

# **Aufsuchende Psychiatrische Pflege - Hilfe in kritischen Phasen – zu Hause!**

**Richard Kempe, Leiter APP der Heilpädagogische Hilfe Osnabrück**

## **Einleitung**

Ambulante psychiatrische Fachkrankenpflege (APP) kann das Fundament bilden für eine an das persönliche Lebensumfeld des psychisch kranken Menschen angepasste psychiatrische Behandlung und Versorgung.

Die Kompetenzen von APP werden direkt nutzbar in einem Komplexleistungssystem bestehend aus fachärztlicher Behandlung und anderen psychosozialen Angeboten.

Eine relativ enge Kooperation, insbesondere im sozialpsychiatrischen Verbund, ist dabei notwendig um eine moderne, partizipative und inklusive Versorgungsform gestalten zu können.

In unserem zerstückeltem ambulanten Behandlungs- und Versorgungssystem ist es Aufgabe von APP die Schnittstellenproblematik zu überwinden. Das bedeutet, den betroffenen Menschen zu begleiten, die Behandlung zu koordinieren und das ambulante System am persönlichen Bedarf zusammenzuführen. Der Mensch steht im Mittelpunkt.

APP ist ein gemeindenahes Versorgungsangebot mit aufsuchendem Charakter, sie wird tätig bei psychischen Krisen bzw. akutem Krankheitserleben, um Therapien umsetzen zu können – wenn es gewünscht wird und auch möglich ist.

Hauptaufgabe ist, den 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 der betroffene Mensch mit eine Behinderung leben muss.

Eine 24-Std.-Erreichbarkeit zur Krisenintervention ist eingerichtet. APP kann auf bis zu 14 Einsätze pro Woche verdichtet werden. Ein Einsatz ist gleichzusetzen mit 45 Minuten Face-to-Face-Kontakt.

## **1. Rahmenbedingungen und Ziele**

Durch die Erprobung zahlreicher wissenschaftlich begleiteter Modellprojekte war es möglich nachzuweisen, dass APP klinik-vermeidend, milieu-stärkend, patienten-zentriert und kompetenz-fördernd wirkt.

Vertraglich (§132a Abs. 2 SGB V) sind mit einem spezialisiertem Pflegedienst folgende Ziele festgeschrieben (Grundlage GBA Richtlinien zur Verordnung):

- Gewährleistung einer bedarfsgerechten, gleichmäßigen Versorgung mit allgemein anerkanntem medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisstand.
- Die Versorgung muss ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig erbracht werden, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
- APP erbringt Leistungen zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlungen (§37 Abs. 1 SGB V) oder zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung (§37 Abs.2 SGB V) - wenn eine im Haushalt lebende Person die Pflege / Versorgung nicht im erforderlichen Umfang leisten kann.
- Die Selbstversorgungskompetenz ist zu respektieren und zu fördern.

- In der Regel wird APP als Rückzugspflege durchgeführt (vgl. §6 Abs. 3 SGB V).

## **2. Allgemeine rechtliche Grundlagen**

APP ist eine Leistung im Sinne des §37 SGB V. Die Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) regelt die Verordnung, die Dauer, Genehmigung durch die Krankenkassen und die Zusammenarbeit zwischen den Vertragsärzten, den Krankenhäusern und APP.

Für die Verordnung nach Nr. 27a des Verzeichnisses von verordnungsfähigen APP-Leistungen gelten folgende Regelungen:

- Ausreichende Behandlungsfähigkeit des Versicherten ist Voraussetzung sowie die
- positive Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und die
- manifeste Umsetzung des verfolgten Therapiezieles!
- Können die Voraussetzungen bei erstmaliger Verordnung nicht eingeschätzt werden, ist zunächst eine Erstverordnung von bis zu 14 Tagen zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und Beziehungsaufbau möglich (wird aktuell regional immer in dieser Form durchgeführt!).
- APP wird grundsätzlich durch einen Facharzt (Nervenarzt, Neurologe, Psychiater) verordnet.
- APP kann vom Hausarzt nach vorheriger Diagnose durch einen Facharzt verordnet werden.
- Bestandteil der APP-Verordnung ist ein vom Arzt erstellter Behandlungsplan. Dieser erfasst die Indikation, die Aktivitätsbeeinträchtigungen (Fähigkeitsstörungen), die Behandlungszielsetzung und die Behandlungsschritte (Frequenzen und –dauer). (hierzu werden regional die Behandlungspläne der BAPP benutzt!).
- APP in der Regelversorgung endet nach 4 Monaten.

## **Vertragsregelungen in Niedersachsen**

APP-Verträge (gemäß §132a Abs.2 SGBV) sind Solitärverträge (Einzelverträge), sie regeln die Details zur Inanspruchnahme der Leistungen und die Anforderungen an den Leistungserbringer.

## **3. Leistungsbeschreibung**

Der Zugang zu den Leistungen von APP ist auf verschiedene Weise möglich, in jedem Fall ist der behandelnde Arzt für die Verordnung verantwortlich. Der Kontakt zu den betroffenen Menschen findet über Arztpraxen, Kliniken, gesetzliche Betreuer, Sozialpsychiatrische Dienste und den Angehörigen statt, eher weniger durch die Patienten selber.

- Nachdem die Zugangsvoraussetzungen mit dem verordnenden Arzt besprochen wurden, wird unverzüglich bzw. zeitnah ein Hausbesuch durchgeführt und der Patient ggf. auch Angehörige durch die APP in einem Erstgespräch über die Leistungen und Möglichkeiten mündlich und schriftlich informiert.
- Auf Grundlage des ärztlichen Behandlungsplanes wird eine vorläufige Pflegeplanung erstellt und dem verordnenden Arzt vorgelegt, hierzu gehört auch die vorläufige wöchent-

liche Pflegebedarfseinschätzung.

- Wichtig ist die Zuordnung der Bezugspflegekraft, die über den gesamten Verordnungszeitraum zuständig ist, Wechsel werden – wenn möglich – vermieden.
- Der Erstverordnungszeitraum umfasst i. d. R. zwei Wochen und dient hauptsächlich der Beziehungsgestaltung, der Anamnese und der Planung der weiteren Vorgehensweise – also der Pflegeplanung. Wichtig ist an dieser Arbeit eine standardisierte Vorgehensweise.
- Nach Erhalt der Anschlussverordnung muss, auf Grundlage des ärztlichen Behandlungsplanes eine angepasste Pflegeplanung erstellt werden. Die aktualisierte Pflegeplanung hat das Ziel darzulegen, ob und in welchem Umfang APP möglich ist. Sehr hilfreich sind die Formulare der BAPP.
- Vor Ende des jeweiligen Verordnungszeitraumes verfasst die Bezugspflegekraft eine aussagekräftige Evaluation und stellt sie dem verordnenden Arzt zur Verfügung.
- Veränderungen in der Pflegesituation werden dem verordnenden Arzt unverzüglich mitgeteilt.
- Auf Aufforderung der zuständigen Krankenversicherung muss die Pflegedokumentation an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen weitergeleitet werden.

Die ambulante psychiatrische Pflege verfolgt das Ziel, die vorliegende Krankheit zu bewältigen, eine Verschlechterung der bestehenden Krankheit zu verhindern oder die vorhandenen Krankheitsbeschwerden zu lindern. Ambulante psychiatrische Pflege umfasst das:

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

Alle Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege beinhalten:

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

Folgende leistungsrechtliche Abgrenzungen gelten in der Regelversorgung:

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

#### **4. Anforderungen an den ambulanten psychiatrischen Pflegedienst**

Psychiatrische Pflege ist in erster Linie Beziehungspflege und erfordert daher ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und der Fähigkeit zur Empathie und Sensibilität für die gänzlich unterschiedlich auftretenden Patientenäußerungen.

Grundlage der psychiatrischen Pflege ist eine angemessene Beziehungsgestaltung unter Nähe- und Distanzkriterien, sowie auf der Basis partizipativer Entscheidungsfindung und dem Blickwinkel von Wertschätzung, Empathie und Aufrichtigkeit.

Die APP verfügt über Methodenvielfalt, arbeitet biografie-orientiert und übernimmt Lotsenfunktion im Netzwerk weiterer Leistungserbringer. Durch die aufsuchende Tätigkeit gewinnt die APP zeitnah Einblick in das häusliche Alltagsgeschehen, in komplexe familiäre Strukturen, weitere Beziehungsnetze und unterstützt den Inklusionsgedanken.

APP ist Teil eines Bezugssystems und beachtet wechselseitige Wirkmechanismen. Die einzelfallbezogene Tätigkeit im häuslichen Bereich erfordert ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit, eine schnelle sichere Situationseinschätzung und deren Umsetzung in adäquate Handlungsweisen.

Leider ist noch immer eine Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung vorhanden. Wir wahren deshalb die Anonymität und besuchen unsere Patienten in Privatkleidung so dass wir als professionelle Helfer nicht erkennbar sind. Auch unsere PKW sind in der Regel private Kraftfahrzeuge.

#### **5. Tätigkeitsprofil der APP**

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

##### Zentrale Tätigkeiten der APP:

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

Zu den **formellen Tätigkeiten** gehört das:

- Assessment (Einschätzung) und Monitoring (Überwachen) der psychischen Gesundheit des Patienten:
- Wahrnehmen und Beobachten des Krankheitszustands und -entwicklung,
- Feststellen, Beobachten und Dokumentieren des Hilfebedarfs und dessen Entwicklung (Pflegeprozess),
- Assessment und Monitoring der Medikation und der Adherence (engl. Einhalten, Befolgen):
- Erkennen von Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente
- Fördern des eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten und Adherence,
- Prävention von Krankheitsepisoden und Hospitalisierung:

- Erkennen von Krisensituationen (z.B. Suizidalität, familiäre Probleme)
  - Durchführen einer frühzeitigen Krisenintervention (z.B. engmaschige Betreuungs- und Gesprächsangebote, Entspannungsübungen),
  - Patientenedukation und Gesundheitsförderung:
    - Beratung und Überleitung der Patienten in Selbsthilfe
    - Praktische Unterstützung der Patienten zur Erreichung ihrer Ziele
    - Stützen und Fördern der Eigenverantwortlichkeit der Patienten durch Gespräche,
    - Schaffen einer stützenden Tagesstruktur
    - Fördern des individuellen Selbstpflegemanagements
    - Unterstützen der Bewältigung von Alltagsanforderungen (z.B. beim Einkaufen, Kochen, Körperpflege)
    - Fördern eines bewussten, aktiven Umgangs mit der Krankheit/Beeinträchtigung durch Information und Beratung verständlich gestalten
  - Einbeziehen von Angehörigen:
    - die Angehörigen und das soziale Umfeld aktiv einbeziehen, beraten und unterstützen,
  - Case-Managementaufgaben und Kooperation mit anderen Professionen und Diensten:
    - Unterstützung der ärztlichen Behandlung
    - Koordination und Vermittlung von Hilfen
- Sowie:
- Management akuter psychischer Krisen,
  - Management somatischer Begleiterkrankungen,
  - Beratung zur Antragstellung und zu weiteren Angeboten.

Bezugspflege ist ein wesentlicher Bestandteil der Ausrichtung psychiatrischer Pflegeorganisation, welches ein patienten-orientiertes Pflegesystem beinhaltet (Schulz/Krause 2003).

Durch eine professionelle Beziehungsgestaltung und Planung der Pflege wird es möglich, einem Konzept zur ganzheitlichen Versorgung gleichzukommen. Im stationären Bereich existiert durch die Veröffentlichung Abderhalden und Needham (1999) bereits eine standardisierte Beschreibung zur Bezugspflege. Diese Studie wurde durch die MitarbeiterInnen der APP in mehreren Workshops auf die Belange der HHO umgearbeitet und ist bis dato der Bezugspflegestandard.

## **6. Pflegeprozess**

Die Pflegeplanung bildet die Grundlage zur Erarbeitung einer Pflegeakzeptanz, der Bewältigung von Krisensituationen sowie des Angebots kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Einschränkungen. Dieses macht die Besonderheit der ambulanten psychiatrischen Pflege deutlich.

Es kommt zu einer Verbindung von psychischen und somatischen Versorgungselementen. Am Anfang steht die niederschwellige Beziehungsaufnahme zum Patienten. Dieses erfolgt grundsätzlich nach der Methode partizipativer Entscheidungsfindung. Mit dem Erstkontakt wird die Informationssammlung begonnen und in der Regel nach 14 Tagen

abgeschlossen.

Im Akutfall (Krise) hat sofortiges pflegerisches Handeln den Vorrang. Im Bedarfsfall werden der Anamnese fortlaufend ergänzende Informationen zugefügt. Neben den Stammdaten (alle personenbezogenen Angaben) sind in jeden Fall Informationen über die psychiatrische Symptombemerkung zu dokumentieren.

Um körperliche Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und vitale Gefährdungen zu berücksichtigen ist die Erfassung des somatischen Status des Patienten ein Bestandteil der Anamnese.

Je nach Krankheitsbild und aktuell vorhandenen Pflegeproblemen ist eine konkrete Ableitung von Maßnahmen notwendig.

Eine regelmäßige Überprüfung der geplanten Maßnahmen findet mindestens alle vier Wochen durch die jeweilige Bezugspflegekraft oder die Pflegeleitung statt. Diese Ergebnisse fließen in den interdisziplinären Informationsaustausch ein. Die Aktualisierung der Planung erfolgt unverzüglich auf Basis der Evaluation durch die Bezugspflegekraft und wird der verordnenden Arztpraxis immer schriftlich zur Verfügung gestellt.

## **7. Pflegemodell**

Pflegemodelle können als theoretische Ansätze verstanden werden. Sie haben den Zweck, inhaltliche Beschreibungen und Erklärungen umfassend darzulegen, um so innerhalb der professionellen Pflegedisziplinen Abgrenzungen zu gewährleisten.

Ein Pflegemodell stellt einen theoretischen Bezugsrahmen für die Pflegepraxis dar.

Es versucht die Aufgaben und Tätigkeiten der beruflich Pflegenden zu definieren, um unter anderem eine Abgrenzung hin zur Medizin und zur Laienpflege vorzunehmen.

Grundsätzlich sind die Konzepte und Vorstellungen, die einem Pflegemodell zugrunde liegen, nicht an vorliegende Organisationsstrukturen gebunden und können in unterschiedlichen Pflegesystemen zur Anwendung kommen (Fawcett 1996).

Eine theoretisches Pflegemodell ist in der HHO hinterlegt (Lehrbuch psychiatrische Pflege Needham et al), es besteht aus 13 Items verschiedener Pflegemodelle, die am ehesten die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfassen.

## **8. Einbezug von Angehörigen und des sozialen Umfelds**

Wenn ein Familienangehöriger psychisch erkrankt, sind Angehörige immer mit betroffen. Oft übernehmen sie die Aufgabe krankheitsbedingte Einschränkungen zu kompensieren, ohne die eine Alltags- und Krankheitsbewältigung für den betroffenen Mensch schwierig wird.

Obwohl Angehörige häufig einem hohen Leidensdruck ausgesetzt sind, fungieren sie als ein wichtiger (Ansprech-)Partner des Erkrankten im gesamten Prozess der Behandlung und Pflege.

Dies alles erfordert im Kontakt und in der Begleitung besonders empathische, „Sorge-mittragende“ Zugewandten durch die Mitarbeiter APP. Der Einbezug Angehöriger, ebenso wie die Personenkreise Lebenspartner, Freunde, Nachbarschaft, sowie ein involviertes soziales Netz wird immer eingeplant.

Folgende Schritte in der Arbeit mit Angehörigen sind zu beachten:

- Der Kontakt wird möglichst parallel und zeitnah zur Patientenaufnahme in die APP aufgenommen, immer mit Einwilligung des Betroffenen.
- Es erfolgt Beratung über Inhalte, Methoden und Möglichkeiten und der Grenzen ambulanter psychiatrischer Pflege.
- Informationen zum Krankheitsbild, Behandlungs- und Versorgungssysteme, rechtliche Voraussetzungen, Entlastungsangebote für Angehörige werden vermittelt, Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt (möglichst schon im Erst-Infogespräch!).
- Bei Bedarf wird in entsprechende Beratungsstellen (Sozialpsychiatrischer Dienst, gerontopsychiatrische Beratungsstellen, Pflegestützpunkt etc.) weitervermittelt.
- Sofern Patienten dazu nicht selbst in der Lage sind, werden Informationen zur Biographie, den aktuellen Lebensumstände etc. erfragt (Fremdanamnese).
- Ein regelmäßiger Austausch mit Angehörigen während des Pflegeprozesses findet ggf. statt.
- APP fungiert als „Schnittstelle“ zwischen Patienten, Angehörigen und dem gesamten Versorgungsnetz. Somit wird den Angehörigen erleichtert, sich im System der Hilfen zurechtzufinden und sich einzubringen, ohne die eigenen Bedürfnisse dabei zu vergessen.
- Bei Bedarf erfolgt Konfliktklärung im sozialen Umfeld und entlastende Angehörigerespräche.

## 9. Kooperation mit anderen Leistungserbringern

Zwischen den verschiedenen regionalen Leistungsanbietern besteht zumeist eine fallbezogene Zusammenarbeit mit hoher Durchlässigkeit und gegenseitiger Unterstützung bei psychiatrischen bzw. somatischen Fragestellungen.

Eine **Kooperation mit Facharzt und Hausarzt** ist immer und grundsätzlich notwendig.

Um eine kontinuierliche Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich zu gewährleisten, bedarf es der optimalen Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt. Hierfür sind geregelte Kommunikationsstrukturen notwendig, die zwischen der APP und den versorgenden Facharztpraxen vereinbart werden.

Weitere **Schnittstellen** zu an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern: Ambulante psychiatrische Pflege ist Koordinator zwischen Leistungserbringern der unterschiedlichen Versorgungsebenen, Beratungsstellen, psychosozialen Diensten und anderen Angeboten in der Gemeinde.

## 10. Krisenmanagement/-intervention

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

Eine zugespitzte Krisensituation beinhaltet z. B.:

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

Bei nicht absprachefähiger Suizidalität, anhaltenden Aggressions- und Erregungszuständen und der fehlenden Möglichkeit der Verabreichung einer medikamentösen Bedarfsmedikation ist ein Klinikaufenthalt unabdingbar und sollte sofort initiiert werden. Notfalls auch über die Regularien des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG).

Um das Auftreten einer Krisensituation möglichst frühzeitig zu erkennen, wird kontinuierlich eine Suizidprävention durchgeführt. Ein wesentlicher Bestandteil dieser präventiven Vorgehensweise ist die Beurteilung des vorhandenen Suizidrisikos und die Erstellung eines individuellen Krisenplanes.

### **11. Ausleitung APP**

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

APP stellt rechtzeitig eine Integration in Selbsthilfe und/oder komplementäre Versorgungsangebote sicher.

### **12. Integrierte Versorgung**

Seit Juli 2013 gibt es die Möglichkeit, die integrierte Versorgung (kurz IV) in der Region Osnabrück bei bestimmten Krankenkassen in Anspruch zu nehmen. Aus zeitlichen Gründen kann ich an dieser Stelle nur die wichtigsten Punkte benennen. IV ist ein gemeindepsychiatrisch ausgerichtetes Netzwerk, das die jeweilige Lebenssituation der Betroffenen berücksichtigt. Daher ist die IV eine effektive Möglichkeit für die koordinierte, ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie sind für Patienten und Angehörige gleichermaßen attraktiv, da die Behandlung im gewohnten Umfeld möglich ist.

- Es besteht ein kontinuierlicher, persönlicher Kontakt zwischen dem Betroffenen und seinem Bezugsbegleiter im Netzwerk (über mehrere Jahre hinweg).

- Der Patient wird bei der Koordination unterschiedlicher Elemente seiner Behandlung von seinem Bezugsbegleiter und der Leitstelle des Netzwerks unterstützt.
- Der Versicherte kann sich bei Bedarf mit Behandlungsteams rund um die Uhr in Verbindung setzen.
- Im Krisenfall reicht das Angebot des Netzwerks von telefonischer Beratung bis hin zu sofortigen Hausbesuchen.
- Als Alternative zu einer stationären Aufnahme existieren Rückzugsräume / Krisenpensionen, die in der Krise als geschützte Umgebung genutzt werden können.
- Ist ein Aufenthalt im Krankenhaus unvermeidbar, bleibt auch dort der Kontakt zum Bezugsbegleiter des Netzwerks bestehen. Dieser kümmert sich um eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung.
- Soziotherapie oder häusliche psychiatrische Krankenpflege ist ohne bürokratische Hürden realisierbar.
- Die Behandlung beim vertrauten Haus- oder Facharzt kann bei einer Teilnahme am Netzwerk problemlos fortgeführt werden.
- Die Betroffenen werden im gewohnten Lebensumfeld behandelt und Angehörige werden auf Wunsch in die Behandlung einbezogen.
- Gruppenangebote werden durchgeführt, z. B. Psychoedukation, Hilfeleistung für Menschen mit psychischen Behinderungen wenn APP beendet wurde.

### 13. Soziale Eingliederungshilfe

Menschen mit Beeinträchtigungen haben Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, um eine drohende Behinderung zu vermeiden, zu mildern oder zu kompensieren. Die etablierten Hilfesysteme haben sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt und ausdifferenziert. Die dadurch entstandenen Gestaltungsmöglichkeiten richten sich (nicht zuletzt durch die Forderung nach Inklusion im Sinne der UN-Konvention) stärker an den Wünschen der einzelnen Person aus, so dass die noch immer bestehende Aufteilung in ambulante und stationäre Maßnahmen zunehmend in den Hintergrund gerät. Die Sicherstellung von Eingliederungshilfeleistungen (und deren Bedarfsfeststellung) ist Aufgabe der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger.

Die HHO bietet Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Leistungen der sozialen Eingliederungshilfe. Sie wird von der **Ambulanten Assistenz** durchgeführt. Sie richtet ihr Assistenzangebot an alle Menschen mit Behinderung, die einen Bedarf an Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe haben. Im Vordergrund steht nicht die Art der Behinderung, sondern vielmehr der sich daraus ergebende individuelle Bedarf. Leitend ist das Selbstbestimmungsrecht des Assistenznehmers. Die Hilfe wird individuell auf den Bedarf und die Wünsche des einzelnen Assistenznehmers zugeschnitten. Grundlage der Hilfeerbringung ist eine ausführliche Hilfe- und Zielplanung einschließlich einer differenzierten Bedarfserhebung – immer gemeinsam mit dem Assistenznehmer. Die Mitarbeiter der Ambulanten Assistenz verstehen sich dabei nicht nur als direkte Hilfeebringer sondern auch als Koordinatoren für die verschiedenen individuell benötigten Hilfen. Multiprofessionalität der Mitarbeiter sowie Flexibilität in der Hilfeebringung garantieren die individuell ausge-

richtete Hilfe auf Grundlage hoher Fachlichkeit.

Im Zentrum der ambulanten Unterstützung steht die Einzelbegleitung des Assistenznehmers. Sie ist eingebettet in ein Netzwerk von weiteren Hilfen, konkret z. B. die Nutzung der Angebote der Nachbarschaftstreffpunkte mit in der Nähe oder im Haus gelegenen Wohnungen, die bei Bedarf ebenso zur Verfügung stehen wie Ambulante Psychiatrische Pflege, Kurzzeitpflege oder Modulare Tagesbetreuung. Weitere Unterstützungsleistungen anderer Anbieter im Sozialraum, wie z. B. die der Sozialstationen, komplettieren mögliche individuelle Hilfen. Es werden im Rahmen der ambulanten Assistenz derzeit ca. 450 Menschen betreut.

Quellen:

<https://www.landkreis-osnabrueck.de/bildung-soziales/soziale-unterstuetzung/eingliederungshilfe>

[http://ivpnetworks.de/de/patienten/integrierte-versorgung.php#anchor\\_3d854e21\\_Was-bedeutet-IV-fuermich](http://ivpnetworks.de/de/patienten/integrierte-versorgung.php#anchor_3d854e21_Was-bedeutet-IV-fuermich)<http://>

[www.tk.de/tk/besondere-tk-angebote/psychische-erkrankungen/netzwerk/208398](http://www.tk.de/tk/besondere-tk-angebote/psychische-erkrankungen/netzwerk/208398)

[http://www.caritasforumdemenz.de/pdf/bezugspflegekonzept\\_kurzfassung.pdf](http://www.caritasforumdemenz.de/pdf/bezugspflegekonzept_kurzfassung.pdf)

[http://www.caritasforumdemenz.de/pdf/konzept\\_ambulante\\_psychiatrische\\_pflege.pdf](http://www.caritasforumdemenz.de/pdf/konzept_ambulante_psychiatrische_pflege.pdf)

<http://www.bapp.info>

<https://www.os-hho.de/wohnen.html>

(letzte Zugriffe auf die genannten Webadressen: 23.10.2013)

Richtlinien, Standards und Konzepte ambulante psychiatrische Pflege und der ambulanten Assistenz der heilpädagogischen Hilfe Osnabrück