Hilfen wie aus einer Hand

Das Modellprojekt Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV)



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





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 koordinieren de 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.

freve

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 unverbindlich 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 (Hrsq.), S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update 2019

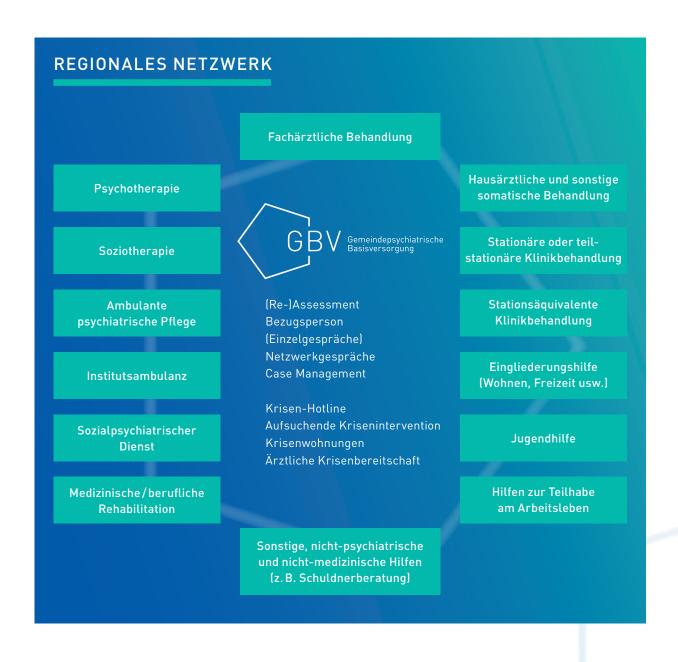
Dies ist der Ausgangspunkt für das Projekt Gemeindepsychiatrische Basisversorgung. Im Rahmen des Projektes sollen die "gemeindepsychiatrischen Systeminterventionen" gemäß der oben zitierten Leitlinie der DGPPN in ausgewählten Regionen implementiert werden. Die beschriebene Versorgungslücke soll geschlossen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





"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



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



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:
- iederzeit beleabare Krisenwohnuna.
- 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.

Zielgruppe

ZIELGRUPPE DES GBV-PROJEKTES / STUDIENTEILNEHMER*INNEN

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

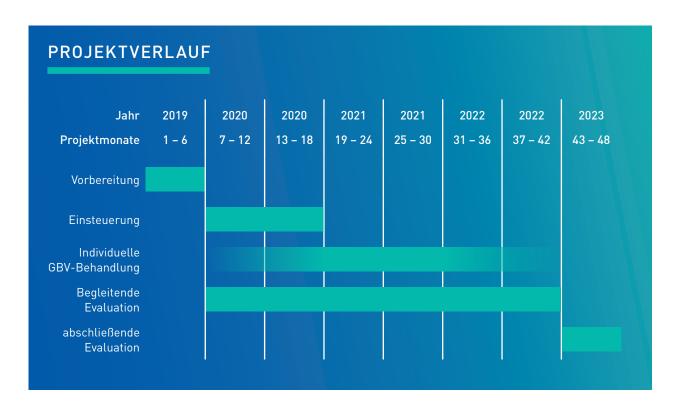
- Mindestalter: 18 Jahre
- Schwere psychische Erkrankung mit Hauptdiagnose der ICD-10 Diagnosegruppen F2, F3, F4, F5 oder F6
- Versicherung bei einer der teilnehmenden Krankenkassen
- Fester Wohnsitz in einer der Projektregionen bzw. dort in einem versorgten PLZ-Gebiet
- Durch ein Assessment festgestellte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

Projektablauf

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



1. Vorbereitung

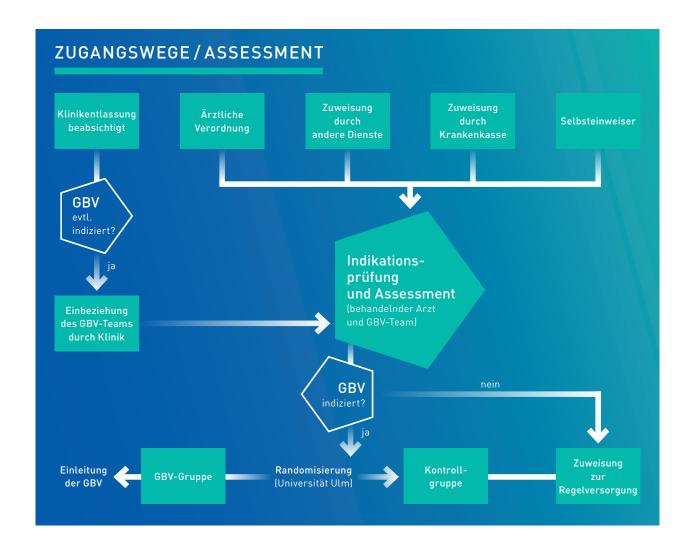
Die Vorbereitungsphase bis Ende 2019 (Projektmonate 1–6) wird insbesondere für die Gewinnung von kooperierenden Leistungserbringern und Studienteilnehmer*innen genutzt. Zudem erfolgt die Qualifizierung der beteiligten Mitarbeitenden, u. a. durch eine Schulungsreihe zu Netzwerkgesprächen und durch Seminare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



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 Anamneseund Befundbogen und die Soziale Netzwerkkarte. 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 Interventions- 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.



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).



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

LVR-Klinik Langenfeld

Prof. Dr. Birgit Janssen (Chefärztin) Abteilung Allgemeine Psychiatrie 2

Telefon: 02173 1022060 E-Mail: birgit.janssen@lvr.de

Mönchengladbach

Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e. V.

Ursula Kranz-Streyl (Fallmanagerin)

LVR-Klinik Mönchengladbach

Güldenur Genc-Mat (Leitende Oberärztin)

Dahlener Straße 116 41239 Mönchengladbach Telefon: 02166 970470

E-Mail: u.kranz-streyl@rehaverein-mg.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

Zvataatioii

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

GBV-TEAM

Gesamtprojektleitung und ärztliche Projektleitung:

Nils Greve

Telefon: 0163 2482112

E-Mail: greve@psychiatrie.de

Administrative Projektleitung:

Birgit Görres





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