

Ein Standard für Gemeindepsychiatrische Zentren – Definition, Checkliste und Modelltreue-Skala (MTS-GPZ)

Prof. Dr. p. h. Günther Wienberg

Dr. med. Jochen Ostermann

Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart

Unter Mitarbeit von Franziska Myszor, MA

Vorwort



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

mit dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (kurz NPsychKG) haben der Niedersächsische Landtag und die Niedersächsische Landesregierung die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen eine angemessene und qualitativ hochwertige Versorgung erhalten.

Dabei steht insbesondere die Versorgung für Patientinnen und Patienten mit komplexem Hilfebedarf im Fokus. Dies ist notwendig, weil die betroffenen Menschen aufgrund ihrer vielfältigen Probleme in der Vergangenheit durch Regelangebote nur unzureichend erfasst werden konnten. Zudem fehlte es an Ressourcen für die aufwendigere Behandlung. Expertinnen und Experten vertreten zudem die Auffassung, dass die Aufteilung des Versorgungsangebotes in stationär, teilstationär und ambulant kontraproduktiv wirkt. Um die Versorgung der Patientinnen und Patienten angemessen zu gewährleisten, ist eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit erforderlich.

Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen (LPPN) empfiehlt daher die Etablierung von Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) als ein Behandlungsangebot durch multiprofessionelle Teams im gewohnten Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten. In drei vom Land Niedersachsen geförderten Modellregionen (Landkreis Cuxhaven, Heidekreis und Stadt Braunschweig) hat sich diese Versorgungsform gerade bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bewährt.

Im Auftrag des Landes Niedersachsen hat das Institut für Sozialpsychiatrie des Landes Mecklenburg-Vorpommern einen Standard für Kommunen entwickelt, die ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum aufbauen wollen. Dieser Standard beschreibt die essentiellen Bestandteile eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums, die dieses braucht um als solches zu funktionieren. Eine Checkliste hilft den Kommunen sich zu verorten, wo auf dem Weg zu einem Gemeindepsychiatrischen Zentrums sie stehen und kann als Handlungsleitfaden dienen.

Ich hoffe, dass der vorliegende Bericht Sie dabei unterstützt, auch in Ihrer Region Gemeindepsychiatrische Zentren zu etablieren.

Ihre

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Daniela Behrens'.

Daniela Behrens,

Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Definition, Checkliste und Modelltreue-Skala Gemeindepsychiatrische Zentren¹

A. Hintergrund und Ausgangslage

Ein bisher nicht erreichtes Ziel der deutschen Psychiatriereform ist die flächendeckende Sicherstellung einer ambulanten, mobilen Komplex- und Intensivbehandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams. Diese Forderung ist fachlich weithin unumstritten. Bisherige Ansätze zu ihrer Umsetzung, z. B. im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V, von Modellprojekten nach § 64 b SGB V oder durch die Stationsäquivalente Behandlung nach § 115 d SGB V, haben jedoch nicht zu bedarfsgerechten Lösungen geführt.

Dabei ist die ambulante, mobile Behandlung durch multiprofessionelle Teams ein solides evidenzbasiertes Versorgungsmodell. Dies belegt u. a. die aktuelle S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019). Die Empfehlungen 10 bis 14 der Leitlinie beziehen sich auf die Umsetzung dieses Versorgungsmodells (siehe dort, S. 38).

Die Evidenzbasis der Empfehlungen besteht aktuell aus mehr als 50 randomisierten und kontrollierten Studien, überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum, zur Wirksamkeit von Home Treatment (HT)- und Assertive Community Treatment (ACT)-Teams². Die Indikation für das HT ist auf die Dauer der psychischen Krise (ca. 2 bis 6 Wochen) beschränkt. Es erfolgen regelmäßige Hausbesuche, ggf. mehrfach am Tag. Eine erforderliche medikamentöse Behandlung sowie eine kontinuierliche Betreuung bis zum Ende der Krise sowie die Überleitung in eine bedarfsgerechte Nachsorge werden sichergestellt. ACT-Teams unterstützen die Nutzenden über längere Zeiträume, ggf. über Jahre. Sie unterstützen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, bei der Sicherstellung der medikamentösen Therapie und bei der Bewältigung von Krisen. Sie beziehen das soziale Umfeld ein, stellen eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung sicher, unterstützen bei Fragen von Arbeit und Beschäftigung sowie behördlichen Angelegenheiten und fördern die Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten der Nutzenden.

Die verfügbare wissenschaftliche Evidenz belegt:

- HT reduziert die Symptomschwere, die Häufigkeit und Dauer stationärer Aufnahmen, Behandlungsabbrüche sowie erlebte Belastungen von Angehörigen und ist außerdem kosteneffektiv (DGPPN 2019, S. 106).

¹ Definition, Checkliste und MTS-GPZ sind im Rahmen des Projekts „Standards, Implementierung und Evaluation von Gemeindepsychiatrischen Zentren in Niedersachsen“ (SIE_GPZ) im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Niedersachsen entstanden (vergl. Wienberg et al. 2022).

² HT-Teams werden in Großbritannien auch als Crisis Resolution Teams (CRT) bezeichnet, ACT wird auch als Intensive Case Management (ICM) bezeichnet.

- ACT reduziert die Symptomschwere, Sterbefälle, die Häufigkeit und Dauer stationärer Aufnahmen und Behandlungsabbrüche. Sie verbessert die medikamentöse Compliance und das soziale Funktionsniveau sowie die Beschäftigungs- und Wohnsituation und ist ebenfalls kosteneffektiv (vergleiche DGPPN 2019, S. 117).

Ein niederländisches Versorgungsmodell *integriert beide Ansätze*: das *Flexible Assertive Community Treatment* (FACT; Manual: van Veldhuizen & Bähler 2013, 2017). Die Kombination in einem flexiblen Versorgungsmodell entspricht in besonderer Weise dem oft phasenhaften Verlauf schwerer psychischer Erkrankungen mit sich wiederholenden akuten Episoden und Phasen mit (Teil-)Remission. 2018 gab es in den Niederlanden ca. 400 FACT-Teams, die mit 10 bis 12 Vollzeitkräften je ca. 200 bis 220 Klientinnen und Klienten versorgen. Ca. 80 % der Interventionen erfolgen aufsuchend. Auch in anderen nordeuropäischen Ländern ist das FACT-Modell inzwischen verbreitet. Allerdings sind die Versorgungssituationen von Menschen mit SMI in den Niederlanden und Deutschland sehr unterschiedlich. So gibt es in den Niederlanden z. B. keine flächendeckende Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten. In Deutschland leisten die Psychiatrischen Institutsambulanzen einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit SMI, in der Regel aber ohne eine mobile, aufsuchende Komponente (vergl. Koch-Stöcker et al. 2016). Auf der anderen Seite haben z. B. Sozialpsychiatrische Dienste, die aufsuchend tätig sind, in der Regel keine Zulassung zur ambulanten Behandlung. Insofern ist bei der Planung und Umsetzung von ambulanten, mobilen multiprofessionellen Teams immer der Gesamtkontext der Versorgung zu berücksichtigen. Dabei ist es weder möglich noch sinnvoll, die flächendeckende Versorgung von Menschen mit SMI durch ambulante, mobile multiprofessionelle Teams in Deutschland *zusätzlich* zu dem bestehenden psychiatrischen Versorgungssystem zu realisieren. Stattdessen wird es um die synergetische Nutzung und Reorganisation bestehender Ressourcen gehen müssen. Welche Ressourcen dabei von welchen Kooperationspartnern eingebracht werden, hängt von den – durchaus unterschiedlichen – regionalen Kontexten ab. Die bisherigen Erfahrungen deuten jedoch darauf hin, dass die kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienste, die zuständigen Versorgungskliniken mit ihren ambulanten Ressourcen sowie Anbieter von Assistenzleistungen und psychiatrischer häuslicher Pflege zentrale Rollen bei der Abdeckung von GPZ-Funktionen übernehmen können.

Steinhart und Wienberg haben mit dem *Funktionalen Basismodell* einen evidenzbasierten Standard für eine bedarfsgerechte gemeindepsychiatrische Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vorgelegt und mehrfach aktualisiert (Steinhart & Wienberg 2017, Wienberg & Steinhart 2020). Auch in diesem Modell sind ambulante, mobile multiprofessionelle Teams eine *Kernfunktion der Versorgung*.

Die *Zielgruppe der Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung* (Englisch: Severe Mental Illness/SMI) wird in der internationalen wissenschaftlichen Literatur wie folgt definiert: Personen „mit jeder psychiatrischen Diagnose, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen bzw. in Behandlung sind, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau

einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind“ (DGPPN 2019, S. 7 f).³

Im Vordergrund dieser Definition stehen also nicht Diagnosen, sondern die Dauer der Erkrankung, die damit verbundenen funktionalen Beeinträchtigungen und die intensive Inanspruchnahme des Versorgungssystems. Hochrechnungen zufolge sind *zwischen 1 und 2 % der Erwachsenenbevölkerung* zu jedem Zeitpunkt von einer schweren psychischen Erkrankung betroffen, dies sind in Deutschland 500 Tausend bis 1 Million Menschen. Diese sind in der Regel mit hohen Versorgungsbarrieren insbesondere im Bereich Behandlung konfrontiert, denn sie sind häufig vorübergehend oder auf Dauer nicht in der Lage, die erforderlichen Hilfen selbst zu organisieren und zu koordinieren. Sie können von den Regelangeboten niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte und anderen Angeboten mit reiner Komm-Struktur kaum profitieren, weil sie diese nicht (zuverlässig) wahrnehmen (können) und weil dort die Ressourcen oder Strukturen für ihre Behandlung fehlen.

Im Landespsychiatrieplan Niedersachsen aus dem Jahr 2016 ist der Aufbau Gemeindepsychiatrischer Zentren (GPZ) zur ambulanten und mobilen Versorgung von Menschen mit SMI ein *prioritäres Entwicklungsziel*. Von 2019 bis 2021 hat das Land zwei GPZ-Modellprojekte in der Stadt Braunschweig und im Landkreis Cuxhaven gefördert, ein weiteres Modell wurde im Heidekreis von 2020 bis 2021 im Rahmen der Gesundheitsregionen Niedersachsen sowie vom Landkreis gefördert. Auch in anderen Gebietskörperschaften des Landes gibt es inzwischen Ansätze zum Aufbau von GPZ.

Um diesen Praxismodellen eine gemeinsame inhaltliche Grundlage und Ausrichtung zu geben, hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2020 ein Projekt zur Entwicklung von Standards für GPZ einschließlich eines Konzeptes zu deren Implementierung und Evaluation ausgeschrieben. Mit der Umsetzung beauftragt wurde das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. (ISP), An-Institut der Universitätsmedizin Greifswald.

Die Bearbeitung des Projektauftrages erfolgte im Projekt *Standards, Implementierung und Evaluation von GPZ/SIE_GPZ*. Mit dem hiermit vorgelegten Manual werden die zentralen Ergebnisse des Projekts für die Versorgungspraxis verfügbar gemacht. Sie sind das Ergebnis der engen Zusammenarbeit mit den Akteurinnen und Akteuren der niedersächsischen GPZ-Modellprojekte, mit weiteren professionellen Praktikerinnen und Praktikern der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen im Rahmen der Projektbegleitgruppe, mit Vertreterinnen und Vertretern von psychisch erkrankten Menschen sowie von deren Angehörigen, mit der Arbeitsgruppe 4 des Landesfachbeirats Psychiatrie Niedersachsen, der Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen und dem Ministerium als Auftraggeber.

Bei der Erarbeitung des Standards wurde ein *Methoden-Mix* realisiert:

³ Erfahrungen der GPZ-Modellprojekte in Niedersachsen haben allerdings gezeigt, dass es eine eher kleine Gruppe von Menschen mit SMI und einem entsprechenden Unterstützungsbedarf gibt, die bisher gar nicht von psychiatrischen Versorgungsangeboten erreicht werden. Dies betrifft z. B. Personen, die störungsbedingt sehr isoliert leben aber auch Personen, die in ländlichen Regionen mit einem sehr reduzierten Versorgungsangebot wohnen.

- Literatur- und Dokumentenanalyse, Erstellung einer ersten Liste von Struktur- und Prozessmerkmalen.
- Interviews mit Schlüsselpersonen der GPZ-Modellprojekte, vergleichende Beschreibung der realisierten Struktur- und Prozessmerkmale.
- Workshops mit Akteurinnen/Akteuren der Modellprojekte zu ausgewählten Themen.
- Online-Befragung von 30 Expertinnen/Experten der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen zu einer ersten Liste von 64 Struktur- und Prozessmerkmalen und Bewertung der einzelnen Merkmale nach Wichtigkeit und Umsetzbarkeit.
- Einbeziehung der Perspektive von Expertinnen/Experten aus Erfahrung in drei Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern von psychisch kranken Menschen und Angehörigen.
- Einbeziehung der Expertise von FACT-Niederlande, strukturierter Austausch mit Prof. Dr. Niels Mulder, Rotterdam.
- Reduzierung des Merkmal-Pools auf methodischer Basis, Operationalisierung und Skalierung der verbleibenden Merkmale.

B. Allgemeine Erläuterungen zum GPZ-Standard

Zentrales Ergebnis des *Projekts SIE_GPZ* ist der **Standard GPZ Niedersachsen**. Er besteht aus *zwei Teilen*:

1. Der **Definition von GPZ in Niedersachsen und ihrer obligatorischen Merkmale**, die mittels einer entsprechenden **Checkliste** mit 12 binären Indikatoren (erfüllt/nicht erfüllt) erhoben werden. Ein Versorgungsangebot entspricht den Mindestanforderungen an ein GPZ, wenn alle 12 Indikatoren realisiert sind. Dies sollte schon zu Beginn oder sehr früh in der Entwicklung eines GPZ der Fall sein.
2. Einer **Modelltreue-Skala GPZ/MTS-GPZ** mit 45 Indikatoren in 9 Dimensionen: Kernaufgaben (9 Items), Organisation (8 Items), Aufnahmen/Entlassungen (10 Items), Umgang mit Krisen (3 Items), Kooperation mit Klinik(en) (4 Items), Qualifikation/Qualifizierung (5 Items), Kooperation/Koordination (4 Items), Dokumentation (2 Items).

Alle Items wurden mit objektivierbaren Daten und Fakten operationalisiert und sind im 5-Punkte-Likert-Format skaliert. Dabei handelt es sich entweder um vorhandene bzw. un-aufwändig zu erhebende Routinedaten (24 Items) oder um klientenbezogene Daten, die eine digitalisierte Falldokumentation voraussetzen (21 Items) und die es erlaubt, Beziehungen zwischen den Items herzustellen.

Unter der Voraussetzung, dass eine tragfähige Evidenzbasis für ein Versorgungsmodell verfügbar ist, geht es bei dessen Implementierung darum, es *modellgetreu* in die Praxis umzusetzen. *Modelltreue* oder *Model Fidelity* ist definiert „as the degree to which a program implementing an Evidenced Based Practice adheres to specific model standards“ (Bond & Drake 2020, S. 874). Das implementierte Programm sollte also in allen wesentlichen Punkten dem Modell entsprechen, das empirisch belegte Wirkungen aufweist. Zur

Überprüfung der Modelltreue von Programmen werden auch in der psychiatrischen Versorgungsforschung seit gut zwei Jahrzehnten sogenannte *Modelltreue-* oder *Fidelity-Skalen* entwickelt: „Fidelity measures are tools to assess the adequacy of implementation of an Evidence Based Practice“ (ebenda). Mit der MTS-GPZ kann also das Ausmaß der Modelltreue eingeschätzt werden, mit der das evidenzbasierte Versorgungsmodell GPZ in der Praxis umgesetzt wird.

Die Einschätzung der Modelltreue erfolgt bei der MTS-GPZ nicht, wie bei der Checkliste Definition, auf Basis binärer Indikatoren, sondern graduell: Der Umsetzungsgrad jeder der 45 Indikatoren ist abgestuft von 1 bis 5. Dabei wird jeder Indikator zunächst in einem Aussagesatz beschrieben. Es folgen Erläuterungen dazu (kursiv). Schließlich wird (in einem Kästchen) die Operationalisierung des Indikators angegeben, jeweils zusammen mit dem Betrachtungszeitraum bzw. -punkt (in Klammern), darunter folgt die 5-stufige Skala.

Der Skalen-Gesamtwert kann somit zwischen 45 und 225 variieren. Dabei ist nicht davon auszugehen, dass GPZ in einem frühen Stadium ihrer Entwicklung bereits hohe Skalenwerte realisieren. Anzustreben ist jedoch, dass GPZ *zielgerichtete Entwicklungsprozesse* initiieren, um nach und nach höhere Skalenwerte zu erreichen. Dabei können Entwicklungsziele oder Mindestwerte durch Angabe von Skalenwerten festgelegt werden.

Die Evaluation von GPZ-Teams mittels des GPZ-Standards kann auf unterschiedliche Weise erfolgen:

- In Form einer Selbsteinschätzung durch das jeweilige GPZ-Team.
- In Form einer Fremdeinschätzung durch Peer-Reviews, bei denen eine von Mitgliedern mehrerer GPZ-Teams gebildete Arbeitsgruppe die Skalenwerte einzelner Teams erhebt.
- In Form einer Fremdeinschätzung im Rahmen eines Zertifizierungsverfahren durch eine entsprechende Agentur, wie sie beispielsweise in den Niederlanden für FACT-Teams praktiziert wird (siehe dazu www.ccaf.nl).

In jedem Fall sollten Expertinnen und Experten aus Erfahrung an der Evaluation beteiligt sein.

Der Standard GPZ in der hiermit vorgelegten Form versteht sich nicht als fixe Vorgabe, sondern als *offenes Entwicklungsmodell*. Checkliste und MTS sollen in der Praxis erprobt und auf der Basis der dabei gemachten Erfahrungen und erzielten Ergebnisse weiterentwickelt werden. Dabei kann sich herausstellen, dass mit zunehmender Verbreitung von GPZ bestimmte Indikatoren obsolet werden, weil sie nicht mehr differenzieren und dafür andere, komplexere Indikatoren hinzukommen, die dann in eher diskursiven Prozessen mit den zu evaluierenden Teams erhoben werden. Eine solche Entwicklung ist in den Niederlanden zu verzeichnen, in denen zehn Jahre nach dem ersten FACT-Manual ein neues Evaluationsmodell eingeführt wurde (Westen et al. 2019, 2020).

Einzelheiten zum methodischen Vorgehen und zu den Ergebnissen von SIE_GPZ können dem Projektabschlussbericht entnommen werden (Wienberg et al. 2022).

C. Definition und Checkliste

DEFINITION VERSORGUNGSMODELL GPZ

GPZ in Niedersachsen verknüpfen die Ressourcen regional bestehender Anbieter und Funktionen, um eine ambulante, teambasierte, multiprofessionelle und mobil-aufsuchende psychiatrische Versorgung sicherzustellen. Zielgruppe sind erwachsene Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen („Severe Mental Illness“/SMI gemäß S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“³; siehe auch KSVPsych-RL § 2⁴) sowie hohem und komplexem Unterstützungsbedarf, die vorübergehend oder auf Dauer die erforderlichen Leistungen nicht selbst beschaffen und koordinieren können.

Beteiligt sind Leistungsanbieter, die in der Versorgung von Menschen mit SMI engagiert sind. Insbesondere kommen in Betracht: fachärztliche und psychotherapeutische Praxen oder Medizinische Versorgungszentren, psychiatrische Krankenhäuser mit Institutsambulanzen und ggf. Stationsäquivalenter Behandlung, Sozialpsychiatrische Dienste, Sozio- und Ergotherapeuten, Anbieter von häuslicher psychiatrischer Pflege, Eingliederungshilfe, tagesstrukturierenden Angeboten, psychiatrischer Rehabilitation, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten und qualifizierter Expertise aus Erfahrung sowie Beratungsstellen, Krisendienste und Selbsthilfeorganisationen.

Die Kooperation der beteiligten Anbieter ist vertraglich geregelt.

GPZ haben ein festes Einzugsgebiet mit je Team zwischen 80.000 und 150.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Zum Team gehören qualifizierte Expertinnen und Experten aus Erfahrung. Das Team informiert, berät, behandelt und unterstützt Menschen mit psychischen Störungen und Bezugspersonen. Es ist zuständig für die psychische und körperliche Gesundheit sowie die soziale Teilhabe der Klientinnen und Klienten und erbringt bzw. koordiniert alle erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Leistungen. GPZ verfügen auf eine für alle Leistungserbringer zugängliche digitale Falldokumentation.

³ DGPPN 2019, S. 7f

⁴ Die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ (KSVPsych-RL) trat im Dezember 2021 in Kraft (siehe dazu Kap. 2.4 in Wienberg et al. 2022).

CHECKLISTE DEFINITION GPZ

Jedes Kriterium wird mit „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ bewertet.
Der Gesamtwert ergibt sich aus der **Zahl der erfüllten Kriterien** (in Prozent).

- 1. GPZ versorgen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) entsprechend der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien...“.
- 2. GPZ verknüpfen regional bestehende Ressourcen und Funktionen zur Versorgung von Menschen mit SMI.
- 3. Die Kooperation der am GPZ beteiligten Anbieter ist vertraglich geregelt.
- 4. GPZ haben ein festes Einzugsgebiet von ca. 80.000 bis 150.000 Einwohnerinnen/Einwohnern.
- 5. GPZ arbeiten mit einem multiprofessionellen Team.
- 6. Zum GPZ-Team gehören Expertinnen und Experten aus Erfahrung.
- 7. GPZ sind mobil und werden aufsuchend/nachgehend tätig.
- 8. GPZ informieren und beraten Menschen mit psychischen Erkrankungen und Bezugspersonen.
- 9. GPZ erbringen oder erschließen und koordinieren die erforderlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik- und Behandlungsleistungen für ihre Klientinnen und Klienten.
- 10. GPZ erbringen oder erschließen und koordinieren die erforderlichen somatischen Diagnostik- und Behandlungsleistungen für ihre Klientinnen und Klienten.
- 11. GPZ erbringen oder erschließen und koordinieren die erforderlichen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen für ihre Klientinnen und Klienten.
- 12. GPZ verfügen über eine digitale Falldokumentation, die für alle Anbieter zugänglich ist.

D. Modelltreue-Skala Gemeindepsychiatrische Zentren (MTS-GPZ)

1. KERNAUFGABEN

Item 1.1

GPZ verknüpfen folgende sieben Basis-Funktionen:

- Beratung/Information
- Assessment/Diagnostik
- Casemanagement
- Genesungs-, Reha- und Teilhabeplanung
- multiprofessionelle und mobile Behandlung
- Krisenintervention
- Psychotherapie.

GPZ stellen sicher, dass die genannten Funktionen jederzeit bedarfsgerecht erbracht werden, müssen jedoch nicht jede Funktion selbst erfüllen, sondern können auch auf Kooperationspartner zurückgreifen (z.B. Krisendienst, Assistenzdienste, Haus- oder Fachärztinnen/-ärzte).

Anzahl der realisierten Funktionen (Stichtag)

≤ 3	4	5	6	7 Funktionen
<input type="checkbox"/>				

Item 1.2

GPZ versorgen überwiegend Klientinnen und Klienten mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI).

Einschlusskriterium ist nicht allein die individuelle Diagnose, hinzukommen müssen die Dauer und Schwere der Erkrankung und die damit einhergehende eingeschränkte Fähigkeit zur eigenständigen Beschaffung und Koordination der notwendigen Hilfen. Von dem in der SMI-Definition enthaltenen Kriterium einer mindestens zweijährigen Krankheitsdauer kann im Einzelfall begründet abgewichen werden, z.B. bei Betroffenen im Übergang vom Jugendlichen- ins Erwachsenenalter.

Anteil von Klientinnen/Klienten mit SMI (Stichtag Aufnahme)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 1.3

GPZ bieten offene Sprechzeiten mit Fachkräften an (persönlich, telefonisch, per Video).

Die Hürde zu einer Terminvereinbarung (und die damit einhergehenden Wartezeit) soll für Rat- und Hilfesuchende möglichst niedrig sein. Ziel sind möglichst umfangreiche Sprechzeiten, innerhalb derer Fachkräfte des GPZ gesichert erreichbar sind.

Erreichbarkeit in Stunden/Woche (Stichtag)

≤ 10	11-15	16-20	21-25	> 25 Stunden
<input type="checkbox"/>				

Item 1.4

GPZ-Interventionen finden überwiegend im sozialen Umfeld der Klientinnen und Klienten statt.

Ziel ist die Schwerpunktverlagerung von der im Hilfesystem dominierenden Kommunikation zu einer Gehstruktur. Wünsche von Klientinnen/Klienten nach Verzicht auf z. B. Hausbesuche sind jedoch zu respektieren.

Anteil von Kontakten im sozialen Umfeld (12 Monate)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 1.5

GPZ erschließen bei Bedarf die Teilhabe der Klientinnen und Klienten an Bildung, Arbeit und Beschäftigung.

Dieses Kriterium setzt die regelhafte Prüfung ungedeckter Teilhabebedarfe (und deren Veränderung im Verlauf) voraus und verpflichtet das GPZ, Klientinnen/Klienten an entsprechende Anbieter zu vermitteln.

Anteil von Klientinnen/Klienten in Bildung, Arbeit, Beschäftigung bzw. in entsprechenden Maßnahmen (Stichtag Entlassung)

≤ 20	21-30	31-40	41-50	> 50 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 1.6

GPZ stellen mindestens 14-tägige Kontakte zu Klientinnen und Klienten sicher (persönlich, telefonisch, per Video).

Hierzu zählen alle im Rahmen des Unterstützungsprozesses erfolgenden Kontakte (auch z. B. Reflexions- und Gruppengespräche, psychotherapeutische und ärztliche Interventionen). Die Gründe für die Nichterfüllung des Kriteriums im Einzelfall (z.B. Wunsch der Klientin/des Klienten nach Kontaktreduktion) sind zu dokumentieren.

Anteil von Klientinnen/Klienten mit 14-tägigen Kontakten (12 Monate)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 1.7

In GPZ erfolgen psychopharmakologische Behandlungen auf Basis eines Standards.

Merkmale

- Aufklärung über Psychopharmakotherapie, ihre Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken ist Routine und wird dokumentiert
- Indikation wird mindestens halbjährig zusammen mit Klientinnen und Klienten überprüft
- mögliche Behandlungsalternativen werden regelmäßig besprochen
- Monitoring obligatorischer Labor-, Kreislauf- und weiterer Parameter erfolgt regelmäßig
- Wechselwirkungen werden unter Einschluss von Nichtpsychopharmaka regelmäßig softwaregestützt überwacht.

Standards für die psychopharmakologische Behandlung der verschiedenen psychischen Erkrankungen finden sich in den einschlägigen Behandlungsleitlinien (siehe www.awmf.org). Die in diesem Kriterium enthaltenen Merkmale definieren einen diagnoseübergreifenden Mindeststandard.

Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)

1	2	3	4	5 Merkmale
<input type="checkbox"/>				

Item 1.8

GPZ-Teams haben regelmäßige Fallbesprechungen zur Evaluation und Planung der Behandlung (Mindestdauer 30 Minuten je Klientin/Klient).

Kriterium ist die Häufigkeit der Fallbesprechungen. Je Besprechung können mehrere Klientinnen/Klienten bearbeitet werden. Die Mindestdauer von 30 Minuten je Klientin/Klient soll eine gewisse Breite und Tiefe der Besprechung gewährleisten.

Häufigkeit der Fallbesprechungen (Stichtag)

keine oder „bei Bedarf“	1x im Quartal	1x monatlich	1x 14-tägig	1x wöchentlich
<input type="checkbox"/>				

Item 1.9

GPZ führen Gespräche mit Klientinnen und Klienten und deren Bezugspersonen zur Reflexion des Behandlungsprozesses.

Reflexionsgespräche betrachten den Behandlungsprozess aus einer Meta-Position: Wie funktioniert die Zusammenarbeit, was läuft gut, was nicht so gut, was wollen wir künftig anders machen? Vonseiten des Kernteams sollen die Hauptbezugsperson und ein weiteres Teammitglied teilnehmen.

Anteil von Klientinnen/Klienten mit ≥ 1 Reflexionsgespräch (12 Monate)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

2. ORGANISATION

Item 2.1

GPZ-Teams sind multiprofessionell besetzt.

Berufsgruppen

- **Psychiater/-in**
- **Pflegekraft**
- **Sozialarbeiter/-in**
- **Psycholog/-in**
- **Expertin/Experte aus Erfahrung**
- **andere**

Voraussetzung für die Zuordnung zu einer Berufsgruppe ist eine abgeschlossene einschlägige Fach- oder Hochschulausbildung (bei Expertinnen/Experten aus Erfahrung: Weiterbildung).

Anzahl der beteiligten Berufsgruppen (Stichtag)

≤ 2	3	4	5	> 5 Berufsgruppen
<input type="checkbox"/>				

Item 2.2

GPZ-Teams arbeiten unter definierten Rahmenbedingungen.

Merkmale

- Team hat eine gemeinsame Leitung
- Leitung hat Weisungsbefugnis gegenüber allen Teammitgliedern¹
- alle Mitarbeitende haben Funktionsbeschreibungen
- es gibt gemeinsame Räumlichkeiten für Arbeitsplätze und Besprechungen
- es gibt eine Assistenzkraft für administrative Aufgaben

¹Berufsrechtliche Regelungen sind zu berücksichtigen.

Grundsätzlich können dem Kernteam Mitarbeitende verschiedener Leistungsanbieter/Träger angehören, deren Kooperation vertraglich geregelt ist (siehe Kriterium 3 der Checkliste GPZ). Je höher der Anteil von Mitarbeitenden mit mehreren Anstellungsträgern ist, desto wichtiger sind die aufgeführten Merkmale.

Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)

1	2	3	4	5 Merkmale
<input type="checkbox"/>				

Item 2.3

Ein Teil der Mitarbeitenden des GPZ-Teams ist ausschließlich im GPZ tätig.

Das Kriterium soll die Voraussetzung zur Entwicklung einer eigenen Identität und Kohäsion des GPZ-Teams schaffen. Es soll außerdem sicherstellen, dass es eine ausreichende Zahl von Mitarbeitenden gibt, die einen Überblick über die Klientel des GPZ haben.

Anteil von ausschließlich im Kernteam Beschäftigten in Vollzeit-Äquivalenzen (12 Monate)

≤ 20	21-40	41-60	61-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 2.4

Ein Teil der Mitarbeitenden des GPZ-Teams hat einen Stellenanteil von $\geq 75\%$.

Das Kriterium soll die Voraussetzung für eine breite Erfahrungsbildung der Mitarbeitenden in der GPZ-Tätigkeit schaffen. Es soll außerdem sicherstellen, dass es eine ausreichende Zahl von Mitarbeitenden gibt, die einen Überblick über die Klientel des GPZ haben (siehe auch 2.3).

Anteil von Beschäftigten mit Stellenanteil von $\geq 75\%$ in Vollzeit-Äquivalenzen (12 Monate)

≤ 20	21-40	41-60	61-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 2.5

Der Betreuungsschlüssel entspricht der Intensität des Versorgungsbedarfs.

Der Betreuungsschlüssel berechnet sich wie folgt: Anzahl der Klientinnen/Klienten dividiert durch Anzahl der Vollzeitäquivalente der Mitarbeitenden, jeweils zum Stichtag.

Durchschnittlicher Betreuungsschlüssel je Mitarbeiterin/Mitarbeiter (Stichtag)

$\geq 1:100$	1:99-75	1:74-50	1:49-25	< 1:25
<input type="checkbox"/>				

Item 2.6

Zu GPZ-Teams gehören Expertinnen und Experten aus Erfahrung.

Expertinnen/Experten aus Erfahrung können sowohl Personen mit eigener Krankheitserfahrung als auch Angehörige von psychisch erkrankten Personen sein.

Anteil von Expertinnen und Experten aus Erfahrung in Vollzeit-Äquivalenten (12 Monate)

≤ 5	5-10	11-15	16-20	> 20 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 2.7

Die Mitarbeit von Expertinnen und Experten aus Erfahrung in GPZ erfolgt unter definierten Rahmenbedingungen.

Merkmale

- Qualifikation
- Funktionsbeschreibung
- Bezahlung
- Bezahlung nach Tarif
- Mentor im Team

Die Bedeutung, die Expertinnen/Experten aus Erfahrung zugemessen wird, zeigt sich auch an ihrer formal und vertraglich abgesicherten Stellung im Team. Als Qualifikation von Expertinnen/Experten aus Erfahrung soll eine entsprechende Weiterbildung vorliegen, z. B. als EX-IN-Genesungsbegleiterin/-begleiter.

Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)

1	2	3	4	5 Merkmale
<input type="checkbox"/>				

Item 2.8

GPZ haben einen Beirat, der sie berät und in ihrer Entwicklung begleitet.

Merkmale

- es gibt einen Beirat
- Beirat hat eine Geschäftsordnung
- auch Expertinnen und Experten aus Erfahrung sind Mitglieder
- auch Akteure aus der Zivilgesellschaft sind Mitglieder
- nichtprofessionelle Mitglieder erhalten eine Aufwandsentschädigung

GPZ sollen sich aktiv und kontinuierlich um eine Außenperspektive bemühen. Die Begleitung und Beratung durch einen Beirat schafft Transparenz und beugt Betriebsblindheit vor. GPZ-Beiräte sollen nicht überwiegend aus professionell psychiatrisch Tätigen bestehen, sondern Erfahrungswissen ebenso einbeziehen wie wichtige und interessierte Vertreter der örtlichen Zivilgesellschaft, wie z. B. Interessenvertretungen von Migrantinnen/Migranten, Religionsgemeinschaften, Selbsthilfinitiativen, Menschen mit anderen Arten von Behinderungen...).

Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)

1	2	3	4	5 Merkmale
<input type="checkbox"/>				

3. AUFNAHMEN / ENTLASSUNGEN

Item 3.1

GPZ haben definierte Aufnahme-Regeln.

Merkmale

- Zielgruppen und Aufnahmekriterien sind schriftlich fixiert
- es gibt eine Checkliste für das Assessment
- mindestens drei Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen sind an der Entscheidung beteiligt
- bei abgelehnter Aufnahme erfolgt eine dokumentierte Vermittlung an geeigneten Anbieter
- Rate unbegründeter Ausnahmen von den Aufnahmeregeln $\leq 5\%$

Ein strukturiertes Zugangsverfahren soll Transparenz gewährleisten, frühzeitig sicherstellen, dass das GPZ seine Zielgruppe erreicht und keine zusätzlichen Angebote für bereits versorgte Personengruppen erbringt.

Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)

1	2	3	4	5 Merkmale
<input type="checkbox"/>				

Item 3.2

Die Dauer zwischen Zuweisung und Erstkontakt ist kurz.

Wegen der bei vielen Klientinnen/Klienten vorhandenen Ambivalenz und schwankenden Motivation gegenüber Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen ist eine zeitnahe Kontaktaufnahme von besonderer Bedeutung.

Durchschnittliche Dauer bis Erstkontakt (12 Monate)

> 28	28-22	21-15	14-8	≤ 7 Tage
<input type="checkbox"/>				

Item 3.3

Die Dauer zwischen Erstkontakt und Assessment/Diagnostik ist kurz.

Gründe für verzögertes Assessment/Diagnostik, die außerhalb der Einflussmöglichkeiten des GPZ liegen (z.B. Fremdleistungen wie bildgebende Diagnostik, spezialisierte medizinische/psychologische Untersuchungen) sind zu dokumentieren.

Durchschnittliche Dauer bis Assessment/Diagnostik (12 Monate)

> 28	28-22	21-15	14-8	≤ 7 Tage
<input type="checkbox"/>				

Item 3.4

Kurzfristig nach der Aufnahme erfolgt ein Hausbesuch.

Ein zeitnaher Kontakt im Lebensumfeld der Klientinnen/Klienten ist auch aus diagnostischen Gründen von Bedeutung und soll nur auf ausdrücklichen Wunsch der Betroffenen (zunächst) unterbleiben. Die Gründe dafür sind zu dokumentieren.

Durchschnittliche Dauer bis Hausbesuch (12 Monate)

> 28	28-22	21-15	14-8	≤ 7 Tage
<input type="checkbox"/>				

Item 3.5

Kurzfristig nach der Aufnahme wird ein integrierter Genesungs-, Reha- und Teilhabeplan erstellt.

Die Erstellung des Plans ist Aufgabe der Hauptbezugsperson der Klientin/des Klienten im Team. Der Plan soll von zwei weiteren Teammitgliedern, die die Klientin/den Klienten kennengelernt haben, konsentiert werden. Eines davon soll Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie sein.

Durchschnittliche Dauer bis Erstellung Genesungs-, Reha- und Teilhabeplan (12 Monate)

> 35	35-29	28-22	21-15	≤ 14 Tage
<input type="checkbox"/>				

Item 3.6

Klientinnen und Klienten wirken an der Erstellung des Genesungs-, Reha- und Teilhabeplans mit.

Mitwirkung bedeutet nicht das bloße Abzeichnen eines allein von Mitarbeitenden erstellten Genesungs-, Reha- und Teilhabeplans durch die Klientin/den Klienten, sondern dessen gemeinsame Erarbeitung von Beginn an.

Anteil von Klientinnen/Klienten mit Beteiligung an Planung (Stichtag)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 3.7

Klientinnen und Klienten haben einen Genesungs-, Reha- und Teilhabeplan, der nicht älter als 6 Monate ist.

Dieses Kriterium setzt ein strukturiertes Wiedervorlagesystem und eine entsprechende Ablauforganisation voraus.

Anteil von Klientinnen/Klienten mit Plänen ≤ 6 Monate alt (Stichtag)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 3.8

Klientinnen und Klienten haben zu mindestens vier Teammitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen Kontakt.

Neben der Zusammenführung unterschiedlicher Perspektiven dient dieses Kriterium der gesicherten Vertretung bei Abwesenheit von Teammitgliedern und der Wahlmöglichkeit für Klientinnen/Klienten zwischen verschiedenen Bezugspersonen.

Anteil von Klientinnen/Klienten mit Kontakten zu ≥ 4 Berufsgruppen (12 Monate)

≤ 20	21-40	41-60	61-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 3.9

Entlassungen aus dem GPZ werden gemeinsam vom Team sowie den Klientinnen und Klienten geplant.

Beendet die Klientin/der Klient den Kontakt zum GPZ und reagiert auch auf wiederholte Versuche der Kontaktaufnahme durch das GPZ negativ, ist dies als „Abbruch der Behandlung durch Klientin/Klient“ zu dokumentieren.

Anteil von Klientinnen/Klienten mit gemeinsam geplanter Entlassung (12 Monate)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 3.10

Bei geplanten Nachsorgemaßnahmen erfolgt ein Übergabegespräch mit den Nachsorgenden unter Beteiligung der Klientin/des Klienten.

Auch nicht-professionelle Mitglieder des Unterstützungssystems der Klientinnen/Klienten sollen einbezogen werden. Inhalte und Vereinbarungen des Übergabegesprächs sind zu dokumentieren und sollen allen Beteiligten zur Verfügung gestellt werden.

Anteil von Klientinnen/Klienten mit Übergabegespräch zur Nachsorge (12 Monate)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

4. UMGANG MIT KRISEN

Item 4.1

GPZ-Klientinnen und -Klienten haben einen individuellen Krisenplan und/oder eine Behandlungsvereinbarung.

Krisenpläne werden gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten erstellt. Dafür gibt es unterschiedliche Formate und Vorlagen, z. B. in psychoedukativen Therapieprogrammen.

Behandlungsvereinbarungen werden zwischen der Klientin/dem Klienten und der zuständigen psychiatrischen Klinik geschlossen und können auch andere beteiligte Leistungserbringer einbeziehen. Ein Beispiel findet sich unter: <https://www.psychiatriekoordination-nds.de/materialien>

Anteil von Klientinnen/Klienten mit Krisenplänen und/oder Behandlungsvereinbarungen (Stichtag)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 4.2

GPZ-Teams stellen ambulante Krisenbereitschaft für ihre Klientinnen und Klienten 24/7 sicher (einschließlich mobiler, aufsuchender Interventionen).

Die Betonung liegt auf „ihre“. Die Klientinnen/Klienten eines GPZ sollen gerade in Krisensituationen nicht auf Krisen-, Notfall- oder Bereitschaftsdienste außerhalb des GPZ verwiesen werden. Denn die persönliche Kenntnis der Klientin/des Klienten und ihrer/seiner Lebensumstände ist in der Regel eine wichtige Voraussetzung für eine angemessene und für die Betroffenen akzeptable Unterstützung in Krisen.

Krisenbereitschaft in Stunden je Woche (Stichtag)

≤ 40	41-60	61-100	101-140	> 140 Stunden
<input type="checkbox"/>				

Item 4.3

GPZ-Teams nutzen ein für die Mitarbeitenden zugängliches digitales Medium zum Monitoring von Klientinnen und Klienten in akuten Krisen.

Merkmale

- ein digitales Medium ist vorhanden
- das Medium ist für alle Teammitglieder zugänglich
- es ist jederzeit zugänglich
- es wird mindestens wöchentlich in Teamsitzungen genutzt
- es wird täglich in Teamsitzungen genutzt

Eine wirksame Krisenintervention setzt voraus, dass nicht nur einzelne Teammitglieder über die akute Krisensituation informiert sind, sondern das gesamte verfügbare Team. Deshalb muss das Monitoring aller Klientinnen/Klienten in Krisen für alle Teammitglieder transparent und in hoher zeitlicher Dichte erfolgen. Erfahrungen von FACT-Teams in den Niederlanden zeigen, dass sich zum jeweiligen Zeitpunkt zwischen 10 % und 20 % aller Klientinnen/Klienten in einer akuten Krise befinden und in das Monitoring aufgenommen werden. Zentrales Arbeitsmittel ist eine tabellarische Übersicht, die z. B. via Beamer, Smartboard oder einen großen Bildschirm in Teammeetings präsentiert und aktualisiert wird und auch als Datei für alle Teammitglieder jederzeit verfügbar ist.

Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)

1	2	3	4	5 Merkmale
<input type="checkbox"/>				

5. KOOPERATION MIT KLINIK(EN)

Item 5.1

GPZ-Teams sind an Klinikaufnahmen ihrer Klientinnen und Klienten beteiligt.

Klinikeinweisungen von GPZ-Klientinnen/-Klienten sollen – auch wenn es sich um ordnungsbehördliche Einweisungen handelt – durch GPZ-Mitarbeitende eingeleitet bzw. begleitet werden (Gatekeeper-Funktion). Dies trägt zur Behandlungskontinuität bei und soll verhindern, dass sich Klientinnen/Klienten abgeschoben fühlen und einen Kontaktabbruch erleben. Das Angebot der Begleitung zur Aufnahme durch GPZ-Mitarbeitende ist obligatorisch. Wird es abgelehnt, soll eine Begleitung durch eine vertraute Bezugsperson sichergestellt werden (siehe Krisenplan oder Behandlungsvereinbarung).

Anteil von Klinikaufnahmen unter GPZ-Beteiligung (12 Monate)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 5.2

GPZ-Mitarbeitende halten während (teil-)stationärer Behandlung mindestens wöchentlich Kontakt zu ihren Klientinnen und Klienten (falls Klientin/Klient Kontakt ablehnt, erfolgen regelmäßige Kontaktangebote).

Unabhängig von der Dauer einer (teil-)stationären Behandlungsepisode ist Beziehungskontinuität unerlässlich und soll, unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Klientinnen/Klienten, durch verlässliche und regelmäßige Kontakte gesichert werden.

Anteil von Klientinnen/Klienten in (teil-)stationärer Behandlung mit wöchentlichen GPZ-Kontakten/Kontaktangeboten (12 Monate)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 5.3

GPZ-Mitarbeitende haben während einer Klinikbehandlung ihrer Klientinnen und Klienten mindestens 14-tägig Kontakt zu Klinikmitarbeitenden.

Der regelmäßige Austausch mit Klinikmitarbeitenden soll einen gleichen Informationsstand bei allen Beteiligten gewährleisten und gegenläufige, widersprüchliche Interventionen und Zielsetzungen verhindern.

Anteil von Klientinnen/Klienten in Klinikbehandlung mit 14-tägigen GPZ-Kontakten zu Klinikmitarbeitenden (12 Monate)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 5.4

GPZ haben Kooperationsverträge mit den zuständigen Kliniken der psychiatrischen Regelversorgung.

Merkmale

- der Vertrag regelt wechselseitige Informationspflichten
- regelt Zuweisungsmöglichkeit 24/7 des GPZ an Klinik
- regelt Zuweisungsmöglichkeit von Kliniken an GPZ
- regelt Beteiligung des GPZ an Klinikentlassungen
- regelt gemeinsame Fallbesprechungen

Mangelhafte, unstrukturierte und nur vom guten Willen einzelner Mitarbeitender getragene Kooperation zwischen Versorgungskliniken und ambulanten Anbietern ist eines der größten Hindernisse bei der Etablierung koordinierter, zielgerichteter und effektiver Leistungen für Menschen mit SMI. Deshalb kommt dem Aufbau und der Pflege verlässlicher Kooperationsbeziehungen, die auch personenunabhängig tragfähig sind, große Bedeutung zu. Bei der vertraglichen Ausgestaltung und in der gelebten Praxis ist eine Win-Win-Situation zu schaffen.

Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)

1	2	3	4	5 Merkmale
<input type="checkbox"/>				

6. QUALIFIKATION / QUALIFIZIERUNG

Item 6.1

GPZ-Teams verfügen über evidenzbasierte, störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren, z. B.

- strukturierte Psychoedukation
- Kognitive Verhaltenstherapie/KVT
- Dialektisch-behaviorale Therapie/DBT
- Expositionstherapie
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing/EMDR
- Interpersonelle Therapie/IPT
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy/CBASP

Obwohl eine Vielzahl von evidenzbasierten psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Verfügung steht (siehe die einschlägigen Behandlungsleitlinien), sind diese in der Versorgungspraxis völlig unzureichend implementiert. GPZ sollen durch entsprechend qualifizierte Mitarbeitende zur Schließung dieser Versorgungslücke beitragen. Die genannten Verfahren sind keine abschließende Aufzählung.

Anzahl der verfügbaren evidenzbasierten Verfahren (Stichtag)

≤ 2	3	4	5	> 5 Verfahren
<input type="checkbox"/>				

Item 6.2

Mitarbeitende von GPZ-Teams sind für Basisinterventionen qualifiziert: Motivational Interviewing, Open Dialogue, Deeskalation, Recovery.

Unabhängig von ihrer Profession und Qualifikation sollen die GPZ-Kernteammitglieder nach und nach alle genannten Basisinterventionen erwerben.

Anteil von Mitarbeitenden mit allen Qualifikationen (Stichtag)

≤ 20	21-40	41-60	61-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 6.3

In GPZ-Teams gibt es Mitarbeitende mit Kompetenz und Erfahrung in

- qualifizierter Assistenz
- Suchttherapie
- beruflicher Reha
- Therapie von Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnosen
- Gerontopsychiatrie/Altenhilfe.

Die geforderte Kompetenz kann sowohl durch entsprechende curriculare Weiterbildungen als auch durch eine mindestens zweijährige Berufstätigkeit in den entsprechenden Feldern erworben sein.

Anzahl der im Team vorhandenen Qualifikationen (Stichtag)

1	2	3	4	5 Qualifikationen
<input type="checkbox"/>				

Item 6.4

GPZ-Teams haben regelmäßig fallbezogene Supervision (Dauer 60 bis 120 Minuten).

Professionelle Arbeit mit der Zielgruppe erfordert die Möglichkeit zur Reflexion schwieriger Interaktionssituationen, zur systematischen Planung des Vorgehens im Behandlungsteam sowie Räume für die Bewältigung belastender Erfahrungen. Die Skalierung ermöglicht eine weitgehend flexible und an die jeweiligen Gegebenheiten angepasste zeitliche Gestaltung von Supervision.

Häufigkeit der Supervisionen (12 Monate)

keine oder „bei Bedarf“	≤ 4 x	5-8 x	9-12 x	> 12 x jährlich
<input type="checkbox"/>				

Item 6.5

GPZ haben eine Qualifizierungsplanung, die auf die Anforderungen im GPZ bezogen ist.

Merkmale

- **die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter bestimmt seinen/ihren persönlichen Qualifizierungsbedarf**
- **der persönliche Qualifizierungsbedarf wird gemeinsam von der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter und der Teamleitung festgestellt**
- **der Qualifizierungsbedarf wird im Team abgestimmt**
- **die Qualifizierungsplanung erfolgt im Team**
- **die Qualifizierungsplanung wird jährlich fortgeschrieben**

Dieses Kriterium soll eine ausschließliche oder überwiegende Orientierung von Qualifizierungsmaßnahmen an persönlichen Interessen der Mitarbeitenden verhindern. Es geht darum, den jeweiligen Qualifizierungsbedarf für die Arbeit des GPZ zu decken. Dabei ist eine im Gesamtteam abgestimmte und mittelfristig angelegte Planung anzustreben.

Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)

1	2	3	4	5 Merkmale
<input type="checkbox"/>				

7. KOOPERATION/KOORDINATION

Item 7.1

GPZ haben Kooperationsvereinbarungen mit Anbietern aus anderen an der Versorgung von Menschen mit SMI beteiligten Bereichen.

Bereiche

- Assistenzleistungen
- beruflichen Reha
- Bildung
- Suchthilfe
- Wohnungslosenhilfe

Die Kooperationsvereinbarungen sollen sicherstellen, dass es definierte und routinemäßig praktizierte Prozesse in der Zusammenarbeit mit Anbietern aus Arbeitsfeldern gibt, die für die Versorgung von Menschen mit SMI von Bedeutung sind. Dabei sollen Win-Win-Konstellationen für die beteiligten Kooperationspartner entstehen.

Anzahl der Bereiche mit Verträgen (Stichtag)

1	2	3	4	5 Bereiche
<input type="checkbox"/>				

Item 7.2

Bezugspersonen bei Anbietern, die nicht zum GPZ-Team gehören, werden verbindlich in die Fallkonferenzen des Kernteams einbezogen.

Das GPZ ist verantwortlich dafür, dass die jeweiligen Bezugspersonen zu den Fallkonferenzen eingeladen werden, dabei ist die Zustimmung der Klientin/des Klienten obligatorisch. Wird die Einladung nicht wahrgenommen, ist dies zu dokumentieren.

Anteil der Klientinnen/Klienten mit Fallkonferenzen unter Beteiligung der Bezugspersonen bei anderen Anbietern (12 Monate)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 7.3

GPZ kooperieren mit dem und unterstützen das persönliche Unterstützungssystem der Klientinnen und Klienten (Angehörige, Freundinnen/Freunde, Vermieterinnen/Vermieter, Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber, Nachbarinnen/Nachbarn...).

Die Feststellung, welche Personen zum persönlichen Unterstützungssystem der Klientin/des Klienten gehören oder gehören könnten, ist Aufgabe einer sorgfältigen, fortlaufenden Analyse des psychosozialen Umfeldes. Deren Einbeziehung in den Unterstützungsprozess bedarf der Zustimmung der Klientin/des Klienten.

Anteil der Klientinnen/Klienten mit GPZ-Kontakten zum Unterstützungssystem (12 Monate)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 7.4

GPZ engagieren sich auf Systemebene für die Weiterentwicklung der Versorgung von SMI durch Beteiligung an für die Region innovativen, anbieterübergreifenden Projekten (z. B.: Einführung Open Dialogue, Etablierung regionaler EX-IN-Ausbildung, regionale Versorgung von „Systemsprengern“, Aufbau von Krisendiensten, Rückzugsorten etc.).

Etablierte GPZ sind regionale Kompetenzzentren für die Versorgung von Menschen mit SMI. Sie kennen die Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe sowie entsprechende Versorgungslücken und sollen sich deshalb aktiv und offensiv bei der Weiterentwicklung des regionalen Versorgungssystems einbringen.

Anzahl der Projekte mit GPZ-Beteiligung (Stichtag)

≤ 2	3	4	5	> 5 Projekte
<input type="checkbox"/>				

8. DOKUMENTATION

Item 8.1

GPZ-Klientinnen und -Klienten werden verständlich mündlich und schriftlich – und bei Bedarf wiederholt – über ihre Rechte bezüglich der Verwendung personenbezogener Daten aufgeklärt.

Grundsätzlich muss die Zustimmung der Klientin/des Klienten zur Verwendung und Weitergabe von persönlichen Daten schriftlich erfolgen. Damit diese Zustimmung informiert erfolgen kann, ist eine entsprechende Aufklärung obligatorisch und zu dokumentieren.

Anteil von Klientinnen/Klienten mit dokumentierten Aufklärungen (Stichtag)

≤ 50	51-60	61-70	71-80	> 80 Prozent
<input type="checkbox"/>				

Item 8.2

GPZ verfügen über ein IT-gestütztes Informations- und Dokumentationssystem.

Merkmale

- **alle Teammitglieder haben Zugriff**
- **Zugriff ist auch mit mobilen Endgeräten möglich**
- **auch Klientinnen/Klienten haben Zugriff**
- **auch Bezugspersonen bei Kooperationspartnern haben Zugriff**
- **auch Mitglieder des Unterstützungssystems können Zugriff bekommen**

Ein IT-gestütztes Dokumentationssystem ist eine notwendige Voraussetzung für eine koordinierte Versorgung. Dabei sollen alle an der Versorgung im Einzelfall beteiligten Akteure die Möglichkeit des Zugriffs auf die jeweiligen klientinnen-/klientenbezogenen Daten haben. Die Entscheidung, welche Beteiligten auf welche Daten zurückgreifen können, trifft die Klientin/der Klient. Die Firma IVPnetworks hat ein entsprechendes Tool entwickelt, das erfolgreich im GPZ-Modellprojekt Cuxhaven eingesetzt wurde:

<https://www.ivpnetworks.de/anbieter-von-bedarfsgerechten-versorgungsloesungen/>

Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)

1	2	3	4	5 Merkmale
<input type="checkbox"/>				

Literatur

Bond G, Drake R. Assessing the fidelity of Evidence Based Practice: history and current status of a standardized measurement methodology. *Admin Policy Mental Health* 2020; 47: 874-884

DGPPN/Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Berlin: Springer; 2. Auflage 2019

Koch-Stoecker S, Driessen M, Gouzoulis-Mayfrank E et al. Struktur und Tätigkeitsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland. *Psychiat Praxis* 2016; 43: 129-130

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2016): Landespsychiatrieplan. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesund-heit/psychiatrie_und_psychologische_hilfen/landespsychiatrieplan-niedersachsen-162374.html

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

Van Veldhuizen JR, Bähler M. *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT) – Manual mit FACT-Qualitätssicherungsskala*. Groningen, 2013; deutsche Übersetzung von Kraft A, Wüstner A, Lambert M. Hamburg; 2017 <https://fact-facts.nl/#fact-manual>

Westen K, van Vugt M, Bähler M et al. Development of the renewed Flexible ACT scale: F-ACT fidelity 2017 (Artikel auf Niederländisch). *Tijdschr Psychiat* 2019; 61: 97-103

Westen K, van Vugt M, Bähler M et al. *Flexible ACT Werkboek & FACT-Schaal 2017*. Utrecht: CCAF; 2021 (auf Niederländisch) <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/03/FACT-Schaal-2017-Def-vs-291206-n.pdf>

Wienberg G, Steinhart I. Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update. *Psychiat Prax* 2020; 47: 9-15

Wienberg G, Ostermann J, Myszor F, Steinhart I: *Standards, Implementierung und Evaluation von Gemeindepsychiatrischen Zentren in Niedersachsen – Projekt SIE_GPZ (im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung)*. Abschlussbericht; 2022