

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
Förderkennzeichen:	01NVF18028
Akronym:	GBV
Projekttitle:	Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen
Autoren:	Nils Greve, Prof. Dr. Reinhold Kilian, PD Dr. Annabel Müller-Stierlin, Dr. Elke Prestin
Förderzeitraum:	1. Juli 2019 bis 30. Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis	4
II. Abbildungsverzeichnis	4
III. Tabellenverzeichnis	4
1. Zusammenfassung	5
1.1 Hintergrund.....	5
1.2 Methodik.....	5
1.3 Ergebnisse	5
1.4 Diskussion.....	5
2. Beteiligte Projektpartner	6
3. Projektziele.....	9
3.1 Ausgangslage.....	9
3.2 Ziele des Projekts.....	9
3.3 Zielgruppe.....	10
3.4 Konzept der Beziehungsgestaltung.....	10
3.5 Qualifizierung und Qualitätssicherung.....	10
4. Projektdurchführung	11
4.1 Rechtsgrundlage.....	11
4.2 Regionale Versorgungsstruktur.....	11
4.3 Zugangswege, Indikationsstellung und Randomisierung.....	11
4.4 Gesundheitliche Versorgungsleistung.....	12
4.5 Modifikationen.....	14
5. Methodik	15
5.1 Darstellung des Studiendesigns	15

5.2 Zielpopulation.....	15
5.3 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung	15
5.4 Stichprobengröße.....	15
5.5 Interventionen.....	16
5.6 Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte	16
5.7 Datenerhebung und –management.....	18
5.8 Auswertungsmethoden.....	18
5.9 Qualitätskontrolle.....	18
5.10 Weitere Analysen	19
5.10.1 Sekundärdatenanalyse der GKV.....	19
5.10.2 Auswertung von Projekterfahrungen der Mitarbeitenden der regionalen GBV-Teams	19
6. Projektergebnisse.....	20
6.1 Zusammenfassung der Umsetzungsergebnisse.....	20
6.1.1 Implementierung einer leitliniengerechten Versorgungsstruktur.....	20
6.1.2 Qualität der Leistungserbringung	21
6.1.3 Rückmeldungen der regionalen Teams.....	21
6.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der unabhängigen Evaluation.....	22
7. Diskussion der Projektergebnisse.....	25
7.1 Diskussion der Umsetzungsergebnisse.....	25
7.2 Diskussion der Ergebnisse der unabhängigen Evaluation	26
7.3 Stellungnahmen von Konsortialpartnern.....	27
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	27
8.1 Leitliniengerechte regionale Versorgung.....	27
8.2 Gesundheitsökonomische Aspekte	28
8.3 Fachliche Qualität der Arbeit	28
8.4 Umsetzungsaufwand.....	29
8.4.1 Zusätzliche Regelleistung	29
8.4.2 Umsetzung einzelner Bestandteile der GBV	30
8.4.2.1 SGB-übergreifende Vernetzung	30
8.4.2.2 Erreichbarkeit rund um die Uhr	30
8.4.2.3 Regionale Vernetzung, Gemeindepsychiatrischer Verbund	30
8.4.2.4 Recovery/Empowerment und Offener Dialog	31

Akronym: GBV

Förderkennzeichen: 01NVF18028

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	31
10. Literaturverzeichnis.....	32
11. Anhang.....	32
12. Anlagen	33

I. Abkürzungsverzeichnis

CAN-EU: Camberwell Assessment of Need

CMHT: Community Mental Health Team

CSSRI: Sociodemographic and Service Receipt Inventory

EPAS: Empowerment in the process of psychiatric treatment of patients with affective and schizophrenia disorders

EQ-5D-5L: European Quality of Life 5 Dimensions

FACT: Flexible Assertive Community Treatment

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

HoNOS: Health of the Nation Outcome Scale

ICD-10: Diagnoseverzeichnis der WHO

ICM: Intensive Case Management

IEQ-EU: deutsche Version des Involvement Evaluation Questionnaire

ITT: intention to treat

NWpG: Netzwerk psychische Gesundheit

SeGel: Seelische Gesundheit leben

SGB: Sozialgesetzbuch

SMI: severe mental illness

StäB: Stationsäquivalente Behandlung

TAU: Treatment as Usual (Kontrollgruppe)

VWL: volkswirtschaftliche Perspektive

WHO-QoL-BREF: Lebensqualitätsmessinstrumente der Weltgesundheitsorganisation

ZUF-8: Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungsregionen des GBV-Projekts ... Seite 8

Abbildung 2: Zugangswege zur GBV ... Seite 12

Abbildung 3: Schaubild der GBV-Leistungen ... Seite 13

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Konsortialpartner ... Seite 6

Tabelle 2: Kooperationspartner ... Seite 7

Tabelle 3: Erhebung der Primärdaten ... Seite 17

1. Zusammenfassung

1.1 Hintergrund

Für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen stehen in den meisten Regionen Deutschlands vielfältige Angebote der Behandlung und der rehabilitativen Unterstützung zur Verfügung. Sie sind allerdings unzureichend aufeinander abgestimmt, in Folge der Auftrennung in verschiedene Rechtskreise des Sozialgesetzbuchs sind Kostenträgerschaft, Versorgungsstruktur und Normierungen durch Gesetze und Richtlinien weitgehend getrennt voneinander verfasst. Die Betroffenen haben oft unzureichende Kenntnisse ihrer Möglichkeiten und sind psychisch nicht immer in der Lage, Angebote eigenständig auszusuchen und wahrzunehmen.

Vor diesem Hintergrund hat das GBV-Projekt den Versuch unternommen, eine leitliniengerechte regionale Struktur ambulanter multiprofessioneller Teams unter deutschen Verhältnissen zu implementieren und zu erproben. Sie standen den Betroffenen als kontinuierliche, jederzeit erreichbare Ankerstruktur im System zur Verfügung, erschlossen mit ihnen indizierte Hilfen und vernetzten diese mit ihnen und ihren Angehörigen.

Die Konzepte Recovery, Empowerment und Offener Dialog bildeten die konzeptuelle Grundlage der Arbeit der regionalen Teams.

1.2 Methodik

In einer multizentrischen randomisierten Kontrollstudie wurden Teilnehmende, die diese Leistungen zusätzlich zur Regelversorgung erhielten (GBV-Gruppe), mit einer Kontrollgruppe verglichen, die lediglich die Leistungen der Regelversorgung erhielten.

Die regionalen Teams wurden von dem Team der Konsortialführung intensiv mit Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung, der Supervision und des Controlling begleitet.

1.3 Ergebnisse

Bezüglich des definierten primären Kriteriums „Empowerment“ zeigen sich konsistente Vorteile der GBV- gegenüber der Kontrollgruppe. Signifikant stärkere Verbesserungen zeigen sich auch in mehreren sekundären Ergebnisparametern. Keine signifikante Wirkung der Intervention zeigt sich demgegenüber für die klinische und psychosoziale funktionale Beeinträchtigung der Untersuchungsteilnehmenden.

Insgesamt ergaben sich für den Zweijahreszeitraum der Untersuchung keine signifikanten Mehrkosten für die GBV-Leistungen. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse eine zunehmende Wirksamkeit der GBV-Leistungen. Damit besteht Anlass zu der Erwartung, dass sich das Kosten-Nutzenverhältnis der gemeindepsychiatrischen Basisversorgung mit zunehmender Dauer der Leistungserbringung verbessert.

1.4 Diskussion

Die Evaluatoren empfehlen die Übernahme der GBV-Leistung in die Regelversorgung, und zwar ohne Begrenzung der individuellen Dauer der Leistungsgewährung, da die Evaluation Anhaltspunkte dafür zeigt, dass sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis bei längerer Laufzeit noch verbessern werde.

Abschließend diskutiert dieser Bericht aber auch die Übernahme einzelner Komponenten der GBV-Leistungen, die mit relativ geringem Aufwand möglich wäre.

2. Beteiligte Projektpartner

Konsortialführung: Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., Projektteam: Nils Greve (Leitung), Julia Bröhling-Kusterer, Birgit Görres, Uta Majewsky, Daniel Meister, Dr.Elke Prestin, Jessica Reichstein

Tabelle 1: Konsortialpartner:

Name	Projektleitung	Aufgabe
Netzwerk Integrierte Gesundheitsversorgung Pinel gGmbH für ambulante Begleitung, Krisenversorgung und Gesundheitsmanagement, Berlin (1)	Anett Keidel	Region Berlin, Träger des regionalen Teams
Medizinisch-therapeutisches Versorgungszentrum gGmbH, Dresden	Kay Herklotz	Region Dresden, Träger des regionalen Teams
GpG NRW Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gGmbH, Solingen (2)	Alexandra Braasch	Management-Gesellschaft für Regionen NRW, siehe nächste Tabelle
IVITA Rheinland-Pfalz und Saarland gGmbH, Koblenz (3)	Julia Bröhling-Kusterer	Region Saarbrücken, Träger des regionalen Teams
INTEGRE Gesellschaft für Kooperation und Vernetzung im Sozial- und Gesundheitswesen mbH, Augsburg	Martin Zepf	Regionen Augsburg und Ulm/Neu-Ulm, Träger der regionalen Teams
Vincentro München gemeinnützige Gesellschaft für integrative Lösungen im Gesundheits- und Sozialwesen mbH, München	Tanja Tücking Cordula Enzler	Region München, Träger des regionalen Teams
Techniker Krankenkasse	Julia Englisch	
AOK Rheinland/Hamburg	Barbara Kranenburg	
AOK Bayern	Martina Pöppel	
GWQ ServicePlus AG (4)	Michael Radomsky	Management-Gesellschaft für BKK
Universität Ulm Sektion Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung	Prof. Dr. Reinhold Kilian Dr. Annabel Müller-Stierlin	Evaluation

Soweit bei Konsortialpartnern die Projektleitungen während der Laufzeit gewechselt haben, ist jeweils die letzte Projektleitung genannt.

(1) Die Netzwerk Integrierte Gesundheitsversorgung Pinel gGmbH für ambulante Begleitung, Krisenversorgung und Gesundheitsmanagement ist zum 01.01.2024 von ihrer Muttergesellschaft, der Pinel gGmbH, übernommen worden.

Akronym: GBV

Förderkennzeichen: 01NVF18028

(2) Die GpG NRW – Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gGmbH war als Managementgesellschaft Konsortialpartner für die NRW-Regionen. Die gesundheitlichen Versorgungsleistungen wurden von den regionalen Partnern erbracht, s. u.

(3) Der Konsortialpartner IVITA hat die gesundheitlichen Versorgungsleistungen mit Zustimmung des Förderers zum 31.12.2021 beendet.

(4) Die GWQ Service Plus AG war als Managementgesellschaft Konsortialpartner für folgende Betriebskrankenkassen: Audi BKK, BAHN-BKK, Betriebskrankenkasse firmus, BKK Deutsche Bank AG, BKK Diakonie, BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg, DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, Die Schwenninger Krankenkasse (jetzt vivida BKK), energie-BKK, Heimat Krankenkasse, Salus BKK, SECURVITA BKK, Südzucker BKK, BKK Mobil Oil (jetzt Mobil Krankenkasse), Continentale BKK. Diese Kassen sind in der folgenden Liste nicht eigens genannt, weil sie in allen Belangen von der GWQ vertreten wurden.

Tabelle 2: Kooperationspartner:

Name	Projektleitung	Aufgabe
Kaufmännische Krankenkasse – KKH	Frank Freudenstein	

sowie folgende regionale Leistungserbringer und Träger der regionalen Teams als Vertragspartner der GpG NRW:

Verein zur Rehabilitation psychisch Kranker e. V., Mönchengladbach	Anja Alaoui	Region Mönchengladbach
LVR-Klinik Mönchengladbach	Dr. Stephan Rinckens	Region Mönchengladbach
Psychosozialer Trägerverein Solingen e. V.	Dr. Thomas Hummelsheim	Region Solingen
VPD Verbund für psychosoziale Dienstleistungen gGmbH, Langenfeld	Anne Sprenger	Region Kreis Mettmann
LVR-Klinik Langenfeld	Ulrike Kehl-Pies, Theodoros Polychronidis	Regionen Kreis Mettmann und Solingen
contigo-ruhr gGmbH, Essen	Ulrike Geffert	Region Essen
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen gGmbH	Sandra Nicklaus	Region Kreis Viersen
Rheinische Gesellschaft für Diakonie – Sozialpsychiatrischer Verbund Haus an der Dorenburg, Viersen	Monika von Söhnen	Region Kreis Viersen
LVR-Klinik Viersen	Dr. Ursula Kranz-Steyl	Region Kreis Viersen
Sozialpsychiatrische Initiative Paderborn e. V.	Irmgard Alboth	Region Paderborn

Soweit bei Kooperationspartnern die Projektleitungen während der Laufzeit gewechselt haben, ist jeweils die letzte Projektleitung genannt.

Akronym: GBV

Förderkennzeichen: 01NVF18028



Abbildung 1: Versorgungsregionen des GBV-Projekts

3. Projektziele

3.1 Ausgangslage

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (engl. severe mental illness – SMI) stellen mit ihrem komplexen Versorgungsbedarf eine Kerngruppe der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung dar. Diese Patientengruppe ist aufgrund ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankungen durch deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen und komplexe Behandlungs- und Unterstützungsbedarfe gekennzeichnet. Die Betroffenen nehmen medizinische und psychosoziale Hilfen zwar intensiv, jedoch oftmals ungezielt, sporadisch und mit geringer Compliance in Anspruch.

Trotz kontinuierlicher Weiterentwicklung gemeindenaher Hilfen der Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vielfach nicht adäquat versorgt. Es fehlt an tragfähigen, rund um die Uhr verfügbaren ambulanten, bei Bedarf aufsuchenden Versorgungsstrukturen. Zudem gelingt es Betroffenen oft krankheitsbedingt nicht, einen Zugang zu den Angeboten zu finden. Diese Umstände führen zu einer Unter- bzw. Fehlversorgung, die sich besonders in akuten Krisensituationen zeigt.

Ein weiteres Problem ist die starke Fragmentierung des Versorgungssystems. Die Aufteilung der Behandlungs- und Betreuungsleistungen auf voneinander getrennte Sozialleistungsträger mit diversen, wiederum getrennten Vergütungsrichtlinien führt zu einer Vielzahl einzelner Leistungserbringer, die unverbunden nebeneinander her arbeiten, obwohl es um dieselben Betroffenen geht. Fallbezogene Kooperationen bleiben unverbindlich, weil sie nicht mit Vorschriften und Finanzierungen unterfüttert sind.

Infolgedessen erhalten die Betroffenen nicht, wie es erforderlich wäre, komplexe, vernetzte Leistungen „wie aus einer Hand“. Zudem entstehen Effizienzverluste für das gesamte Versorgungssystem, Versorgungspotenziale werden nicht ausgeschöpft.

Eine SGB-übergreifende Zusammenführung *aller* Hilfen durch ambulante, bei Bedarf aufsuchende, multiprofessionelle Teams mit Zuständigkeit für definierte Versorgungsregionen fehlt in Deutschland, trotz internationaler Vorbilder mit klarer Evidenz für ihre positiven Effekte (DGPPN 2018; Steinhart und Wienberg 2017; Greve 2021).

3.2 Ziele des Projekts

Mit dem Projekt GBV sollte modellhaft der Aufbau ambulant-aufsuchend arbeitender „gemeindepsychiatrischer Basisteam“ nach dem britischen Vorbild der Community Mental Health Teams (CMHT) erprobt werden. Elemente der Krisenintervention (Crisis Resolution Teams) und der aufsuchenden Versorgung besonders schwer Erkrankter (Assertive Outreach) sollten einbezogen werden. Auf das niederländische FACT-Modell (Veldhuijzen und Bähler 2013), das Funktionale Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung (Steinhart und Wienberg 2017; Wienberg und Steinhart 2020) sowie die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2018) wird Bezug genommen. Das skandinavische Konzept des Offenen Dialogs (Aderhold et al. 2003) mit seiner Verbindung einer ambulant-aufsuchenden Struktur mit gleichberechtigter Einbeziehung aller Beteiligten und Betroffenen in dialogische Netzwerkarbeit sowie das Recovery-Konzept (Abderhalden et al. 2010; Deegan 1993) waren die Grundlagen der Arbeit mit den teilnehmenden Patient:innen.

Alle genannten Vorbilder stellen ambulante multiprofessionell besetzte Teams in den Mittelpunkt der Versorgungssysteme, die für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine Anker- und Lotsenfunktion haben und die Gesamtheit der im Einzelfall gebotenen Hilfen mit

ihnen gemeinsam planen, vernetzen und steuern. Diese gemeindepsychiatrische Basisfunktion sollte im GBV-Projekt implementiert, erprobt und evaluiert werden.

Das Projekt sollte zeigen, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch GBV effektiver und effizienter versorgt werden können, wovon das gesamte Versorgungssystem profitieren würde. Für die Betroffenen sollte eine Verbesserung der Gesundheitsparameter und der Lebensqualität erreicht werden. Ihre Selbstbestimmung und eigenständige Lebensführung sollten gestärkt und dadurch Möglichkeiten der sozialen und beruflichen Teilhabe erweitert werden.

3.3 Zielgruppe

Die Leistungen der GBV standen volljährigen anspruchsberechtigten Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen mit Hauptwohnsitz in einer der beteiligten Regionen zur Verfügung (max. 1 Stunde Fahrzeit vom Sitz der Leistungserbringer), die an einer psychischen Erkrankung aus dem Bereich der Allgemeinen Psychiatrie (Diagnosen F2, F3, F4, F5, F6 gemäß ICD-10) litten und infolgedessen in ihrer psychosozialen Funktions- und Teilhabefähigkeit erheblich eingeschränkt waren.

Ausgeschlossen waren Personen mit einem der folgenden Merkmale: vorherrschende Symptomatik aus den Diagnosegruppen F0 (hirnorganische Störung), F1 (Sucht und Abhängigkeit), F7 (Intelligenzminderung), F8 oder F9 (Störungen des Kindes- und Jugendalters); Maßregelvollzug; erhebliche somatische Behandlungs- oder Pflegebedürftigkeit; bestehende Teilnahme an einem Selektivvertrag vom Typ NWpG bzw. SeGel; Ruhen des Leistungsanspruchs gemäß § 16 SGB V.

3.4 Konzept der Beziehungsgestaltung

Der Arbeit der Teams mit den teilnehmenden Patient:innen, ihren Angehörigen und den fallbezogen beteiligten Professionellen lagen eine Ausrichtung auf die Ziele der *Recovery* und des *Empowerment* sowie eine Kommunikation in *Offenen Dialogen* zugrunde. Entsprechende Qualitätsstandards (Anlage 1) wurden gemeinsam mit allen Teams erarbeitet und bildeten die verbindliche Grundlage für die Arbeit der Teams.

3.5 Qualifizierung und Qualitätssicherung

Die patientenbezogenen Leistungen waren mit einem umfassenden Begleitprogramm der *Qualifizierung und Qualitätssicherung* hinterlegt. Dieses Programm umfasste im Einzelnen folgende Elemente:

- Schulungen zur Durchführung der Erst-Assessments durch die Universität Ulm (Anlage 15)
- 16-tägige Weiterbildungen in dialogischer Netzwerkmoderation (Anlage 16)
- Ergänzende ein- oder zweitägige Seminare zu Suizidprävention, Psychopharmaka, motivierender Gesprächsführung, Deeskalation, Training emotionaler Kompetenzen, Traumafolgestörungen sowie zum Recovery-Konzept (Anlagen 18 bis 23)
- Ganztägige Supervisionen der Konsortialführung mit den regionalen Teams („Teamtage“, insgesamt 70 Veranstaltungen) nach systemisch-dialogischem Konzept mit Übungen zur Moderation von Netzwerkgesprächen sowie systemischen „Konsultationen“ und Rollenspielen zur Fallsuperversion
- Regelmäßige Besprechungen mit Teamleitungen, Evaluatoren und Konsortialführung

- Controlling der erbrachten Leistungen zur Einhaltung der Qualitätsstandards und in finanzieller Hinsicht.

4. Projektdurchführung

4.1 Rechtsgrundlage

Die Mitglieder des Konsortiums haben zu Beginn des Projekts einen Vertrag über ein Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V geschlossen, in dessen Rahmen die gesundheitlichen Versorgungsleistungen erbracht wurden.

Die regionalen Leistungserbringer in den Projektregionen Mönchengladbach, Kreis Viersen, Essen, Solingen, Kreis Mettmann und Paderborn schlossen außerdem Kooperationsverträge mit dem Konsortialpartner GpG NRW ab.

4.2 Regionale Versorgungsstruktur

In zwölf ausgewählten Regionen, in denen die Projektpartner als Leistungserbringer bereits über die geforderten strukturellen Voraussetzungen sowie über Erfahrungen mit aufsuchender multiprofessioneller Behandlung (Home Treatment) und außerstationärer Krisenintervention verfügten, sollte das Leistungsspektrum der Regelversorgung um ein Assessment zur Indikationsklärung und eine ärztliche Krisenbereitschaft ergänzt und vor allem um die Einbeziehung der regional verfügbaren Leistungen aller Sozialleistungsträger ausgeweitet werden. Zur Vergütung der Leistungen aus anderen Sozialleistungsbereichen vgl. Abschnitt 8.4.2.1.

4.3 Zugangswege, Indikationsstellung und Randomisierung

Durch Einbeziehung möglichst aller regional vorhandenen psychiatrischen und psychosozialen Leistungserbringer sollte der Zugang zur Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen möglichst weit und niedrigschwellig geöffnet werden. Daher waren verschiedene Zugangswege vorgesehen, neben einer Zusteuerung durch die teilnehmenden Krankenkassen beispielsweise über eine Klinikentlassung, ärztliche Überweisung oder auch Zuweisung von anderen Diensten wie etwa Beratungsstellen oder dem Sozialpsychiatrischem Dienst.

Tatsächlich erwies sich die *Zuweisung durch die beteiligten Krankenkassen* als der hauptsächliche Zugangsweg, wohl auch darum, weil deren Akquisewege (schriftliche und telefonische Ansprache) im Gegensatz zu den regionalen Möglichkeiten nicht durch die Corona-Pandemie beeinträchtigt waren.

In einem eigens entwickelten standardisierten *Erst-Assessment* (Anlage 2) wurde die Indikation für die neue Versorgungsform abgeklärt. Bei nicht vorliegender Indikation wurde der/die Betroffene an die Regelversorgung verwiesen.

Bei positiver Indikationsstellung erfolgte zunächst eine *randomisierte Zuweisung* zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe durch die Universität Ulm. Die Zuweisung zur Kontrollgruppe führte ebenfalls zu einer Zuweisung zur Regelversorgung, während die Mitglieder der Interventionsgruppe die nachfolgend beschriebenen GBV-Leistungen zusätzlich zur Regelversorgung erhielten. Die beschriebene Einsteuerung wird in der nachfolgenden Abbildung veranschaulicht:

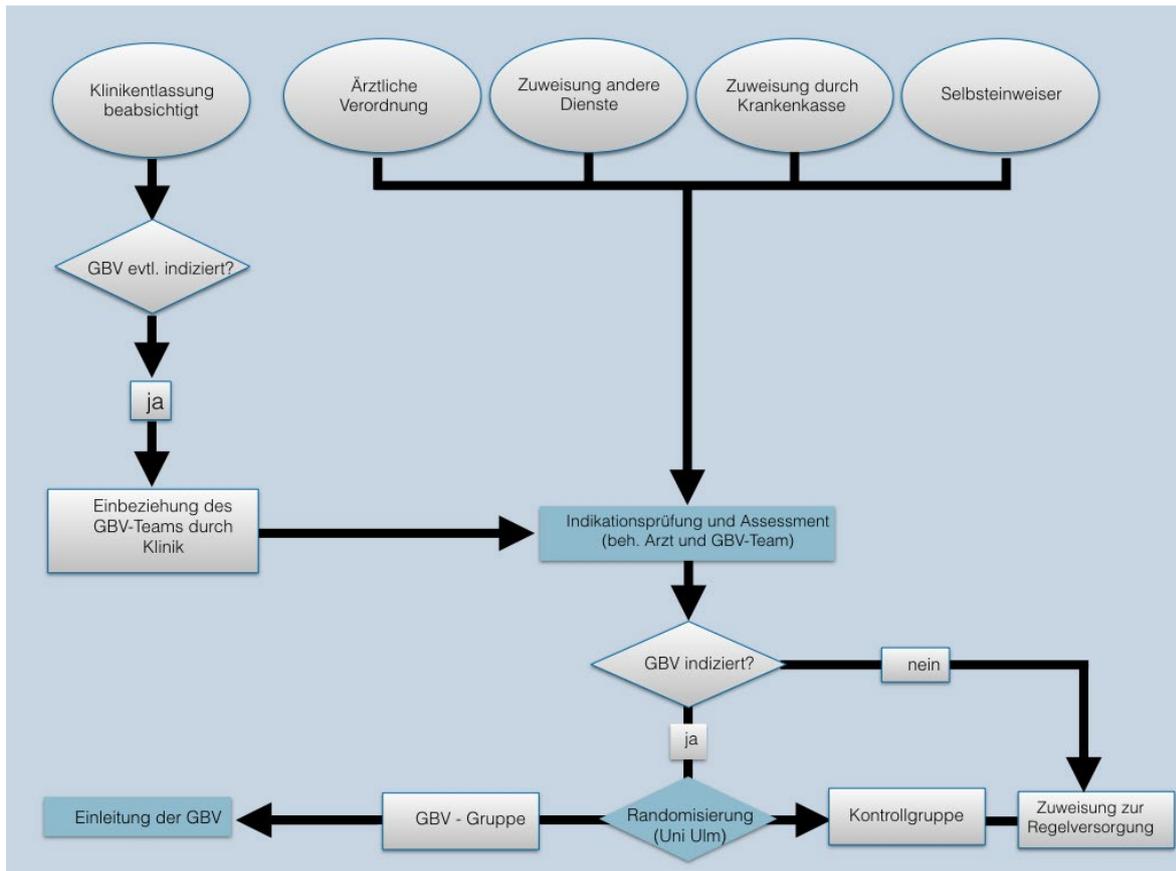


Abbildung 2: Zugangswege zur GBV

4.4 Gesundheitliche Versorgungsleistung

Die eigentlichen GBV-Leistungen wurden durch regionale multiprofessionelle Teams erbracht, die den Gesamtbedarf der Behandlung und Betreuung aus allen psychiatrischen und psychosozialen Leistungsbereichen klärten, die entsprechenden passgenauen Hilfen mit den benötigten Anbietern planten und fortlaufend vernetzten. Die Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe erhielten eine oder zwei (Tandemsystem) feste Bezugspersonen als Ankerpersonen, die neben der persönlichen Begleitung und Beratung soweit möglich für eine Zusammenführung aller beteiligten Hilfeeinrichtungen in Form von Netzwerk- oder zumindest Koordinationsgesprächen sorgten. Die Teilnehmenden selbst wurden obligat, ihre An- und Zugehörigen so weit wie möglich in alle Gespräche einbezogen.

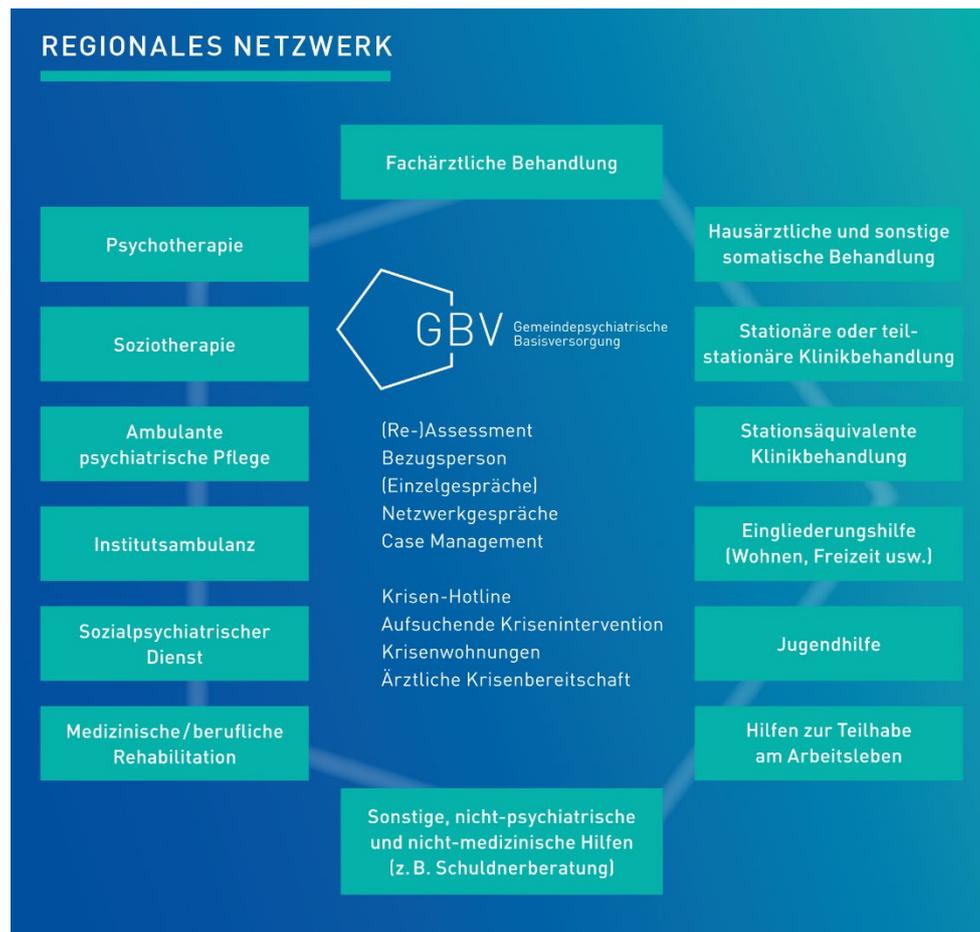


Abbildung 3: Schaubild der GBV-Leistungen

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe und ihre Bezugsbegleiter erarbeiteten in der ersten Phase der Leistungen eine umfassende individuelle Planung der gesamten Behandlung und Betreuung anhand eines eigens entwickelten „Ziel- und Aktivitätenplans“ (Anlage 3), ggf. unter Hinzuziehung bereits tätiger behandelnder Ärzte und Psychotherapeuten sowie weiterer Leistungserbringer, beispielsweise aus dem Bereich der Eingliederungshilfe. Die Hilfeplanung wurde bei Bedarf, mindestens jedoch in halbjährlichen Abständen überprüft und angepasst (Re-Assessments).

Teil der Hilfeplanung war ein ebenfalls für das Projekt entwickelter „Krisenplan“ (Anlage 4): Mit den Betroffenen und ihren Angehörigen wurde erarbeitet, wie Krisen vermieden werden können, welche Hilfen aus den verschiedenen Sozialleistungsbereichen im Krisenfall zur Verfügung stehen und wie Betroffene und Angehörige sie bestmöglich nutzen könnten. Beide genannten Pläne orientierten sich an Grundsätzen des „Triologs“, der partizipativen Entscheidungsfindung und dem Ziel einer erfolgreichen selbstbestimmten Lebensführung (Empowerment).

Das GBV-Team stand allen Beteiligten während des gesamten Leistungszeitraums von zwei Jahren kontinuierlich zur Verfügung. Zu Beginn und sodann im jeweils erforderlichen Ausmaß organisierte und moderierte es „Netzwerkgespräche“ unter Einbeziehung von Betroffenen, Angehörigen und Leistungserbringern. Diese Netzwerkgespräche bildeten das Herzstück der Kooperation aller Mitglieder des privaten und des professionellen sozialen Systems. Sie wurden eigens dokumentiert (Anlage 10), um zu einem späteren Zeitpunkt detailliert ausgewertet zu werden.

Zur Vorbereitung arbeiteten die Teams regelhaft mit der Sozialen Netzwerkkarte (Anlage 17), um möglichst alle Beteiligten zu erfassen und insbesondere das Einverständnis der Betroffenen zu gewinnen und sie zur Teilnahme zu motivieren.

Daneben fanden *Koordinationsbesprechungen* zwischen den beteiligten Leistungserbringern statt, ebenfalls unter obligater Beteiligung der Patient:innen, die der ergänzenden Koordination und Abstimmung aller beteiligten Dienste dienten. Sie wurden ebenfalls zusätzlich dokumentiert (Anlage 10).

Ein vierstufiger, regional organisierter *Krisendienst* stand rund um die Uhr zur Verfügung. Er umfasste eine mit psychosozialen Fachkräften besetzte telefonische Hotline, eine ebenso besetzte aufsuchende Krisenintervention, eine jederzeit belegbare und mit Mitarbeitern besetzte Krisenwohnung sowie eine ärztliche Bereitschaft, die rund um die Uhr telefonisch erreichbar war und im Bedarfsfall aufgesucht werden konnte.

Eine überschlägige Berechnung aus einer Zwischenauswertung ergab eine durchschnittliche GBV-Leistungsmenge von 2,9 Stunden pro Monat und Teilnehmer:in, wobei die strikt individuelle, bedarfs- und bedürfnisgerechte Leistungserbringung zu einer großen Streuung führte.

4.5 Modifikationen

Die Leistungserbringung begann im Juni 2020 und endete im Mai 2023. Da die Einsteuerungsdauer für ein Jahr veranschlagt war, ergab sich ein individueller Leistungszeitraum von zwei Jahren.

Ungefähr zeitgleich mit dem Leistungsbeginn kam es zu Einschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie. Direkte Face-to-face-Kommunikation wurde erheblich behindert, zum Teil unmöglich gemacht. Das Ausweichen auf digitale Kommunikationswege, insbesondere per Video, erwies sich nach Beurteilung der regionalen Teams zwar gegenüber Live-Gesprächen als unterlegen hinsichtlich der Beziehungsqualität, aber immerhin als tauglich zur weitgehenden Erbringung aller Leistungen. Rund ein Fünftel der Netzwerk- und Kooperationsgespräche wurden digital geführt. Als Vorteile erwiesen sich die Möglichkeit der Einbeziehung entfernt lebender An- und Zugehöriger und die verbesserte terminliche Flexibilität.

Allerdings zeigte sich, dass insbesondere niedergelassene Arzt- und Psychotherapiepraxen sich an „großen“ Netzwerkgesprächen von etwa neunzigminütiger Dauer nur ausnahmsweise beteiligen konnten, aber für viele Teilnehmende wesentliche Leistungserbringer waren. Darum wurden ab Januar 2021 auch Koordinationsgespräche der Teams mit ihnen als GBV-Leistungen erfasst, soweit die Patient:innen einbezogen waren.

Insbesondere die Einbeziehung von Genesungsbegleiter:innen durch zunächst nur wenige, dann die meisten regionalen Teams erwies sich als Bereicherung. Auf Initiative eines Arbeitskreises der Genesungsbegleiter:innen wurden „Recovery-Gruppen“ ab Juni 2021 zusätzlich in den Leistungskatalog aufgenommen. In sieben der zwölf teilnehmenden Regionen wurden solche Gruppen durchgeführt. Aus mehr als der Hälfte dieser Gruppen gingen anschließend Selbsthilfe-Initiativen mit einer eigenständigen Fortsetzung der Gruppensitzungen hervor.

5. Methodik

Die Studie ist im Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS) registriert (<https://drks.de/search/de/trial/DRKS00019086>, Registrierungsdatum: 03. Januar 2020). Das Ethikvotum wurde vor Beginn der Studie bei den Ethikkommissionen der Universität Ulm und der zuständigen Landesärztekammern eingeholt (Universität Ulm, Nr. 259/19; Genehmigungsdatum: 28.08.2019). Es bestanden keine ethischen Einwände gegen die Durchführung der Studie. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt.

5.1 Darstellung des Studiendesigns

Bei der Studie handelte es sich um eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte, nicht verblindete Interventionsstudie mit zwei Parallelgruppen. Es wurde erwartet, dass sich die Wirkung des GBV-Programms auf die primären und sekundären Zielparameter über einen Zeitraum von 24 Monaten zeigt. Um diesen Prozess erfassen und im Rahmen der Datenanalyse adäquat berücksichtigen zu können, wurde ein Messwiederholungsdesign (Paneldesign) mit fünf Messzeitpunkten im Abstand von sechs Monaten über einen Zeitraum von 24 Monaten gewählt.

5.2 Zielpopulation

Die Studie fand in fünf Bundesländern Deutschlands in Zusammenarbeit mit zwölf lokalen Leistungserbringern statt. Zu den Ein- und Ausschlusskriterien siehe oben 3.3.

5.3 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden erfolgte durch die Leistungserbringer der GBV und (überwiegend) die Krankenkassen. Ihnen wurde entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt (Beispiel in Anlage 5). Interessent:innen erhielten eine Informationsbroschüre mit allen wesentlichen Informationen und Formularen für Einverständniserklärungen (Anlage 6). Die Einwilligungen zur Studienteilnahme wurden von den lokalen Leistungserbringern eingeholt, und diese prüften auch die Eignung der Interessentinnen und Interessenten im Rahmen des Erst-Assessments.

Im Anschluss an die Erstbefragung (t₀) wurde jede:r Teilnehmende außerdem um die Benennung eines/einer Angehörigen bzw. einer engen Bezugsperson gebeten, welche eingeladen wurde, an der Angehörigenbefragung über 24 Monate (ebenso t₀ bis t₄) teilzunehmen.

Die Randomisierung erfolgte zentral durch das Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie der Universität Ulm als Blockrandomisierung mit variabler Blocklänge stratifiziert nach Untersuchungszentren.

Auf eine Verblindung der Studienmitarbeiterinnen und -mitarbeiter und der Studienteilnehmenden wurde verzichtet, da die Zugehörigkeit zur jeweiligen Untersuchungsgruppe im Rahmen der Erfassung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ersichtlich war.

5.4 Stichprobengröße

Die Fallzahlkalkulation erfolgte auf der Grundlage der Ergebnisse der IV-Power Studie. Zur Entdeckung der geringen Effektstärke von $d = 0.2$ wurde die Teststärke (power) auf 0,90 bei einem Alphafehler von 0,05 festgelegt. Auf der Grundlage der Erfahrungen mit der Vorgängerstudie wurden die folgenden Ausfallraten zugrunde gelegt: 20% zwischen den

Zeitpunkten t0-t1, 20% zwischen t1-t2, 15 % zwischen t2-t3 und 10% zwischen t3 und t4, der erwartete Stichprobenumfang zu t4 wurde mit 49 % der Ausgangsstichprobe angenommen. Auf Grundlage dieser Annahmen und unter Berücksichtigung der Zahl der Studienstandorte (n = 12) wurde mit dem online-Stichprobenkalkulator RMASS¹³⁻¹⁵ eine notwendige Gesamtfallzahl für die Basiserhebung von n = 924 berechnet.

5.5 Interventionen

Die Teilnehmer:innen, die in die Interventionsgruppe randomisiert wurden, erhielten die unter Punkt 4.4 und 4.5 beschriebenen Leistungen der GBV zusätzlich zur psychiatrischen Regelversorgung. Teilnehmer:innen, die in die Kontrollgruppe randomisiert wurden, hatten lediglich Zugang zu Leistungen der psychiatrischen Regelversorgung.

5.6 Darstellung und Operationalisierung der Endpunkte

Primärer Endpunkt:

Der primäre Endpunkt war die *Verbesserung des Empowerments* über 24 Monate, die als Veränderung auf der Skala „Empowerment in the process of psychiatric treatment of patients with affective and schizophrenia disorders“ (EPAS) gemessen wurde (Kilian et al., 2012). Die Skala umfasst ein Basismodul mit 33 Items, das die fünf Dimensionen „Alltagsbewältigung“, „soziale Beziehungen“, „Behandlungsbeteiligung“, „Hoffnung“ und „Selbstwirksamkeit“ beinhaltet. Zwei Zusatzmodule erfassen darüber hinaus das Empowerment in der Betreuung von minderjährigen Kindern und am Arbeitsplatz. Der Fragebogen zeigt gute psychometrische Eigenschaften. Die Beurteilung bezieht sich auf den aktuellen Zeitpunkt.

Sekundäre Outcomes:

Alle Outcomes wurden anhand standardisierter, validierter Skalen mit bewährten psychometrischen Eigenschaften bewertet, um die Veränderung des jeweiligen Zielkriteriums über 24 Monate (von t0 bis t4) zu erfassen. Zu den detaillierten Beschreibungen dieser Skalen und den Literaturhinweisen verweisen wir auf den Evaluationsbericht.

- *Veränderung der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung*, gemessen mit der deutschen Version des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8):
- *Veränderung der subjektiven Lebensqualität*, gemessen mit der deutschen Version des Lebensqualitätsmessinstruments der Weltgesundheitsorganisation (WHO-QoL-BREF)
- *Veränderungen des Behandlungsbedarfs und der Bedarfsdeckung* der Teilnehmenden, gemessen mit der deutschen Version des „Camberwell Assessment of Need“ (CAN-EU)
- *Veränderung des sozialen Funktionsniveaus* der Teilnehmenden, gemessen mit dem HoNOS-Fragebogen (Health of the Nation Outcome Scale)
- Die *Berechnung der qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALYs)* basiert auf der deutschen Version des Instruments zur präferenzbasierten Lebensqualitätsmessung „EQ-5D-5L“
- Die *Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und psychosozialen Unterstützungsangeboten* wurde anhand des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI) erfasst.

5.7 Datenerhebung und –management

Patientinnen, Patienten und Angehörige wurden über 24 Monate in Abständen von 6 Monaten von den Studienmitarbeiterinnen befragt (Tabelle 1): Baseline (t0), t0 + 6 Monate (t1), t0 + 12 Monate (t2), t0 + 18 Monate (t3), t0 + 24 Monate (t4).

Die Daten des Erst-Assessments wurden in papierbasierter Form von den Mitarbeitenden der GBV-Teams in deren Einrichtung erhoben (Anlagen 12 und 13). Die Datenerhebung von t0 bis t4 erfolgte durch die regionalen Evaluationsmitarbeitenden in den Räumlichkeiten der GBV-Teams oder an einem Ort der Wahl der jeweiligen Studienteilnehmer, primär in elektronischer Form. War die elektronische Datenerhebung nicht möglich, so wurden die Daten papierbasiert erfasst und zu einem späteren Zeitpunkt elektronisch übertragen.

Die Fragebogenerhebung mit Patientinnen und Patienten erfolgte im persönlichen Gespräch oder im Rahmen von Videokonferenzen, abhängig von den aktuellen Kontaktbeschränkungen aufgrund der Covid19-Pandemie und den Präferenzen der Teilnehmenden. Die Baseline-Erhebung t₀ erfolgte nur in 45,3 % der Interviews online. Der Anteil an Online-Befragungen stieg bis zur letzten Folgerhebung t₄ auf 86,6 % der Interviews an (t₁: 69,4 % online, t₂: 78,2 % online, t₃: 85,6 % online).

Auf eine Verblindung der datenerhebenden Studienmitarbeiterinnen und -mitarbeiter und der Studienteilnehmenden wurde verzichtet, da die Zugehörigkeit zur jeweiligen Untersuchungsgruppe im Rahmen der Erfassung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ersichtlich war. Die Auswertenden waren dagegen bis zum Ende der Hauptanalyse verblindet bzgl. der Gruppenzugehörigkeit.

5.8 Auswertungsmethoden

Zur Beschreibung des Rekrutierungsprozesses und der Studienpopulation erfolgte eine deskriptive Auswertung der Daten des Erst-Assessments und der Daten der Baseline-Erhebung.

Die Auswertung des primären und der sekundären Zielparameter der GBV-Ergebnisevaluation erfolgte nach dem intention-to-treat- (ITT) Prinzip mittels mixed-effects Modellen mit variablen Zeiteffekten und fixen Zeit*Treatment-Interaktionseffekten (Galway, 2006).

Die Bestimmung der Kosten-Effektivitäts-Relationen aus der volkswirtschaftlichen Perspektive erfolgte nach der Nettonutzenmethode (Salize & Kilian, 2010).

Die Auswertung der Implementierung der GBV an den Studienzentren erfolgte überwiegend mit deskriptiven Methoden.

5.9 Qualitätskontrolle

Vor Studienbeginn erhielt das Studienpersonal eine umfassende Schulung zur Datenerhebung. Durch diese umfangreiche Schulung und regelmäßige Besprechungen während der Rekrutierungsphase wurde die Einhaltung des Protokolls durch alle an der Studie beteiligten Mitarbeitenden sichergestellt. Im Projektverlauf fanden quartalsmäßig Treffen des Evaluationsteams statt, in welchen die Datenerhebung zwischen den verschiedenen Standorten abgestimmt wurde und die protokollkonforme Studiendurchführung geprüft wurde. Außerdem erfolgte an jedem Studienzentrum am Ende der Rekrutierungsphase eine Monitoring-Visite, in welcher die protokollkonforme Datenerhebung und -speicherung vor Ort geprüft wurde (Anlage 8).

5.10 Weitere Analysen

5.10.1 Sekundärdatenanalyse der GKV

Ergänzend zur Analyse von Primärdaten hinsichtlich der Wirksamkeit und der Kostenwirksamkeit der GBV gegenüber der alleinigen Regelversorgung, wurden Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung für den Zeitraum der Studienteilnahme (t0 bis t4, längstens bis zum 30.09.2022) abgerufen.

Als Grundlage der Datenauswertung wurden die GKV-Leistungsbereiche der stationären und der ambulanten Krankenhausbehandlung, der über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Leistungen ambulanter ärztlicher, psychotherapeutischer und sonstiger abrechnungsberechtigter Leistungserbringer sowie die Kosten für ambulant verordnete Apothekenleistungen differenziert. Wegen der unterschiedlichen Verfügbarkeitszeiträume der Abrechnungsdaten wurden alle im folgenden dargestellten Analysen auf der Grundlage von 12-Monats-Daten durchgeführt.

- Berechnung der Differenzen der Häufigkeiten, Dauer und der Kosten stationärer psychiatrischer und somatischer Behandlungen zwischen den Untersuchungsgruppen für einen Zeitraum von 12 Monaten
- Berechnung der Differenzen der Kosten ambulanter psychiatrischer und somatischer Krankenhausbehandlungen zwischen den Untersuchungsgruppen für einen Zeitraum von 12 Monaten
- Berechnung der Differenzen der Kosten ambulanter psychiatrischer und somatischer Behandlungen in privaten Praxen zwischen den Untersuchungsgruppen für einen Zeitraum von 12 Monaten
- Berechnung der Differenzen der Kosten ambulant verordneter Medikamente für psychiatrische und somatische Indikationen zwischen den Untersuchungsgruppen für einen Zeitraum von 12 Monaten
- Berechnung der Differenzen der Gesamtkosten für GKV-Leistungen zwischen den Untersuchungsgruppen für einen Zeitraum von 12 Monaten

Zur inferenzstatistischen Prüfung der Kostendifferenzen wurden lineare Regressionsmodelle berechnet. Der Abweichung der Kostenverteilung von der Normalverteilung wurde durch die Schätzung robuster Standardfehler mittels nicht-parametrischen Bootstrappings mit 5000 Replikationen sowie mittels verallgemeinerter linearer Regressionsmodelle mit logistischer Linkfunktion und Gammaverteilung der Fehlerterme Rechnung getragen.

5.10.2 Auswertung von Projekterfahrungen der Mitarbeitenden der regionalen GBV-Teams

Im Rahmen der Abschlussveranstaltung im Juni 2023 wurden die Projekterfahrungen der Mitarbeitenden der regionalen GBV-Teams anhand der Open-Space-Methodik erhoben. Zur Abschlussveranstaltung waren alle Mitglieder des Konsortiums (einschließlich Einrichtungsleiterinnen und Einrichtungsleitern, Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen) sowie die ehemaligen Mitarbeitenden der regionalen GBV-Teams und des Evaluationsteams eingeladen.

Die Open-Space-Methodik ist ein partizipatives und flexibles Format, das den freien, selbstorganisierten und eigenverantwortlichen Austausch von Ideen und die Zusammenarbeit in Gruppen fördert. Zu Beginn der Veranstaltung wurden die Teilnehmenden in die Methodik und die Grundprinzipien (wie das "Gesetz der zwei Füße") eingeführt. In vorhergehenden Plenums- und Teamleiterveranstaltungen waren bereits Themenvorschläge eingeholt worden. Angesichts der eingeschränkten zeitlichen Ressourcen bei der

Abschlussveranstaltung hatte das Organisationsteam aus diesen Themenvorschlägen sechs Hauptthemenfelder ausgewählt:

1. Erfahrungen mit Vernetzungs- und Koordinationsleistungen
2. Arbeitszufriedenheit in der GBV
3. Umgang mit Krisen
4. Erfahrungen mit Anliegen und Bedürfnissen der Patienten
5. Erfahrungen mit den Instrumenten der GBV-Qualitätssicherung
6. Erfahrungen mit der Umsetzung der GBV im Hilfesystem – speziell für Einrichtungsleiter:innen, Geschäftsführer:innen, Kassen, Personen ohne direkte GBV Erfahrung

Die Teilnehmenden der Abschlussveranstaltung konnten sich an den sechs Thementischen beliebig und nach eigenem Interesse verteilen. Sie konnten jederzeit zwischen den Thementischen wechseln. Die Themen wurden an den Tischen frei diskutiert. Je zwei Moderatorinnen und Moderatoren pro Tisch achteten auf die Einhaltung von Kommunikationsregeln sowie den Themenbezug, kümmerten sich um die Ergebnissicherung auf Moderationskärtchen, welche an Dokumentationswänden gut sichtbar platziert wurden, und erstellten anschließend ein Gedächtnisprotokoll. Die Dokumentationen enthielten Kernaussagen, Handlungsempfehlungen und offene Fragen, die weiterverfolgt werden sollen. Am Ende des Arbeitsprozesses präsentierten die Gruppen ihre Ergebnisse im Plenum. Außerdem wurde Raum für Fragen, Feedback und Diskussion gegeben, sodass ein themenfeldübergreifender Austausch entstand. Basierend auf der Workshopdokumentation wurde anschließend ein umfassendes Protokoll erstellt und eine Kurzzusammenfassung mit den zentralen Ergebnissen für jedes Themenfeld wurde in einem konsensuellen Verfahren verfasst.

6. Projektergebnisse

6.1 Zusammenfassung der Umsetzungsergebnisse

6.1.1 Implementierung einer leitliniengerechten Versorgungsstruktur

Die Etablierung einer regionalen GBV-Versorgung durch multiprofessionelle ambulante Teams ist in allen zwölf Regionen erfolgreich verlaufen: Die kooperierenden Leistungserbringer implementierten kleine bis mittelgroße Teams (zwischen drei und 18 Teammitgliedern), je nach regionalen Erfordernissen und nach Zahl der teilnehmenden Patient:innen.

Die Teammitglieder kamen vor allem aus den beruflichen Bereichen der Sozialen Arbeit und der Pflege. Hinzu kamen in den meisten Teams Genesungsbegleiter:innen, daneben noch Psychologinnen, Psychotherapeut:innen in Ausbildung und vereinzelt weitere Professionen.

In wenigen Regionen (Solingen, Mönchengladbach, Viersen) waren ärztliche Mitarbeitende fest ins Team integriert oder regelmäßig einbezogen. Die übrigen Teams arbeiteten jeweils mit Fachärzt:innen ihrer Region fallbezogen zusammen. Approbierte Psychotherapeut:innen wurden ebenfalls in Einzelfällen in Netzwerk- oder Abstimmungsgespräche einbezogen. Diese im internationalen Vergleich eher geringe Integration ärztlicher und psychotherapeutischer Kompetenzen in die multiprofessionellen Teams, die den rechtlichen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens geschuldet war, schränkte die Leitlinientreue des Projekts allerdings ein.

6.1.2 Qualität der Leistungserbringung

Die Teams erbrachten für alle teilnehmenden Patient:innen die GBV-Kernleistungen der personell kontinuierlichen Bezugsbetreuung und (soweit indiziert und einvernehmlich) der Vernetzung individuell bestehender Hilfen. Sie dienten den Teilnehmenden als jederzeit erreichbare Ankerpersonen im System und als Lotsen bei der Findung und Anbahnung indizierter, aber noch nicht bestehender weiterer Behandlungs- und Unterstützungsleistungen.

Das Vorhalten einer Erreichbarkeit rund um die Uhr auf Fachkraftniveau wurde von Teilnehmenden wie Mitarbeitenden sehr geschätzt. Beide Seiten bestätigten die Praxiserfahrung, dass schon das Vorhandensein solcher 24/7-Erreichbarkeit eine krisenpräventive Wirkung hat. Demgegenüber war die tatsächliche Inanspruchnahme der Hotlines, der aufsuchenden Krisendienste geringer als erwartet. Insbesondere die Krisenwohnungen wurden kaum genutzt, unter anderem wohl wegen der Corona-Restriktionen.

Die Konzipierung der Versorgungsleistungen als lernendes System mit mehreren Rückkopplungsschleifen erleichterte die Anpassung an unerwartete äußere Faktoren (Corona-Pandemie) und praktische Erfahrungen (Hinzunahme von „kleinen“ Kooperationen und von Gruppen, Einbeziehung von Genesungsbegleitung).

Die Teams arbeiteten durchweg auf der Grundlage der Konzepte Recovery/Empowerment und des Offenen Dialogs. Um diese Konzepttreue zumindest annähernd zu erreichen und während der gesamten Projektdauer aufrechtzuerhalten, wurde ein aufwändiges Qualitätsmanagement vereinbart und durchgeführt (siehe oben unter 3.4). Die Berichte der regionalen Teams in den diversen Besprechungen, besonders den Teamtagen und der Abschlussveranstaltung (siehe unten 6.1.3) bestätigten den Eindruck, dass sich dieses Qualitätsmanagement bewährt und erheblich zum positiven Endergebnis beigetragen hat.

Wegen der gesetzlich festgelegten Höchst-Förderungsdauer von vier Jahren konnten die GBV-Leistungen für die einzelnen Teilnehmenden nur für maximal zwei Jahre erbracht werden.

Einerseits erwiesen sich die zwei Jahre vielfach insofern als nicht ausreichend, als der Bedarf und das Bedürfnis nach der oben genannten Anker- und Lotsenfunktion noch weiterhin gegeben war. Die Teams unternahmen erhebliche Anstrengungen, um diesen Teilnehmenden zum Ende der GBV-Leistungen den Umstieg in Regelleistungen – zum Beispiel der ambulanten Eingliederungshilfe oder der Psychotherapie – zu ermöglichen. Das gelang in den meisten Fällen, auch wenn die genannten Leistungen in den meisten Regionen nicht durch eine 24/7-Erreichbarkeit ergänzt werden. Ob solche aus fachlicher Sicht verfrühten Beendigungen der GBV-Leistungen sich danach als ausreichend herausstellten, ist im Rahmen des Projekts naturgemäß nicht bekannt.

Aus der Sicht etlicher Patient:innen und der Teams war dieser Zeitraum andererseits nicht in allen Fällen zwingend erforderlich, weil schon vor Ablauf der Frist eine gute psychische und soziale Stabilität erreicht werden konnte. In aller Regel bestand trotzdem der Wunsch, die Möglichkeit einer Inanspruchnahme der Leistungen weiterhin aufrechtzuerhalten; insbesondere für den Fall erneuter Krisen, zu denen es tatsächlich auch in einigen Fällen kam.

6.1.3 Rückmeldungen der regionalen Teams

Ergänzend sollen im Folgenden die Kernaussagen des Erfahrungsaustausches der Mitarbeitenden aus den zwölf Regionen im Rahmen der Abschlussveranstaltung (5.10.2) zu den sechs vorgegebenen Themenblöcken dargestellt werden.

1. Erfahrungen mit Vernetzungs- und Koordinationsleistungen

Die Mitarbeitenden berichteten von großen Erfolgen nach Durchführung von Netzwerkgesprächen. Die Umsetzung sei aufgrund der Skepsis von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen teils aber sehr herausfordernd. Außerdem sei die Terminierung von Netzwerkgesprächen häufig sehr zeitaufwendig und eine angemessene Finanzierung (für professionelle Mitarbeitende anderer Dienste) häufig nicht gegeben.

2. Arbeitszufriedenheit in der GBV

Die Teamarbeit in GBV habe dank flacher Hierarchien, Transparenz und offenem Dialog sehr gut geklappt. Auch die Peer-Arbeit wurde als wertvolle Komponente betrachtet. Die Flexibilität und Verbindlichkeit im Umgang mit den Klientinnen und Klienten sei besonders lobenswert, und die Teams konnten von Erfolgsgeschichten im Umgang mit einigen Klientinnen und Klienten berichten.

3. Umgang mit Krisen

Auch bei psychischen Krisen sei es von Vorteil, dass in der GBV im Team bzw. im Tandem gearbeitet wurde, da man sich somit bei der Krisenbegleitung kurzfristig vertreten konnte. Die Vielfalt verschiedener Optionen der Krisenbegleitung hätten Sicherheit und Stabilität geschaffen. Die reine Verfügbarkeit von Diensten sei von Patient:innen bereits als hilfreich beschrieben worden. Auch der Einbezug von Peer-Begleitern und das Angebot der Recovery-Gruppen habe zur Krisenbewältigung bei Klientinnen und Klienten beigetragen.

4. Erfahrungen mit Anliegen und Bedürfnissen der Patienten

Die Regelversorgung wurde als standardisiert und somit weder zwanglos noch auf Selbstbestimmung ausgerichtet erlebt. Die personalisierte Versorgung im Rahmen der GBV wurde dagegen aufgrund der flexiblen Kontaktgestaltung als wertvoll angesehen. Die Hauptbedürfnisse der Betroffenen seien Zugewandtheit und menschliche Nähe.

5. Erfahrungen mit den Instrumenten der GBV-Qualitätssicherung

Wichtig sei es, zu Beginn der Versorgung die Ziele der Unterstützung festzulegen. Die Instrumente, welche für die GBV entwickelt wurden (Qualitätsstandards, Krisenpläne, Ziel- und Aktivitäten-Pläne, Netzwerkkarte) seien sehr hilfreiche „Anker“, wenn sie auch teils sehr umfassend waren. Die Instrumente wurden flexibel nach Bedarf und insbesondere bei der Einarbeitung neuer Mitarbeitender eingesetzt und werden teils nun auch in der Regelversorgung noch eingesetzt. Den größten Beitrag zur Qualitätssicherung hatte vermutlich der enge Austausch zwischen allen Projektbeteiligten. Der Dokumentationsaufwand im Rahmen des Projektes war akzeptabel, wobei die Dokumentationswege jedoch vereinfacht werden sollten.

6. Erfahrungen mit der Umsetzung der GBV im Hilfesystem

Das gemeinsame Ziel aller Anwesenden war es, die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auszubauen und zu stärken. Einigkeit bestand darin, dass die leistungsbezogene Abrechnung in der GBV gegenüber den Pauschalbeträgen ein zielgerichteteres und flexibleres Arbeiten ermöglichte, auch wenn die Abrechnung dadurch etwas aufwendiger wurde. Auch solle die interprofessionelle Zusammenarbeit weiter ausgebaut werden, da man in der GBV erlebte, dass dadurch die verschiedenen Mitarbeitenden sich bezüglich ihres fachlichen Wissens ergänzen konnten und außerdem Mitarbeitende flexibler eingesetzt werden konnten.

6.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der unabhängigen Evaluation

Die unabhängige wissenschaftliche Evaluationsstudie zur Analyse der Wirksamkeit und der Kostenwirksamkeit des Angebotes einer gemeindepsychiatrischen Basisversorgung zusätzlich zur psychiatrischen Standardversorgung im Vergleich zur ausschließlichen

Standardversorgung konnte, mit Ausnahme einer zeitlichen Verzögerung von 5 Monaten, wie geplant durchgeführt werden.

Die auf der Grundlage eines Messwiederholungsdesigns mit 5 Messzeitpunkten in 12 Regionen kalkulierte Fallzahl zur Baselinebefragung wurde erreicht. Die Ausfallrate über alle Messzeitpunkte entsprach mit 28% der Rate, welche bei der initialen Fallzahlkalkulation angenommen wurde.

Die Ergebnisse der Wirksamkeitsanalyse zeigen, dass sich der primäre Ergebnisparameter – der Gesamtwert der Empowermentskala (EPAS Gesamtwert) – während des Untersuchungszeitraumes von 24 Monaten in der Interventionsgruppe (GBV) signifikant stärker verbesserte als in der Kontrollgruppe (TAU). Signifikant stärkere Verbesserungen zeigen sich auch für die sekundären Ergebnisparameter der subjektiven Lebensqualität (WHOQOL-Bref Globalwert), der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung (ZUF-8) sowie der Bedarfsorientierung des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebotes. Keine signifikante Wirkung der Intervention zeigt sich demgegenüber für die klinische und psychosoziale funktionale Beeinträchtigung (HoNOS Gesamtwert) der Untersuchungsteilnehmenden.

Die Ergebnisse erlauben die Schlussfolgerung, dass durch die Implementation eines Angebotes zur gemeindepsychiatrischen Basisversorgung zusätzlich zum bestehenden psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebot eine Verbesserung von Empowerment, im Sinne einer Erweiterung der Möglichkeiten zu einer selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, erreicht werden kann. Die Effektstärke der Verbesserung von Empowerment ist mit $d = 0,27$ Standardabweichungen zwar gering, der kontinuierliche Anstieg der Effektstärke während des Untersuchungszeitraumes deutet jedoch darauf hin, dass es sich bei der Verbesserung von Empowerment um einen eher mittel- bis langfristigen Effekt handelt, der bei einer längeren Interventionsdauer deutlich verstärkt werden könnte.

Ähnliches gilt für die sekundären Ergebnisparameter der subjektiven Lebensqualität ($d = 0,22$) und der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Versorgung ($d = 0,46$). Beide Parameter erlauben die Schlussfolgerung, dass das Zusatzangebot einer gemeindepsychiatrischen Basisversorgung gegenüber der Standardversorgung zu einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität und der Versorgungszufriedenheit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen führt. Im Unterschied zu den Ergebnisparametern Empowerment und Lebensqualität zeigen die Effektstärken für die Versorgungszufriedenheit eher einen gleichbleibenden Verlauf über die Zeit.

Im Hinblick auf die Bedarfsorientierung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung erlauben die Untersuchungsergebnisse die Schlussfolgerung, dass sich bei einem unveränderten Gesamtversorgungsbedarf das Verhältnis von Bedarfsdeckung zu Gesamtbedarf durch das Zusatzangebot einer gemeindepsychiatrischen Basisversorgung im Vergleich zur Standardversorgung stärker verbessert. Auch hier erweisen sich die Effektstärken mit $d = 0,26$ als gering. Ähnlich wie bei der Versorgungszufriedenheit zeigt sich der Verlauf der Effektstärken für die Bedarfsdeckung als eher gleichbleibend über den gesamten Untersuchungszeitraum.

Da für den HoNOS Gesamtwert zwar eine Verbesserung in beiden Untersuchungsgruppen, jedoch kein Interventionseffekt erkennbar ist, konnte im Rahmen der Studie nicht gezeigt werden, dass das Angebot einer gemeindepsychiatrischen Basisversorgung im Vergleich zur psychiatrischen Standardversorgung zu einer stärkeren Reduzierung der Erkrankungsschwere beiträgt.

Das Angebot einer gemeindepsychiatrischen Basisversorgung zusätzlich zur psychiatrischen Routineversorgung war im Vergleich zur alleinigen Routineversorgung nicht mit einer signifikanten Veränderung der Kosten für gesundheitsbezogene Versorgungsleistungen verbunden. Erst bei einer maximalen Zahlungsbereitschaft von mehr als 130.000 € war das

Angebot einer gemeindepsychiatrischen Basisversorgung zusätzlich zur psychiatrischen Routineversorgung mit einer Verbesserung des Kosten-Nutzwertverhältnisses verbunden. Betrachtet man die Kostendaten für beide Studienjahre getrennt, so zeigt sich im zweiten Studienjahr eine Verbesserung des Kosten-Nutzwertverhältnisses durch die Einführung der gemeindepsychiatrischen Basisversorgung bereits ab einer maximalen Zahlungsbereitschaft von mehr als 65.000 €.

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation zeigen, dass das Angebot einer gemeindepsychiatrischen Basisversorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zusätzlich zur Regelversorgung mit höheren Ausgaben im Bereich der ambulanten Versorgung für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden ist. Unsere Analysen liefern keine Hinweise darauf, dass diese Mehrkosten kurz- oder mittelfristig durch Einsparungen im Bereich der stationären Versorgung ausgeglichen werden. Allerdings zeigt sich eine Tendenz, dass die Mehrkosten mit der Dauer der GBV Leistungen sinken. Deshalb ergeben sich insgesamt für den Zweijahreszeitraum der Untersuchung keine signifikanten Mehrkosten für die GKV Leistungen. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse eine zunehmende Wirksamkeit der GBV Leistungen. Damit besteht Anlass zu der Erwartung, dass sich das Kosten-Nutzenverhältnis der gemeindepsychiatrischen Basisversorgung mit zunehmender Dauer der Leistungserbringung verbessert.

Bei Zugrundelegung des gesamten Studienzeitraums von 2 Jahren ergeben sich weder aus der Perspektive der deutschen Volkswirtschaft noch aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Verbesserungen der Kosten-Nutzwertrelationen bei einer maximalen Zahlungsbereitschaft des dreifachen Pro-Kopf-Bruttoinlandsproduktes der Jahre 2020 bis 2023 von 134.565 €. Eine getrennte Betrachtung der beiden Studienjahre zeigt jedoch, dass die ermittelten Kosten-Nutzwertrelationen für das zweite Studienjahr bei einer notwendigen maximalen Zahlungsbereitschaft von 65.500 € aus der volkswirtschaftlichen Perspektive und von 70.000 € aus der GKV Perspektive für den Gewinn eines qualitätsadjustierten Lebensjahrs liegen. Damit liegt die maximale Zahlungsbereitschaft für beide Perspektiven niedriger als der von der WHO vorgeschlagene Richtwert des zweifachen Pro-Kopf-BIP von 89.710 € für die Jahre 2020 – 2023. Allerdings wird die Aussagekraft des WHO Richtwertes in den letzten Jahren zunehmend in Frage gestellt und seine Ersetzung durch Werte auf der Basis komplexerer Berechnungsmethoden vorgeschlagen. Bei Zugrundelegung dieser Berechnungsmethode würde sich für die deutsche Volkswirtschaft ein Wertebereich zwischen 36 066 € und 53 074 € für die maximale Zahlungsbereitschaft ergeben. Da dieser Wertebereich deutlich unter den für die VWL Perspektive und für die GKV Perspektive für das zweite Studienjahr liegen, würde sich bei einer entsprechenden Zugrundelegung auch für das zweite Studienjahr keine signifikante Verbesserung der Kosten-Nutzwertrelation für das Angebot einer GBV Behandlung zusätzlich zur psychiatrischen Routineversorgung ergeben.

Die gesundheitsökonomische Analyse der GKV Abrechnungsdaten zeigt für die Leistungskategorie der ambulanten psychiatrischen bzw. psychosozialen Praxisleistungen signifikant höhere Kosten für die Teilnehmenden der GBV Gruppe. Bei der Analyse der ambulanten GKV Gesamtkosten reduziert sich die Kostendifferenz jedoch soweit, dass kein signifikanter Unterschied mehr verbleibt. Allerdings ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass die Kosten der GBV Leistungen in den Abrechnungsdaten nicht enthalten sind, da diese über den Innovationsfonds finanziert wurden. Wegen der unterschiedlichen Methoden der Kostenerfassung und der pseudonymisierten Auswertung der GKV Daten ist eine direkte Einbeziehung der GBV Kosten in die Analyse der GKV Daten nicht möglich. Die Ergebnisse der Primärdatenanalyse deuten allerdings darauf hin, dass sich bei einer Berücksichtigung der Kosten für die GBV Versorgung bei einer Aufnahme dieser Versorgung in die Regelversorgung signifikante Mehrkosten für die ambulanten GKV Leistungen ergeben würden. Wie im Rahmen der Ergebnisse der Primärdatenanalyse gezeigt

wurde, steht diesen Mehrkosten jedoch eine signifikante Verbesserung der Versorgungsergebnisse und der Versorgungszufriedenheit gegenüber.

Die Bereitschaft von Angehörigen der im Rahmen der Studie untersuchten Patienten, sich ebenfalls an der Untersuchung zu beteiligen, war mit ca. 30% (n = 303) vergleichsweise hoch. Allerdings verteilten sich die teilnehmenden Angehörigen deutlich zugunsten der GBV Gruppe mit 181 (60%) im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 118 (39%). Dieses anfängliche Ungleichgewicht verstärkte sich durch die größeren Stichprobenausfälle in der Kontrollgruppe zum Studienende noch einmal erheblich auf ein Verhältnis von 30% (n = 35) TAU zu 70% (n = 83) GBV.

Im Unterschied zu den untersuchten Patienten zeigen sich bei den an der Studie beteiligten Angehörigen signifikante Interventionseffekte nur im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung der Patienten. Das Angebot einer gemeindepsychiatrischen Basisversorgung leistet demnach keinen Beitrag zu einer Reduzierung der Belastungen, die sich für die untersuchten Angehörigen aus ihrer Beziehung mit einem Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung ergeben können. Auch für die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität der Angehörigen zeigt sich kein Effekt der GBV Intervention. Obwohl die Verbesserung der Zufriedenheit mit der Versorgung darauf hindeutet, dass die Angehörigen die positiven Effekte der GBV Intervention für die Patienten wahrnehmen, so wirkt sich dies offensichtlich nicht in einer Verbesserung ihrer eigenen Lebenssituation aus.

Eine ausführliche Darstellung der Analysen und ihrer Ergebnisse findet sich im Evaluationsbericht.

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1 Diskussion der Umsetzungsergebnisse

Die Implementierung multiprofessioneller ambulanter Teams mit einer Steuerungsverantwortung für die Gesamtheit aller Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen für Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen über einen erforderlichenfalls auch mehrjährigen Zeitraum stößt unter den Rahmenbedingungen des deutschen Sozialrechts auf mehrere Hindernisse.

1. Die Hilfen der einzelnen SGB-Bände sind separat verfasst, sowohl hinsichtlich der Normierung und Vergütung der einzelnen Leistungen als auch hinsichtlich der Regelungen zur Zusammenarbeit über die Grenzen zwischen den einzelnen SGB-Bänden hinweg. Das hat zur Folge, dass sich die Leistungsträger und ebenso die Leistungserbringer nach diesen Begrenzungen ausrichten, sodass eine übergreifende Gesamtversorgung stark erschwert wird.

Mit dem GBV-Projekt wurde der Versuch unternommen, die genannten Hürden so weit wie möglich zu überwinden, um den Bedürfnissen und dem Hilfebedarf der Zielgruppenpersonen individuell und flexibel gerecht zu werden.

Die Bewerbung erfolgte zum Themenfeld „Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsformen“, also mit dem expliziten Auftrag, diese Hürde zu nehmen. In der Konzeption des Projekts sollte die Lösung darin bestehen, dass lediglich die Zusatzleistungen der Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung aus der Förderung durch den Innovationsfonds finanziert wurden. Alle im Einzelfall zu beteiligenden Leistungserbringer sollten ansonsten jeweils im Rahmen der Regelleistungen „ihres“ SGB-Bandes handeln und vom jeweils ohnehin zuständigen Leistungsträger finanziert werden. Dadurch entfiel die in der Ausschreibung enthaltene Vorgabe, im Bedarfsfall Absprachen zwischen den beteiligten Kostenträgern herbeizuführen und diese mit dem Antrag einzureichen.

Dieses pragmatische Vorgehen hat sich im Projekt als gangbar erwiesen. Insoweit könnte das GBV-Projekt als Blaupause dienen, die allseits beklagte „Versäulung“ oder „Zersplitterung“ des Sozialgesetzbuchs in der Versorgung schwerer psychischer Erkrankungen zu überwinden. (Greve et al. 2021).

2. Hinzu kommen zahlreiche Details der einzelnen Leistungsnormen, beispielsweise Mengen- oder Zeitraumbegrenzungen oder Definitionen der vergütungsrelevanten Leistungseinheiten, die eine leitliniengerechte Versorgung zusätzlich verkomplizieren.

In der gewählten Systematik der Leistungserbringung und ihrer Vergütung wurde auf Mengenbegrenzungen ebenso verzichtet wie auf Pauschalvergütungen, zugunsten einer zeitbezogenen Vergütung der einzelnen GBV-Leistungen. Die regionalen Teams haben einhellig berichtet, dass ihnen dadurch eine sehr flexible, individuell bedarfsgerechte Leistungserbringung möglich wurde. Den damit einhergehenden höheren Dokumentationsbedarf haben sie demgegenüber als nachrangig bezeichnet.

Die Gesamtmenge der erbrachten Leistungen ist in allen Regionen unter den vorab geschätzten Mengengerüsten geblieben, sodass die bewilligten Fördersummen nicht ausgeschöpft wurden. Im Vergleich zwischen GBV- und Kontrollgruppe hat sich kein unmittelbarer monetärer Vorteil aus der Sicht der Kostenträger ergeben (vgl. die nachfolgende Diskussion der Evaluationsergebnisse, 8.2). Diese Feststellung gilt allerdings bezogen auf den auf zwei Jahre begrenzten Versorgungszeitraum. Es bliebe zu klären, inwieweit die in der Evaluation festgestellte Verbesserung von Empowerment und Lebensqualität – trotz fortbestehender Schwere der Erkrankung selbst – auf längere Sicht und bei ggf. längerer Dauer der GBV-Leistungen sehr wohl auch zu einer nachlassenden Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen führen würde.

Die Corona-Pandemie hat die Durchführung des Projekts erheblich erschwert. Wegen der Kontaktbeschränkungen konnten Netzwerkgespräche vielfach nicht durchgeführt werden, und auch die individuellen Gespräche der Bezugsbetreuung konnten nicht immer unter optimalen Bedingungen stattfinden. Darum wurde das Projekt ungeplant auch zu einem „Versuchslabor“ für Online-Kommunikation. Die Erfahrungen aller Beteiligten deuten darauf hin, dass persönliche Kontakte den digitalen Varianten überlegen sind, per Video, Chat usw. durchgeführte Kommunikation aber immerhin vielfach ausreicht. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass zumindest die Beziehungen zwischen den teilnehmenden Patient:innen und ihren GBV-Bezugspersonen in allen Fällen im persönlichen Kontakt begonnen wurden; es gab keine Erstbegegnungen im digitalen Format.

7.2 Diskussion der Ergebnisse der unabhängigen Evaluation

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind mit den international berichteten Ergebnissen zur Wirksamkeit von Angeboten des gemeindebasierten „Intensive Case Management“ (ICM) für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vergleichbar (Dieterich et al., 2017). Allerdings werden aus diesen Untersuchungen keine Resultate im Hinblick auf Empowerment als Ergebniskriterium berichtet. Als Ergebnis der Metanalysen von 38 Studien berichten Dieterich et al. (2017), dass das mit der GBV Intervention vergleichbare Angebot von ICM zusätzlich zur Standardversorgung mit einer Reduzierung der Notwendigkeit stationärer Aufenthalte und mit einer Verbesserung der Behandlungszufriedenheit, sowie in einzelnen Studien auch mit einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität verbunden ist, dass jedoch keine Effekte im Hinblick auf die Verbesserung klinischer Parameter, wie der psychopathologischen Symptomatik oder des psychosozialen Funktionsniveaus zu verzeichnen sind.

7.3 Stellungnahmen von Konsortialpartnern

Aus der Sicht der Leistungserbringer wird eine Umsetzung der Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung durchweg befürwortet. Dazu aus dem Schlussbericht eine exemplarische Stellungnahme des Konsortialpartners MtVZ Dresden:

Wie bereits an anderen Stellen beschrieben, wäre es außerordentlich wünschenswert, wenigstens einige Teile der GBV in die Regelversorgung zu übernehmen. Zuallererst die Form der Finanzierung, eine auskömmliche Finanzierung als Kombination von Gruppenbudget und Fachleistungsstunden. Inhaltlich sollen noch einmal das Case Management als steuernde Arbeit im Hintergrund, sowie die Möglichkeit der Tandemarbeit genannt sein. Die Einschreibung für einen längeren Zeitraum verringert den bürokratischen Aufwand erheblich und gibt Finanzierungssicherheit für Leistungserbringer und Krankenkassen. Der mehrstufige, auch aufsuchende Krisendienst mit der Möglichkeit der Aufnahme in ein Rückzugshaus ist eine niedrigschwellige Möglichkeit, sich in großer Not Hilfe bei vertrauten Leistungserbringern zu holen. Zudem ist anzunehmen, dass er Klinikaufenthalte erheblich verkürzt oder ganz vermeidet. In der GBV waren die engen Zulassungsregeln der Regelversorgung APP und Soziotherapie geöffnet, Träger konnten Mitarbeitende, die sie für geeignet hielten mit entsprechenden Abschlüssen einsetzen. Peer-Arbeit wurde als gleichberechtigt anerkannt und vergütet und ermöglichte so neue Zugangswege.

Die beteiligten Krankenkassen stehen der Übernahme einzelner Bestandteile der GBV grundsätzlich positiv gegenüber, siehe unten 8.2.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

8.1 Leitliniengerechte regionale Versorgung

Das GBV-Projekt konnte zeigen, dass einige in der einschlägigen S3-Leitlinie „Psychosoziale Versorgung schwerer psychischer Erkrankungen“ (DGPPN 2018) seit mehr als zehn Jahren empfohlene Korrekturen in der Versorgung von schweren psychischen Erkrankungen unter deutschen Rahmenbedingungen durchführbar sind. Die Evaluation lieferte Anhaltspunkte dafür, dass solche Reformschritte sich positiv auf die zukünftige psychosoziale Entwicklung der Betroffenen auswirken würden. Mobile multiprofessionelle GBV-Teams könnten somit eine Blaupause für die Weiterentwicklung regionaler Versorgungssysteme sein.

Folgende Elemente der GBV sollten darum durch gesetzliche Vorschriften und die entsprechenden Richtlinien in die Relligleistungen der SGB-Bände V und IX sowie weiterer relevanter SGB-Bände (II, VIII, XI) aufgenommen werden:

1. *Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgung und Vernetzung:* Die Arbeit der regionalen Teams hat – trotz erschwelter Bedingungen durch die Corona-Pandemie – gezeigt, dass eine Zusammenführung von Hilfen aus unterschiedlichen Rechtskreisen zu Netzwerkgesprächen und anderen Kooperationsformen mit obligater Teilnahme der Betroffenen rechtlich und praktisch bereits jetzt möglich ist. Sie sollte darum als verpflichtender Bestandteil der einschlägigen Behandlungs- und Unterstützungsleistungen normiert werden. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat hierzu mit Fachanwälten einen praktikablen Vorschlag erarbeitet (Anlage 7).
2. *Kontinuierliche Bezugsbegleitung:* Eine durchgängige, erforderlichenfalls langfristige Anker- und Lotsenfunktion über alle Hilfearten des Einzelfalls hinweg war das Kernelement der GBV, sie ist von Patient:innen wie Mitarbeitenden durchgängig positiv bewertet worden. Zeit- und Mengenbegrenzungen der Regelversorgung (Stundenkontingente, begrenzte Zeiträume) sollten so gestaltet werden, dass sie eine solche Bezugsbegleitung ermöglichen. Sie sollten auch *Tandemarbeit* zulassen.

3. *Erreichbarkeit rund um die Uhr:* Die Sicherheit, jederzeit fachliche Hilfe erreichen zu können, wurde von den teilnehmenden Patient:innen einhellig begrüßt. Gleichsinnige Erfahrungen psychiatrischer bzw. psychosozialer Krisendienste wurden im GBV-Projekt bestätigt.

8.2 Gesundheitsökonomische Aspekte

Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation führten im Konsortium zu unterschiedlichen Bewertungen (vgl. dazu auch 6.3).

Aus dem Evaluationsbericht: Die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation zeigen, dass das Angebot einer gemeindepsychiatrischen Basisversorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zusätzlich zur Regelversorgung mit höheren Ausgaben im Bereich der ambulanten Versorgung für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden ist. Unsere Analysen liefern keine Hinweise darauf, dass diese Mehrkosten kurz- oder mittelfristig durch Einsparungen im Bereich der stationären Versorgung ausgeglichen werden. Allerdings zeigt sich eine Tendenz, dass die Mehrkosten mit der Dauer der GBV Leistungen sinken. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse eine zunehmende Wirksamkeit der GBV Leistungen. Damit besteht Anlass zu der Erwartung, dass sich das Kosten-Nutzenverhältnis der gemeindepsychiatrischen Basisversorgung mit zunehmender Dauer der Leistungserbringung verbessert.

Unter dem Blickwinkel der zu erwartenden Mehrkosten urteilen die teilnehmenden Krankenkassen in ihrem gemeinsamen Schlussbericht:

Große Bestandteile der GBV sind in der im Dezember 2021 in Kraft getretenen KSVPsych-Richtlinie enthalten und damit inzwischen Bestandteil der Regelversorgung. Die Projektergebnisse zeigen, dass eine Bildung weiterer Netzverbände im Sinne der Richtlinie zu begrüßen ist. Gleichzeitig wird die Sinnhaftigkeit der Einbeziehung SGB V-übergreifender Leistungen deutlich.

Die Kassen sprechen sich grundsätzlich auch für eine Prüfung der Übernahme weiterer Teilaspekte der GBV aus, wie etwa der in 8.1 und 8.4.2 genannten GBV-Elemente.

Somit besteht im Konsortium weitgehende Einigkeit darüber, dass die Aufspaltung der Leistungen in die einzelnen SGB-Rechtskreise überwunden werden sollte zugunsten einer intensiven, im Idealfall verbundförmigen Vernetzung, zusammen mit einer personell kontinuierlichen Bezugsbegleitung (s. o. 8.1 Ziffer 1 und 2).

Eine weitergehende Klärung der Frage, ob die anfänglichen Mehrkosten angesichts des Zugewinns an Lebensqualität und selbstbestimmter erfolgreicher Lebensgestaltung gerechtfertigt sind, steht aus.

Welche Bedeutung der Erwartung der Evaluatoren zukommt, dass ein längerfristiger Einsatz der GBV-Leistungen das Kosten-Nutzen-Verhältnis deutlich verbessern könnte, blieb wegen der Rahmenbedingungen der Förderung durch den Innovationsfonds ungeklärt, sollte aber Anlass zu weiteren, auf längere Zeiträume angelegten Untersuchungen sein.

8.3 Fachliche Qualität der Arbeit

Ungeklärt blieben im Konsortium auch die Beurteilungen der Bedeutsamkeit der folgenden Aspekte, in denen sich die GBV-Leistungen von anderen, zum Teil ähnlichen Leistungen der Regelversorgung (einschließlich der KSVPsych-Richtlinie) unterscheiden:

- Eine große Rolle in der Durchführung der GBV haben die Konzepte der *Recovery* – im Sinne einer Ausrichtung auf das Ziel einer erfolgreichen eigenverantwortlichen Lebensführung – und des *Offenen Dialogs* mit den Elementen der größtmöglichen Vernetzung aller

Beteiligten und einer offen-dialogischen Kommunikation zwischen ihnen gespielt. Entsprechende Qualitätsstandards wurden gemeinsam erarbeitet und mit Maßnahmen der Fortbildung und Supervision relativ aufwendig umgesetzt. Die Mitarbeitenden der regionalen Teams haben diesen Aufwand positiv bewertet und als einen wesentlichen Erfolgsfaktor angesehen.

- In der GBV wurde die Bezugsbegleitung und Vernetzung durch *multiprofessionelle Teams* geleistet, einschließlich der Möglichkeit der *Tandembegleitung*. Die Teambasierung folgt dem „Funktionalen Modell gemeindepsychiatrischer Versorgung“ (Steinhart und Wienberg 2017; Wienberg und Steinhart 2020) und modifiziert die englischen Community Mental Health Teams sowie die niederländischen FACT-Tams (Veldhuizen et al. 2013) auf deutsche Rahmenbedingungen. Sie entspricht den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale -Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2018).
- Neben den Berufsgruppen der psychiatrischen Pflege und der Sozialen Arbeit waren in zunehmendem Maße auch *Genesungsbegleiter:innen* in die Teams integriert. Die Erfahrungen aus der Zusammenarbeit dieser neuen Berufsgruppe mit den Angehörigen der klassischen gemeindepsychiatrischen Berufe waren überwiegend positiv und sollen noch separat ausgewertet werden.
- In ihrer Intensität ging die Bezugsbegleitung im Sinne eines „*Intensive Case Management*“ deutlich über den Umfang eines üblichen Fallmanagements hinaus. Die Bezugsbegleiter:innen fungierten als zentrale Anlaufstelle und Vertrauenspersonen im Hilfenetz. Die Rückmeldungen der teilnehmenden Versicherten waren vor allem zu dieser intensiven Beziehungsarbeit durchweg positiv.
- Für alle Gespräche, auch Abstimmungsgespräche zwischen mehreren Leistungserbringern, war eine *Einbeziehung der Patient:innen und – soweit möglich – ihrer Angehörigen* in die gesamte Kommunikation als verbindlicher Standard vorgeschrieben.
- Die „Ziel- und Aktivitätenpläne“ gingen vom Ziel einer *Planung und Abstimmung* aller *Hilfen* aus. Es gab kein Nebeneinander von „Gesamtbehandlungsplänen“ (SGB V) und „Gesamtplänen“ der Teilhabeleistungen (SGB IX).

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie und seine Mitgliedsorganisationen – zu denen auch alle regionalen Partner gehören – gehen davon aus, dass die genannten Qualitäten der GBV im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität und Lebensführung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankung bedeutsam sind. Sie setzen sich für ihre Einbeziehung in alle Hilfen für diese Zielgruppe und für ihre wissenschaftliche Evaluation unter deutschen Rahmenbedingungen ein. Die gesammelten Erfahrungen mit dialogischen Netzwerkgesprächen und mit den erarbeiteten Materialien wie Aktivitäten- und Krisenplänen sollen ebenfalls weitergegeben und verbreitet werden.

8.4 Umsetzungsaufwand

8.4.1 Zusätzliche Regelleistung

Würde die GBV als separate Regelleistung neu eingeführt, entstünden laufende Kosten erwartbar in der gleichen Größenordnung wie in diesem Projekt.

Leistungsspezifische zusätzliche Investitionen wären nur dann erforderlich, wenn „Krisenwohnungen“ regional installiert würden; zu deren Relevanz kann aus dem Projekt heraus wegen der sehr geringen Inanspruchnahme allerdings keine Aussage getroffen werden. Weitere Investitionen über eine allgemeine Arbeitsplatzausstattung hinaus würden ansonsten nicht erforderlich.

8.4.2 Umsetzung einzelner Bestandteile der GBV

8.4.2.1 SGB-übergreifende Vernetzung

Für eine leistungsträgerübergreifende Gesamtvernetzung aller Hilfen würden alle Dienstleister ausschließlich im Rahmen ihrer Regelleistungen tätig. Inwieweit die Vernetzung mit finanziellem Mehraufwand für die Kostenträger verbunden wäre, ist unklar. Zwar könnte die Teilnahme an Vernetzungs-Kommunikation einerseits mit zusätzlichem Zeitaufwand verbunden sein, andererseits könnten Leistungsbestandteile entfallen, die aufgrund der Vernetzung nicht mehr erforderlich sind, beispielsweise durch gemeinsame statt (nach SGB-Bänden und Sektoren) getrennter Hilfeplanung und eine auf ein Team konzentrierte (statt in der bisherigen Praxis oft doppelte) Bezugsbegleitung. Außerdem wäre von einer guten Abstimmung aller Hilfen ein Effizienzgewinn zu erwarten.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat einen Vorschlag zur Etablierung von Bezugsbegleitung und übergreifender Vernetzung in den SGB-Bänden V, VIII und IX vorgelegt (Anlage 7), der mit allen derzeitigen Reformbestrebungen und Innovationen – wie etwa StäB, KSVPsych-RL und der schrittweisen Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes – kompatibel ist und zu einer Verbesserung der damit jeweils angestrebten Effekte beitragen würde.

8.4.2.2 Erreichbarkeit rund um die Uhr

Mit der 24/7-Erreichbarkeit der GBV-Teams zur Krisenintervention reiht sich das Projekt ein in zahlreiche Bestrebungen, die regionalen ambulanten Versorgungssysteme mit Krisendiensten auszustatten (Greve et al. 2021; Greve 2023). Die Rückmeldungen der Teilnehmenden und der regionalen Mitarbeitenden bestätigen die Notwendigkeit solcher Krisendienste.

Für die Organisationsform sind im Laufe der Jahre unterschiedliche Möglichkeiten entstanden. Einen Krisendienst auf möglichst breite Schultern aufzustellen, etwa auf der Ebene eines regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbundes, dürfte sinnvoll sein, auch im Sinne einer Lastenverteilung. Demgegenüber wäre die Organisation einer Erreichbarkeit rund um die Uhr durch einzelne Teams eine Überforderung. Auch im GBV-Projekt haben die regionalen Partner den 24/7-Krisenservice auf der Ebene ihrer Gesamtorganisationen sichergestellt.

8.4.2.3 Regionale Vernetzung, Gemeindepsychiatrischer Verbund

Die gesamte Arbeit der GBV-Teams bezog sich auf definierte Versorgungsregionen von allerdings sehr unterschiedlicher Größe, definiert durch kommunale Gebietskörperschaften. Dieser regionale Bezug darf als anerkannter Standard ambulanter gemeindepsychiatrischer Arbeit angesehen werden (DGPPN 2018) und folgt grundsätzlich dem Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (<https://www.bag-gpv.de/ueber-bag-gpv/qualitaetstandards-fuer-gpvs/>).

Allerdings bestehen nur in einem Drittel der beteiligten Regionen bereits formal Gemeindepsychiatrische Verbände (MG, VIE, SG, ME). Insbesondere in den Großstädten (B, DD, M, E) erweist sich eine Bildung von Verbänden etwa auf Stadtteilebene wegen der großen Mobilität als schwierig. Insofern konnte das Projekt zu den laufenden Bestrebungen zur flächendeckenden Einführung Gemeindepsychiatrischer Verbände, etwa in Baden-Württemberg und im Rheinland, trotz der konzeptuellen Nähe keine Evidenz beisteuern.

Gleichwohl dürfte eine Umsetzung der GBV oder vergleichbarer Formen des Intensive Case Management, z. B. als FACT-Teams nach dem niederländischen Vorbild, nur mit dem Bezug auf solche Versorgungsgebiete sinnvoll sein.

8.4.2.4 Recovery/Empowerment und Offener Dialog

Im GBV-Projekt sind diese beiden Konzepte mit erheblichem Aufwand an Fort- und Weiterbildung sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung umgesetzt worden. Dieser Aufwand hat sich nach den Erfahrungen des Konsortialführers wie auch der regionalen Teams in einer deutlich verbesserten Qualität der Arbeit mit den Teilnehmenden sowie ihren privaten und professionellen Netzwerken niedergeschlagen.

Für den Aufwand, der bei einer breiten Umsetzung dieser Konzepte entstehen würde, hat das GBV-Projekt folgende Anhaltspunkte geliefert:

Geplant war eine Fortbildung zum Offenen Dialog im Umfang von 16 Seminartagen, gefolgt von regelmäßigen ganztägigen Supervisionsveranstaltungen. Die Frequenz dieser „Teamtage“ war zurückhaltend mit einem Tag pro Quartal für jedes Team geplant. Beide Planungen waren durch die Corona-Pandemie beeinträchtigt und konnten darum nur annähernd durchgeführt werden. Mit den beiden großen Teams der NiG Pinel GmbH, Berlin, die für rund ein Drittel der Teilnehmenden zuständig waren, hat sich dagegen ein sechswöchiger Abstand der Teamtage gut bewährt.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Wissenschaftliche Publikation des Studienprotokolls: Mueller-Stierlin AS, Meixner F, Kohlmann A, Schumacher M, Hänsel A, Pouwels M, Bias N, Hartl S, Reichstein J, Prestin E, Greve N, Becker T, Kilian R. Effectiveness and cost-effectiveness of a community-based mental health care programme (GBV) for people with severe mental illness in Germany: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2020 Jun 30;21(1):598. doi: 10.1186/s13063-020-04492-y. PMID: 32605585; PMCID: PMC7329411.

Wissenschaftliche Publikation zur Analyse der Einflusses der COVID-19 Pandemie auf Empowerment und Lebensqualität: Mueller-Stierlin AS, Meixner F, Lehle J, Kohlmann A, Schumacher M, Woehler S, Haensel A, Reuter S, Herder K, Bias N, Becker T, Kilian R. Perceived empowerment and the impact of negative effects of the COVID-19 pandemic on the quality of life of persons with severe mental illness. *PLoS One*. 2022 Oct 20;17(10):e0276123. doi: 10.1371/journal.pone.0276123. PMID: 36264893; PMCID: PMC9584414.

Wissenschaftliche Publikation zur Wirksamkeitsanalyse (Entwurf wurde fertig gestellt)

Wissenschaftliche Publikation zur Kostenwirksamkeitsanalyse (wird derzeit erstellt)

Wissenschaftliche Publikation zur Entwicklung und zu den Ergebnissen des Erstassessments (wird derzeit erstellt)

Doktorarbeit (Dr. biol. hum.) und wissenschaftliche Publikationen zur Prozessevaluation (wird derzeit erstellt)

Doktorarbeit (Dr. biol. hum.) und wissenschaftliche Publikationen zu den Ergebnissen der Angehörigenbefragung (wurde begonnen)

Greve N (2018): Annäherungen an eine gemeindepsychiatrische Basisversorgung. *Psychiat Prax* 2018; 45: 285 – 287. DOI <https://doi.org/10.1055/a-0652-9015>

Greve N (2019): Gemeindepsychiatrische Basisversorgung – ein dickes Brett. *Soziale Psychiatrie* 163 (2019/1), 4 – 6

Greve N, Heuchemer P (2019): Die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung. *Psychosoziale Umschau* 34 (2), 47-48

Weitere Veröffentlichungen sind geplant.

10. Literaturverzeichnis

Abderhalden, Christoph, Michael Schulz, Harald Stefan & Andrea Winter (Hrsg.) (2010). *Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery*. Bern: UPD.

Aderhold V, Alanen YÖ, Hess G, Hohn P (Hg.) (2003): *Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*. Gießen: Psychosozial Verlag

Deegan, Patricia (1993). Recovering our sense of value after being labelled. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(4): 7-11.

Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1(1):CD007906. doi:10.1002/14651858.CD007906.pub3.

Galway NW. *Introduction to mixed modelling. Beyond regression and analysis of variance*. San Francisco: Wiley; 2006.

DGPPN (2018): Gühne U, et al. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2018, 2. Auflage, Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-662-58284-8

Greve N, Bomke P, Kurzewitsch E, Becker T (2021): Versorgungsnetze für Menschen mit psychischen Störungen. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Mensch im Mittelpunkt*. Berlin: Springer Open, 149 – 171

Greve N (2023): Regionale Krisendienste in Deutschland. *Soziale Psychiatrie* 01/2023, 24-26

Kilian R, Becker T, Schleuning G, et al. Die Entwicklung eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen. Ulm; 2012.

Mueller-Stierlin AS, Helmbrecht MJ, Herder K, et al. Does one size really fit all? The effectiveness of a non-diagnosis-specific integrated mental health care program in Germany in a prospective, parallel-group controlled multi-centre trial. *BMC Psychiatry*. 2017;17. doi:10.1186/s12888-017-1441-9.

Salize H-J, Kilian R. *Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie: Konzepte, Methoden, Analysen*. 1st ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.

Steinhart I, Wienberg G (Hrsg.) (2017): *Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*. Köln: Psychiatrie Verlag

van Veldhuizen JR, Bähler M. *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT)*. 2013. doi:10.13140/RG.2.1.3925.1683.

Wienberg G, Steinhart I (2020): Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update. *Psychiatrische Praxis*, 47: 1-8.

11. Anhang

Nicht zutreffend.

12. Anlagen

Anlage 1: Qualitätsstandards

Anlage 2: Erst-Assessment Ablaufplan

Anlage 3: Ziel- und Aktivitätenplan

Anlage 4: Krisenplan

Anlage 5: Flyer zur Werbung von Teilnehmenden

Anlage 6: Informationsbroschüre für Teilnahme-Interessenten

Anlage 7: Vorschlag des Dachverbands Gemeindepsychiatrie zu Komplexleistungen

Anlage 8: Protokoll der Monitoring-Visite

Anlage 9: Dokumentation von Netzwerk- und Kooperationsgesprächen

Anlage 10: Studienspezifischer Fragebogen

Anlage 11: Fragebogen zur Manualtreue

Anlage 12: Erst-Assessment, Auswertungsbogen

Anlage 13: Erst-Assessment, ärztlich-psychotherapeutischer Teil

Anlage 14: Erfassung schwerwiegender unerwünschter Ereignisse

Anlage 15: Foliensatz zur Assessment-Schulung

Anlage 16: Kurs „Systemische Netzwerkarbeit“, Curriculum

Anlage 17: Soziale Netzwerkkarte

Anlage 18: Ausschreibung zum Seminar „Training emotionaler Kompetenzen“

Anlage 19: Workshop „Planung von Recovery-Gruppen“

Anlage 20: Ausschreibung zum Seminar „Psychopharmaka“

Anlage 21: Literaturliste zum Seminar „Psychopharmaka“

Anlage 22: Seminar „Recovery“, Ablaufplan

Anlage 23: Handout zum Seminar „Suizidprophylaxe“



Qualitätsstandards der GBV

Grundverständnis

Die Arbeit des GBV-Teams geht von folgenden Konzepten aus (Erläuterungen im Anhang):

- *Recovery*: „Genesung“ im Sinne einer Entwicklung hin zu einem selbstbestimmten, sinn-erfüllten Leben mit möglichst wenigen krankheitsbedingten Einschränkungen. Der Schwerpunkt liegt in erster Linie auf Lebensqualität und -zufriedenheit sowie einer erfolgreichen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Wohnen, Arbeit, Freizeit, soziale Kontakte). Die Beseitigung von Symptomen tritt demgegenüber in den Hintergrund.
- *Salutogenese (Antonovsky)*: ein Rahmenkonzept, das sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen bezieht, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führen. Nach dem Salutogenese-Modell ist Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen. Risiko- und Schutzfaktoren stehen hierbei in einem Wechselwirkungsprozess.
- *Empowerment*: Strategien und Maßnahmen, die den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften erhöhen und es ihnen ermöglichen, ihre Interessen eigenständig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten.
- *Sozialpsychiatrie*: Orientierung professioneller Hilfen auf die persönliche Lebenswelt und die sozialen Bezüge der Patient*innen/Klient*innen, leichte Erreichbarkeit (Niedrigschwelligkeit) der Hilfen, Verantwortung für eine Region (z. B. Kommune, Kreis oder Stadtbezirk).
- *Systemisches Verständnis* psychischer Erkrankungen: Symptombildung im Bedingungsgefüge sozialer Systeme, soziale Netzwerke andererseits auch als wichtige Ressource zur Genesung.
- *Offener Dialog*: Verbindung systemisch-dialogischer Netzwerkgespräche mit gemeindepyschiatrischer, ambulant-aufsuchender Versorgungsstruktur nach dem Modell aus Tornio (*Seikkula*, Finnland).

Zusammenfassend geht es in unserer Arbeit somit um Menschen in sozialen Systemen mit vergangenen, gegenwärtigen oder zukünftigen Krisensituationen und Problemlagen. Wir unterstützen alle Beteiligten (Patient*in, Angehörige, Profis) darin, Wege zu erfolgreicher eigenverantwortlicher Lebensgestaltung, einer höheren Lebensqualität und größeren Chancen zu sozialer Teilhabe zu erarbeiten. Dazu tragen eine Grundhaltung der allseitigen

Wertschätzung, eine Orientierung auf die individuellen und sozialen Ressourcen der Beteiligten sowie auf mögliche Problemlösungen und eine dialogische Gestaltung der Kommunikation bei. Dieses beinhaltet einen dem Dialog verschriebenen Ansatz des Handelns auf Augenhöhe und der weitestgehend durch die Patientin/den Patienten gesteuerte Prozessführung. Ein wesentliches Erfolgskriterium ist die Verbesserung der individuellen Recovery psychisch erkrankter Menschen.

Nach Möglichkeit werden alle Beteiligten einbezogen, ihre Konzepte werden in ihrer Unterschiedlichkeit akzeptiert und so weit wie möglich integriert.

Strukturqualität

1. In jeder Region besteht ein multiprofessionelles GBV-Team, zu dem regelhaft Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen und Pflegekräfte gehören. Alle übrigen Berufsgruppen der psychosozialen Arbeit und insbesondere Genesungsbegleiter*innen kommen als Teammitglieder in Betracht.
2. Das GBV-Team wird getragen von einer oder gemeinsam von mehreren Institutionen, die bereits in der gemeindepsychiatrischen Versorgung ihrer Region verankert sind.
3. Die Teammitglieder verfügen über folgende zusätzliche Qualifikationen, die erforderlichenfalls in der Anlaufphase des Projekts vermittelt werden:
 - Basiskompetenz in der dialogischen Netzwerkarbeit (Moderation von Netzwerkgesprächen)
 - Kompetenz in der Anwendung des Erst-Assessments
 - Kooperationsbeziehungen in der Gemeindepsychiatrie
 - Dokumentation
4. Das GBV-Team arbeitet mit mindestens einem Arzt/einer Ärztin zusammen, um Assessments und 24/7-Krisendienst gewährleisten zu können, wenn behandelnde Ärzt*innen nicht kooperieren.
5. Folgende GBV-Angebote werden in der Region vorgehalten:
 - Erst-Assessment
 - Personell konstante Bezugsbetreuung, bedarfsgerecht, zeitlich flexibel und aufsuchend, als Ansprechpartner*in und Kontaktperson für Betroffene und Angehörige
 - Koordination aller Hilfen
 - Organisation und Moderation von Netzwerkgespräche mit allen Beteiligten des privaten und professionellen Systems
 - Hotline, aufsuchender Krisendienst, Krisenwohnung und ärztlicher Hintergrund rund um die Uhr (24/7)
 - Alle regional vereinbarten weiteren Elemente der Kooperation (s. u.)

6. In jeder Region ist ein Verbundvertrag abgeschlossen, an dem maßgebliche Leistungserbringer folgender Sparten nach Möglichkeit beteiligt sind:
- GBV-Team
 - Versorgungsklinik
 - Sozialpsychiatrischer Dienst
 - Jobcenter
 - Eingliederungshilfe
 - Jugendhilfe
 - medizinische/berufliche Rehabilitation
 - niedergelassene SGB-V-Leistungserbringer (Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Pflegedienste u. a.)

Soweit die genannten Anbieter eine Verbundvereinbarung nicht unterschreiben, werden alle Anstrengungen unternommen, um sie im Einzelfall zur Verbundkooperation einzuladen, sofern sie wesentliche Leistungen für den GBV-Teilnehmer / die GBV-Teilnehmerin erbringen.

Prozessqualität

1. Das GBV-Team informiert interessierte Betroffene zu Beginn ausführlich schriftlich und mündlich über das Projekt, die Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluation und die erforderlichen Datenfreigaben. Dabei achtet es die Freiwilligkeit der Teilnahme.
2. Das GBV-Team führt sodann ein Erstassessment mit jedem/*r zugewiesenen Versicherten einer teilnehmenden Kasse durch, der/die ihr Einverständnis zur Teilnahme bekundet. Das Gespräch soll möglichst von eine*r potenziellen späteren Bezugsbetreuer*in geführt werden.
3. Am Erstassessment wird eine Ärztin/ein Arzt in geeigneter Form beteiligt, mindestens durch Ergänzung des Anamnese- und Befundbogens durch psychischen Befund, Diagnose und Unterschrift. Nach Möglichkeit soll es sich um die behandelnde Ärzt*in handeln.
4. Zu den Ausschlussgründen gehören ein negatives Ergebnis des Assessments und die Kooperationsverweigerung wesentlicher im Einzelfall beteiligter Leistungserbringer.
5. Das GBV-Team stellt bei positiver GBV-Indikation den Erstkontakt zum Untersucher der Universität Ulm her, sobald die Rückmeldung von dort über die Zuordnung IG/KG vorliegt.
6. Für IG-Teilnehmer*innen schließt sich die Planung der Ziele und Maßnahmen an. Dabei werden u.a. Ziel- und Maßnahmenplan, Krisenplan und Soziale Netzwerkkarte in Einzel und Netzwerkgesprächen verwendet.
7. Den Teilnehmern*innen wird zu Beginn der GBV- Begleitung eine Mappe mit den wichtigsten Informationen und Kontaktdaten (Bezugsmitarbeiter*innen, Krisentelefon etc.) sowie Kopien wichtiger Unterlagen (Ziel- und Maßnahmenplan, Krisenplan, Netzwerkkarte u.Ä.) ausgehändigt.

8. Die Ziel- und Maßnahmenplanung wird möglichst mit einem ersten Kontakt zum privaten und professionellen Netzwerk verbunden, insbesondere zu Mitbewohner*innen, ggf. in Form eines ersten Netzwerkgesprächs so früh wie möglich.
9. Die Bezugsbegleitung erfolgt im „Tandemsystem“ oder mit anderen verbindlichen Regelungen zur Sicherung der Kontinuität (Abwesenheitsvertretung) sowie zur Durchführung und zur Vielstimmigkeit der Netzwerkgespräche.
10. Darüber hinaus ist eine Allzuständigkeit im GBV-Team zu gewährleisten. Neben dem Bezugstandem zeigt sich jede*r GBV-Mitarbeiter*in ansprechbar. Gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten wird geklärt, ob ein Anliegen jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt bearbeitet werden soll; dieses kann von unmittelbarer Krisenintervention über kurze Klärung eines formellen Anliegens bis zur Terminierung eines Gesprächs reichen.
11. Um eine Teamverantwortung zu erreichen, ist es vorteilhaft, regelmäßig, in Krisensituationen engmaschig die Arbeit mit einzelnen Patient*innen kurz vorzustellen. Hierbei kann zugleich eine Art kollegiale Beratung stattfinden. Patient*innen sollen zur Teilnahme eingeladen und ermutigt werden.
12. Die gesamte Begleitung der Patient*innen und ihres persönlichen Umfelds im Rahmen der GBV basiert auf dem eingangs genannten Grundverständnis. Recoveryorientierung und Empowerment sind zentrale Bestandteile der Zusammenarbeit aller Beteiligten. Hierfür stehen den GBV-Teams Schulungen und konkrete Arbeitshilfen zur Verfügung.
13. Zu Beginn der Begleitung sind die nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen eine tragfähige Beziehung entstehen und wachsen kann. Je nach individuellen Voraussetzungen und Gegebenheiten bedarf es dafür zunächst engmaschiger Kontakte zum GBV-Team. Vertrauensbildende Maßnahmen im Alltag des Klienten können hilfreich sein. Während der Begleitung im GBV-Projekt gibt es zu jeder Zeit eine verbindliche Terminierung bzw. Absprache zum Kontakt.
14. Im späteren Verlauf sollen persönliche Kontakte alle 4 Wochen stattfinden, in Ausnahmefällen ist eine Kommunikation über Telefon, Email und Textnachrichten denkbar. Entscheidend für Frequenz und Kommunikationsmedium sind der Bedarf und die Bedürfnisse der Patient*innen und Angehörigen. Im Erleben aller Beteiligten soll es sich aber um kontinuierliche, jederzeit niederschwellig erreichbare Kontakte handeln.
15. In mindestens halbjährlichen Abständen sowie bei Bedarf, z.B. nach akuten Krisen, sollen Re-Assessments durchgeführt werden, um sich über den Stand der gemeinsamen Arbeit zu verständigen und die Hilfen ggf. anzupassen. Neben der/n Bezugsperson(en) aus dem GBV-Team sind in Absprache mit der Patientin/dem Patienten möglichst auch die Perspektiven wichtiger weiterer Bezugspersonen, insbesondere des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin, einzubeziehen. Hierzu kann ein Netzwerkgespräch eine sinnvolle Form sein. Teilnehmer*innen und Ergebnisse des Re-Assessments sind zu dokumentieren.
16. Netzwerkgespräche, an denen Patient*in, Angehörige, professionelle Helfer*innen aller SGB und die GBV-Bezugspersonen teilnehmen, sollen mit allen Teilnehmer*innen durchgeführt werden, sofern der Wille der Patient*in oder andere wichtige Gründe diesen nicht

entgegenstehen. Wenn die genannten Beteiligten das zunächst ablehnen, wird im Verlauf erneut dafür geworben und ggf. mit kleineren Netzwerken begonnen. Der Kontakt zum privaten Umfeld ist im Sinne eines stabilen und stützenden Netzwerkes zu halten. Auch die Betrachtung eigener Problemlagen der Angehörigen und Freunde ist dabei angezeigt, sofern diese das wünschen. Ein hilfreiches Netzwerk bedarf seinerseits zeitweilig eines Rückhalts durch Professionelle, so kann ein entlastendes oder klärendes Telefonat in Krisenzeiten viel Entspannung bewirken. Dazu gehört eine 24/7-Erreichbarkeit auch für das Netzwerk.

17. Alle genannten Gesprächsarten finden bei Bedarf, auch über längere Zeiträume, in der häuslichen Umgebung oder an anderen Orten des privaten sozialen Umfelds statt. Voraussetzung dafür ist die Zustimmung der Betroffenen und ggf. der Mitbewohner*innen. Um diese Zustimmung sollte geworben werden, ohne Druck auszuüben. Wenn aber die Betroffenen und ggf. Mitbewohner*innen dies ausdrücklich wünschen, ist stattdessen ein neutraler Ort für die Gespräche anzubieten. Mindestens ein aufsuchender Kontakt, möglichst in der ersten Zeit der Zusammenarbeit, ist vorteilhaft und soll angeboten werden.
18. Im Rahmen der GBV-Begleitung wird der Bedarf an Unterstützung in Form von Regelleistungen wie z.B. Psychotherapie, Betreutes Wohnen, Schuldnerberatung, APP, Ergotherapie o.ä. geklärt. Diese Hilfen werden mit dem Patienten nachhaltig angebahnt und untereinander/aufeinander abgestimmt. Die GBV bleibt über den Zeitraum von zwei Jahren an der Seite des Patienten, sie ist insbesondere in „Therapiepausen und -übergängen“ da. Sie denkt jedoch vom ersten Tag daran sich überflüssig zu machen, um die Patientin/den Patienten in dieser Vernetzung und Sicherung ihres/seines Lebens-/Unterstützungsnetzwerkes selbst zu ermächtigen.
19. Das Krisentelefon sowie der aufsuchende Krisendienst stehen rund um die Uhr zur Verfügung. Soweit das GBV-Team hier auf Ressourcen weiterer Anbieter zurückgreift, muss eine wechselseitige Informationsweitergabe gewährleistet werden, damit Anrufer den Krisendienst als integrierten Bestandteil der GBV erleben.
20. Die Krisenwohnung soll jederzeit belegbar sein. Zu Zeiten der Belegung muss ein*e ausreichend qualifizierte*r Mitarbeiter*in vor Ort zur Verfügung stehen, und eine Fachkraft muss jederzeit erreichbar sein (z. B. über Hotline und aufsuchenden Krisendienst). Eine Klinikaufnahme soll nicht darum erforderlich werden, weil fachliche Qualität in der Krisenwohnung nicht verfügbar ist.
21. Für den Krisendienst muss ein*e Ärzt*in jederzeit zumindest für telefonische Rücksprachen erreichbar sein.
22. Das GBV-Team organisiert die in der Verbundvereinbarung genannten Kooperationsformen. Dazu gehören
 - Netzwerkgespräche, an denen neben der Patient*in und dem GBV-Team je nach Möglichkeit Angehörige der privaten und der professionellen Netzwerke teilnehmen
 - Teambesprechungen, Helferkonferenzen u. Ä. (soweit Netzwerkgespräche nicht durchführbar sind)
 - weitere Formen der telefonischen oder schriftlichen Abstimmung

- gemeinsame Super- und Intervision
 - regionale GBV-Qualitätszirkel
 - regionale Steuerungsgruppe
23. Zum Ende der Begleitung ist ein geregelter Abschluss zu organisieren, dazu gehören eine Klärung des aktuellen Standes und eine Festigung der laufenden bzw. vereinbarten Hilfeangebote.
- Etwa vier bis sechs Monate vor dem regulären Ausscheiden aus den GBV-Leistungen soll das Re-Assessment der Vorbereitung der GBV-Beendigung dienen. Soweit noch nicht erfolgt, sollen Anschlussangebote der Regelversorgung vereinbart und eingeleitet werden.
 - Zum Ende der GBV-Teilnahme findet ein Abschlussgespräch statt, an dem relevante Angehörige und Erbringer laufender oder zukünftiger Regelleistungen nach Möglichkeit beteiligt werden sollen.
24. Die GBV-Teams bzw. einzelne Teammitglieder nehmen an überregionalen GBV-Treffen teil, insbesondere an den jährlichen zweitägigen Teamleiter-Treffen und ggf. weiteren Besprechungen der Leistungserbringer.
25. Das GBV-Team rechnet seine Leistungen pünktlich in der vereinbarten Form mit der Konsortialführung ab, ggf. über die zuständige Managementgesellschaft.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität ist Gegenstand der Evaluation durch die Universität Ulm. Wesentliche Kriterien sind:

- Verbesserte Fähigkeit zu einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensweise
- Aktivere Partizipation an der psychiatrischen Behandlung
- Verbesserte subjektive Lebensqualität
- Reduzierter ungedeckter Behandlungsbedarf und reduzierte erkrankungsbedingte und klinische/soziale Beeinträchtigung
- Reduzierte Belastung und verbesserte Lebensqualität der Angehörigen
- Besseres Kosten-Effektivitäts-Verhältnis der eingesetzten Ressourcen, sowohl aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der Volkswirtschaft.

Anhang: Texte zu den Konzepten

Anhang: Texte zu den Konzepten

Recovery

Bestandteile von Recovery:

- Bei Recovery geht es darum, nicht länger lediglich Patientin oder Patient zu sein, sondern ein positives Bild von dir und deinen Möglichkeiten wiederzuerlangen.
- Bei Recovery geht es darum, seelisch zu wachsen – das, was dir zugestoßen ist, zu akzeptieren und zu überwinden.
- Bei Recovery geht es darum, dein Schicksal, deine Herausforderungen, dein Leben wieder in den Griff zu bekommen und die entsprechende Unterstützung zu erhalten, damit du das Leben führen kannst, das du willst.

(Abderhalden et al., 2010; Liste zitiert in Auszügen)

„Für mich bedeutet Recovery, im Führersitz meines Lebens zu sitzen. Ich lasse mich nicht von meiner Krankheit dominieren. Über die Jahre bin ich eine Expertin in meiner Selbstpflege geworden. Über die Jahre habe ich verschiedene Arten kennen gelernt, mir selbst zu helfen. Manchmal benutze ich Medikamente, Psychotherapie, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen, Freunde, meine Beziehung zu Gott, Arbeit, sportliche Betätigung, Aufenthalt in der Natur – all diese Maßnahmen helfen mir, ganz und gesund zu bleiben, obwohl ich psychische Probleme habe.“

(Deegan, 1993)

Salutogenese

„Die Ergebnisse aus der Recovery-Forschung decken sich mit anderen Forschungsrichtungen, etwa der Salutogenese. A. Antonovsky (1997) konnte nachweisen, dass Menschen eher gesunden, wenn sie Situationen durchschauen, Einflussmöglichkeiten auf ihre Lebenssituation sehen und ihr Handeln als sinnhaft erleben. Diese drei Elemente werden als Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit bezeichnet und erwiesen sich als generelle Einflussfaktoren auf Gesundung und Krisenbewältigung – nicht nur bei psychiatrischen Erkrankungen.“

(Knuf, 2013)

Empowerment

„Der Begriff Empowerment stammt historisch aus den Bürgerrechts- und Interessenvertretungen benachteiligter Bevölkerungsgruppen (Emanzipationsbewegungen) und bezeichnet die Eigeninitiative von Menschen (...) Empowerment kann am ehesten übersetzt werden mit Selbstbefähigung (...) und Förderung der Eigeninitiative (...) Empowerment ist ein wichtiges Element von Recovery, weil es die Selbsthilfe unterstützt (...) Empowerment kann

unterstützt werden, indem den Betroffenen Selbstbestimmung zugetraut wird und sie in ihren eigenen Wünschen, Zielen und Entscheidungen bestärkt werden. (...)

„Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen. [...] Durch den Empowerment-Ansatz sollen Personen(-gruppen) dazu ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) personalen und sozialen Ressourcen sowie ihre Fähigkeiten zur Beteiligung zu nutzen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erobern. (...)“

(DGPPN, 2018)

Literatur:

Abderhalden, Christoph, Michael Schulz, Harald Stefan & Andrea Winter (Hrsg.) (2010). *Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery*. Bern: UPD.

Deegan, Patricia (1993). Recovering our sense of value after being labelled. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(4): 7-11.

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2018). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage*. Berlin: Springer.

Knuf, Andreas (2013). *Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. 9. Auflage*. Köln: Psychiatrie Verlag.

GBV: Ablaufplan zur Einsteuerung von Patient*innen

1. Anwerbung von Patient*innen

- Durch GBV-Teams, regionale Kooperationspartner, mitwirkende Krankenkassen
- Persönliche Ansprache und Einsatz der GBV-Patientenflyer, zudem ggf. Verweis auf www.gbv.online
 - bei der Information zu beachten:
 - Hinweis auf Möglichkeit, dass Patient der Kontrollgruppe zugelost wird
 - Wichtige werbende Argumente für die Studienteilnahme (vgl. Patienten-Flyer):
 - Aufwandsentschädigung von 25,- Euro pro Befragung (nicht für Erst-Assessment, aber für t0 (Baseline-Erhebung) bis t4)
 - Möglichkeit, gehört zu werden und zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung beizutragen
 - Mit 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit Teilnahme an der GBV-Gruppe mit den entsprechenden zusätzlichen Unterstützungsleistungen
- Erstkontakt des Patienten mit GBV-Team (i.d.R. telefonisch):
 - Bei Bedarf Klärung noch offener Fragen des Patienten
 - Klärung der Einschluss- und Ausschlusskriterien (als Checkliste nutzbar: zweite Seite des Auswertungsbogens zum Erst-Assessment)
 - Terminvereinbarung für das Erst-Assessment
- Klärung der Mitwirkung des behandelnden Arztes mit dem Patienten
 - Arztkontakt erfolgt i.d.R. durch Teammitglied
 - Nicht-Mitwirkung des behandelnden Arztes ist kein Ausschlussgrund (notfalls springt Arzt des GBV-Teams ein)

2. Erst-Assessment

- Zeitplanung: insgesamt durchschnittlich zwei Stunden
 - zzgl. 30 Minuten für den ärztlichen Teil
 - bei Bedarf ist Aufteilung des Erst-Assessments auf mehrere Termine möglich
- In der Regel in den Räumlichkeiten des GBV-Teams
 - wichtig: Ruhe und die Wahrung der Vertraulichkeit (keine „Durchgangsräume“)
- Durchgeführt von GBV-Teammitglied mit Assessment-Schulung

- Auf Wunsch des Patienten mit Anwesenheit von Angehörigen, Vertrauenspersonen und ggf. gesetzlichem Betreuer zur Unterstützung
- Eingangs umfassende Aufklärung des Patienten (Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung schriftlich vorlegen und als Kopie mitgeben)
→ siehe dazu das Dokument „Infogespräch Handreichung“
- Patient unterschreibt Einwilligungserklärung → ACHTUNG:
 - Die weitere Befragung mit Ausfüllen der Bögen darf NUR erfolgen, wenn der Patient VORHER die Einwilligungserklärung unterschrieben hat!
 - GBV-„Prüfarzt“ (nicht der behandelnde Arzt) muss die Einwilligungserklärung als „aufklärender Arzt“ ebenfalls unterschreiben, kann dies aber von vorneherein an GBV-Mitarbeiter delegieren, GBV-Mitarbeiter unterschreibt „i. A.“
- GBV-Mitarbeiter vergibt daraufhin 7-stellige Screening-ID, d.h. die Kennzahl zur Pseudonymisierung:
 - Eintrag im „Screening Log“ (laufende Liste mit Screening-IDs für jede Region / jedes Team)
→ siehe auch Anhang: Information zur Vergabe der Screening-IDs
 - Eintrag in die Assessment-Bögen
- Ausfüllen der Papierbögen für das Erst-Assessment:
 - Aufnahmebogen (Stammdaten, Sozialanamnese, Angaben zur Erkrankung)
 - Standardisierte Erhebungsinstrumente: HoNOS, EPAS, CAN und Übertragung in Scoring-Tool HoNOS-EPAS-CAN.xlsx
→ einmal im Monat Übermittlung der elektronischen Daten aus dem Scoring-Tool an Studienmitarbeiterin nach Absprache
 - Bogen „Erst-Assessment ärztlicher Teil“ (vom behandelnden Arzt oder Arzt des GBV-Teams auszufüllen, bei Bedarf auch außerhalb des Termins); der Bogen kann auch von Psychotherapeuten ausgefüllt werden
 - Auswertungsbogen mit Gesamtergebnis → Feld „Klinischer Befund“ wird nach Rücksprache mit dem Arzt (Psychotherapeuten) ausgefüllt.
 - Bei positivem Gesamtergebnis: Bogen „Kontaktdaten“ (nur mit Klarnamen, ohne Screening-ID)
- Unterrichtung des Patienten über das Ergebnis des Erst-Assessments (GBV-Eignung ja/nein).
 - Bei negativem Ergebnis (keine Teilnahme an der Studie):
 - GBV-Mitarbeiter empfiehlt ggf. alternative Unterstützungsmöglichkeiten (unschädlich, weil Patient auch nicht in Kontrollgruppe ist), auch eine Einsteuerung in NWpG, NWpG-Nachsorgemodul oder andere IV-Verträge ist möglich

- Bei positivem Ergebnis (Teilnahme an der Studie):
 - GBV-Mitarbeiter vereinbart mit dem Patienten den Termin für die Befragung t0 (in Übereinstimmung mit dem Terminkalender der Forschungsmitarbeiterin)
 - t0-Termin sollte möglichst kurzfristig stattfinden, maximal 14 Tage nach dem Erst-Assessment
 - GBV-Mitarbeiter schickt Screening-ID und Namen des Patienten an Forschungsmitarbeiterin
 - Auslösung der Randomisierung (d.h. Zuweisung zur GBV-Gruppe oder zur Kontroll-Gruppe der Studie) durch die Uni Ulm
- Kopie der Einverständniserklärung per Briefpost an die Krankenkasse schicken (ggf. zusammen mit dem Formular zur Überprüfung des Versichertenstatus, sofern der Patient nicht von der Kasse zugewiesen wurde oder die Überprüfung des Versichertenstatus auf anderem Wege erfolgt)

3. Baseline-Befragung t0 und Information über das Ergebnis der Randomisierung

- I.d.R. in den Räumlichkeiten des regionalen GBV-Teams, bei Bedarf aber auch beim Patienten zuhause.
- Studienmitarbeiterin führt die Befragung anhand der vorgegebenen Instrumente durch (HoNOS, EPAS, CAN, ZUF8, WHOQOL-BREF, Euro-QoL, CSSRI; zudem ein studienspezifischer Fragebogen, der u.a. soziodemografische Daten abfragt)
- Am Ende des Termins informiert die Studienmitarbeiterin in Anwesenheit des dazu kommenden GBV-Mitarbeiters den Patienten über das Ergebnis der Randomisierung (GBV-Gruppe oder Kontrollgruppe).
 - Wenn GBV-Gruppe: Besprechung des weiteren Ablaufs von GBV (→ erster GBV-Termin) und Studie (Befragungen t1 bis t4)
 - Wenn Kontrollgruppe: Besprechung des weiteren Ablaufs der Studie (Befragungen t1 bis t4)
- Studienmitarbeiterin erhält im Original die relevanten Unterlagen des Patienten aus dem Erst-Assessment (Einwilligungserklärung, Auswertungsbogen, Bogen „Kontaktdaten“);
eine Kopie der Unterlagen verbleibt beim GBV-Team
- Wenn es zwischenzeitlich in der Region auch Erst-Assessments mit negativem Ergebnis gegeben hat:
Studienmitarbeiterin erhält Kopien der relevanten Unterlagen (nur Einwilligungserklärung und Auswertungsbogen) aus diesen negativen Erst-Assessments.
- Monatlich elektronische Übermittlung der Fragebögen-Ergebnisse aus dem Erst-Assessment („Scoring-Tool“ = Excel-Tabelle), Übermittlung über GBV-Cloud

4. Für Patienten in der GBV-Gruppe: Erster GBV-Termin

- Sollte so kurzfristig wie möglich stattfinden, maximal innerhalb von 14 Tagen nach der Baseline-Befragung t0
- Bezugsmitarbeiter bzw. Bezugsmitarbeiter-Tandem erstellt gemeinsam mit dem Patienten (im ersten und ggf. weiteren Terminen) die Ziel- und Aktivitätenplanung, den Krisenplan und die Soziale Netzwerkkarte
- Im Übrigen gilt: Die Zusammenarbeit mit Patienten in der GBV-Gruppe orientiert sich an den GBV-Qualitätsstandards.

Anhang

Information zur Vergabe der Screening-IDs im Rahmen des Erst-Assessments

Wenn der Patient alle erforderlichen Einwilligungserklärungen zur Studienteilnahme und zur Datenverarbeitung unterschrieben hat, wird ihm eine Screening-ID (Kennzahl zur Pseudonymisierung) zugeordnet und in die Assessment-Bögen eingetragen.

Für jedes GBV-Team, das unabhängig Assessments durchführt, gibt es eine eigene laufende Liste mit Screening-IDs. Damit soll vermieden werden, dass die gleiche Screening-ID mehrfach vergeben wird.

Wir haben für folgende Teams eigene Listen („Screenings Logs“) erstellt (siehe Intranet):

Berlin (Nord)	GBV-Team: 01 – 1
Berlin (Süd)	GBV-Team: 01 – 2
Berlin (Mitte)	GBV-Team: 01 – 3
Dresden	GBV-Team: 02 – 1
Saarbrücken	GBV-Team: 03 – 1
Essen	GBV-Team: 04 – 1
Kreis Mettmann	GBV-Team: 05 – 1
Mönchengladbach	GBV-Team: 06 – 1
Kreis Viersen (PHG)	GBV-Team: 07 – 1
Kreis Viersen (Haus an der Dorenburg)	GBV-Team: 07 – 2
Solingen	GBV-Team: 08 – 1
Paderborn	GBV-Team: 09 – 1
Paderborn (Klinik)	GBV-Team: 09 – 2
München	GBV-Team: 10 – 1
Augsburg	GBV-Team: 11 – 1
Ulm / Neu-Ulm	GBV-Team: 12 – 1

Bei Bedarf können gerne weitere Screening Logs für weitere Teams erstellt werden

Bitte unbedingt beachten:

Wenn die Screening Logs ausgedruckt und händisch geführt werden, müssen sie sicher (d.h. verschlossen) aufbewahrt werden.

Wenn die Screening Logs digital geführt werden, ist ein Passwortschutz erforderlich.

Ziel- und Aktivitätenplan

Name: _____

1. Worauf ich aufbauen kann

Was ich gerne mache (oder früher mal gerne gemacht habe): (z.B.: Welche Aktivitäten machen mir Freude? Wofür kann ich mich begeistern? Woran habe ich Interesse?)

Was ich gut kann: (z.B.: Womit bin ich zufrieden? Worauf bin ich stolz? Wofür haben mich andere gelobt?)

Was ich in meinem Leben geschafft habe: (Hier geht es <u>nicht</u> nur um „große Erfolge“!)	Wie habe ich das geschafft? (Ggf. auch: Wer/was hat dabei geholfen?)

2. Meine Ziele für die zwei Jahre GBV – und wie ich sie erreichen möchte

Meine kurzfristigen Ziele:	Woran ist erkennbar, dass das jeweilige Ziel erreicht ist?
Wer/was kann helfen, diese Ziele zu erreichen?	

Meine mittelfristigen Ziele:	Woran ist erkennbar, dass das jeweilige Ziel erreicht ist?
Wer/was kann helfen, diese Ziele zu erreichen?	

Ziel- und Aktivitätenplan

Meine langfristigen Ziele:	Woran ist erkennbar, dass das jeweilige Ziel erreicht ist?
Wer/was kann helfen, diese Ziele zu erreichen?	

3. Diese Angebote der GBV möchte ich in Anspruch nehmen:

<p>Regelmäßiger Kontakt zum GBV-Team (mindestens einmal im Monat)</p> <p>1. Bezugsmitarbeiter*in: (Name, Kontaktdaten)</p> <p>2. Bezugsmitarbeiter*in: (Name, Kontaktdaten)</p> <p>Gewünschte Häufigkeit der Kontaktaufnahme:</p> <p>Gewünschte Art des Kontaktes:</p>

Ziel- und Aktivitätenplan

Netzwerkgespräche mit folgenden Teilnehmenden:

Gewünschter Ort der Netzwerkgespräche:

Hilfe bei der Inanspruchnahme fachärztlicher Behandlung
(z.B. Arztsuche, Begleitung bei Terminen, ...)

- Derzeit nicht gewünscht
- Gewünscht, und zwar:

Hilfe bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie

- Derzeit nicht gewünscht
- Gewünscht, und zwar:

Hilfe bei der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsleistungen

- Derzeit nicht gewünscht
- Gewünscht, und zwar:

Nutzung von Hilfen im Krisenfall (GBV-Krisenhotline, aufsuchende Krisenteams,
Krisenwohnung)

Telefonnummer für den Krisenfall (Krisenhotline): _____

Weitere Hilfen, und zwar:

Ziel- und Aktivitätenplan

4. Besondere Absprachen:

Dieser Ziel- und Aktivitätenplan wurde ausgefüllt von:

_____ und _____
(Patient*in) (GBV-Mitarbeiter*in)

(Ort, Datum)

Der Ziel- und Aktivitätenplan verbleibt im Original beim Patienten/bei der Patientin. Das GBV-Team erhält eine Kopie des Plans.

Der Ziel- und Aktivitätenplan wird regelmäßig gemeinsam überprüft und aktualisiert.

**Wie ich in Krisen unterstützt werden möchte:
Wichtige Informationen für die Mitarbeitenden der GBV**

Vorbemerkung

Dieser Plan dient als Kommunikationsplattform zwischen Ihnen und den GBV-Mitarbeitern. Die Informationen sollen den Mitarbeitern dabei helfen, Sie besser zu verstehen und Ihnen im Krisenfall die passende Unterstützung anzubieten.

Im Vordergrund stehen natürlich immer die aktuelle Situation und das direkte Gespräch mit Ihnen!

Trotzdem ist auch eine schriftliche Krisenvorsorge sinnvoll. Denn vielleicht gibt es Situationen, in denen Ihnen Erklärungen schwer fallen. Oder Sie haben es durch „Schichtwechsel“ mit anderen Mitarbeitern zu tun und möchten nicht immer alles neu erklären.

Im Falle einer schweren Krise, in der Kommunikation schwer möglich ist, können Mitarbeiter ggf. auf die Informationen und Wünsche zurückgreifen, die Sie in guten Phasen gemeinsam aufgezeichnet haben.

Der folgende Plan nutzt Materialien aus dem Buch: „Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery.“¹

Meine Stammdaten	
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	_____
E-Mail:	_____
Bevorzugte Kontaktaufnahme:	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail
Bezugsmitarbeiter*innen GBV	
Gesetzliche Betreuer*in (Name, Kontaktdaten)	
Vollmachten (Bereiche) der Betreuung	

¹ Abderhalden, Christoph, Michael Schulz, Harald Stefan & Andrea Winter (Hrsg.) (2010). Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery. Bern: UPD.

Behandlung / Hilfen, die ich regelmäßig in Anspruch nehme (z.B. Psychotherapie, Betreutes Wohnen, Tagesstätte, ...)	
Behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin mit Kontaktdaten	
Medikamente, die ich regelmäßig einnehme (mit Dosierung)	
Medikamente, die ich nur bei Bedarf einnehme (mit Dosierung)	
Medikamente, die ich auf keinen Fall einnehmen möchte (Zum besseren Verständnis bitte auch den Grund angeben)	

Außerhalb von Krisen: Wer ich bin, wenn es mir gut geht

Was mir im Leben wichtig ist:
(z.B. Familie, Freundschaften, Tiere, Sport, Politik, Religion, Reisen, Bücher, Computerspiele, ...)

Wer mir wichtig ist:

Wie ich mich fühle, wenn es mir gut geht:
(z.B. ruhig, entspannt, gelassen, aktiv, tatkräftig, ...)

Wie ich mich verhalte, wenn es mir gut geht:

(z.B. zur Arbeit gehen, Freunde treffen, Sport treiben, ins Kino gehen, Musik machen oder hören,...)

Was mich über Krisen hinaus trägt

Warum ich mir wünsche, Krisen zu überstehen:

(Warum / wofür lohnt es sich zu kämpfen?)

Meine Ziele / mein Wunschtraum für die Zukunft:

Frühwarnzeichen für eine beginnende Krise

Frühwarnzeichen, die ich selbst bemerke:

Wenn ich Frühwarnzeichen bemerke, kann ich mich jederzeit ans GBV-Team wenden!

Frühwarnzeichen, die andere bemerken:

(Wer bemerkt was?)

Anzeichen für eine akute Krise

Anzeichen einer akuten Krise, die ich selbst bemerke:

Wenn ich Krisen-Anzeichen bemerke, kann ich mich jederzeit ans GBV-Team wenden!

Anzeichen einer akuten Krise, die andere bemerken:
(Wer bemerkt was?)

Übersetzungshilfe für Fachpersonen: „Hauptsymptomatik“ bei früheren Krisen
(ggf. bitte mehrere ankreuzen)

- ◇ depressiv
- ◇ psychotisch
- ◇ Angst/ Panik
- ◇ selbstverletzendes Verhalten
- ◇ Suizidalität (Gab es Suizidversuche?)
- ◇ Fremdgefährdung
- ◇ Sonstiges, und zwar:

Anmerkung dazu: Es geht im Kern um Ihr Befinden, nicht um die Zuschreibung von „Symptomen“. Aber bestimmte Fachbegriffe sind für die vorgeschriebene Dokumentation hilfreich.

Kontaktpersonen für das GBV-Team im Krisenfall

Ich werde mich bei den ersten Anzeichen einer Krise möglichst selbst an das GBV-Team wenden.

Wenn ich das nicht schaffen sollte, möchte ich, dass diese Personen Kontakt zum GBV-Team aufnehmen:

(Bitte Namen und Kontaktdaten angeben)

Die genannten Personen wurden darüber informiert am _____ von _____
und haben sich einverstanden erklärt.

Wenn das GBV-Team sich Sorgen macht, weil ich z.B. nicht erreichbar bin, sollen die Mitarbeiter*innen folgende Vertrauenspersonen aus meinem Umfeld ansprechen:
(Bitte Namen und Kontaktdaten angeben)

Die genannten Personen wurden darüber informiert am _____ von _____
und haben sich einverstanden erklärt.

Meine persönlichen Bewältigungsstrategien für Krisen

Was mir bisher in Krisen geholfen hat:
(z.B. Bewegung, Entspannungsübungen, Gespräche mit Freunden, Gespräche mit Ärzt*innen / Therapeut*innen usw., Tee trinken, Musik hören, Bedarfsmedikamente,...)

Was ich erfahrungsgemäß in Krisen nicht tun sollte:

Meine Unterstützungswünsche im Krisenfall

Was ich in einer Krise von anderen brauche / was mir gut tut:

Was mir in einer Krise nicht gut tut (was andere also vermeiden sollten):

Wer mir im Krisenfall helfen kann

a) Private Personen (Wer? Womit können diese Personen helfen?)

b) Professionelle Helfer (Wer? Womit können diese Personen helfen?)

Mit folgenden Personen möchte ich in einer Krise möglichst keinen Kontakt haben:

Behandlungen und Hilfen, die ich im Krisenfall bekommen möchte:

Behandlungen und Hilfen, die ich im Krisenfall nicht bekommen möchte:
(Zum besseren Verständnis möglichst auch: Warum nicht?)

Wenn ich in Gefahr bin

Was passieren soll, wenn mein Verhalten mich selbst oder andere Menschen gefährdet:

Wo ich während der Krise sein möchte (und was dort zu beachten ist)

Meine Wünsche für den Aufenthaltsort während einer Krise:

(z.B.: zu Hause bleiben mit aufsuchenden Hilfen, bei Verwandten/Freunden, Krisenwohnung, Klinik,...)

Erste Wahl:

Zweite Wahl (wenn die erste unmöglich ist):

Dritte Wahl (wenn die ersten beiden unmöglich sind):

Wenn sich ein Klinikaufenthalt nicht vermeiden lässt, möchte ich möglichst in diese Klinik / auf diese Station:

Ich möchte soweit irgend möglich nicht in diese Klinik / auf diese Station:
(Zum besseren Verständnis bitte mit Begründung)

Was ich auf jeden Fall bei mir haben möchte, wenn ich nicht zuhause bin:
(z.B. Brille, Fotos von Angehörigen, Tagebuch,...)

Besondere Bedürfnisse, die beachtet werden sollten:
(z.B. körperliche Bedürfnisse, religiöse/kulturelle Bedürfnisse, Ernährung,...)

Was die Menschen, die dann in meiner Umgebung sind, über mich wissen sollten:
(Beispiele: Ich bin ein Morgenmuffel; Ich hasse es, wenn man „mein Lieber“/“meine Liebe“ zu mir sagt;...)

Wer ggf. versorgt werden muss, während ich nicht zuhause bin:
(z.B. Kinder, sonstige Angehörige, Haustiere,...)

Wer ggf. informiert werden soll, dass ich nicht zuhause bin:
(Namen, Kontaktdaten)

Wenn es mir wieder besser geht: Rückkehr aus der Krisenwohnung, aus der Klinik etc.

Soziale Angelegenheit, die ich vor der Rückkehr regeln muss

1. Was geregelt werden muss:

2. Welche Hilfen ich brauche und von wem:

3. Was ich möglichst selbst tun will, um die Dinge zu regeln:

Wieder zu Hause

Ich möchte, dass..... oder.....bei mir bleibt
und mir hilft, mich zu Hause wieder einzuleben.

Ggf. Kontaktdaten der genannten Personen ergänzen:

Dinge, die ich brauche oder die ich in den ersten Tagen nach einer Krise tun will, um wieder stabil zu werden:
(z.B.: Welche Alltagsroutinen kann ich wieder aufnehmen?)

Was während meiner Erholung von der Krise schädlich wäre

1. Dinge, die ich während meiner Erholung von der Krise vermeiden will:

2. Dinge, die andere während meiner Erholung von der Krise vermeiden sollten:

Ich kann von den Angaben in diesem Krisenplan aktuell jederzeit abweichen und anderslautende Wünsche äußern.

Dieser Krisenplan wurde ausgefüllt von:

_____ und _____
(Patient*in) (GBV-Mitarbeiter*in)

(Ort, Datum)

Der Krisenplan verbleibt im Original beim Patienten/bei der Patientin. **Beigefügt werden die Kontaktdaten für den Krisenfall** (Krisentelefon etc.).

Das GBV-Team erhält eine Kopie des Krisenplans. Nach Absprache kann der Plan auch im Intranet-Ordner (geschützt) des GBV-Teams gespeichert werden, damit im Krisenfall alle Mitarbeitenden auf die Informationen zugreifen können.

Psychiatrie der Zukunft

Hilfen wie aus einer Hand

DAS MODELLPROJEKT

Das Projekt „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“ (GBV) wird aus dem Innovationsfonds zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland gefördert.

Zielgruppe sind schwer psychisch erkrankte Menschen mit Einschränkungen der Teilhabe, die bislang häufig durch die Maschen der Regelversorgung fallen. Für sie wird modellhaft in zwölf Regionen eine ambulant-aufsuchende **psychosoziale Gesamtversorgung** aufgebaut, die alle individuell erforderlichen Hilfen miteinander vernetzt.

Die Grenzen der Sozialgesetzbücher spielen dabei keine Rolle mehr. Das bedeutet: Ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote der Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Teilhabeförderung werden gleichermaßen bedarfsgerecht einbezogen.

Die Leistungserbringer arbeiten also nicht nebeneinander her, sondern Hand in Hand miteinander, mit den Patient*innen und ihren Angehörigen.

Mobile **multiprofessionelle Teams** mit regionaler Zuständigkeit leisten eine multimodale Versorgung zusammen mit den behandelnden Ärzt*innen und den anderen Leistungserbringern vor Ort. Die Teams nehmen eine Anker- und Lotsenfunktion wahr. Sie planen alle Hilfen gemeinsam mit den Betroffenen und deren Umfeld.

Für akute Krisensituationen steht rund um die Uhr ein **vierstufiger Krisendienst** (Hotline, aufsuchender Dienst, Krisenwohnung, ärztlicher Hintergrunddienst) zur Verfügung.

Das Modellprojekt
„Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“ bietet für Ihre psychisch schwer erkrankten Patient*innen / Klient*innen umfassende psychosoziale Hilfen.

**Wirken Sie mit,
gestalten Sie mit!**

DIE PROJEKTZIELE

Die gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV) orientiert sich an international bereits etablierten Versorgungsmodellen. Die dortigen Erfahrungen lassen erwarten, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch die GBV **effektiver und effizienter** versorgt werden können. Ziele sind u. a.

- der Ausbau der intensiv-ambulanten Versorgungsformen,
- die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Betroffenen,
- eine höhere Versorgungszufriedenheit sowohl der Patient*innen selbst wie auch ihrer Angehörigen.

Die Erreichung der Projektziele wird in einer randomisiert-kontrollierten Studie durch die Universität Ulm (Prof. Dr. Kilian) überprüft.

DIE REGIONEN UND PROJEKTBETEILIGTEN

Umgesetzt wird die GBV in folgenden **Regionen**: Augsburg, Berlin, Dresden, Essen, Kreis Mettmann, Mönchengladbach, München, Paderborn, Saarbrücken, Solingen, Ulm/Neu-Ulm, Kreis Viersen.

Beteiligt sind seitens der **Krankenkassen** die AOK Bayern, die AOK Rheinland/Hamburg, die KKH, die TK und die GWQ Service plus AG mit 15 Betriebskrankenkassen, zudem **Leistungserbringer** aus zwölf Regionen mit ihren Managementgesellschaften sowie die **Universität Ulm**. Die Konsortialführung liegt beim Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.

Aus den Regionen liegen bereits zahlreiche Absichtserklärungen von Kliniken, niedergelassenen Ärzt*innen und weiteren Leistungserbringern zur **Beteiligung an der GBV vor Ort** vor.

IHRE ANSPRECHPARTNERIN VOR ORT

Pinel Netzwerk
Anett Keidel
Joachimsthaler Straße 19
10719 Berlin

Mobil: 0178 9423914
E-Mail: anett.keidel@pinel.de



www.gbv.online

Hilfen wie aus einer Hand

Das Modellprojekt
Gemeindepsychiatrische
Basisversorgung (GBV)



GBV Gemeindepsychiatrische
Basisversorgung

Die Leistungserbringer arbeiten nicht nebeneinander her, sondern Hand in Hand miteinander, mit den Patient*innen und ihren Angehörigen.



Umgesetzt wird das Projekt deutschlandweit in zwölf Regionen.

Vorwort



LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

wenn Sie persönliche oder berufliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen haben, kennen Sie das Problem: In Deutschland gibt es fast überall umfassende Angebote der Behandlung, Betreuung und Unterstützung. Diese sind allerdings in ihrer Vielfalt kaum noch zu überschauen und inhaltlich oft nicht gut aufeinander abgestimmt. Gerade schwer psychisch erkrankte Menschen mit vielfältigem Unterstützungsbedarf und ihre Angehörigen fühlen sich von der Komplexität des Versorgungssystems oft überfordert.

Die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV) soll die Hilfen für schwer psychisch erkrankte Menschen deutlich verbessern. In unserem Modellvorhaben, das vom Innovationsfonds gefördert wird, bauen wir in zwölf Regionen besondere Angebote auf und untersuchen sie mit einer begleitenden wissenschaftlichen Studie.

Wir sind überzeugt davon, dass psychiatrische Unterstützungsangebote konsequent vom erkrankten Menschen und seinen Bedürfnissen her gedacht werden müssen.

Deshalb gibt es in der GBV eine koordinierende Bezugsperson, die sich darum kümmert, dass alle erforderlichen Hilfen zustande kommen und zueinander passen – und dass sie den Wünschen der Betroffenen entsprechen. Alle Beteiligten (z. B. Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, gesetzliche Betreuer*innen usw.) setzen sich regelmäßig gemeinsam mit den Patient*innen, ihren Angehörigen und Freunden an einen Tisch und besprechen die aktuellen Sichtweisen und Wünsche aller Beteiligten. Und wir bieten rund um die Uhr Krisendienste an, die auch nachts, am Wochenende und an Feiertagen den Betroffenen mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Nicht die Patient*innen sind in das psychiatrische Versorgungssystem einzupassen, sondern das System muss den Patient*innen und ihren Angehörigen dienen. Diese Forderung wird seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 regelmäßig erhoben, ist aber bis heute noch nicht angemessen umgesetzt. Wir glauben, dass die GBV einen wichtigen und wirksamen Beitrag zur Verbesserung der psychiatrischen Hilfen für die Betroffenen leisten wird.

Nils Greve
Projektleiter

Motivation



AUSGANGSSITUATION UND MOTIVATION DES PROJEKTES

Unter den psychisch erkrankten Menschen gibt es eine Gruppe mit besonders umfangreichem Versorgungsbedarf. Bei diesen Menschen liegt eine „schwere psychische Erkrankung“ (engl. severe mental illness – SMI) vor, die mit erheblichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen einhergeht. Auch die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe sind dadurch eingeschränkt. Schätzungen zufolge sind 1 % bis 2 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren schwer psychisch erkrankt.

UNZUREICHENDE VERSORGUNGS- UND UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE

Trotz kontinuierlicher Weiterentwicklung gemeindenaher Angebote der Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe werden die Betroffenen vielfach nicht ausreichend versorgt. Insbesondere fehlen intensiv-ambulante Hilfen mit aufsuchend arbeitenden Teams und rund um die Uhr verfügbaren Krisendiensten. Diese Umstände führen zu einer Unter- bzw. Fehlversorgung, die sich besonders in akuten Krisensituationen zeigt: Es kommt zu unnötigen Krankenhausaufnahmen und -behandlungen mit entsprechend hohen Kosten. Die damit verbundene Herausnahme aus dem persönlichen Lebensumfeld sowie häufig traumatisierende Begleitumstände bei Zwangseinweisungen sind für die erkrankten Menschen äußerst belastend. Das Vertrauen ins Hilfesystem wird nicht selten nachhaltig zerstört.

Ein weiteres Problem ist die starke Fragmentierung des Versorgungssystems. Die Behandlungs- und Betreuungsleistungen sind aufgeteilt auf unterschiedliche Sozialleistungsträger mit unterschiedlichen, getrennten Vergütungssystemen. Dies führt dazu, dass einzelne Leistungserbringer unverbunden nebeneinander her arbeiten, obwohl es um dieselben Betroffenen geht. Fallbezogene Kooperationen bleiben oft unverbundlich oder finden gar nicht erst statt.

Infolgedessen erhalten die Betroffenen nicht, wie es erforderlich wäre, komplexe, vernetzte Leistungen „wie aus einer Hand“. Schwer psychisch erkrankte Menschen, für die Sicherheit, Vertrauensaufbau und Beziehungskontinuität zu unterstützenden Personen besonders wichtig wären, sehen sich stattdessen mit einem schwer durchschaubaren Dickicht einzelner Angebote, Maßnahmen und Interventionen konfrontiert. Dies ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen bzw. engen Bezugspersonen in hohem Maße unbefriedigend. Volkswirtschaftlich betrachtet entstehen zudem Effizienzverluste für das gesamte Versorgungssystem.

LÖSUNGSANSÄTZE

Wie sich diese Versorgungslücke schließen lässt, zeigen internationale Vorbilder, deren Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien bereits erwiesen wurde. Im Mittelpunkt des Versorgungssystems müssen multiprofessionelle, ambulant-aufsuchend arbeitende gemeindepsychiatrische Basisteams stehen, orientiert an den britischen Community Mental Health Teams (CMHT) und dem niederländischen Modell des „Flexible Assertive Community Treatment“ (FACT-Modell). Zum Angebot müssen auch rund um die Uhr erreichbare Kriseninterventionsdienste (Assertive Outreach) gehören.

Die gemeindepsychiatrischen Basisteams nehmen für die Betroffenen und ihre Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen eine

Anker- und Lotsenfunktion wahr und planen mit ihnen gemeinsam die im Einzelfall gebotenen Hilfen. Für die erforderlichen Verständigungs- und Aushandlungsprozesse steht mit dem skandinavischen Konzept des Offenen Dialogs ein erprobtes Werkzeug zur Verfügung.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) nimmt in ihrer 2019 aktualisierten S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ auf die genannten Vorbilder Bezug und fordert ausdrücklich dazu auf, entsprechende „gemeindepsychiatrische Systeminterventionen“ auch in Deutschland flächendeckend zu etablieren.

MULTIPROFESSIONELLE GEMEINDEPSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG

Empfehlung 10 (NEU)

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Empfehlung 11 (NEU)

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlung 12

Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlung 14

Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung die gemeinsame Verantwortung sowohl für die gesundheitliche als auch die psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und so die Behandlungskontinuität sichern.

Quelle: DGPPN (Hrsg.), S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update 2019.

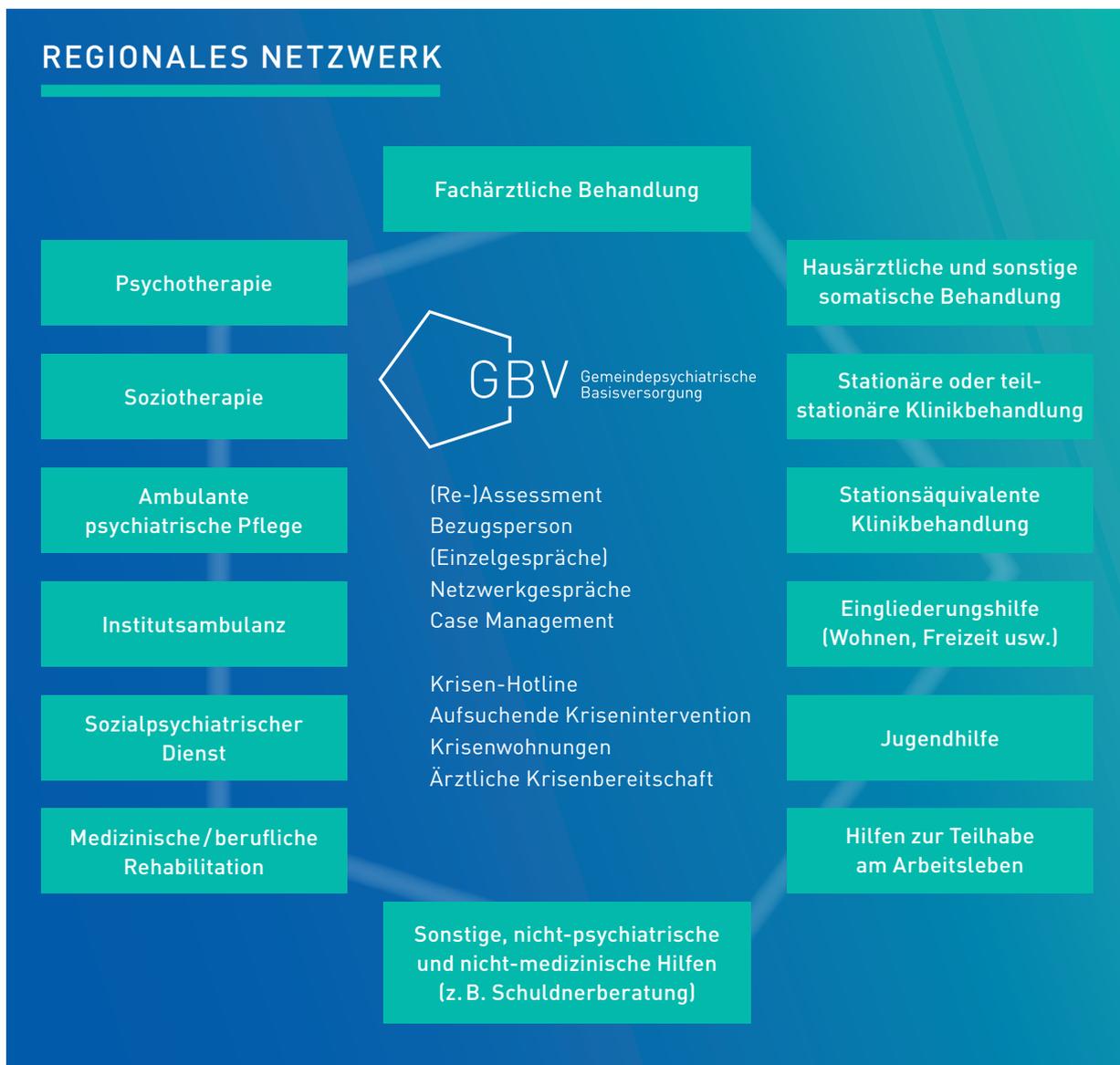
Dies ist der Ausgangspunkt für das Projekt Gemeindepsychiatrische Basisversorgung. Im Rahmen des Projektes sollen die „gemeindepsychiatrischen Systeminterventionen“ gemäß der oben zitierten Leitlinie der DGPPN in ausgewählten Regionen implementiert werden. Die beschriebene Versorgungslücke soll geschlossen und die

Zersplitterung entlang der einzelnen Sozialgesetzbücher überwunden werden. Eine wissenschaftliche Begleitstudie wird die Umsetzung evaluieren.

Charakteristika der GBV

Die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung ist für Menschen konzipiert, die aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung einen komplexen psychosozialen Hilfebedarf haben. Die Indikation zur GBV wird in einem eigens entwickelten Assessment abgeklärt, das standardisierte Diagnoseverfahren und klinische Einschätzung verbindet.

Im Rahmen der GBV wird für die Patient*innen SGB-übergreifend eine ambulant-aufsuchende psychosoziale Gesamtversorgung unter Einbeziehung und Vernetzung aller individuell erforderlichen Hilfen aufgebaut. Die erkrankten Menschen und ihre Angehörigen bzw. engen Bezugspersonen sollen alle für sie indizierten Hilfen niederschwellig erreichen und verbundförmig „wie aus einer Hand“ erhalten.



VIERSTUFIGER KRISENDIENST



„Wir sind für Sie da – rund um die Uhr, telefonisch und mit Hausbesuchen.“

Im Zentrum des Versorgungsangebotes stehen die regionalen, multiprofessionell besetzten GBV-Teams. Sie leisten die psychosoziale Versorgung teils selbst, teils in Vernetzung mit weiteren Anbietern von Behandlungsmaßnahmen, psychosozialen Hilfen aus anderen Sozialgesetzbüchern und nicht-psychiatrischen Hilfen. Kooperationspartner sind insbesondere Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut*innen, ambulante Pflegedienste, Sozio- und Ergotherapeut*innen, Krankenhäuser mit ihren Psychiatrischen Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste sowie Anbieter der Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Rehabilitation und Beratung. Damit werden Leistungen miteinander verknüpft, die in der traditionellen Versorgung inhaltlich und institutionell getrennt sind.

Ein Mitglied des GBV-Teams fungiert als fester Ansprechpartner und hält kontinuierlich Kontakt zum psychisch erkrankten Menschen und dessen Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen. Gemäß dem individuellen Bedarf führt das GBV-Team zudem „Netzwerkgespräche“ unter Einbeziehung von Betroffenen, Angehörigen und Leistungserbringern durch, an denen in der Regel der feste Ansprechpartner sowie mindestens ein weiteres Teammitglied teilnehmen.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der GBV ist die vierstufige ambulante Krisenintervention, die unnötige Hospitalisierungen vermeiden soll: Die GBV-Teams sind rund um die Uhr telefonisch erreichbar, fahren bei Bedarf als „aufsuchender Krisendienst“ zu den Klient*innen, stellen „Krisenwohnungen“ zur Verfügung und halten einen ärztlichen Hintergrunddienst vor.

Projektziele

**Erfahrene gemeinde-
psychiatrische Träger-
organisationen verbinden in
diesem Projekt separierte
Systeme und schaffen Hilfen
„wie aus einer Hand“.**

Birgit Görres
Geschäftsführerin Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.



Im Rahmen des Projekts wird die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV) in zwölf Regionen implementiert und wissenschaftlich evaluiert. Das Projekt soll zeigen, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch die GBV effektiver und effizienter versorgt werden können. Dies käme erstens den Betroffenen und ihren Angehörigen bzw. engen Bezugspersonen unmittelbar zugute und hätte zweitens positive Auswirkungen auf das gesamte Versorgungssystem.

Die psychisch erkrankten Menschen sollen zunehmend in die Lage versetzt werden, selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu agieren und die für sie jeweils erforderlichen Unterstützungen in Anspruch zu nehmen. Der regelhafte Einbezug von Betroffenen und ihren Angehörigen bzw. engen Bezugspersonen in die gesamte Planung und Steuerung der Versorgung soll das Erleben von Selbstwirksamkeit stärken und die Behandlungszufriedenheit erhöhen.

ERWARTETER NUTZEN FÜR BETROFFENE UND ANGEHÖRIGE / ENGE BEZUGSPERSONEN

Die GBV soll es den Patient*innen ermöglichen, alle für sie erforderlichen Hilfen der

Behandlung, Rehabilitation, Teilhabeförderung und Pflege im ambulanten Bereich in aufeinander abgestimmter Form zu erhalten. Bislang ungedeckte Versorgungsbedarfe sollen abgedeckt werden. Es ist zu erwarten, dass der Gesundheitszustand der Betroffenen sich dadurch verbessert und bestehende Beeinträchtigungen der Teilhabe reduziert werden.

ERWARTETER NUTZEN FÜR DAS VERSORGUNGSSYSTEM

Nach den Evaluationsergebnissen internationaler Vorbilder ist zu erwarten, dass die genannten positiven Effekte für Betroffene und Angehörige bzw. enge Bezugspersonen ohne wesentliche Kostensteigerungen zu erzielen sind. Einsparungen sollten vor allem durch die Reduzierung der Anzahl und Dauer stationärer Krankenhausbehandlungen entstehen. Zudem verringern sich langfristige Behandlungskosten, wenn es durch die GBV gelingt, schwere Krankheitsverläufe abzumildern und den betroffenen Menschen Halt zu geben. Insgesamt sollte die GBV das Kosten-Effektivitätsverhältnis der eingesetzten Ressourcen verbessern, sowohl aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der Volkswirtschaft.

PERSPEKTIVE: ÜBERFÜHRUNG DER GBV IN DIE REGELVERSORGUNG

Für die Implementierung der Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung im Rahmen des Projektes wurden Regionen mit unterschiedlichen demografischen Strukturen (groß-/kleinstädtisch und ländlich), unterschiedlichen Landesgesetzen und unterschiedlich strukturierten Versorgungssystemen (vorhandene Fachärzte, Nähe der Versorgungsklinik, Zahl und Komplexität von Angeboten der Eingliederungshilfe usw.) ausgewählt. So sollen möglichst viele

Erkenntnisse über die Einsetzbarkeit der GBV unter heterogenen regionalen Voraussetzungen gewonnen werden.

Im Falle einer positiven Evaluation ist eine Übernahme der GBV in das Dritte Kapitel des SGB V möglich, beispielsweise durch Schaffung eines § 37c „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“, der die GBV-Leistungen umfasst:

§ 37C GEMEINDEPSYCHIATRISCHE BASISVERSORGUNG

(1) Versicherte, die wegen einer schweren psychischen Erkrankung nur über eine eingeschränkte psychosoziale Funktions- und Teilhabefähigkeit verfügen und einen trägerübergreifenden Versorgungsbedarf aufweisen, haben Anspruch auf eine ambulante gemeindepsychiatrische Basisversorgung. Diese umfasst

1. eine regelmäßige Bedarfsermittlung und Hilfeplanung,
2. regelhafte Netzwerkgespräche unter Einbezug des sozialen Umfeldes des Versicherten,
3. eine bedarfsgerechte Beratung und Betreuung durch eine/n Bezugsbegleiter/in,
4. einen durchgängig erreichbaren, bedarfsgerecht abgestuften Krisendienst.

(2) Die Leistungen werden durch spezielle, dafür besonders qualifizierte „GBV-Teams“ erbracht, die bedarfsgerecht weitere Leistungserbringer des SGB V sowie Leistungserbringer anderer Sozialleistungsbereiche gem. §§ 18-29 SGB I zur Versorgung hinzuziehen können. Die Koordination der verschiedenen Leistungserbringer obliegt dem GBV-Team. Zum Zwecke der Leistungserbringung im Rahmen der jeweils geltenden Sozialgesetzbücher schließen die Träger der GBV-Teams Verbundverträge mit dem erweiterten Leistungserbringerkreis.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § XX das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Gemeindepsychiatrische Basisversorgung erforderlich ist,
2. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung,
3. die Voraussetzungen, unter denen Ärztinnen/Ärzte zur Verordnung von Gemeindepsychiatrischer Basisversorgung berechtigt sind,
4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten/der Patientin,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes/der verordnenden Ärztin mit dem Leistungserbringer,
6. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des GBV-Teams mit weiteren Leistungserbringern aus dem SGB V sowie weiteren Sozialleistungsbereichen,
7. geeignete Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Mitwirkende

Das GBV-Projekt wird von einem Projektkonsortium aus Krankenkassen, Leistungserbringern und Wissenschaft durchgeführt. Beteiligt sind zudem zahlreiche regionale Kooperationspartner.

DIE PROJEKTPARTNER

Konsortialführung:

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
Richartzstraße 12
50667 Köln



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Gesamtprojektleitung und ärztliche Projektleitung:

Dipl.-Psych. Nils Greve, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Vorsitzender des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V.

Administrative Projektleitung:

Birgit Görres
Geschäftsführerin Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Beteiligte Krankenkassen:

Techniker Krankenkasse (TK), AOK Bayern, AOK Rheinland/Hamburg, Kaufmännische Krankenkasse (KKH), GWQ ServicePlus AG mit folgenden Betriebskrankenkassen: Audi BKK, BAHN-BKK, BKK Deutsche Bank AG, BKK Diakonie, BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg, Die Schwenninger Krankenkasse, energie-BKK, Heimat Krankenkasse, Salus BKK, SECURVITA Krankenkasse, Südzucker BKK, BKK Mobil Oil, Continentale BKK



Beteiligte Leistungserbringer als GBV-Vertragsnehmer:

Integre Augsburg, NiG Pinel (Berlin), MtVZ Dresden, Vincentro München, GpG NRW, Ivita Saarbrücken



Projektleitung Evaluation:

Prof. Dr. rer. soc. Reinhold Kilian, Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II am BKH Günzburg, Sektion Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

Die im Konsortium vertretenen Krankenkassen, Managementgesellschaften und gemeindepsychiatrischen Trägerorganisationen haben seit 2009 in rund 80 Regionen Deutschlands mit den Selektivverträgen „Netzwerk psychische Gesundheit“ (NWpG) und „Seelische Gesundheit leben“ (SeGel) gemäß § 140a SGB V regionale Teams aufgebaut, die für die eingeschriebenen Versicherten bereits einen Teil der beschriebenen Versorgungslücken schließen. Allerdings sind ihre Versorgungsleistungen auf das SGB V (d. h. auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung) beschränkt, die Einbeziehung weiterer Hilfen ist nicht Gegenstand der genannten Verträge.

Das Projekt Gemeindepsychiatrische Basisversorgung zielt hingegen darauf ab, Leistungen nach verschiedenen Sozialgesetzbüchern zu verknüpfen: Therapie und Behandlung, Rehabilitation, Förderung der Teilhabe am Arbeits- und gesellschaftlichen Leben, Jugend- und Familienhilfe usw.

INFRASTRUKTUR UND KOOPERATIONEN

Die GBV-Vertragsnehmer halten selbst oder gemeinsam mit Kooperationspartnern eine verbindliche regionale Infrastruktur vor.

INFRASTRUKTUR IN DEN GBV-REGIONEN

Multiprofessionelle Teams, angesiedelt bei regionalen gemeindepsychiatrischen Trägerorganisationen, mit den folgenden Berufsgruppen:

1. Pflegekräfte (möglichst mit Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung);
2. Fachkräfte der Sozialen Arbeit und/oder Sozialpädagogik;
3. optional außerdem Heilpädagog*innen, Heilerziehungspfleger*innen, Ergotherapeut*innen sowie Peer-Berater*innen.

Einbezug von Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen:

- Fachärzte, die die Leistungen der GBV verordnen und überprüfen – nach Möglichkeit sollen bereits behandelnde Ärzte einbezogen werden; soweit dies nicht möglich ist, stellt das GBV-Team eigene fachärztliche Kompetenz zur Verfügung;
- Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten mit Einbeziehung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung.

Rund um die Uhr erreichbarer, vierstufiger Krisendienst:

- mit Fachkraft besetzte telefonische Krisen-Hotline;
- aufsuchende Krisenintervention durch Fachkraft,
- empfohlen wird ein Hausbesuch durch zwei Personen, darunter wenigstens eine Fachkraft;
- jederzeit belegbare Krisenwohnung,
- bei Belegung Anwesenheit einer Mitarbeiterin, die nicht Fachkraft sein muss, aber die Hotline oder eine andere Fachkraft jederzeit telefonisch konsultieren kann,
- die Krisenwohnung kann mit anderen Einrichtungen verbunden sein, soll aber keine Klinikstation sein;
- ärztlicher Hintergrund für telefonische Konsultation und möglichst auch aufsuchbar.

Wenn an der GBV teilnehmende Patient*innen bereits in laufender Behandlung bei Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen sind, werden die entsprechenden vertragsärztlichen Praxen, Medizinischen Versorgungszentren oder Psychiatrischen Institutsambulanzen in die GBV-Leistungserbringung einbezogen. Darüber hinaus arbeitet das GBV-Team je nach regionalen

Gegebenheiten mit weiteren Leistungserbringern aus dem SGB V und anderen Sozialleistungsbereichen zusammen. Eine Übersicht über die beteiligten Akteur*innen bietet die Grafik auf Seite 6.

Ziel- gruppe



ZIELGRUPPE DES GBV-PROJEKTES / STUDIEN-TEILNEHMER*INNEN

Grundsätzlich richtet sich die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung an schwer psychisch erkrankte Menschen mit Einschränkungen der sozialen Teilhabe. Der entsprechende Bedarf wird durch ein eigenes entwickeltes Assessment festgestellt.

Darüber hinaus müssen Patient*innen für die Teilnahme am GBV-Projekt aber noch weitere Bedingungen erfüllen. Dies liegt zum einen daran, dass die GBV nur in zwölf Regionen und in Zusammenarbeit mit 19 Krankenkassen implementiert wird. Die Teilnehmenden müssen also in einem der betreffenden Versorgungsgebiete wohnen und bei einer der beteiligten Krankenkassen versichert sein.

Zum anderen dient das Projekt dazu, die GBV wissenschaftlich zu evaluieren. Deshalb müssen die Teilnehmenden bereit sein, an der entsprechenden Studie der Universität Ulm mitzuwirken. Im Rahmen der Studie

werden sie entweder der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe zugelost. Die Interventionsgruppe erhält die beschriebenen Leistungen der GBV. Die Kontrollgruppe erhält weiterhin alle Regelleistungen, aber keine zusätzlichen Leistungen der GBV. Die Studienteilnehmer*innen aus beiden Gruppen werden regelmäßig mittels eines standardisierten Instrumentariums befragt.

Aus rechtlichen, ethischen und inhaltlichen Gründen können bestimmte Patientengruppen nicht in die Studie eingeschlossen werden, darunter Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit bestimmten Krankheitsbildern (z. B. den Hauptdiagnosen Demenz, Suchterkrankung, Intelligenzminderung). Letztlich ergeben sich folgende Ein- und Ausschlusskriterien:

EINSCHLUSSKRITERIEN

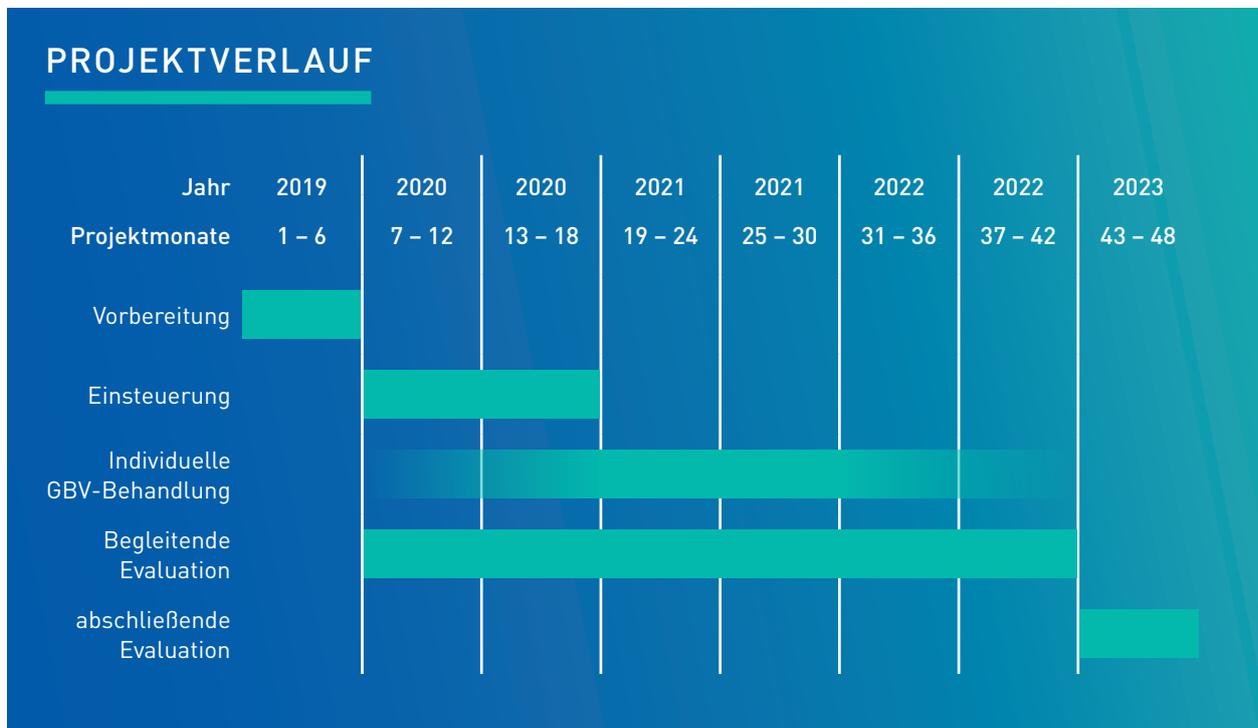
- Mindestalter: 18 Jahre
- Schwere psychische Erkrankung mit Hauptdiagnose der ICD-10 Diagnosegruppen F2, F3, F4, F5 oder F6
- Versicherung bei einer der teilnehmenden Krankenkassen
- Fester Wohnsitz in einer der Projektregionen bzw. dort in einem versorgten PLZ-Gebiet
- Durch ein Assessment festgestellte Indikation zur GBV-Behandlung

AUSSCHLUSSKRITERIEN

- Vorherrschende Symptomatik der Diagnosegruppen F0, F1, F7, F8 oder F9
- Erhebliche somatische Behandlungs- oder Pflegebedürftigkeit
- Teilnahme an einem Selektivvertrag vom Typ Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG) oder Seelische Gesundheit leben (SeGel) in den vergangenen sechs Monaten vor Studienbeginn
- Ruhen des Leistungsanspruchs gemäß § 16 SGB V (betr. u.a. Freiheitsstrafen und Maßregelvollzug)

Projekttablauf

Das GBV-Projekt umfasst einen Zeitraum von vier Jahren (Juli 2019 bis Juni 2023) und ist in fünf Phasen aufgeteilt:



1. Vorbereitung

Die Vorbereitungsphase bis Ende 2019 (Projektmonate 1 – 6) wird insbesondere für die Gewinnung von kooperierenden Leistungserbringern und Studienteilnehmer*innen genutzt. Zudem erfolgt die Qualifizierung der beteiligten Mitarbeitenden, u. a. durch eine Schulungsreihe zu Netzwerkgesprächen und durch Seminare zu relevanten Einzelthemen

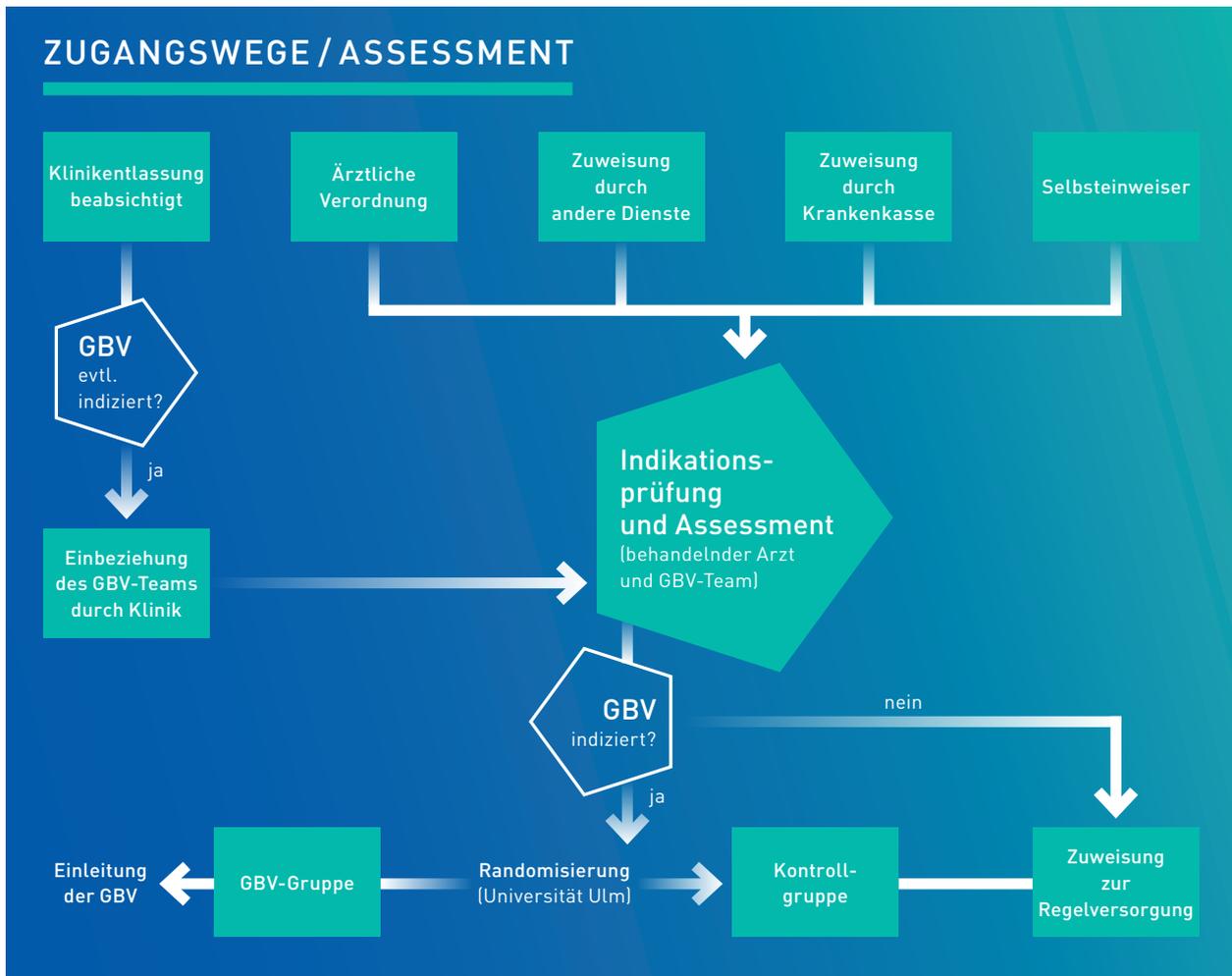
2. Einsteuerung

Im gesamten Jahr 2020 (Projektmonate 7 – 18) werden Teilnehmende ins Projekt eingesteuert. Zur Einsteuerung gehören die folgenden Schritte:

ZUGANG INS PROJEKT

Der Zugang zur Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll möglichst weit und niedrigschwellig geöffnet werden. Daher sind verschiedene Zugangswege vorgesehen. Die teilnehmenden Krankenkassen informieren ihre Versicherten mit entsprechendem Krankheitsbild über das Projekt und laden zur Teilnahme ein. Ebenso fungieren die regional vorhandenen psychiatrischen und psychosozialen Leistungserbringer als Zuweiser. Auch Beratungsstellen, das Jobcenter und andere Einrichtungen, die mit schwer psychisch erkrankten Menschen Kontakt haben, können Patient*innen bzw. Klient*innen ins Projekt vermitteln. Zuweisungs- und Vermittlungsbemühungen dürfen dabei nur Hinweis- und Empfehlungscharakter haben. Die Entscheidung über die Teilnahme liegt selbstverständlich bei den Betroffenen selbst.

ZUGANGSWEGE / ASSESSMENT



ASSESSMENT MIT POSITIVEM (EIGNUNG FÜR DIE STUDIENTEILNAHME) ODER NEGATIVEM (KEINE EIGNUNG FÜR DIE STUDIENTEILNAHME) ERGEBNIS

Die GBV-Teams ermitteln im Erst-Assessment unter fachärztlicher Beteiligung mit jeder/jedem Teilnehmenden, ob eine schwere psychische Erkrankung mit erheblichen psychosozialen Funktionseinschränkungen vorliegt, die eine GBV erfordert. Sie verwenden hierzu standardisierte diagnostische Verfahren (z. B. die Fragebögen HoNOS, CAN-EU), einen strukturierten Anamnese- und Befundbogen und die Soziale Netzwerkarte. Die Passgenauigkeit des Erst-Assessments ist auch Gegenstand der Evaluation.

ZUWEISUNG ZUR INTERVENTIONS- ODER KONTROLLGRUPPE

Wenn das Assessment ergeben hat, dass die Person die Voraussetzungen für die Studienteilnahme erfüllt, nimmt die Universität Ulm eine zufallsgesteuerte Zuweisung zur Inter-

ventions- oder zur Kontrollgruppe vor. Die Teilnehmenden in der Kontrollgruppe erhalten weiterhin alle Leistungen der Regelversorgung, aber keine zusätzlichen Leistungen der GBV.

3. Individuelle GBV-Behandlung

Die Teilnehmenden in der Interventionsgruppe erhalten jeweils zwei Jahre lang eine individuell zugeschnittene Behandlung entsprechend dem Konzept und den Rahmenvorgaben der Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung. Je nach Zeitpunkt der Einsteuerung beginnt diese Behandlung frühestens Anfang 2020, spätestens am 01.01.2021. Für das Gesamtprojekt bedeutet das: GBV-Behandlungen werden in den Jahren 2020 bis 2022 geleistet (Projektmonate 7–42).

Die zweijährige individuelle GBV-Behandlung ist grob in drei Phasen untergliedert, deren Ausgestaltung und Dauer je nach persönlichem Bedarf angepasst werden kann:

PHASE 1: EINSTIEGSPHASE

In den ersten zwei Monaten steht das GBV-Team in intensivem, hochfrequentem Kontakt mit dem Betroffenen und den Angehörigen bzw. benannten Bezugspersonen. Gemeinsam planen sie die gesamte Behandlung und Betreuung (**Hilfeplanung**). Bereits tätige behandelnde Ärztinnen und Psychotherapeutinnen sowie weitere Leistungserbringer, z. B. aus dem Bereich der Eingliederungshilfe, werden so weit wie möglich einbezogen. Die Hilfeplanung schließt eine besondere **Krisenprävention** ein: Mit den Betroffenen, Angehörigen/Bezugspersonen und Leistungserbringern wird in Netzwerkgesprächen besprochen, wie Krisen vermieden werden können, welche Hilfen im Krisenfall zur Verfügung stehen und wie Betroffene und Angehörige/Bezugspersonen sie bestmöglich nutzen können.

Um Beziehungskontinuität und Vertrauensbildung zu ermöglichen, übernimmt ein Mitglied des GBV-Teams die Rolle des dauerhaften Ansprechpartners für den gesamten Zeitraum der individuellen GBV-Behandlung.

PHASE 2: LAUFENDE VERSORGUNG

In den Monaten 3 – 18 der individuellen GBV-Behandlung hält das GBV-Team bedarfsgerecht, mindestens aber einmal monatlich **Kontakt** zum Betroffenen und seinen Angehörigen/Bezugspersonen, um die laufende Versorgung zu stabilisieren und ggf. zu modifizieren. Die Hilfeplanung wird bei aktuellem Bedarf (insbesondere in Krisenfällen), mindestens jedoch in halbjährlichen Abständen gemeinsam überprüft und angepasst (Re-Assessment). Darüber hinaus führt das GBV-Team im jeweils erforderlichen Ausmaß **Netzwerkgespräche** unter Einbeziehung von Betroffenen, Angehörigen/Bezugspersonen und Leistungserbringern durch, an denen in der Regel der feste Ansprechpartner sowie mindestens ein weiteres Teammitglied teilnehmen.

PHASE 3: ABLÖSUNGSPHASE

Gegen Ende der GBV-Behandlung, typischerweise in den letzten sechs Monaten, sollte die Kontaktfrequenz ausschleichend sinken. Bei einer krisenhaft verlaufenden Ablösung kann jedoch vorübergehend auch eine höhere Kontaktdichte erforderlich werden. Auch hier werden von allen Beteiligten gemeinsam jeweils individuell passende Vorgehensweisen vereinbart.

4. Begleitende Evaluation

Parallel zu den GBV-Behandlungen (Projektmonate 7–42) erfolgt die Datenerhebung für die Evaluation. Alle Studienteilnehmer*innen, sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe, sowie möglichst deren Angehörige oder enge Bezugspersonen werden insgesamt fünf Mal durch Mitarbeiter*innen der Universität Ulm mittels überwiegend standardisierter Fragebögen befragt:

- zu Beginn des Studienzeitraums, möglichst innerhalb einer Woche nach dem Erst-Assessment (Baseline-Befragung, Erhebungszeitpunkt t0),
- nach sechs Monaten (Erhebungszeitpunkt t1),

- nach zwölf Monaten (Erhebungszeitpunkt t2),
- nach 18 Monaten (Erhebungszeitpunkt t3),
- nach 24 Monaten (Erhebungszeitpunkt t4).

5. Abschließende Auswertung

In der ersten Hälfte des Jahres 2023 (Projektmonate 43–48) erfolgt die abschließende Auswertung der erhobenen Daten. Das Forscherteam der Universität Ulm erstellt und veröffentlicht einen Abschlussbericht. Zudem sind eigene Fachpublikationen des Projektkonsortiums geplant, welche u. a. die Praxiserfahrungen der GBV thematisieren.

Evaluation

Im Rahmen des Projektes wird die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung in zwölf Regionen implementiert und zugleich bezüglich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Die Evaluation erfolgt unter Leitung von Prof. Dr. rer. soc. Reinhold Kilian (Universität Ulm).

STUDIENDESIGN

Das Forscherteam der Universität Ulm hat eine randomisierte, kontrollierte Studie im Messwiederholungsdesign (Paneldesign) konzipiert. Im Einzelnen bedeutet dies:

- Die Teilnehmenden werden je zur Hälfte auf zwei Gruppen aufgeteilt. Die eine Gruppe („Interventionsgruppe“) erhält die beschriebenen Leistungen der GBV. Die andere Gruppe („Kontrollgruppe“) erhält die übliche Standardversorgung (engl. TAU

= treatment as usual). In der Auswertung werden die Ergebnisse der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe miteinander verglichen.

- Die Zuordnung der Teilnehmende zu einer der beiden Gruppen erfolgt zufallsgesteuert (randomisiert) durch das Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie der Universität Ulm.
- Im Studienverlauf werden die Teilnehmenden mehrfach, nämlich insgesamt fünf Mal in halbjährlichen Abständen, mit dem gleichen Instrumentarium befragt (Messwiederholungsdesign).

MESSINSTRUMENTE FÜR BETROFFENE

Die wesentlichen, standardisierten Erhebungsinstrumente für die Patient*innen-Befragungen sind:

MESSINSTRUMENTE FÜR BETROFFENE

Fragebogen zur Messung von Empowerment bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen (EPAS)

erfasst Empowerment als einen Prozess zur Erweiterung der Möglichkeiten, das eigene Leben zu kontrollieren, abgebildet in den fünf Dimensionen Alltagsleben, soziale Beziehungen, Behandlungspartizipation, Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl

Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)

bildet die klinische und psychosoziale Beeinträchtigung der Betroffenen diagnoseunabhängig auf zwölf Dimensionen ab

Camberwell Assessment of Need (CAN)

erfasst den Hilfebedarf und die Bedarfsdeckung für 23 Bereiche aus der Perspektive der Betroffenen

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF 8) = deutschsprachige Kurzversion des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

erfasst die Zufriedenheit der Betroffenen mit ihrer psychiatrischen Versorgung

Kurzversion des WHO-Fragebogens zur Messung der Lebensqualität (WHOQOL-BREF)

erfasst die subjektive Lebensqualität der Betroffenen in den Dimensionen körperliche Gesundheit, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umweltbedingungen.

Euro-Qol

erfasst die subjektive Beschreibung und Bewertung der Lebensqualität

MESSINSTRUMENTE FÜR ANGEHÖRIGE / BEZUGSPERSONEN

Deutschsprachige Version des Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)

erfasst die Belastung von Angehörigen bzw. von engen Bezugspersonen der an der Untersuchung beteiligten Betroffenen

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF 8) = deutschsprachige Kurzversion des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

erfasst in diesem Fall die Zufriedenheit des Angehörigen bzw. der engen Bezugsperson mit der psychiatrischen Versorgung des erkrankten Menschen

Kurzversion des WHO-Fragebogens zur Messung der Lebensqualität (WHOQOL-BREF)

erfasst in diesem Fall die subjektive Lebensqualität des Angehörigen bzw. der engen Bezugsperson in den Dimensionen körperliche Gesundheit, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umweltbedingungen

MESSINSTRUMENTE FÜR ANGEHÖRIGE / BEZUGSPERSONEN

Alle in die Studie eingeschlossenen Patient*innen werden um die Benennung einer/eines Angehörigen beziehungsweise einer engen Bezugsperson gebeten, zu der regelmäßiger Kontakt besteht und die den Betroffenen bei der Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen unterstützt. Die benannte Person wird parallel zu den Betroffenen-Befragungen ebenfalls befragt.

ERFASSUNG DER KOSTENDATEN

Die Inanspruchnahme von gesundheitlichen und psychosozialen Versorgungsleistungen wird mit dem Client Sociodemographic and Services Receipt Interview (CSSRI-EU) erhoben. Durch die Multiplikation der in Anspruch genommenen Leistungseinheiten mit den Abrechnungskosten pro Einheit lassen sich die volkswirtschaftlichen Krankheitskosten ermitteln.

Darüber hinaus stellen die beteiligten Krankenkassen ihre personenbezogenen Abrechnungsdaten (pseudonymisiert) zur Verfügung. Auf dieser Grundlage kann in der Auswertung auch eine gesundheitsökonomische Analyse aus der Perspektive der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen.

DATENSCHUTZ

Die Erfassung, Archivierung und Auswertung der Studiendaten erfolgt unter Einhaltung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

ETHISCHE ASPEKTE

Die Studie wird den zuständigen Ethikkommissionen zur Bewertung vorgelegt. Ein positives Votum der Ethikkommissionen in allen teilnehmenden Regionen ist Voraussetzung für die Durchführung der Studie.



Ansprechpartner*innen

Augsburg

INTEGRE Gesellschaft für Kooperation und Vernetzung im Sozial- und Gesundheitswesen mbH
Martin Zepf
vincentro Augsburg
Frölichstraße 18
86150 Augsburg
Telefon: 0821 4553320
E-Mail: gbv@integre-gmbh.de

Berlin

Pinel Netzwerk
Anett Keidel
Joachimsthaler Straße 19
10719 Berlin
Telefon: 030 88727680
Mobil: 0178 9423914
E-Mail: anett.keidel@pinel.de

Dresden

Medizinisch-therapeutisches Versorgungszentrum Dresden gGmbH
Kay Herklotz
Fetscherstraße 32/34
01307 Dresden
Telefon: 0351 31469980
E-Mail: info@ptv-sachsen.de

Essen

Contigo-Ruhr gGmbH
Sabine Stratmann und Marc Ernek
Benno-Strauß-Straße 10
45145 Essen
Telefon: 0201 740777
E-Mail: info@contigo-ruhr.de

Kreis Mettmann

Verbund für Psychosoziale Dienstleistungen gGmbH
Anne Sprenger
Hauptstraße 22
40764 Langenfeld
Telefon: 02173 1623314
E-Mail: anne.sprenger@vpd-mettmann.de

Mönchengladbach

Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e. V.
Ursula Kranz-Streyll (Fallmanagerin)

LVR-Klinik Mönchengladbach
Güldenur Genc-Mat (Leitende Oberärztin)

Dahlener Straße 116
41239 Mönchengladbach
Telefon: 02166 970470
E-Mail: u.kranz-streyll@rehaverein-mg.de

LVR-Klinik Langenfeld
Prof. Dr. Birgit Janssen (Chefärztin)
Abteilung Allgemeine Psychiatrie 2
Telefon: 02173 1022060
E-Mail: birgit.janssen@lvr.de

München

vincentro München
Cordula Enzler und Tanja Tücking
Landsberger Straße 367
80687 München
Telefon: 089 44488280
E-Mail: koordinationsstelle@vincentro-muenchen.de

Paderborn

SPI Paderborn e. V.
Irmgard Alboth
Lindenweg 5
33098 Paderborn
Telefon: 05251 89223501
Mobil: 0175 4337806
E-Mail: irmgard.alboth@spi-paderborn.de

Saarbrücken

Ivita Rheinland-Pfalz und Saarland gGmbH

Ulrich Baus

Richard-Wagner-Straße 23

66111 Saarbrücken

Telefon: 0681 3799870

E-Mail: u.baus@ivita-ggmbh.de

Solingen

Psychosozialer Trägerverein Solingen e. V.

Dr. med. Thomas Hummelsheim

Eichenstraße 105 – 109

42659 Solingen

Telefon: 0212 2482131

E-Mail: thomas.hummelsheim@ptv-solingen.de

LVR-Klinik Langenfeld

Dr. med. Florence Hellen (Chefärztin)

Abteilung Allgemeine Psychiatrie 3

Telefon: 02173 1022050

E-Mail: florence.hellen@lvr.de

Ulm/Neu-Ulm

**INTEGRE Gesellschaft für Kooperation
und Vernetzung im Sozial- und
Gesundheitswesen mbH**

Erika Buchmüller

vincentro Neu-Ulm/Ulm

Eckstraße 3

89231 Neu-Ulm

Telefon: 0731 8800160

E-Mail: gbv@integre-gmbh.de

Kreis Viersen

Netzwerk für psychische Gesundheit

Kreis Viersen

Sozialpsychiatrischer Verbund

Haus an der Dorenburg

Marian Kischkel

An der evangelischen Kirche 25

47929 Grefrath

Telefon: 02158 91880

Mobil: 0173 2576117

E-Mail: gbv@sozialpsychiatrie-dorenburg.de

Evaluation

**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm**

am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Dr. Annabel Müller-Stierlin und

Stephanie Newe

Ludwig-Heilmeyer-Straße 2

89312 Günzburg

Telefon: 08221 9629202

E-Mail: gbv@uni-ulm.de

GBV-TEAM

**Gesamtprojektleitung
und ärztliche Projektleitung:**

Nils Greve

Telefon: 0163 2482112

E-Mail: greve@psychiatrie.de

Administrative Projektleitung:

Birgit Görres

Referent*innen:

Daniel Meister

Telefon: 0171 9950133

E-Mail: meister@psychiatrie.de

Dr. phil. Elke Prestin

Telefon: 0171 9949846

E-Mail: prestin@psychiatrie.de

Jessica Reichstein

Telefon: 0170 8044366

E-Mail: reichstein@psychiatrie.de



**Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.**

Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV)
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
Geschäftsstelle
Richartzstraße 12
50667 Köln
E-Mail: info@gbv.online

www.gbv.online



Vorschlag zur Schaffung sektoren- und rechtskreisübergreifender Komplexleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Überarbeitete Fassung

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben einen besonderen Bedarf an Hilfestellungen, vor allem in Form einer kontinuierlichen Begleitung sowie einer fallbezogenen Vernetzung und Koordination aller beteiligten Leistungsbringer. Die dazu notwendigen Leistungen werden von der einschlägigen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN mit höchsten Evidenzgraden empfohlen.

Leistungen der Behandlung, Teilhabeförderung oder Jugendhilfe werden zwar bereits im bestehenden Recht dazu genutzt, zumindest Annäherungen an eine solche komplexe Gesamtleistung zu erreichen, insbesondere die langfristige Begleitung und in gewissem Maße darüber hinaus auch die fallbezogene Koordination von Teilen der Hilfen. Zu nennen wären hier exemplarisch die Soziotherapie, die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, StäB und Entlassmanagement der Krankenhäuser sowie die KSVPsych-Richtlinie im Bereich des SGB V, die Gesamt- und Teilhabeplanung im SGB IX oder der Verfahrenslotse im SGB VIII. Es fehlt aber an Gesetzesnormen und daraus hervorgehenden Richtlinien und Vereinbarungen, die *über die einzelnen SGB-Bücher hinweg* eine Vernetzung *aller* im Einzelfall geleisteten Hilfen wirksam regeln.

Die im Folgenden vorgeschlagenen Gesetzesnormen sollen eine Verbesserung der Versorgung und Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bewirken, indem sie eine *sektoren- und rechtskreisübergreifende Komplexleistung als verpflichtenden integralen Bestandteil aller Leistungen im Rahmen der bestehenden Strukturen* definieren. Mit den vorgeschlagenen Paragraphen sollen bereits bestehende Leistungen der Regelversorgung um eine personell kontinuierliche Bezugsbegleitung – mit Anker- und Lotsenfunktion und idealerweise für die gesamte Dauer der Hilfsbedürftigkeit – sowie eine fallbezogene intensive Koordination und gemeinsame Leistungsplanung aller beteiligten Dienste unter Einschluss der Betroffenen und des privaten sozialen Umfelds ergänzt werden.

Ziel ist eine qualitative Verbesserung bestehender Leistungen durch Öffnung zu den jeweils anderen SGB-Büchern und eine Verpflichtung zur engen fallbezogenen Zusammenarbeit.

Gleichzeitig soll sichergestellt werden, dass keiner der beteiligten Leistungsträger zur Finanzierung rechtskreisfremder Leistungen verpflichtet wird. Die Krankenkassen (SGB V), Rehabilitationsträger (SG IX) und Träger der Jugendhilfe (SGB VIII) bleiben weiterhin ausschließlich für Leistungen ihres Rechtskreises zuständig. Dies gilt insbesondere auch für Netzwerkgespräche, Fallkonferenzen, Hilfeplankonferenzen etc., an denen Leistungserbringer aus mehreren SGB-Büchern teilnehmen: Alle wirken daran auf der Grundlage ihrer jeweils eigenen Rechtsgrundlagen mit.

Nicht berücksichtigt sind Hilfen für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Wir verweisen hierzu auf die Empfehlungen der „Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern“ (AFET 2021), die mit der gleichen rechtlichen Systematik in mögliche Gesetzesänderungen einbezogen werden sollten.

Formulierungsvorschläge

Mit den nachfolgenden Texten, die gemeinsam mit Fachanwälten erarbeitet wurden, werden weitgehend gleichlautende Ergänzungen für die SGB-Bücher V, VIII und IX vorgeschlagen. Damit soll erreicht werden, dass die jeweiligen Leistungserbringer ungeachtet der unterschiedlichen Ausgestaltung ihrer Rechtsbeziehungen zu Leistungsträgern und Leistungsberechtigten ihre Zusammenarbeit auf der Grundlage (annähernd) gleicher Normen gestalten.

SGB V: z. B. § 30 oder § 65g

Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

1. Die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist als sektoren- und rechtskreisübergreifende Komplexleistung zu erbringen. Die betroffenen Versicherten haben Anspruch auf eine kontinuierliche Begleitung sowie die im Einzelfall erforderliche Zusammenarbeit und gemeinsame Leistungsplanung aller beteiligten Leistungsbringer.
2. Die Leistungserbringer des SGB V, die Leistungen für die Personengruppe gemäß Abs. 1 erbringen, werden/sind zu diesem Zweck ermächtigt und verpflichtet, mit den zu beteiligenden Leistungserbringern, insbesondere anderen behandelnden Diensten und Einrichtungen sowie den Leistungserbringern des SGB VIII und SGB IX eng zusammenzuarbeiten. Die zu beteiligenden Leistungsbringer sind gleichermaßen zur engen Zusammenarbeit und Abstimmung verpflichtet (*ggf. Verweis auf die Bestimmungen der übrigen SGB-Bücher*).
3. Die Leistungserbringer bleiben in ihrem Rechtskreis zur Leistungsbringung verpflichtet. Ausgenommen von der Verpflichtung nach Satz 1 können im Einzelfall Leistungsbestandteile sein, die aufgrund der Koordinierung nachweislich und dauerhaft nicht mehr erforderlich sind.

Anmerkungen

Zu Absatz 1 Satz 1: Falls der Begriff „rechtskreisübergreifend“ nicht rechtlich bestimmt ist, könnte die Formulierung z. B. lauten: „... als Komplexleistung mit Bestandteilen aus allen Sektoren und SGB-Büchern ...“

(ebenso in den nachfolgend vorgeschlagenen Bestimmungen in SGB VIII und SGB IX)

Zu Absatz 2 Satz 2: Dieser Satz soll den Bezug zu den konkordanten Bestimmungen in den anderen SGB-Büchern verdeutlichen. Falls es nicht zulässig sein sollte, hier eine Norm anderer SGB-Bücher in den Text aufzunehmen, müsste er wohl entfallen.

(ebenso in den nachfolgend vorgeschlagenen Bestimmungen in SGB VIII und SGB IX)

Zu Absatz 3 Satz 2 (in allen drei vorgeschlagenen Paragraphen): Mit diesem Satz soll eine doppelte Leistungserbringung vermieden werden. Soweit Leistungen aus unterschiedlichen SGB-Büchern sich überschneiden, soll es eine einzelfallbezogene Verständigung geben, von wem sie zu erbringen ist.

SGB VIII: z. B. § 10c oder § 81a

Leistungen für Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen

1. Die Leistungen für Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen sind als sektoren- und rechtskreisübergreifende Komplexleistung zu erbringen. Die Leistungsberechtigten haben Anspruch auf eine kontinuierliche Begleitung sowie die im Einzelfall erforderliche Zusammenarbeit und gemeinsame Leistungsplanung aller beteiligten Leistungsbringer.

2. Die Leistungserbringer des SGB VIII sind zu diesem Zweck zu ermächtigen und zu verpflichten, mit den zu beteiligenden Leistungsbringern, insbesondere mit Diensten und Einrichtungen gemäß SGB VIII sowie den weiteren Leistungserbringern des SGB V und SGB IX eng zusammenzuarbeiten. Die zu beteiligenden Leistungsbringer sind gleichermaßen zur engen Zusammenarbeit und Abstimmung verpflichtet (*ggf. Verweis auf die Bestimmungen der übrigen SGB-Bücher*).
3. Die Leistungserbringer bleiben in ihrem Rechtskreis zur Leistungsbringung verpflichtet. Ausgenommen von der Verpflichtung nach Satz 1 können im Einzelfall Leistungsbestandteile sein, die aufgrund der Koordinierung nachweislich und dauerhaft nicht mehr erforderlich sind. Dies gilt nur, soweit die Regelungen des § 10 dem nicht entgegenstehen.

Anmerkungen

Aufgrund der inhaltlichen Nähe wäre ein Abgleich mit dem Regelungsumfang des § 35a zweckmäßig. Auch müssten der Kreis der Anspruchsberechtigten sowie das Verhältnis zu anderen Leistungen und Verpflichtungen (§§ 10 ff.) geklärt werden.

Wegen der laufenden Beratungen zur Reform des Jugendhilferechts, insbesondere der geplanten Verlagerung der Eingliederungshilfe ins SGB IX sowie der Schaffung eines Lotsen, müsste dieser Vorschlag ggf. noch anders gefasst und eingefügt werden.

Siehe im Übrigen die obigen Anmerkungen zu SGB V

SGB IX: z. B. § 20a oder § 27a

Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

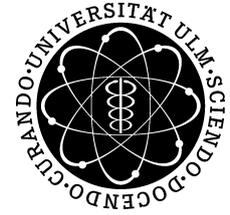
1. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bedürfen besonderer Hilfestellungen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Die Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist daher als rechtskreisübergreifende Komplexleistung zu erbringen. Die Leistungsberechtigten haben Anspruch auf eine kontinuierliche Begleitung sowie die im Einzelfall erforderliche Zusammenarbeit und gemeinsame Leistungsplanung aller beteiligten Leistungsbringer.
2. Die Leistungserbringer des SGB IX sind zu diesem Zweck zu verpflichten, mit den zu beteiligenden Leistungsbringern, insbesondere mit behandelnden Ärzten und Einrichtungen sowie den Leistungserbringern des SGB V und SGB VIII eng zusammenzuarbeiten. Die zu beteiligenden Leistungsbringer sind gleichermaßen zur engen Zusammenarbeit und Abstimmung verpflichtet (*ggf. Verweis auf die Bestimmungen der übrigen SGB-Bücher*).
3. Die Leistungserbringer bleiben in ihrem Rechtskreis zur Leistungsbringung verpflichtet. Ausgenommen von der Verpflichtung nach Satz 1 können im Einzelfall Leistungsbestandteile sein, die aufgrund der Koordinierung nachweislich und dauerhaft nicht mehr erforderlich sind.

Siehe die obigen Anmerkungen zu SGB V.

Köln, im November 2023

Für den Vorstand:

Nils Greve
Vorsitzender



Monitoring-Checkliste

GBV Gemeindepyschiatriische Versorgung
--

Region xxx
Monitoring-Nr.: xxx

Datum des Monitorings: ___ / ___ / ___
 Beginn (Uhrzeit): ___ : ___ Uhr
 Ende (Uhrzeit): ___ : ___ Uhr
 Monitor (Initialen): ___

Datum des letzten Monitorings: ___ / ___ / ___ x n.Z., da Monitoring Nr. 1

Anwesende Personen:

Name	Funktion
xxx	Monitor
xxx	Evaluationsmitarbeiterin

Bemerkungen :

Schilderung des Studienablaufs

Üblicherweise sind folgende Themen zu besprechen:

- Studienteam / Verantwortlichkeiten (Hilfskräfte)
- Kooperationspartner (z.B. GBV-Teams)
- Studienablauf
- Studienunterlagen: Umgang, Aufbewahrung, Verantwortlichkeiten (auch elektronische Systeme und Terminkoordination)
- Durchführbarkeit der klinischen Studie in Bezug auf die Arbeitsbelastung des Evaluationsmitarbeiters
- Durchführbarkeit der klinischen Studie in Bezug auf die Belastung der Patienten (z.B. Konzentrationsfähigkeit, psychische Verfassung)

Datenschutzrechtliche Belange

- adäquates Arbeitszimmer ja nein
- adäquate Aufbewahrung der Studiendokumente
(z.B. abgeschlossener Schrank) ja nein
- adäquater Schutz elektronischer Systeme ja nein
(z.B. Zugriffsrechte, Passwörter; USB-Sticks, Computer) Videokonferenzen –
Softwarelösung und Datenschutzinformation hierfür ja nein

Einhaltung des Studienprotokolls

- Prüfung der Einwilligungserklärungen auf Vollständigkeit (nur an erster Monitoring-Visite) ja nein
- sUEs korrekt dokumentiert (ab Visite 2) ja nein
 - neue sUEs seit letztem Monitoring-Besuch
 - sUEs vorschriftsmäßig gemeldet
 - Nachbeobachtung noch offener sUEs notwendig
 - Klärung vorangegangener noch offener sUEs
- Dropouts und Widerruf der Einwilligung korrekt dokumentiert ja nein
 - neue Dropouts seit letztem Monitoring-Besuch
 - Dropouts vorschriftsmäßig gemeldet
 - Löschung der Daten, bei Widerruf der Einwilligung ordnungsgemäß durchgeführt

Erstes Datenmonitoring

- Kläre Unklarheiten anhand der Datei xls-Datei „Übersicht der Assessmentunterlagen“ ja nein
- Klärung der Rückfragen zu den Fällen der SoSci-Datei (doppelte Eintragungen, Unklarheiten zu den IDs, ...) ja nein

- Status der noch offenen Punkte

erstmalig berichtet (Datum)	Beschreibung (Problem, Frage)	Maßnahmen (empfohlen, erfolgt)	durch wen	bis wann

- Besprechung der Findings ja nein
- Abzeichnung des Monitoring Logs ja nein

Ende (Uhrzeit): ___ : ___ Uhr

Datum und Unterschrift des/der Evaluationsmitarbeitenden

Datum und Unterschrift des/der Monitor*in

- [bas013] ▶ Was ist Ihre Nationalität? ₁ deutsch ₂ anderes: _____ [bas013b]
 __ , __ __ m
- [bas014] ▶ Was ist Ihre Körpergröße? _____ m
- [bas015] ▶ Was ist Ihr Körpergewicht? _____ kg
- [bas016] ▶ Sind Sie pflegebedürftig? ₁ ja, Pflegegrad: __ [bas016b]
₂ nein
₃ Pflegegrad vorhanden,
 aber dem Teilnehmer unbekannt
- [bas017] ▶ Sind Sie derzeit im Maßregelvollzug? ₁ ja ₂ nein
- [bas018] ▶ Wurde ein gesetzlicher Betreuer eingesetzt? ₁ ja ₂ nein
- [bas019] ▶ Betreuungsbereiche?
₁ Aufenthaltsbestimmung
₂ Gesundheitsfürsorge
₃ Vermögenssorge
₄ Vertretung gegenüber Versicherungen und Behörden
₅ Entscheidungen über Unterbringung und Wohnungsangelegenheiten
- [bas021] ▶ Welches ist Ihr Familienstand?
₁ ledig
₂ in fester Beziehung zusammenlebend / verheiratet
₃ geschieden
₄ verwitwet
- [bas022] ▶ Haben Sie Kinder? ₁ ja ₂ nein
- [bas022b] Wenn ja, wie viele Kinder? Anzahl: _____
- [bas023] ▶ Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?
₁ ohne Schulabschluss ₄ Abitur / FOS
₂ Abschluss Hauptschule / Quali ₅ Sonstige Bildungseinrichtung:
₃ Abschluss Realschule / POS (bitte nennen): _____ [bas023b]
- [bas024] ▶ Welches ist Ihre höchste Berufsausbildung?
₁ keine Ausbildung
₂ Lehre
₃ Berufsfachschule
₄ Studium
₅ Promotion
₆ sonstiges: _____ [bas024b]
- [bas025] ▶ Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus? _____
- [bas026] ▶ Wie hoch ist Ihr **Netto**gehalt /-lohn? _____ € / Monat
- [bas026b] ▶ Falls Sie im Krankenstand sind, wie hoch ist Ihr Krankengeld? _____ € / Monat

- [bas027] ► Wie hoch ist das gesamte **Netto**einkommen Ihrer Familie/Ihres Haushaltes (Lohn, Rente, Pension,...)?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ < 500 € / Monat | <input type="checkbox"/> ₄ 1500 € bis 2000 € / Monat |
| <input type="checkbox"/> ₂ 500 € bis 1000 € / Monat | <input type="checkbox"/> ₅ 2000 € bis 2500 € / Monat |
| <input type="checkbox"/> ₃ 1000 € bis 1500 € / Monat | <input type="checkbox"/> ₆ >2500 € / Monat |

- [bas028] ► Wie wohnen Sie?
- ₁ ich wohne alleine (*weiter mit Frage bas14Ap*)
 - ₂ ich wohne mit meinem Partner / meiner Partnerin und / oder Kindern
 - ₃ ich wohne mit meinen Eltern und / oder Geschwistern
 - ₄ ich wohne mit anderen Verwandten
 - ₅ ich wohne mit Bekannten oder Freunden
 - ₆ ich wohne mit Anderen: _____ [bas028b]

- [bas029a] ► Wie viele Personen, Sie selbst mit eingerechnet, wohnen in Ihrem Haushalt (z.B. Familie oder Wohngemeinschaft, wo gemeinsam gegessen wird und / oder andere gemeinschaftliche Aktivitäten stattfinden)?

[bas029b] Anzahl Erwachsene: _____
 Anzahl Kinder (< 18 Jahre): _____

- Wie häufig haben Sie Kontakt zu Familie bzw. Freunden?

Familie [bas30]

- ₁ täglich
- ₂ 2-3 x pro Woche
- ₃ mehrmals pro Monat
- ₄ 1 x pro Monat
- ₅ seltener
- ₆ nie
- ₇ Anderes: _____ [bas030b]

Freunde [bas031]

- ₁ täglich
- ₂ 2-3 x pro Woche
- ₃ mehrmals pro Monat
- ₄ 1 x pro Monat
- ₅ seltener
- ₆ nie
- ₇ Anderes: _____ [bas031b]

- [bas032] ► Haben Sie zur Zeit physische (körperliche) Erkrankungen? ₁ ja ₂ nein

Wenn ja, welche Erkrankung	Alter bei Beginn
[bas032b]	[.c.]
[bas032d]	[.e.]
[bas032f]	[.g.]

- [bas033] ► Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?

- ₁ nie
- ₂ < 1x pro Monat
- ₃ < 1x pro Woche
- ₄ 2-3x pro Woche
- ₅ 4-6x pro Woche
- ₆ täglich

Wenn 4-6 x pro Woche oder täglich, bitte Menge und Art angeben:

_____ [bas034b]

[bas034] ► Rauchen Sie?

- ₁ nie
- ₂ nicht mehr, seit _____ [bas034b]
- ₃ gelegentlich
- ₄ regelmäßig

[bas034c] Wenn gelegentlich / regelmäßig, bitte Anzahl der Zigaretten pro Woche angeben: _ _ _

► Welche psychiatrische Diagnosen nach ICD10 liegen vor?

[bas040a] Hauptdiagnose: F _ _ . _ _ _____ [bas040b]

[bas040c] Zweitdiagnose: F _ _ . _ _ _____ [bas040d]

[bas040e] Drittdiagnose: F _ _ . _ _ _____ [bas040f]

[bas041] ► Welches Alter hatten Sie bei Ersterkrankung (Hauptdiagnose)? _ _ _ Jahre

[bas042] ► Welches Alter hatten Sie bei Ihrem ersten stationären Aufenthalt in einer psych. Klinik?
 _ _ _ Jahre

[bas043] ► Wieviele frühere stationäre Aufenthalte in einer psych. Klinik hatten Sie bereits?
 Anzahl: _ _

[bas044] ► In welchem Jahr war Ihr letzter stationärer Aufenthalt in einer psych. Klinik?
 Jahr: _ _ _ _

[bas045] ► Waren Sie schon einmal in ein Programm zur integrierten Versorgung (z. B. NWpG, SeGel) eingeschrieben? ₂ ja ₁ nein

[bas045b] Wenn ja, bitte nähere Informationen angeben (welches Programm, wann, ...)?

[bas046] ► Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ AOK Bayern | <input type="checkbox"/> ₁₁ DIE BERGISCHE
KRANKENKASSE |
| <input type="checkbox"/> ₂ AOK Rheinland / Hamburg | <input type="checkbox"/> ₁₂ Die Schwenninger Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> ₃ Audi BKK, BAHN-BKK | <input type="checkbox"/> ₁₃ energie-BKK |
| <input type="checkbox"/> ₄ Kaufmännische Krankenkasse (KKH) | <input type="checkbox"/> ₁₄ Heimat Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> ₅ Betriebskrankenkasse firmus | <input type="checkbox"/> ₁₅ Salus BKK |
| <input type="checkbox"/> ₆ BKK Deutsche Bank AG | <input type="checkbox"/> ₁₆ SECURVITA BKK |
| <input type="checkbox"/> ₇ BKK Diakonie | <input type="checkbox"/> ₁₇ Südzucker BKK |
| <input type="checkbox"/> ₈ BKK Mobil Oil | <input type="checkbox"/> ₁₈ Techniker Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> ₉ BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg | <input type="checkbox"/> ₁₉ Andere: |
| <input type="checkbox"/> ₁₀ Continentale BKK | _____ [bas046b] |

Zusatzfragebogen Covid-19

[cov01] ► Ich bin besorgt bei einer Infektion mit dem Coronavirus schwer zu erkranken.

- ₁ Trifft überhaupt nicht zu
- ₂ Trifft eher nicht zu
- ₃ Weder noch
- ₄ Trifft eher zu
- ₅ Trifft völlig zu

[cov02] ► Ich fühle mich den Herausforderungen durch die Coronavirus Pandemie gewachsen.

- ₁ Trifft überhaupt nicht zu
- ₂ Trifft eher nicht zu
- ₃ Weder noch
- ₄ Trifft eher zu
- ₅ Trifft völlig zu

[cov03] ► Inwieweit waren Sie direkt vom Corona-Virus betroffen?

- ₁ Nein, ich war nicht direkt betroffen.
- ₂ Ja, bei mir bestand ein begründeter Verdacht
 - ₂₁ vor mehr als vier Wochen.
 - ₂₂ in den letzten vier Wochen.
- ₃ Ja, ich wurde positiv getestet
 - ₃₁ vor mehr als vier Wochen.
 - ₃₂ in den letzten vier Wochen.
- ₄ Ja, ich wurde auf einer Intensivstation behandelt.
 - ₄₁ vor mehr als vier Wochen.
 - ₄₂ in den letzten vier Wochen.

► Inwieweit waren Personen aus Ihrem Haushalt direkt vom Corona-Virus betroffen? Damit gemeint sind alle Personen, mit denen Sie sich eine Küche oder Gemeinschaftsräume teilen.

- ₁ Nein, keine Personen aus meinem Haushalt waren direkt betroffen. [cov04a]
- ₂ Ja, es gab __ Verdachtsfälle aus meinem Haushalt. [cov04b][.c]
- ₃ Ja, es wurden __ Personen aus meinem Haushalt positiv getestet. [cov04d][.e]
- ₄ Ja es wurden __ Personen aus meinem Haushalt auf einer Intensivstation behandelt. [cov04f][.g]
- ₅ Ja es sind __ Personen aus meinem Haushalt verstorben. [cov04h][.i]

► Inwieweit waren Personen aus Ihrem Bekanntenkreis direkt vom Corona-Virus betroffen?

- ₁ Nein, keine Personen in meinem Bekanntenkreis waren direkt betroffen. [cov05a]
- ₂ Ja, es gab __ Verdachtsfälle in meinem Bekanntenkreis. [cov05b][.c]
- ₃ Ja, es wurden __ Personen in meinem Bekanntenkreis positiv getestet. [cov05d][.e]
- ₄ Ja, es wurden __ Personen in meinem Bekanntenkreis auf einer Intensivstation behandelt. [cov05f][.g]
- ₅ Ja, es sind __ Personen in meinem Bekanntenkreis verstorben. [cov05h][.i]

Visite 1; Teilnehmernummer 0 | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

► Wie hat die Coronavirus Pandemie Sie bis heute in den folgenden Bereichen beeinflusst? Antworten Sie nach Ihrem Gefühl, ohne lange nachzudenken. Beziehen Sie sich auf die aktuelle Situation der vergangenen vier Wochen, verglichen mit den vier Wochen vor Beginn der Pandemie (= Dezember 2019).

	Bereiche	Sehr negativ [1]	Negativ [2]	weder positiv noch negativ [3]	Positiv [4]	Sehr positiv [5]	Nicht zutreffend [6]
[cov06a]	Körperliche Leistungsfähigkeit	1	2	3	4	5	9
[cov06b]	Geistige / intellektuelle Leistungsfähigkeit	1	2	3	4	5	9
[cov06c]	Psychische / emotionale Befindlichkeit	1	2	3	4	5	9
[cov06d]	Ehe / Partnerschaft	1	2	3	4	5	9
[cov06e]	Soziale Kontakte	1	2	3	4	5	9
[cov06f]	Finanzielle Situation	1	2	3	4	5	9
[cov06g]	Wohnsituation	1	2	3	4	5	9
[cov06h]	Mobilität	1	2	3	4	5	9
[cov06i]	Zukunftsperspektive	1	2	3	4	5	9

► Inwieweit war Ihre allgemeine Unterstützung / Versorgung in den folgenden Bereichen aufgrund der Auswirkungen der Coronavirus Pandemie in den letzten vier Wochen beeinträchtigt?

	Bereiche	Nutzung war nicht möglich [1]	Nutzung nur über Telefon / online möglich [2]	Nutzung war möglich, aber mit Einschränkungen (z.B. durch Wartezeiten oder wegen fehlender Transportmöglichkeiten) [3]	Nutzung war möglich, aber habe ich aus Vorsicht nicht genutzt [4]	Nutzung war nicht eingeschränkt [5]	kein Bedarf [6]
[cov07a]	Selbstversorgung (Einkaufen, Rezepte abholen, ...)	1	2	3	4	5	9
[cov07b]	Unterstützung / Versorgung durch Freunde / Bekannte	1	2	3	4	5	9

► Inwieweit war Ihre Unterstützung / Versorgung bei psychischen Problemen in den folgenden Bereichen aufgrund der Auswirkungen der Coronavirus Pandemie in den letzten vier Wochen beeinträchtigt?

	Bereiche	Nutzung war nicht möglich [1]	Nutzung nur über Telefon / online möglich [2]	Nutzung war möglich, aber mit Einschränkungen (z.B. durch Wartezeiten oder wegen fehlender Transportmöglichkeiten) [3]	Nutzung war möglich, aber habe ich aus Vorsicht nicht genutzt [4]	Nutzung war nicht eingeschränkt [5]	kein Bedarf [6]
[cov08a]	Versorgung in einem Krankenhaus	1	2	3	4	5	9
[cov08b]	Versorgung in einer Tagesklinik	1	2	3	4	5	9
[cov08c]	Versorgung durch einen Psychiater	1	2	3	4	5	9
[cov08d]	Versorgung durch einen Hausarzt	1	2	3	4	5	9
[cov08e]	Versorgung durch andere Ärzte	1	2	3	4	5	9
[cov08f]	Versorgung durch einen Psychotherapeuten	1	2	3	4	5	9
[cov08g]	Versorgung durch gemeindepsychiatrische Einrichtungen	1	2	3	4	5	9
[cov08h]	Unterstützung durch Selbsthilfegruppen	1	2	3	4	5	9

* Wartezeiten beziehen sich insbesondere auf den Zeitraum von der Terminvereinbarung bis zum Termin.



Visite **3**; Teilnehmernummer **0** | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Fragebogen zur gemeindepsychiatrischen Basisversorgung (GBV)

Der Fragebogen enthält Aussagen, für die Sie jeweils ankreuzen sollen, wie richtig oder wie falsch diese Aussagen **aus Ihrer ganz persönlichen Sicht** sind. Deshalb ist es wichtig, dass Sie den Fragebogen für sich alleine bearbeiten.

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Kreuzen Sie für jede Aussage nur jeweils ein Feld auf der Antwortskala an. Wenn Sie sich nicht sicher sein sollten, kreuzen Sie das Feld an, das am ehesten für Sie zutrifft.

		stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt teilweise	stimmt über- wiegend	stimmt völlig
[fid01]	Ich fühle mich über die Versorgungsangebote im Rahmen der GBV gut informiert.	1	2	3	4	5
[fid02]	Ich kann mich mit dringlichen Anliegen jederzeit an das GBV-Team wenden.	1	2	3	4	5
[fid03]	Anzahl und Zeitpunkt der Kontakte zum GBV-Team können jederzeit kurzfristig an meine persönlichen Bedürfnisse angepasst werden.	1	2	3	4	5
[fid04]	Wenn Gespräche in meiner Wohnung stattfinden, fühle ich mich als Hausherr*in und Gastgeber*in respektiert. <i>- wenn es keine Gespräche in Ihrer Wohnung gab, weiter mit der nächsten Frage -</i>	1	2	3	4	5
[fid05]	Die Hilfen der GBV werden regelmäßig an meine aktuellen Bedürfnisse angepasst.	1	2	3	4	5
[fid06]	Die GBV-Mitarbeiter*innen interessieren sich für meine Kultur, meine Herkunft und meine damit verbundenen Interessen und Fragen.	1	2	3	4	5
[fid07]	Ich fühle mich in der GBV frei von Druck und Bevormundung.	1	2	3	4	5
[fid08]	Ich erhalte von der GBV jederzeit die Unterstützung, die ich brauche (z. B. Krisenhilfe, Vereinbarung eines baldigen Gesprächstermins, Klärung von Fragen usw.)	1	2	3	4	5

		stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt teilweise	stimmt über- wiegend	stimmt völlig
[fid09]	Die gewählte Kommunikationsform (persönliches Gespräch, Online-Konferenz, Telefonat, E-Mail, Post) ist an meine Bedürfnisse angepasst.	1	2	3	4	5
[fid10]	Die GBV-Mitarbeiter*innen trauen mir zu, wichtige Lebensentscheidungen selbst zu treffen (z.B. mit Blick auf Wohnung, Arbeit, Freunde usw.).	1	2	3	4	5
[fid11]	Ich fühle mich angemessen einbezogen in die mich betreffende Kommunikation zwischen GBV-Mitarbeiter*innen und Netzwerkpartnern (Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, ...)	1	2	3	4	5
[fid12]	Die GBV bringt unterschiedliche Unterstützer (Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Berater*innen, ...) zusammen.	1	2	3	4	5
[fid13]	Ich fühle mich in alle wichtigen Entscheidungen im Rahmen der GBV ausreichend einbezogen.	1	2	3	4	5
[fid14]	Das GBV-Team leistet passende und kompetente Unterstützung entsprechend meiner Bedürfnisse.	1	2	3	4	5
[fid15]	Ich kann frei entscheiden, ob Gespräche bei mir zuhause oder an anderen Orten stattfinden sollen.	1	2	3	4	5
[fid16]	Meine GBV-Bezugsmitarbeiter*innen klären mit mir, welchen Unterstützungsbedarf ich habe (z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Schuldnerberatung,...).	1	2	3	4	5
[fid17]	Alle GBV-Mitarbeiter*innen, mit denen ich zu tun habe, sind über mich und meine Hilfen in der GBV gut informiert.	1	2	3	4	5
[fid18]	Die GBV-Mitarbeiter*innen helfen mir dabei, für mich wichtige Personen an der Planung meiner Behandlung zu beteiligen (Familie, Freunde, weitere Behandler usw.).	1	2	3	4	5
[fid19]	In Netzwerkgesprächen können alle Beteiligten ihre Meinung frei äußern. <i>- wenn es noch keine Netzwerkgespräche gab, weiter mit der nächsten Frage -</i>	1	2	3	4	5

		stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt teilweise	stimmt über- wiegend	stimmt völlig
[fid20]	Die GBV-Mitarbeiter*innen helfen mir dabei, einen Ziel- und Aktivitätenplan zu erarbeiten und zu nutzen.	1	2	3	4	5
[fid21]	Die GBV-Mitarbeiter*innen stimmen mit mir ab, wer an Netzwerkgesprächen teilnehmen soll. <i>- wenn es noch keine Netzwerkgespräche gab, weiter mit der nächsten Frage -</i>	1	2	3	4	5
[fid22]	Ich habe Einfluss darauf, wie die GBV für mich abläuft.	1	2	3	4	5
[fid23]	Die GBV-Mitarbeiter*innen tragen dazu bei, dass verschiedene Versorgungsleistungen (z.B. ärztliche, therapeutische, beratende, begleitende Versorgungsleistungen) gut aufeinander abgestimmt werden.	1	2	3	4	5
[fid24]	Die GBV-Mitarbeiter*innen arbeiten mit mir daran, meine persönlichen Ziele zu verwirklichen.	1	2	3	4	5
[fid25]	Im Rahmen der GBV habe ich die Möglichkeit einer ärztlichen Unterstützung.	1	2	3	4	5
[fid26]	Die GBV-Mitarbeiter*innen helfen mir dabei, einen Krisenplan zu erarbeiten und zu nutzen.	1	2	3	4	5
[fid27]	Das GBV-Team arbeitet eng mit meiner behandelnde Ärztin bzw. meinem behandelnden Arzt zusammen.	1	2	3	4	5
[fid28]	Ich habe im Rahmen der GBV jederzeit die Möglichkeit, einen Krisendienst in Anspruch zu nehmen.	1	2	3	4	5
[fid29]	Die GBV bietet Unterstützung, damit ich mit Selbsthilfeangeboten in Kontakt komme , wenn ich das möchte.	1	2	3	4	5
[fid30]	Bei beruflichen Problemen vermitteln die GBV-Mitarbeiter*innen mir Unterstützung.	1	2	3	4	5

		stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt teilweise	stimmt über- wiegend	stimmt völlig
[fid31]	Bei einer akuten Krise habe ich die Möglichkeit, die Krisenwohnung der GBV zu nutzen.	1	2	3	4	5
[fid32]	In der GBV bekomme ich Gelegenheit, über Sinnfragen, religiöse und spirituelle Fragen und Interessen zu diskutieren, wenn ich es wünsche.	1	2	3	4	5
[fid33]	Ich werde nach Anregungen für die Weiterentwicklung der GBV gefragt.	1	2	3	4	5
[fid34]	Die GBV-Mitarbeiter*innen unterstützen mich bei Problemen mit meinem privaten Umfeld.	1	2	3	4	5
[fid35]	Die GBV-Mitarbeiter stärken meine Zuversicht, wieder ein gutes Leben führen zu können.	1	2	3	4	5
[fid36]	Die GBV-Mitarbeiter*innen unterstützen mich bei Aktivitäten, die über den reinen Umgang mit Krankheitssymptomen hinausgehen (wie z. B. Sport oder Hobbys, Bildungsangebote, kulturelle Angebote).	1	2	3	4	5

Assessment-ID 9|_|_|_|_|_|_|_|_|



Auswertungsbogen

Assessment-ID:		9 _ _ _ _ _ _ _ _
Termin 1	Datum:	___ / ___ / ___ (tt/mm/jj)
	Uhrzeit (Beginn):	___ : ___
	Uhrzeit (Ende):	___ : ___
Termin 2 (falls notwendig)	Datum:	___ / ___ / ___ (tt/mm/jj)
	Uhrzeit (Beginn):	___ : ___
	Uhrzeit (Ende):	___ : ___
Termin 3 (falls notwendig)	Datum:	___ / ___ / ___ (tt/mm/jj)
	Uhrzeit (Beginn):	___ : ___
	Uhrzeit (Ende):	___ : ___
Datum der Einwilligungserklärung:		___ / ___ / ___ (tt/mm/jj)
Einwilligungserklärung kopiert und an Teilnehmer ausgehändigt:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name des GBV-Team-Mitglieds, welches für dieses Assessment zuständig war:		

Zuweisungswege:	<input type="checkbox"/> Klinik / stationäre Einrichtung <input type="checkbox"/> niedergelassenen Arzt / Psychotherapeut <input type="checkbox"/> gemeindepsychiatrische Einrichtung <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Selbstmelder <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Alter:	___ Jahre
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Psychische Erkrankungen (Behandlungsdiagnosen nach ICD-10)	F _____ F _____ F _____
Gesetzlicher Betreuer:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Auswertungsbogen

Einschlusskriterien:

Mindestalter: 18 Jahre	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Psychische Erkrankung der ICD-10 Diagnosegruppen F2, F3, F4, F5 oder F6	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Versicherung bei einer der teilnehmenden Krankenkassen: Techniker Krankenkasse, AOK Bayern, AOK Rheinland/Hamburg, Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Audi BKK, BAHN-BKK, Betriebskrankenkasse firmus, BKK Deutsche Bank AG, BKK Diakonie, BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg, DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, Die Schwenninger Krankenkasse, energie-BKK, Heimat Krankenkasse, Salus BKK, SECURVITA BKK, Südzucker BKK, BKK Mobil Oil, Continentale BKK	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Fester Wohnsitz in einem versorgten PLZ-Gebiet	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Durch ein Assessment festgestellte Indikation zur GBV-Behandlung	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Ausschlusskriterien:

Vorherrschende Symptomatik der Diagnosegruppen F0, F1, F7, F8 oder F9	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Erhebliche somatische Behandlungs- oder Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Teilnahme an einem Selektivvertrag vom Typ Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG) oder Seelische Gesundheit leben (SeGel) aktuell oder in den vergangenen 6 Monaten vor Studienbeginn	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Maßregelvollzug	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Ruhen des Leistungsanspruchs gemäß § 16 SGB V	<input type="checkbox"/> trifft zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Auswertungsbogen

Prüfung der GBV-Indikation:

Gesamtwert zur psychosozialen Beeinträchtigung HoNOS: ___ ___ größer oder gleich 12 nein ja

Gesamtwert zum Empowerment (EPAS): __,___ kleiner oder gleich 3,3 nein ja

Gesamtwert ungedeckter Bedarfe (CAN-EU): ___ ___ größer oder gleich 4 nein ja

Anzahl auffälliger Bereiche: _____

Klinische Beurteilung:

Entscheidungsregel:

- 0** *in keinem Bereich auffällig*
Der Klient ist für die Teilnahme am GBV-Projekt ungeeignet.
- 1 oder 2** *auffällig in einem Bereich oder in zwei Bereichen*
Der Klient ist für die Teilnahme am GBV-Projekt möglicherweise geeignet. Bitte entscheiden Sie anhand eines klinischen Befunds (Psychologe, Psychotherapeut, Arzt) über die Eignung für die Studie. Bitte bei 1 oder 2 Auffälligkeiten nur in Ausnahmefällen GBV-Indikation erteilen!
- 3** *auffällig in allen drei Bereichen*
Der Klient ist für die Teilnahme am GBV-Projekt geeignet, sofern ein klinisches Urteil (Psychologe, Psychotherapeut, Arzt) nicht widerspricht.

GBV-Indikation **nein** **ja**

Anlage 13: Erst-Assessment, ärztlich-psychotherapeutischer Teil

Krankenkasse bzw. Kostenträger/ Name des Arztes		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen Nr.	Versicherten. Nr.	Status
Betriebsstätten Nr.	Arzt Nr.	Datum



Bezugsperson GBV-Team

Erst-Assessment – ärztlicher Teil

Medizinische Anamnese

Suchterfahrungen

Psychopathologischer Befund

Medikation

Psychiatrische Diagnose(n) (ICD 10)

Somatische Diagnose(n)

Teilnahme am GBV-Projekt wird befürwortet / nicht befürwortet (bitte Begründung eintragen)

Unterschrift

Stempel / Arztnummer

[SUE10] ▶ Datum des Ereignisses: _____ / _____ / _____

[SUE11] ▶ zugehöriger Studienzeitraum (Ereigniszeitraum):

zwischen t ___ und t ___

[SUE12] ▶ Beschreibung des Ereignisses (Zeitpunkt, Dauer, eingeleitete Maßnahmen, ...)

[SUE13] ▶ Art des schwerwiegenden unerwünschten Ereignisses:

- ₁ Tod
- ₂ lebensbedrohliche Situation
- ₃ stationäre Behandlung / Verlängerung des stationären Aufenthaltes
- ₄ kongenitaler Schaden / Geburtsfehler
- ₅ bleibender Schaden

[SUE14A] ▶ Status des Teilnehmers nach den eingeleiteten Maßnahmen:

- ₁ wiederhergestellt
- ₂ noch nicht wiederhergestellt
- ₃ bleibender Schaden
- ₄ unbekannt
- ₅ Tod, Todesursache: _____ [SUE14B]

[SUE15] ▶ Zusammenhang zur psychischen Erkrankung des Patienten:

- ₁ gesichert
- ₂ wahrscheinlich
- ₃ nicht wahrscheinlich
- ₄ un beurteilt
- ₅ nicht beurteilbar

[SUE16] ▶ Stellungnahme des Evaluationsmitarbeiters:

[SUE17A] ▶ Konsequenz bzgl. der GBV-Versorgung [nur für GBV-Patienten]

Wurde die GBV-Versorgung abgebrochen?

- ₁ nein
- ₂ ja, am ___ / ___ / ___ [SUE17B]
- ₃ ausgesetzt und wieder aufgenommen, am ___ / ___ / ___ [SUE17C]

[SUE18A] ▶ Konsequenz bzgl. des Evaluationsprojektes:

- ₁ Studienabbruch am ___ / ___ / ___ [SUE18B]
- ₂ t ___ ausgelassen [SUE18C]
- ₃ Anderes: _____ [SUE18D]
- ₄ keine

Einführung in das Assessment von EPAS - HoNOS-D - CAN-EU

Gesundheitsökonomie und
Versorgungsforschung

Uniklinikum Ulm

M. Sc. Friedrich Meixner

Ablaufplan

1. Projektvorstellung
2. HoNOS-D
 - a. Einführung, Scoring-Prinzipien
 - b. Beurteilerübereinstimmung (Fallvignetten)
 - c. Scoring-Tool
3. Mittagspause
4. CAN-EU
 - a. Einführung, Scoring-Prinzipien
 - b. Beurteilerübereinstimmung (Fallvignetten)
 - c. Scoring-Tool
5. EPAS (Selbstbericht)
6. Klinisches Urteil
7. Literatur

Die Umsetzung: Zugangswege und Assessment II

Erstkontakt Klient & GBV-Mitarbeiter

- Klärung der Teilnahmebereitschaft
- Vorabprüfung der Ein- / Ausschlusskriterien (**nicht** GBV-Indikation)
- Terminvereinbarung für Erst-Assessment (+ behandelnde Ärzte)
- Info bei Studienmitarbeiter wg. Potentieller Baseline-Erhebungstermine

Assessment Klient & Assessment-Team

- Aufklärung unter ärztlicher Beteiligung und Einwilligung (Teilnehmerinformation, Einwilligungserklärung)
- Kontaktdaten, allg. Anamnesebogen, ärztlicher Anamnesebogen, standardisierte Assessment-Instrumente (EPAS, HoNoS, CAN)
- Ausfüllen des Auswertungsbogens (Scoring-Tool, .xlsx)
- Entscheidung GBV-Indikation
- **Keine GBV-Indikation:** Verabschiedung in Regelversorgung (ggf. in alternative Versorgungsmodelle)
- **GBV-Indikation:** Terminvereinbarung Baseline-Erhebung & Meldung an Studienmitarbeiter
- Erstellung pseudonymisierter Anamnesedaten mit Screening-ID (Screening-Log, Kopie und Schwärzung des Anamnesebogens)
- Dokumentation zu Abrechnungszwecken

Baseline-Erhebung Klient & Studienmitarbeiter

- In Einrichtung
- Initiierung der Randomisierung bei Uni Ulm
- Gruppenzuteilung ggü. Klienten (möglichst in Anwesenheit eines GBV-Mitarbeiters)
- GBV-Mitarbeiter erklärt weiteres Vorgehen in GBV bzw. Möglichkeiten in Regelversorgung

Warum Assessment?

Vorgängerprojekt: **IVPOWER**

- Probanden waren größtenteils nicht sehr stark beeinträchtigt
- **Keine Nutzung** der integrierten Versorgung und ihrer Leistungen
 - **Keine Effekte nachweisbar**

Nun **GBV**, mit standardisierten Methoden

- Daten aus IVPOWER: Faktoren und Cut-Off Werte identifiziert, die eine Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen vorhersagen
- Screening durch GBV-Mitarbeiter

Assessment - Struktur

1. Einwilligungserklärung und Probandeninformation
2. Anamnesebogen & ärztl. Anamnesebogen
3. EPAS
4. CAN
5. HoNOS

Informationen aus erstem Gesprächskontakt und CAN-Angaben können HoNOS-Scoring *leiten*

→ Bereits angesprochenes kann nochmal aufgegriffen werden, Unbekanntes nochmal erfragt werden

Assessment - Dokumentation

Vergabe einer Screening-ID, Beispiel: 9 0426 08

4stellige Nummer, durchlaufend nummeriert
ab 1. gescreenten Klienten → "0001"

2stellige Nummer,
standortspezifisch

- Eingabe der Screening-Daten in Excel-Tool
- Bei Eignung:
 - Pro Proband eine Excel-Datei speichern
 - Excel-Datei wie Screening-ID benennen, z.B. '9042608.xlsx'
 - *Digitale Übergabe an Studienmitarbeiter bei Baseline-Messung*

01 = Berlin
02 = Dresden
03 = Saarbrücken
04 = Essen
05 = Mettmann
06 = Mönchengladbach
07 = Viersen
08 = Solingen
09 = Paderborn
10 = München
11 = Augsburg
12 = Ulm / Neu-Ulm

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

- **Health of the Nation Outcomes Scales** [3]
- Internationales Maß, das vor allem für Routineeinsatz in der Praxis konzipiert wurde
- Deutsche Übersetzung von Andreas et al. [1]
- **Kein Interview**, wird nach Aufnahme-/Erstgespräch ausgefüllt
 - Andere Informationsquellen (Anmerkungen/Auskünfte des Betreuers, anderer Behandler usw.) können genutzt werden
- Inhalt der Items basiert auf tatsächlichen Problemen, **nicht** auf Diagnosen
- 12 Items, Scoring von 0-4
- Total Score (0-48) als Maß der Gesamtbelastung

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

<p>Beurteilen Sie für jedes der 12 Items das jeweils schwerste Problem, das während der <u>letzten 2 Wochen</u> aufgetreten ist.</p>		<p>Legende: Tragen Sie für jedes Item 0-4 oder 9 in die Kästchen ein.</p> <p>0: kein Problem 1: klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2: leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden 3: eher schweres Problem 4: schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9: nicht bekannt / nicht anwendbar ➤ Möglichst selten (< 3 mal) vergeben!</p>
1) Überaktives, aggressives, zerstörendes oder agitiertes Verhalten	7) Probleme im Zusammenhang mit depressiver Stimmung	
2) Selbstschädigung, sofern nicht durch einen Unfall verursacht	8) Andere psychische oder Verhaltensprobleme + Art der Probleme (A-J) <input type="checkbox"/>	
3) Probleme im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum	9) Probleme mit Beziehungen zu anderen Menschen	
4) Kognitive Probleme	10) Probleme mit Aktivitäten des täglichen Lebens	
5) Probleme mit körperlichen Krankheiten oder Behinderungen	11) Probleme im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen	
6) Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	12) Probleme im Zusammenhang mit Beschäftigung und Aktivitäten	

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

Allgemeine Beurteilungsregeln:

- Informationen, die bereits in einem früheren Item eingegangen sind, sind in die folgenden Beurteilungen **nicht** mehr einzuschließen (*Ausnahme:* Item 10 = Globalrating)
 - Reihenfolge der Items ist unbedingt einzuhalten!
- Beurteilung des **schwerwiegendsten** Problems im Beobachtungszeitraum

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

1) Überaktives, aggressives, zerstörendes oder agitiertes Verhalten

Einbeziehen

- Genannte Verhaltensweisen aufgrund *jeglicher* Ursache (Drogen, Alkohol, Demenz, Psychose, Depression usw.)
- Alle vier Arten, unabhängig von Einsichtsfähigkeit/Intention/Bewusstheit

Nicht einbeziehen

- Bizarres Verhalten (--> Item 6)
- Gründe/Ursachen für das Verhalten, Diagnose

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

2) Selbstschädigung, sofern nicht durch einen Unfall verursacht

Nicht einbeziehen

- Versehentliche Selbstverletzung (→ Item 4/5)
- Erkrankung/Verletzung als direkte Folge von Drogen-/Alkoholkonsum (→ Item 3/5)
- Risiko zukünftiger Selbstverletzung/Suizidgefahr

Rating

- Schwere Selbstverletzung aus einem überschießenden Verhalten heraus
→ Score 3
 - Besonders bei Verdacht auf demonstratives Verhalten
- Besorgung einer Waffe in klarer Suizidabsicht, auch wenn im Bewertungszeitraum ein Suizid verhindert werden konnte → Score 4

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

3) Probleme im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum

Nicht einbeziehen

- Aggressives/Destruktives Verhalten (→ Item 1)
- Körperliche Erkrankungen/Behinderungen aufgrund von Alkohol/Drogenkonsum
- Langfristige Auswirkungen (→ Items 4-9)

Rating

- Merkmale wie Verlangen oder Toleranz, Beschaffung, Gebrauch, eingeschränkte Kapazität die eingenommene Menge zu kontrollieren, Häufigkeit, Kater nach Alkoholgenuss, Autofahren oder andere riskante Auffälligkeiten berücksichtigen

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

4) Kognitive Probleme

Einbeziehen

- Intellektuelle und Gedächtnis-/ Orientierungs- oder Verständnisprobleme in Zusammenhang mit irgendeiner Störung: Lernbehinderung, Demenz, Schizophrenie etc.
 - Beispiele: Probleme in der Benennung/Erinnerung von Familienmitgliedern, Haustieren oder anderen Objekten, Unwissen über Tag/Datum/Zeit, Probleme in Wahrnehmung gefährlicher Quellen (z.B. heißer Ofen, Straßenkreuzung), Bewusstseinstäubung und Stupor

Nicht einbeziehen

- Vorübergehende Probleme durch Alkohol-/Drogenkonsum, z.B. Kater
(→ Item 3)

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

5) Probleme mit körperlichen Krankheiten oder Behinderungen

Einbeziehen

- Erkrankungen/Behinderungen *jedweder* Ursache, die Bewegung einschränken/verhindern, Sehen/Hören beeinträchtigen, oder anderweitig persönliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen
- (Unerwünschte) Nebenwirkungen von Medikamenten/Alkohol-/Drogenkonsum, körperliche Behinderung als Folge von Unfällen/Selbstverletzung in Zusammenhang mit kognitiven Problemen, Trunkenheit am Steuer usw.

Nicht einbeziehen

- Psychische/verhaltensbezogene Probleme (→ Item 4)

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

5) Probleme mit körperlichen Krankheiten oder Behinderungen

Rating

- Beeinträchtigung der körperlichen Erkrankung in der kürzeren Vergangenheit; schnell aufklärende Probleme (z.B. Erkältung, blaue Flecken) → Score 0 oder 1
- Patient in Remission wird mit dem **schlimmsten Zustand** in der Beurteilungszeit eingeschätzt, nicht prospektiv
- Einschätzungen mit Scores 2-4 sollten in Abhängigkeit der **Aktivitätseinschränkung**, unabhängig von der Art der Erkrankung durchgeführt werden

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

6) Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen

Einbeziehen

- Halluzinationen/Wahnvorstellungen ungeachtet der Diagnose
- Merkwürdiges/Bizarres Verhalten in Zusammenhang mit Halluzinationen/ Wahnvorstellungen

Nicht einbeziehen

- Aggressive, destruktive, überaktive, Unruhe stiftende Verhaltensweisen, die auf Halluzinationen/Wahnvorstellungen zurückführbar sind
(→ Item 1)

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

6) Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen

Rating

- “Harmlose Eigenbrötlererei” und Sonderbarkeit → Score 1
- Wahnhafte Überzeugung königlicher Abstammung, ohne dementsprechende Handlung oder Beeinträchtigung → Score 2
- Wenn Patient darunter leidet oder Verhalten entsprechend dem Wahn zeigt, z.B. Kleidung gemäß der Rolle trägt oder Erwartung in den königlichen Palast eingelassen zu werden → Score 3 oder 4

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

7) Probleme im Zusammenhang mit depressiver Stimmung

Einbeziehen

- Symptome wie z.B. Verlust des Selbstwertgefühls und Schuld, ungeachtet der Diagnose
- Ausgeprägte Symptome meist → Schwerwiegende Probleme

Nicht einbeziehen

- Überaktivität, Agitiertheit → Item 1
- Suizidgedanken oder -versuche → Item 2
- Wahnvorstellungen oder Halluzinationen → Item 6
- Schlaf- und Appetitprobleme → Item 8

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

8) Andere psychische oder Verhaltensprobleme

Einbeziehen

- Einziges, schwerstes klinisches Problem, das nicht auf Items 6/7 berücksichtigt wurde

Nicht einbeziehen

- Symptome, die bei anderen Items berücksichtigt wurden

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

8) Andere psychische oder Verhaltensprobleme

Rating: Verschiedene Arten von Problemen mit A-J kodiert

A	Phobisch	F	Somatoform
B	Angst	G	Essen
C	Zwangsgedanken/-handlungen	H	Schlaf
D	Psychische Belastung / Anspannung	I	Sexuell
E	Dissoziativ	J	Andere (Bitte spezifizieren)

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

9) Probleme mit Beziehungen zu anderen Menschen

Einbeziehen

- Schwerstes Problem des Patienten in Zusammenhang mit aktivem/passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder nicht-unterstützende, destruktive, selbstschädigende Beziehungen
- Breites soziales Umfeld + familiäre/häusliche Umgebung

Nicht einbeziehen

- Aggressives Verhalten des Pat gegenüber anderen Personen → Item 1

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

9) Probleme mit Beziehungen zu anderen Menschen

Rating

- Demenz/Lernstörungen und Unfähigkeit Sprache zu interpretieren / effektiv zu nutzen → Vermutlich auch Kommunikation → Beziehungserleben betroffen
- Eigenbrötlerisch, aber sozial kompetent und zufrieden → Score 1
- Allerdings fast totale Isolation (Rückzug, Meidung oder beides) → Score 4
- Scores 2/3 → Leidensdruck / Grad des Rückzugs oder der Schwierigkeiten beachten

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

10) Probleme mit Aktivitäten des täglichen Lebens

Einbeziehen

- Allgemeines Funktionsniveau bei alltäglichen Aktivitäten
 - *Grundlegende Aktivitäten* der Selbstpflege, wie Essen, Waschen, Ankleiden, Morgentoilette
 - Wenn Beeinträchtigung moderat-schwer → **Score 3/4**
 - *Komplexe Fähigkeiten* wie Haushaltsplanung, Organisieren einer Unterkunft, eines Berufs und der Freizeit, Mobilität und Benutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Selbstentwicklung
 - Wenn normal, oder so adäquat wie möglich → **Score 0/1**
- Jeglicher Mangel an Motivation, Selbsthilfe-Möglichkeiten
→ Insgesamt niedrigeres Funktionsniveau

Nicht einbeziehen

- Mangel an Gelegenheiten, intakte Fähigkeiten/Fertigkeiten zu nutzen
→ Items 11/12
- Potenzielle Kompetenz

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

11) Probleme im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen

Einbeziehen

- Schwere von Problemen mit der Qualität der Wohnbedingungen und der täglichen häuslichen Routine; grundlegende Lebensnotwendigkeiten (Heizung, Licht, Hygiene); Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen: Auswahl an Möglichkeiten, Fähigkeiten zu verwenden/entwickeln?

Nicht einbeziehen

- Grad der funktionellen Behinderung → Item 10

Rating

- Übliche Lebensumstände/Unterkunft
- Stationäre Behandlung → Häusliche Unterkunft bewerten!

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

11) Probleme im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen

Rating

- Erfordert Wissen über häusliche Umgebung des Patienten während Beurteilungszeit
 - Wenn nicht verfügbar → **Score 9**
- Berücksichtigen: Allgemeines Leistungsniveau
- Berücksichtigen: Balance zwischen Verhaltensmustern und Behinderungen: Inwieweit wird der Patient in seiner optimalen Leistungsfähigkeit durch die Umgebung begrenzt oder unterstützt? Weiß das Personal, welches Leistungsvermögen der Patient hat?

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

11) Probleme im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen

Rating sollte mit einschließen:

- Grundbedürfnisse (Wärme, Licht, Essen, Geld, Kleidung, Sicherheit, Menschenwürde) abgedeckt? Wenn nein → **Score 4**
- Qualität und Training des Personals: Beziehung, Grad der Möglichkeiten, Ermunterung; einschließlich interpersoneller Probleme, Intimsphäre, Entspannungsmöglichkeit, Probleme mit anderen Bewohnern, Nachbarschaftshilfe, Atmosphäre...
 - Wenn volle Autonomie gewahrt/erreicht, also die häusliche Umgebung das optimale Leistungsniveau nicht einschränkt → **Score 0**
- Weniger ganzes, aber adäquates System → **Score 1**

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

12) Probleme im Zusammenhang mit Beschäftigung und Aktivitäten

Einbeziehen

- Ausmaß in dem die tägliche Umgebung die besten Fähigkeiten des Patienten hervorbringt
- Ausmaß der Probleme mit der Qualität der Milieubedingungen
- Übliche Situation des Patienten
 - Wenn in stationärer Behandlung: Aktivitäten vor der Aufnahme!

Nicht einbeziehen

- Niveau der funktionelle Behinderung → Item 10

2a HoNOS-D [1,2,3,4]

12) Probleme im Zusammenhang mit Beschäftigung und Aktivitäten

Rating

- Prinzipien unter Item 11 für die äußere Umgebung anwenden
- Berücksichtigen: Einkaufen, öffentliche Verkehrsmittel, Bibliotheken, Nutzung von Freizeiteinrichtungen
- Berücksichtigen: Erreichbarkeit, Stunden der Verfügbarkeit, Angemessenheit der beruflichen Umgebung, Kursangebote, Verfügbarkeit geschützter Räume, unbeschäftigte Zeit am Tag, Informationsstand des Personals über die Kapazitäten des Patienten

2b HoNOS - Beurteilerübereinstimmung (Fallvignetten)

- Fallvignetten durchlesen
- Selbstständiges Scoring des HoNOS
- Mit Partner nochmal 5-10 Minuten Scores abgleichen

- Am Ende: Einzelne Zweierteams stellen Scores vor, Diskussion im Plenum

2c Scoring-Tool (Excel): HoNOS, CAN, EPAS

	A	B	C	D
1			Score	Art der Probleme
2	HONOS1	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	4	
3	HONOS2	Absichtliche Selbstverletzung	4	
4	HONOS3	Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	3	
5	HONOS4	Kognitive Probleme	2	
6	HONOS5	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	3	
7	HONOS6	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen	3	
8	HONOS7	Gedrückte Stimmung	4	
9	HONOS8	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme + Art der Probleme (A-J)	4	
10	HONOS9	Probleme mit Beziehungen	4	
11	HONOS10	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	4	
12	HONOS11	Probleme durch Wohnbedingungen	2	
13	HONOS12	Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	9	
14		HoNOS-D Gesamtbelastung	37	
15				
16				
17				
18		Legende: Tragen Sie für jedes Item 0-4 oder 9 in die Kästchen ein.		
19		0: kein Problem		
20		1: klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf		
21		2: leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden		
22		3: eher schweres Problem		
23		4: schweres bis sehr schweres Problem		
24		9: nicht bekannt / nicht anwendbar		
25		Möglichst selten (< 3 mal) vergeben!		
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				

EPAS | CAN-EU | **HoNOS** | Entscheidungsregel

Output Datenverarbeitung

4a CAN-EU [5,6]

- Camberwell Assessment of Need - European Version
- 23 Themenbereiche, die von Klient und Mitarbeiter bewertet werden, unterteilt in 4 Sektionen:
 1. **Bestehen eines Problems im jeweiligen Themenbereich**
 2. Hilfe, die von Freunden/Verwandten geleistet wurde
 3. Hilfe, die von Betreuungspersonal geleistet wurde
 4. Angemessenheit der Hilfe, Zufriedenheit des Nutzers mit der Unterstützung
- Einschätzung des Umfeldes des Klienten im letzten Monat

← Für das Assessment relevant

4a CAN-EU [5,6]

Beispiel: Themenbereich 1) Wohnsituation - Sektion 1)

A: HAT DIE PERSON GEGENWÄRTIG KEINE WOHNUNG/UNTERKUNFT?

Wo leben Sie im Moment? Was für eine Art Unterkunft ist das?

0 = **kein Problem**, z.B. die Person hat ein angemessenes Zuhause (auch wenn z.Zt. im Krankenhaus)

1 = **kein/geringes Problem, weil Hilfe geleistet wird**, z.B. die Person lebt in einer betreuten Wohnform oder in einem Heim

2 = **ernstes Problem**, z.B. die Person ist obdachlos, lebt unter unzumutbaren Bedingungen oder der Wohnung fehlt es am nötigsten Komfort (Wasser und Strom)

9 = **unbekannt**

4a CAN-EU [5,6]

Beispiel: Themenbereich 2) Ernährung - Sektion 1)

A: HAT DIE PERSON PROBLEME, SICH AUSREICHEND ZU ERNÄHREN?

Welche Art von Nahrung nehmen Sie zu sich? Sind Sie in der Lage, Ihre Mahlzeiten selbst zuzubereiten und selbst einkaufen zu gehen?

0 = **kein Problem**, z.B. in der Lage einzukaufen und Mahlzeiten zuzubereiten

1 = **kein/geringes Problem, weil Hilfe geleistet wird**, z.B. nicht in der Lage Nahrungsmittel zuzubereiten, wird mit Essen versorgt

2 = **ernstes Problem**, z.B. sehr eingeschränkte Ernährung, kulturell unpassende Nahrungsmittel

9 = **unbekannt**

4b CAN - Beurteilerübereinstimmung (Fallvignetten)

- Fallvignetten durchlesen
- Selbstständiges Scoring des CAN
- Mit Partner 5-10 Minuten Scores abgleichen

- Am Ende: Einzelne Zweierteams stellen Scores vor, Diskussion im Plenum

4c Scoring-Tool (Excel): HoNOS, CAN, EPAS

	A	B	C	D
1				
2		Score		Legende: Tragen Sie für jedes Item 0-2 oder 9 in die Kästchen ein.
3	Wohnsituation	0		
4	Ernährung	1		0: kein Problem
5	Versorgung des Haushalts	2		1: kein / geringes Problem, weil Hilfe geleistet wird
6	Persönliche Körperpflege	2		2: extremes Problem
7	Tägliche Aktivitäten	0		
8	Körperliche Gesundheit	0		9: nicht bekannt / nicht anwendbar
9	Psychotische Symptome	2		Möglichst selten (< 3 mal) vergeben!
10	Behandlung	0		
11	Seelischer Druck	0		
12	Selbstgefährdung	0		
13	Fremdgefährdung	0		
14	Alkohol	0		
15	Drogen	0		
16	Soziale Kontakte	9		
17	Partnerschaft	0		
18	Sexualität	9		
19	Versorgung und Betreuung der Kinder	0		
20	Rechnen	9		
21	Telefonieren	0		
22	Verkehrsmittel	0		
23	Geld	2		
24	Sozialleistungen	1		
25				
27	Anzahl ungedeckter Bedarfe	4		
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				

EPAS **CAN-EU** HoNOS Entscheidungsregel

Output Datenverarbeitung +

5 EPAS [7]

- Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit Affektiven und Schizophrenen Störungen
- Empowerment: Selbstständige Lebensgestaltung und eigenverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung
- Fragebogenmaß → Selbstbericht
- 33 Items
 - + 5 Items (nur *Berufstätige*)
 - + 5 Items (nur *Eltern minderjähriger Kinder*)

6 Klinisches Urteil - Aufnahme in die Studie

Mehrere Cut-Off Werte liefern eine Prognose über die Inanspruchnahme von IV-Leistungen:

- HoNOS-D (psychosoziale Beeinträchtigungen) ≥ 12
 - CAN-EU (ungedeckter Bedarf) ≥ 4
 - EPAS (Empowerment) ≤ 3.3
- **3 Kriterien** erfüllt: Klare GBV-Indikation
 - **1-2 Kriterien** erfüllt: Klinisches Urteil entscheidend!
 - *Achtung, dies sollte nur im Einzelfall erfolgen!*
 - **0 Kriterien** erfüllt: Keine GBV-Indikation

Kontakt:



Fragen zu Assessment-Praxis, Unterlagen der
Schulung, Excel-Tool

Literatur

- [1] Andreas S, Harfst T, Dirmaier J, Kawski S, Koch U, Schulz H. A psychometric evaluation of the German version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': on the feasibility and reliability of clinician-performed measurements of severity in patients with mental disorders. *Psychopathology*. 2007;40:116–25. doi:10.1159/000098492.
- [2] Kawski S, Andreas S, Harfst T, Dirmaier J, Koch U, Schulz H. Die "Health of the Nation Outcome Scales": Entwicklung und erste psychometrische Analysen einer deutschen Version (HoNOS-D). *Psychother Psych Med*. 2004;54:AB49. doi:10.1055/s-2004-822511.
- [3] Wing J, Lelliott P, Beevor A, Trauer T, Slade M, Thornicroft G. HoNOS update. *Br J Psychiatry*. 2000;176:392–5.
- [4] Andreas S, Harfst T, Dirmaier J, Kawski S, Koch U, Schulz H. Die Health of the Nation Outcome Scales-D – Schulungsprogramm. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. 2004.
- [5] Kilian R, Bernert S, Matschinger H, Mory C, Roick C, Angermeyer MC. Die standardisierte Erfassung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen - Entwicklung und Erprobung der deutschsprachigen Version des Camberwell Assessment of Need-EU -. *Psychiatr Prax*. 2001;28:79-83. doi:10.1055/s-2001-17789
- [6] Phelan M, Slade M, Thornicroft G, et al. The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 1995;167(NOV.):589-595. doi:10.1192/bjp.167.5.589
- [7] Kilian R, Becker T, Schleuning G, Welschehold M, Hertle C, Matschinger H, Hörand S. Die Entwicklung eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen. Ulm: Abschlussbericht Förderkennz; 2012.



Systemische Netzwerkarbeit

Fortbildung im Rahmen des Projekts „Gemeindepyschiatrische Basisversorgung“

Im Mittelpunkt systemischer Arbeit steht die Förderung von Wachstum und Reifungsprozessen, um Ressourcen sowie Möglichkeitsräume zu erschließen. Der Kern der Netzwerkarbeit ist eine **ressourcenorientierte Haltung** die „Räume und Begegnungen“ ermöglicht, um Entwicklungen anzustoßen. Im Mittelpunkt der Begleitung stehen **„Netzwerkgespräche“ – von Anfang an und möglichst kontinuierlich-**, die je nach individuellen Bedarf um weitere therapeutische Verfahren ergänzt werden.

Der Tradition des „bedürfnisangepassten Behandlungsmodells“ der finnisch/skandinavischen Psychiatern Alanen und Seikkula folgend, orientiert sich die Fortbildung am „Offenen Dialog“.

Wir vermitteln eine systemisch dialogische Gesprächskompetenz. In „richtigen“ Gesprächen werden die einzelnen Elemente dieser Gesprächsführung eingeübt. Hierbei kommen u.a. Elemente wie Reflektieren, Zulassen von Vielstimmigkeit, Zirkuläres Fragen, Netzwerkkarten oder Reframing zum Einsatz. Eine therapeutische Grundhaltung von Offenheit, Toleranz von Ungewissheit und Andersartigkeit sowie Prozess- und Ressourcenorientierung wird zur Grundlage.

Zielgruppe:

Die Teilnehmer werden mit ihren individuellen Vorkenntnissen aktiv eingebunden, Praxisbeispiel und Selbsterfahrung sind Bestandteil der Workshops. Ein kontinuierliche Rückkopplung mit der Praxis – im speziellen des GBV Projekts – ist Teil der Fortbildung. Umsetzungsmöglichkeiten und -hürden werden besprochen. Durch die Teilnahme multiprofessioneller Mitarbeiter aus verschiedenen Regionen erhöht sich die Vernetzungsarbeit. Die Fortbildung wird berufsbegleitend durchgeführt und ermöglicht eine direkte Rückkopplung mit der Praxis.

Rahmen der Fortbildung:

Die Fortbildung besteht aus 8 Workshops mit je 2 Tagen.

Die Stundenzahl beträgt 16h pro Workshop = 128 h insgesamt.

Anerkennung:

Eine Anerkennung des Kurses als Teil einer Weiterbildung „systemischer Berater“ bei der SG (Systemischen Gesellschaft) wird beantragt.

Kosten:

Seminarräume und Referenten werden aus den GBV Projektgeldern finanziert. Reise- und Übernachtungskosten sind selbst zu tragen.

Curriculum:

Datum	Ort	Inhalt
WS 1	Essen	Kennenlernen, Blindes Rollenspiel, Systemische Theorie, Modelle des Offenen Dialoges, sozialer Konstruktionismus
WS 2		Reflecting Team mit Übungen in Kleingruppen, Netzwerkkarte, Reflektieren in „Fall“-Besprechungen
WS 3		Prozessfragen erarbeiten und einsetzen, Auftragsklärung (und ihre Tücken in der Psychiatrie) Lösungsorientierte Fragen (Wunderfragen, Skalierungsfragen usw.)
WS 4		Inhaltliche, insbesondere systemische/zirkuläre Fragen. Rollenspiel mit ein/zwei Klient*innen
WS 5		Netzwerkgespräche mit mehreren Beteiligten (private soziale Kontakte und weitere Profis) Metakommunikation der Moderatoren
WS 6		Dialoge im Netzwerk, Antizipatorischer Dialog
WS 7		Besonderheiten der Arbeitskontexte, Qualitätsstandards des GBV-Projekts
WS 8		Auswertung der Praxiserfahrung, Live Gespräche, individuelle Schwerpunktthemen

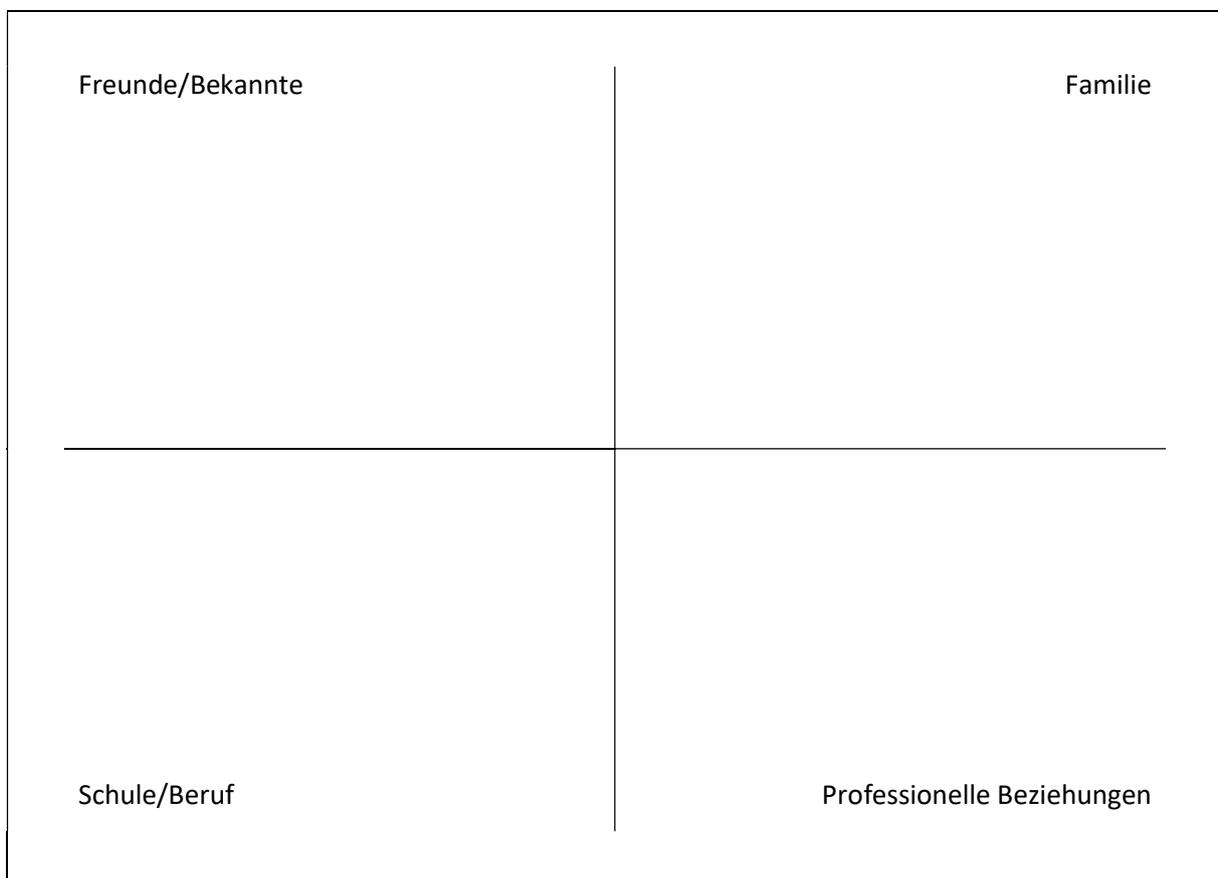
Änderungen der Workshopthemen nach den Wünschen der Teilnehmer*innen sind möglich und willkommen!

Soziale Netzwerkkarte

**Soziale Netzwerkkarte:
Anleitung für die GBV-Mitarbeitenden**

Die Soziale Netzwerkkarte sollte möglichst zu Beginn der GBV-Arbeit gemeinsam mit der Klientin / dem Klienten erstellt werden. Sie ist eine wichtige Informationsquelle für künftige Netzwerkgespräche. Darüber hinaus sind Soziale Netzwerkkarten auch gut dazu geeignet, um mit Menschen, die schon lange im Hilfesystem sind, tiefer in die Lebensgeschichte einzusteigen und Perspektiven für Recovery und Empowerment zu entwickeln.

Als Vorbereitung ist auf einem möglichst großen Blatt Papier folgendes Diagramm zu zeichnen:



Anregungen zum Ausfüllen der Netzwerkkarte

- Der Zeichner (nach Möglichkeit Klient*in selbst) sollte möglichst alle Personen von Bedeutung einzeichnen.
- Je stärker die subjektive (gefühlte) Nähe zu einer Person ist, desto näher zum Zentrum sollte sie eingezeichnet werden.
- Personen, denen gegenüber eine starke innere Ablehnung besteht, können außerhalb des Diagramms eingezeichnet werden.
- Die einzelnen Einträge können (je nach gewünschter Schwerpunktsetzung und Komplexität) anhand der folgenden Legende näher beschrieben werden:

Soziale Netzwerkkarte

Legende:

Männliche Person	□
Weibliche Person	○
Verstorbene Personen	□+ oder ⊕
Besonders wichtiger Mensch (wohlwollend) – größtes Vertrauen	Sternenkranz um Person
Haustiere	△
Unter einem Dach lebend ODER Gruppen (Chor, Kollegium etc.)	Kreis um die Gruppe
Wer kennt wen?	Verbindungslinien
Person, bei der viele Linien zusammenlaufen	Nexusperson (wichtig für Netzwerkgespräche)
Person, die kein anderer kennt	Isolat
Optional: Richtung der Beziehung Wer gibt? Wer nimmt?	➡ oder ←

Anregungen zur Interpretation der Sozialen Netzwerkkarte

- Die Karte ist subjektiv; nur der Klient/die Klientin kennt die Bedeutung und die Hintergründe. Vorschnelle Interpretationen sind deshalb nicht hilfreich.
- Der Klient/die Klientin sollte eingeladen werden, mehr zu den Einträgen und den damit verbundenen Eindrücken, Erlebnissen, Geschichten etc. zu erzählen. Aber es geht nur um eine Einladung: Letztlich entscheidet der Klient/die Klientin selbst, wie viel er/sie mitteilen möchte.
- Es handelt sich um eine Momentaufnahme. Einschätzungen sind manchmal von der „Tagesform“ und der aktuellen Stimmung abhängig, und Konstellationen verändern sich mit der Zeit. Die Netzwerkkarte kann deshalb zu späteren Zeitpunkten der Begleitung/Zusammenarbeit wieder angeschaut und verändert werden.

Folgende Fragestellung können zum weiteren Verständnis / Dialog hilfreich sein:
Inhalt:

- Welche Art von Beziehungen sind in meinem Netzwerk/Leben vorrangig? (Freundschaft/Kollegialität/Familie?)
- In welchen Lebenslagen sind diese mehr oder weniger tragfähig?

Dichte:

- Wie viele Kontakte gibt es in meinem Netzwerk?

Soziale Netzwerkkarte

- Gibt es (wenige) starke Beziehungen?
- Gibt es (viele) schwache, weniger verlässliche Beziehungen?

Erreichbarkeit:

- Wie schnell erreiche ich bei Bedarf (in Krisen) einen Ansprechpartner?
- Gibt es Menschen, die ich auch bei Nacht und Nebel erreiche und die für mich da sind (ein offenes Ohr haben, eine Schulter zum Anlehnen bieten, mich abholen,...)?
- Gibt es Menschen, die ich nur in großen Zeitabständen erreiche/sehe?

Passung:

- Kann mein augenblickliches Netzwerk mich in meiner jetzigen Lebenssituation unterstützen?
- Fehlen mir Aspekte oder Perspektiven?
(mögliche Erweiterungswünsche könnten z.B. sein: Alleinerziehende Mütter; Interessensgruppen; Chor; Selbsthilfegruppen; Medikationsabsetzgruppen;...)

Wechselseitigkeit:

- Sind die Beziehungen ausgewogen? Gibt es eine Balance zwischen Geben und Nehmen?
- Bin ich mehr der gebende Part?
- Ziehen sich Menschen aus meinem Umfeld zurück, weil ich eher nehme als gebe / geben kann?

Haltbarkeit:

- Halten die Beziehungen auch Durststrecken und Krisen aus?
- Oder sind Beziehungen außerhalb von Leichtigkeit/Freude nicht zu denken?

Nächster Schritt in der GBV

Nach einer gründlichen Bestandsaufnahme anhand der Sozialen Netzwerkkarte sollte das erste Netzwerkgespräch mit wichtigen Bezugspersonen aus dem Netzwerk geplant werden.



**Klemens Hundelshausen
Seminare und Beratung**

Selbsterstützung und Gelassenheit im Alltag *mit dem Training Emotionaler Kompetenzen (TEK)*

Psychische Erkrankungen entwickeln sich in besonders stressbelasteten Lebensphasen. Wenn Menschen mit sich selbst fürsorglich umgehen, ist es möglich trotz aller Belastungen gelassen und gesund zu bleiben bzw. zu werden. Stressreduktion ist somit auch ein maßgeblicher Faktor von **Recovery**.

In dem Seminar werden Inhalte angeboten und Fähigkeiten zur Stresserkennung und -reduktion vermittelt. Die Emotionale Ausgeglichenheit ist niemandem in die Wiege gelegt, sondern kann erlernt und ausgebaut werden. Methodisch orientiert sich das Seminar am **Training Emotionaler Kompetenzen (Prof. Berking)**. Die gut verständlichen Inhalte der beiden Tage sind ebenfalls geeignet für die Vermittlung an die Menschen, mit denen wir arbeiten.

Methoden:

- Training Emotionaler Kompetenzen (nach Prof. Berking)
- Selbstbeobachtung und achtsamkeitsbasierte Methoden
- Gesprächsrunden
- Einzel- und Gruppenübungen zur Vertiefung





**Klemens Hundelshausen
Seminare und Beratung**

Seminarleitung:

Klemens Hundelshausen

Sozialarbeiter, Krankenpfleger, psychologischer Heilpraktiker, Systemische Beratung, Stressprävention, Motivierende Gesprächsführung, Traumabehandlung, Transaktionsanalyse, Koblenz/Rhein.

und Ralf Piesack

Krankenpfleger, Psychiatriefachkrankenpfleger, Fachübungsleiter C Rehabilitationssport psychische Erkrankungen, Entspannungstrainer, Offener Dialog (Volkmar Aderhold), EX-IN Genesungsbegleiter; Fallmanager im ambulanten Krisendienst Ivita Rheinlandpfalz & Saarland gGmbH; Trainer für EX-IN Genesungsbegleiter/innen

Zeiten: 14.12.2021 & 18.01.2022





„EX-IN-basierte Recovery-Gruppen planen und gestalten“

Online-Workshop (Zoom)

Freitag, 20. August 2021,

09.00 bis 13.00 Uhr

Inhalte und Ablauf:

Der Workshop vermittelt zentrale Grundlagen für die Entwicklung und Gestaltung von Recovery-Gruppen nach der EX-IN-Methodik.

Nach einer kurzen Einführung zu den Themenkomplexen EX-IN und Recovery liegt der Schwerpunkt auf der Konzeption und praktischen Durchführung eines einschlägigen Angebotes. Bei den einzelnen Planungsschritten finden die Rahmenbedingungen ebenso Beachtung wie die Zusammenstellung elementarer Bausteine und geeigneter Themenblöcke.

Auf der Basis eines idealtypischen Ablaufplanes erschließen sich die Kursteilnehmer*innen schließlich anhand konkreter Beispiele eine möglichst große Variationsbreite von EX-IN-basierten Recoverygruppen.

Das Seminar umfasst 4 Stunden inklusive Pausen.

Dozentin:

Bettina Jahnke ist Diplom-Journalistin und Fachbuchautorin. Als EX-IN Genesungsbegleiterin mit Trainerzertifikat (EX-IN Deutschland e.V.) arbeitet sie in Teilzeit auf einer Sozialarbeiterstelle bei der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft (PHG) in Viersen. Das von ihr zusammen mit ihrem Kollegen Thomas Seelert für die PHG entwickelte Recovery-Empowerment-Salutogenese-Kursangebot wurde 2017 mit dem LVR-Inklusionspreis ausgezeichnet.

Anmeldungen bitte an:

Elke Prestin ([REDACTED])

Anmeldeschluss: Freitag, 30. Juli 2021

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.



Online-Seminar Psychopharmaka

Leitung:

Nils Greve (Arzt, Psychotherapeut) & Kerstin Riemenschneider (Peer-Beraterin)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten Euch einladen, mit uns am **Freitag, 29. April 2022, von 10.00 bis 16.00 Uhr** in die „Welt der Psychopharmaka“ einzutauchen.

In diesem Online-Seminar wird es im ersten Teil um folgende Themen gehen:

- Geschichte der medizinischen Behandlungsmethoden
- Einteilung der Psychopharmaka
- Wirkungsmechanismen und Nebenwirkungen der einzelnen Gruppen
- Dosierungen (Was sind geringe / hohe Dosierungen?)
- Praktischer Umgang mit den Medikamenten (z. B. An- und Absetzen, Langzeitverordnung, Depotmedikamente)

Danach wird es darum gehen, welche methodischen und individuellen Voraussetzungen gegeben sein sollten, um als Patient*in mit der Behandlung erfolgreich umzugehen:

- Wie rede ich mit meinem Arzt / meiner Ärztin?
- Welche Möglichkeiten habe ich neben der Einnahme von Medikamenten, stabil zu bleiben (Fremd- und Selbsthilfe als Ergänzungen)?
- Wann und wie kann ich die Medikation reduzieren und/oder absetzen?
- Wie kann ich danach weiterhin stabil bleiben?

Im gemeinsamen Austausch im Plenum und in Kleingruppen könnt Ihr Euch dann aktiv damit beschäftigen, wie Ihr Eure Klient*innen bezüglich der medikamentösen und sonstigen Behandlung gut unterstützen könnt.

Zeitplan:

10.00 – 11.00 Uhr	Begrüßung, Vorstellungsrunde Kleingruppen, kurze Auswertung im Plenum
11.00 – 11.15 Uhr	Geschichte der medizinischen Behandlung in der Psychiatrie
11.15 – 11.30 Uhr	Pause
11.30 – 13.00 Uhr	Informationen zu Psychopharmaka
13.00 – 14.00 Uhr	Mittagspause
14.00 – 14.45 Uhr	Empowerment-orientierter Umgang mit Medikamenten
14.45 - 15.00 Uhr	Pause
15.00 – 16.00 Uhr	Kleingruppen (30 Minuten), Plenum mit Abschlussrunde

Die Teilnahme ist für Mitarbeitende in der GBV kostenlos.

Wir freuen uns sehr, Euch am 29.04.2022 digital wiederzusehen!

Liebe Grüße

Kerstin Riemenschneider & Nils Greve

Anmeldungen bitte an Uta Majewsky ([REDACTED]).
Bitte gebt für jede(n) Teilnehmer(in) eine E-Mail-Adresse an. Vielen Dank!

GBV Online – Seminar Psychopharmaka

am 29.April 2022

Literaturliste (eine Auswahl mit Schwerpunkt Reduzieren / Absetzen)

- Mahinda und Dr. Peter Ansari: „Genug geschluckt!“ (April 2022)
- Gonther, Rautenberg, Lehmann, Weißenborn u.a.: „Wo bleiben die neuen Wege beim Absetzen von Psychopharmaka?“ (aus Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“ 02/2022)
- Gerhard Gründer: „Psychopharmaka absetzen? Warum, wann und wie?“ (November 2021)
- DVD: „Nicht alles schlucken“ und „Leben mit Psychopharmaka“ (Psychiatrie Verlag 2015)
- Peter Lehmann (Hg.): „Psychopharmaka absetzen“ (Antipsychiatrie Verlag 2008)
- Nils Greve, Margret Osterfeld, Barbara Diekmann: Umgang mit Psychopharmaka – Ein Patienten-Ratgeber. Psychiatrie-Verlag 2017
- Kerstin Riemenschneider: Ein Empowerment orientierter Umgang mit Medikamenten bei psychischen Störungen als Beispiel für patientenzentrierte Behandlungsmethoden (Fachtagung Psychiatrie, Berlin 2017)
- Jann E. Schlimme, Thelke Scholz, Renate Seroka: Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Psychiatrie-Verlag 2018

**Ablaufplan GBV-Seminar „Recovery in Theorie und Praxis“
am 18.06.21 von 09:00 – 15:00 Uhr
von Bettina Jahnke**

Wann	Was	Wie
09:00 – 09:15	Begrüßung – Ablauf Anrede Du-Sie?	
09:15 – 10:00	Vorstellungsrunde + erste spontane Idee zum Stichwort „Recovery“	Ggf. Whiteboard
10:00 – 10:45	Was ist Recovery? Hintergrund	PPT
10:45 – 11:00	PAUSE	
11:00 – 11:45	Gruppenarbeit 1 „Wo habe ich in meinem unmittelbaren privaten oder beruflichen Umfeld Recoveryvertreter kennengelernt? Was zeichnet sie aus? Was kann man von ihnen lernen?“	3 Kleingruppen à 4-5 Pers. Gruppensprecher / Protokoll
11:45 – 12:00	Präsentationen	
12:00– 12:30	MITTAG	
12:30 - 13:00	Intro - Spannungsfelder	PPT
13:00 – 13:45	Gruppenarbeit 2 Wo habt Ihr diese Spannungsfelder schon erlebt? Wie lässt sich damit gut arbeiten?	3 Kleingruppen à 4-5 Pers. Gruppensprecher / Protokoll
13:45 – 14:00	Präsentationen	
14:00 – 14:15	PAUSE	
14:15 – 14:45	Institutionelle Recovery-Orientierung	Ggf. Whiteboard PPT
14:45 – 15:00	Abschlussrunde + Fazit Material	

Früherkennung und Krisenintervention bei Suizidgefährdung Nils Greve

Suizidale Handlungen: Begriffe

- Suizid
 - Suizidversuch
 - parasuizidale Handlung
 - Selbstverletzungen
 - Risikoverhalten
 - Märtyrertod, Opfertod, Kamikaze usw.
 - Erweiterter Suizid
 - Doppelsuizid
 - Massensuizid
 - Nachahmungssuizid („Werther-Effekt“)
 - weiche/harte Methoden
-
- Erwägung
 - Ambivalenz
 - Entschluss

Epidemiologie

(Dunkelziffer: 10-30 Prozent)

Deutschland Mitte der 1970-er Jahre: knapp 20.000 Suizide

Deutschland 2019: 9041 Suizide, Suizidrate: 11,3/100.000 Einwohner

Suizidraten 2018: NRW 7,7 – Sachsen-Anhalt 13,7, Sachsen 13,5

Suizidversuche sind 15-20mal häufiger als Suizide

Suizide: ♂ > ♀, ca. 3 : 1, Suizidraten 2011: ♂ = 19,0, ♀ = 6,0

Suizidversuche: ♀ > ♂, ca. 2 : 1

Suizide: Ältere > Jüngere; Männer > 90 Jahre: Suizidrate 2009 = 87,3 (Frauen 16,7)

Suizidversuche: Jüngere > Ältere

Suizid nach Suizidversuch: ca. 10 % in 10 Jahren

Suizidversuch vor Suizid: bis zu 30 %

Suizidraten in Europa 2016:

- Litauen 31,9, Russland 31,0, dann folgen Weißrussland, Kasachstan, Ukraine
- Aserbeidschan 2,6, Griechenland 5,0; USA 15,3, Karibik 0,5 – 2,4

Weltweite Suizidrate 2016: 10,5

Literatur: Michael Eink & Horst Haltenhof: Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Psychiatrie-Verlag, Köln 5. Auflage 2016, 18,00 €

Internet: Wikipedia-Artikel „Suizid“; Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), www.suizidprophylaxe.de;

Suizidalität erkennen und abschätzen

Risikogruppen

- Ankündigung suizidalen Verhaltens
- Aktuelle oder frühere Suizidversuche
- Suizide/Suizidversuche in der Umgebung oder von wichtigen Personen
- Depressivität, Schizophrenie, Sucht, starke Angst, Persönlichkeitsstörung
- Erhöhtes Lebensalter, Multimorbidität, Vereinsamung, drohende Heimaufnahme
- Biografische und/oder akute Belastungen, z. B. Lebenskrise, Trauma, Verlust
- Selbstverschuldeter Unfall, Mobbing etc. (Scham, Schuldgefühl)
- Psychopharmaka Ein- oder Umstellung (v. a. neuere Antidepressiva)
- Schwierige soziale Situation (Entwurzelung, Obdachlosigkeit, Verwahrlosung, Isolation, Migranten/Flüchtlinge, Kriminalität, chronische Arbeitslosigkeit, Verarmung, hohe Verschuldung)
- Schwere körperliche Erkrankungen (chronisch, entstellend, lebensverkürzend, belastend)
- Während und unmittelbar nach psychiatrischer Krankenhausbehandlung
- Plötzliche, auf Anheb nicht erklärbare Änderung des Befindens oder Verhaltens

Präsuizidales Syndrom (Ringel)

- **Einengung**
 - der persönlichen Möglichkeiten
 - der Gefühlswelt
 - der sozialen Beziehungen
 - der Wertewelt
- **Autoaggressivität**
 - starke Aggressionspotenziale
 - behinderte Abfuhr nach außen
- **Selbsttötungsfantasien/-wünsche**
 - Ruhewunsch
 - Todeswunsch
 - Vorstellung suizidaler Handlungen
 - Suizidabsicht, -planung, -befehl
 - Vorbereitungshandlungen
 - Suizidhandlung

Besonders gefährlich: Ich-dystone Impulse (sich aufdrängende Gedanken, halluzinierte Suizidbefehle u. Ä.)

Falsch: ~~„Hunde, die bellen, beißen nicht“~~, ~~„(chronisch) suizidal“~~

Hoffnungslosigkeit
Narzisstische Kränkung

„Ruhe vor dem Sturm“
„Wenn wir nicht daran denken“

Suizidprävention

Ziel: Anti-Suizid-Kontrakt

Rahmenbedingungen

- Zeit und Raum
- Beherrschung von Gefahren
- Differenziertes Hilfeangebot:
 - Notfallmaßnahmen, Gefahrenabwehr, ggf. Zwangseinweisung
 - Krisenintervention (ambulant, stationär)
 - Übernahme von Verantwortung, Entlastung, praktische Unterstützung
 - Psychiatrische Behandlung
 - Psychotherapie
 - Bezugsbegleitung
- Einbeziehung von Angehörigen (als Betroffenen und als Helfern, ohne Delegation der Verantwortung)

Gesprächsführung

Diagnose, Krisenmanagement, Therapie

- Thema Suizid offen ansprechen
 - Eigene Verantwortung offen legen
 - Beziehung anbieten, akzeptierend-verständnisvolle Grundhaltung
 - Offenheit für Gründe und Anlässe der Suizidalität zeigen
 - Ausweglose Problemdefinitionen nicht übernehmen
 - Hilfen anbieten, Reaktionen beachten
 - Zeitachse einführen
-
- Gefahrenbeherrschung hat Vorrang, auch die eigene Sicherheit beachten!
 - Beurteilung des Helfers zählt!
 - Bekräftigungsritual ist diagnostisch wertlos!
 - Keine ungeklärte Suizidgefährdung stehen lassen!
 - Eigene Überforderung vermeiden, möglichst Hilfe holen!

Nach suizidalen Handlungen

- eigene Stabilität sichern: Ablösung im Dienst, Kollegengespräch, evtl. professionelle Hilfe
- Nachbesprechung: Suizidkonferenz, Supervision etc.
- Nachsorge für Patienten nach Suizidversuchen, wenn möglich Fortsetzung der Arbeit mit ihnen; nach Suiziden: Abschied nehmen (Beerdigung)
- Angehörige (Freunde, Kollegen, Mitbewohner/-patienten) entlasten
- Nachahmungssuizide verhüten