz**

Es gibt keine Patentrezepte für den Umgang mit Alzheimer-Betroffenen. Einige Verhaltensregeln haben sich jedoch in vielen Familien bewährt und das Leben vereinfachen. Sie beziehen sich vor allem auf frühe Krankheitsstadien. Zehn Punkte, auf die Sie beim Zusammenleben mit einem Alzheimer-Patienten achten sollten:

#### **1. Information**

Informieren Sie sich gründlich über das Thema Alzheimer. Was sind die Ursachen der Krankheit? In welchen Stadien verläuft sie? Welche Vorkehrungen sollten Sie in Ihrer Wohnung treffen, um Unfälle zu verhindern? Je mehr Sie über die Erkrankung wissen, desto sicherer sind Sie im Umgang mit dem Erkrankten. Hilfreich sind hier unter anderem die Ratgeber und Broschüren der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V., die Sie unter [www.alzheimer-forschung.de](http://www.alzheimer-forschung.de) oder [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de) abrufen können.

#### **2. Akzeptanz**

Versuchen Sie nicht mit allen Mitteln, auf den Betroffenen einzuwirken und ihn zu ändern. Gegen Alzheimer haben Sie keine Chance. Nehmen Sie den Erkrankten so an wie er ist. Durch die Veränderungen in seiner geistigen Leistungsfähigkeit und Wahrnehmung lebt der Betroffene mehr und mehr in seiner eigenen Welt.

#### **3. Eigenständigkeit**

Halten Sie die Eigenständigkeit des Erkrankten so weit und so lange wie möglich aufrecht. Geben Sie Ihrem Angehörigen ein Maximum an Sicherheit, aber lassen Sie ihn auch gewähren und genießen. Für sein Selbstwertgefühl braucht er eigene Erlebnis- und Aktivitätsräume. Sichern Sie mögliche Gefahrenquellen wie Gas- oder Elektrogeräte, Treppen und glatte Badewannen.

Bedenken Sie außerdem: Leben ist immer mit Risiko verbunden. Finden Sie einen vernünftigen Kompromiss zwischen Sicherheit und Freiheit.

#### **4. Kontinuität und Tagesstruktur**

Behalten Sie liebe Gewohnheiten bei. Vertraute Menschen, Dinge und Erinnerungsstücke an die gemeinsame Vergangenheit sind für Demenz-Kranke wichtiger als die Gegenwart, in der sie sich nicht mehr zurechtfinden.

Besonders wichtig ist eine klare Tagesstruktur: Alzheimer-Patienten finden sich besser zurecht, wenn sie zu regelmäßigen Zeiten morgens aufstehen und abends zu Bett gehen. Die Mahlzeiten sollten möglichst jeden Tag zur selben Zeit eingenommen werden. Ebenso empfehlenswert ist ein täglicher Spaziergang zu selben Zeit oder ein Besuch bei Freunden.

Das richtige Maß an Aktivität und Pausen gibt dem Tag eine Struktur, die das Vor-sich-hin-Dösen aus Langeweile verhindert. Denn das gäbe den Nervenzellen nur die Information: Kein Grund, sich anzustrengen.

#### **5. Einfachheit, Klarheit**

Alzheimer-Patienten brauchen eine einfache, überschaubare und unkomplizierte Umwelt. Bringen Sie in der Wohnung Hinweisschilder, farbige Kennzeichnungen und gut lesbare Uhren an. Sorgen Sie für ausreichende Beleuchtung in allen Räumen.

Schreiben Sie wichtige Mitteilungen nur in kurzen, verständlichen Sätzen. Verzichten Sie auf abstrakte Begriffe.

Gestalten Sie die Räume frei und offen, ohne verwirrende optische Reize.

#### **6. Blicke, Gesten und Berührungen**

Suchen Sie den emotionalen Kontakt über Blicke, Gesten und Berührungen. Versuchen Sie ohne Worte zu kommunizieren, wenn die sprachliche Verständigung immer schwieriger wird. Sie vermitteln so das Erlebnis von Nähe



zwischen zwei Menschen und fördern die Speicherung von Informationen im Gehirn. Jede Information, die mit Gefühlen einhergeht, wird besser behalten.

### **7. Keine Verbote**

Demenz-Kranke stoßen oft an Grenzen und Ablehnungen, die sie kränken und nur schwer zu verarbeiten sind. Schlagen Sie Alternativen vor, statt Nein zu sagen. Dabei ist Ihre Fantasie gefragt.

### **8. Mut zum Streit**

Kleinere Auseinandersetzungen mit Demenzkranken sind nicht unbedingt gefährlich. In ihnen drücken sich auch Lebendigkeit und intensive Empfindungen aus. Aber: Vermeiden Sie unsinnige Wortgefechte. Lösen Sie Konflikte durch Ablenkung und Zuwendung.

### **9. Gelassenheit**

Reagieren Sie gelassen auf Ängstlichkeit oder Aggressivität Ihres Angehörigen und nehmen Sie sie nicht persönlich. Meistens sind die Betroffenen nur ratlos oder verunsichert - und wollen Sie keinesfalls schikanieren.

### **10. Vergessen Sie nicht sich selbst**

Haushalten Sie mit Ihren Kräften. Wenn Sie sich Erholungspausen verschaffen oder Ihren eigenen Interessen nachgehen, ist das kein Grund für Schuldgefühle. Nur, wenn Sie sich selbst wertschätzen und pflegen, haben Sie ausreichend Energie, um Ihre Angehörigen auch über einen längeren Zeitraum versorgen zu können.

Holen Sie sich Hilfe von außen. Das ist kein Eingeständnis von Unzulänglichkeit und Hilflosigkeit. Gespräche mit anderen Angehörigen, zum Beispiel in Selbsthilfegruppen, geben Anregungen und neuen Mut.

Quelle:

Pichler, J. (2011). Alzheimer - Tipps für Angehörige. Online verfügbar unter: <http://www.netdoktor.de/Krankheiten/Alzheimer/Tipps/Alzheimer-Tipps-fuer-Angehoeeri-1018.html>; zuletzt gesichtet am 10.11.2011



## 9.4.4 Pflege-Charta

### Pflege-Charta

Die Pflege-Charta oder auch Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen stellt ein Katalog von Rechten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland dar. 2005 wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen verabschiedet.

#### **Zum Inhalt:**

Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit. Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen und dürfen in ihrer besonderen Lebenssituation in keiner Weise benachteiligt werden. Da sie sich häufig nicht selbst vertreten können, tragen Staat und Gesellschaft eine besondere Verantwortung für den Schutz der Menschenwürde hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Ziel der Pflege-Charta ist es die Rolle und die Rechtsstellung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu stärken indem grundlegende und selbstverständliche Rechte von Menschen die der Unterstützung, Betreuung und Pflege bedürfen, zusammengefasst werden. Diese Rechte sind Ausdruck der Achtung der Menschenwürde.

#### **Die Artikel der Pflege-Charta:**

**Artikel 1:** Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

**Artikel 2:** Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

**Artikel 3:** Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

**Artikel 4:** Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

**Artikel 5:** Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

**Artikel 6:** Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

**Artikel 7:** Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

**Artikel 8:** Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht in Würde zu sterben.

Die Einrichtung von Pflegestützpunkten und die damit verbundene Idee der umfassenden, neutralen und unabhängigen Pflegeberatung und -bedeutung kommt sicherlich den Vorstellungen und dem Gedanken der Pflege-Charta vornehmlich den Zielen und Forderungen in Artikel 4 und 5 entgegen.



Die **Bearbeitung** zeigt sich als sinnvoll im gemischten Team, zur Reflexion und Beantwortung der Fragen bieten sich als Grundlage organisationsbezogene Leitbilder, Pflege- und Betreuungskonzepte, Verfahrensanweisungen, Standards an.

Die **Umsetzung** der Pflege- Charta durch ambulante Pflegedienste bemisst sich daran, inwieweit es gelingt, zu einer sicheren, dem individuellen Bedarf entsprechenden Lebenssituation einer hilfe- und pflegebedürftigen Person beizutragen, sowie fachlich und menschlich kompetent in deren Privatsphäre zu agieren, ohne Rechte wie beispielsweise Selbstbestimmung und Privatheit einzuschränken.

Quelle:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen. Online verfügbar unter: <http://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/Pflege-Charta.pdf>, zuletzt gesichtet: 10.11.2011



### 9.4.5 Krisenpass

<p><b>Aktuelle Medikation:</b></p> <p>Datum: Medikamente und Dosierung:</p>         <p>verordnender Arzt (mit Stempel und Unterschrift)</p>	<p>Datum: Medikamente und Dosierung:</p>         <p>verordnender Arzt (mit Stempel und Unterschrift)</p>	<p>Datum: Medikamente und Dosierung:</p>         <p>verordnender Arzt (mit Stempel und Unterschrift)</p>
<p>Datum: Medikamente und Dosierung:</p>         <p>verordnender Arzt (mit Stempel und Unterschrift)</p>	<p>Datum: Medikamente und Dosierung:</p>         <p>verordnender Arzt (mit Stempel und Unterschrift)</p>	<p>Datum: Medikamente und Dosierung:</p>         <p>verordnender Arzt (mit Stempel und Unterschrift)</p>

