

PROJEKTDOKUMENTATION

„Daham is daham“

Ambulante psychiatrische Pflege

Tel.: 09101 / 53 76 33

Fax: 09101 / 53 76 34

eMail: app-mfr@gmx.de

Internet: <http://www.app-mfr.de.vu>

„Daham is daham“ ist eine Initiative des Fördervereins ambulante Krisenhilfe e.V.



Gliederung

1. Entstehung der Idee (Fachtag, AK der PSAG)
 2. Antrag an den Bezirk, strategische Überlegungen, Ziele, Strukturen
 3. Kommentar
 4. Praktische Arbeit
 - 4.1. Auswahl der Mitarbeiter
 - 4.2. Arbeitsbedingungen
 - 4.3. Öffentlichkeitsarbeit
 - 4.4. Vorgehen bei Anfragen
 - 4.5. Vertragsgestaltung
 5. Fallbeispiele
 6. Statistik
 7. Resümee / Ergebnisse
 8. Ausblick und Perspektiven
 9. Danksagungen
-

Projektdokumentation

„*Daham is daham*“

Autoren:

Heiner Dehner, Diplom-Psychologe, Psychiatriekoordinator der Stadt Nürnberg

Volker Haßlinger, Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Koordinator / Fach- und Dienstaufsicht im Projekt

Die Dokumentation kann per eMail über app-mfr@gmx.de oder Tel.: 09101 / 537633 angefordert werden.

© 2002,

Weiterverteilung und Vervielfältigung in unabgeänderter Form erlaubt;

Änderungen bzw. andere Weiterverwendung nur mit Genehmigung der Autoren.

1. Entstehung der Idee (Fachtag, AK der PSAG)

Die Idee, ambulante psychiatrische Pflege tatsächlich auch in die ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen einzubauen, ist natürlich nicht auf unseren Mist gewachsen. Schon die Finanzierungsrichtlinien des sicher psychiatriepolitisch nicht gerade innovativen bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sah die Integration von Psychiatriefachpflegekräften in Sozialpsychiatrische Dienste vor. Allerdings wurde dieses Vorhaben unserer Kenntnis nach nie umgesetzt.

Aufgrund der eigenen Lehrtätigkeit bei Qualifizierungen von Fachpflegekräften für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie fiel auf, daß diese berufliche Qualifikation fast ausschließlich für den traditionellen stationären Bereich zur Verfügung stand.

Es war klar, daß dies historisch so gewachsen war, allerdings unserer Meinung nach keineswegs einen optimalen Einsatz der pflegerischen Möglichkeiten bedeutete.

Zeitgleich mit diesen Überlegungen entwickelten wir in Nürnberg unter anderem einen ambulanten Krisendienst für den Ballungsraum Nürnberg-Fürth. Dieser sollte (und macht dies jetzt auch seit über fünf Jahren) eine niederschwellige, potentiell aufsuchende Hilfe für Menschen in seelischen Notlagen verwirklichen. Als Besonderheit wurden die Dienstzeiten außerhalb der üblichen Sprechzeiten gelegt. Für diese unter Fachleuten als schwierig eingeschätzte Tätigkeit wollten wir auch die Berufsgruppe der Psychiatriefachpflegekräfte einbinden, was letztlich auch gelang und einer der Gründe für die sehr gute Arbeit des ambulanten Krisendienstes ist. (Nähere Informationen über den Krisendienst Mittelfranken erhalten Sie unter www.krisendienst-mittelfranken.de).

Um herauszufinden, inwieweit auch andere Krisenhilfesysteme von ambulanter psychiatrischer Pflege profitieren könnten, gründeten wir im Rahmen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) einen Arbeitskreis (AK) ‚ambulante psychiatrische Pflege‘ (APP). In diesem AK APP der PSAG Nürnberg waren auch die Wohnungslosenhilfe, die Kinder- und Jugendhilfe und die Altenhilfe neben den klassischen Mitgliedern der verschiedenen Versorgungsangebote der Erwachsenenpsychiatrie vertreten.

Um nun die Leistungsfähigkeit der ambulanten psychiatrischen Pflege und vor allen Dingen die Möglichkeiten ihrer Umsetzung in die Praxis auszuprobieren, beschlossen wir einen Fachtag zum Thema Ambulante psychiatrische Pflege zu veranstalten. Dieser fand am 27.01.1999 unter großem Interesse der Fachöffentlichkeit statt. Leider mußten wir ganz kurzfristig auf zwei Referenten aus anderen Bundesländern verzichten. Der eine hatte die ganze Diskussion auf Bundesebene verfolgt und zusammengefaßt, der andere leitete schon seit Jahren einen Fachdienst für ambulante psychiatrische Pflege und hatte es geschafft, wovon wir heimlich schon länger träumten, einen Vertragsabschluß mit den Krankenkassen nach SGB V abzuschließen.

Bereits im Vorfeld des Fachtages gab es eine gute Zusammenarbeit mit dem Bezirk Mittelfranken, in dessen Zuständigkeit (bayerische Regelung und unserer Kenntnis nach einmalig in Deutschland) die ambulante psychiatrische Versorgung fällt. Das Interesse des Bezirks Mittelfranken war eindeutig die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker, hier sehr wohl auch nach dem Paradigma ‚ambulant vor stationär‘. Nachdem man zum einen den Ausbau der Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDi's) förderte, war man sich aber gleichzeitig bewußt, daß allein die SPDi's nicht in dem gewünschten Maße die ambulante Versorgung sicherstellen könnten.

Zeitgleich machte man gute Erfahrungen mit den ersten aufsuchenden Diensten der Institutsambulanzen der mittelfränkischen Bezirkskrankenhäuser, in denen zu den besonderen Vergütungsmöglichkeiten von Institutsambulanzen auch psychiatrische Fachpflegekräfte extramural tätig werden konnten.

Ziel war damals und ist es auch heute noch, eine ambulante psychiatrische Pflege auf Rezept verordnet zu bekommen. Dieses Rezept sollte vom Facharzt ausgestellt werden, Grundlage wäre der § 37 SGB V. Die Qualitätssicherung würde entsprechend durchgeführt werden. Unsere Hoffnung, einen Vertreter von Krankenkassen zum Fachtag gewinnen zu können wurden durch viele Absagen geschmälert, letztendlich fand sich niemand, der mit uns aus Sicht der Krankenkassen diskutiert hätte.

Im Rahmen des Fachtages wurde von allen Seiten die Notwendigkeit und der Nutzen von ambulanter psychiatrischer Pflege bestätigt. Hierzu gab es beeindruckende Berichte auch aus benachbarten Krisenhilfesystemen, sodass es eine breite Unterstützung für den Vorschlag gab, einen Vertragsabschluß mit den Krankenkassen nach SGB V anzustreben. Als juristischer Träger wurde im Rahmen des AK APP der ‚Förderverein ambulante Krisenhilfe e.V.‘ vorgeschlagen, der auch schon die Trägerschaft für den ambulanten Krisendienst Nürnberg/Fürth übernommen hatte.

Als Vorsitzender stellte ich unter Verwendung von Unterlagen aus bestehenden ambulanten psychiatrischen Pflegeeinrichtungen einen ausführlichen Antrag an die Krankenkassen und zwar zum einen an die AOK, zum anderen an die BILE (Zusammenschluß der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Landwirtschaftskrankenkassen und der Ersatzkassen). ‚Zuständigkeitshalber‘ (O-Ton Krankenkasse) wurde unser Antrag an die Pflegekassen in Kulmbach verwiesen, auch weil in unserem Antrag das Wort ‚Pflege‘ verwendet wurde. Psychiatrische Pflege war nach Meinung der Krankenkassen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung und wurde deswegen dorthin verschoben. Damit war der Antrag vom Tisch und eine Kostenzuständigkeitsverschiebung in Gange gebracht, die einige Jahre dauerte und sich als regelrechtes Bermudadreieck herausstellte. Bei den Pflegekassen konnte man mit psychiatrischer Pflege nichts anfangen und schickte den Antrag nach einigen Monaten zurück. Telefonische und schriftliche Intervention konnten leider nicht verhindern, daß sich niemand zuständig fand und somit auch niemand da war, mit dem unser Anliegen diskutieren oder verhandeln hätte können.

2. Antrag an den Bezirk, strategische Überlegungen, Ziele, Strukturen

Nachdem die Anträge an mögliche Kostenträger sich als Bermudadreiecke erwiesen hatten, wollten wir unabhängig von den zähen Verhandlungsversuchen den tatsächlichen Nutzen der ambulanten psychiatrischen Pflege nachweisen und entwickelten die Idee einer zeitlich befristeten Förderung einer Vollzeitkraft für ambulante psychiatrische Pflege durch den Bezirk Mittelfranken. Nachdem der Bezirk bereits im Vorfeld in die Diskussionen eingeschaltet gewesen war und in seinen Reihen, sowohl in den politischen Gremien, als auch an vorderster Stelle in der Sozialhilfverwaltung sehr fortschrittlich denkende Leute sitzen hat, war die Förderung problemlos möglich. So entschied der Sozialausschuß des Bezirks Mittelfranken am 27.09.1999 die Finanzierung einer Stelle für ein Jahr.

Die grundsätzliche Aufgabe für den juristischen Verantwortlichen, den schon genannten ‚Förderverein ambulante Krisenhilfe e.V.‘ sollte sein, einen Vertragsabschluß mit den Krankenkassen

sen nach SGB V zu erreichen. Dann wäre diese Initiative erfolgreich beendet worden und jeder interessierte Träger eines Pflegedienstes oder eines sozialpsychiatrischen Dienstes hätte nach eigenem Ermessen eine ambulante psychiatrische Fachkraft einstellen können.

Heiner Dehner

3. Antrag an den Bezirk, strategische Überlegungen, Ziele, Strukturen

Nachdem die Anträge an mögliche Kostenträger sich als Bermudadreiecke erwiesen hatten, wollten wir unabhängig von den zähen Verhandlungsversuchen den tatsächlichen Nutzen der ambulanten psychiatrischen Pflege nachweisen und entwickelten die Idee einer zeitlich befristeten Förderung für eine Vollzeitkraft ambulante psychiatrische Pflege durch den Bezirk Mittelfranken. Nachdem der Bezirk bereits in die Diskussionen eingeschaltet gewesen war und in seinen Reihen, sowohl in den politischen Gremien, als auch an vorderster Stelle in der Sozialhilfeverwaltung sehr fortschrittlich denkende Leute sitzen hat, war die Förderung problemlos möglich. So lautete der Beschluß des Bezirks Mittelfranken vom 27.09.1999.

Die grundsätzliche Aufgabe für den juristischen Verantwortlichen, den schon genannten ‚Förderverein ambulante Krisenhilfe e.V.‘ sollte sein, einen Vertragsabschluß mit den Krankenkassen nach SGB V zu erreichen. Dann wäre diese Initiative erfolgreich beendet worden und jeder Träger hätte sich nach eigenem Ermessen eine ambulante psychiatrische Fachkraft einstellen können.

4. Kommentar

Seit Juli 1997 beschäftige ich mich, durch meine Facharbeit im Rahmen der Weiterbildung zum Krankenpfleger für Psychiatrie, mit dem Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege. Die Facharbeit zum Thema „Psychiatrie-Reform“¹, behandelte die Entwicklungen und Perspektiven, insbesondere aus pflegerischer Sicht. Nun fast fünf Jahre später, nach zwei Jahren Projektzeitraum und um viele Erfahrungen und Einblicke reicher, muss ich mit Erstaunen feststellen, dass viele meiner damaligen Einschätzungen bis heute Gültigkeit besitzen (leider).

So waren schon damals finanzielle Aspekte entscheidend im Gesundheitswesen. Inzwischen scheint aber allein die Kostenfrage maßgeblich zu sein und Gedanken wie Humanität, Chancengleichheit und eben Effektivität treten zu häufig in den Hintergrund. Die schon 1975 in der Psychiatrie-Enquête angemahnte Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken ist bis heute nicht ganz vollzogen. Psychisch Kranken wird, im Gegensatz zu körperlich Kranken, immer noch eine flächendeckende, regelfinanzierte ambulante Pflege verwehrt. Nur dadurch aber, denke ich, kann deren Bedürfnissen entsprochen und der gesamte Lebensbezug eines Menschen mit einbezogen werden.

Dieser wichtige Schritt zur Integration liegt aber bis heute an der ökonomische Kette, was in doppelter Hinsicht ein Fehler ist. Denn inzwischen gibt es mannigfaltige Erkenntnisse darüber, dass eine ambulante Versorgung langfristig kostengünstiger ist als die stationäre Variante. Außerdem ist eine ambulante vor Ort Versorgung deutlich effektiver und reduziert den sogenannten „Drehtüreffekt“.

¹ „PSYCHIATRIE-REFORM – ENTWICKLUNGEN UND PERSPEKTIVEN“, Facharbeit 1997

Scheinbar hat ausschließlich betriebswirtschaftliches Denken Vorrang vor volkswirtschaftlichen, gesellschaftspolitischen und menschlichen Aspekten.

Insgesamt scheint die Politik, gerade auf kommunaler Ebene, durchaus offen zu sein, auch gesetzliche Grundlagen (in SGB V § 37 und SGB XI §14) sind vorhanden. Trotzdem verweigern Krankenkassen die Finanzierung mit einem Verweis auf ihren Leistungskatalog und einen zuständigen Bundesausschuss, der seit längerer Zeit zu diesem Thema keine relevante Entscheidung trifft.

Ich hoffe es kann in der Zukunft gelingen sowohl von der Notwendigkeit, als auch der Sinnhaftigkeit einer ambulanten psychiatrischen Pflege zu überzeugen.

*„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und
Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und um andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft ... Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht.“* (aus WHO-Programm „Gesundheit 2000“)

Volker Haßlinger

5. Praktische Arbeit

5.1. Auswahl der MitarbeiterInnen

Die anfängliche Idee, die Stelle mit zwei 50%-Kräften zu besetzen, stellte sich schnell als nicht praktikabel heraus. Zum einen fand sich niemand, der mit nur 50% der Arbeitszeit tätig sein wollte, zum anderen war niemand bereit, für die kurze, begrenzte Zeit, seine feste Anstellung bei einem anderen Arbeitgeber aufzugeben.

Aus diesen Gründen entschlossen wir uns, die Stelle aus einem flexiblen Pool von Honorarkräften zu besetzen.

Diese Lösung zeigte viele Vorteile. Wir hatten somit eine gute Mischung von unterschiedlichen Erfahrungsschwerpunkten und Persönlichkeiten. Durch die unterschiedlichen Wohnorte, war auch die Abdeckung im Großraum Nürnberg besser zu gewährleisten. Außerdem konnten durch die größere Anzahl von Personen, Ausfall- bzw. Vertretungssituationen wesentlich einfacher bewältigt werden.

Insgesamt waren 7 Frauen und 6 Männer als Honorarkräfte und ein Mann als Koordinator sowie Fach- und Dienstaufsicht beschäftigt.

Um Professionalität und Fachkompetenz zu gewährleisten, mussten die MitarbeiterInnen eine abgeschlossene dreijährige Pflegeausbildung (oder andere vergleichbare Berufsausbildung) mit mehrjähriger Psychiatrieerfahrung vorweisen.

8 Pflegekräfte (inkl. Fach- und Dienstaufsicht) hatten die Fachweiterbildung für Psychiatrie und somit eine mindestens 5-jährige Fachausbildung und wenigstens 4 Jahre Psychiatrieerfahrung.

5.2. Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit begann letztlich schon in der Entstehungsphase (siehe Pkt. 2), durch Fachtag und Arbeitskreis wurde schon im Vorfeld ein breiter Personenkreis miteinbezogen.

Mit Beginn des Modellprojekts wurden ca. 5000 Flyer in Umlauf gebracht. Diese wurden an relevante Institutionen (psychiatrische Krankenhäuser, SPDi's, Pflegedienste, Arztpraxen, Angehörigenverein, Krisendienst u.v.m.), sowie unzählige Einzelpersonen verteilt.

Die auf dem Flyer angegebenen Telefonnummern und Adressen standen (und stehen) immer auch zu Informationszwecken zur Verfügung.

Vor allem durch den Koordinator, aber auch durch einige Honorarkräfte, wurden auf Wunsch Informationsveranstaltungen gehalten.

Das Interesse und der Informationsbedarf waren durchgängig sehr stark, aus ganz Bayern kamen Anfragen.

5.3. Vorgehen bei Bedarfsmeldungen

Üblicherweise ging eine Meldung, dass ambulante psychiatrische Pflege gebraucht wird, über Telefon bei uns ein. Diese Anrufe kamen von Angehörigen, Betroffenen, ÄrztInnen, BetreuerInnen und anderen Institutionen.

Da unser Büro nicht ständig besetzt war erfolgte nach Abhören des Anrufbeantworters ein Rückruf unsererseits. In diesem Gespräch wurden unverbindlich Vorstellungen und Möglichkeiten geklärt und eine erste Einschätzung vorgenommen. Diese konnte zu einer sofortigen Ablehnung, der Zusage eines Erstkontaktes oder einem Verweis auf die Warteliste führen.

Falls ein Erstkontakt abgemacht war, wählte der Koordinator eine geeignete MitarbeiterIn aus. Hierbei kam es auf Erfahrungsschwerpunkte und Person, aber auch freie Kapazitäten und Wohnort an. Die MitarbeiterIn wurde dann über den Sachverhalt informiert.

5.4. Arbeitsbedingungen

Die Mitarbeiter erhielten durch den Koordinator den Auftrag zu einem Erstkontakt. Dieser sollte dazu dienen die Betroffenen persönlich kennen zulernen und den Sachverhalt noch einmal detaillierter einschätzen zu können.

Wenn die MitarbeiterIn eine Versorgung für machbar und sinnvoll hielt, und sich mit den Betroffenen auf Vorgehensweise und Zielsetzung einigen konnte, wurde ein Pflegevertrag geschlossen (siehe Pkt. 4.5.).

Während der Versorgungszeit verabredeten MitarbeiterIn und KlientIn Besuchstermine, je nach Möglich- und Notwendigkeiten. Diese Termine umfassten im Normalfall 60 Minuten vor Ort, wobei auch kürzere bzw. längere Einsätze möglich waren. Letztere mussten aber begründet und von der Fach- und Dienstaufsicht genehmigt werden.

In der Gestaltung der Einsätze hatten die MitarbeiterInnen weitgehende Freiheit, von Seiten der Fach- und Dienstaufsicht, wurden nur Rahmenbedingungen und eine Standardisierung bezüglich der Dokumentation vorgegeben. So war eine Vorgehensweise gemäß des Pflegeprozesses (einschl. Pflegeplanung) verbindlich.

Durch die Bedingungen bei der Auswahl der MitarbeiterInnen, waren Kompetenz und Professionalität praktisch von vorne herein gewährleistet.

Die besondere Arbeitssituation war für die meisten MitarbeiterInnen trotzdem neu. So kamen die meisten von ihnen aus der stationären Psychiatrie und waren Teamarbeit und die Möglichkeit von Absprachen und Hilfestellung gewohnt. Um dieses Defizit auszugleichen wurden immer wieder Honorarkräftetreffen abgehalten, um einen Informations- und Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Außerdem bestand jederzeit die Möglichkeit Rücksprache mit der Fach- und Dienstaufsicht zu halten.

5.5. Vertragsgestaltung

Der mit den KlientInnen bzw. deren VertreterInnen abgeschlossene Pflegevertrag, hatte nur im Falle von Selbstzahlern rechtliche Relevanz. Durch die Pauschalfinanzierung des Bezirkes Mittelfranken waren zahlungstechnische Schwierigkeiten nicht vorhanden.

Dennoch spielte dieser Vertrag eine nicht unbedeutende Rolle. Zum einen signalisierte er beiden Seiten eine Verbindlichkeit, zum anderen konnte den Betroffenen hiermit klar vermittelt werden, dass sie am Entscheidungsprozess beteiligt waren. Es war Ziel in jedem Fall auch die Unterschrift der Betroffenen selbst zu bekommen.

Der Vertrag regelte außerdem den Umgang mit Terminabsagen und Ausfällen.

6. Fallbeispiele

Die nachfolgenden Beispiele sind anonymisiert und zusammengefasst, sie sollen einen Über- und Einblick in die Situation geben. Außerdem kann damit verdeutlicht werden, wie wichtig und sinnvoll ambulante psychiatrische Pflege ist.

Beispiel 1:

Herr Y., wurde seit Februar 2000 ein mal wöchentlich für eine Stunde betreut. Herr Y. ist 64 Jahre alt, leidet seit vielen Jahren an einer chronischen Schizophrenie und wohnte zu Beginn in einer Wohngemeinschaft mit 2 weiteren psychisch kranken Männern, die im Rahmen eines "Betreuten Wohnens" versorgt werden. Herr Y. bekam außerdem 2x täglich Besuch von der Sozialstation (insulinpflichtiger Diabetes mellitus).

Herr Y. war über 20 Jahre im Bezirkskrankenhaus Erlangen untergebracht, danach im Heim der AWO und zuletzt hier im Betreuten Wohnen.

Herr Y. steht unter Betreuung (alle Bereiche).

Die Besuche der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) wurden vom Betreuer und der Schwester des Herrn Y. angeregt. Ziel der Betreuung soll neben der Unterstützung bei den ATL's (Aktivitäten des täglichen Lebens) der korrekte Umgang mit Geld sein. Des weiteren sucht Herr Y. einen Gesprächspartner, der ihn ernst nimmt und ihm geistig folgen kann. Laut seinen Angaben hatte er seit 35 Jahren nur mit Verrückten zu tun.

Da Herr Y. relativ leicht lenkbar war, waren schon nach kürzester Zeit deutliche Verbesserungen erkennbar. Jedoch bedurfte es ständiger Kontrollen bzw. Auffrischung des Gelernten, da Herr Y. dazu neigte, genauso schnell wieder in gewohnte Muster zu verfallen. Als Beispiel hierfür sei die Hygiene angesprochen. Da Herr Y. leicht inkontinent war, war häufiger Wäsche- und Lüften des Zimmers angezeigt. Dies vergaß Herr Y. allzu leicht und wurde dann von den Mitbewohnern gehänselt, was wiederum eine kleine Krise auslöste und einen Rückzug zur Folge hatte. Das Einüben klarer Tagesstrukturen blieb ein Schwerpunkt der Betreuung, ein einfühlsamer und verständnisvoller Umgang war dabei sehr wichtig.

Herr Y. freute sich sehr auf die regelmäßigen Besuche und mochte sie auch nicht mehr missen. Er hatte endlich wieder das Gefühl, ernst genommen zu werden und jemanden gefunden, der ihn nicht auslacht, wenn er seine Gedanken preisgibt, der ihn aber auch lenkt oder bremst, wenn er sich in wahnhaften Gebilden verstrickt.

Im Laufe der Versorgung konnten die Psychopharmaka bei Herrn Y. reduziert werden, so daß er jetzt nur noch eine geringe Menge verabreicht bekommt. Gegen Ende letzten Jahres konnte Herr Y. sogar das Betreute Wohnen verlassen und eine eigene Wohnung beziehen.

Beispiel 2:

Frau X. ist 72 Jahre alt, leidet an einer langjährigen Schizophrenie und war in den Jahren vor unserer Versorgung häufig zur stationären Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern. Oft wurde sie recht gut entlassen und kam kurze Zeit später, völlig dekompenziert wieder in die Klinik. Aufgrund dieser Tatsachen nahmen wir den Erstkontakt schon in der Klinik vor.

Nach Entlassung zeigte sich uns folgendes Bild. Frau X. ist noch gedrückter Stimmung, zeigt deutliche Versagensängste bezüglich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit und der Bewältigung des Alltags. Außerdem habe sie es nicht geschafft nach der Entlassung wieder soziale Kontakte aufzunehmen.

Aus unserer Sicht bestand eine deutliche Konzentrationsschwäche und die mangelnde Fähigkeit den Alltag zu strukturieren, sowie soziale Kontakte aufzubauen. Da aber sowohl die grundlegenden Fertigkeiten der Lebenspraxis, als auch die Fähigkeiten zu zwischenmenschlichem Kon-

takt vorhanden waren, erschien es uns notwendig der Patientin bei der Planung und Strukturierung behilflich zu sein. Außerdem war es notwendig ihr Selbstvertrauen zu stärken, um somit einen völligen Rückzug und eine krankheitsauslösende Überforderungssituation zu vermeiden.

Im Einzelnen erarbeiteten wir mit Frau X. ein tragfähiges Vertrauensverhältnis und versuchten durch kognitive Übungen Konzentrationsschwächen ab- und Selbstwert aufzubauen. Die Strukturierung des Alltags erwies sich als weitgehend problemlos, während die Wiederaufnahme der sozialen Kontakte eine deutliche Hilfestellung durch stützende Gespräche und strukturierende Maßnahmen erforderte.

Trotz der nur kurzen Zeit von ca. vier Wochen machte Frau X. deutliche Fortschritte. Die Konzentrationsschwäche nahm deutlich ab, bis sie am Schluss alle Übungen ohne jegliche Schwierigkeit erledigen konnte. Die Aufnahme von Kontakten erfolgte anfänglich eher zögerlich, wurde aber mit zunehmender Sicherheit besser und häufiger. Die auch für die Patientin wahrnehmbaren Fortschritte steigerten sichtlich ihr Selbstvertrauen und verbesserte auch ihre affektiven Zustand. Gegen Ende des Versorgungszeitraums war Frau X. locker, selbständig und aktiv, sie äußerte von sich aus unsere Hilfe nicht mehr zu brauchen.

Wir versorgten Fr X. ca. fünf Wochen lang und erreichten, dass sie innerhalb von eineinhalb Jahren, nur einmal für eine Woche (aufgrund familiären Trauerfalls) in die Klinik musste.

Beispiel 3:

Frau Z. ist eine 39jährige alleinerziehende Mutter zweier Kinder, mit einer ausgeprägten Borderline-Störung. Frau A. nahm zusätzlich gelegentlich den ambulanten Krisendienst in Anspruch (telefonisch) und besuchte ein mal wöchentlich die Institutsambulanz im Klinikum Nürnberg. Frau A. stand unter Betreuung (finanzielle Angelegenheiten).

Frau A. ist seit 20 Jahren psychisch krank. Seit dem Tod ihres Ehemannes vor 7 Jahren erlitt sie häufig suizidale Krisen, die mit Klinikaufenthalt endeten. Die Dauer der Aufenthalte lagen zwischen 10 Tagen und 6 Wochen, die Häufigkeit bei 4 - 6 mal pro Jahr. Spezielle Borderline-Therapien brach Frau A. erfolglos ab. Weitere Klinikaufenthalte ergaben sich durch Selbsteinweisung der Frau A., da sie den inneren Druck nicht mehr aushalten konnte. Ein "sich ritzen" ging diesen Einweisungen voraus.

Seit der Betreuung durch die ambulante psychiatrische Pflege (APP) waren keine längeren Krankenhausaufenthalte nötig. Größere Krisen konnten im Vorfeld abgewandt werden. Es waren gelegentliche Hausbesuche des Hausarztes bzw. diensthabenden Arztes nötig, um eine Injektion von Beruhigungsmitteln durchzuführen. Frau A. war während der Versorgungszeit von fast 2 Jahren zweimal (für eine Nacht bzw. vier Tage) zur stationären Beobachtung in der Klinik.

Die Tätigkeit bei Frau A. war in erster Linie durch Vorsorge bei Eigengefährdung und Krisenintervention gekennzeichnet. Dies wurde durch entlastende Gespräche, Hilfe beim Umgang mit beeinträchtigenden Gefühlen und einer geeigneten Strukturierung des Alltags erreicht.

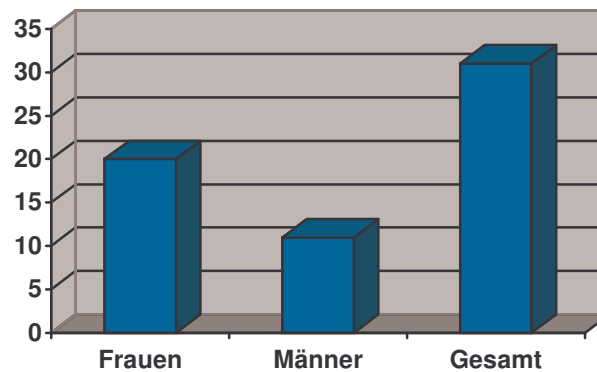
Frau A. selbst führte die deutliche Besserung ihres Zustandes auf die Versorgung durch die APP zurück.

7. Statistik

Für die nachfolgenden Punkte wurden immer jeweils 31 Fälle ausgewertet.

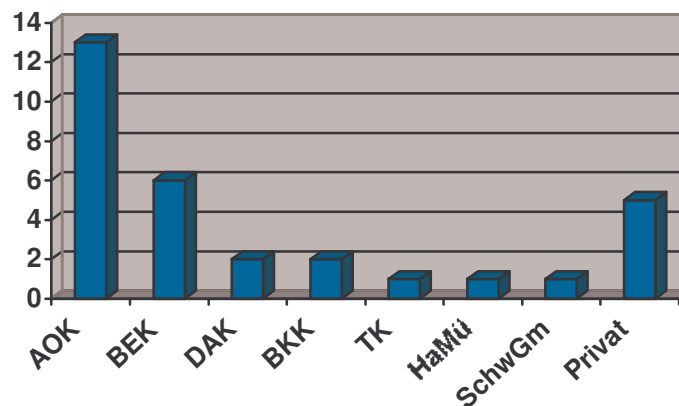
7.1. Versorgte KlientInnen

Unter den versorgten KlientInnen waren die Frauen deutlich in der Überzahl. 20 von 31 Fällen entsprechen 64,5%.



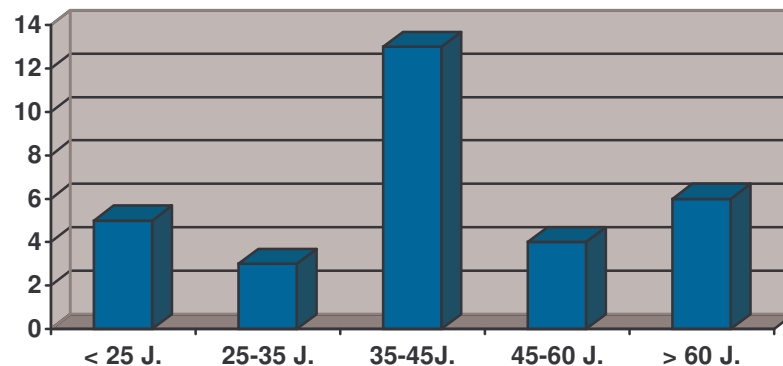
7.2. Krankenkassen

Bei den Krankenkassen lag eindeutig die AOK an erster Stelle (41,9%), gefolgt von der Barmer Ersatzkasse (19,4%).



7.3. Alterstruktur

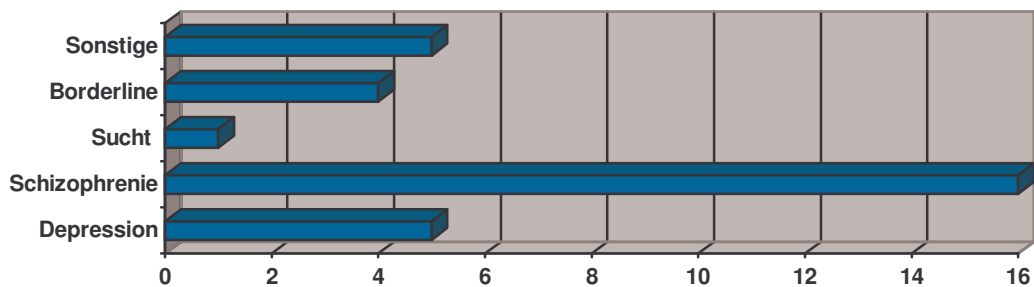
Die Gruppe der 35-45-jährigen war unter unseren KlientInnen mit 41,9% am stärksten vertreten. Unser jüngster Klient war 18 Jahre, unsere älteste Klientin 80 Jahre alt.



7.4. Krankheitsbilder

Aufgrund der niedrigen Zahl von ausgewerteten Fällen wurden die Krankheitsbilder nur in groben Gruppen gewertet. Eine Einteilung in ICD-Diagnosen hätte ein wenig aussagekräftiges Bild gegeben.

Hierbei waren die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis am häufigsten vertreten (51,6%). Unter Sonstige sind je ein Fall mit Autismus, Demenz, Zylothymie und Organischem Psychosyndrom zu finden.

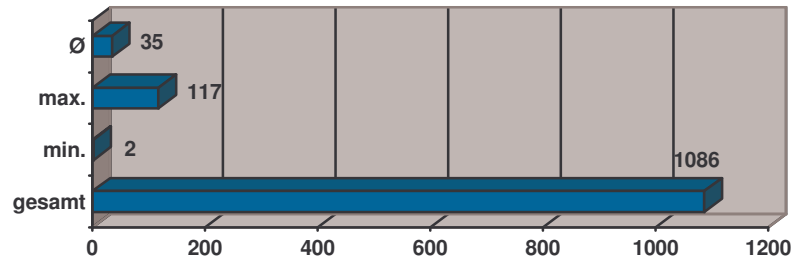


7.5. Kontakte

Bei den 31 ausgewerteten Fällen haben insgesamt 1086 Kontakte stattgefunden. Diese Zahl beinhaltet jegliche Art von Kontakt, vom kurzen Telefonanruf bis zum überlangen Sondereinsatz.

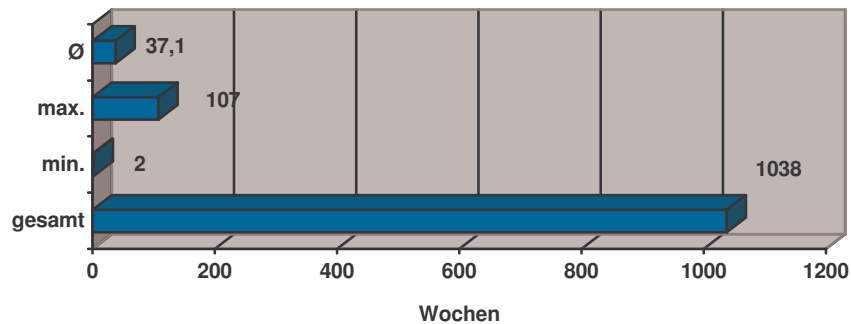
Die höchste Anzahl an Kontakten bei einer Person lag bei 117, die niedrigste bei 2. Somit ergibt sich für alle KlientInnen eine durchschnittliche Kontaktzahl von 35.

Kontakte



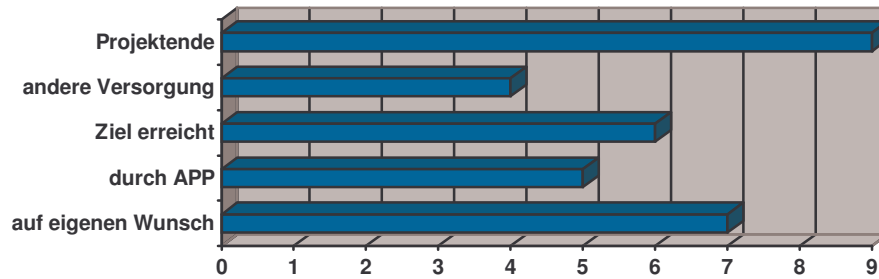
7.6. Versorgungsdauer

„Daham is daham“ leistete insgesamt 1038 Wochen ambulante psychiatrische Pflege. Die längste Versorgung bei einer Person dauerte 107 Wochen, im Durchschnitt wurden 37,1 Wochen pro KlientIn geleistet.



7.7. Versorgungsende

Das Ende der Versorgung durch „Daham is daham“ wurde in fünf unterschiedliche Gründe unterteilt. Zum einen wurden alle Fälle erfasst, die erst durch das Auslaufen des Projektes beendet wurden, d.h. bei weiterer Finanzierung wäre hier eine Fortführung der Versorgung sinnvoll bzw. notwendig gewesen. Des weiteren wurde festgehalten wie viele KlientInnen in eine anderweitige Versorgungsstruktur wechselten bzw. bei wie vielen die Zielsetzung der Maßnahme erreicht wurde und deshalb keine Versorgung durch uns mehr nötig war. Außerdem wurde noch ermittelt wie viele Maßnahmen einseitig durch die Betroffenen bzw. uns beendet wurden. Hierbei waren vielfältige Gründe im Spiel, in jeden Fall war die Versorgung von einer Seite nicht mehr gewollt oder durchführbar.



8. Resümee / Ergebnisse

Die Tätigkeit der APP hat uns in unseren hoch gesteckten Erwartungen voll bestätigt. APP ist eine Dienstleistung, die tatsächlich dem Anspruch einer wohnortnahen Rehabilitation gerecht werden könnte. Somit bleibt unsere vorderste Aufgabe, eine gesicherte Regelfinanzierung hierfür zu finden.

9. Ausblick und Perspektiven

Nach Beendigung der Förderung durch den Bezirk geht für uns, und darin sind sich alle Beteiligten völlig einig, die Arbeit auf anderen Ebenen weiter. Wir erstellen die Dokumentation, die Sie in den Händen haben, versuchen bundesweite Kontakte herzustellen und überlegen uns auch, inwieweit eine Klage zum Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege vor dem Sozialgericht sinnvoll wäre. Gleichzeitig versuchen wir immer wieder ambulante psychiatrische Pflege ins Gespräch zu bringen, wenn es um Weiterentwicklungen in der psychiatrischen Versorgung geht.

(Anmerkung der Autoren:

Aus vorgenannten Gründen gründete sich im Mai 2002 die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege – BAPP, siehe Pressemitteilung am Ende der Dokumentation)

10. Danksagungen

Unser Dank gilt in erster Linie allen MitarbeiterInnen der ambulanten psychiatrischen Pflege, sowie den MitarbeiterInnen der Sozialhilfverwaltung, vor allem Herrn Rauh und Frau Ernstberger. Aus der Linie der politisch Verantwortlichen wollen wir stellvertretend Herrn stv. Bezirkstagspräsidenten Körber und Herrn Bartsch, den Vorsitzenden des Krankenhausausschuss nennen. Für die Gestaltung des Flyers möchten wir ausdrücklich Frau Schuhmann rühmen, ohne deren Zähigkeit und Gründlichkeit, wir sicher keinen solchen schönen Flyer bekommen hätten.

Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege



PRESSEMITTEILUNG

Februar 2003

„BAPP – Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege gründet Verein“

Die Versorgung der psychisch erkrankten Menschen im ambulanten Bereich ist gesetzlich nicht geregelt und damit nicht gesichert. Gleichzeitig werden weiterhin Betten im klinischen Bereich abgebaut und der ambulante Sektor mit der Versorgung unvorbereitet konfrontiert.

Bisher muss die Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit den nicht ausreichenden und nicht fachgerechten Mitteln somatischer Leistungsmodulen durchgeführt werden. Abrechnungsfähige Leistungsinhalte zählen nicht zur Regelversorgung in der Bundesrepublik.

Obwohl es bereits wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse durch eine Vielzahl von Modellprojekten gibt, weigern sich Kostenträger bis heute die Ergebnisse in Rahmenbedingungen umzusetzen.

Ausgelöst durch Eigeninitiative und Engagement von ambulanten Pflegediensten, Fachkliniken, Modellprojekten und Weiterbildungseinrichtungen entstand das Anliegen nach bundesweiter Vernetzung, um die Förderung der ambulanten psychiatrischen Pflege voranzubringen.

Unser Ziel ist es, eine flächendeckende ambulante-pflegerische Versorgung psychisch erkrankter und/oder behinderter Menschen zu entwickeln und fördern, sowie den Aufbau, die Entwicklung und Erhaltung der dazu notwendigen Bedingungen und Strukturen zu schaffen.

Die BAPP sucht dazu die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, Verbänden und Interessensgruppen, um eine Regelversorgung analog zur ambulanten somatischen Pflege zu bewirken. Als Voraussetzung für die in den Sozialgesetzbüchern V und XI festgelegte Gleichstellung somatisch und psychisch erkrankter Menschen, fordern wir umgehend die Verabschiedung der Rahmenempfehlung §132a SGB V.

Weitere Informationen und Zielsetzungen erhalten sie unter folgenden Kontaktadressen:

<http://www.bapp.info>

eMail: **mail@bapp.info**

1. Michael Theune (Baden-Württemberg), Tel.: 07134 / 752820
2. Angelika Aydurmus (Nordrhein-Westfalen), Tel.: 05481 / 9333-0
3. Volker Haßlinger (Bayern), Tel.: 09101 / 537633
4. Günter Meyer (Berlin), Tel.: 030 / 235116-0
5. Hartmut Nagel (Niedersachsen), Tel.: 04221 / 15213-15