



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.  
Zeltinger Straße 9 \* 50969 Köln  
Tel.: 0221-51 10 02 \* Fax: 0221-52 99 03  
E-mail: [dgsp@netcologne.de](mailto:dgsp@netcologne.de)  
Internet: [www.psychiatrie.de/dgsp](http://www.psychiatrie.de/dgsp)

## **Zur Neuregelung des Pflegebegriffs**

### **Stellungnahme des Arbeitskreises Pflege in der DGSP**

Die Pflegeversicherung ist ein zentraler Baustein der sozialen Sicherungssysteme, die solidarisch das Risiko der Pflegebedürftigkeit absichern und eine menschliche Pflege ermöglichen soll.

Die bevorstehende Reform der sozialen Pflegeversicherung muss aus der Sicht des Arbeitskreises Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V. im Wesentlichen den Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definieren und - damit verzahnt - das Leistungsrecht und eine Finanzierungsreform vorsehen.

Die erforderlichen Veränderungen machen die Reform dringend notwendig, und Verbesserungen und Fortschritte der sozialen Pflegeversicherung sind hinsichtlich der demografischen Entwicklung der Bevölkerung als vorausschauend zu betrachten und deshalb in jeder Hinsicht sorgfältig zu entwickeln.

Eine solche Gesamtkonzeption muss die Wechselwirkungen der Belange von Familienpolitik, der Altenhilfe, der Behindertenhilfe, der krankheitsbedingten Pflegebedürftigkeit, des sozialen Umfelds und der sozialen Infrastruktur der Kommunen mit im Blick haben und somit eine Verzahnung von Leistungen bei Krankheit, Pflege, Behinderung und anderem Unterstützungs- und Pflegebedarf zur Teilhabe ermöglichen im Sinne einer „gesellschaftlichen Pflegepolitik“.

#### **Aspekte zur Ausgangslage**

Das für die Pflegeversicherung maßgebliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit ist vor allem durch vier Aspekte gekennzeichnet:

1. Als pflegebedürftig gelten Personen, die wegen Krankheit oder Behinderung bei ausgewählten Verrichtungen *des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen sind*. Paragraph 14 des Sozialgesetzbuches (SGB) XI *begrenzt* diese Verrichtungen auf die vier Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung.
2. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit greift im Sinne des SGB XI nur dann, wenn Personen *dauerhaft* Unterstützung benötigen (mindestens sechs Monate).
3. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird anhand der Art, Häufigkeit und Dauer der *benötigten Hilfeleistung, d.h. anhand des Hilfe- bzw. Pflegebedarfs*, ermittelt. Das konkrete Ausmaß von Fähigkeitsstörungen beispielsweise ist für die Ermittlung nachrangig bzw. indirekt von Bedeutung.
4. Zeit ist ein entscheidendes Maß für die Pflegestufenzuordnung und somit für den Leistungsanspruch, genauer gesagt die Zeit, die eine zur Pflege ausgebildete Person zur Erbringung der notwendigen Hilfeleistungen benötigt bzw. benötigen würde.

Diese Festlegungen bilden die zentralen Eckpfeiler für das Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und unterscheiden die Pflegeversicherung grundsätzlich von anderen sozialen Sicherungssystemen.<sup>1</sup>

Stellvertretend für die vielen kritischen Stellungnahmen am Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI sei hier die in der Einschätzung der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ angeführt wird. Diese verweist darauf, dass

- „Unselbstständigkeit im Bereich Kommunikation und soziale Teilhabe als Kriterium für Pflegebedürftigkeit *nicht* berücksichtigt wird,
- ein erheblicher Teil der notwendigen Unterstützung für psychisch Kranke und beeinträchtigte Menschen, die nicht nur bei einzelnen Verrichtungen, sondern in ihrer gesamten Lebensführung auf Hilfe angewiesen sind, ausgeblendet wird,
- andere Auswirkungen gesundheitlicher Probleme, wie zum Beispiel Schmerzerleben, Angst im Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen, verändertes Selbstschutzverhalten oder generell mangelhafte Krankheitsbewältigung, keinen Leistungsanspruch nach dem SGB XI begründen“ (Landtag NRW 2005).<sup>1</sup>

Hieran ist die in der Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen<sup>1</sup> aufgestellte Forderung anzuschließen:

„... für alle Leistungsträger einen umfassenden Pflegebegriff zu schaffen, um damit ggf. die bisherige aufgespaltete Zuordnung von Pflegebedarfen zu bestimmten Kostenträgern zu überwinden. Konsequenz dessen wäre, dass allen Sicherungssystemen ein umfassender Pflegebegriff zugrunde gelegt und erst in einem weiteren Schritt eine Zuordnung der Leistungszuständigkeiten auf die einzelnen Kostenträger oder ggf. die Eigenverantwortung bezogen auf die jeweiligen Hilfebedarfe vorgenommen wird. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit orientiert sich in Analogie zum SGB IX an den Defiziten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Menschen wären demnach pflegebedürftig, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem typischen Zustand abweichen, ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft daher beeinträchtigt ist und sie auf Dauer der Hilfe und Pflege bedürfen“<sup>1</sup>

Der Arbeitskreis Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie stimmt mit nachstehenden Aussage der Studie zur Pflegebedürftigkeit überein: *„Pflegebedürftigkeit ergibt sich also aus einem Ungleichgewicht zwischen funktionellen Einbußen, Belastungen und Anforderungen einerseits und den personalen Ressourcen andererseits, über die das Individuum verfügt und die es dazu nutzen kann, die Einbußen, Belastungen und Anforderungen zu kompensieren bzw. zu bewältigen. Das bedeutet unter anderem, dass von Pflegebedürftigkeit auch dann gesprochen werden kann, wenn einer erkrankten Person das notwendige Wissen oder die notwendige Kompetenz fehlt, die zu einer solchen Kompensation (oder Bewältigung) notwendig wären“*.<sup>1</sup>

Zusammenfassende Definition der Pflegebedürftigkeit:

Pflegebedürftig ist eine Person, wenn sie aufgrund fehlender personaler Ressourcen dauerhaft oder vorübergehend nicht in der Lage ist zu selbstständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbstständiger Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist.

Begründung:

1. Der Pflegebedürftige leidet an körperlichen oder/und seelischen Schädigungen, an einer Beeinträchtigung körperlicher, kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlichen Belastungen oder Anforderungen, die er nicht kompensieren bzw. bewältigen kann.
2. Bisher wird Pflegebedürftigkeit nach Grundverrichtungen und Behandlungspflege festgelegt und in den unterschiedlichen gesetzlichen Anwendungsbereichen verschieden definiert. Der einzelne Pflegebedürftige wird somit nicht als Einheit gesehen und nicht mit seinem umfassenden Hilfe- und Pflegebedarf wahrgenommen, und es werden nicht entsprechende Hilfen koordiniert eingeleitet,

---

1) Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten –überarbeitete Fassung – Bielefeld, 23. März 2007, Verfasser: K. Wingenfeld  
A. Büscher, D. Schaeffer

Studie i.R. des Modellprogramms n. §8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen

was zu doppelter oder mangelhafter Betreuung und Pflege führt.

3. Ein umfassender Pflegebedürftigkeitsbegriff ist Grundlage für eine an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen orientierte, abgestimmte und zeitnahe Leistungserbringung sowie Leistungserlangung und trägt zum Abbau von Bürokratie bei

4. Bereits im nationalen Bericht und der Stellungnahme zur Vorbereitung der Europäischen Pflegekonferenz „Ziele zur Gesundheit für alle“, im Juni 1988 in Wien haben die deutschen Pflegeverbände (ADS, DBfK und die Gewerkschaft ÖTV die nachfolgende Forderung aufgestellt, die an das Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Europa in Kopenhagen durch das Bundesministerium für Jugend, Frauen und Gesundheit weitergeleitet wurde.

„Um einen effizienten Beitrag der Pflegenden zur primären Gesundheitsversorgung zu erreichen, müssten die gesetzlichen Grundlagen des Gesundheitswesens überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden. So müssten z.B. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vermehrt auch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen erfassen. Den pflegerischen Berufen müsste die Fachkompetenz zugesprochen werden, den Umfang von Pflegeleistungen – besonders im ambulanten Bereich – eigenständig festzulegen und zu verordnen“ (zitiert nach Bericht in Krankenpflege 4/1988, S. 166 ff.)

Wir ergänzen dieses Zitat wie folgt: ... *ohne dass es einer neuen umfänglichen Beurteilung des MDK bedarf.*

Begründung:

Vom beruflichen Selbstverständnis her ist die Pflege besonders geeignet, an der primären Gesundheitsversorgung teilzunehmen:

- Pflege beinhaltet nicht nur die Förderung und Erhaltung von Gesundheit, sondern sie fördert auch die Adaptionsfähigkeit und aktiviert die Selbstheilungskräfte des Menschen.
- Pflege als interaktioneller Prozess kann sich an Individuen aller Altersgruppen wie auch an Gruppen unterschiedlicher sozialer Schichten richten.
- Pflege als Problemlösungsprozess bezieht Lebensaktivitäten des Menschen ein sowie die beeinflussenden Faktoren (z.B. psychologische, körperliche, soziokulturelle, umweltbedingte, politische/ökonomische).
- Durch die systematische, umfassende prozesshafte Vorgehensweise bei der Lösung von Gesundheits- und Krankheitsproblemen der Bevölkerung sind die pflegerischen Berufe qualifiziert, einen effektiven Beitrag in einem gemeindenahen Gesundheitsversorgungsteam zu leisten. Daher muss berücksichtigt werden, dass diese Leistungen kompetent von den Pflegekräften erbracht werden können.
- Die traditionelle Rolle der Pflegenden war schon immer familien- und gemeindenah, so dass von dieser Nähe her am besten die Ressourcen beurteilt und entfaltet werden können.

### **Was hat die Pflegeversicherung gebracht?**

Einige Aspekte, die im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung einzufordern sind:

Verbesserung für pflegende Angehörige durch Übernahme der Beiträge zur Sozialversicherung;

– Verschlechterung für Klienten in der stationären Pflege, weil

1. weniger Mitarbeiter beschäftigt werden, da der psychosoziale Bereich vom SGB XI nicht erfasst wird,
2. mehr Administration und unkritisch hingenommene Dokumentation herrscht, damit Verlagerung des Geldes vom zu Pflegenden auf die Administration festzustellen ist (auch das Pflegequalitätssicherungsgesetz ist nicht auf das Notwendigste an Dokumentation zur Qualitätssicherung hin ausgerichtet).
3. entgegen den Versprechungen, dass Heimbewohnern der Gang zum Sozialamt und damit Armut bei Pflegebedürftigkeit erspart werden sollte, vermehrt festzustellen ist, dass die ergänzende Sozialhilfe zunehmend eine bedeutende Rolle bei der Finanzierung der Pflegeleistungen spielt, d.h. auch, dass der Heimbewohner von ergänzender Sozialhilfe abhängig und weiterhin Taschengeldempfänger ist,
4. der psychosoziale Anteil von Pflege einem so genannten Pflegefall nicht zugestanden wird, sondern nur Verrichtungen zur Pflege, was aus ethischen Gründen

abzulehnen ist, da selbstverständlich auch der Pflegebedürftige eine unabdingbare Würde hat;

- Entwertung der Leistungserbringer, Missachtung der beruflichen Pflege, Missachtung des sozialen Anteils in der Pflege (Reduzierung der Pflege Tätigkeit auf „Verrichtungen“);
- „Grundpflege“ wird Hilfskräften überantwortet, gleichgültig ob dies fachlich gerechtfertigt ist (das Waschen eines frisch operierten Patienten erfordert andere Fertigkeiten als die Körperpflege bei einem demenzkranken Patienten oder einem Menschen mit einem Apoplex);
- Trennung von „Grund- und Behandlungspflege“ und damit die Abhängigkeit von einer ärztlichen Verordnung wurde zementiert, obwohl sie aus fachlicher Sicht nicht gerechtfertigt und im Sinne einer umfassenden Hilfe- und Pflegeleistung kontraindiziert ist.

### **Bisherige Zielerreichung der Pflegeversicherung**

Die Absichten, die der Gesetzgeber mit der Einführung der Pflegeversicherung verfolgte, wurden nicht in dem Maße erreicht wie ursprünglich gedacht. Im Gegenteil ist für die Betroffenen, vor allem in der zweiten Stufe der Pflegeversicherung, eine massive Verschlechterung eingetreten.

Begründung:

- Eine große Zahl von Hilfeempfängern wird durch den jetzigen Leistungskatalog gar nicht erfasst und damit von der Erfüllung ihres Anspruchs ausgeschlossen (oder es wird in vielen Fällen das SGB XII herangezogen). Dazu gehören u.a. demenzkranke Menschen, seelisch behinderte Menschen, geistig behinderte Menschen und chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen. Bevor jetzt versucht wird, ein, wie sich im Nachhinein herausgestellt hat, doch eingeschränktes System mithilfe einiger kleiner „Reparaturen“ zu korrigieren, empfiehlt es sich, die Pflegeversicherung vom Grundsatz her neu zu überdenken (evtl. die Finanzierungen von Kranken- und Pflegeversicherung zusammenführen). In diesem Zusammenhang wäre auch die Trennung in Grund- und Behandlungspflege, die auch aus *fachlicher Sicht begründet* ist, aufgehoben.
- Idealerweise sollte Hilfe durch Pflege und Behindertenhilfe in einem regionalen Budget organisiert werden, in dem *jeder* Kostenträger seinen pauschalen Anteil einbezahlt. Durch die verschiedenen durchgeführten Modelle ist es schon jetzt möglich, die Anteile zu errechnen, die jeder Kostenträger dazu beizusteuern hätte. Daran zu beteiligen sind die Kostenträger der SGB II, V, IX, XI und XII. Die Steuerung und Überwachung des regionalen Budgets erfolgt durch vertragliche Vereinbarungen vor Ort, an denen Kostenträger, Leistungserbringer und Vertreter der Hilfeempfänger und deren Angehörige beteiligt sind. In einem so gestalteten vernetzten System wären passgenaue individuellen Hilfen und vor allem das Zusammenwirken der Leistungserbringer sichergestellt. Private Leistungserbringer können sich am regionalen Verbund beteiligen, soweit sie sich zu den gemeinsamen Prinzipien der Vollversorgung bekennen und danach handeln.
- Die derzeitige, für die Betroffenen verhängnisvolle Lenkung der vorhandenen Mittel weg von direkten Leistungen, hin zu indirekten, administrativen Leistungen wäre mithilfe eines regionalen Budgets nicht mehr möglich und würde somit die realen Anforderungen des Hilfeempfängers wieder in den Mittelpunkt stellen.

### **Forderungen im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegeversicherung**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) fordert im Hinblick auf die Neuregelung einen umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff, der den Menschen in seiner Lebenssituation ganzheitlich betrachtet. Dieser Pflegebedürftigkeitsbegriff kann als Grundlage für alle relevanten Sozialgesetzbücher gleichermaßen verwendet werden. Ein einheitlicher Pflegebedürftigkeitsbegriff bietet die Chance, die unterschiedlichen Leistungsbereiche der Sozialgesetzbücher zu vernetzen und damit Schnittstellen in Nahtstellen umzuwandeln, da das jeweils relevante Sozialgesetzbuch nur einen Ausschnitt eines insgesamt bestehenden Hilfebedarfs betrachtet. „Der Hilfebedarf kann sich beziehen auf Erkrankung, auf Pflegebedürftigkeit oder Behinderung. Aufgrund eines stark fokussierten Assessmentverfahrens, jeweils bezogen auf den Leistungsumfang der jeweiligen

Sozialversicherung, erfolgt weder eine vernetzte Analyse von medizinischem, pflegerischem und hauswirtschaftlichem Hilfebedarf und sozialer Teilhabe, noch findet ein vernetztes Handeln statt. Zunehmend wird aber verstanden, dass die Unterteilung von Menschen nach Zuschnitt von Sozialgesetzbüchern der Lebensrealität von Betroffenen nicht gerecht wird“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege und Hebammenwesen Berlin, 6/2007)

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) e.V. fordert im Kontext der Reform der Pflegeversicherung eine Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen und Sozialleistungen mit den zentralen Zielen<sup>2</sup>,

- bei pflegerischen und anderen Unterstützungsbedarfen unabhängig vom Aufenthaltsort ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu gewährleisten,
- die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aller Menschen mit pflegerischen und anderen Unterstützungsbedarfen sowie ihrer Angehörigen zu sichern,
- die Flexibilisierung und Durchlässigkeit der Versorgungsformen zur passgenauen Deckung des Unterstützungsbedarfs zu erhöhen und dabei Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl der Versorgungsform sicherzustellen,
- im Sinne einer gesellschaftlichen Pflegepolitik eine frühzeitige Erkennung sowie eine bessere Berücksichtigung und Verzahnung von Leistungen bei Krankheit, Pflege, Behinderung, anderen Unterstützungsbedarfen und Leistungen zur Teilhabe zu ermöglichen,
- niederschwellige Unterstützung bei der Selbsthilfe Betroffener und ihrer Angehörigen in ihrem sozialen Umfeld anzubieten,
- den Vorrang von Prävention und Rehabilitation tatsächlich umzusetzen.

Fachlich fundierte Pflege besteht aus Sicht des Arbeitskreises Pflege in der DGSP aus Hilfen zur

- Beziehungsgestaltung,
- Milieugestaltung,
- Alltagsgestaltung und –bewältigung,
- Erfüllung der Grundbedürfnisse unter Bedingungen von chronischer Erkrankung, Behinderung und/oder Gebrechlichkeit inklusive psychiatrischer Erkrankung oder Behinderung,
- Linderung von Leiden,
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- Teilhabe an Arbeit/Beschäftigung durch pflegerische Maßnahmen

Die bisher berücksichtigten Grundlagen der professionellen Pflege müssen wie in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt erweitert und als umfassender Pflegebedarf gesehen werden.

2)Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vom 3.Mai 2006, NDV 2006, 306 ff.

Derzeit berücksichtigte „Verrichtungen“	Umfassende Pflege
Fähigkeit zu selbstständiger	Fähigkeit zu selbstständiger
Ernährung	Teilhabe am gesellschaftlichen Leben/Arbeit
Ausscheidung	Kommunikation
Hygiene	Steuerung von Antrieb/Interesse
Mobilität	Gestaltung des Tages
Hauswirtschaft	Orientierung
	Sicherheitsgestaltung
	Steuerung des emotionalen Befindens
	Selbstwahrnehmung
	Kompensation
	Bewältigung
	Pflege des Status in den unterschiedlichen Hilfebedarfen (palliative Begleitung und Pflege)

Die Ursache der Fähigkeitsstörung ist dabei mitbestimmend für den Umfang der erforderlichen Leistungen und dafür, welche pflegerische Qualifikation für die Leistungserbringung beim einzelnen Klienten angemessen erscheint.

Qualifizierte professionelle Pflege agiert dabei ganz selbstverständlich aktivierend, nach rehabilitativen und gesundheitsfördernden Gesichtspunkten, ressourcenorientiert und salutogenetisch. Darüber hinaus kooperiert sie innerhalb des Netzes andere Beteiligter, einschließlich des Betroffenen und seiner Angehörigen, und koordiniert die professionellen und nichtprofessionellen Hilfen. Das bedeutet, dass der Pflegende die Funktion des koordinierenden Begleiters eines Hilfe- und Pflegeempfängers wahrnimmt und entsprechend die erforderlichen Hilfen gezielt einsetzt.

Dabei ist wesentlich, dass der aus Defiziten ermittelte Hilfebedarf ergänzt wird um die bestehenden Präventions- und Rehabilitationspotenziale des Betroffenen und dass diesen Potenzialen Priorität einzuräumen ist. Das bedeutet, dass präventive Anteile zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit ausgebaut und umgesetzt werden müssen, beispielsweise durch das Angebot von präventiven Hausbesuchen, durch pflegerische Beratung oder Krisenbewältigung vor Ort.

In diesem Zusammenhang ist erneut die Forderung zu stellen die Gesetzeslage dahin gehend zu verändern, dass Pflegekräfte den Bedarf und Umfang der Pflege selbst erheben und bestimmen sowie die Pflege selbst verordnen können. Die Bedarfsanalyse und das pflegerische Assessment müssen den potenziellen Pflegeempfänger umfassend wahrnehmen, sowohl in seiner physischen als auch in seiner psychischen und sozialen Lebenssituation.

Die soziale Teilhabe aller Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf – unabhängig vom Alter – ist durch entsprechende Leistungen zu gewährleisten. Die Beurteilung zur Leistungsgewährung ist Aufgabe der Begutachtung auf der Basis des umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dabei sind besondere Lebenslagen zu berücksichtigen wie beispielsweise Menschen mit einer psychischen oder Demenzerkrankung, die Situation von Kindern oder Betroffenen, die einer palliativen Betreuung und Pflege bedürfen.

Im Sinne einer kontinuierlichen Evaluation ist die Qualität auf allen drei Ebenen – Versorgung, Betreuung, Pflege - regelmäßig zu überprüfen und sind festgestellte Notwendigkeiten entsprechend zeitnah anzupassen. In diesem Zusammenhang erfordert die Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegequalität die Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität im Kontext von Planung und Zielerreichung. Die Strukturqualität kann die Grundlage der Versorgungsverträge zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern bilden.

## **Fazit**

Bei der geplanten Weiterentwicklung und Reform der Pflegeversicherung müssen Eingang finden:

- ein umfassender, an der Lebenssituation Betroffener orientierter Pflegebedürftigkeitsbegriff, der in alle relevanten (Sozial-) Gesetze Verbindlichkeit erlangt
- die Eigenständigkeit professioneller, fachkompetenter Pflege,
- eine umfassende, differenzierte und abgestufte Versorgung, Betreuung, Pflege und palliative Begleitung,
- ein transparentes Begutachtungssystem mit Instrumenten, die einer wissenschaftlichen Überprüfung standhalten,
- ein nach den neuesten (pflege-) wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickeltes, auf das Notwendigste beschränkte und trotzdem aussagekräftiges Dokumentationssystem,
- eine begleitende Evaluation und Anpassung von Veränderungsbedarfen und Bedürfnissen.

## **Unser Angebot**

Der Arbeitskreis Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. bietet seine Mitarbeit an diesen Prozessen an und stellt sein psychiatrisch-pflegerisches Fachwissen gerne zur Verfügung!

Köln, den 27.09.2007

gez. Hilde Schädle-Deininger  
Sprecherin des AK Pflege  
in der DGSP

gez. Günter Storck  
für den Vorstand  
der DGSP