

**Bezugspflege in der
ambulanten psychiatrischen Pflege
- Kurzfassung -**

Ingo Tschinke¹
Jeanett Radisch²
Steffi Giersberg²
Alfred Karsten⁴
Frauke Trombach⁵
Vera Kropp⁶
Christian Koch²
Brigitte Harnau³
Kirsten Kopke²

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

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 Kompetenzteams „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 Qualitäts-entwicklungen auch Grundlagenmaterial für den Ausbildungs- und Fortbildungsbereich vor.



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	12
2	Herangehensweise bei der Konzepterstellung	14
3	Ergebnisse der Delphi-Befragung	15
3.1	Konzeptuelle Ebene	15
3.2	Operationelle Ebene	16
3.2.1	Strukturkriterien	16
3.2.2	Prozesskriterien	17
3.2.3	Ergebniskriterien	20
4	Zusammenfassung	23
5	Schlussfolgerung	24
6	Literaturverzeichnis	25

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, Krankenhausvermeidungspflege) 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 Patienten¹ 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, da es 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.

¹ 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.

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.
- 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 Kompetenz tandems „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 mit Hilfe eines drei-stufigen 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

*Konzeptuelle
Definition*

- 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.

*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.

*Grundlagen der
Bezugspflege...*

- ist eine stabile (belastbare) Pflegebeziehung.
- ist eine umfassende pflegerische Verantwortung.
- 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 Operationelle Ebene

3.2.1 Strukturkriterien

- Konzept:*
- 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.
- 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.
- Bei der Wiederaufnahme eines Patienten...*
- 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.
- Verantwortung für den Pflegeprozesses 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.

*Fachliche
Unterstützung:*

- Der Bezugspflegekraft stehen Supervision und Beratung zur Verfügung.
- Die fachliche Leitung hat die Aufgabe der professionellen Unterstützung der Bezugspflegekraft durch:
 - 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.

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 Pfleginterventionen 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.

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

- 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.

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.

Kommunikation / Informationsfluss:

- Die Bezugspflegekraft hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zu anderen sozialen Diensten/ Behörden/ Einrichtungen/Ämtern.
- 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 Krankenhaus-aufenthaltes 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.

*Nutzen für die
Bezugspflegekraft:*

- 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.

*Nutzen auf Seiten des
Netzwerkes:*

- Durch die Arbeit in einem Bezugspflegesystem wird dem Netzwerk ein konkreter, kompetenter, verlässlicher Ansprechpartner 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 Bezugs-rahmen 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 psychosozialen Netzwerkes der jeweiligen Gemeinde, was wiederum Kenntnisse über die Hilflandschaft 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 patienten-orientierten 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 Versorgungs-sektors 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.