

Psychen

PSYCHIATRIE-REPORT
LVR-KLINIKVERBUND

Empowerment
und Partizipation
2020

Selbstbestimmung und eigenständige Lebensführung stärken

„Vier LVR-Kliniken beteiligen sich am Modellprojekt „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“

Mit starker Beteiligung aus dem Rheinland ist das Modellprojekt „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“ (GBV) angelaufen, das seit Juli 2019 für vier Jahre aus dem Innovationsfonds zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland gefördert wird. Unter dem Motto „Hilfen wie aus einer Hand“ bietet die GBV deutschlandweit in zwölf Regionen eine ambulant-aufsuchende psychosoziale Gesamtversorgung an. In Abstimmung mit psychisch erkrankten Menschen und ihrem Umfeld werden ungedeckte Versorgungsbedarfe identifiziert, Hilfsangebote vermittelt und vernetzt. Die Betroffenen werden im Sinne des „Empowerment“ in der Ausübung ihrer Selbstbestimmung gestärkt. In fünf der zwölf Regionen wirkt der LVR mit: Beteiligt sind das LVR-Klinikum Essen, die LVR-Klinik Viersen, die LVR-Klinik Mönchengladbach sowie die LVR-Klinik Langenfeld (für die Projektregionen Solingen und Kreis Mettmann).

Zielgruppe und Motivation

Das GBV-Projekt richtet sich an schwer psychisch erkrankte Menschen mit Einschränkungen der Teilhabe. Trotz kontinuierlicher Weiterentwicklung gemeindenaher Angebote der Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe werden diese Menschen derzeit vielfach noch nicht ausreichend versorgt. Insbesondere fehlen intensiv-ambulante Hilfen mit aufsuchend arbeitenden Teams und rund um die Uhr verfügbaren Krisendiensten. Ein weiteres bekanntes Problem ist die starke Fragmentierung des Versorgungssystems. Die Behandlungs- und Betreuungsleistungen sind aufgeteilt auf unterschiedliche Sozialleistungsträger mit getrennten Vergütungssystemen. Schwer psychisch erkrankte Menschen, für die Sicherheit, Vertrauensaufbau und Beziehungskontinuität zu unterstützenden Personen besonders wichtig wären, sehen sich stattdessen vielerorts mit einem schwer durchschaubaren Dickicht einzelner Angebote, Maßnahmen und Interventionen konfrontiert.

Lösungsansätze

Wie sich diese Versorgungslücke schließen lässt, zeigen internationale Vorbilder wie die britischen „Community Mental Health Teams“ (CMHT) und das niederländische Modell des „Flexible Assertive Community Treatment“ (FACT-Modell), deren Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien erwiesen wurde. 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 diese Vorbilder Bezug und fordert ausdrücklich dazu auf, entsprechende „gemeindepsychiatrische Systeminterventionen“ auch in Deutschland flächendeckend zu etablieren.

Das ist der Ausgangspunkt für das Projekt Gemeindepsychiatrische Basisversorgung. Im Rahmen des Projekts sollen die genannten Systeminterventionen in ausgewählten Regionen implementiert werden. Die beschriebene Versorgungslücke soll geschlossen und die Zersplitterung entlang der einzelnen Sozialgesetzbücher überwunden werden. Ziel ist es, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen bedarfsgerechte, koordinierte Unterstützung nach ihren Wünschen und Bedarfen erhalten.

Charakteristika der GBV

Die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung ist für Menschen konzipiert, die aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung einen komplexen psychosozialen Hilfebedarf haben. Um zu klären, ob eine Indikation zur GBV vorliegt, wurde ein spezielles Assessment entwickelt, das standardisierte Diagnoseverfahren und klinische Einschätzung verbindet.

Für die Patient*innen ihrer Zielgruppe bietet die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung SGB-übergreifend eine ambulant-aufsuchende psychosoziale Gesamtversorgung unter Einbeziehung und Vernetzung aller individuell erforderlichen Hilfen. Die erkrankten Menschen und ihre Angehörigen bzw. engen Bezugspersonen sollen alle für sie indizierten Hilfen

Vierstufiger Krisendienst

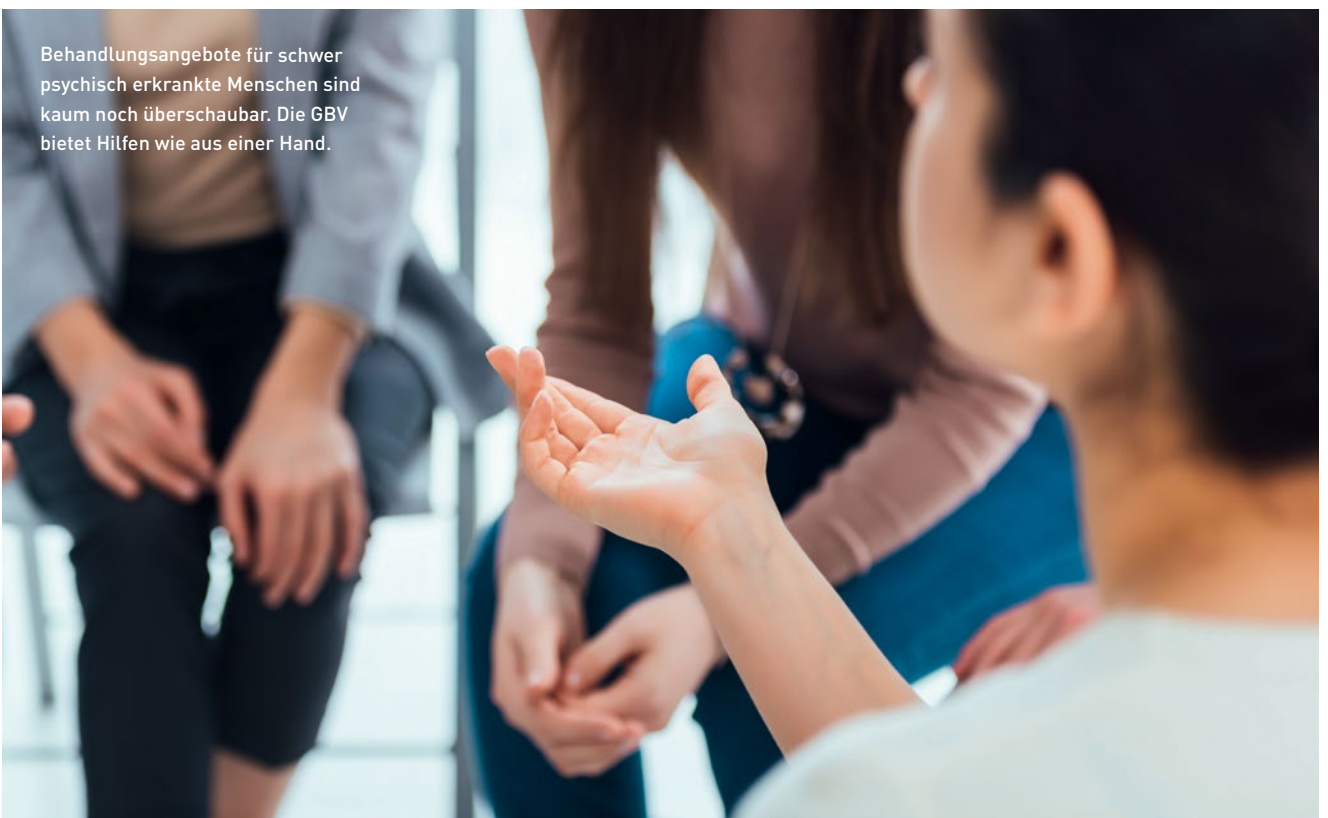


niederschwellig erreichen und verbundförmig „wie aus einer Hand“ erhalten. Im Zentrum des Versorgungsangebots stehen die regionalen, multiprofessionell besetzten GBV-Teams. Sie leisten die psychosoziale Versorgung teils selbst, teils in Vernetzung mit weiteren Anbietern von Behandlungsmaßnahmen, psychosozialen Hilfen aus anderen Sozialgesetzbüchern und nichtpsychiatrischen Hilfen. Kooperationspartner*innen 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 feste*r Ansprechpartner*in 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 die*der feste Ansprechpartner*in sowie mindestens ein weiteres Teammitglied teilnehmen.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der GBV ist die vierstufige ambulante Krisenintervention: Die GBV-Teams sind rund um die Uhr telefonisch erreichbar, fahren bei Bedarf als „aufsuchender Krisendienst“ zu den Klient*innen und stellen „Krisenwohnungen“ zur Verfügung. In Absprache mit Versorgungskliniken und Notfallpraxen wird zudem ein ärztlicher Hintergrunddienst angeboten.

Behandlungsangebote für schwer psychisch erkrankte Menschen sind kaum noch überschaubar. Die GBV bietet Hilfen wie aus einer Hand.



Ziele: Bessere Versorgung und Empowerment

Die Erfahrungen mit internationalen Vorbildern lassen erwarten, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch die GBV effektiver und effizienter versorgt werden können. Ziele sind unter anderem

- die Verbesserung des Gesundheitszustands,
- die Stärkung von Selbstbestimmung und eigenständiger Lebensführung,
- die Erweiterung der Möglichkeiten sozialer und beruflicher Teilhabe,
- eine höhere Versorgungszufriedenheit der Patient*innen und ihrer Angehörigen,
- die Verbesserung des Kosten-Effektivitätsverhältnisses der eingesetzten Ressourcen.

Eine besondere Bedeutung kommt dem Empowerment zu: 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 Zufriedenheit mit den psychiatrischen Hilfen erhöhen.

Evaluation und Ausblick

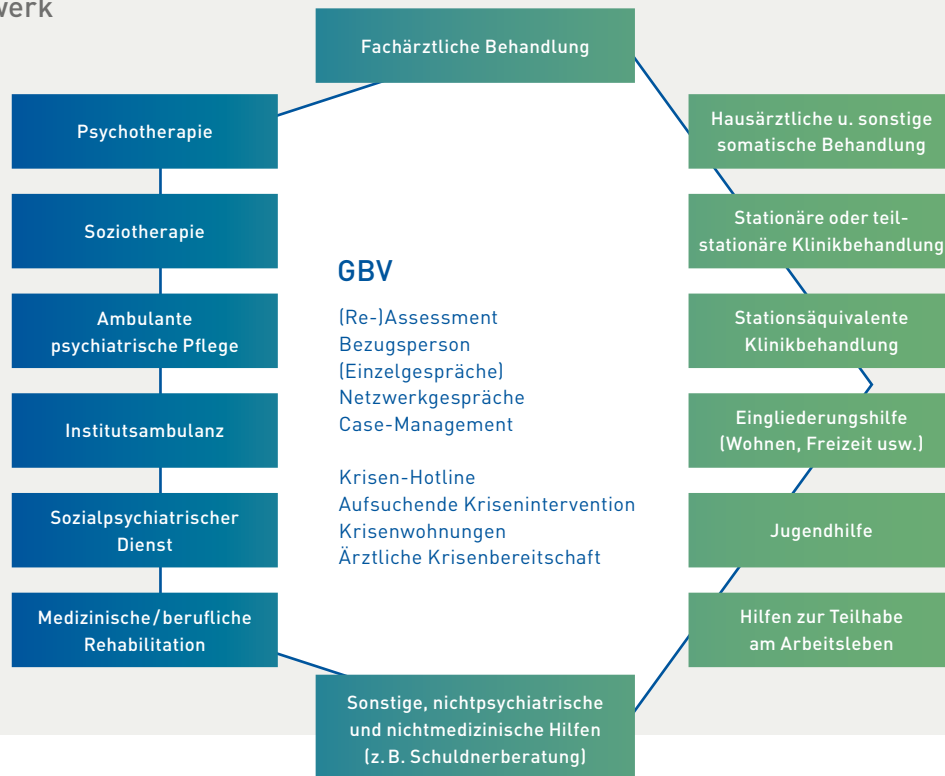
Inwieweit die GBV ihre Ziele erreicht, wird in einer Begleitstudie unter Leitung der Universität Ulm überprüft. Die eine Hälfte der Studienteilnehmer*innen (GBV-Gruppe) erhält zwei Jahre lang die oben beschriebenen Leistungen der GBV, die andere Hälfte (Kontrollgruppe) erhält weiterhin die normale Regelversorgung. Alle Studienteilnehmer*innen und möglichst auch jeweils eine enge Bezugsperson werden im Studienverlauf insgesamt fünf Mal mittels standardisierter Fragebögen befragt, unter anderem zu Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl, Lebensqualität, psychosozialen Beeinträchtigungen, Hilfebedarfen und Versorgungszufriedenheit. Durch den Vergleich von GBV-Gruppe und Kontrollgruppe werden zum Projektabschluss im Jahr 2023 wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zur Wirksamkeit der GBV vorliegen.

Um möglichst belastbare Aussagen treffen zu können, wurden für die Implementierung des Projektes zwölf Regionen mit unterschiedlichen demografischen Strukturen (groß-/kleinstädtisch und ländlich), unterschiedlichen Landesgesetzen und unterschiedlich strukturierten Versorgungssystemen (vorhandene Fachärzt*innen, Nähe der Versorgungsklinik, Zahl und Komplexität von Angeboten der Eingliederungshilfe usw.) ausgewählt. Im Einzelnen sind dies: Augsburg, Berlin, Dresden, Essen, Kreis Mettmann, Mönchengladbach, München, Paderborn, Saarbrücken, Solingen, Ulm/Neu-Ulm, Kreis Viersen. So sollen möglichst viele Erkenntnisse über die Einsetzbarkeit der GBV unter heterogenen regionalen Voraussetzungen gewonnen werden. Bei erfolgreicher Evaluation soll die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung Eingang in die bundesweite Regelversorgung finden, zum Beispiel durch Übernahme in das Dritte Kapitel des SGB V.



^ Zwölf Regionen erproben die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung

Regionales Netzwerk



Mitwirkende und Rolle des LVR

Zum GBV-Projektkonsortium unter der Konsortialführung des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. gehören insgesamt 19 Krankenkassen sowie Leistungserbringer aus den Projektregionen mit ihren Managementgesellschaften und die Universität Ulm. Leiter des Projekts ist Dipl.-Psych. Nils Greve, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Vorsitzender des Dachverbands Gemeindepsychiatrie.

» Unserem Anspruch entsprechend, innovative und umfassende Behandlungsangebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu ermöglichen, freuen wir uns über die starke Beteiligung unserer LVR-Kliniken an der GBV. «

Martina Wenzel-Jankowski, Leiterin Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

Eine wesentliche Bedeutung kommt den regionalen Projektpartner*innen zu, ohne deren Mitwirkung die Vernetzung verschiedener Unterstützungsangebote nicht erreichbar wäre. Das Engagement der vier LVR-Kliniken in fünf Projektregionen ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Denn die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit der Anbieter von stationären und ambulanten Leistungen im GBV-Projekt trägt dazu bei, die starren Sektorengrenzen zu überwinden und bedarfsgerechte vernetzte Komplexleistungen zu realisieren. Diese Entwicklung ist für die Psychiatrie zukunftsweisend. Auch inhaltlich knüpft das GBV-Projekt an Ausrichtung und Ziele der beteiligten LVR-Kliniken an. Mit seinen psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten zielt der LVR wesentlich darauf ab, die Eigenverantwortlichkeit psychisch erkrankter Menschen zu fördern und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Multiprofessionalität und flexible, bedarfsgerechte Angebote sind fester Bestandteil der LVR-Philosophie. Daher unterstützt der LVR die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung und trägt mit der eigenen umfangreichen Expertise zum Erfolg des GBV-Projekts bei – zum Wohle schwer psychisch erkrankter Menschen.

Dieser Beitrag wurde mit freundlicher Unterstützung von Dr. Elke Prestin (Dachverband Gemeindepsychiatrie) verfasst.

Impressum

Herausgeber

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Hermann-Pünder-Straße 1
50679 Köln

Projektleitung

Prof. Dr. Yvonne Kahl
Brigitte Lohmanns
Prof. Dr. Roman Mennicken

Layout und Grafik

sitzgruppe Meyer Rath Uphaus GbR
Achenbachstraße 19
40237 Düsseldorf
www.sitzgruppe.de

Druck

Druckerei des Landschaftsverbandes
Rheinland, Dr.-Simons-Str. 2, 50679 Köln

Redaktion

S. 8: Dr. Sylvia Hufnagel, Bettina Jahnke,
Monika Schröder
S. 14: Dr. Ralph Marggraf, Dr. Tarik Ugur
S. 20: Alexander Cremer, Jochen Möller
S. 24: Dagmar Schmidt, Andrea Trost,
Eva Pütz
S. 28: Dr. Johannes Hebebrand, Birgit Meiler,
Privat-Dozent Dr. Volker Reissner,
Prof. Dr. Norbert Scherbaum
S. 32: Dr. Franz-Peter Begher,
Marie-Louise Niggel, Holger Höhmann
S. 36: Dagmar Schmidt
S. 38: Alexandra Peek, Dr. Elke Prestin
(Dachverband Gemeindepsychiatrie)
S. 42: Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-
Mayfrank, Hannah Gröber, Sophie E. Groß,
Josephine Heinz, Jürgen Zielasek
S. 48: Dr. Ljiljana Joksimovic,
Monika Schröder
S. 50: Prof. Dr. Markus Banger, Dirk Könsgen,
Khadidja Rashid, Prof. Dr. Judith Sinzig
S. 53: Dr. Michael Schormann

Mitarbeiter*innen dieser Ausgabe

Immanuel Baar
Claudia Blum
Niklas Britz
Heidi Credé
Tillmann Daub
Maria Ebbers
Laura Gahr
Miriam Gundlach
Thomas Hax-Schoppenhorst
Dirk Kamps
Stephanie Kelle
Sabine Knau
Jennifer Krämer
Peter Kreacsik
Andreas Kuchenbecker
Klaus Lüder
Eero Mollik
Dr. Mechthild Pott
Dagmar Schmidt
Martina Schramm
Susanne Stephan-Gellrich
Stefan Thewes

Fotos

Titelseite: © plainpicture/Romy Rolltschke
S. 6/7: © plainpicture/André Wagner
S. 9: © picture alliance/Amelie-Benoist
S. 10: © 1, 2, 3: Privat, 4: LVR/Matthias Jung,
5, 6: LVR/Alexandra Kaschirina
S. 11: © LVR/Heike Fischer
S. 12: © LVR/Matthias Jung, Heike Fischer
S. 13: © LVR/Matthias Jung
S. 14: © picture alliance/Westend61/
Lisa und Wilfried Bahn Müller
S. 18: © iStock.com/vasiliki
S. 21: © iStock.com/naphat09
S. 25: © LVR/Eva Pütz
S. 27: © picture alliance/dpa/
Roland Wehrauch
S. 31: © LVR-Klinik Langenfeld
S. 32: © LVR/Beate Lemke
S. 33: © Ralph Matzerath
S. 34: © Westend61/zerocreatives
S. 37: © LightField Studios/Shutterstock

S. 42: © Rido/Shutterstock
S. 46: © LVR/Matthias Jung
S. 47: © LVR/Matthias Jung
S. 49: © Photographee.eu/Shutterstock
S. 51: © LVR/Sonja Reich
S. 52/53: © plainpicture/Giorgio Fochesato
S. 54: © LVR-Klinik Mönchengladbach,
© PantherMedia/woenny, Dirk Kamps
S. 55: © LVR/Jennifer Krämer
S. 56: © Leonhard Schilbach (privat)
S. 57: © Wolfgang Paterok, Olaf Staschik,
Matthias Jung, David Lemanski
S. 60: © LVR/Dezernat 8
S. 68: © LVR/Matthias Jung
S. 77: © AdobeStock/tatoman
S. 79: © Mike-Dennis Müller
S. 82: © Nicole Koj, TAS Emotional
Marketing GmbH
S. 85: © LVR/Andreas Kuchenbecker
S. 90: © LVR/Hans-Theo Gerhards
S. 91: © LVR-Klinik Bonn
S. 92: © LVR/Thomas Hax-Schoppenhorst
S. 93: © LVR/Rainer Hotz
S. 94: © LVR/Bettina Steinacker
S. 95: © LVR/Dagmar Schmidt
S. 96: © LVR-Archiv
S. 97: © LVR/Matthias Jung
S. 98: © LVR/Beatrix Wolters
S. 99: © LVR/Beatrix Wolters
S. 100/101: © plainpicture/DEEPOL
by plainpicture
S. 108: © LVR/Matthias Jung

Fragen und Anregungen, Literaturhinweise

Brigitte Lohmanns
brigitte.lohmanns@lvr.de
Telefon: 0221 809-6754

1. Auflage
Köln, Oktober 2020

Der LVR-Psychiatrie-Report steht auch als
PDF-Dokument zum Download bereit:
www.klinikverbund.lvr.de/psychiatriereport