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, sinnerfüllten 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 gemeindepsychiatrischer, 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 Trialog 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 persönliches 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.