

## Was ist psychiatrische Pflege?

In der psychiatrischen Pflege steht der Mensch im Mittelpunkt. Eine der Hauptaufgaben der Pflege ist es, den ihr anvertrauten Menschen in seinem Anpassungsprozess zu begleiten und zu unterstützen in einem psychisch, physisch und sozialen Gleichgewicht zu bleiben und/oder ein neues zu finden (wenn er mit der Behinderung leben muss).

Psychiatrische Erkrankungen gehen immer mit einer Beziehungsstörung einher. Dies bewirkt, dass viele psychisch erkrankte Menschen in großer Isolation leben und nicht mehr in der Lage sind, für sie lebensnotwendige Kontakte zu knüpfen. Deshalb kommt in der psychiatrischen Pflege dem Beziehungsprozess als notwendige Basis und als Methode der psychiatrischen Pflege eine besondere Bedeutung zu.

Die Planung der psychiatrischen Pflegemaßnahmen orientiert sich an den Ressourcen und Problemen des Patienten, d.h. es wird eine jeweils individuelle Pflege, die durchdacht, geplant und ausgewertet wird, durchgeführt.

*„Psychiatrische Pflege muss insofern von der somatischen Pflege unterschieden werden, als sie nicht allein bedeutet, bei den Alltagsverrichtungen unmittelbar helfend in den Handlungsbedarf einzugreifen oder ärztlich verordnete abgrenzbare Einzelleistungen wie Medikamentenvergabe oder Verbandswechsel durchzuführen. Sie muss vielmehr bedeuten, dem psychisch Kranken Hilfe zu geben, dass er die Regeln der Sorge des Menschen für sich selbst und des mit menschlichen Umgangs als Element des eigenen Handlungsrepertoires wahrnimmt und umsetzt ...“*

*(Expertenkommission d. Bundesregierung, 1988)*

*Die Pflegekraft ist weniger „Bewirker“ als vielmehr „Ermöglicher“, d.h. sie bietet nicht Pflege an, weil sie besser wüsste, was der Kranke braucht, sondern sie hilft ihm, Selbstpflege-(Selbsthilfe-)Möglichkeiten wahrzunehmen. Erst dann ergänzt sie, wo der Kranke allein nicht zurechtkommt. Sie steht nicht in der Entscheidung für den Kranken, sondern steht mit dem Kranken in der Entscheidung. Sie erfüllt keine Bedürfnisse der Kranken, sondern hilft ihm, seine Bedürfnisse selbst zu erfüllen*

*(Viktor v. Weizsäcker)*



## **Ambulante psychiatrische Pflege (APP)**

### **1. Entwicklung der ambulanten psychiatrischen Pflege**

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland war lange auf reine Krankenhausbehandlung beschränkt. Die Psychiatrie-Enquête von 1975, ein umfassender Bericht über die psychiatrische Versorgung in Deutschland, leitet einen grundlegenden Wechsel ein. Die Kernforderungen der Expertenkommission waren 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 Krankenhausbetten vor allem im Langzeitbereich abgebaut werden konnten.

Das erste Modellprojekt für ambulante psychiatrische Pflege wurde 1980 in Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen. Seitdem wurden über viele Jahre auf Basis von Einzelfallentscheidungen und Sondervereinbarungen weitere ambulante psychiatrische Pflegeangebote erprobt, die jedoch weder flächendeckend noch regelfinanziert waren. Aufgrund eigenständiger Länderregelungen entstanden in den folgenden 25 Jahren sehr unterschiedliche Angebote, die in der Intensität, in den Inhalten der Pflegeleistungen und auch in der zulässigen Verordnungsdauer sehr stark variierten.

Ab 2004 wurde ambulante psychiatrische Pflege im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen (SGB V §§ 140 ff.) an einzelnen Standorten etabliert. Diese besonderen Verträge ermöglichten Vergütungsmodelle, Übergangsregelungen und Diagnoseneinschlüsse die von den Richtlinien HKP oder den Standardverträgen deutlich positiv abweichen.

Hiermit wurde – bereits vor Verabschiedung der Richtlinien – eine innovative Versorgungsstruktur geschaffen, die sich in Leistungsfähigkeit und Kosteneffizienz positiv von der Regelversorgung abhebt.

In Niedersachsen erfolgte die größte Zahl der Vertragsabschlüsse für die integrierte psychiatrische Versorgung. Die niedersächsischen Erfahrungswerte aus dieser Versorgungsform trugen dazu bei, dass die Kassen seit 2007 eine bundesweite Umsetzung der integrierten psychiatrischen Versorgung vorantreiben.

Im Jahr 2008 muss sich die Kosteneffizienz in der Evaluation bestätigen, damit die Versorgungsverträge über den 31.12.2008 hinaus fortgesetzt werden können. Derzeit (06/2008) deuten alle Zeichen darauf hin, dass die integrierte psychiatrische Versorgung als zukunftsfähige Struktur dauerhaft fortbestehen wird.

Neben der Entwicklung in der integrierten Versorgung wurde erstmalig im Jahre 2005 auch die Regelversorgung für die ambulante psychiatrische Pflege implementiert. Am 01.07.2005 definierte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) psychiatrische Hauskrankenpflege im Sinne des SGB V und ermöglichten die ärztliche Verordnung psychiatrischer Leistungsinhalte für ambulante Pflegedienste. Die Erkenntnisse und Möglichkeiten aus der integrierten Versorgung wurden dabei leider nicht berücksichtigt.



Gegen alle wissenschaftliche Erkenntnis wurde die Verordnungsmöglichkeit zeitlich und diagnostisch eingegrenzt. Auch wenn die Realität eine andere Notwendigkeit verlangt, so bedeutete die Aufnahme psychiatrischer Leistungsinhalte im ärztlichen Verordnungskanon einen wichtigen Meilenstein für die psychiatrische Hauskrankenpflege. Die Umsetzung der Richtlinien bestimmen die örtlichen Kostenträger. Aufgrund fehlender bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen sind dabei große regionale Unterschiede entstanden und haben zu keiner ausreichenden Versorgungsdichte in der gesamten Bundesrepublik geführt.

## **2. Rechtlicher Rahmen**

Das Sozialgesetzbuch (SGB) XI §14 beinhaltet seit 1995 auch psychiatrische Krankheitsbilder. Entsprechend SGB V §37 kann ambulante Pflege zur Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und zur Sicherstellung der Behandlung durch die niedergelassenen Nervenärzte verordnet werden.

Die Bundesrichtlinien schaffen seit 2005 eine einheitliche Grundlage für die ambulante psychiatrische Pflege in ganz Deutschland.

## **3. Zielsetzung**

Die ambulante psychiatrische Pflege ist ein gemeindeorientiertes Versorgungsangebot. Sie soll dazu beitragen, dass psychisch kranke Menschen ein würdiges, eigenständiges Leben in ihrem gewohnten Lebenszusammenhang führen können. Durch die Pflege vor Ort soll das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden. Dazu gehört auch die Arbeit mit den Angehörigen, die in die Behandlung einbezogen und entlastet werden sollen. Die ambulante psychiatrische Pflege kann wiederkehrende Klinikaufenthalte, die von den Betroffenen und dem sozialen Umfeld häufig als stigmatisierend empfunden werden, vermeiden. Die ambulante Pflege soll mit ihren flexiblen, aufsuchenden Angeboten Behandlungsabbrüchen vorbeugen. Auch der für die Patienten sehr belastende Wechsel von psychiatrischen Diensten je nach Behandlungsbedarf soll durch das integrierte Angebot der ambulanten psychiatrischen Pflege vermieden werden.

## **4. Inhalte**

Ambulante psychiatrische Pflege ist aufsuchend tätig und damit Verbindungsglied zwischen Beratungsstellen, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Ärzten, Therapeuten, Tageskliniken, betreutem Wohnen und anderen psycho-sozialen Diensten und Angeboten in der Gemeinde.

Die Häufigkeit der Besuche orientiert sich an dem Bedarf der Patienten und kann von mehrmals täglich bis einmal monatlich variieren.

Ambulante psychiatrische Pflege ist europaweit sehr unterschiedlich organisiert und finanziert. In einigen Ländern ist sie das Herzstück der Gemeindepsychiatrie, in anderen Ländern ist sie eher ein ergänzender Dienst.

Die Aufgaben sind:

- professionelle, tragfähige Beziehung aufbauen;
- feststellen, beobachten und dokumentieren des Hilfebedarfs und dessen Entwicklung (Pflegeprozess)
- bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen helfen (z.B. beim Einkaufen, Kochen, Körperpflege);
- stützende Tagesstruktur schaffen;
- wahrnehmen und beobachten von Krankheitszustand und -entwicklung;
- ärztliche Behandlung unterstützen;
- durch Gespräche die eigene Verantwortlichkeit der Patienten stützen und fördern;
- einen bewussten, aktiven Umgang mit der Krankheit / Beeinträchtigung durch Information und Beratung fördern;
- Krisensituationen erkennen (z.B. Suizidalität, familiäre Probleme);
- frühzeitige Krisenintervention (z.B. engmaschige Betreuungs- und Gesprächsangebote, Entspannungsübungen);
- die Angehörigen und das soziale Umfeld aktiv einbeziehen, beraten und unterstützen;
- Koordination und Vermittlung von Hilfen;
- eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten und die Compliance fördern;
- Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente erkennen.
- Praktische Unterstützung der Patienten zur Erreichung ihrer Ziele

(Internet: detaillierter Tätigkeitskatalog [www.bapp.info/texte/taetigkeiten.pdf](http://www.bapp.info/texte/taetigkeiten.pdf))

## 5. Kompetenzen der Pflegekräfte

Das ambulante Arbeitsfeld stellt erhöhte Anforderungen an die Pflegekräfte, die sich im Gegensatz zur stationären Arbeit in sehr komplexen Strukturen behaupten müssen.

Da die Einsätze oft allein und ohne den sonst üblichen institutionellen Hintergrund erfolgen, müssen die Pflegekräfte in der Lage sein, sehr differenziert die Situation der Patienten einschätzen zu können und eigenständig zu arbeiten. Sie müssen ermessen, ob die geleisteten Angebote angemessen und hilfreich sind, ob der Patient ausreichend versorgt ist und ob weitere Dienste einbezogen werden müssen. Dazu ist ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Kompetenz erforderlich. Daher muss die Pflegekraft bereit sein, die eigenen persönlichen Fähigkeiten und Defizite durch kritische Reflektion zu erkennen und sich in der professionellen Praxis weiter zu entwickeln.

Da sich die ambulante psychiatrische Pflege im direkten Lebensumfeld der Patienten vollzieht, sind die Pflegekräfte direkt mit deren Lebensführung konfrontiert. Da eine annehmende Beziehung zu den Patienten die Grundlage der ambulanten Pflege ist, müssen die Pflegekräfte in der Lage sein, unterschiedliche und oft auch ungewöhnliche Lebensentwürfe zu akzeptieren. Das differenzierte Überdenken der eigenen Wertvorstellungen ist Grundlage dafür, ein integrierendes, nicht-diskriminierendes und nicht bevormundendes Handeln zu entwickeln, das auf die komplexen Bedürfnisse der Patienten eingeht.



Da die Pflegekräfte allein in der Häuslichkeit der Patienten einen intimen, privaten Bereich betreten, müssen sie sehr reflektiert und respektvoll mit Nähe und Distanz umgehen können.

Ambulante psychiatrische Pflege basiert auf der Orientierung an den individuellen und sozialen Ressourcen des Patienten und den Angeboten in der Gemeinde. Um diese Ressourcen erkennen und nutzen zu können, müssen die Pflegekräfte eine enge Kooperation mit den Patienten und den Angehörigen herstellen können. Um eine ganzheitliche, integrative Versorgung anbieten zu können, ist es erforderlich, dass die Pflegekräfte ein umfassendes Wissen über rechtliche Regelungen, sowie die unterschiedlichen Angebote, Institutionen und Unterstützungsmöglichkeiten für die Patienten und ihre Familien in der Region hat.

## **6. Besonderheiten**

Die ambulante psychiatrische Pflege richtet sich an Menschen, die eine psychiatrische Behandlung und Pflege akzeptieren. Die Freiwilligkeit ist ein besonders wichtiger Aspekt, weil die Pflegekräfte darauf angewiesen sind, dass ihnen bei ihren Besuchen die Tür geöffnet wird und die Betroffenen sich an den Interventionen beteiligen. Diese Gastrolle der Pflegekräfte führt gegenüber der stationären Behandlung, bei der das Personal das Hausrecht hat, zu einer Veränderung der Beziehungen. Die Patienten und Pflegekräfte handeln gemeinsam aus, welche Angebote geeignet sind und wie sie durchgeführt werden sollen. Die ambulante Pflege leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Selbstbestimmung der Patienten in der psychiatrischen Versorgung.

*(2. aktualisierte Version © Juni 2008)*