Grundlagenpapier ambulante psychiatrische Pflege

Ziel dieses Grundlagenpapiers ist es, ein gemeinsames Verständnis für die Aufgaben und Grenzen der ambulanten psychiatrischen Pflege in der Schweiz und eine einheitliche Sprache sowie einen klaren fachlichen Rahmen zu schaffen. Im Zentrum steht dabei die psychiatrische Pflege, die im Rahmen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) erbracht wird. Das Papier richtet sich an Anbietende von ambulanter psychiatrischer Pflege (z.B. Spitex-Organisationen, Freiberufliche Pflegefachpersonen), Behörden, Versicherer sowie zuweisende Stellen und weitere interessierte Personen oder Organisationen.

Zusammenfassung

Die ambulante psychiatrische Pflege (APP) bietet spezifische, personzentrierte Unterstützung im häuslichen Umfeld für Menschen mit psychischen Erschütterungen. Sie richtet sich an Betroffene aller Altersgruppen, die in ihrer Alltagsbewältigung, Beziehungsgestaltung oder Selbstversorgung beeinträchtigt sind. Ziel ist es, die Selbstpflege, Alltagsbewältigung und Lebensqualität zu fördern sowie eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Dabei steht das gemeinsame therapeutische Arbeitsbündnis zwischen Pflegefachperson und der Klientin / dem Klienten und ihrem / seinem sozialen Umfeld im Mittelpunkt. Die Pflege nimmt dabei eine person- und recoveryorientierten Haltung ein, ist transparent und berücksichtigt individuelle, soziale und familiäre Kontexte.

APP wird von Pflegefachpersonen angeboten, die in Spitex-Organisationen oder freiberuflich tätig sind. Die Aufgaben der APP umfassen Beziehungsarbeit, Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Beratung, Durchführung pflegetherapeutischer Interventionen, Krisenintervention und Förderung der körperlichen Gesundheit. Dabei spielen auch die Koordination sowie die multiprofessionelle Zusammenarbeit eine wesentliche Rolle. Fortwährende fachliche Weiterentwicklung, Supervision und Schulung gehören zum Tätigkeitsfeld dazu.

Internationale Empfehlungen und nationale Strategien betonen die Bedeutung gemeindenaher psychiatrischer Versorgung. Trotzdem wird die APP in der Schweiz noch zu wenig genutzt. Um das Potenzial der APP zur Verbesserung der Versorgung bestmöglich zu nutzen, sind verbesserte Rahmenbedingungen wie eine bedarfsgerechte Finanzierung, der Abbau von Zugangshürden sowie eine stärkere Integration in bestehende Versorgungssysteme nötig.

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangslage 2
1.1 Prävalenz psychischer Erkrankungen 2
1.2 Internationale und nationale Empfehlungen 2
1.3 Ambulante psychiatrische Versorgung in der Schweiz 3
2 Ambulante psychiatrische Pflege 4
2.1 Definition 4
2.2 Ziele 4
2.3 Anbieter von APP 4
2.4 Klient:innen der APP 5
2.5 Werte und Haltungen 5
2.6 Tätigkeiten und Aufgaben der APP 6
2.7 Wirkungen der APP 8
3 Handlungsbedarf 9
4 Fazit 9
5 Literatur 11

1 Ausgangslage

1.1 Prävalenz psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und betreffen Menschen aller Altersgruppen. Während die Gesamtprävalenz und Inzidenz dieser Erkrankungen stabil bleiben, ist in den letzten Jahren eine zunehmende Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistungen zu beobachten (Richter, 2020). Laut dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium berichteten im Jahr 2022 35 % der Bevölkerung, in den letzten zwölf Monaten psychische Probleme erlebt zu haben (Peter et al., 2023). Zudem liessen sich knapp 8 % der Schweizer Wohnbevölkerung in diesem Zeitraum wegen psychischer Probleme behandeln, wobei dieser Anteil in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gestiegen ist (Schuler et al., 2024).

Besonders häufig treten psychische Erkrankungen bei Personen mit häuslichem Pflegebedarf auf. Eine Übersichtsarbeit von Wang et al. (2016) zeigt, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen in dieser Gruppe zwischen 12 % und 62 % liegt. In der Schweiz sind etwa 13 % der Spitex-Klient:innen mit somatischen Pflegebedarf auch von Depressionen betroffen und 19% der Klient:innen zeigen Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses, welches auf eine dementielle Erkrankung hindeuten kann (Karabegovic et al., 2025).

Diese Zahlen unterstreichen den Bedarf an spezifischen Versorgungsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen in den verschiedenen Lebenslagen. Angesichts des demografischen Wandels und der wachsenden Bevölkerung ist ausserdem davon auszugehen, dass die Anzahl der Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankungen Hilfe suchen, in Zukunft weiter steigen wird.

1.2 Internationale und nationale Empfehlungen

Internationale und nationale gesundheitspolitische Leitlinien fordern seit Jahren eine Stärkung gemeindenaher Versorgungsformen in der Psychiatrie. Zentrale Ziele sind dabei die Förderung von Selbstbestimmung, Teilhabe und eine qualitativ hochwertige, zugleich wirtschaftlich tragbare Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2021) betont in ihren «Leitlinien für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung», dass Menschen mit psychischen Erkrankungen eine personzentrierte und menschenrechtsorientierte Behandlung erhalten sollten. Um dies umzusetzen, empfiehlt sie den Ausbau gemeindenaher Angebote als Alternative zu stationären Einrichtungen. Ziel ist es, durch eine bessere ambulante Versorgung die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern und Stigmatisierung zu reduzieren. Ein inklusiver Ansatz soll die gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung fördern.

Auch die Leitlinien «Psychosoziale Therapien» der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (2019) plädieren für gemeindepsychiatrische Angebote. Insbesondere für Menschen mit chronischen oder schweren psychischen Erkrankungen sollen langfristige, nachgehende und aufsuchende Behandlungsangebote im gewohnten Lebensumfeld geschaffen werden (Gühne et al., 2019). Die UNO Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) unterstreicht diese Dringlichkeit mit der Forderung nach mehr Selbstbestimmung und Gleichberechtigung für Menschen mit Behinderungen (Comitee on the Rights of Persons with Disabilities, 2022).

In der Schweiz greift die Strategie Gesundheit2030 (BAG, 2019) diese Anliegen auf: Sie fordert eine qualitativ hochwertige und finanziell tragbare Versorgung und betont, dass viele Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht rechtzeitig behandelt werden, was zu einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands, vermeidbarem Leidensdruck der Betroffenen und hohen Kosten führt.

Angesichts dieser internationalen und nationalen Empfehlungen sowie bestehender Versorgungsdefizite bietet die ambulante psychiatrische Pflege (APP) ein erhebliches Potenzial für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

1.3 Ambulante psychiatrische Versorgung in der Schweiz

Die aktuelle psychiatrische Versorgung in der Schweiz erfolgt neben stationären Einrichtungen auch durch gemeindenahe, intermediäre, ambulante Angebote wie z.B.:

- Ambulante psychiatrische Pflege von Spitex-Organisationen sowie freiberuflichen Psychiatriepflegefachpersonen
- Klinikgebundene Ambulatorien und Tageskliniken
- Zeitlich begrenzte, aufsuchende Angebote wie Home Treatment
- Einzel- oder Gemeinschaftspraxen mit Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen
- Betreute Wohnheime, Wohnbegleitungsangebote, geschützte Arbeitsplätze und tagesstrukturierende Angebote (meist sozialpsychiatrischer Natur)

Pflegefachpersonen stellen die grösste Berufsgruppe in der ambulanten psychiatrischen Versorgung dar. Die aufsuchende psychiatrische Pflege wird primär von monodisziplinären Teams und freiberuflichen Pflegefachpersonen erbracht (Stocker et al., 2018). Es bestehen jedoch erhebliche Defizite in der gemeindenahen und aufsuchenden Versorgung, wie der UNO-Ausschuss zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen 2022 feststellte: Trotz der internationalen und nationalen Empfehlungen nimmt die Zahl stationärer psychiatrischer Betten zu, während es weiterhin an gemeindenahen, aufsuchenden Versorgungsangeboten ohne Zwang mangelt. Zudem bestehen Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, was ihren Zugang zu Gesundheitsleistungen erschwert (Comitee on the Rights of Persons with Disabilities, 2022; Richter et al., 2023).

Hinzu kommen Zugangshürden, die nicht nur auf Angebotslücken, sondern auch auf individuelle und strukturelle Barrieren zurückzuführen sind. Studien zeigen, dass sprachliche und kulturelle Barrieren sowie unzureichende Mittel für interkulturelle Übersetzungen den Zugang zu Leistungen erheblich erschweren. Weitere Faktoren sind kulturelle Stigmatisierungen psychischer Erkrankungen, unterschiedliche Krankheitswahrnehmungen (wie Somatisierung), unzureichendes Wissen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglich-

keiten sowie negative Erwartungen an die Behandlung (Stocker et al., 2016). Individuelle Barrieren können Scham und die Angst vor Diskriminierung sein (Stocker et al., 2016). Eine weitere Herausforderung ist, dass die APP laut Bundesgericht nur dann psychiatrische Pflege abrechnen darf, wenn beim Klienten / bei der Klientin eine aktuelle psychiatrische Diagnose vorliegt. Dies steht im Widerspruch zum Vorgehen bei somatischen Belangen. Die sehr langen Wartezeiten bei psychiatrischen Fachpersonen, die eine solche Diagnose stellen können, erschweren den Zugang zusätzlich. In ländlichen Regionen fehlt es zudem an spezialisierten Angeboten (Stocker et al., 2016). Finanzielle Hürden wie Selbstbehalte, hohe Franchisebeträge oder Opportunitätskosten, die durch Behandlungen entstehen (z. B. Einkommensausfälle oder Fahrtkosten), können weitere Barrieren darstellen (Stocker et al., 2016). Besonders betroffen sind vulnerable Gruppen wie Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Personen mit Intelligenzminderung, ältere Menschen oder Kinder und Jugendliche (Gühne et al., 2019).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die APP ein zentrales Element einer adäquaten integrierten, gemeindenahen Versorgung ist. Insbesondere durch ihren aufsuchenden, beziehungsorientierten und personzentrierten Ansatz kann sie auch jene Menschen erreichen, die aufgrund von sprachlichen, kulturellen, psychosozialen, krankheitsbedingten oder systemischen Barrieren bislang kaum Zugang zu psychiatrischer Versorgung finden. Eine stärkere Integration und gezielte Förderung der ambulanten psychiatrischen Pflege kann dazu beitragen, die bestehenden Versorgungsdefizite zu reduzieren und den Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten für Betroffene erheblich zu verbessern.

2 Ambulante psychiatrische Pflege

2.1 Definition

Die ambulante psychiatrische Pflege (APP) bietet spezifische Hilfen für Menschen mit psychischen Erschütterungen[1], insbesondere Hilfen zur Selbstpflege und zur Gestaltung des Alltags, aber auch zur Bewältigung der Folgen psychischer Erkrankungen (u.a. Bewältigung psychopathologischer Symptome) und zur Förderung der Genesung. Pflegehandeln schliesst Beratung, Prävention, Gesundheitsförderung und den sozialen Kontext der betroffenen Person mit ein (Verbändedialog Psychiatrische Pflege, 2019). Ambulante psychiatrische Pflege findet mehrheitlich im häuslichen Umfeld der Klient:innen statt und ist ein niederschwellig zugängliches, personzentriertes, bedarfsgerechtes Angebot.

2.2 Ziele

Ziele werden in der APP zusammen mit der betroffenen Person in einem gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess (Shared Decision Making) festgelegt (Gurtner et al., 2021). Eine gemeinsame Zielfestlegung führt zu verbesserter Adhärenz und grösserer Zufriedenheit.

Der Fokus der Pflege liegt auf dem Fördern, Erhalten (Stabilisieren) und Begleiten der Klient:innen. Die ambulante psychiatrische Pflege schafft eine Balance zwischen akuter Unterstützung und langfristiger Selbstbefähigung, mit dem Ziel, den Betroffenen ein stabiles, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und ihre Lebensqualität zu fördern (Deegan, 2005).

2.3 Anbieter von APP

APP wird von Spitex-Organisationen mit und ohne Versorgungspflicht sowie von freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen angeboten. Zur Ermittlung des psychiatrischen Pflegebedarfs bei Klient:innen sind Pflegefachpersonen mit Tertiärausbildung und mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in der Psychiatrie bei einem 100%-Arbeitspensum zugelassen. Dies entspricht

[1] Unter psychischen Erschütterungen verstehen wir psychische oder psychosoziale Beeinträchtigungen, die eine psychische Erkrankungen nach sich ziehen können.

den Vorgaben der KLV. Die Fallführung wird, wenn möglich, von ebendieser Pflegefachperson oder einer mit gleicher Qualifikation übernommen, um die Behandlungskontinuität sicherzustellen. Je nach Klient:innen-Situation können Aufgaben auch an andere Berufsgruppen delegiert werden, welche über die notwendigen Kompetenzen verfügen.

2.4 Klient:innen der APP

Klient:innen[2] der APP sind Personen mit psychischen Erschütterungen aller Altersgruppen. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Pflege sind Einschränkungen in den psychosozialen Dimensionen und Beziehungsgestaltung, die zu einem Selbstversorgungsdefizit und einer Beeinträchtigung der selbstständigen Alltagsbewältigung führen. Dabei ist APP nicht diagnosespezifisch, sondern konzentriert sich auf psychopathologische Symptome und psychosoziale Phänomene, die den Alltag der Betroffenen belasten. Psychopathologische Symptome können als störend oder quälend empfunden werden, wie z.B. Halluzinationen oder Antriebsstörungen. Psychosoziale Phänomene beziehen sich auf Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, der Emotion und Kognition, welche dazu führen, dass die Krankheits- und Alltagsbewältigung nicht mehr eigenständig gewährleistet werden kann.

Studien zeigen, dass Klient:innen der APP häufig Bedarfe im Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens haben (z.B. Unterstützung in der Haushaltführung, Selbstpflege, Ernährung) (Knüppel Lauener et al., 2019). Dies wird auch als ein Grund für die Inanspruchnahme von APP genannt (Burr & Richter, 2021). Ungedeckte Bedarfe der Klient:innen zeigen sich auch im Bereich der sozialen Kontakte der Klient:innen (Hegedüs & Abderhalden, 2011). Fast jede:r zweite Klient:in hat eine Pflegediagnose wie Einsamkeit, Konflikte mit Angehörigen oder Freund:innen sowie Reduktion der sozialen Aktivitäten (Knüppel Lauener et al., 2019).

2.5 Werte und Haltungen

Folgende Werte und Haltungen spielen eine zentrale Rolle bei der Gestaltung der Pflegebeziehung der APP:

1. **Personzentrierung** stellt den Menschen mit seiner Biografie, seinen Ressourcen, Zielen und Wünschen in den Mittelpunkt, und nicht die Symptome oder gar die Krankheit. Die Beziehung zu den Klient:innen ist gekennzeichnet durch positive Wertschätzung, Empathie und Kongruenz (Echtheit, Wahrhaftigkeit, Respekt) (von Dach & Mayer, 2023).
2. **Recoveryorientierung:** Die APP unterstützt den Recovery- (Genesungs-)Prozess ihrer Klient:innen indem sie sie dabei unterstützt, ein sinnvolles, befriedigendes Leben aufzubauen und zu erhalten (Zuaboni et al., 2021). Recovery bedeutet nicht die Abwesenheit von Symptomen, sondern vielmehr die Rückgewinnung eines subjektiv erfüllten und sinnvollen Lebens trotz der psychischen Erkrankung (Anthony, 1993).
3. **Respekt und Würde:** Jede:r Klient:in wird mit Respekt und Würde behandelt. Die Würde des Menschen steht im Mittelpunkt aller pflegerischen Massnahmen. Dies bedeutet, dass die Pflegefachpersonen die Individualität und Einzigartigkeit jeder Person anerkennen und wertschätzen (Kitwood, 1997).
4. **Empathie und Verständnis**: Pflegefachpersonen zeigen Einfühlungsvermögen und Verständnis für die individuellen Bedürfnisse und Herausforderungen ihrer Klient:innen. Empathie ist entscheidend, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und die Klient:innen in schwierigen Phasen ihrer Erkrankung zu unterstützen (Rogers, 1951).
5. **Autonomie und Selbstbestimmung**: Die Förderung der Autonomie und Selbstbestimmung der Klient:innen ist ein zentraler Wert. Entscheidungen über die Pflege und

[2] Menschen mit psychischen Erschütterungen werden je nach Kontext unterschiedlich bezeichnet, wie z.B. Patient:in, Klient:in oder Nutzer:in. In diesem Dokument verwenden wir den Begriff „Klient:innen“, da er weit verbreitet ist.

Behandlung werden gemeinsam mit den Klient:innen getroffen, um ihre Eigenständigkeit zu unterstützen und ihnen die Kontrolle über ihr Leben zu ermöglichen (Orem, 2001).
6. **Ganzheitliche Pflege**: Die Pflege berücksichtigt die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Klient:innen. Ein ganzheitlicher Ansatz ist essenziell, um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden und eine umfassende Pflege zu gewährleisten (Watson, 2008).
7. **Transparenz und Offenheit**: Offene Kommunikation und Informationstransparenz gegenüber Klient:innen und deren Angehörigen sind zentrale Prinzipien der psychiatrischen Pflege. Dies fördert das Vertrauen und die Kooperation und ermöglicht den Klient:innen und ihren Familien, informierte Entscheidungen zu treffen (Gadow, 1990).
8. **Kontinuität und Verlässlichkeit**: Eine kontinuierliche und verlässliche Begleitung ist entscheidend, um Stabilität zu gewährleisten und Krisensituationen zu reduzieren oder gemeinsam zu bewältigen. Die Pflegefachpersonen stellen sicher, dass die Klient:innen eine bedarfsorientierte Unterstützung erhalten. Die Pflegefachperson ist dabei eine verlässliche Person, die neue Beziehungserfahrungen ermöglicht (Peplau, 1988).
9. **Familienzentrierte Pflege**: Die familienzentrierte Pflege basiert auf einem systemischen Verständnis. Die APP anerkennt die Familie und Angehörige als zentralen Bezugspunkt und berücksichtigt ihre individuellen Ressourcen, Bedürfnisse und Belastungen (Wright et al., 2021).

2.6 Tätigkeiten und Aufgaben der APP

Die APP umfasst ein breites Spektrum an Aufgaben, das sich an den individuellen Bedürfnissen der Klient:innen orientiert (Sauter et al., 2023). Sie reicht von beziehungsorientierter Pflege und funktionaler Alltagsunterstützung über Beratung und therapeutische Interventionen bis hin zur Krisenintervention, der Mitbehandlung von somatischen Erkrankungen und der Koordination multiprofessioneller Akteure. Die APP fördert individuelle Entwicklungs- und Bewältigungsprozesse, stabilisiert belastende Situationen und begleitet Menschen mit chronisch progredienten psychischen Erkrankungen auch dann, wenn keine gesundheitliche Verbesserung mehr zu erwarten ist. Sie bildet einen zentralen Pfeiler der niederschwelligen psychiatrischen Versorgung – insbesondere für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf und erschwertem Zugang zu anderen Versorgungsangeboten.

Die Umsetzung erfolgt auf Basis des Pflegeprozesses, unter Berücksichtigung der Kriterien von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit (WZW), und orientiert sich an den Leistungskategorien der KLV. Abhängig von der Komplexität der Pflegesituation, den vereinbarten Zielen und den Anforderungen an die Beziehungsgestaltung entscheidet die zuständige Pflegefachperson, welcher Skill- und Grademix zur Umsetzung der jeweiligen Intervention erforderlich ist.

Die folgenden Kapitel beschreiben in einem Überblick die Tätigkeiten und Aufgaben der APP.

2.6.1 Pflegeprozess und Beziehungsarbeit

Ein tragfähiges Arbeitsbündnis und eine vertrauensvolle Beziehung sind zentrale Voraussetzungen für den psychiatrischen Pflegeprozess. Der Beziehungsaufbau muss individuell auf die Fähigkeiten und Bedürfnisse der Klient:innen abgestimmt sein, da eine fundierte Bedarfsabklärung nur auf dieser Basis möglich ist. In der APP ist die Beziehungsgestaltung häufig nicht nur Grundlage, sondern zugleich die wirksamste Intervention: Vertrauen, Verlässlichkeit und der Schutz der persönlichen Integrität fördern Selbstsorge und Resilienz.

Die Themen und Anliegen der Klient:innen werden im Rahmen eines strukturierten Assessments erfasst, unter Einbezug externer Informationen (z. B. aus Vorbehandlungen oder von Angehörigen). Auf dieser Grundlage werden gemeinsam realistische Ziele formuliert, pflegerische Massnahmen geplant und der individuelle Pflegebedarf festgelegt. Die Wirksamkeit der Interventionen sowie die Aktualität der Pflegeplanung werden im Verlauf kontinuierlich überprüft und angepasst.

2.6.2 Unterstützung bei Funktionseinschränkungen im Alltag

Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und langjährigem Verlauf sind häufig von erheblichen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und des sozialen Funktionsniveaus betroffen. Die APP bietet Beratung und Unterstützung in den Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, wenn aufgrund psychischer Störungen die Fähigkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen dauerhaft eingeschränkt ist. Dazu gehören beispielsweise Essen, Mobilität, Kommunikation, Haushaltsführung, Einkaufen, soziale Beziehung. Die Unterstützung erfolgt z.B. durch den Aufbau modellhafter Beziehungen und das Training sozialer Kompetenzen. Dabei nutzt die APP bestehende Ressourcen der Klient:innen und ihrem sozialen Netzwerk.

2.6.3 Beratung und Edukation

Beratungsmassnahmen umfassen die Aufklärung von Klient:innen, Angehörigen und Mitwirkenden, die Identifizierung von Risikofaktoren, die zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen können und den Erhalt oder die Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen. Pflegerische Beratung und Edukation findet in verschiedenen Bereichen statt und beinhaltet Fokusassessments sowie die gemeinsame Entwicklung von Interventionen zur Erreichung der Ziele. Beispiele sind die Erarbeitung von Strategien für ein verbessertes Gesundheitsverhalten, Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz, die Entwicklung von Skills und Problemlösefähigkeiten im Alltag sowie die Erarbeitung von Strategien für den Umgang mit oder die Bewältigung von Krankheitssymptomen.

2.6.4 Spezifische therapeutische Interventionen

Die APP setzt spezifische pflegetherapeutische Interventionen ein, die sich an evidenzbasierten Konzepten und aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien orientieren – etwa an den S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (Gühne et al., 2019). Dazu zählen unter anderem Adhärenztherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), Psychotraumatologie, Verhaltenstherapie, Motivational Interviewing, erfahrungsfokussierte Beratung für Stimmenhörende, Symptom- und Verhaltensmanagement, Emotions- und Stimmungsregulation sowie Realitätsorientierung. Die APP setzt diese Interventionen selbstverantwortlich oder gemeinsam mit psychotherapeutischen Fachpersonen um – stets in enger Abstimmung mit dem individuellen Pflege- und Behandlungsplan der Klient:innen.

2.6.5 Krisenmanagement

Krisen entstehen, wenn Menschen mit belastenden Ereignissen konfrontiert werden, die ihre individuellen Bewältigungsstrategien überfordern und zu einem vorübergehenden Verlust des seelischen Gleichgewichts führen. In solchen Situationen benötigen Klient:innen häufig eine intensivere psychiatrische Begleitung – insbesondere zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung.

Die APP unterstützt Betroffene in psychischen Krisen durch gezielte Interventionen im gewohnten Umfeld. Ziel ist es, gemeinsam mit den Klient:innen Wege zur Bewältigung der Krise zu finden und stationäre Aufenthalte oder fürsorgerische Unterbringungen immer möglich zu vermeiden. Dazu kann es erforderlich sein, den zeitlichen Umfang der Pflegeeinsätze temporär zu erhöhen oder wiederkehrende intensivere Begleitungsphasen bereits im Rahmen der Bedarfserhebung einzuplanen.

Interventionen in Krisensituationen umfassen unter anderem:

- die Umsetzung vorab vereinbarter Massnahmen im Rahmen von psychiatrischen Vorsorgeverfügungen oder individuellen Krisenplänen,
- erhöhte Präsenz und situatives Reagieren,
- kurze, informierende und orientierende Gespräche mit Klient:innen und Angehörigen,
- deeskalierende und gewaltpräventive Kurzinterventionen.

Zudem übernimmt die APP Aufgaben im Rahmen der standardisierten Einschätzung und Dokumentation von Suizidalität – etwa mit Instrumenten wie PRISM-S oder der SERO-App.

Auch während Krisen orientiert sich die APP an partizipativen Prinzipien: Sie hört den Betroffenen aktiv zu, respektiert deren Rechte und subjektive Wahrnehmung und begegnet ihnen auch in der Krise mit Vertrauen in ihre Fähigkeiten. Eine enge interprofessionelle Absprache ist in solchen Situationen unerlässlich – ebenso wie die Koordination eines tragfähigen sozialen Unterstützungsnetzes.

2.6.6 Körperliche Gesundheit und Medikamentenmanagement

Die APP übernimmt eine wichtige Rolle in der Förderung und Überwachung der körperlichen Gesundheit ihrer Klient:innen, da diese eine erhöhte Prävalenz somatischer Begleiterkrankungen – insbesondere metabolischer Syndrome – haben. Die APP motiviert zur langfristigen Veränderung des Gesundheitsverhaltens, unterstützt das Selbstmanagement bei (chronischen) somatischen Erkrankungen und führt pflegerische Interventionen im Rahmen der somatischen Behandlungspflege durch (Schwarze et al., 2019). Ein zentraler Bestandteil ist zudem das Medikamentenmanagement. Dieses umfasst die kontinuierliche Aufklärung zu und die fortlaufende Beobachtung von Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen, sowie die Vermittlung zwischen Klient:innen und den verordnenden Fachpersonen.

2.6.7 Multiprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination

Die APP arbeitet eng mit formellen und informellen Helfern zusammen, um eine koordinierte und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Zu den zentralen Partnern zählen Haus- und Fachärzt:innen, Psycholog:innen, Therapeut:innen, Sozialarbeitende, Ergotherapeut:innen, Ernährungsberater:innen, FaGe sowie Institutionen wie Kliniken oder betreute Wohnformen. Zugleich pflegt die APP den Kontakt zum informellen Netzwerk der Klient:innen – etwa Angehörige oder Nachbar:innen – und übernimmt eine zentrale Koordinationsfunktion. Dazu gehören die Organisation von Fallbesprechungen, interprofessionellen Konferenzen und runden Tischen sowie die Abstimmung mit externen Stellen wie den Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB). Ziel ist der Aufbau eines tragfähigen Versorgungsnetzes, besonders bei komplexen oder instabilen Situationen.

2.6.8 Mittelbare Tätigkeiten

Mittelbare Tätigkeiten umfassen alle Aufgaben, die zur Qualität und Kontinuität der Versorgung beitragen, jedoch ohne direkten Kontakt mit Klient:innen erfolgen. Dazu zählen insbesondere die fachliche Weiterentwicklung des Pflegeteams, die Anleitung sowie Führungsaufgaben. Die Reflexion des beruflichen Handelns wird durch regelmässige Fallsupervisionen und kollegiales Teaching im Team unterstützt.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die kontinuierliche Fortbildung aller Mitarbeitenden im Umgang mit Menschen mit psychischen Erschütterungen – auch in somatischen Versorgungsbereichen, wo psychiatrische Begleiterkrankungen besonders häufig auftreten.

2.7 Wirkungen der APP

International gibt es nur begrenzte Forschung zur Wirksamkeit von Interventionen der APP. Einige Studien zeigen jedoch vielversprechende Ergebnisse. Zoun et al. (2019) konnten beispielsweise nachweisen, dass eine pflegerische Selbstmanagement-Intervention bei Klient:innen mit chronischer Angst und Depression zu signifikanten Verbesserungen der sozialen Beziehungen und Stärkung des Empowerments führte. Auch Interventionen zur Förderung der körperlichen Gesundheit (Fernández Guijarro et al., 2019), zur Unterstützung des Recovery-Prozesses (Mousavizadeh & Jandaghian Bidgoli, 2023), zur Verbesserung der Medikamentenadhärenz (Schirmer et al., 2015; Vannachavee et al., 2016) sowie zur Reduktion von Angst (Sampaio et al., 2018) zeigen positive Effekte. Eine Studie der Berner Fachhochschule untersucht derzeit die Wirkung der psychiatrischen Spitex auf psychiatrische Hospitalisierungen, indem sie Routinedaten der Spitex analysiert (Hegedüs & Richter, 2025).

3 Handlungsbedarf

Der Stellenwert der APP wird in der Schweiz bislang noch nicht ausreichend anerkannt, obwohl sie national und international gefordert wird. Damit die APP ihre Rolle wirksam und im Sinne der Empfehlungen erfüllen kann, sind Veränderungen auf mehreren Ebenen erforderlich:

- **Gleichstellung psychischer und somatischer Gesundheitsversorgung**: Die APP muss denselben Stellenwert erhalten wie somatische Pflegeangebote.
- **Finanzielle Absicherung und Vergütung**: Eine leistungsgerechte, faire Finanzierung auf Basis der tatsächlichen Komplexität und Wirksamkeit der Pflege muss sichergestellt werden.
- **Weiterentwicklung des Leistungskatalogs (KLV)**: Die Leistungen der APP müssen umfassender, flexibler und realitätsnäher abgebildet werden (z.B. sollte die Durchführung von Interventionen in Gruppensettings ermöglicht werden)
- **Niedrigschwelliger Zugang zur Pflege**: Diagnostikhürden und bürokratische Barrieren sind abzubauen. Spezialisierte Angebote sollen auch in ländlichen Regionen und möglichst flächendeckend zur Verfügung stehen.
- **Fachliche Qualifikation und Bildung**: Es braucht spezifische Aus- und Weiterbildungsangebote und eine adäquate fachliche Qualifikation aller Beteiligten – auch auf Seite der Kostenträger. Auch hier ist eine Gleichstellung zur Somatik ein Muss.
- **Stärkere multiprofessionelle Integration**: Schnittstellen zu anderen Versorgungsformen sind aktiv zu gestalten, um Kontinuität und Qualität in der Behandlung zu sichern.

4 Fazit

APP stellt eine unverzichtbare Säule der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz dar. Sie ermöglicht Menschen mit psychischen Erschütterungen ein Leben in ihrem gewohnten Umfeld und bietet bedarfsgerechte, personzentrierte Unterstützung entlang des gesamten Krankheitsverlaufs. Als evidenzbasiertes, wirkungsvolles und menschenrechtsorientiertes Angebot schliesst die APP zentrale Versorgungslücken, fördert soziale Teilhabe sowie individuelle Genesungsprozesse. Zudem können damit Hospitalisierungen reduziert werden.

Gleichzeitig zeigt sich in der klinischen Versorgung wiederholt: Die APP ist trotz ihres hohen Potenzials für die psychiatrische Versorgung und ihrer Wirksamkeit unterfinanziert, strukturell unterbewertet und zu wenig in die Versorgungssysteme integriert. Um dieser Diskrepanz zu begegnen, braucht es eine systematische Aufwertung und Stärkung der APP im gesundheitspolitischen Diskurs sowie auf praktischer Ebene.

Dieses Grundlagenpapier wurde von der «Expertengruppe Psychiatriespitex» (gegründet 2024 von Spitex Schweiz), unter dem Lead von Anna Hegedüs, verfasst. Die Mitglieder der Expertengruppe verfügen über langjährige Erfahrung und vertiefte Aus- und Weiterbildung in der ambulanten psychiatrischen Pflege. Die Expertengruppe vereint Vertretende der Deutschschweiz und Romandie, sowie aus Praxis, Forschung und Bildung. Die Autor:innen in alphabetischer Reihenfolge:

Cecile Breitenstein, freiberufliche Pflegefachfrau (curacasa)

Sonja Forster, Spitex Kriens;

Linda Frei, Spitex Herzenssache;

Ruth Hagen, Spitex Schweiz;

Anna Hegedüs, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit;

Esther Indermaur, Thurvita;

Claudia Lötscher, Spitex Basel;

Paul Rasberger, ALPHA-Pflege;

Marion Remy, freiberufliche Pflegefachfrau (curacasa);

Sonja Santi, stadtärztlicher Dienst Stadt Zürich;

Valentin Terreaux, Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD) ;

Chantal Tsolakis, kispex Kinder-Spitex Kt. Zürich;

Ursina Zehnder, Spitex Zürich;

Milan Zivkovic, plena-vita GmbH

Zitiervorschlag:

Expertengruppe Psychiatriespitex. (2025). Grundlagenpapier Ambulante Psychiatrische Pflege.

5 Literatur

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11–23. https://doi.org/10.1037/h0095655

BAG. (2019). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030* (Bundesamt für Gesundheit (BAG), Hrsg.).

Burr, C., & Richter, D. (2021). Predictors of community mental health nursing services use in Switzerland: Results from a representative national survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, *30*(6), 1640–1648. https://doi.org/10.1111/inm.12917

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (Hrsg.). (2022). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities — Concluding observations on the initial report of Switzerland*.

Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, *33*(66_suppl), 29–35. https://doi.org/10.1080/14034950510033345

Fernández Guijarro, S., Pomarol-Clotet, E., Rubio Muñoz, M. C., Miguel García, C., Egea López, E., Fernández Guijarro, R., Castán Pérez, L., & Rigol Cuadra, M. A. (2019). Effectiveness of a community-based nurse-led lifestyle-modification intervention for people with serious mental illness and metabolic syndrome. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28*(6), 1328–1337. https://doi.org/10.1111/inm.12644

Gadow, S. (1990). Existential advocacy: Philosophical foundations of nursing. *NLN Publications*, *20–2294*, 41–51.

Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl.). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8

Gurtner, C., Schols, J. M. G. A., Lohrmann, C., Halfens, R. J. G., & Hahn, S. (2021). Conceptual understanding and applicability of shared decision-making in psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *28*(4), 531–548. https://doi.org/10.1111/jpm.12712

Hegedüs, A., & Abderhalden, C. (2011). Versorgungsbedarf von Klienten in der ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern = Needs of clients cared for by community mental health nurses. *Psychiatrische Praxis*, *38*(8), 382–388. https://doi.org/10.1055/s-0031-1276858

Hegedüs, A., & Richter, D. (2025). *Effectiveness of community mental health nursing on psychiatric hospitalisations in Switzerland: Mirror-image analysis (submitted)*.

Karabegovic, A., Indermaur, E., & Fierz, K. (2025). Die physische und psychische Gesundheit von Menschen mit häuslichem Pflegebedarf. *Pflege*, *38*(1), 33–41. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a001008

Kitwood, T. M. (with Internet Archive). (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham [England] ; Philadelphia : Open University Press. http://archive.org/details/dementiareconsid0000kitw

Knüppel Lauener, S., Imhof, L., Indermaur, E., Rieder, E., & Wieber, F. (2019). Psychisch kranke Menschen zu Hause: Was braucht es? : eine Beschreibung des Versorgungsbedarfs von psychisch kranken Menschen durch die spitalexterne Pflege. *Pflegewissenschaft*, *21*(9), 444–455. https://doi.org/10.3936/1671

Mousavizadeh, S. N., & Jandaghian Bidgoli, M. A. (2023). Recovery-Oriented Practices in Community-based Mental Health Services: A Systematic Review. *Iranian Journal of Psychiatry*, *18*(3), 332–351. https://doi.org/10.18502/ijps.v18i3.13013

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6. Aufl.). Mosby.

Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. Macmillan Education UK. https://doi.org/10.1007/978-1-349-10109-2

Peter, C., Tuch, A., & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* [Obsan Bericht]. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Richter, D. (2020). Die vermeintliche Zunahme psychischer Erkrankungen – Gesellschaftlicher Wandel und psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis*, *47*(7), 349–351. https://doi.org/10.1055/a-1228-9503

Richter, D., Rühle Andersson, S., Burr, C., Domonell, K., Hasler. Melina, Hegedüs, A., & Wolfensberger, P. (2023). Menschenrechte in der schweizerischen Psychiatrie - Zum Stand der Umsetzung der UN-BRK. *Psychiatrische Pflege*, *8*(2), 9–12. https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000479

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Houghton Mifflin.

Sampaio, F. M. C., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(5), 1114–1126. https://doi.org/10.1111/jan.13520

Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S., Ahrens, R., & Muijsers, P. (Hrsg.). (2023). *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.

Schirmer, U. B., Steinert, T., Flammer, E., & Borbé, R. (2015). Skills-based medication training program for patients with schizophrenic disorders: A rater-blind randomized

controlled trial. *Patient preference and adherence*, *9*, 541–549. https://doi.org/10.2147/PPA.S75616

Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., & Peter, C. (2024). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2022* (Obsan Bulletin). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schwarze, T., Steinauer, R., & Beeri, S. (2019). *Somatische Pflege in der psychiatrischen Arbeit* (1. Auflage). Psychiatrie Verlag. https://doi.org/10.5771/9783966050135

Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). *Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie* [Schlussbericht]. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG.

Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schwiez*.

Vannachavee, U., Seeherunwong, A., Yuttatri, P., & Chulakadabba, S. (2016). The Effect of a Drug Adherence Enhancement Program on the Drug Adherence Behaviors of Patients With Major Depressive Disorder in Thailand: A Randomized Clinical Trial. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(3), 322–328. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.12.001

Verbändedialog Psychiatrische Pflege. (2019). *Definition und Grundlage psychiatrischer Pflege*.

von Dach, C., & Mayer, H. (Hrsg.). (2023). *Personzentrierte Pflegepraxis: Grundlagen für Praxisentwicklung, Forschung und Lehre*. Hogrefe. https://doi.org/10.1024/86123-000

Wang, J., Shang, J., & Kearney, J. A. (2016). Mental health disorders in home care elders: An integrative review. *Geriatric Nursing*, *37*(1), 44–60. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.10.013

Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring, Revised Edition*. University Press of Colorado. https://www.jstor.org/stable/j.ctt1d8h9wn

WHO. (2021). *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches* (World Health Organization, Hrsg.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707

Wright, L. M., Leahey, M., Shajani, Z., & Snell, D. (2021). *Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen* (3. Aufl.). Hogrefe. https://doi.org/10.1024/86075-000

Zoun, M. H. H., Koekkoek, B., Sinnema, H., van der Feltz-Cornelis, C. M., van Balkom, A. J. L. M., Schene, A. H., Smit, F., & Spijker, J. (2019). Effectiveness of a self-management training for patients with chronic and treatment resistant anxiety or depressive disorders on quality of life, symptoms, and empowerment: Results of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 46. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2013-y

Zuaboni, G., Curschellas, J., & Maier, R. (2021). Recovery in der Psychiatrie: Zuversicht, Wahlmöglichkeiten und erweiterte Formen der Partizipation. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*. https://www.rosenfluh.ch/psychiatrie-neurologie-2021-04/recovery-in-der-psychiatrie-zuversicht-wahlmoeglichkeiten-und-erweiterte-formen-der-partizipation