

Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege

- Langfassung -

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



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung





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 erfassen. Unter der Federführung des Kompetenz tandems „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

1	<u>EINLEITUNG</u>	13
2	<u>AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE</u>	14
2.1	ABGRENZUNG ZWISCHEN STATIONÄRER UND AMBULANTER BEZUGSPFLEGE	15
2.2	UMSETZUNG DER AMBULANTEN PSYCHIATRISCHEN PFLEGE – INTERNATIONAL	18
3	<u>HERANGEHENSWEISE BEI DER KONZEPTERSTELLUNG</u>	20
3.1	ERSTE FORSCHUNGSPHASE – VORUNTERSUCHUNG	21
3.2	ZWEITE FORSCHUNGSPHASE – DELPHI-BEFRAGUNG	22
4	<u>ERGEBNISSE DER VORUNTERSUCHUNG</u>	23
4.1	ERGEBNISSE DER VORABBEFRAGUNG	23
4.2	LITERATURRECHERCHE.....	26
5	<u>ERGEBNISSE DER DELPHI-BEFRAGUNG</u>	26
5.1	KONZEPTUELLE EBENE	27
5.1.1	BEGRIFFLICHKEITEN – BEZEICHNUNG FÜR DEN AUSFÜHRENDEN DER BEZUGSPFLEGE.....	27
5.1.2	KONZEPTUELLE DEFINITION.....	27
5.1.3	HAUPTMERKMALE UND GRUNDLAGEN DER BEZUGSPFLEGE.....	28
5.2	OPERATIONELLE EBENE	29
5.2.1	STRUKTURKRITERIEN	29
5.2.1.1	Personal-fachliche Qualifikation	29
5.2.1.2	Personalausstattung und -einsatz	30
5.2.1.3	Organisation und Zuteilung der Bezugspflege.....	30
5.2.1.3.1	Organisation der Bezugspflege.....	30
5.2.1.3.2	Zuständigkeit für die Zuteilung der Bezugspflegekraft.....	31
5.2.1.3.3	Kriterien für die Zuteilung	31
5.2.1.3.4	Informationsvermittlung über Zuteilung an Dritte	32
5.2.1.3.5	Patientenwechsel auf Wunsch der Bezugspflegekraft	33
5.2.1.3.6	Wiederaufnahme eines Patienten	33
5.2.1.3.7	Vertretung	34
5.2.1.4	Aufgaben der fachlichen Leitung.....	35



5.2.2	PROZESSKRITERIEN	35
5.2.2.1	Pflegeprozess	35
5.2.2.1.1	Umsetzung des Pflegeprozesses und der Behandlungsplanung – Informationssammlung	35
5.2.2.1.2	Umsetzung des Pflegeprozesses und der Behandlungsplanung – Pflegeanamnese.....	36
5.2.2.1.3	Dokumentation des Pflegeprozesses.....	37
5.2.2.1.4	Psychoedukative Maßnahmen im Einzelkontakt	37
5.2.2.1.5	Evaluation des Pflegeprozesses.....	37
5.2.2.2	Krisenmanagement	38
5.2.2.3	Koordination des vom/mit dem Facharzt erstellten Behandlungsplans	39
5.2.2.4	Kommunikation/Informationsfluss nach außen.....	39
5.2.2.5	Angehörigen- und Umfeldarbeit	40
5.2.2.6	Beendigung des Pflegeprozesses/Pflegeauftrages	41
5.2.3	ERGEBNISKRITERIEN	41
5.2.3.1	Nutzen für den Patienten.....	41
5.2.3.2	Nutzen für die Angehörigen	42
5.2.3.3	Nutzen für die Bezugspflegekraft	42
5.2.3.4	Nutzen auf Seiten des Netzwerkes	43
6	<u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	44
7	<u>SCHLUSSFOLGERUNGEN</u>	47
8	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	50
A	<u>ANHANGSVERZEICHNIS</u>	54



1 Einleitung

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland beschränkte sich lange Zeit ausschließlich auf Krankenhausbehandlung. Erst die Psychiatrie-Enquête von 1975 leitete einen grundlegenden Wechsel ein. Die Kernforderungen der Expertenkommission waren eine Dezentralisierung der Versorgung und der Vorrang von ambulanten Angeboten vor stationären Maßnahmen. Hiermit wurden Ziele formuliert, die in anderen europäischen Ländern, insbesondere Italien, Frankreich und England, bereits Prinzipien der Psychiatriereformen waren. Im Zuge der deutschen Psychiatriereform wurden in erster Linie komplementäre – die Krankenhausversorgung ergänzende – rehabilitative Angebote aufgebaut. Sie trugen dazu bei, dass vor allem im Langzeitbereich Krankenhausbetten abgebaut werden konnten. Allerdings kam es auch – gerade bei psychisch erkrankten Patienten, die einen höheren Betreuungsaufwand benötigen – zur Unterversorgung bzw. zu einer erhöhten Inanspruchnahme von teil- oder vollstationären Leistungen aufgrund von alternativen Angeboten.

Ein solches Alternativangebot ist z.B. die ambulante psychiatrische Pflege. Sie entwickelte sich aus dem Kontext der Krankenhausbehandlung heraus. Durch ambulante psychiatrische Pflege sollen psychisch erkrankten Menschen ambulante Komplexleistungen zuteilwerden, so dass Krankenhauseinweisungen 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 unter Affektstörungen, was u.a. bedeuten kann, dass Wünsche nicht verständlich geäußert werden 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 (Abderhalden/Needham 1999). 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 90er 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

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.



deutschsprachigen Schweiz (Abderhalden/Needham 1999) und damit verbundenen Empfehlungen zur Terminologie und zu Qualitätsnormen (Needham/Abderhalden 2000), konnte ein hoher Durchdringungsgrad bezüglich der Arbeit der Bezugspflege in sämtlichen deutschsprachigen Ländern erreicht werden. Dies zeigen zahlreiche Publikationen (Fuchs 2006; Tschinke 2006, Nowka-Zincke et al. 2009).

Die Empfehlungen des stationären Bezugspflegekonzeptes von Abderhalden/Needham (1999) 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.

2 Ambulante psychiatrische Pflege

Ambulante psychiatrische Pflege bedeutet, sich den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien im häuslichen Umfeld zu widmen. Diese Definition beinhaltet die psychosozialen Ressourcen der Familie, ihrer Nachbarschaft sowie die vorhandenen oder nicht vorhandenen Hilfeangebote in der Gemeinde.

Nach Zeemann et al. (2002) werden der ambulanten Pflege fünf charakteristische Aufgabenbereiche zugeschrieben:

- Management des Alltags der Patienten, anderer Pflegeerbringer und Angehöriger,
- Kriseninterventionen,
- Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachpersonen und -diensten,
- Formelle und informelle Treffen,
- Gruppenarbeit.

Psychiatrische Pflege soll dabei helfen, die Gesundheitsprobleme des Patienten zu lösen oder zu lindern. Stützende Gespräche, emotionale oder praktische Unterstützung, Beratung zu Fragen der Alltagsorganisation oder des Umgangs können ermöglichen, dass die Patienten Zufriedenheit und Stabilität erfahren (ebd.). Nach Stulginsky (1993a/b) sind Patienten in der ambulanten Versorgung zwar abhängig



von den Pflegenden, können jedoch jederzeit darüber entscheiden, ob die Beziehungsarbeit gelingt oder die Pflegeperson des Hauses verwiesen wird, da Sie jederzeit die Kontrolle über ihr Zuhause haben. Die Rolle, die die Pflegenden in dieser Situation einnehmen, kann treffend mit dem Begriff „persönlicher Assistent“ beschrieben werden (Sauter/Bischofberger 2006). Grundbedingung des gesamten Behandlungsprozesses ist der Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses, in dem sowohl die Pflegekraft als auch der Patient ihre Rolle erst definieren müssen (ebd.).

2.1 Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Bezugspflege

Die Rahmenbedingungen der ambulanten psychiatrischen Pflege unterscheiden sich teilweise grundsätzlich von der Arbeit der stationären psychiatrischen Pflege. So gilt es im Folgenden, die ambulante psychiatrische Pflege von der stationären psychiatrischen Versorgung abzugrenzen.

Lebenswelt

Nach Finkelmann (1997) begegnen psychiatrisch Pflegenden ihren Patienten in deren Lebenswelten, wobei sowohl der Patient als auch seine Pflegekraft sich über ihre Rolle im Klaren sein müssen. Während die ambulante Pflegekraft dem Patienten in seiner Lebenswelt vorstellig wird, begegnet die Pflegekraft im stationären Setting dem Patienten in einer für ihn unbekannteren Umgebung.

Der Patient im stationären Umfeld befindet sich also in einer für ihn fremden Lebenswelt. An seiner Seite sind Pflegekräfte sowie Personen des Klinikbetriebes. Hier ist der Patient in einer Umgebung, wo er sich den Gegebenheiten, den Regeln und Strukturen des klinischen Umfelds anpassen hat (ebd. 1997). Die Gestaltung des Machtverhältnisses liegt im stationären Bereich in erster Linie in den Händen des interdisziplinären Teams (Stulginsky 1993 a/b). Das heißt, sollte sich der Patient nicht an die vorgeschriebenen Regeln und Normen des stationären Bereichs halten, muss er mit Konsequenzen rechnen (ebd. 1993 a/b). Demnach haben nicht nur die fremde Umgebung, sondern auch die strukturellen Begebenheiten des Klinikalltags Einfluss auf den Beziehungsaufbau zwischen Patient und Bezugspflegekraft. Tschinke (2006) folgend empfindet der Patient Bezugspflege als Hilfestellung, die ihm ermöglicht sich in seinem – für kurze Zeit – neuen Lebensumfeld zu Recht zu finden bzw. die ihm hilft, sich dort zu integrieren.

Die ambulante psychiatrische Pflege findet überwiegend in der Häuslichkeit des Patienten statt. Hier befindet sich die Pflegekraft in dem originären Lebensumfeld des Patienten (Sauter/Bischofberger 2006) und arbeitet somit unter stets wechselnden äußeren Bedingungen. Während des Hausbesuchs begibt sich die Bezugspflegekraft in die Rolle des Gastes und muss sich in den ersten Kontakten entsprechend verhalten und vertrauensbildende Maßnahmen in den Vordergrund stellen (ebd. 2006). Andernfalls bricht der Patient nach einem misslungenen Beziehungsaufbau die Betreuung durch die ambulante



psychiatrische Pflege möglicherweise ab bzw. öffnet die Tür zu seiner Häuslichkeit nicht mehr (Bowers 1992; Stulginsky, 1993a/b; Finkelman 1997; Wolff 1999). Demnach geht der Patient im ambulanten Bereich in einen Vertrauensvorschuss, indem er sich auf einen Besuch des aufsuchenden Dienstes in seinem häuslichen Umfeld einlässt (Finkelman 1997). In seiner Wohnung hat der Patient das Hausrecht. Daher besteht die erste Herausforderung noch vor einem Hausbesuch darin, zu erreichen, dass der Pflegekraft die Tür geöffnet wird (Sauter/Bischofberger 2006). Als Gäste in der Lebenswelt der Patienten sind die Pflegekräfte darauf angewiesen aufgenommen zu werden. Trotzdem machen die Pflegenden ihre Hausbesuche als Helfer, die Dienstleistungen erbringen.

Erreichbarkeit

Ein weiterer Aspekt ist die Erreichbarkeit der Bezugspflegekraft.

Im stationären Rahmen befindet sich der Patient in einer 24-stündigen Versorgung. Hier hat er jederzeit die Möglichkeit auf eine Pflegekraft zu zugehen (Tschinke 2006). Somit befindet er sich unter ständiger Obhut der Pflege, was auch bedeutet, dass der Bezugspflegekraft der ständige Zugang zu den Patienten permanent gewährleistet ist. Demnach sind die Kontrollfunktionen und Zugangsmöglichkeiten beidseitig durchgehend vorstellbar (ebd.). Die Leistungserbringung erfolgt ebenfalls durchgehend. Aus ökonomischer Sicht erleidet das Krankenhaus durch den ständigen Kontakten zwischen dem Bezugspatienten und der Pflegekraft keinen Schaden (Tschinke 2003a-c).

Im ambulanten Bereich hat der Patient die Möglichkeit der ständigen Erreichbarkeit von Bezugspflegekräften nur in einem beschränkteren Maß. In Notfallsituationen kann er zwar auf das Krisentelefon zurückgreifen, reguläre Termine bedürfen jedoch einer festen Terminvereinbarung. Damit die Termine eingehalten werden, muss gegenseitiges Vertrauen und Zuverlässigkeit gegeben sein (Sauter/Bischofberger 2006). Die Leistungserbringung wird erst ausgelöst, wenn der Patientenkontakt zustande kommt. Die Wege- und Dokumentationszeiten sind in die Vergütungsvereinbarungen gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V mit einberechnet. Ist der Patient nicht zu Hause oder öffnet er nicht die Tür, erleidet der Pflegedienst einen ökonomischen Schaden, da der Kontakt nicht durch einen anderen Patientenkontakt ersetzt werden kann. Trotz der 24-stündigen Rufbereitschaft hat der Patient nicht uneingeschränkt die Möglichkeit spontan Kontakt zur Bezugspflegekraft aufzunehmen. Akute Versorgungssituationen erfordern einen erheblich höheren logistischen Aufwand für die Bezugspflegekraft. Zum einen erschweren eventuell größere Wegstrecken eine Betreuung in einer akuten Versorgungssituation, zum anderen können andere Patientenkontakte eine Kontaktaufnahme mit dem Bezugspatienten verhindern (Finkelman 1997). Gegenüber der stationären kommt es bei der ambulanten Versorgung zu einer erheblich verzögerten Reaktionsfähigkeit von Seiten der Bezugspflegekraft. Im stationären Bereich befinden sich die Bezugspflege (soweit im Dienst) und der Patient zumindest stets am selben Ort, wodurch eine zeitnahe Versorgung stattfinden kann (Sauter/Bischofberger 2006).



Arbeitsweise

Einfache Bezugspflege bedeutet nach Sauter/Bischofberger, dass alltägliche Kontakte auf der Station verbunden mit einem eventuellen Smalltalk stattfinden (Sauter/Bischofberger 2006). Laut Barker sind dies Kontakte des „konventionellen Ichs“, d.h. die Bezugspflegekraft begegnet ihrem Patienten nicht auf einer individuellen Berührungsebene, sondern im stationären Alltagskontakt (Barker 2002). Allerdings gibt es auch viele Kontakte mit dem so genannten „regulierenden Ich“, welches den Patienten auf Regeln und Strukturen hinweist und ggf. Zwangsmaßnahmen im Rahmen von Fixierung oder Zwangsmedikation durchführen muss. Bei der erweiterten Bezugspflege werden die spezifischen im Sinne von individuellen Problemen des Patienten besprochen und im Rahmen der Gesamtbehandlung bearbeitet.

Viele Kontakte im stationären Bereich fallen unter die einfache Bezugspflege. Die Umsetzung der erweiterten Bezugspflege, bedarf in der stationären Struktur einer besonderen Planung und Umsetzung. Hier findet die Begegnung mit dem „professionellen Ich“ statt, die erhebliche Verantwortungsbereitschaft von Seiten der Pflegekraft bedingt (ebd. 2002).

Im Gegensatz dazu sind die Kontakte im ambulanten Setting durch geplante Kontakte geprägt. Hier wird stets die Form der erweiterten Bezugspflege umgesetzt und die Begegnung mit dem „professionellen Ich“ realisiert. Die einfache Bezugspflege findet fast nie statt. Die Begegnungen mit dem „regulierenden Ich“ kommen nur bei einer mangelnden Kooperationsfähigkeit von Seiten des Patienten vor und sind somit weitaus seltener anzutreffen als im stationären Bereich.

Leitungsebene

Ein weiterer Unterschied zwischen der stationären und der ambulanten Bezugspflege liegt in der Funktion der Stationsleitung bzw. der fachlichen Leitung eines Pflegedienstes. Zunächst übernehmen sowohl die stationäre als auch die fachliche Leitung im ambulanten Bereich die Aufgabe der übergeordneten Koordination (Abderhalden/Needham 1999). Darüber hinaus gibt es eine Reihe alltäglicher Aufgaben, die abermals verdeutlichen, dass sich beide Konzepte unterscheiden (z.B. im Bereich der Organisation bzw. im Management der Bezugspflegekräfte).

Die Aufgaben einer Stationsleitung sind vielfältig und meist in Form einer Stellenbeschreibung niedergelegt. Die rechtliche Verantwortung liegt vor allem bei dem Leiter des psychiatrischen Krankenhauses. In dem Verständnis des Bezugspflegestandards von Abderhalden/Needham (1999) nimmt die Stationsleitung in erster Linie eine koordinierende und unterstützende Aufgabe im Rahmen der Bezugspflege ein. Sie ist nicht selbst als Bezugspflegekraft tätig, sondern eher für die Zuteilung der Bezugspflegekräfte zu den Patienten zuständig (Needham 2000). Eine Stationsleitung hat die Möglichkeit alle Patienten im stationären Alltag kennen zu lernen, ohne selbst umfangreiche Kontakte durchführen zu



müssen (Finkelman 1997). Diesen Anspruch im ambulanten psychiatrischen Bereich umsetzen zu können, würde einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand bedeuten.

Die Aufgaben einer fachlichen Leitung der ambulanten psychiatrischen Pflege stützen sich hingegen auf gesetzliche Regelungen, die im niedersächsischen Regelversorgungsvertrag gemäß § 132 Abs. 2 SGB V niedergelegt sind (AOK 2005). Demnach liegt es in der ständigen Verantwortung der fachlichen Leitung eines psychiatrischen Pflegedienstes die die Versorgung sicherzustellen hat, was die Wahrnehmung und Beobachtung, die Kommunikation, die Pflegeplanung und -dokumentation, die Vor- und Nachbereitung der Pflege, kontinuierliche Fachfortbildungen, die erforderliche Information am Pflegeprozess beteiligter Personen sowie ggf. das Zur-Verfügung-Stellen erforderlicher Unterlagen betrifft. Die fachliche Leitung ist für die Erstellung von Fachkonzepten, die Tourenplanung und die Kontrolle der Leistungserbringer (Bezugspflegekräfte) verantwortlich sowie für die gesamte Prozess- und Ergebnisqualität des Pflegedienstes. Außerdem hat sie dafür Sorge zu tragen, dass die Pflege fachgerecht, kompetent und bedarfsgerecht erbracht wird. Die Pflege sollte nach den aktuellen pflegewissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnissen ausgerichtet sowie als aktivierende Pflege zu erbringen sein (AOK 2005). Die fachliche Leitung hat eine Qualifikation als Gesundheits- und Krankenpfleger (oder gleichgesetzte Berufsabschlüsse), als Fachpflegekraft in der Psychiatrie von mindestens 700 Stunden Ausbildung, eine Tätigkeit in den letzten fünf Jahren von mindestens drei Jahren in einer stationären oder ambulanten psychiatrischen Einrichtung sowie eine Leitungsqualifikation von mindestens 460 Stunden, bzw. als Dipl. Pflegewirt (FH), nachzuweisen (AOK 2005).

Kooperation

Beide Bezugssysteme arbeiten interdisziplinär, das heißt mit anderen Berufsgruppen zusammen. Auch das Pflegepersonal unter sich kooperiert, tauscht sich aus und hilft sich. Eine wichtige Kooperation im Rahmen beider Settings ist die Zusammenarbeit mit dem Patienten und bei Wunsch mit den Angehörigen.

Innerhalb des stationären Settings kooperieren die Pflegekräfte allerdings eher mit anderen Diensten des Krankenhauses oder mit anderen Institutionen (Abderhalden/Needham 1999). Im ambulanten Bereich erweitert sich der berufsbezogene Kreis, so arbeitet dort die Bezugspflegekraft unter Umständen mit dem SpDi, Haus- und/oder anderen Ärzten zusammen.

Für die Kooperation allgemein sind neben einem engen regelmäßigen Kontakt (Abderhalden/Needham 1999) auch das Verbreiten von Informationen und das Implementieren von (guten) Kommunikationsstrukturen wesentlich (Needham 1990). Kistner (2002) folgend bedeutet dies oft eine Umstellung der Mitarbeiter in ihrer Arbeitsweise, was nicht nur mehr Transparenz, sondern auch ein gewisses Maß an Kontrollierbarkeit der eigenen Arbeit signalisieren kann.

2.2 Umsetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege – international



Zudem gilt es zu beachten, dass sich die ambulante psychiatrische Pflege in den deutschsprachigen Ländern unterschiedlich entwickelt hat. In der Schweiz konnte sie sich aufgrund von Sparmaßnahmen, immer kürzer werdenden Klinikaufhalten und Bundesgerichtsentscheiden bzw. Gesetzesänderungen unterschiedlich entfalten. So entstanden sowohl von privaten als auch von staatlichen Anbietern geleitete Pflegedienste (Hemkendreis 2011b). In erster Linie wird die ambulante psychiatrische Pflege dort allerdings durch freiberufliche Pflegekräfte, die als Einzelunternehmen ambulante psychiatrische Pflege anbieten, durchgeführt. Kantonale Unterschiede sind vorhanden (Finklenburg 2010). Die freiberufliche Umsetzung kommt, insbesondere auf der Prozessebene, den Empfehlungen des stationären Standards sehr nah, da die Bezugspflege in einem 1:1 Verhältnis zwischen Pflegenden und Patienten erfolgt. Zudem ist es in der Schweiz möglich einem Patienten zwangsweise ambulante psychiatrische Pflege zu verordnen, z.B. bei seiner Entlassung aus der Klinik. Die Verordnung kann dann nicht vom Patienten aufgelöst werden. In der Öffentlichkeit hat die Arbeit der ambulanten psychiatrischen Pflege noch keinen hohen Durchdringungsgrad erreicht, es herrschen lediglich vage Vorstellungen (Hemkendreis 2011b).

In Österreich existiert zurzeit noch keine krankenkassenfinanzierte ambulante psychiatrische Pflege (Hemkendreis 2011b). Dort kann sie nur durch bundeslandspezifische Regelungen im Rahmen einer kommunalen Finanzierung durchgeführt werden. Diese ähneln der durch das Sozialamt finanzierten deutschen Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII. Die Versorgung findet in einem Zeitraum von ein bis zwei Jahren über Pflegepersonen statt. Eine zeitliche Begrenzung der Maßnahme ist nicht vorgesehen. Sie richtet sich vielmehr nach dem Bedarf des Patienten. Insbesondere bei den Vertretern der psychiatrischen Versorgung ist die Leistung der ambulanten psychiatrischen Pflege bekannt (ebd. 2011b). Angaben zur Kenntnis ambulanter Pflegeleistungen seitens der übrigen österreichischen Öffentlichkeit liegen nicht vor.

In Deutschland existieren durch die „Richtlinie zur Umsetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 01. Juli 2005 Rahmenbedingungen, die theoretisch eine Umsetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege ermöglichen könnten (GBA 2005). Die Verordnung von ambulanter psychiatrischer Pflege ist in diesen Rahmenrichtlinien festgeschrieben, wobei die Verordnungsgrundlagen durchaus regional unterschiedlich interpretiert werden. Grundsätzlich ist zur Umsetzung ambulanter Pflege im Rahmen der Regelversorgung die Gründung eines Pflegedienstes gemäß den Anforderungen der Krankenkassen notwendig. Eine flächendeckende Kenntnis über diese Möglichkeit ist weder beim Fachpersonal der psychiatrischen Versorgung, noch in der Öffentlichkeit vorhanden.

In allen Ländern gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Dennoch muss festgehalten werden, dass eine notwendige flächendeckende Infrastruktur zur Umsetzung dieses Grundsatzes noch nicht ausreichend implementiert werden konnte. Daher ist die Leistung der ambulanten psychiatrischen Pflege in den drei hier beschriebenen deutschsprachigen Ländern weitgehend unbekannt und wird nur vereinzelt angeboten. Hier



bedarf es einer breiteren Aufklärungsarbeit, damit, wie Hemkendreis (2011b, S.132) formuliert, „ambulante psychiatrische Pflege ein selbstverständlicher Baustein ambulanter Versorgung werden kann“.

3 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 Aberhalden/Needham (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 eines dreistufigen Delphi-Verfahrens.



3.1 Erste Forschungsphase – Voruntersuchung

Die erste Forschungsphase diente der Vorbereitung der Delphi-Befragung. Im Rahmen dieser wurden a) die Anbieter ambulanter psychiatrischer Pflege in Niedersachsen zu strukturellen und organisatorischen Themen befragt und parallel b) eine Literaturrecherche zum Thema „Bezugspflege im ambulanten psychiatrischen Bereich“ durchgeführt.

a) Die Vorabbefragung hatte den Zweck eine Standortbestimmung der aktuellen Situation vorzunehmen. Die Antworten der Befragung lieferten Erkenntnisse zur Formulierung von konkreten Arbeitsthesen zum Begriff „Bezugspflegesystem“, welche dann anschließend im Delphi-Verfahren bewertet werden konnten. Der Fragebogen der Vorabbefragung beinhaltete neben allgemeinen Fragen auch Fragen zu Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Hierbei galt es insbesondere dem Setting der ambulanten psychiatrischen Pflege Rechnung zu tragen, weshalb die Grundlage für die Auswahl der zu befragenden Anbieter eine Adressliste der Pflegedienste mit Regelverträgen für „Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege“ in Niedersachsen war.² Diese Liste beinhaltete zu Beginn der Studie 28 Adressen von Anbietern ambulanter psychiatrischer Pflege. Diesen wurde neben ihrer Fachkompetenz zur Beantwortung der Fragen auch das erforderliche Wissen zum Themenbereich zugeschrieben. Daher bekamen die (stellvertretenden) Leiter bzw. Geschäftsführer der 28 Pflegedienste zum einen den Vorabfragebogen und zum anderen im Fortlauf der Studie die Thesenpapiere der einzelnen Delphi-Befragungsrunden elektronisch zugesandt. Nach der Rücksendung der Fragebögen fand eine statistische Auswertung statt.

b) Die Ergebnisse der Literaturrecherche dienten neben einem ersten Überblick über die aktuelle Studienlage zur Bezugspflege im Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege, der Formulierung der Arbeitsthesen des Delphi-Verfahrens. Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken MEDLINE, Pubmed, Thieme und Web of Science nach Schlüsselbegriffen durchgeführt, die explizit auf den Bereich der Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege in Deutschland Bezug nehmen. Schlüsselbegriffe waren daher die folgenden: ambulante psychiatrische Pflege, Bezugspflege, Bezugspersonenpflege, Bezugspersonensystem, Primary Nursing³, Beziehungspflege und Bezugspersonenpflegesystem. Die Literaturrecherche fand im März/April 2011 statt. Die Suche begrenzte sich auf Veröffentlichungen, welche im Zeitraum von 2004 bis 2011 fokussiert wurden. Die vorbereitende Literaturrecherche wurde ausgehend von dem erstellten Rahmenmodell nach Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien ausgewertet.

Ziel war es, anhand der Vorabbefragung und der Literaturrecherche Anregungen und Anhaltspunkte zur Formulierung von Aussagen zum Verständnis von Bezugspflege im ambulanten psychiatrischen Bereich zu

² Stand: Januar 2011, abrufbar unter http://www.caritasforumdemenz.de/pdf/app_02_2012.pdf (14.05.2012)

³ Einschränkung im Bezug auf die Begrifflichkeit „Primary Nursing“ und der ausführenden Bezugspflegekraft, der Primary Nurse, muss festgehalten werden, dass die Bezugspflegekraft im angelsächsischen Raum hauptsächlich administrative, organisatorische und überwachende Aufgaben hat und daher dort weniger als im deutschen Raum in die direkte Pflege eingebunden ist (Immos 1998).



erhalten. Diese wurden dann in einem nächsten Schritt zu Aussagen für die anstehende Delphi-Befragung umformuliert. Durch dieses Vorgehen wurde es möglich, in der 1. Delphi-Runde auf das Stellen von offenen Fragen zu verzichten und sogleich anhand der Erkenntnisse ein erstes Thesenpapier in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe zu erstellen. Das Thesenpapier gliederte sich dem Rahmenmodell folgend in Struktur-, Prozess- und Ergebnisbereiche.

3.2 Zweite Forschungsphase – Delphi-Befragung

Die Delphi-Methode ist eine Form der Befragung, die der Beantwortung einer komplexen Fragestellung dient. Delphi-Befragungen werden schriftlich durchgeführt, um die Anonymität des jeweiligen Teilnehmers innerhalb der zu befragenden Gruppe (Panel) zu wahren und das Meinungsbild nicht durch gruppendynamische Prozesse zu beeinflussen (Häder 2009).

Die im Rahmen der Studie durchgeführte Delphi-Befragung fand im Zeitraum von Juni bis Oktober 2011 statt. Teilnehmer des Panels waren – wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 4.1.1) – die zum Zeitpunkt der Erhebung in Niedersachsen tätigen 28 ambulanten psychiatrischen Pflegedienste. Grundlage der Befragung war das in der Voruntersuchung erstellte Thesenpapier. Dieses wurde an die Teilnehmer des Panels per E-Mail versandt. Die Teilnehmer wurden gebeten, jede der dargelegten Aussagen (Thesen) anhand einer fünfstufigen Skala hinsichtlich ihrer subjektiven Zustimmung zu bewerten.⁴ Zur Bewertung der Thesen hatten die Teilnehmer je 1 bis 2 Wochen Zeit. Nach den jeweiligen Rückmeldungen erfolgten statistische Auswertungen⁵, um den Konsens zu den einzelnen Thesen zu ermitteln. Thesen die keinen Konsens bzw. einen ablehnenden Konsens erhielten, wurden den Teilnehmern danach in einer zusammenfassenden Form (Zwischenerhebung) individuell vorgelegt. So bestand für jeden einzelnen Teilnehmer die Möglichkeit seine Antworten zu überdenken, zu kommentieren oder zu begründen. Auch konnten sie in diesem Rahmen Änderungsvorschläge oder Ergänzungen anbringen. Ziel war es hierbei, weitere, noch nicht berücksichtigte Aspekte zu erfassen, die dann wiederum bei der Erstellung eines zweiten Thesenpapiers beachtet wurden. Die Erstellung des zweiten Thesenpapiers erfolgte wieder in enger Absprache und Reflexion mit den Vertretern der Arbeitsgruppe. Dieses Vorgehen wurde sowohl in der zweiten, als auch in der 3. Delphi-Runde wiederholt.

Somit bestand nicht nur die Möglichkeit für die Berufsgruppe der ambulant professionell Pflegenden, ihre eigenen Vorstellungen hinsichtlich der Umsetzung von Bezugspflege darzulegen, sondern auch das Meinungsbild der befragten Teilnehmer zu erfassen, um schließlich aus den Meinungen einen Gruppenkonsens zum Verständnis der Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege zu ermitteln.

⁴ Die Antwortkategorien befinden sich im Anhang (vgl. A1).

⁵ Die Bestimmung inwieweit Konsens über die einzelnen formulierten Aussagen (Thesen) besteht, wurde anhand von Maßen der zentralen Tendenz, wie z.B. arithmetische Mittel, Median sowie mithilfe von Dispersionsmaßen, wie z.B. der Standardabweichung, bestimmt (Definition des Konsens, siehe A2).



Daher können die im Folgenden aufgeführten Ergebnisse der Delphi-Studie als Darstellung einer „Ist-Situation“ der Arbeitsweise der ambulanten psychiatrischen Pflegedienste verstanden werden.

Begriffserklärung:

Begriff	Definition
<i>Panel</i>	bezeichnet die Gesamtzahl der Befragten.
<i>Konsens</i>	bedeutet 'Übereinstimmung der Meinungen' hinsichtlich einer bestimmten Aussage.
<i>Aussagen</i>	sind die im Thesenpapier formulierten Thesen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse sowohl der ersten als auch der zweiten Forschungsphase beschrieben.⁶ Zunächst erfolgt ein Überblick über die Ergebnisse der Voruntersuchung und anschließend eine Aufführung der Ergebnisse der Delphi-Befragung.

4 Ergebnisse der Voruntersuchung

Zunächst werden die Ergebnisse der Vorabbefragung darlegt, bevor es darum geht die Literaturrecherche näher zu betrachten.

4.1 Ergebnisse der Vorabbefragung

An der Vorerhebung nahmen 17 der 28 Vertreter der Pflegedienste teil⁷. Anhand der Rückmeldungen wird deutlich, dass sich die an der Vorabbefragung teilnehmenden Pflegedienste im Zeitraum von 1994-2011 – überwiegend allerdings im Jahre 2011 (23,5%) – gründeten. Das von ihnen zu betreuende Versorgungsgebiet erstreckt sich über den ländlichen und den städtischen Bereich. Nach eigenen Angaben sind die Pflegedienste überwiegend im ländlichen Bereich (41,2%) und als alleinige ambulante psychiatrische Pflegedienste tätig (52,9%). Den Rückmeldungen nach sind alle Pflegedienste als psychiatrische Krankenpflege zugelassen. Weitere Zulassungen liegen vor

- als Häusliche Krankenpflege bei 29,4%.
- als gerontopsychiatrischen Krankenpflege bei 52,9%.

⁶ Hinweis: Das Kurzkonzept zur Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege beinhaltet lediglich die zugestimmten Ergebnisse der Delphi-Befragung.

⁷ Eine Übersicht über den Rücklauf des Vorabfragebogen und der Thesenpapiere von der 1. bis zur 3. Runde befindet sich im Anhang (vgl. A3).



- im Bereich der Soziotherapie bei 41,2%.
- im Bereich des SGB XI bei 35,3%.
- im Bereich des SGB XI §45 a-d (niedrigschwellige Betreuung) bei 23,5% .
- im Bereich des SGB XI §45 a-d (qualitätssichernde Betreuung) bei 17,6% .
- im Bereich des SGB XII bei 47,1% .

82,4% der Pflegedienste die den Vorabfragebogen beantworteten, haben einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen. Auf der organisatorischen Ebene arbeitet der Großteil der Pflegedienste mit 4 bis 10 Mitarbeitern (70,6%). Die Mitarbeiterzahl variiert zwischen minimal 5 und maximal 42. Nur in zwei Pflegediensten werden examinierte Altenpflegekräfte beschäftigt (3 Mitarbeiter bzw. 5 Mitarbeiter). Diese beiden Dienste besitzen auch die Zulassung zur gerontopsychiatrischen Krankenpflege. In der Regel sind alle Mitarbeiter Bezugspflegekräfte. Nur in zwei Pflegediensten sind nicht alle Mitarbeiter als Bezugspflegekräfte tätig (9 Mitarbeiter; 14 Mitarbeiter). Monatlich werden vorwiegend 1 bis 50 Patienten durch die Mitarbeiter betreut (58,8%). Zwei Pflegedienste geben an, dass sie mehr als 151 Patienten im Monat zur Betreuung haben. Die Zuteilung der Mitarbeiter zu den Patienten erfolgt in 88,2% der Fälle durch die fachliche Leitung, lediglich in 5,9% der Fälle durch die Mitarbeiter selbst oder in gegenseitiger Absprache. Als ausschlaggebende Kriterien bei der Zuteilung der Bezugspflegekraft werden folgende benannt: Geschlecht, Patientenwunsch, Kompetenz des Mitarbeiters (im Bezug auf die Erkrankung des Patienten und seine persönlichen Eigenschaften), regionaler Bezug und Kapazität des Mitarbeiters. In 6 von 17 Fällen wird die Bezugspflege von der Aufnahme des Patienten bis zur Entlassung des Patienten alleinig von der Bezugspflegekraft übernommen. In 4 von 17 Fällen wird die Bezugspflegekraft bei diesem Prozess von einer Pflegeperson unterstützt. Hingegen wird der Patient in 7 von 17 Fällen durch die fachliche Leitung aufgenommen und danach ein oder zwei Bezugspflegekräften zugeteilt. Eine Kontinuität bei der Wiederaufnahme eines Patienten ist in allen Fällen geregelt. Feste Regeln zum Wechsel einer Bezugspflegeperson gibt es nur in 8 von 17 Fällen.

Die Steuerung der Patientenkontakte zur Bezugspflegekraft erfolgt in 10 von 17 Fällen über die Bezugspflegekraft. In 6 von 17 Fällen wird diese durch die Bezugspflegekraft und die fachliche Leitung übernommen und in einem Fall allein durch die fachliche Leitung. Die Kommunikation bzgl. der Steuerung wird zu 100% in Teammeetings, in 52,9% über die Behandlungskonferenzen und in 76,5% über Einzelgespräche zwischen fachlicher Leitung und Bezugspflegekraft vorgenommen. Weitere Möglichkeiten die genutzt werden, sind die Kommunikation über ein Dokumentationssystem, per Diensthandy oder in Form von schriftlichen Einsatzplänen.



In ihrer Arbeit als Bezugspflegekraft kommt bei 15 von 17 Pflegediensten ein Pflegemodell (88,2%) zum Einsatz. Durchschnittlich wird ein Mix aus 2 bis 4 unterschiedlichen Modellen in der Praxis umgesetzt. Häufigste Anwendung finden das Pflegemodell von Monika Krohwinkel (35,3%), das Beziehungsmodell nach Peplau (11,8%), das Pflegemodell nach Orem (11,8%) sowie das nach Abderhalden/Needham (11,8%). Hinsichtlich der Organisation des Pflegedienstes:

- halten 17 Pflegedienste ein Bezugspflegekonzept vor.
- halten 11 von 17 ein Organisationskonzept, Pflegekonzept sowie standardisierte Handlungsempfehlungen (wie z.B. die der IV-Verträge, ärztliche Verordnungen, Umgang mit Notfällen/(vollzogener) Suizid, usw.) vor.
- halten 8 von 17 ein Fortbildungskonzept vor.
- bieten 13 von 17 Supervision an.
- halten 9 von 17 sowohl ihren Mitarbeitern als auch der Leitungskraft eine Stellenbeschreibung vor.

Lediglich bei 8 von 17 Pflegediensten findet eine Pflegediagnostik statt. Hier ist in zwei Fällen (1,8 %) die Bezugspflegekraft alleinig und in drei Fällen (17,6 %) zusammen mit der fachlichen Leitung für die Durchführung der Pflegediagnostik zuständig. In den 3 weiteren Pflegediensten führt die fachliche Leitung (17,6 %) die Pflegediagnostik allein durch. Eine Pflegeanamnese wird ebenso wie eine Pflegeplanung und eine Aktualisierung des Pflegeprozesses in allen Pflegediensten durchgeführt. In der Mehrheit der Fälle ist die Bezugspflegekraft für die Umsetzung dieser Schritte zuständig (Anamnese: 9; Planung: 11; Aktualisierung: 11), manchmal noch in Kombination mit der Leitung (Anamnese: 3; Planung: 3; Prozess: 5). Eher in Ausnahmefällen werden diese Tätigkeiten ausschließlich durch die Leitung vorgenommen (Anamnese: 3; Planung: 3; Prozess: 1). Verantwortlich für die Durchführung dieser Schritte im Pflegeprozess ist hauptsächlich die Bezugspflegekraft. Auch die Informationsweitergabe über Veränderungen im Behandlungsprozess erfolgt in allen Fällen durch die Bezugspflegekraft. Wohingegen die Bezugspflegekraft nur in 13 von 17 Fällen für die Vermittlung von Informationen bzgl. der Organisation der ambulanten psychiatrischen Pflege zuständig ist.

Durchschnittlich werden Angehörigengespräche (41,2%) und Angehörigenedukation (35,3%) „meistens“ von den Bezugspflegekräften (durch)geführt. Angehörigenedukation wird in Form von Einzelkontakten (70,6%) oder Familiengesprächen (82,4%) durchgeführt. Lediglich in einem Fall wurde die Methode des Gruppengesprächs (5,9%) angewandt. Der Kontakt zum Hausarzt (88,2%), zum Facharzt (100%), zur Fachklinik (88,2%), zu den Ämtern (82,4%), zum somatischen Pflegedienst (82,4%) und zum Psychosozialen Netzwerk (94,1%) wird hauptsächlich durch die Bezugspflegekraft vorgenommen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Bezugspflegekraft eine entscheidende Aufgabe in der



externen Kommunikation übernimmt. Durchschnittlich ist eine Kontinuität im Rahmen dieser Kontakte auch während anderer Versorgungsformen nur „selten“ gewährleistet (41,2%).

4.2 Literaturrecherche

Der Literaturrecherche lag die Suche nach Texten zugrunde, die sich ausschließlich auf Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege bezogen und im Zeitraum von 2004 bis 2011 deutschsprachig publiziert wurden. Ausgeschlossen wurden Artikel mit wenig Informationsgehalt sowie Artikel, die nicht primär das Thema ambulante psychiatrische Pflege erörterten. Nach Sichtung der Artikel anhand der vorliegenden Abstracts ergab die Suche 17 relevante Artikel. Eine Unterteilung der gefundenen Literatur in Erfahrungsberichte (Mahler 2004, Prins 2007, Walter 2007, Jensen et al. 2008, Gava 2010; Hemkendreis 2011a/b), in Zeitschriftenartikel (Abderhalden/Needham 1999; Donabedian/Bashshur 2003; Galgon 2005, Schulz 2005, Banger 2006, Visch-Sluyter 2007, Kersting 2008, Behrens/Langer 2010, Richter et al. 2010) und in Projektberichte (Küssner/Wagner 2009) war möglich. Während der inhaltlichen Sichtung der Artikel wurden für die Beantwortung der Forschungsfrage bedeutsame Aspekte herausgearbeitet. Die Erarbeitung dieser erfolgte anhand des beschriebenen Rahmenmodells nach Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Die Ergebnisse flossen in die Erstellung der Theseninhalte mit ein. Zusätzlich lieferte die Arbeit von Abderhalden/Needham (1999) wichtige Erkenntnisse bei der Erstellung der Thesen.

5 Ergebnisse der Delphi-Befragung

Die Aufführung der Ergebnisse der Delphi-Befragung orientiert sich an der Theorie und Praxis der Qualitätssicherung von Donebian (1988). Dies entspricht nicht nur einer allgemein gängigen Praxis im Rahmen der Erstellung von Konzepten. Die Unterteilung von Pflegequalität in die Bereiche Struktur, Prozess und Ergebnis gewährleistet auch eine zügige Implementierung der Ergebnisse in den Alltag der Pflegepraxis. Die folgende Beschreibung der aufgeführten Aussagen nimmt Bezug auf den Stand der Konsensfindung nach der abschließenden 3. Delphi-Runde. In dem hier vorliegenden Konzept zur Bezugspflege in der ambulanten psychiatrischen Pflege werden die erhobenen Aussagen geordnet nach zustimmendem Konsens, keinem Konsens oder ablehnendem Konsens aufgeführt. Zudem erfolgt in Teilen der Aufführung der Ergebnisse eine Einstufung in hohen und mäßigen Zustimmungskonsens.

Im Anhang befindet sich eine Übersicht zu den im Folgenden beschriebenen Aussagen (vgl. A5-7). Zudem wird nach der Aufführung der Aussagen in Klammern stets eine Itemnummer vermerkt. Auf diese Weise wird dem Leser ermöglicht, selbst noch einmal den Stand der Konsensfindung nachzuvollziehen, da er im Anhang das entsprechende Item nachschlagen kann.



5.1 Konzeptuelle Ebene

Zunächst werden die erhobenen Aussagen hinsichtlich der konzeptuellen Ebene dargelegt. Diese setzen sich mit der allgemeinen Bedeutung der ambulanten psychiatrischen Bezugspflege auseinander. Die folgenden Ergebnisse zeigen eine Definition von Bezugspflege, eine Beschreibung des Wesens der Bezugspflege und eine erste Spezifizierung bezüglich der Inhalte, Elemente, Voraussetzungen, Funktionen und Aufgaben der Bezugspflege auf.

5.1.1 Begrifflichkeiten – Bezeichnung für den Ausführenden der Bezugspflege

In der Literatur wird der Ausführende der Bezugspflege primär als „Bezugspflegekraft“ oder „Bezugspflegetherapeut“ bezeichnet (Abderhalden/Needham 1999). Diese beiden Begrifflichkeiten wurden den Panel-Teilnehmern zur Bewertung vorgelegt: „Bezugspflegekraft“ (Item 2, 128*) und „Bezugstherapeut“ (Item 3, 129*). Dem Begriff „Bezugspflegekraft“ konnte mit Konsens zugestimmt werden, während das Synonym „Bezugspflegetherapeut“ keinen Konsens erhielt. Demnach wird die ausführende Pflegekraft im weiteren Verlauf „Bezugspflegekraft“ genannt. Uneinigkeiten bezüglich des Synonyms „Bezugstherapeut“ können darauf zurückgeführt werden, dass der Begriff „Therapeut“ im Allgemeinen zu undifferenziert verwendet wird. Zudem stellt der Begriff in den Augen eines Panel-Teilnehmers eine professionelle Aufwertung dar. Zudem könnte dies, so die Rückmeldung weiter, eine nicht nur mögliche Vermischungsgefahr mit anderen therapeutischen Bereichen, Begrifflichkeiten und/oder Professionen führen, sondern auch bezugnehmend auf die Arbeitsweise bzw. Aufgabenspanne zwischen Bezugspflegearbeit und therapeutischer Arbeit zu keiner klaren Abgrenzung führen. „Therapie“ bedeutet für einige der Teilnehmer aus medizinischer Sicht „Behandlung“. Hingegen ist der Begriff Bezugspflegekraft insbesondere in Fachkreisen bekannt und beinhaltet sowohl eine Abgrenzung zu anderen „Heilberufen“ als auch eine in ihren Aufgaben klare strukturelle Trennung. Limitierend muss hier erwähnt werden, dass darauf verzichtet wurde, die Begrifflichkeiten „Bezugsperson“ und „pflegerische Bezugsperson“ zu erheben. Ziel war es, einen einheitlichen klar umschriebenen Begriff für den Ausführenden der Bezugspflege definieren zu können.

5.1.2 Konzeptuelle Definition

Zur Definition dessen, was die Panel-Teilnehmer unter Bezugspflege im ambulanten psychiatrischen Bereich verstehen, wurde die Begrifflichkeit „Pflegeorganisationsform“ herangezogen. Darunter ist zu verstehen, dass Pflege in der Organisation geplant und umgesetzt wird. Die Aussage „Bezugspflege ist eine Pflegeorganisationsform“ (Item 1, 127*), erreichte über zwei Delphi-Runden einen hohen Konsens über Zustimmung. Allerdings gab es auch kritische Rückmeldungen. So wurde angemerkt, dass die Bezeichnung „Pflegeorganisationsform“ im ambulanten Rahmen noch eine eindeutige Definition benötigt. Deutlich wurde, dass in der Arbeit der ambulanten psychiatrischen Pflege eine am Patienten orientierte



Organisationsform als zugrunde liegendes System, das bestmögliche System ist (Schlettig/von der Heide 1995).

5.1.3 Hauptmerkmale und Grundlagen der Bezugspflege

Im nächsten Abschnitt geht es darum, Hauptmerkmale der ambulanten psychiatrischen Pflege zu benennen. Unter die Kategorie Hauptmerkmale zählen auch Grundlagen und Prinzipien in der Arbeit von ambulanter psychiatrischer Pflege. Den Teilnehmern des Panels wurden sieben Hauptmerkmale und zwei Grundlagen zur Bewertung vorgestellt. Einheitlich mit einem hohen Konsens über Zustimmung wurden die folgenden Hauptmerkmale angenommen: Kontinuität im Behandlungsablauf (Item 6, 131*) und Patientenorientierung (Item 10)⁸. Weitere Hauptmerkmale der Bezugspflege, die mit einem Konsens über Zustimmung angenommen wurden, sind: Reflexion (Item 8, 133*), direkte Kommunikation mit z.B. dem Facharzt, den Angehörigen und dem sozialen Netzwerk (Item 9, 134**) und die umfassende Verantwortung (Item 11). Die Verantwortung im Bezug auf die Koordination und Durchführung des Pflegeprozesses obliegt der Bezugspflegekraft, wobei in der Betreuungsphase und darüber hinaus der Patient grundsätzlich für sich selbst verantwortlich ist (Item 186***). Dem wurde von Seiten der Panel-Teilnehmer mit Konsens zugestimmt. Dieser Grundhaltung folgend, wurde der Aussage, dass die verbindliche Verantwortung für den Patienten bei der Bezugspflege liegt, nur mäßig zugestimmt (Item 136**).

Insbesondere das Hauptmerkmal „Kontinuität“, so zeigt sich im späteren Verlauf, scheint auch bei den Wiederaufnahmen ein wichtiger Faktor zu sein (s. Kapitel 5.2.1.3). Der Verweis eines Teilnehmers bestätigt diesen Eindruck. Er merkt an, dass Patienten mit wechselnden Kontakten in der aufsuchenden psychiatrischen Pflege meist mit Irritation reagieren. Daher ist eine kontinuierliche und vertrauensvolle Beziehung im gesamten Behandlungsverlauf wichtig. Kontinuität und die daraus – im besten Fall – resultierende Beziehungsbildung der Bezugspflegekraft zum Patienten, kann demnach als Motor der pflegerischen Betreuung bezeichnet werden.

Grundlage der Bezugspflegearbeit sind nach Meinung des Panels, mit einem hohen Konsens über Zustimmung, eine vertrauensvolle (Item 4) und eine stabile (belastbare) Pflegebeziehung (Item 5, 130*). Zudem – mit einem hohen Konsens über Zustimmung – trägt die Bezugspflegekraft innerhalb ihrer Arbeit die pflegerische Verantwortung (Item 184***). Dass die fachliche Verantwortung innerhalb der Bezugspflegearbeit auf Seiten der fachlichen Leitung liegt, erhielt im Rahmen des Delphi-Verfahrens nur einen mäßigen Konsens über Zustimmung (Item 185***).

⁸ Das Item wurde in der 2. Runde abermals erhoben (Item 135*). Hier erhielt die Aussage nur noch einen Konsens über Zustimmung.



Die Koordination der direkten Patientenversorgung wurde als ein weiterer wichtiger Bestandteil der Bezugspflege mit Konsens über Zustimmung angenommen (Item 183**). Dies als ein Hauptmerkmal zu definieren, fand allerdings keinen Konsens bei den Teilnehmern (Item 132).

5.2 Operationelle Ebene

Zur Durchführung der ambulanten psychiatrischen Pflege werden an die Pflegedienste Anforderungen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gestellt (nach Vertrag §132 a Abs. 2 SGB V). Die nun folgenden Ausführungen, die sich primär auf die operationelle Ebene beziehen, werden daher noch einmal unterteilt in:

- Strukturkriterien (materielle, personelle und organisatorische Voraussetzungen, wie z.B. Organisation, Führung, Ressourcen),
- Prozesskriterien (inhaltliche Parameter, wie z.B. Aufgaben, Pflegeprozess, Beziehung) und
- Ergebniskriterien (Ergebnisse im Bezug auf Patienten, Angehörige, Bezugspflegekraft, usw.).

5.2.1 Strukturkriterien

5.2.1.1 Personal-fachliche Qualifikation

Ambulante psychiatrische Pflege verfolgt sowohl das Ziel, den klinischen Behandlungserfolg zu sichern und erneuten Krankenhausaufenthalten vorzubeugen als auch Krankheiten mittel- und langfristig zu heilen bzw. einer Verschlechterung des Krankheitsbildes entgegenzuwirken. Um diesen hohen Anforderungen der ambulanten psychiatrischen Pflege als Leistung des SGB V gerecht werden zu können, bedarf es einer bestimmten Qualifikation.

Dass dieser Qualifikation Hilfskräfte ohne eine dreijährige pflegerische Ausbildung nicht entsprechen und damit die Rolle der Bezugspflegekraft nicht übernehmen können, wurde mit einem hohen Konsens über Zustimmung angenommen (Item 15). Auf die hier anvisierten Qualifikationserfordernisse wurde explizit von einigen Studienteilnehmern eingegangen, indem sie auf die geltenden Anforderungen der Regelversorgung verwiesen (analog der Qualifikationsanforderungen des niedersächsischen Regelvertrages nach § 132 a Abs. 2 SGB V, Nr. 16-18).



5.2.1.2 Personalausstattung und -einsatz

Zu den strukturellen Aspekten gehört u.a. die Frage nach einer Beschreibung des Arbeitsbereiches, in welcher noch einmal spezifischer auf Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung für zukünftige Stelleninhaber/-innen der ambulanten psychiatrischen Pflege eingegangen wird. Mit der Aussage „Es wird eine Stellenbeschreibung für Bezugspflegekräfte im Pflegedienst vorgehalten“ (Item 14) wurde erfragt, ob eine solche Stellenbeschreibung vorliegt. In dieser Formulierung wurde der Aussage nur mäßig zugestimmt. Durch die Modifizierung der Aussage dergestalt, dass es sinnvoll wäre, eine solche Stellenbeschreibung zu haben (Item 137**), wurde ein Konsens über Zustimmung erreicht.

Darüber hinaus wurden standardisierte Handlungsempfehlungen zum Umgang mit spezifischen Krankheitsbildern und psychiatrischen Pflegephänomenen mit einem Konsens der Zustimmung als hilfreich erachtet (Item 12, 13). Bei diesen Handlungsempfehlungen handelt es sich um Interventionen, wie z.B. Suizidprävention, Kriseninterventionen, Aufnahme- und Entlassungsprozesse oder spezifische Pflegephänomene (wie z.B. Angst und Panik, Zwangsgedanken und -handlungen, Wahninhalte etc.).

5.2.1.3 Organisation und Zuteilung der Bezugspflege

Im Verlauf der Delphi-Studie wurden verschiedene Thesen bezüglich der Zuteilung der Patienten erhoben. Die Thesen beinhalteten Aussagen zur Zuständigkeit für die Zuteilung sowie zu Kriterien, die bei der Zuteilung des Patienten eine Rolle spielen. Zunächst allerdings soll es um die Zuständigkeit der Bezugspflegekraft in Hinblick auf den Patienten gehen.

5.2.1.3.1 Organisation der Bezugspflege

Jeder Patient erhält eine hauptverantwortliche Bezugspflegekraft (Item 16). Die Teilnehmenden stimmen mehrheitlich, mit einem hohen Konsens der Zustimmung, mit dieser Form der Organisation der Bezugspflege überein (vgl. Prinzipien des „Primary Nursing“, Needham 2000). Die Aussage, dass jeder Patient in der Regel eine hauptverantwortliche Bezugspflegekraft zugeteilt bekommt, auch ohne Berücksichtigung des Bereitschaftsdienstes, erhielt einen Konsens der Zustimmung (Item 138**). Einem Kommentar zufolge wurden in der Praxis mit der Zuteilung einer hauptverantwortlichen Bezugspflegekraft gute Erfahrungen gemacht. Durch diese Zuordnung werden klare Verhältnisse geschaffen, da die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich in einer Hand liegt, was u.a. bedeutet, dass auch die pflegerische Verantwortung (z.B. Regelung von Vertretung) ausschließlich von einer Person übernommen wird. Dies schafft v.a. Transparenz im Pflegeprozess. Zudem wird durch die Zuteilung einer hauptverantwortlichen Bezugspflegekraft dem Patient ermöglicht, diese als verlässlichen Ansprechpartner zu erleben.

Hingegen konnte betreffend der Aussage kein Konsens gefunden werden, dass der zu betreuende Patient zwei (gleichberechtigte) verantwortliche Bezugspflegekräfte (Item 17, 139***) bzw. zwei Bezugspflegekräfte – wobei eine die hauptverantwortliche und die andere die stellvertretende



Bezugspflegekraft ist (Item 18) – erhält. Ebenfalls keine eindeutige Zuordnung konnte die Aussage erreichen, wonach jeder Patient eine hauptverantwortliche und mehrere stellvertretende Bezugspflegekräfte hat (Item 20). Die Aussage, dass die Organisation der Bezugspflege durch mehr als zwei verantwortliche Bezugspflegekräfte geschehen muss, erhielt ebenso keinen Konsens. Hinsichtlich der Aussage, dass zwei gleichberechtigten Bezugspflegekräften die Verantwortung des Pflegeprozesses zugeordnet wird, wurde von einem Teilnehmer angemerkt, dass hierbei Reibungsverluste hervorgerufen werden könnten. Ein weiterer Panel-Teilnehmer merkte an, es sollte automatisch eine Vertretung, die durchaus über zwei Bezugspflegekräfte hinausgehen kann, benannt werden, wenn ein Patient eine hohe Einsatzfrequenz mit 14 Einheiten pro Woche hat. Eine solch hohe Frequenz scheint in der Praxis kaum durch eine einzelne Bezugspflegekraft realisierbar. Es sollte dennoch eine klare Begrenzung in der Arbeit der Bezugspflegekraft als Bezugsperson geben, z.B. in Form der Benennung einer hauptverantwortlichen Bezugspflegekraft, die dann die Verantwortung und Entscheidungsbefugnis für den Pflegeprozess und die Behandlungsplanung trägt. In diesem Fall sollte zudem stets eine enge und aufklärende Absprache mit dem Patienten stattfinden.

5.2.1.3.2 Zuständigkeit für die Zuteilung der Bezugspflegekraft

Verschiedenen Autoren folgend, ist der Klinikeintritt ein idealer Zeitpunkt für die Zuteilung⁹ des Patienten zu einer Bezugspflegekraft (Abderhalden/Needham 1999, Immos 1998). Bezugnehmend auf den ambulanten Bereich bedeutet dies, wenn der Patient erstmalig dem ambulanten Pflegesystem zugeführt wird. Falls der Patient abermals vorstellig wird, kann die Zuteilung – wie von Schädle-Deininger/Villinger (1997) präferiert – bereits vor der Aufnahme des Patienten erfolgen, da dieser bekannt ist und wahrscheinlich die „alte“ Bezugspflegekraft erhält. Die Zuteilung der Bezugspflegekraft zu einem Patienten, sowohl im Rahmen der Erstaufnahme als auch bei der Wiederaufnahme, erfolgt dann durch die fachliche Leitung (Item 21, 187***).

Die Aussage, dass die Zuteilung der Bezugspflegekräfte durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes erfolgt, erhielt keinen abschließenden Konsens (Item 22).

5.2.1.3.3 Kriterien für die Zuteilung

Im Rahmen des Themenkomplexes „Zuteilung“ wurden verschiedene Kriterien die bei der Zuteilung eine Rolle spielen könnten erhoben. In der Literatur wurde auf folgende Kriterien hingewiesen: freie Kapazitäten (Abderhalden/Needham 1999), Patientenwunsch (Schädle-Deininger/Villinger 1997), geschlechtsrelevante Überlegungen sowie die Berücksichtigung des Interesses eines Mitarbeiters am Krankheitsbild (Abderhalden/Needham 1999). Kriterien werden im Folgenden ihrer Bewertung nach aufgeführt.

⁹ Der Begriff „Zuteilung“ ist im Rahmen des Konzeptes im Sinne einer Zuweisung/Zuordnung zu verstehen.



Einen Konsens über Zustimmung erhielten die Zuteilungskriterien:

- freie Kapazitäten des Mitarbeiters (Item 141*, 188**) ¹⁰,
- fachliche Kompetenz des Mitarbeiters (Item 24, 142*, 189**).

Demnach spielen scheinbar sowohl ökonomische als auch fachliche Gesichtspunkte bei der Zuteilung der Bezugspflegekräfte eine entscheidende Rolle.

Keinen Konsens erhielten die Zuteilungskriterien:

- das Geschlecht des Mitarbeiters bei Patientenwunsch (Item 27, 140**),
- der regionale Bezug des Mitarbeiters zum Wohnort des Patienten (Einsatzort) (Item 25, 143*, 190**),
- der Wunsch des Patienten (Item 26, 144*, 191**) und
- die Präferenz des Mitarbeiters hinsichtlich des vorzufindenden Krankheitsbildes (Item 192***).

Zu beachten ist, dass es sich hierbei um Kriterien handelt, die zur Orientierung bei der Zuteilung des Patienten dienen. So ist es durchaus möglich, dass lediglich eines der Kriterien oder gar keines zum Tragen kommt.

5.2.1.3.4 Informationsvermittlung über Zuteilung an Dritte

Zu den Aufgaben der Bezugspflegekraft gehört es – nach Ansicht der Panel-Teilnehmer – in der Regel Dritte, wie z.B. Angehörige, über die Zuteilung als Bezugspflegekraft zu einem Patienten zu informieren (Item 156**) ¹¹.

Die Aussage, dass diese Information auch von Seiten der fachlichen Leitung an Dritte vermittelt werden kann, erhielt keine eindeutige Mehrheit (Item 49). Zudem konnte kein Konsens erreicht werden bei der generellen Bestätigung der Aussage, dass die Zuteilung als Bezugspflegekraft zu einem Patienten stets an Dritte kommuniziert wird (Item 155***).

¹⁰ In der 1. Runde erhielt dieses Item keinen Konsens (Item 23).

¹¹ In der Formulierung der 1. Runde, in der die Aussage darauf abzielte, dass generell die Bezugspflegekraft die Kommunikation der Zuteilung an Dritte übernimmt, konnte nur ein mäßiger Konsens erreicht werden (Item 50).



5.2.1.3.5 Patientenwechsel auf Wunsch der Bezugspflegekraft

Es liegt ein Konsens über Zustimmung darüber vor, dass ein Wechsel der Bezugspflegekraft nur in Ausnahmesituationen möglich ist (Item 197***). Dies sollte nach Kistner (2002) umfangreich in einer Supervision oder einem Teamgespräch mit allen Mitgliedern des Teams reflektiert werden. Außerdem sollte ein möglicher Wechsel einer strengen Regulierung der fachlichen Leitung unterliegen. Neben negativen Gründen die zu einem Wechsel der Bezugspflegekraft führen können, verweisen Schädle-Deiniger/Villinger (1997) auch auf die positive Seite. So ist es – den Autoren folgend – möglich, dass eine Bezugspflegekraft eine besonders gute Beziehung zu einem Patienten aufgebaut hat, der ihr zunächst nicht zugeteilt war. Dennoch muss stets der Aspekt der Kontinuität bedacht werden. Diese kann durch hohe Fluktuationen oder Hektik nicht nur auf Seiten des Patienten, sondern auch auf Seiten der Mitarbeiter zu Verwirrungen führen.

5.2.1.3.6 Wiederaufnahme eines Patienten

Dass das Hauptmerkmal von Bezugspflege Beziehungskontinuität ist, wurde bereits im Rahmen der konzeptuellen Ebene dargelegt (vgl. Kapitel 5.1.3). Daher ist es nicht verwunderlich, dass Beziehungskontinuität für die Panel-Teilnehmer bei der Wiederaufnahme von bereits bekannten Patienten ebenfalls ein wichtiger Faktor ist (Item 28). Diesem Hauptmerkmal folgend, gab es einen zustimmenden Konsens darüber, dass der Patient in der Regel dieselbe Bezugspflegekraft zugeordnet bekommt, die schon in der vorangegangenen Betreuung für ihn zuständig war (Item 29, 145**). Trotz der Gewährleistung von Beziehungskontinuität sollte darauf geachtet werden, dass die Bezugspflegekraft die für die Betreuung des Patienten verantwortlich ist, freie Kapazitäten aufweist (Item 193**) ¹². Es kann – mit mäßigem Konsens über Zustimmung – allerdings aus therapeutischen Gründen zu einer Neubenennung der Bezugspflegekraft bei einer Wiederaufnahme kommen (Item 147**) ¹³.

Die Aussage, dass die Versorgung in der Regel durch eine andere Bezugspflegekraft ersetzt wird, sollte die Bezugspflegekraft, die die vorangegangene Betreuung des nun abermals aufzunehmenden innehatte, keine freien Kapazitäten haben, erhielt keinen Konsens (Item 31, 194**). Ebenfalls kein Konsens konnte bei der Aussage gefunden werden, dass der Patient bei der Wiederaufnahme die Bezugspflegekraft erhält, welche in seiner Region tätig ist, auch wenn diese vorher nicht für ihn zuständig war (Item 32, 195**). Keine klare Beurteilung erhielt zudem die Aussage, dass eine Bezugspflegekraft, die vorher nicht für den Patienten zuständig war, regional aber näher an dem Wohnort des Patienten arbeitet, diesen Patienten bei der Wiederaufnahme zugeteilt bekommt (Item 195***).

¹² In den ersten beiden Delphi-Runden herrschte seitens der Panel-Teilnehmer keine eindeutige Meinung zu dieser Aussage, so dass sie zunächst keinen Konsens erhielt (Item 30, 146*).

¹³ Die Neubenennung aus therapeutischen Gründen wurde zunächst mit keinem Konsens bewertet (Item 33). Erst in der 2. Runde erhielt die Aussage einen mäßigen Konsens über Zustimmung (Item 147**).



5.2.1.3.7 Vertretung

Im Rahmen der Delphi-Studie ist deutlich geworden, dass eine verbindlich klare Vertretungsregelung als sinnvoll erachtet wird (Item 148**). In der Praxis scheint es diesbezüglich feste Absprachen noch nicht zu geben, da dieser Aussage nur mit einem mäßigen Konsens zugestimmt wurde (Item 34). Eindeutig ist, dass die hauptverantwortliche Bezugspflegekraft Aufgaben an die Vertretung delegiert, da hier ein Konsens über Zustimmung vorlag (Item 40). Ebenso wurde mit einem hohen Konsens zugestimmt, dass es eindeutig die Aufgabe der Bezugspflegekraft ist, den Patienten über die Vertretung zu informieren (Item 39, 151*).

Vertretung im Urlaub und/oder bei Krankheit

Während Konsens darüber besteht, dass die Vertretung in Zeiten von Urlaub oder Erkrankung durch eine feste Vertretung zu erfolgen hat (Item 151*)¹⁴, findet die Umsetzung der Vertretung in Form eines rotierenden Bereitschaftsdienstes keinen Konsens bei den Panel-Teilnehmern (Item 37).

Vertretung am Wochenende und/oder an Feiertagen

Keinen Konsens konnten die Aussagen erreichen, dass die Bezugspflege am Wochenende und/oder an Feiertagen durch einen rotierenden Wochenenddienst erfolgt (Item 35, 149*), der wiederum durch die fachliche Leitung koordiniert wird (Item 196***) oder durch eine feste Vertretung durchgeführt wird (Item 36).

In diesem Kontext merkte ein Teilnehmer an, dass Wochenendkontakte in der Regel durch die Bezugspflegekraft, in zweiter Linie durch die feste Vertretung und nur im Ausnahmefall durch den rotierenden Bereitschaftsdienst zu versorgen sind. In Zusammenhang mit den Vertretungsregelungen wurde weiter kommentiert, dass bei der Vertretungsplanung ein Unterschied in der Dauer und Form der Abwesenheit der Bezugspflegekraft besteht. Sollte nur eine kurze Abwesenheit vorliegen, könnte die Bezugspflegekraft die Kontakte dementsprechend planen und über die Notwendigkeit einer Vertretung selbstständig entscheiden. Bei langfristiger bzw. geplanter Abwesenheit sollte die Vertretung durch die Bezugspflegekraft koordiniert und die Vertretungskraft frühzeitig mit einbezogen werden. Fällt die Bezugspflegekraft aufgrund von Krankheit aus, soll die Planung der Organisation der Vertretung durch die fachliche Leitung übernommen werden.

¹⁴ Nach dem die Aussage in der 1. Runde noch mit mäßigem Konsens angenommen wurde (Item 38), stimmten in der 2. Runde die Mehrzahl der Panel-Teilnehmer dem Inhalt dieser Aussage zu.



5.2.1.4 Aufgaben der fachlichen Leitung

Die Teilnehmer des Panels sind sich mit einem zustimmenden Konsens darüber einig, dass es die Aufgabe der fachlichen Leitung ist, die Bezugspflegekräfte professionell zu unterstützen (Item 45). Unterstützung wird den Mitarbeitern der ambulanten psychiatrischen Pflege zuteil, indem die fachliche Leitung Supervision zur Arbeit am und mit dem Patienten durchführt. Zudem koordiniert und organisiert sie für ihre Mitarbeiter Möglichkeiten zur Ausbildung sowie zur Fort- und Weiterbildung. Ein Konsens über Zustimmung bestand darin, dass der Bezugspflegekraft durch die fachliche Leitung stets ein Zugang zu Möglichkeiten der Beratung und Supervision zur Verfügung steht (Item 46).

Während der drei Delphi-Befragungsrunden konnten weitere primäre Aufgaben der fachlichen Leitung konkretisiert werden. Die im Folgenden genannten Aufgaben wurden jeweils mit hohem Konsens über Zustimmung angenommen. So führt z.B. die fachliche Leitung – auf Nachfrage der Bezugspflegekraft und zur Erhöhung der Fachkompetenz – Beratungs- und Reflexionsgespräche zu speziellen Fragestellungen durch (Item 201***). Nach Bedarf kann die Bezugspflegekraft durch die fachliche Leitung Team- oder Einzelsupervisionen, einschließlich einer Unterstützung in der Fallsteuerung von Pflegeprozessen, erhalten (Item 202***). Zudem bündelt und steuert die fachliche Leitung auf der Leitungsebene Aufträge und Anfragen (Item 203***).

5.2.2 Prozesskriterien

5.2.2.1 Pflegeprozess

Nach den Festschreibungen des niedersächsischen Vertrages zur häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege hat die Bezugspflegekraft im ambulanten Bereich die Aufgabe die Pflegeprozessmethode anzuwenden (vgl. §132 a Abs. 2 SGB V, Kapitel 19). Die Ausführungen der folgenden Kapitel stellen daher die im Rahmen der Studie erhobenen Schritte zum Pflegeprozess im Bezug auf die Vorbereitung, Durchführung und Evaluation ambulanter psychiatrischer Bezugspflege dar.

5.2.2.1.1 Umsetzung des Pflegeprozesses und der Behandlungsplanung – Pflegeanamnese

Zunächst geht es darum eine klare Differenzierung der Verantwortlichkeiten im Bezug auf die Informationssammlung darzulegen. Diese werden folgend getrennt nach Aufgaben der Bezugspflegekraft und nach Aufgaben der fachlichen Leitung beschrieben.

Durch die Bezugspflegekraft:

Mit einem hohen zustimmenden Konsens wurde bewertet, dass die Bezugspflegekraft den Patienten über alle im Folgenden beschriebenen Schritte des Pflegeprozesses informiert (Item 66). Demnach wird der Patient während des gesamten Pflegeprozesses informiert und dadurch auch in die nächsten Schritte mit



einbezogen. Eine Transparenz im Bezug auf die Arbeit der Bezugspflegekraft am Patienten kann so gewährleistet werden. Zustimmung fanden zudem die Aussagen, wonach die Bezugspflegekraft in ihrem Kontakt zum Patienten erstmalig die Pflegeressourcen und -probleme formuliert bzw. eine Pflegediagnose stellt (Item 159**) und danach die erste Planung der Pflegemaßnahmen festschreibt (Item 161*). Dass sie allerdings generell für diese Aufgabe zuständig ist, fand keine eindeutige Mehrheit im Rahmen der Befragung (Item 56).

Kein Konsens bestand darin, dass die Bezugspflegekraft generell die pflegerische Informationssammlung beim Erstkontakt mit dem Patienten durchführt (Item 157***).

Durch die fachliche Leitung:

Sollte die fachliche Leitung in ihrer Arbeit auch als Bezugspflegekraft tätig sein, so führt sie, mit einem hohen Konsens über Zustimmung, die pflegerische Informationssammlung selbst durch (Item 198***). Des Weiteren wurde von den Panel-Teilnehmern mit Konsens der Aussage zugestimmt, dass die fachliche Leitung in diesem Zusammenhang erstmalig eine Pflegediagnose stellt und die Pflegeressourcen sowie -probleme formuliert (Item 199***). Auch obliegt ihr – mit Konsens über Zustimmung – in dem beschriebenen Fall die erste pflegerische Planung der durchzuführenden Maßnahmen (Item 200***).

Sollte allerdings die fachliche Leitung in der Umsetzung des Pflegeprozesses keinen Patientenkontakt inne haben, bestand kein Konsens darüber, dass sie die pflegerische Informationssammlung durchführt (Item 55, 158**), Pflegeressourcen und -probleme formuliert und eine Pflegediagnose erstmalig stellt (Item 57, 160**) bzw. die erste pflegerische Planung der folgenden durchzuführenden Maßnahmen erstellt (Item 59, 162**, 59).

5.2.2.1.2 Umsetzung des Pflegeprozesses und der Behandlungsplanung – Pflegeplanung

Folgend geht es darum eine klare Differenzierung der Verantwortlichkeiten im Bezug auf die Pflegeanamnese darzulegen. Auch diese Ergebnisse werden getrennt nach Aufgaben der Bezugspflegekraft und nach Aufgaben der fachlichen Leitung beschrieben.

Durch die Bezugspflegekraft:

Der Pflegeprozess in Form der kontinuierlichen Fortführung der Pflegeplanung und der Durchführung der jeweils notwendigen Anpassungen obliegt mit einem hohen Konsens über Zustimmung der Bezugspflegekraft (Item 163***). Zugestimmt wurde auch der Aussage, dass die Bezugspflegekraft die Pflegeanamnese durchführt (Item 54). Zudem erstellt die Bezugspflegekraft im Laufe ihrer Arbeit auch Pflegemaßnahmen, die z.B. aufgrund eines punktuellen Problems gesetzt werden müssen (Item 58). Dass dies eine Aufgabe der Bezugspflegekraft ist, wurde mit Konsens über Zustimmung angenommen. Einig waren sich die Panel-Teilnehmer darüber, dass die Bezugspflegekraft alle Termine und Gespräche des von



ihr zu betreuenden Patienten koordiniert (Item 53). Zudem ist die Bezugspflegekraft angehalten – mit einem Konsens über Zustimmung – sowohl im Rahmen des Pflegeprozesses als auch der Integrierten Versorgung während eines Krankenhausaufenthaltes oder einer Reha- und Wiedereingliederungsmaßnahme den regelmäßigen Kontakt zum Patienten zu halten (Item 172^{**})¹⁵. Diese Möglichkeit des regelmäßigen Kontakts wird derzeit nur im Rahmen der Integrierten Versorgung refinanziert. Regelmäßige Kontakte bei z.B. Klinikaufhalten sind hingegen im Rahmen der Regelversorgung nicht abrechenbar.

Durch die fachliche Leitung:

Kein Konsens konnte gefunden werden bei der Aussage, dass die fachliche Leitung die vorliegende Pflegeplanung kontinuierlich fortführt und für die jeweilige im Pflegeprozess erforderliche Anpassung Sorge trägt (Item 164^{***}).

5.2.2.1.3 Dokumentation des Pflegeprozesses

Ebenso wie die Verantwortlichkeit bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Behandlungsplanung, obliegt der Bezugspflegekraft die gesamte Dokumentation ihrer Arbeit. Bezugnehmend darauf kam es zu einem hohen Konsens der Zustimmung darüber, dass die Bezugspflegekraft für die gesamte (Verlaufs-) Dokumentation bezüglich ihres Patienten verantwortlich ist (Item 62, 165^{**}).

5.2.2.1.4 Psychoedukative Maßnahmen im Einzelkontakt

Eine weitere wichtige Aufgabe der ambulanten psychiatrischen Bezugspflegekraft ist es, Konfliktsituationen und Krisen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen für ihre Bewältigung, wie z.B. durch psychoedukative Maßnahmen durchzuführen. So konnte mit Konsens angenommen werden, dass die Bezugspflegekraft psychoedukative Maßnahmen im Einzelkontakt mit dem Patienten umzusetzen hat (Item 65).

5.2.2.1.5 Evaluation des Pflegeprozesses

Eine gute und professionelle Pflege bedarf einer Evaluation, das heißt einer Auseinandersetzung mit den im Rahmen des Gesamtpflegeverlaufs ausgeführten Entscheidungsschritten. Hierzu zählen die Evaluation bspw. der Dokumentation (Hafner 1992), der Pflegeplanung (Schädle-Deininger/Villinger 1997) oder der Fortschritte des Patienten (ebd. 1997). Diese werden in der Evaluation hinsichtlich ihrer Angemessenheit und Wirksamkeit mit dem Ziel der Pflegeanpassung, der Optimierung der Pflege, der eigenen Reflexion (Selbstprüfung) und der Erhöhung der Autonomie geprüft (Habermann/Biedermann 2008). Reflexion ist gerade im Bezug auf die Beziehungsarbeit, die neben ihrer positiven Wirkung auch zu Belastungs- und Überforderungssituationen der Pflegekraft führen kann, ein wichtiger Faktor. So können nach Kistner (2002) Beziehungsfallen und -verwicklungen oder nach Viola (1997) symbiotische Beziehungen entstehen, die für

¹⁵ Die gleiche Aussage lediglich im Bezug auf die Regelversorgung, d.h. außerhalb der Integrierten Versorgung, erhielt keine eindeutige Mehrheit (Item 84).



solche Belastungsreaktionen sprechen. Die Umsetzung einer solchen Evaluation mit dem Evaluationsinstrument „Pflegevisite“ (aufsuchend oder Fallakte) wurde mit Konsens über Zustimmung als sinnvoll erachtet (Item 154***). Innerhalb der Arbeit der ambulanten psychiatrischen Pflege stellt sich die Frage, wer für die Durchführung der Evaluation des Pflegeplans verantwortlich ist. Zunächst war sich das Panel darüber einig, dass die Bezugspflegekraft selbst verantwortlich für die Evaluation des Pflegeplans ist (Item 60). Darüber hinaus wurde von Seiten des Panels mit mäßigem Konsens zugestimmt, dass sowohl die Pflegekraft ihre eigene Bezugspflegearbeit evaluiert (Item 152***) als auch die fachliche Leitung die Arbeit ihrer Mitarbeiter reflektiert (Item 153***).

Keinen Konsens erhielten die Aussagen, dass die Bezugspflegekraft ihre eigene Arbeit systematisch evaluiert (Item 47) bzw. dass diese systematisch durch die fachliche Leitung evaluiert wird (Item 48). Eine verbindliche Verantwortlichkeit der fachlichen Leitung im Bezug auf die Evaluation des Pflegeplans der Bezugspflegekraft, wurde allerdings mit keinem Konsens bewertet (Item 61).

Ein Teilnehmer aus dem Panel merkte an, dass die Evaluation in Form einer Pflegevisite nicht nur durch die Bezugspflegekraft erfolgen sollte. Unterstützend kann diese aber auch durch die fachliche Leitung oder Kollegen – im Sinne einer kollegialen Beratung – bzw. durch einen Regionalleiter oder eine stellvertretende Leitung, erhoben werden. Weiterhin wurde diesbezüglich erklärt, dass eine stetige Reflexion, die zu den Evaluationsaufgaben gezählt werden kann, zur pflegerischen Aufgabe der Bezugspflegekraft gehört. Die Evaluation des Pflegeprozesses insgesamt sollte wiederum gemeinsam mit der fachlichen Leitung durchgeführt werden. Die Dokumentation der nächsten Schritte erfolgt, so die Rückmeldung, durch die Bezugspflegekraft. Die Aufgabe der Reflexion und Supervision, z.B. in Bezug auf die nachfolgend durchgeführten Maßnahmen der Bezugspflegekraft, übernimmt federführend die fachliche Leitung. Stetige Voraussetzung dieses Prozesses ist die Bereitschaft der Bezugspflegekraft sich selbst zu reflektieren und auch überprüfen zu lassen (Holnburger 1998).

Krisenmanagement

Da gemäß des Vertrages für die häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst eine ständige Erreichbarkeit feststeht (vgl. §132 a Abs. 2 SGB V, Kapitel 12), wurde im Rahmen der Delphi-Befragung erfasst, wie unter den beschriebenen und vor Ort gegebenen Bedingungen ein Krisenmanagement erfolgen kann.

Krisenmanagement außerhalb der Arbeitszeit:

Konsens über Zustimmung besteht darüber, dass in einer akuten Krise die 24-Stunden-Rufbereitschaft über einen rotierenden Bereitschaftsdienst erfolgt (Item 42).



Die Möglichkeit in einer akuten Krise die 24-Stunden-Rufbereitschaft über eine Bezugspflegekraft zu regeln, erhielt keine eindeutige Mehrheit (Item 41).

Krisenmanagement innerhalb der Arbeitszeit:

Befindet sich ein Patient in einer akuten Krise kann innerhalb der Arbeitszeit dieser von einer Bezugspflegekraft versorgt werden. Dem konnten die Panel-Teilnehmer zustimmen (Item 43).

Kein Konsens erhielt die Aussage, dass in einer akuten Krise die Versorgung von einem Bereitschaftsdienst übernommen wird (Item 44).

5.2.2.2 Koordination des vom/mit dem Facharzt erstellten Behandlungsplans

In der ambulanten psychiatrischen Versorgung bedarf es eines hohen Aufwands an Koordination, um alle an der Behandlung Beteiligten mit einzubeziehen. Daher sollte die Bezugspflegekraft den vom Facharzt erstellten Behandlungsplan (Medikamenteneinnahmen, Kontakt zu anderen Versorgungsformen, etc.) koordinieren (Item 64) und in regelmäßigen festgelegten Zeitabständen an gemeinsamen Fallkonferenzen mit dem Facharzt teilnehmen (Item 67). Diesen beiden Aussagen konnten die Panel-Teilnehmer mit Konsens zustimmen.

5.2.2.3 Kommunikation/Informationsfluss nach außen

Innerhalb des ambulanten Feldes kommt es immer wieder zu Schnittstellenproblematiken hinsichtlich der Kommunikation und des Informationsflusses aller an der Behandlung Beteiligten (Sauter/Bischofberger 2006, Walle et al. 2011). Um die Verantwortlichkeiten für einen kontinuierlichen Kommunikationsfluss besser definieren zu können, wurden im Rahmen der Delphi-Befragung verschiedene Thesen zur Bewertung an das Panel gestellt. Die Ergebnisse werden zunächst auf der Ebene der Bezugspflegekraft und hiernach auf der Ebene der fachlichen Leitung dargestellt.

Durch die Bezugspflegekraft:

Mit einem Konsens über Zustimmung hält die Bezugspflegekraft bei Bedarf und bezogen auf den Patienten den ständigen Kontakt zu folgenden Leistungserbringern: Zum Facharzt (Item 68), zum Hausarzt (Item 70), zum somatischen Pflegedienst (Item 72) sowie zu anderen sozialen Diensten und Einrichtungen (Item 204^{***}) und beteiligten Behörden (Item 166^{***}) bzw. Ämtern (Item 74). Auch der bedarfsorientierte Kontakt zum psychosozialen Netzwerk bezogen auf den Patienten wird über die Bezugspflegekraft gehalten (Item 76, 168^{**}).



Die Anmerkung eines Panel-Teilnehmers verwies darauf, dass auch anderweitige für die Umsetzung des Pflegeprozesses relevante Personen (z.B. Angehörige), über die Begleitung durch die Bezugspflegekraft informiert werden sollten. Mit dem Einverständnis des Patienten können auch Angehörige und Arbeitgeber durch die Bezugspflegekraft informiert und gebeten werden bei Bedarf Kontakt mit dieser aufzunehmen.

Durch die fachliche Leitung:

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein patientenbezogener und im Bedarfsfall durchzuführender Kontakt durch die fachliche Leitung mit den oben genannten Leistungserbringern, Institutionen und anderen Dritten im Rahmen der Befragung keinen Konsens über Zustimmung fand (Item 69, 71, 73, 75, 77, 167***, 169**, 205***).

Demnach ist die Kommunikation nach außen zunächst Aufgabe der Bezugspflegekraft. Erst bei komplexeren Fragestellungen, so eine Rückmeldung aus dem Panel, kann diese auch von der fachlichen Leitung übernommen werden.

5.2.2.4 Angehörigen- und Umfeldarbeit

Da die ambulante psychiatrische Pflege zumeist in der Häuslichkeit des Patienten stattfindet, ist – soweit der Patient dies wünscht – der Kontakt zu den Angehörigen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit gegeben. Zudem ist der Einbezug von Angehörigen in die Pflege des Patienten zumeist unerlässlich. Daher wurden den Teilnehmer des Panels auch diesbezüglich Aussagen zur Bewertung vorgelegt.

Mit Konsens stimmte das Panel den Aussagen zu, dass die Bezugspflegekraft Angehörigengespräche (Item 81) und Angehörigenedukation (Item 171*)¹⁶ durchführt. Neben der Bezugspflegekraft kann nach Bedarf, mit einem Konsens über Zustimmung, auch die fachliche Leitung Angehörigengespräche durchführen (Item 206**)¹⁷. Bei der Planung, Koordination und Durchführung bezieht die fachliche Leitung die Bezugspflegekraft gegebenenfalls mit ein (Item 208***).

Kein Konsens konnte bei der Aussage erfolgen, dass die fachliche Leitung Angehörigenedukation durchführt (Item 207***).

¹⁶ Das Durchführen der Angehörigenedukation durch die Bezugspflegekraft konnte zunächst in der 1. Runde nicht eindeutig zugeordnet werden (kein Konsens, Item 83). In der 2. Runde erhielt die Aussage dann einen Konsens über Zustimmung.

¹⁷ Die Aussage, dass die fachliche Leitung generell die Angehörigengespräche durchführt, erhielt keinen Konsens (Item 82).



5.2.2.5 Beendigung des Pflegeprozesses/Pflegeauftrages

Die folgenden Aussagen wurden mit hohem Konsens über Zustimmung angenommen. Für die Beendigung der ambulanten psychiatrischen Pflege ist die Bezugspflegekraft zuständig. Sie führt vor der Beendigung des Pflegeprozesses mit dem Patienten ein Abschlussgespräch durch (Item 78). Anschließend nimmt die Bezugspflegekraft in Absprache mit dem Patienten Kontakt zu den Angehörigen bzw. anderen wichtigen Personen des sozialen Umfelds (Freunde, Bekannte, etc.) auf (Item 80). Im Rahmen der Beendigung und soweit dies notwendig ist, nimmt sie außerdem Kontakt zu den entsprechend zuständigen Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes auf (Item 170***)¹⁸.

5.2.3 Ergebniskriterien

5.2.3.1 Nutzen für den Patienten

Einen hohen Konsens über Zustimmung erhielt die Aussage, wonach der Patient durch die Bezugspflege einen verlässlichen Behandlungspartner in einer vertrauensvollen Beziehung erlebt (Item 85).

Im Folgenden werden Aussagen mit Konsens über Zustimmung aufgeführt. So spricht für eine klare Patientenorientierung z.B. die Aussage, dass der Patient durch die Bezugspflege aktiv an der Behandlung beteiligt wird (Item 86). Zudem erfährt der Patient, nach Ansicht des Panels, Hilfe in seiner eigenen Lebenswelt (Item 87). Auch bleibt die Anzahl der Bezugspflegekräfte im Rahmen der Versorgung für den Patienten überschaubar (Item 88). Die Arbeit der Bezugspflege kann dem Patienten Sicherheit vermitteln, wodurch ihm möglicherweise geholfen wird sich notwendigen Veränderungsprozessen zu stellen (Item 89). Die Bezugspflege bildet die Grundlage für eine gemeinsame Zieldefinition des pflegerischen Auftrags zwischen Patient und der ihn betreuenden Person (Item 90). Bezugspflege führt zu einer erhöhten Compliance des Patienten in der Versorgung (Item 93). Zudem wurde als ein wesentliches Hauptmerkmal der Bezugspflege die Aktivierung des Patienten im Alltag aufgegriffen und in Form einer Aussage nach dem Nutzen dieses Hauptmerkmals für den Patienten gefragt. Sie lautet: „Durch die Bezugspflege wird eine Rückführung in die Selbständigkeit der Lebensgestaltung des Patienten ermöglicht.“ Diese Aussage wurde mit Konsens über Zustimmung angenommen (Item 94). Zudem wurde von Seiten des Panels der Aussage zugestimmt, dass Bezugspflege eine Kontinuität in der Behandlungspflege garantiert (Item 92) und der Patient eine Verbesserung der Pflegequalität durch die Arbeit der Bezugspflegekraft wahrnehmen kann (Item 95).

Keinen Konsens erhielt die Aussage, dass die Arbeit der Bezugspflege die Patientenzufriedenheit steigert (Item 91).

¹⁸ Im Rahmen der 1. Runde wurde die Aussage aufgrund der Annahme, dass die Bezugspflegekraft *stets* den Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Verbund aufnimmt mit keinem Konsens bewertet (Item 79).



5.2.3.2 Nutzen für die Angehörigen

Die Panel-Teilnehmer wurden außerdem nach dem wahrgenommenen Nutzen von Bezugspflege für Angehörige gefragt.

Hier erhielten folgende Aussagen einen Konsens über Zustimmung: Zunächst gewährleistet die Bezugspflege einen verlässlichen Ansprechpartner (Item 96), durch den die Angehörigen Hilfe in ihrer eigenen Lebenswirklichkeit erhalten (Item 100). Angehörige können so neues Vertrauen in die Behandlung gewinnen (Item 99) und ihren eigenen Umgang mit dem Patienten verbessern (Item 174^{**})¹⁹. Zudem können Angehörige im Rahmen der ambulanten Pflegeleistung gefühlte Verantwortung abgeben und fühlen sich dadurch entlastet (Item 101). Zudem können Angehörige neu motiviert werden bei der Versorgung mitzuwirken (Item 175^{**})²⁰. Auch kann durch die Bezugspflege die Beteiligung der Angehörigen am Versorgungsprozess des Patienten verbessert werden (Item 97, 173^{**}). Während des Pflegeauftrages hat die Bezugspflegekraft die Möglichkeit potenziell krankheitsförderndes Handeln von Angehörigen zu erkennen (Item 103).

5.2.3.3 Nutzen für die Bezugspflegekraft

Im Rahmen der Delphi-Studie konnten zudem Ergebniskriterien erhoben werden, die aufzeigen, wie die Bezugspflegekraft ihre Arbeit mit dem Patienten wahrnimmt.

So stimmten die Panel-Teilnehmer mit Konsens zu, dass die Bezugspflegekraft im Zusammenhang mit den eigenen Interventionen den Behandlungserfolg sichern kann (Item 120). Die Arbeit innerhalb der Bezugspflege kann zu einer Stärkung der Berufsidentität (Item 115) und der Steigerung der Arbeitszufriedenheit (Item 116) führen. Es wurde mit einem Konsens über Zustimmung bestätigt, dass die Bezugspflegekraft Wertschätzung und Verantwortung innerhalb ihrer Tätigkeit erlebt (Item 118). Ebenfalls mit Konsens wurde der Aussage zugestimmt, dass auf der persönlichen Ebene die Bezugspflegekraft eine hohe Kontinuität im Arbeitsprozess (Item 124) und eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit aufbauen kann (Item 123). Nicht nur, dass die Bezugspflegekraft in ihrer direkten Patientenbetreuung eine Handlungsautonomie erlebt (Item 117), auch erlangt sie durch diesen direkten Patientenkontakt und Beziehungsaufbau ein tieferes Verständnis für den Patienten (Item 114). Hierdurch kann die Bezugspflegekraft die Wahrnehmung von Verantwortlichkeit für die Belange des Patienten fördern (Item

¹⁹ In der 1. Runde wurde die Aussage zu unspezifisch gestellt, indem lediglich nach der Verbesserung des eigenen Umgangs mit dem Patienten gefragt wurde, so dass es hier innerhalb des Panels keinen Konsens gab (Item 98).

²⁰ Dass Angehörige durch die Arbeit der Bezugspflege neu motiviert werden an der Versorgung mitzuwirken, konnte in der 1. Runde durch keine eindeutige Mehrheit bewertet werden (Item 102).



182**)21. Bezugspflegearbeit ermöglicht eine höhere Effektivität des Pflegeprozesses (Item 121), erzeugt eine höhere Qualität der Behandlungspflege (Item 122) und führt zu weniger Informationsverlust (Item 125). Darüber hinaus führt sie durch Förderung der pflegerischen Kompetenz zu einer Kooperation auf Augenhöhe mit dem Facharzt, dem Hausarzt und anderen Kooperationspartnern (Item 119). Es gab einen mäßigen Konsens über Zustimmung darüber, dass durch die Organisation von Bezugspflege eine Überforderung in der Patientenversorgung vermieden wird (Item 112)22.

Mit keinem Konsens wurde bewertet, dass durch die Nähe-Distanz Problematik in der Bezugspflegearbeit eine Überforderungssituation bei der Bezugspflegekraft gefördert (Item 113) bzw. gesteigert (Item 181**) wird. Entsprechend den Rückmeldungen der Teilnehmer kann davon ausgegangen werden, dass die Bezugspflegekraft zu einem professionellen Nähe-Distanz-Verhältnis in der relativ engen Patienten-Pflegenden Beziehung in der Lage ist. Dennoch besteht nach Holnburger (1998) immer auch ein Reflexionsbedarf im Umgang mit Nähe und Distanz.

5.2.3.4 Nutzen auf Seiten des Netzwerkes

Abschließend wurden die Panel-Teilnehmer noch einmal bezüglich ihres wahrgenommenen Nutzens im Bezug auf das Netzwerk befragt. Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt.

Wie Patienten und Angehörige in der Bezugspflegekraft einen verlässlichen Ansprechpartner erleben, so wird auch dem Netzwerk gegenüber ein konkreter, kompetenter und verlässlicher Ansprechpartner gewährleistet (Item 104). Dieser der Bezugspflegekraft obliegenden Funktion wurde seitens des Panels zugestimmt. Ebenso fand die Aussage Zustimmung, dass die Bezugspflegekraft sowohl in der Regelversorgung (Item 105) als auch in der Integrierten Versorgung eine Lotsenfunktion (Item 176**) innerhalb der medizinischen Behandlung übernimmt. In ihrer Funktion als Lotse kann die Bezugspflege, mit zustimmendem Konsens, Defizite in der regionalen Versorgungsstruktur erkennen (Item 108, 177**). Ebenso wurde die Aussage mit einem Konsens über Zustimmung bewertet, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu einer Verbesserung der psychosozialen Versorgung führt (Item 109, 178**) wird. Auf dieser operationalen Ebene ermöglicht die Arbeit der Bezugspflegekraft eine Transparenz innerhalb des bestehenden Versorgungsnetzwerkes (Item 110, 179*). Dem wurde mit Konsens zugestimmt. Im Bezug auf die medizinische Behandlung des Patienten gewährleistet die Bezugspflegekraft durch ihre koordinierende Funktion eine Vermeidung einer Über-, Unter- sowie Fehlversorgung des Patienten. So übernimmt die Bezugspflegekraft die Vermittlung des Behandlungsprozesses unter Mitwirkung des Patienten und in Absprache mit diesem (Item 209***). Sie hat somit einen Gesamtüberblick über alle Versorgungs- und

²¹ In der 1. Runde hieß die Aussage „Die Bezugspflege fördert die Wahrnehmung von Verantwortlichkeit für die Belange des Patienten und beugt so einer Verantwortungsverschiebung in den ärztlichen Bereich vor“ (Item 126). So formuliert, konnte kein Konsens erreicht werden.

²² In der Formulierung „Durch die Organisation von Bezugspflege wird eine Überforderung in der Patientenversorgung bei der Bezugspflegeperson verringert.“ konnte der Aussage kein Konsens zugeordnet werden (Item 180**).



Hilfsleistungen, die der Patient zuzüglich zur Bezugspflege erhält (Item 106) und kann dafür Sorge tragen, dass der Patient die benötigte Hilfe erhält (Item 107). Auch die soeben genannten Aussagen konnten mit Konsens angenommen werden.

Nur mäßig zugestimmt werden konnte der Aussage, dass die Bezugspflegekraft eine gegenseitige Unterstützung in Überschneidungsbereichen der unterschiedlichen Versorgungsleistungen ermöglicht (Item 111).

6 Zusammenfassung

Ausgangspunkt dieser Studie war das Anliegen, einen Bezugsrahmen für die ambulante psychiatrische Pflege zu erstellen 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, supervidierende 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 Helfelandschaft 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.

Pflegevisiten als Instrument der Qualitätserhebung wurden zunächst im klinischen Kontext diskutiert und implementiert. Mit der zunehmenden Ambulantisierung der Versorgungsstrukturen und der immer wichtiger werdenden Rolle der ambulanten psychiatrischen Pflege rücken Pflegevisiten stetig mehr in den Vordergrund (Habermann/Biedermann 2008). Der MDS (2009, S.91) definiert Pflegevisite für den ambulanten Bereich folgendermaßen: *„Die Pflegevisite wird als Besuch beim Pflegebedürftigen durchgeführt und dient u.a. der Erörterung des Befindens des Pflegebedürftigen, seiner individuellen Wünsche und seiner Zufriedenheit mit der Pflegeeinrichtung sowie der Erstellung, kontinuierlichen Bearbeitung und Kontrolle der Pflegeplanung sowie -dokumentation. Gleichzeitig bildet sie eine Möglichkeit, die Qualität der Pflege zu beurteilen sowie zu optimieren und mit dem Pflegebedürftigen die Ziele und Maßnahmen zu vereinbaren. Die Pflegevisite ist ein Planungs- und Bewertungsinstrument, das kunden- oder mitarbeiterorientiert durchgeführt werden kann“*. Um dieser Definition von Pflegevisite auch im ambulanten psychiatrischen Bereich nachkommen zu können, bedarf es einer Auseinandersetzung wie eine mögliche Umsetzung der definierten Erfordernisse aussehen kann. Gerade über die Versorgungsqualität im ambulanten psychiatrischen Bereich gibt es nur wenig Aussagen. Dies könnte daran liegen, dass entsprechende Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität derzeit nicht vorliegen. Eine Messung der Versorgungsqualität auch nicht in Gänze an die bereits bestehenden Qualitätsindikatoren der somatischen Pflege angelehnt werden kann, da es sich bei der zu betreuenden Menschengruppe zunächst um Personen handelt, die den Sinn der Behandlung und Pflege nicht sogleich einsehen können oder womöglich wollen. Zugleich ist die Art der Pflege primär Beziehungsarbeit, die wiederum weder verordnet, angeordnet, noch organisiert werden kann. Dennoch sind gerade Indikatoren zur Identifikation von Handlungsbedarfen und zur Erfassung der Qualität ambulanter psychiatrischer Pflege im häuslichen Umfeld notwendig, nicht zuletzt da Analysen von Krankenkassen und Evaluationsstudien zeigen, dass die einzelnen Leistungserbringer in der Ausgestaltung und Effizienz z.B. im Rahmen der Integrierten Versorgung offensichtlich sehr unterschiedlich vorgehen. Kleudgen (2008, S. A1110) weist darauf hin, dass *„Mit der Weiterentwicklung der Vertrags- und Versorgungsstrukturen nimmt der Faktor Qualität einen immer höheren Stellenwert ein. Neben der Menge der erbrachten Leistungen oder der Morbidität der Patienten werden Qualitätsparameter zunehmend als Grundlage zur Vergütungsbemessung herangezogen.“* Eine Grundlage zur Bemessung von Vergütungsleistungen sind Qualitätsindikatoren dar. Diese können als qualitätsbezogene Kennzahlen dienen (Kleudgen 2008).

Behandlungskonferenzen dienen als zentrales Mittel der Kommunikation und sind ein wichtiger Bestandteil einer qualitätsorientierten Versorgung. Sie sollten regelmäßig innerhalb des ambulanten



Behandlungsteams²³ (Facharzt, ambulante psychiatrische Pflege) stattfinden. Ziel des Austausches innerhalb des Teams ist es, die Therapie des Patienten gemeinsam abzustimmen und ggf. anzupassen (Walle/Mayer-Amberger 2011). Leider können derzeit Behandlungskonferenzen in der Regelversorgung nicht refinanziert werden. Behandlungskonferenzen stellen einen wichtigen Anteil aller Verträge der Integrierten Versorgung dar (vgl. Verträge der TTK/KKH Allianz IV, BKK IV, AOK IV; Walle 2010). In der Regelversorgung sind die Behandlungskonferenzen nicht vorgeschrieben und werden von vielen Facharztpraxen aufgrund des erhöhten Zeitaufwandes nicht durchgeführt.

Im Rahmen der Diskussionen bzgl. dieser beiden Themenschwerpunkte wurde sowohl in der Arbeitsgruppe als auch auf der 5. Zukunftswerkstatt „Ambulante psychiatrische Pflege, Integrierte Versorgung“ in Hannover deutlich, dass es eine große Auslegungsbreite bei den Zielsetzungen, den konkreten Inhalten und vor allem bzgl. der Umsetzungsform von Pflegevisiten und Behandlungskonferenzen gibt. Zudem ist die Refinanzierung stets ein wichtiger Punkt. Konsens herrscht bezüglich der Annahme, dass Pflegevisiten als ein Instrument für eine pflegebezogene Qualitätssicherung wichtig sind (Habermann/Biedermann 2008), da sie z.B. wirksam für qualitätssteigernde Effekte sein können. Durch die Umsetzung von Behandlungskonferenzen könnte z.B. ein Mehr an Behandlungsqualität für den Patienten ermöglicht werden. Um diese Instrumente auch im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege in einem einheitlichen Rahmen durchführbar zu machen, bedarf es der Auseinandersetzung mit den folgenden Themenschwerpunkten:

- Definition der Instrumente im ambulanten Bereich,
- Umsetzungs-/Organisationsaspekte (wann?, wer?, wo?, wie lange?, etc.),
- Umgang mit den Ergebnissen (Ausgestaltung in der Umsetzung und die Einschätzung der Auswirkungen: Dokumentation, Anpassung, Überprüfung, etc.),
- Implementierung (Einbettung der Instrumente in die gesamte qualitätsbezogene Organisationsentwicklung).

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

²³ Das Behandlungsteam besteht normalerweise aus dem behandelnden Facharzt und der ambulanten psychiatrischen Pflege. Die ambulante psychiatrische Pflege wird vertreten durch die fachliche Leitung oder die betreuende Bezugspflegekraft. Es können auch beide an der Behandlungskonferenz teilnehmen.



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.

Zudem sollte an einer Stellenbeschreibung für die Bezugspflegekraft und an festen Regeln zum Wechsel der Bezugspflegekraft gearbeitet werden.

7 Schlussfolgerungen

Im Zuge des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ hat die ambulante Versorgung stetig an Bedeutung gewonnen. Zudem zeigt sich infolge der Verkürzung der Verweildauer im stationären Bereich und der dadurch zügig erfolgenden Entlassungen eine zunehmend stärkere Verlagerungen der Patientenversorgung in den ambulanten Bereich. Die Folge ist eine zunehmende „Ambulantisierung“ des Gesundheitssektors.

Im Rahmen dieser Entwicklungen spielt die ambulante psychiatrische Pflege, insbesondere innerhalb einer patientenorientierten Vernetzung der Versorgung in Niedersachsen, eine immer größer werdende Rolle. Wie bereits erwähnt, findet die ambulante psychiatrische Pflege 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, junge Heranwachsende sowie chronisch mehrfach beeinträchtigte Patienten, 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.



Um sich diesen teilweise sehr vielschichtigen Aufgaben zu stellen, bedarf es des Weiteren einer guten und spezialisierten Fachweiterbildung, die es den Bezugspflegekräften ermöglicht, die oben genannten Kompetenzen zu erlangen/zu vertiefen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund wichtig, dass es den Bezugspflegekräften in ihrem direkten Kontakt mit dem Patienten nicht möglich ist, den durch den Patienten vermittelten Problemstellungen aus dem Weg zu gehen. Das bedeutet, die anfänglich beschriebenen Fähigkeiten und Kompetenzen der Bezugspflegekräfte gelangen in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen stets zum Einsatz und müssen daher permanent abrufbar sein. Dies sollte z.B. Teil der Ausbildung von Bezugspflegekräften 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 Handlungsempfehlungen für die inhaltliche Arbeit zu füllen. Dazu muss auch die Diskussion geführt werden, inwieweit es möglich ist, evidenzbasierte Pflegeinterventionen für die verschiedensten komplexen Pflegesituationen zu entwickeln. 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.

Übergreifende Ziele der ambulanten psychiatrischen Pflege sollten sein:

- die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege auszubauen,
- die Qualität zu sichern und diese in Form eines Qualitätsmanagementsystems zu verankern,
- klar definierte und zentrale Strukturen zu schaffen,
- Transparenz für den Patienten und seine Angehörigen zu gewährleisten,
- stationäre und ambulante Pflege-Leistungssätze anzugleichen,
- spezialisierende Fort- und Weiterbildungen (gemäß den aktuellen Anforderungen der Pflege (z.B. gerontopsychiatrischen Pflege)) zu entwickeln,
- geeignete Pflegekonzepte und -standards für den ambulanten Bereich zu entwickeln und
- den Pflegefachberuf in seiner Grundform für die psychiatrische Arbeit weiterzuentwickeln.

Weiterhin sollten in Zukunft – zur Bewältigung der kommenden Herausforderungen – Kooperationsformen zwischen Ärzten und Pflegekräften im Rahmen einer partnerschaftlichen Arbeitsgestaltung mit beiden Berufsgruppen diskutiert werden. Darüber hinaus schließt die Bezugspflegearbeit die Zusammenarbeit mit



Diensten des Sozialpsychiatrischen Verbundes mit ein, was Erfordernisse hinsichtlich einer Netzwerkarbeit an die Profession stellt.

Das vorliegende Konzept sollte einer aufmerksamen Reflexion, z.B. unter Einbeziehung von Praxiserfahrungen, unterliegen, um Umsetzungsprozesse erfolgreich weiterzuentwickeln bzw. diese unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität zu optimieren. Eine Fortschreibung wird daher empfohlen. Zudem sollten Handlungsempfehlungen in einem Expertenkonsortium entwickelt werden.

Resümierend kann festgehalten werden, dass die Arbeit der Bezugspflegekraft eine wesentliche Grundlage für eine umfassende, fundierte und funktionstüchtige Versorgung sein kann, die die Vorstellungen sowohl einzelner Akteure des jeweiligen Versorgungssektors als auch die der Patienten zu konkretisieren und zu unterstützen vermag. 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 ambulant 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.



8 Literaturverzeichnis

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.

AOK (2005): Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst. http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nds/pflege/ambulant/psych._hk_p_vertrag_2011.pdf (Zugriff am 21.01.2012)

Banger, M. (2006): Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen - Ambulante psychiatrische Pflege für Suchtkranke gestrichen. *psychoneuro* 32 (11), S. 553-555.

Barker, P. (2002): The Tidal Model. The healing potential of metaphor within a patient's narrative. *Journal of psychosocial Nursing mental Health service* 7 (40), S. 42-50.

Behrens, J.; Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3. Aufl.: Hans Huber.

Bowers, L. (1992): Ethnomethodology II: a study of the Community Psychiatric Nurse in the patient's home. *International Journal of Nursing Studies* 29 (1), S. 69-79.

Burbach C.; Brown B. (1988): Community health and home health nursing: Keeping the concept clear. *Nursing & Health Care* 9 (2), S. 97-100.

Donabedian A. (1988): The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA* **260**, S. 1743-1748.

Donabedian, A.; Bashshur, R. (2003): An introduction to quality assurance in health care. Oxford, New York: Oxford University Press. <http://site.ebrary.com/lib/academiccompletetitles/home.action>. (Zugriff am 21.01.2012)

Finkelman, A.W. (1997): Psychiatric home care. Gaithersburg Md: Aspen Publishers.

Finklenburg, U. (2010): Ambulantes psychiatrisches Pflegeangebot: Beispiel Schweiz. In: S. Hahn (Hrsg.) (2010): "Depressivität und Suizidalität". Prävention - Früherkennung - Pflegeinterventionen - Selbsthilfe ; Vorträge und Posterpräsentationen, 7. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld. Unterostendorf: ibicura Der Verlag für die Pflege, S. 66-71.

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

Galgon, S. (2005): Alkoholabhängigkeit und Suizidalität - eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege als Profession. *Psych Pflege Heute* 11 (2), S. 80-88.

Gava, K. (2010): Far out ... *Psych Pflege Heute* 16 (1), S. 7-8.



Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2005): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege für die ambulante psychiatrische Pflege; 2005; BAnz. Nr. 96 (S. 7969) vom 25.05.2005.

Habermann, M.; Biedermann, H. (2008): Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. In: D. Schaeffer, J. Behrens und S. Görres (Hrsg.) (2008): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. München: Juventa Verlag, S. 308-332.

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

Hafner, J. (1992): Das Bezugspersonensystem in der psychiatrischen Krankenpflege: Hilfe durch Beziehung. *Krankenpflege/Soins infirmiere* (2), S. 63-68.

Hemkendreis, B. (2011a): „Ich habe das nur gemacht, weil ich Angst um unsere Patienten hatte“. *Psych Pflege Heute* 17 (3), S. 137.

Hemkendreis, B. (2011b): Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. *Psych Pflege Heute* 17 (3), S. 130-132.

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

Immos, O. (1998): Psychiatrische Patienten im Akutspital: Bezugspflege beim psychiatrischen Patienten im Akutspital. Zürich

Jensen, M.; Thiel, H.; Traxler, S. (2008): Psychiatrische Pflege - Wohin geht die Reise? *Psych Pflege Heute* 14 (2), S. 101-105.

Kersting, K. (2008): "Kluge Konzepte" zur Verbesserung der Situation in der Pflege oder zur Perspektive einer kritischen Pflegewissenschaft. *Pflege* 21 (1), S. 3-5.

Kistner, W. (2002): Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege. 4. Aufl. München: Urban & Fischer.

Kleudgen, S. (2008): Anreizsystem für eine bessere Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt* 21 (105), S. A1110-1111.

Küng, M. (1988): Projekt Bezugspflege KK100 . Zürich: Höhere Fachausbildung Stufe 1 (HöFa I), SBK Kurs 5.

Küssner, M.; Wagner, T. (2009): Ein Projektbericht zur Implementierung der (aufsuchenden) ambulanten psychiatrischen Pflege in den Fachbereichen Suchtmedizin, Gerontopsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Psych Pflege Heute* 15 (1), S. 34-38.

Mahler, A. (2004): Reflexionen zu den Anforderungen des neuen deutschen Krankenpflegegesetzes für die psychiatrische Pflege. *Psych Pflege Heute* 10 (5), S. 238-243.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) (2009): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. 2. Ausgabe. Essen: Asmuth Druck.



- McKenna H. & Keeney S. (2004) Community nursing: health professional and public perceptions. *J Adv Nurs* 48, S. 17-25.
- Needham, I. C. (2000): Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zur Terminologie und Qualitätsnormen. http://www.needham-abderhalden.ch/Qualitatsnormen_Bezugspflege.PDF (Zugriff am 13.03.2012)
- 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.
- Prins, S. (2007): Psychiatrische Pflege aus Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen. *Psych Pflege Heute* 13 (4), S. 176-179.
- Richter, D.; Schwarze, T.; Hahn, S. (2010): Merkmale guter psychiatrischer Pflege und Betreuung. *Psych Pflege Heute* 16 (1), S. 17-20.
- Sauter, D.; Bischofberger, I. (2006): Lehrbuch psychiatrische Pflege. 1. Aufl. Bern: Huber (Zugriff am 13.03.2012)
- Schädle-Deiningner, H.; Villinger, U. (1997): Praktische psychiatrische Pflege: Arbeitshilfen für den Alltag. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie -Verlag
- Schlettig, H.-J.; Heide, U. von der (1995): Bezugspflege. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Schulz, M. (2005): Neuorientierung und Paradigmenwechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch1. *Psych Pflege Heute* 11 (5), S. 256-263.
- Stulginsky, M. (1993a): Nursing home health experience: Part I: The practice setting. *Nursing & Health Care*, 14 (8), S. 402-407.
- Stulginsky, M. (1993b): Nursing home health experience: Part II: The unique demands of home visits. *Nursing & Health Care* 14 (9), S. 476-485.
- Tschinke, I. (2003a): Dezentral organisierte Qualitätssicherung am Beispiel der Bezugspflegeorganisationsform, Teil 2. *Psych Pflege Heute* 9 (5), S. 249-253.
- Tschinke, I. (2003b): Dezentral organisierte Qualitätssicherung am Beispiel der Bezugspflegeorganisationsform, Teil 3. *Psych Pflege Heute* 9 (6), S. 318-323.
- Tschinke, I. (2003c): Dezentral organisierte Qualitätssicherung am Beispiel der Organisationsform Bezugspflege. *Psych Pflege Heute* 9 (4), S. 210-213.
- Tschinke, I. (2006): Qualitätsindikatoren psychiatrischer Pflege aus Sicht der Nutzer. *Psych Pflege Heute* 12 (2), S. 77-82.



- Viola, R. (1997): Bezugspflege: Wie nehmen Patienten unsere Bezugspflege wahr? Chur: Höhere Fachausbildung Stufe I (HöFa I), BSGK, Kurs 4.
- Visch-Sluyter, I. (2007): Qualitätssteigerung durch Einführung von Primary Nursing in die ambulante Kinderkrankenpflege. *Kinderkrankenschwester* 26 (7), S. 277-280.
- 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.
- Walle, M.; Mayer-Amberger, N. (2011): Ambulante Netzwerke. Der „Niedersächsische Weg“ zur Integrierten Versorgung. *Neuro Transmitter* 22 (4), S. 16-18.
- Walter, G. (2007): Was ist gute ambulante psychiatrische Pflege? *Psych Pflege Heute* 13 (5), S. 267-272.
- Wolff, S. (1999): 10 Vorteile der ambulanten psychiatrischen Pflege gegenüber der stationären – Ein Plädoyer. *Psych Pflege Heute* 5 (1), S. 3-7.
- Zeeman, Z.; Chapman, R.; Wynaden, D.; McGowan, S.; Lewis, M.; Austin, J.; F., M. (2002): Community mental health care: documenting the role of the nurse. *Contemp Nurse* 12 (2), S. 112-123.



A Anhangsverzeichnis

A1	ANTWORTKATEGORIEN UND WERTE.....	55
A2	ENTSCHEIDUNG ÜBER KONSENS – DISSENS.....	56
A3	ÜBERSICHT RÜCKLAUF.....	57
A4	LEGENDE.....	58
A5	ERGEBNISSE – 1. DELPHI-RUNDE.....	59
A5	ERGEBNISSE – 2. DELPHI-RUNDE.....	68
A6	ERGEBNISSE – 3. DELPHI-RUNDE.....	73
A7	GESAMTÜBERSICHT DER THESEN.....	76



A1 Antwortkategorien und Werte

<u>Antwortkategorie</u>	<u>Wert</u>
stimme ganz zu	4
stimme zu	3
weder/noch	2
stimme nicht zu	1
stimme gar nicht zu	0

A2 Entscheidung über Konsens – Dissens

Konsensdefinition angelehnt an McKenna/Keeney (2004), Abderhalden/Needham(1999):

Anteil Bewertungen %3-4	Anteil Bewertungen %1-0	R	m	M	Schlussfolgerung
< 70	< 70				Kein Konsens
< 70 > 50					Tendenz Zustimmung
Kein Konsens UND Differenz 3-4 und 1-0 < 20%					
	< 70 > 50				Tendenz Ablehnung
≥ 70		≤ 1,2	= 4	3,5 ≥ 4	Hoher Konsens über Zustimmung
≥ 70		≤ 1,2	4 ≥ 3	3,5 ≥ 3	Konsens über Zustimmung
≥ 70		≤ 1,2	3 ≥ 2,5	3 ≥ 2,5	Mäßiger Konsens über Zustimmung
	≥ 70	≤ 1,2	2,5 ≥ 2	2,5 ≥ 2	Mäßiger Konsens über Ablehnung
	≥ 70	≤ 1,2	2 ≥ 1,5	2 ≥ 1,5	Konsens über Ablehnung
	≥ 70	≤ 1,2	1,5 ≥ 2	1,5 ≥ 1	Hoher Konsens über Ablehnung

A3 Übersicht Rücklauf

niedersächsische APP-Dienste

	Versand	Rücklauf	
	n	n	%
Vorabbefragung	28	17	61
Runde 1	28	22	79
Runde 2	28	20	71
Runde 3	26	13	50
Versand 1. Runde - bis 3. Runde im Panel verblieben			
	28	13	46
ursprünglich angefragt - bis 3. Runde im Panel verblieben			
Total	28	13	46

A4 Legende

<u>Abkürzung</u>	<u>Bezeichnung</u>
%1-0	Summierte Prozentzahlen der Bewertungen 'Stimme nicht zu' und 'Stimme gar nicht zu'
%3-4	Summierte Prozentzahlen der Bewertungen 'Stimme zu' und 'Stimme ganz zu'
MW	Mittelwert
m	Median
SA	Standardabweichung
*	erneut mit gleichem Wortlaut, zur Reflexion erhoben
**	modifizierte These, nach Durchführung der voran gegangenen Runde
***	neu erstellte These
miss	fehlende Rückmeldungen aus dem Panel

A5 Ergebnisse – 1. Delphi-Runde

Kategorie	Unterkategorie	Item-nr.	Item	miss	%3-4	%1-0	MW	m	SA	Schlussfolgerung
Grundsatz		1	Bezugspflege ist eine Pflegeorganisationsform.	1	91,3	4,3	3,50	4,0	0,740	hoher Konsens über Zustimmung
		2	Bezugspflege ist ein Synonym für den Ausführenden der Bezugspflege.	1	86,9	4,3	3,36	3,5	0,790	Konsens über Zustimmung
		3	Bezugstherapeut ist ein Synonym für den Ausführenden der Bezugspflege.	2	56,5	21,7	2,52	3,0	1,167	kein Konsens
		4	Vertrauensvolle Pflegebeziehungen sind Grundlage der Bezugspflege.	1	95,7	0	3,82	4,0	0,395	hoher Konsens über Zustimmung
		5	Stabile (belastbare) Pflegebeziehungen sind Grundlage der Bezugspflege.	1	95,7	0	3,64	4,0	0,492	hoher Konsens über Zustimmung
		6	Kontinuität ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	1	95,7	0	3,59	4,0	0,503	hoher Konsens über Zustimmung
		7	Koordination ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	1	73,9	4,3	3,09	3,0	0,868	Konsens über Zustimmung
		8	Reflexion ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	1	91,3	4,3	3,32	3,0	0,568	Konsens über Zustimmung
		9	Direkte Kommunikation (z.B. mit dem Facharzt, Angehörigen und dem sozialem Netzwerk) ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	1	86,9	0	3,32	3,0	0,646	Konsens über Zustimmung
		10	Patientenorientierung ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	1	95,7	0	3,55	4,0	0,510	hoher Konsens über Zustimmung
		11	Umfassende Verantwortung ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	1	78,2	4,3	3,09	3,0	0,811	Konsens über Zustimmung
		12	Standardisierte Handlungsempfehlungen sind im Pflegedienst hilfreich.	1	82,6	4,3	3,09	3,0	0,750	Konsens über Zustimmung

Strukturkriterien	allgemeine Organisation	13	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.	1	86,9	0	3,41	3,5	0,666	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		14	Es wird eine Stellenbeschreibung für Bezugspflegekräfte im Pflegedienst vorgehalten.	1	73,9	13	2,86	3,0	1,082	<i>mäßiger Konsens über Zustimmung</i>
	Qualifikation	15	Die Rolle der Bezugspflegekraft kann nicht von Hilfskräften (alle ohne dreijährige pflegerische Ausbildung) übernommen werden.	2	73,9	17,4	3,29	4,0	1,189	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
	Organisation der Bezugspflege	16	Jeder Patient hat eine verantwortliche Bezugspflegekraft.	2	73,9	4,3	3,38	4,0	0,921	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
		17	Jeder Patient hat zwei gleichberechtigte verantwortliche Bezugspflegekräfte.	2	8,6	56,5	1,24	1,0	1,091	<i>kein Konsens</i>
		18	Jeder Patient hat zwei verantwortliche Bezugspflegekräfte (verantwortliche und stellvertretende Bezugspflegekraft).	1	69,5	17,3	2,82	3,0	1,181	<i>kein Konsens</i>
		19	Jeder Patient hat mehr als zwei verantwortliche Bezugspflegekräfte.	2	0,0	65,2	0,76	0,0	0,889	<i>kein Konsens</i>
		20	Jeder Patient hat mehr als zwei verantwortliche Bezugspflegekräfte (eine verantwortliche und mehrere stellvertretende Bezugspflegekräfte).	2	0,0	65,3	0,81	1,0	0,873	<i>kein Konsens</i>
	Zuteilung der Bezugspflegekraft	21	Die Zuteilung der Bezugspflegekräfte erfolgt durch die fachliche Leitung des Pflegedienstes.	1	82,6	13	3,23	4,0	1,270	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
		22	Die Zuteilung der Bezugspflegekräfte erfolgt durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes.	2	17,3	56,5	1,43	1,0	1,121	<i>kein Konsens</i>
		23	Kriterium der Zuteilung der Bezugspflegekräfte ist die freie Kapazität der Mitarbeiter.	1	69,5	8,6	2,64	3,0	0,848	<i>kein Konsens</i>
		24	Kriterium der Zuteilung der Bezugspflegekräfte ist die Kompetenz der Mitarbeiter.	1	82,6	4,3	3,05	3,0	0,899	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		25	Kriterium der Zuteilung der Bezugspflegekräfte ist regionale Bezug der Mitarbeiter zum Einsatzort.	1	69,6	13	2,73	3,0	1,032	<i>kein Konsens</i>
		26	Kriterium der Zuteilung der Bezugspflegekräfte ist der Patientenwunsch.	1	39,1	21,7	2,18	2,0	0,958	<i>kein Konsens</i>



	27	Kriterium der Zuteilung der Bezugspflegekräfte ist das Geschlecht des Mitarbeiters.	2	39,1	21,7	2,10	2,0	0,995	<i>kein Konsens</i>
Wiederaufnahme	28	Beziehungskontinuität ist ein wichtiger Faktor bei Wiederaufnahme eines Patienten.	1	95,7	0	3,36	3,0	0,492	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	29	Bei der Wiederaufnahme eines Patienten erhält dieser dieselben Bezugspflegekräfte wie in vorheriger Versorgung.	1	78,3	4,3	3,00	3,0	0,926	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	30	Bei der Wiederaufnahme des Patienten erhält dieser dieselben Bezugspflegekräfte wie in vorheriger Betreuung, solange diese noch Kapazitäten frei haben.	1	55,2	17,4	2,73	3,0	1,032	<i>kein Konsens</i>
	31	Wenn dieselben Bezugspflegekräfte wie in der vorherigen Betreuung keine Kapazitäten frei haben, werden andere Bezugspflegekräfte zugeordnet.	1	33,4	30,4	2,14	2,0	1,037	<i>kein Konsens</i>
	32	Bei der Wiederaufnahme des Patienten erhält dieser die Bezugspflegekräfte, welche in seiner Region tätig sind, auch wenn diese vorher nicht für ihn zuständig waren.	1	17,4	47,8	1,55	1,5	0,963	<i>kein Konsens</i>
	33	Bei Wiederaufnahme eines Patienten kommt es aus therapeutischen Gründen zu einer Neubenennung der Bezugspflegekraft.	1	21,7	39,1	1,55	2,0	1,143	<i>kein Konsens</i>
Vertretungsregelung	34	In der Bezugspflege gibt es eine klare Vertretungsregelung.	2	73,9	8,7	2,95	3,0	1,161	<i>mäßiger Konsens über Zustimmung</i>
	35	Die Bezugspflege am Wochenende/ Feiertag erfolgt durch einen rotierenden Wochenenddienst.	2	61,9	21,7	2,24	3,0	1,261	<i>kein Konsens</i>
	36	Die Bezugspflege am Wochenende/ Feiertag erfolgt durch eine feste Vertretung.	3	21,7	34,8	1,85	2,0	1,137	<i>kein Konsens</i>
	37	Die Bezugspflege - bei Urlaub und/ oder Krankheit der Bezugspflegekraft - erfolgt durch eine rotierende Vertretung.	2	4,3	65,2	1,10	1,0	0,831	<i>kein Konsens</i>
	38	Die Bezugspflege - bei Urlaub und/ oder Krankheit der Bezugspflegekraft - erfolgt durch eine feste Vertretung.	2	73,9	8,6	2,95	3,0	1,024	<i>mässiger Konsens über Zustimmung</i>
	39	Die Bezugspflege informiert den Patienten über die Vertretung.	2	91,3	0	3,57	4,0	0,507	<i>hohe Zustimmung</i>
	40	Die Bezugspflege delegiert Aufgaben an die Vertretung.	2	82,6	8,6	3,19	3,0	0,750	<i>Konsens über Zustimmung</i>

esskr iterie n	Krisenmanagement	41	In einer akuten Krise - außerhalb der Arbeitszeit der Bezugspflegekräfte - erfolgt die 24-Stunden-Rufbereitschaft über eine Bezugspflegekraft.	1	13,0	39,1	1,64	2,0	0,848	<i>kein Konsens</i>
		42	In einer akuten Krise - außerhalb der Arbeitszeit der Bezugspflegekräfte - erfolgt die 24-Stunden-Rufbereitschaft über einen rotierenden Bereitschaftsdienst.	1	86,9	8,7	3,23	3,5	1,152	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		43	In einer akuten Krise - innerhalb der Arbeitszeit der Bezugspflegekräfte - erfolgt die Versorgung über eine Bezugspflegekraft.	1	82,6	8,7	3,05	3,0	1,133	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		44	In einer akuten Krise - innerhalb der Arbeitszeit der Bezugspflegekräfte - erfolgt die Versorgung über den Bereitschaftsdienst.	2	13,0	69,9	1,19	1,0	1,209	<i>kein Konsens</i>
		45	Die fachliche Leitung übernimmt die Aufgabe der professionellen Unterstützung der Bezugspflegekraft.	2	87,0	4,3	3,29	3,0	0,717	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	fachliche Unterstützung	46	Der Bezugspflegekraft stehen Supervision und Beratung zur Verfügung.	2	92,3	0	3,48	3,0	0,512	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	Evaluation	47	Die eigene Bezugspflegearbeit wird systematisch durch die Bezugspflegekraft evaluiert.	1	56,5	17,3	2,50	3,0	1,058	<i>kein Konsens</i>
		48	Die Bezugspflegearbeit wird systematisch durch Pflegevisiten von der fachlichen Leitung evaluiert.	2	60,8	21,7	2,52	3,0	1,123	<i>kein Konsens</i>
	Kommunikation/ Informationsfluss	49	Die Information über die Zuteilung als Bezugspflegekraft zu einem Patienten an Dritte wird von der fachlichen Leitung übernommen.	2	47,8	26,1	2,29	2,0	1,271	<i>kein Konsens</i>
		50	Die Information über die Zuteilung als Bezugspflegekraft zu einem Patienten an Dritte wird von der Bezugspflegekraft selbst übernommen.	1	78,2	8,6	2,91	3,0	0,971	<i>mäßiger Konsens über Zustimmung</i>
		51	Die Bezugspflegekraft ist für den Informationsfluss über seinen Patienten an Dritte verantwortlich.	1	91,3	0	3,36	3,0	0,581	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		52	Die Bezugspflegekraft ist Ansprechpartner für Angehörige des Sozialpsychiatrischen Verbundes.	1	91,3	4,3	3,23	3,0	0,685	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		53	Die Bezugspflegekraft koordiniert alle Termine und Gespräche im Rahmen der Patientenversorgung.	1	82,3	4,3	3,32	3,0	0,894	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	Umsetzung des Pflegeprozesses und der	54	Die Bezugspflegekraft führt die pflegerische Informationssammlung (Pflegeanamnese) durch.	1	82,6	8,7	3,14	3,0	0,889	<i>Konsens über Zustimmung</i>



Behandlungs-planung	55	Die fachliche Leitung führt die pflegerische Informationssammlung (Pflegeanamnese) durch.	2	34,8	43,5	2,00	2,0	1,342	<i>kein Konsens</i>
	56	Die Bezugspflegekraft formuliert die Pflegeressourcen und -probleme bzw. stellt eine Pflegediagnose.	2	69,5	13	2,90	3,0	0,995	<i>kein Konsens</i>
	57	Die fachliche Leitung formuliert die Pflegeressourcen und -probleme bzw. stellt eine Pflegediagnose.	1	39,1	43,4	2,00	2,0	1,380	<i>kein Konsens</i>
	58	Die Bezugspflegekraft erstellt die pflegerische Maßnahmenplanung.	2	78,3	13	3,10	3,0	0,995	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	59	Die fachliche Leitung erstellt die pflegerische Maßnahmenplanung.	1	26,0	39,1	1,86	2,0	1,246	<i>kein Konsens</i>
	60	Die Bezugspflegekraft ist verantwortliche für die Evaluation des Pflegeplans.	2	78,3	4,3	3,29	3,0	0,845	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	61	Die fachliche Leitung ist verantwortlich für die Evaluation des Pflegeplans.	1	43,4	39,1	2,09	2,0	1,269	<i>kein Konsens</i>
	62	Die Bezugspflegekraft ist für die gesamte Dokumentation bzgl. ihres Patienten verantwortlich.	1	91,3	0	3,55	4,0	0,569	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
	63	Die Bezugspflegekraft setzt die geplanten Pflegemaßnahmen um.	1	86,9	4,3	3,29	3,0	0,790	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	64	Die Bezugspflegekraft koordiniert den vom Facharzt erstellten Behandlungsplan.	1	86,9	0	3,23	3,0	0,646	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	65	Die Bezugspflegekraft führt psychoedukative Maßnahmen für Patienten durch.	1	82,6	0	3,23	3,0	0,685	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	66	Die Bezugspflegekraft informiert den Patienten über alle Schritte des Pflegeprozesses (Ressourcen/Problem bzw. Diagnose).	2	91,3	0	3,52	4,0	0,512	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
Kommunikation/ Informationsfluss	67	Die Bezugspflegekraft nimmt in regelmäßigen festgelegten Zeitabständen an gemeinsamen Fallkonferenzen mit dem Facharzt teil.	1	82,6	0	3,23	3,0	0,685	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	68	Die Bezugspflegekraft hält den ständigen Kontakt zum Facharzt.	1	86,9	0	3,23	3,0	0,612	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	69	Die fachliche Leitung hält den ständigen Kontakt zum Facharzt.	2	47,8	21,7	2,48	3,0	1,209	<i>kein Konsens</i>
	70	Die Bezugspflegekraft hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zum Hausarzt.	1	82,6	8,7	3,23	3,0	0,922	<i>Konsens über Zustimmung</i>

	71	Die fachliche Leitung hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zum Hausarzt.	2	43,4	30,4	2,14	2,0	1,062	<i>kein Konsens</i>
	72	Die Bezugspflegekraft hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zum somatischen Pflegedienst.	1	87,0	4,3	3,32	3,0	0,780	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	73	Die fachliche Leitung hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zum somatischen Pflegedienst.	2	34,8	26	2,05	2,0	0,921	<i>kein Konsens</i>
	74	Die Bezugspflegekraft hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zu Ämtern.	1	82,6	8,7	3,14	3,0	0,889	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	75	Die fachliche Leitung hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zu Ämtern.	1	34,8	26	2,05	2,0	0,899	<i>kein Konsens</i>
	76	Die Bezugspflegekraft hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zum psychosozialen Netzwerk.	3	78,3	8,7	3,20	3,0	0,894	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	77	Die fachliche Leitung hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zum psychosozialen Netzwerk.	2	52,1	13	2,48	3,0	0,814	<i>kein Konsens</i>
Ausleitung	78	Die Bezugspflegekraft führt zur Ausleitung aus der APP (Beendigung der pflegerischen Versorgung) mit dem Patienten ein Abschlussgespräch.	1	95,7	0	3,64	4,0	0,492	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
	79	Die Bezugspflegekraft nimmt zur Ausleitung aus der APP (Beendigung der pflegerischen Versorgung) Kontakt zum sozialpsychiatrischen Verbund auf.	2	47,8	13	2,48	3,0	0,873	<i>kein Konsens</i>
	80	Die Bezugspflegekraft nimmt in Absprache mit dem Patienten Kontakt zu den Angehörigen bzw. anderen wichtigen Personen des sozialen Umfelds (Freunde, Bekannte etc.) auf.	2	91,3	0	3,52	4,0	0,512	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
Angehörigenarbeit	81	Die Bezugspflegekraft führt Angehörigengespräche.	1	91,3	0	3,23	3,0	0,528	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	82	Die fachliche Leitung führt Angehörigengespräche.	1	47,8	17,3	2,32	2,5	0,945	<i>kein Konsens</i>
	83	Die Bezugspflegekraft führt Angehörigenedukation durch.	3	56,5	0	2,90	3,0	0,788	<i>kein Konsens</i>
	84	Die Bezugspflegekraft hält während eines Krankenhausaufenthaltes oder einer Reha- und Wiedereingliederungsmaßnahme den regelmäßigen Kontakt zum Patienten.	1	65,2	13	2,64	3,0	1,002	<i>kein Konsens</i>

Ergebniskriterien	Nutzen/Patient	85	Durch die Bezugspflege erlebt der Patient einen verlässlichen Behandlungspartner in einer vertrauensvollen Beziehung.	1	95,7	0	3,55	4,0	0,510	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
		86	Durch die Bezugspflege wird der Patient aktiv an der Behandlung beteiligt.	1	95,7	0	3,45	3,0	0,510	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		87	Durch die Bezugspflege erlebt der Patient eine Hilfe in seiner Lebenswirklichkeit.	1	95,7	0	3,45	3,0	0,510	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		88	Durch die Bezugspflege bleibt die Anzahl der Personen im Rahmen der Versorgung überschaubar.	1	91,3	0	3,41	3,0	0,590	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		89	Durch die Bezugspflege wird dem Patienten Sicherheit vermittelt und es somit möglich wird sich Veränderungsprozessen zu stellen.	1	91,3	0	3,32	3,0	0,568	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		90	Die Bezugspflege bildet die Grundlage für eine gemeinsame Zieldefinition des pflegerischen Auftrags zwischen Patient und der ihn betreuenden Person.	2	91,3	0	3,43	3,0	0,507	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		91	Die Bezugspflege steigert die Patientenzufriedenheit.	1	95,7	0	3,27	3,0	0,456	<i>kein Konsens</i>
		92	Die Bezugspflege garantiert eine Kontinuität in der Behandlungspflege.	1	95,7	0	3,50	3,5	0,512	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		93	Die Bezugspflege führt zu einer erhöhten Compliance des Patienten in der Versorgung.	1	91,3	0	3,27	3,0	0,550	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		94	Durch die Bezugspflege wird eine Rückführung in Selbständigkeit der Lebensgestaltung des Patienten ermöglicht.	1	87,0	0	3,09	3,0	0,526	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		95	Durch die Bezugspflege wird eine verbesserte Pflegequalität wahrgenommen.	2	91,3	0	3,33	3,0	0,483	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	Nutzen/Angehörige	96	Bezugspflege gewährleistet verlässliche Ansprechpartner.	1	95,7	0	3,45	3,0	0,510	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		97	Durch die Bezugspflege wird die Beteiligung am Versorgungsprozess des Patienten verbessert.	1	91,3	0	3,23	3,0	0,528	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		98	Durch die Bezugspflege wird der eigene Umgang mit dem Patienten verbessert.	2	69,5	13	2,81	3,0	1,078	<i>kein Konsens</i>
		99	Durch die Bezugspflege entwickeln Angehörige neues Vertrauen in die Behandlung.	2	82,6	0	3,10	3,0	0,539	<i>Konsens über Zustimmung</i>



	100	Durch die Bezugspflege erleben Angehörige Hilfe in der eigenen Lebenswirklichkeit.	1	82,6	0	3,00	3,0	0,535	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	101	Durch die Bezugspflege können Angehörige „gefühlte“ Verantwortung abgeben und fühlen sich dadurch entlastet.	1	86,9	0	3,23	3,0	0,612	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	102	Durch die Bezugspflege werden Angehörige neu motiviert, bei der Versorgung mitzuwirken.	1	69,5	0	2,86	3,0	0,640	<i>kein Konsens</i>
	103	Durch die Bezugspflege kann potentiell krankheitsförderndes Handeln von Angehörigen erkannt und bearbeitet werden.	1	78,3	0	3,00	3,0	0,617	<i>Konsens über Zustimmung</i>
Nutzen/Netzwerk	104	Durch die Bezugspflege wird dem Netzwerk ein konkreter, kompetenter, verlässlicher Ansprechpartner gewährleistet.	1	95,7	0	3,32	3,0	0,477	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	105	Die Bezugspflegekraft fungiert als Lotse im Versorgungsverlauf.	1	82,6	4,3	3,09	3,0	0,750	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	106	Die Bezugspflegekraft hat einen Überblick auf alle installierten und möglichen Hilfen.	1	87,0	0	3,09	3,0	0,526	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	107	Die Bezugspflegekraft koordiniert gemeinsam mit dem Patienten Hilfe und vermeidet damit Über- / Unterversorgung sowie Fehlversorgung.	1	86,9	0	3,14	3,0	0,560	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	108	Durch die Bezugspflege können Defizite in der regionalen Versorgungsstruktur erkannt werden.	1	73,9	0	2,86	3,0	0,560	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	109	Bezugspflege verbessert die interdisziplinäre Zusammenarbeit.	2	73,9	4,3	2,95	3,0	0,740	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	110	Die Bezugspflege ermöglicht eine Transparenz innerhalb des bestehenden Versorgungsnetzwerks.	2	73,9	8,7	2,90	3,0	0,831	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	111	Die Bezugspflege ermöglicht eine gegenseitige Unterstützung in Überschneidungsbereichen der unterschiedlichen Versorgungsleistungen.	1	78,2	0	2,95	3,0	0,575	<i>mäßiger Konsens über Zustimmung</i>
Nutzen/ Bezugspflege	112	Durch die Organisation von Bezugspflege wird eine Überforderung in der Patientenversorgung vermieden.	2	73,9	8,7	2,86	3,0	0,793	<i>mäßiger Konsens über Zustimmung</i>
	113	Durch eine Nähe/Distanzproblematik wird eine Überforderungssituation gefördert.	1	26,0	39,1	1,95	2,0	1,133	<i>kein Konsens</i>
	114	Durch die Bezugspflege hat die betreuende Pflegekraft ein genaueres Wissen und eine engere Beziehung zum Patienten.	1	91,3	0	3,32	3,0	0,568	<i>Konsens über Zustimmung</i>

115	Die Bezugspflege erhöht die Berufsidentität.	1	95,7	0	3,32	3,0	0,477	<i>Konsens über Zustimmung</i>
116	Die Bezugspflege steigert die Arbeitszufriedenheit.	1	95,7	0	3,23	3,0	0,429	<i>Konsens über Zustimmung</i>
117	Die Bezugspflegekraft erlebt eine Handlungsautonomie in der direkten Patientenbetreuung.	1	95,7	0	3,32	3,0	0,477	<i>Konsens über Zustimmung</i>
118	Die Bezugspflegekraft erlebt Wertschätzung und Verantwortung innerhalb ihrer Tätigkeit.	1	95,7	0	3,32	3,0	0,477	<i>Konsens über Zustimmung</i>
119	Die Bezugspflege führt durch Förderung der pflegerischen Kompetenz zu einer Kooperation auf Augenhöhe mit dem Facharzt, Hausarzt und anderen Kooperationspartnern.	1	86,9	0	3,23	3,0	0,612	<i>Konsens über Zustimmung</i>
120	Die Bezugspflegekraft nimmt den Zusammenhang der eigenen Intervention mit dem Behandlungserfolg wahr.	1	95,7	0	3,27	3,0	0,456	<i>Konsens über Zustimmung</i>
121	Die Bezugspflege ermöglicht eine höhere Effektivität des Pflegeprozesses.	2	82,6	0	3,24	3,0	0,625	<i>Konsens über Zustimmung</i>
122	Die Bezugspflege ermöglicht eine höhere Qualität der Behandlungspflege.	1	91,3	0	3,41	3,0	0,590	<i>Konsens über Zustimmung</i>
123	Die Bezugspflegekraft erlebt eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit.	1	95,7	0	3,27	3,0	0,456	<i>Konsens über Zustimmung</i>
124	Die Bezugspflegekraft erlebt eine hohe Kontinuität im Arbeitsprozess.	1	95,7	0	3,23	3,0	0,429	<i>Konsens über Zustimmung</i>
125	Die Bezugspflege führt zu weniger Informationsverlust.	1	95,7	0	3,32	3,0	0,477	<i>Konsens über Zustimmung</i>
126	Die Bezugspflege fördert die Wahrnehmung von Verantwortlichkeit für die Belange des Patienten und beugt so einer Verantwortungsverschiebung in den ärztlichen Bereich vor.	1	69,6	8,6	2,68	3,0	0,894	<i>kein Konsens</i>

A6 Ergebnisse – 2. Delphi-Runde

Kategorie	Unterkategorie	Item-nr.	mod. Item nach	Item	miss	%3-4	%1-0	MW	m	SA	Schlussfolgerung
Grundsatz		127*	1	Bezugspflege ist eine Pflegeorganisationsform.	2	90,9	0	3,55	4,0	0,510	hoher Konsens über Zustimmung
		128*	2	Bezugspflegekraft ist ein Synonym für den Ausführenden der Bezugspflege.	2	86,4	0	3,35	3,0	0,587	Konsens über Zustimmung
		129*	3	Bezugstherapeut ist ein Synonym für den Ausführenden der Bezugspflege.	3	27,3	36,3	1,79	2,0	1,182	kein Konsens
		130*	5	Stabile (belastbare) Pflegebeziehungen sind Grundlage der Bezugspflege.	2	86,4	0	3,70	4,0	0,571	hoher Konsens über Zustimmung
		131*	6	Kontinuität ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	2	90,9	0	3,60	4,0	0,503	hoher Konsens über Zustimmung
		132***		Koordination der direkten Patientenversorgung ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	2	68,2	0	3,00	3,0	0,725	kein Konsens
		133*	8	Reflexion ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	2	86,3	0	3,30	3,0	0,571	Konsens über Zustimmung
		134**	9	Direkte Kommunikation ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	2	77,3	0	3,25	3,0	0,716	Konsens über Zustimmung
		135*	10	Patientenorientierung ist ein Hauptmerkmal der Bezugspflege.	2	86,4	0	3,35	3,0	0,587	Konsens über Zustimmung
		136**	11	Verbindliche Verantwortung für den Patienten liegt bei der Bezugspflege.	2	72,7	4,5	2,95	3,0	0,945	mäßiger Konsens über Zustimmung

Strukturkriterien	allg. Organisation	137**	14	Es ist sinnvoll eine Stellenbeschreibung für Bezugspflegekräfte vorzuhalten.	2	72,8	0	3,30	3,5	0,801	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	Organisation der Bezugspflegekraft (ohne Bereitschafts-dienst)**	138**	16	Jeder Patient hat in der Regel eine verantwortliche Bezugspflegekraft.	2	77,2	9	3,30	4,0	1,129	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		139***		Jeder Patient hat zwei verantwortliche Bezugspflegekräfte.	2	63,6	13,6	2,90	3,0	1,071	<i>kein Konsens</i>
	Zuteilung der Bezugspflegekraft (bei Erstaufnahme)**	140**	27	Kriterium der Zuteilung der Bezugspflegekräfte ist das Geschlecht des Mitarbeiters bei Patientenwunsch.	6	59,1	4,5	3,00	3,0	0,816	<i>kein Konsens</i>
		141*	23	Kriterium der Zuteilung sind freie Kapazitäten.	3	77,2	0	3,05	3,0	0,524	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		142*	24	Kriterium der Zuteilung der Bezugspflegekräfte ist die Kompetenz des Mitarbeiters.	2	86,3	0	3,20	3,0	0,523	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		143*	25	Kriterium der Zuteilung der Bezugspflegekräfte ist regionale Bezug der Mitarbeiter zum Einsatzort.	3	68,2	0	3,00	3,0	0,667	<i>kein Konsens</i>
		144*	26	Kriterium der Zuteilung der Bezugspflegekräfte ist der Patientenwunsch.	2	68,2	9	2,45	2,0	0,999	<i>kein Konsens</i>
	Wiederaufnahme	145**	29	Bei der Wiederaufnahme eines Patienten erhält dieser in der Regel dieselben Bezugspflegekräfte wie in vorheriger Versorgung.	2	81,8	0	3,35	3,0	0,671	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		146*	30	Bei der Wiederaufnahme des Patienten erhält dieser dieselben Bezugspflegekräfte wie in vorheriger Betreuung, solange diese noch Kapazitäten frei haben.	2	63,7	9,1	2,80	3,0	0,894	<i>kein Konsens</i>
		147**	33	Bei Wiederaufnahme eines Patienten kann es aus therapeutischen Gründen zu einer Neubenennung der Bezugspflegekraft kommen.	2	72,7	13,6	2,75	3,0	1,164	<i>mäßiger Konsens über Zustimmung</i>
	Vertretungsregelungen (bei Wochen-endsdienst, Feiertagen, Urlaub und Krankheit)**	148**	34	In der Bezugspflege ist es eine klare Vertretungsregelung sinnvoll.	2	90,9	0	3,50	3,5	0,513	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		149*	35	Die Bezugspflege am Wochenende/ Feiertag erfolgt durch einen rotierenden Wochenendsdienst.	3	68,2	9,1	3,00	3,0	0,943	<i>kein Konsens</i>

		150*	38	Die Bezugspflege - bei Urlaub und/ oder Krankheit der Bezugspflegekraft - erfolgt durch eine feste Vertretung.	2	90,9	0	3,40	3,0	0,503	<i>Konsens über Zustimmung</i>	
		151*	39	Die Bezugspflege informiert den Patienten über die Vertretung.	2	90,9	0	3,70	4,0	0,470	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>	
	Evaluation	152***		Die Pflegekraft evaluiert die eigene Bezugspflegearbeit selbst.	3	72,7	9,1	2,95	3,0	0,848	<i>mäßiger Konsens über Zustimmung</i>	
		153***		Die Bezugspflegearbeit wird von der fachlichen Leitung evaluiert.	3	72,7	13,6	2,84	3,0	0,898	<i>mäßiger Konsens über Zustimmung</i>	
		154***		Die Umsetzung der Pflegevisite als Evaluationsinstrument wird als sinnvoll erachtet. (aufsuchend oder Fallakte)	3	77,3	4,5	3,11	3,0	0,937	<i>Konsens über Zustimmung</i>	
	Kommunikation/ Informationsfluss	155***		Die Information über die Zuteilung als Bezugspflegekraft zu einem Patienten wird in der Regel an Dritte kommuniziert.	3	59,1	18,2	2,53	3,0	1,219	<i>kein Konsens</i>	
		156**	50	Die Information über die Zuteilung als Bezugspflegekraft zu einem Patienten an Dritte wird i.d.R. von der Bezugspflegekraft selbst übernommen.	2	77,2	4,5	3,05	3,0	0,759	<i>Konsens über Zustimmung</i>	
	Prozesskriterien	Umsetzung des Pflegeprozesses/ Behandlungsplanung (gemeint sind im Folgenden die fachliche Leitung ohne Patienten- kontakt und die Bezugspflegekraft mit Patienten-kontakt)**	157***		Die Bezugspflegekraft führt die pflegerische Informationssammlung (Erstanamnese) durch.	3	68,2	9,1	3,11	3,0	0,994	<i>kein Konsens</i>
			158**	55	Die fachliche Leitung führt die pflegerische Informationssammlung (Erstanamnese) durch.	2	40,9	40,9	2,05	2,0	1,432	<i>kein Konsens</i>
			159**	56	Die Bezugspflegekraft formuliert die Pflegeressourcen und -probleme bzw. stellt eine Pflegediagnose erstmalig.	3	72,7	9	3,05	3,0	1,079	<i>Konsens über Zustimmung</i>
160**			57	Die fachliche Leitung formuliert die Pflegeressourcen und -probleme bzw. stellt eine Pflegediagnose erstmalig.	2	45,4	36,4	2,25	2,5	1,410	<i>kein Konsens</i>	
161*			58	Die Bezugspflegekraft erstellt die erste pflegerische Maßnahmenplanung.	2	81,9	4,5	3,35	3,5	0,813	<i>Konsens über Zustimmung</i>	
162*			59	Die fachliche Leitung erstellt die erste pflegerische Maßnahmenplanung.	3	36,4	36,4	2,00	2,0	1,491	<i>kein Konsens</i>	
163***				Die Bezugspflegekraft führt die vorliegende Pflegeplanung kontinuierlich fort und sorgt für die jeweilig notwendige Anpassung.	2	90,9	0	3,65	4,0	0,489	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>	

		164***		Die fachliche Leitung führt die vorliegende Pflegeplanung kontinuierlich fort und sorgt für die jeweilig notwendige Anpassung.	3	22,7	50	1,37	1,0	1,342	<i>kein Konsens</i>
		165**	62	Die Bezugspflegekraft ist für die gesamte Verlaufsdocumentation bzgl. ihres Patienten verantwortlich.	3	81,8	0	3,74	4,0	0,562	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
	Kommunikation/ Informationsfluss	166***		Die Bezugspflegekraft hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zu beteiligten Behörden.	2	77,3	0	3,30	3,0	0,733	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		167***		Die fachliche Leitung hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zu beteiligten Behörden.	3	36,4	36,4	2,00	2,0	1,247	<i>kein Konsens</i>
		168**	76	Die Bezugspflegekraft hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zum psychosozialen Netzwerk bezogen auf den Bezugspflegepatienten.	2	81,8	0	3,35	3,0	0,671	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		169**	77	Die fachliche Leitung hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zum psychosozialen Netzwerk bezogen auf den Bezugspflegepatienten.	3	36,4	31,8	2,00	2,0	1,291	<i>kein Konsens</i>
	Ausleitung	170**	79	Die Bezugspflegekraft nimmt zur Ausleitung aus der APP (Beendigung der pflegerischen Versorgung), wenn nötig Kontakt zum sozialpsychiatrischen Verbund auf.	2	81,8	0	3,50	4,0	0,688	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
	Angehörigenarbeit	171*	83	Die Bezugspflegekraft führt Angehörigenedukation durch.	2	81,9	0	3,30	3,0	0,657	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		172**	84	Die Bezugspflegekraft hält im Rahmen der IV während eines Krankenhausaufenthaltes oder einer Reha- und Wiedereingliederungsmaßnahme den regelmäßigen Kontakt zum Patienten.	5	72,8	0	3,41	3,0	0,618	<i>Konsens über Zustimmung</i>
Ergebniskriterien	Nutzen/Angehörige	173*	97	Durch die Bezugspflege wird die Beteiligung des Angehörigen am Versorgungsprozess verbessert.	2	90,9	0	3,50	3,5	0,513	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		174**	98	Durch die Bezugspflege wird der eigene Umgang des Angehörigen mit dem Patienten verbessert.	3	77,3	0	3,37	3,0	0,684	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		175**	102	Durch die Bezugspflege können Angehörige neu motiviert werden, bei der Versorgung mitzuwirken.	2	86,4	0	3,40	3,0	0,598	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	Nutzen/Netzwerk	176**	105	Die Bezugspflegekraft fungiert in der IV als Lotse im Versorgungsverlauf.	4	72,7	0	3,39	3,5	0,698	<i>Konsens über Zustimmung</i>

	177**	108	Durch die Bezugspflege können in der IV Defizite in der regionalen Versorgungsstruktur erkannt werden.	4	63,6	0	3,06	3,0	0,725	<i>kein Konsens</i>
	178**	109	Die Bezugspflege verbessert die berufsübergreifende Zusammenarbeit in der psychosozialen Versorgung.	3	81,8	0	3,42	3,0	0,607	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	179*	110	Die Bezugspflege ermöglicht eine Transparenz innerhalb des bestehenden Versorgungsnetzwerks.	4	72,8	0	3,33	3,0	0,686	<i>Konsens über Zustimmung</i>
Nutzen/Bezugspflege	180**	112	Durch die Organisation von Bezugspflege wird eine Überforderung in der Patientenversorgung bei der Bezugspflegerperson verringert.	2	45,4	9,1	3,65	2,5	0,988	<i>kein Konsens</i>
	181**	113	Durch eine Nähe/Distanzproblematik wird eine Überforderungssituation bei der Bezugspflegerperson gesteigert.	2	22,7	27,3	1,80	2,0	1,152	<i>kein Konsens</i>
	182**	126	Die Bezugspflege fördert die Wahrnehmung von Verantwortlichkeit für die Belange des Patienten.	3	81,9	0	3,37	3,0	0,597	<i>Konsens über Zustimmung</i>

A6 Ergebnisse – 3. Delphi-Runde

Kategorie	Unterkategorie	Item-nr.	mod. Item nach	Item	miss	%3-4	%1-0	MW	m	SA	Schlussfolgerung
Grundsatz		183**	132	Koordination der direkten Patientenversorgung ist ein wichtiger Bestandteil der Bezugspflege.	4	75	5	3,38	3,0	0,619	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		184***		Innerhalb der Bezugspflege trägt die Bezugspflegekraft die pflegerische Verantwortung für den Patienten.	4	80	0	3,56	4,0	0,512	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
		185***		Innerhalb der Bezugspflege trägt die fachliche Leitung die fachliche Verantwortung.	4	70	5	2,94	3,0	0,929	<i>mäßiger Konsens über Zustimmung</i>
		186***		Grundsätzlich ist der Patient für sich eigenverantwortlich. die Koordination und Durchführung des Pflegeprozesses obliegt der Verantwortung der Bezugspflegekraft.	4	75	0	3,38	3,0	0,619	<i>Konsens über Zustimmung</i>
Strukturkriterien	Zuteilung der Bezugspflegekraft (bei Erstaufnahme)	187***		Durch wen erfolgt die Zuteilung der Bezugspflegekräfte: Die Zuteilung der Bezugspflegekräfte bei Erstaufnahme eines Patienten erfolgt durch die fachliche Leitung des Pflegedienstes.	4	80	0	3,63	4,0	0,500	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
		188**	141**	Kriterien für die Zuteilung der Bezugspflegekräfte sind unter anderem: freien Kapazitäten der Mitarbeiter.	4	75	5	3,00	3,0	0,894	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		189**	142*	Kriterien für die Zuteilung der Bezugspflegekräfte sind unter anderem: die Kompetenz der Mitarbeiter.	4	80	0	3,38	3,0	0,500	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		190**	143*	Kriterien für die Zuteilung der Bezugspflegekräfte sind unter anderem: der regionale Bezug des Mitarbeiters zum Wohnort des Patienten.	4	60	20	2,50	3,0	1,549	<i>kein Konsens</i>
		191**	144*	Kriterien für die Zuteilung der Bezugspflegekräfte sind unter anderem: der Wunsch des Patienten.	4	60	10	2,63	3,0	1,147	<i>kein Konsens</i>

		192***		Kriterien für die Zuteilung der Bezugspflegekräfte sind unter anderem: die Präferenz des Mitarbeiters hinsichtlich des vorzufindenden Krankheitsbildes.	4	60	5	2,81	3,0	0,981	<i>kein Konsens</i>
	Wiederaufnahme eines Patienten	193**	146*	Bei der Wiederaufnahme des Patienten erhält dieser in der Regel dieselben Bezugspflegekräfte wie in vorheriger Betreuung, solange diese noch Kapazitäten frei haben.	4	80	0	3,38	3,0	0,500	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		194**	31	Wenn dieselben Bezugspflegekräfte wie in der vorherigen Betreuung keine Kapazitäten frei haben, werden in der Regel andere Bezugspflegekräfte zugeordnet.	5	55	20	2,47	3,0	1,125	<i>kein Konsens</i>
		195**	32	Bei der Wiederaufnahme eines Patienten erhält dieser in der Regel die Bezugspflegekräfte, welche in seiner Region tätig sind, auch wenn diese vorher nicht für ihn zuständig waren.	5	10	35	1,60	2,0	0,828	<i>kein Konsens</i>
		Vertretungsregelung	196***		Die psychiatrische Pflege erfolgt am Wochenende oder an Feiertagen durch einen rotierenden Dienst, der durch die fachliche Leitung koordiniert wird.	4	60	20	2,81	3,0	1,328
	Patientenwechsel auf Wunsch der Bezugspflegekraft	197***		Ein Wechsel der Bezugspflegekraft ist in Ausnahmesituationen nach eingehender Reflexion (im Rahmen von Supervision oder Teamgesprächen) und einer engen pflegerischen Regulierung durch die fachliche Leitung möglich.	4	75	5	3,38	3,0	0,619	<i>Konsens über Zustimmung</i>
Prozesskriterien	Umsetzung des Pflegeprozesses und der Behandlungs-planung	198***		Sofern die fachliche Leitung als Bezugspflegekraft tätig ist, führt sie die pflegerische Informationssammlung (Erstanamnese) durch.	4	75	0	3,50	4,0	0,632	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
		199***		Sofern die fachliche Leitung als Bezugspflegekraft tätig ist, formuliert sie die Pflegeressourcen und -probleme bzw. stellt eine Pflegediagnose erstmalig.	4	75	5	3,44	4,0	0,814	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		200***		Sofern die fachliche Leitung als Bezugspflegekraft tätig ist, erstellt sie die erste pflegerische Maßnahmenplanung.	4	80	0	3,50	3,5	0,516	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		201***		Die fachliche Leitung führt auf Nachfrage der Bezugspflegekraft zur Erhöhung der Fachkompetenz Beratungs- und Reflexionsgespräche zu speziellen Fragestellungen durch.	5	75	0	3,53	4,0	0,516	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
		202***		Die Bezugspflegekraft erhält von der fachlichen Leitung nach Bedarf Team- und Einzelsupervisionen einschließlich Unterstützung in der Fallsteuerung von Pflegeprozessen.	4	80	0	3,56	4,0	0,512	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>

Ergebnis- kriteri	Kommunikation/ Informationsfluss	203***		Die fachliche Leitung bündelt und steuert auf Leitungsebene Anfragen und Aufträge.	4	80	0	3,63	4,0	0,500	<i>hoher Konsens über Zustimmung</i>
		204***		Die Bezugspflegekraft hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zu anderen sozialen Diensten/ Behörden/ Einrichtungen.	4	80	0	3,50	3,5	0,516	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		205***		Die fachliche Leitung hält bei Bedarf den ständigen Kontakt zu anderen sozialen Diensten/ Behörden/ Einrichtungen.	5	60	10	2,93	3,0	0,961	<i>kein Konsens</i>
	Angehörigenarbeit	206**	82	Die fachliche Leitung führt nach Bedarf Angehörigengespräche durch.	4	70	5	3,00	3,0	0,730	<i>Konsens über Zustimmung</i>
		207***		Die fachliche Leitung führt Angehörigenedukation durch.	4	40	30	2,19	2,5	1,047	<i>kein Konsens</i>
		208***		Die fachliche Leitung bezieht in ihre Planung, Koordination und Durchführung ggf. eine Bezugspflegekraft mit ein.	4	70	5	3,13	3,0	0,806	<i>Konsens über Zustimmung</i>
	Nutzen/Netzwerk	209***		Die Bezugspflege übernimmt die Vermittlung des Behandlungsprozesses in Absprache und Beteiligung mit dem Patienten.	4	80	0	3,44	3,0	0,512	<i>Konsens über Zustimmung</i>

A7 Gesamtübersicht der Thesen

Übersicht	Thesen mit hohem Konsens über Zustimmung	Thesen mit Konsens über Zustimmung	Thesen mit mäßigem Konsens über Zustimmung	Thesen mit keinem Konsens
Runde 1	14	65	6	41
Runde 2	7	25	4	20
Runde 3	6	12	1	8
Gesamt:	<u>27</u>	<u>101</u>	<u>11</u>	<u>70</u>