

„Standards, Implementierung und Evaluation von Gemeindepsychiatrischen Zentren in Niedersachsen“

– Projekt SIE_GPZ

Prof. Dr. p. h. Günther Wienberg | Dr. med. Jochen Ostermann
unter Mitarbeit von Franziska Myszor, MA

Projektleitung: Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Zusammenfassung	4
Verzeichnis der Tabellen	7
1. Projektauftrag und Projektzielgruppe	8
2. Fachliche und konzeptionelle Grundlagen	10
2.1 Die Empfehlungen der S3-Leitlinie	10
2.2 Weitere aktuelle Entwicklungen.....	12
2.3 Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	13
2.3.1 Das Funktionale Basismodell 3.0.....	14
2.3.2 Aspekte der Umsetzung des Modells.....	17
2.4 Die „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte...“ (KSVPsych-RL)	18
2.5 Standards für psychiatrische Versorgungsmodelle	23
2.5.1 Anforderungen an Standards in der Psychiatrie.....	23
2.5.2 Modelltreue-Skalen.....	24
2.5.3 Ein aktuelles Beispiel aus Deutschland: die „Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen“ (MSSW)	25
2.6 Ein Referenzmodell für GPZ: FACT Niederlande	28
2.6.1 Das FACT-Modell	28
2.6.2 Ist FACT wirksam?	30
2.6.3 Fazit	33
3. Projektbeteiligte, Projektmethoden und Projektphasen	35
4. Projektablauf und Projektergebnisse	37
4.1 Phase I: Erarbeitung von Grundlagen	37
4.1.1 Sichtung und Auswertung von projektbezogenen Dokumenten.....	37
4.1.2 Interviews mit Schlüsselpersonen der Modellprojekte	37
4.1.3 Online-Befragung zu möglichen Struktur- und Prozessmerkmalen von GPZ.....	37
4.1.4 Workshops mit Akteurinnen und Akteuren der Modellprojekte.....	38
4.1.5 Zwischenergebnisse Phase I.....	38
4.2 Phase II: Einbeziehung der Perspektive von Expertinnen und Experten aus Erfahrung .	53
4.2.1 Durchführung von Workshops	53

4.2.2 Zwischenergebnisse Phase II.....	54
4.3 Phase III: Einbeziehung der Expertise von FACT Niederlande.....	54
4.3.1 Vorschläge der Berater zur weiteren Bearbeitung der Qualitätsmerkmale.....	54
4.3.2 Einbeziehung der Expertise von FACT Niederlande.....	55
4.3.3 Zwischenergebnisse Phase III.....	55
4.4 Phase IV: Erarbeitung der Skalierung.....	56
4.4.1 Indikatoren und ihre Skalierung.....	56
4.4.2 Zwischenergebnisse Phase IV.....	56
4.5 Phase V: Indikatoren der Ergebnisqualität, Implementierung und Evaluation des Standards.....	71
5. Diskussion der Ergebnisse	77
Literatur	80
Anhang.....	84

Vorwort

Die Psychiatriereform ist – wenn auch außerhalb der Fachöffentlichkeit wenig wahrgenommen – eines der erfolgreichsten sozialen Reformvorhaben der deutschen Nachkriegsgeschichte. Nicht eingelöst ist jedoch bis heute die fachlich unumstrittene Forderung, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine ambulante, mobile Komplexbehandlung durch multiprofessionelle Teams flächendeckend sicherzustellen. Bisherige Ansätze in diese Richtung, z. B. im Rahmen der Integrierten Versorgung, von Modellprojekten nach § 64 b SGB V oder durch die Stationsäquivalente Behandlung, haben nicht zu bedarfsgerechten Lösungen geführt. Dabei ist die ambulante, mobile Komplexbehandlung ein evidenzbasiertes Versorgungsmodell, dies belegt nicht zuletzt die aktuelle S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“.

Angesichts dieser Ausgangslage ist bemerkenswert, dass im Landespsychiatrieplan Niedersachsen schon 2016 der Aufbau Gemeindepsychiatrischer Zentren (GPZ) zur ambulanten und mobilen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen als prioritäres Entwicklungsziel aufgenommen wurde. Von 2019 bis 2021 hat das Land darüber hinaus zwei GPZ-Modellprojekte in Braunschweig und Cuxhaven gefördert, ein weiteres Modell wurde im Heidekreis von 2020 bis 2021 im Rahmen der Gesundheitsregionen Niedersachsen 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 sowie eines Konzeptes zu deren Implementierung und Evaluation ausgeschrieben. Das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. (ISP), An-Institut der Universitätsmedizin Greifswald, hat ein Angebot konzipiert und ist mit dessen Umsetzung beauftragt worden. Das ISP hat sich hier mit besonderem Interesse engagiert, denn in dem von Mitgliedern des Instituts entwickelten Funktionalen Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind ambulante, mobile, multiprofessionelle Teams als eine Kernfunktion beschrieben.

Der nach einjähriger Projektarbeit nunmehr vorliegende GPZ-Standard ist 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, 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.

Für uns als Berater des IPS war diese Zusammenarbeit außerordentlich anregend und fruchtbar, ohne sie wären die Ergebnisse dieses Projektes nicht zustande gekommen.

Wir danken deshalb allen Beteiligten sehr herzlich für ihr Engagement auf dem gemeinsamen Weg. Ein besonderer Dank gilt Jeanett Bonecke, Mareile Deppe, Anna Menze und Sandra Surrey von der Landesstelle Psychiatriekoordination für ihre tatkräftige Unterstützung, Thelke Scholz, Expertin aus Erfahrung, für ihre Unterstützung als Moderatorin, Prof. Dr. Niels Mulder für seine kritisch-konstruktiven Rückmeldungen und – last but not least – Ansgar Piel vom Ministerium für seine stete, verlässliche und in jeder Weise unterstützende Begleitung des gesamten Vorhabens.

Prof. Dr. p. h. Günther Wienberg

Dr. med. Jochen Ostermann

Zusammenfassung

Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen aus dem Jahr 2016 benennt Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ) als eines der prioritären Entwicklungsfelder für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Im Jahr 2019 starteten zwei GPZ-Modellprojekte mit Landesförderung im Landkreis Cuxhaven und in der Stadt Braunschweig. Ein drittes Modell nahm seine Arbeit 2020 im Heidekreis auf und wurde gefördert durch die Gesundheitsregion und den Landkreis Heidekreis. Die Finanzierung aller drei Modellvorhaben läuft Ende 2021 aus.

Am 15.12.2020 beauftragte das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. (ISP), An-Institut der Universitätsmedizin Greifswald, mit der Entwicklung eines Standards für GPZ einschließlich Umsetzungskonzept. Im Einzelnen sollten grundlegende Strukturen und Prozesse von GPZ definiert und Indikatoren beschrieben werden, anhand derer der Implementierungsgrad von GPZ hinsichtlich Strukturen, Prozessen und Ergebnissen vergleichbar dargestellt werden kann, sowie ein Auswertungskonzept für diese Indikatoren einschließlich Manual erstellt werden.

Dabei sollte die aktuelle wissenschaftliche Evidenz sowie die Erfahrungen mit der Implementierung von GPZ in den Modellprojekten in Braunschweig, Cuxhaven und dem Heidekreis berücksichtigt werden. Außerdem sollte die Perspektive von Expertinnen und Experten aus Erfahrung sowie die Expertise des FACT-Netzwerkes in den Niederlanden einbezogen werden, in dem die landesweit implementierten Dienste des Flexible Assertive Community Treatments (FACT) repräsentiert sind.

Im Januar 2021 startete das Projekt „Standards, Implementierung und Evaluation von GPZ in Niedersachsen“ (SIE_GPZ). Die Berater des ISP berichteten fortlaufend der Projektbegleitgruppe (PBG), die – triologisch besetzt – im Projektverlauf siebenmal als Videokonferenz tagte. In der PBG erfolgte die Feinabstimmung des Projektablaufs und es wurden Zwischenergebnisse des Projekts zur Kenntnis genommen, diskutiert und konsentiert.

Das Projekt gliederte sich in sechs Phasen:

1. Erarbeitung von Grundlagen: Interviews mit Schlüsselpersonen in den Modellprojekten, Erhebung von Struktur- und Prozessmerkmalen und Workshops mit Akteurinnen und Akteuren der Modellprojekte zu ausgewählten Themen. Erstellung eines ersten Entwurfs einer Liste von Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität von GPZ und Bewertung dieser Indikatoren nach Wichtigkeit und Umsetzbarkeit mittels einer Online-Befragung der PBG-Mitglieder. Im weiteren Verlauf wurde in jeder Konferenz der PBG ein überarbeiteter Entwurf der Indikatoren zur Diskussion gestellt.
2. Einbeziehung der Perspektive von Expertinnen und Experten aus Erfahrung: Durchführung von drei Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern psychisch kranker Menschen und deren Angehörigen.
3. Einbeziehung der Expertise von FACT Niederlande: Auswertung der Literatur zum Flexible Assertive Community Treatment in den Niederlanden, strukturierter Austausch mit Prof. Dr. Niels Mulder, Rotterdam.

4. Erarbeitung der Skalierung: Festlegung des Skalierungsformats und Erarbeitung der Skalierungsausprägung für alle Indikatoren. Abschätzung des Erhebungsaufwands für verschiedene Typen von Indikatoren, finale Konsentierung des Standards.
5. Ergebnisqualität von GPZ und Implementierung und Evaluation des Standards: Auswahl und Festlegung von Indikatoren der Ergebnisqualität mit entsprechenden Erhebungsinstrumenten bzw. -verfahren. Erarbeitung eines Phasenmodells zur Implementierung und Evaluation des GPZ-Standards.
6. Projektabschluss: Erstellung des Abschlussberichts einschließlich eines Manuals als Instrument zur praktischen Umsetzung des GPZ-Standards.

Die zentralen Ergebnisse des Projekts SIE_GPZ sind:

1. *Beschreibung und Analyse von Strukturen und Prozessen der drei niedersächsischen Modellprojekte.* Hierzu liegen vor: Eine Synopse, die die Prozesse und Strukturen der Modelle anhand von 40 Merkmalen vergleichend beschreibt sowie daraus abgeleitete Schlussfolgerungen für die Indikatoren des Standards. Die von den Beratern erstellte Synopse mit Stand vom 16.04.2021 wurde zum Abschluss der Modelllaufzeit mit Stichtag 31.10.2021 von den Modellverantwortlichen aktualisiert.
2. **Der Standard GPZ Niedersachsen als zentrales Ergebnis**, bestehend aus
 - der *Definition der obligatorischen Merkmale von GPZ* in Niedersachsen und einer entsprechenden Checkliste mit 12 binären Items sowie
 - einer *Modelltreue-Skala GPZ* mit 45 Items in den 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) und Dokumentation (2 Items). Alle Items sind im 5-Punkte-Likert-Format skaliert und wurden mit objektivierbaren Daten und Fakten operationalisiert. Dabei handelt es sich entweder um vorhandene bzw. unaufwändig zu erhebende Routinedaten (24 Items) oder um klientinnen- bzw. klientenbezogene Daten, die eine digitalisierte Falldokumentation voraussetzen (21 Items).
3. *Definition von 8 Indikatoren der Ergebnisqualität von GPZ.* Fünf davon – drei zur Fremd- und zwei zur Selbstbeurteilung – können mit international in der Versorgungsforschung gebräuchlichen Skalen erhoben werden, für die deutschsprachige Versionen vorliegen. Die Erhebungsdauer für GPZ-Mitarbeitende und Klientinnen/Klienten wird auf je ca. 15 bis 20 Minuten geschätzt. Die drei übrigen Indikatoren beruhen auf Daten aus der Falldokumentation.
4. *Beschreibung eines Phasenmodells zur Implementierung und Evaluation des GPZ-Standards* für die Jahre 2021 bis 2026 ff, das verknüpft ist mit dem Vorschlag von strategischen Eckpunkten zur Finanzierung und Implementierung von GPZ in Niedersachsen.
5. *Vorlage eines Manuals* als Instrument zur Evaluierung des GPZ-Standards mit Beschreibung der Grundlagen sowie allgemeinen Erläuterungen zu den Skalen sowie zu den einzelnen Items.

Abschließend werden Projektablauf und Projektergebnisse diskutiert und mit Bezug auf die vorab festgelegten Anforderungen an Standards für psychiatrische Versorgungsangebote bewertet.

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1	Das Funktionale Basismodell 3.0 im Überblick.....	16
Abbildung 2	Bausteine für die organisatorische Umsetzung der Kernfunktion „Gemeindepsychiatrische Teams“	19
Abbildung 3	Verbundsystem nach der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, kooperierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ (KSVPsych-RL)	21
Abbildung 4	Phasenplan SIE_GPZ.....	36
Abbildung 5	Vierfeldertafel „Online-Befragung zu möglichen Struktur- und Prozessmerkmalen“: Wichtigkeit ≥ 5 / Umsetzbarkeit ≥ 5	51
Abbildung 6	Vierfeldertafel „Online-Befragung zu möglichen Struktur- und Prozessmerkmalen“: Wichtigkeit $\geq 7,5$ / Umsetzbarkeit $\geq 5,5$	52
Abbildung 7	Implementierungsphasen SIE_GPZ.....	76

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1 Empfehlungen der S3-Leitlinie zur multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Behandlung (DGPPN 2019, S. 38)	11
Tabelle 2 FACT Outcome-Studien (veröffentlicht nach 2013)	32
Tabelle 3 Indikatoren der Ergebnisqualität von GPZ	72

1. Projektauftrag und Projektzielgruppe

Im Landespsychiatrieplan Niedersachsen (FOGS/ceus consulting 2016 a, b) werden Gemeindep psychiatrische Zentren (GPZ) als ein *prioritäres Entwicklungsfeld* für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vorgeschlagen. Auch der Koalitionsvertrag der Rot-Grünen-Landesregierung sieht GPZ „zur Verzahnung ambulanter und stationärer Angebote“ vor (Koalitionsvertrag Niedersachsen 2017, S. 30).

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) hat das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. (ISP) mit Schreiben vom 17.09.2020 darum gebeten, ein Angebot abzugeben zur *Entwicklung eines Standards für Gemeindep psychiatrische Zentren (GPZ)* und eines *Konzepts zur Umsetzung dieses Standards*.

Das ISP hat am 16.10.2020 ein entsprechendes Angebot abgegeben und den Auftrag erhalten.

Im Vertrag zwischen MS und ISP vom 15.12.2020 ist der Auftrag des Projekts „Standards, Implementierung und Evaluation von GPZ in Niedersachsen“ (SIE_GPZ) wie folgt beschrieben:

„(1) Vertragsgegenstand ist die Entwicklung eines Standards für Gemeindep psychiatrische Zentren sowie eines Konzepts zur Überprüfung des Standards. Im Einzelnen sollen

- grundlegende Strukturen und Prozesse eines GPZ definiert werden,
- Indikatoren beschrieben werden, anhand derer der Implementierungsgrad von GPZ hinsichtlich Strukturen, Prozessen und Ergebnissen vergleichbar dargestellt werden kann
- ein Auswertungskonzept für diese Indikatoren einschließlich Manual erstellt werden. Dabei sollen die aktuelle Evidenz sowie die Erfahrungen mit der Implementierung von GPZ in den Modellprojekten Braunschweig, Cuxhaven und dem Heidekreis berücksichtigt werden“.

Der Vertrag sieht eine Projektlaufzeit von einem Jahr vor. Projektstart war der 15.12.2020.

Im Ausschreibungstext wurde außerdem verlangt, dass der Anbieter sich am *Funktionalen Basismodell* der gemeindep psychiatrischen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen orientiert (vergleiche unten Kapitel 3.).

Eine notwendige Voraussetzung für die Entwicklung von Standards für ein Versorgungsangebot ist die präzise Definition der Zielgruppe dieses Angebots.

GPZ sollen Personen mit einer *schweren psychischen Erkrankung* (Englisch: Severe Mental Illness/SMI) versorgen. Diese Zielgruppe 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).

Im Vordergrund dieser Definition stehen also nicht Diagnosen, sondern die Dauer der Erkrankung, die damit verbundenen funktionalen Beeinträchtigungen und die intensive Inanspruchnahme des Versorgungssystems.

Diagnostisch handelt es sich überwiegend um Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektive Störungen, substanzbedingte Störungen, Persönlichkeitsstörungen und organische Störungen, wobei sowohl psychiatrische als auch somatische Komorbiditäten häufig sind.

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 und in Niedersachsen 50.000 bis 100.000 Personen.

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. Deshalb können sie von den Regelanbietern niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie von Beratungsangeboten mit reiner Komm-Struktur kaum profitieren, weil sie diese nicht (zuverlässig) wahrnehmen (können) und weil dort die Ressourcen oder Strukturen für ihre Behandlung fehlen.

2. Fachliche und konzeptionelle Grundlagen

2.1 Die Empfehlungen der S3-Leitlinie

Bei der Aufnahme der GPZ in die „Vorrangigen Handlungsfelder/-empfehlungen zur Versorgung psychisch kranker und seelisch Behinderter Erwachsener“ in den Landespsychiatrieplan von 2016 (FOGS/ceus consulting 2016 a, Abschnitt 5.4.5) wird explizit Bezug genommen auf die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ aus dem Jahr 2013. Diese Leitlinie hat in der psychiatrischen Fachöffentlichkeit große Resonanz gefunden und ist bereits 2019 in zweiter, aktualisierter Auflage erschienen (DGPPN 2019).

Eine Besonderheit der Leitlinie liegt darin, dass sie nicht nur personenbezogene, sondern auch *systembezogene*, also auf Versorgungsangebote und -strukturen abzielende Analysen und Empfehlungen enthält. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bei Menschen mit SMI die Bereitstellung und additive Erbringung von Einzelinterventionen noch keine hinreichende Bedingung für eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellt, sondern dass es wesentlich auf deren Koordination und personenorientierte Verknüpfung ankommt. Sie sollten also idealerweise „wie aus einer Hand“ erbracht werden, um personelle und konzeptionelle Diskontinuitäten und Abbrüche zu vermeiden.

Kapitel 10 der Leitlinie behandelt die Systeminterventionen und enthält drei „Evidenzkapitel“: „Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze“, „Unterstütztes Wohnen“ und „Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“. Das Kapitel ist also sozialgesetzbuchübergreifend angelegt, denn Menschen mit SMI sind in der Regel sowohl auf Behandlungsleistungen als auch auf Teilhabeleistungen angewiesen. Die zentralen Empfehlungen zu den Gemeindepsychiatrischen Behandlungsansätzen (siehe Tabelle 1, nächste Seite) sind gegenüber der ersten Auflage der Leitlinie sämtlich überarbeitet worden und beruhen auf einer breiten und methodisch hochwertigen internationalen Evidenz.

Bei der Bewertung der verfügbaren Evidenz liegt den Empfehlungen 10 bis 13 die höchste Evidenzebene I a zugrunde. Das bedeutet:

Evidenz aus einer Meta-Analyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs) oder eine einzelne große randomisierte kontrollierte Studie mit eindeutigem Ergebnis.

Dementsprechend liegt auch der höchste Empfehlungsgrad A vor:

Soll-Empfehlung: Die meisten Patienten und Patientinnen sollen diese Intervention in einer spezifischen Situation erhalten und würden sich dafür entscheiden.

Der Empfehlungsgrad KKP bei Empfehlung 14 bedeutet:

Klinischer-Konsensus-Punkt: Empfehlung, zu deren Begründung keine Studien durchgeführt werden können, oder die einer breiten Werte- und Präferenzentscheidung in unserer Gesellschaft entsprechen.

Die Evidenzbasis, auf der die Empfehlungen zur multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Behandlung beruhen, besteht aktuell aus mehr als 50 randomisierten und kontrollierten Studien, überwiegend aus dem anglo-amerikanischen Raum, zur Wirksamkeit von Home Treatment (HT)- und Assertive Community Treatment (ACT)-Teams.

Tabelle 1 Empfehlungen der S3-Leitlinie zur multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Behandlung (DGPPN 2019, S. 38)

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.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia – Ib

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.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Empfehlung 12 (NEU)

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.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Empfehlung 13 (NEU)

Die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung soll insbesondere für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sowie bei drohenden Behandlungsabbrüchen zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Empfehlung 14 (NEU)

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. Ziel soll eine Behandlung sein, die sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und an der Intensität der erforderlichen Interventionen zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses orientiert. Im Sinne der Forderung nach einer Behandlung „ambulant vor stationär“ sollen, wo möglich, stationäre Behandlungen vermieden werden.

Empfehlungsgrad: KKP

Die Indikation für das HT¹ 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 wird sichergestellt. Es erfolgt eine kontinuierliche Betreuung bis zum Ende der Krise sowie die Überleitung in eine bedarfsgerechte Nachsorge.

¹ HT-Teams werden in Großbritannien auch als Crisis Resolution Teams (CRT) bezeichnet.

ACT-Teams² 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 Krisensituationen. 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. HT ist außerdem kosteneffektiv (DGPPN 2019, S. 106).
- 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. Auch ACT ist kosteneffektiv (vergleiche DGPPN 2019, S. 117).³

Die S3-Leitlinien von 2019 bilden die aktuelle Benchmark für die Weiterentwicklung des Behandlungsangebots für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland und unterstreichen die Fundiertheit und Aktualität der Empfehlungen zu GPZ im Landespsychiatrieplan Niedersachsen.

2.2 Weitere aktuelle Entwicklungen

Seit Abschluss des Landespsychiatrieplans ist eine Reihe von weiteren Veränderungen eingetreten, die die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit SMI erkennbar beeinflussen.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber 2016 mit § 115d Abs. 2 SGB V die Voraussetzungen für die **Stationsäquivalente Behandlung (StäB)** im sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten geschaffen

Im Jahr 2018 trat das **Bundesteilhabegesetz (BTHG)** in Kraft, das in mehreren Schritten bis 2020 umgesetzt wurde. Es verändert die Teilhabeleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erheblich, indem es das Selbstbestimmungsrecht und die Wahlmöglichkeiten der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger stärkt. Die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Eingliederungshilfeleistungen im Bereich Wohnen entfällt, an ihre Stelle treten die „Assistenzleistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags“ (§ 78 SGB IX). Die neu eingeführte Assistenzleistung umfasst die bisherigen Hilfen „zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ und „zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“. Sie ist aktuell die *psychosoziale Kernleistung* für bundesweit mehr als 200.000 Menschen mit seelischen Behinderungen im Sinne des SGB IX und insofern in konzeptionelle Überlegungen zu GPZ unbedingt einzubeziehen. Das BTHG führt außerdem die „ergänzende, unabhängige Teilhabeberatung“ ein (§ 32 SGB IX).

² ACT wird auch als Intensive Case Management (ICM) bezeichnet.

³ Die Kosteneffektivität ist in beiden Fällen Resultat der Verringerung stationärer Behandlungszeiten.

In 2018 hat sich der **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)** in seinem Gutachten erstmals auch intensiv mit der „Koordinierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ befasst. Seine Empfehlungen liegen erkennbar auf der Linie der bisher skizzierten Entwicklungen:

- Die verbindliche Fokussierung der Koordinationsverantwortung bei *einem* Leistungserbringer je Patientin/Patient.
- Das Beenden des Bettenaufbaus der letzten Jahre, ggf. Bettenabbau und forcierter Ausbau ambulanter Kapazitäten.
- Die Organisation von stärker sektorenübergreifenden Vergütungen.
- Die Etablierung „*Regionaler Gesundheitszentren*“ für die Primär- und Langzeitversorgung, die auch intensiv-ambulante Angebote machen (SVR 2018, S. 739 ff).

Die Schaffung der Möglichkeiten zur ambulanten Intensivbehandlung via StäB, die Definition der Assistenzleistung unabhängig von der institutionellen Form der Erbringung sowie die Empfehlungen von Gesundheitszentren durch den SVR untermauern und ergänzen insgesamt die Empfehlungen der S3-Leitlinie.

Ende 2018 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen **Dialogprozess zur „Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“** gestartet, bei dem die Leistungen des SGB V im Zentrum stehen sollen. Die Geschäftsstelle für diesen Prozess liegt bei der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK). Der Prozess ist noch nicht abgeschlossen, es liegen jedoch Entwürfe für eine Reihe von Handlungsempfehlungen vor. Für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch multiprofessionelle, mobile Teams werden insbesondere die Empfehlungen zu folgenden Themenkomplexen von Bedeutung sein:

- Rechtsanspruch auf ambulante Komplexleistung
- Einzelfallbezogene Koordination durch Stärkung der ambulanten Soziotherapie
- Einbeziehung von Erfahrungswissen durch Genesungsbegleiterinnen und -begleiter.
- Rechtsanspruch auf einen individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplan
- Medizinische Rehabilitation durch mobile, multiprofessionelle Teams.

Der Dialogprozess konnte in der vergangenen Legislaturperiode nicht wie geplant abgeschlossen werden. Im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP wird das Thema allerdings wieder aufgegriffen:

„Wir verbessern die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen und stellen den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicher“ (Koalitionsvertrag Bund 2021, S. 86).

2.3 Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

In Kapitel 6 „Planung, Steuerung und Koordination“ des Landespsychiatrieplans wird ein Kernproblem der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen thematisiert:

„Die Fachdiskussion war jedoch von Anfang an auch davon geprägt, dass gerade psychisch kranken Menschen integrierte, sektorübergreifende Angebote und Maßnahmen zur Verfügung stehen sollten, finanziert und gesteuert ‚aus einer Hand‘. Dem steht nach wie vor ein gegliedertes, nach Sektoren und Hilfebereichen getrenntes Leistungssystem entgegen, für das die

„Trennung ambulant-stationär“ nur ein Beispiel darstellt“ (FOGS/zeus consulting 2016 a, S. 203).

Im Weiteren geht der Bericht auf Modellvorschläge und -versuche zur bereichs- und sektorenübergreifenden Versorgung und auf kliniksubstituierende Vorhaben ein. Hier wird u. a. auf Modelle der Integrierten Versorgung sowie auf Beiträge des ISP verwiesen, so auf Publikationen zur krankenhausersetzenden Behandlung und zum Funktionalen Basismodell der gemeindepsychiatrischen Versorgung (Steinhart et al. 2014, Steinhart & Wienberg 2014).

In der Ausschreibung des Landes zur Entwicklung eines GPZ-Standards wird das Funktionale Basismodell als inhaltlicher Bezugsrahmen für die Standards benannt.

2.3.1 Das Funktionale Basismodell 3.0

Das 2014 von Steinhart & Wienberg vorgeschlagene Modell war zunächst auf den Bereich Behandlung begrenzt. Es wurde dann um den Bereich der Teilhabeleistungen erweitert (Steinhart & Wienberg 2015, 2016) und in einem Sammelband mit Praxisbeispielen ausführlich dargestellt (Steinhart & Wienberg 2017 a, b). Es folgte die unter verschiedenen Aspekten aktualisierte Fassung 3.0 (Wienberg & Steinhart 2020).

Die Autoren des Basismodells gehen davon aus, dass ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Versorgungsangebot für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen folgende *Anforderungen* erfüllen sollte:

Auf *Personenebene*

- konsequente Personenorientierung
- funktionaler statt institutioneller Zugang
- sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifende Integration aller erforderlichen Leistungen
- wirksame Steuerung des Leistungsgeschehens „wie aus einer Hand“
- hohe Unterstützungssicherheit
- Gewährleistung von Wahlmöglichkeiten, Selbstbestimmung und Inklusion.

Auf *Systemebene*

- ambulant konsequent vor stationär
- Verlangsamung der klinischen „Drehtür“
- barrierearmer Zugang zu den Leistungen (z. B. auch bei Psychotherapie und Krisenintervention)
- Entkopplung von Unterstützungssetting und Unterstützungsintensität
- langfristige konzeptionelle und personelle Kontinuität.

Die drei *Kernfunktionen* des Modells sind:

- a) Die *personenbezogene Information und Beratung* in Verbindung mit der *Koordination und Steuerung* des Leistungsgeschehens im Quer- und im Längsschnitt. Insbesondere von den Nutzenden (Menschen mit Psychiatrieerfahrung und deren Angehörige) wird gefordert, dass vor einer Behandlung grundsätzlich eine Orientierung und Beratung über die Unterstützungsalternativen, ihre Vor-/Nachteile und Risiken stehen sollten und auch der Teilhabe-Assistenz immer eine Beratungsleistung vorangehen sollte. „Steuerung“ heißt hier zum einen die Verknüpfung und Koordination der Einzelleistungen unterschiedlicher Leistungserbringer „(wie) aus einer Hand“ auf Systemebene und zum anderen der Aufbau und

die Aufrechterhaltung einer langfristigen, stabilen Beziehung einer Bezugsperson bzw. eines Teams zu den Nutzenden.

- b) Die ambulante, multiprofessionelle, bei Bedarf mobile und nachgehende Behandlung und Teilhabe-Assistenz durch *Gemeindepsychiatrische Teams* (GT) entsprechend den Empfehlungen 10 bis 13 der S3-Leitlinie. Dabei werden mit „Behandlung“ und „Assistenz“ die beiden Hauptstränge der ambulanten Versorgung aus dem SGB V bzw. SGB IX einbezogen. Bedingt durch die unterschiedlichen sozialrechtlichen Grundlagen haben sich diese Teilfunktionen zu institutionell separaten Strukturen entwickelt, die aus der Perspektive der Personenorientierung dringend überwunden werden sollten in Richtung auf eine organisatorisch-konzeptionelle Integration von Behandlung und Assistenz (siehe Empfehlung 14 der S3-Leitlinie).
- c) Die *Erschließung passgenauer ergänzender Leistungen*. Hierzu gehört die akut-klinische Behandlung von wenigen Stunden am Tag (z. B. in einer Halbtages-Klinik) bis zur stationären Intensivbehandlung 24/7 ebenso wie Rückzugsorte als Alternative zur Klinikeinweisung in Fällen, in denen eine Behandlung nicht im häuslichen Umfeld erfolgen kann, eine Klinikeinweisung aber abgelehnt wird bzw. nicht erforderlich ist. Hinzukommen können auch Rehabilitationsleistungen oder Teilhabeleistungen in den Bereichen Bildung und Arbeit. Dringend erforderlich ist es, den Menschen mit SMI den Zugang zu Leistungen einer der Zielgruppe angepassten Psychotherapie zu erleichtern. Angesichts der erheblichen Belastung der Zielgruppe mit insbesondere auch somatischer Komorbidität können auch gesundheitsfördernde Leistungen wichtige Ergänzungen darstellen.⁴

Darüber hinaus weist das Modell vier Querschnittsfunktionen auf: die Zusammenarbeit mit Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen (fallspezifisch und fallunspezifisch) sowie die Sozialraum- und Präventionsarbeit (fallunspezifisch). Diese Leistungen haben einen hohen Systembezug und sollten in einer anbieter- und angebotsübergreifenden Kooperation und Vernetzung sichergestellt werden.

Abbildung 1 (nächste Seite) gibt einen Überblick über die Funktionen des Modells.

Zusammenfassend kennzeichnen folgende Merkmale das Funktionale Basismodell. Es

- basiert auf der aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz,
- beschreibt die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendigen Unterstützungsfunktionen in den Bereichen Behandlung und Teilhabe,
- ist sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifend angelegt,
- denkt konsequent von der ambulanten Seite her, von hier aus wird die Versorgung geplant, gesteuert und umgesetzt,
- definiert damit einen Mindeststandard für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen,
- bietet eine Grundlage zur Analyse und Weiterentwicklung von regionalen Strukturen,
- ist sozialraum- und recoveryorientiert ausgerichtet,

⁴ Die beiden letztgenannten Leistungskomplexe können bei entsprechender Personalausstattung und Qualifikation auch von GT wahrgenommen werden.



Abbildung 1 Das Funktionale Basismodell 3.0 im Überblick

- definiert die notwendigen Funktionen unabhängig von der institutionell-organisatorischen Ausformung und Finanzierung,
- versteht sich in doppelter Hinsicht als offenes Entwicklungsmodell: offen für neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxiserfahrungen und offen im Hinblick auf die regionale institutionelle Umsetzung.

Eine Zuordnung von einschlägigen Leistungsangeboten zu den Funktionen des Basismodells findet sich bei Wienberg & Steinhart 2020 (siehe S. 3).

2.3.2 Aspekte der Umsetzung des Modells

Bei einer Neuausrichtung des Versorgungssystems für Menschen mit SMI muss auf die jeweils regional vorhandenen Angebots-Ressourcen zurückgegriffen werden. Ein verbindlicher Umsetzungsprozess, an dem auch Vertreterinnen und Vertreter von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen mitwirken sollten, umfasst idealtypisch folgende Schritte:

- Verständigung der relevanten Anbieter auf *gemeinsame Werte und Ziele* sowie auf das Funktionale Basismodell als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der regionalen Behandlungs- und Assistenzlandschaft
- *Definition der Versorgungsregion*, ggf. von Unterregionen und Zielgruppen
- *Ist-Analyse* der vorhandenen Angebote und Zuordnung zu den Funktionen des Basismodells
- Bündelung von Ressourcen zur Bildung von GT und *Schaffung einer verbindlichen, Steuerungs- und Organisationsform* mindestens für diese Kernfunktion
- *Ergänzung fehlender Funktionen* und Erschließung entsprechender Ressourcen.

Bei der Bündelung von Ressourcen und der Integration der Leistungen unterschiedlicher Leistungserbringer und Träger lassen sich unterschiedliche Stufen der Verbindlichkeit unterscheiden:

- *Warenkorb*: Jeder Anbieter macht das Angebot, das er für richtig hält, solange es in Anspruch genommen wird. Der Warenkorb steht allen offen.
- *Versorgungsverpflichtung/Gemeindepsychiatrischer Verbund*: Alle relevanten Anbieter bekennen sich zur regionalen Pflichtversorgung aller Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, schließen aber jeder für sich Verträge mit Leistungsträgern.
- *Räumliche Integration von Angeboten*: Verschiedene Anbieter führen ihre Angebote räumlich zusammen, um die personenbezogene Integration der Leistungen und die Kooperation der Anbieter „unter einem Dach“ zu erleichtern.
- *Anbieterverbände/Netzwerke*: Anbieter bilden Verbände oder Netzwerke auf vertraglicher Basis zur Sicherstellung der Pflichtversorgung oder bestimmter Segmente davon, um eine Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ sicherzustellen.
- *Regionales Versorgungsmanagement*: Ein rechtsfähiger „Träger der Träger“, z. B. eine Managementgesellschaft, stellt die Kernfunktionen aus einer Hand sicher und schließt Versorgungsverträge mit Leistungsanbietern und Leistungsträgern.

Letztlich dürfte die personenbezogene Integration des Leistungsgeschehens durch GT eine organisatorische und rechtliche Integration der entsprechenden Leistungsangebote erforderlich machen, denn es geht dabei auch um eine neue Ressourcenverteilung, sowohl im Einzelfall als auch auf Systemebene. Die erforderliche Verlagerung von Ressourcen aus dem stati-

onären Sektor in den ambulanten setzt voraus, dass diejenigen Akteure, die Leistungsangebote und damit Budgetanteile einbringen, auch als Mitentscheider beteiligt sind. Und der Leistungsanbieterverbund muss Verträge mit Leistungsträgern abschließen können, also rechtsfähig sein. Dabei bedeutet rechtsfähig nicht, dass bestehende Trägerstrukturen aufgelöst werden und in einem neuen Träger aufgehen. Vielmehr geht es um einen rechtsfähigen Verbund (weiter-)bestehender Träger. Tragfähige Modelle sind Managementgesellschaften, in die verschiedene Anbieter definierte Ressourcen einbringen und als Mitgesellschafter fungieren. Entsprechende gute Beispiele gibt es in Modellen der Integrierten Versorgung dann, wenn mehrere Anbieter beteiligt sind.

Den kommunalen Gebietskörperschaften kommt bei der Entwicklung entsprechender Organisationsformen eine wesentliche impulsgebende und integrierende Rolle zu. Sie sollten sowohl die Leistungsangebote in ihrer Trägerschaft (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste) oder Einfluss-sphäre (z. B. (Beteiligung an) Klinikträgerschaften) einbringen als auch im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für Sozialplanung und Psychiatriekoordination im Prozess der Planung und Umsetzung der Funktionen in konkrete Angebote mitwirken, ggf. ihn federführend gestalten (vergleiche auch Borbé, Steinhart & Wienberg 2017).

Die GPZ-Modelle in Niedersachsen suchen nach Wegen und Lösungen, um die drei Kernfunktionen von GT sicherzustellen und die dafür geeigneten organisatorischen Bedingungen zu schaffen. Abbildung 2 (nächste Seite) setzt die Funktionen des Basismodells in Beziehung zu Leistungsangeboten, die zu seiner Umsetzung einbezogen werden könnten. Darüber hinaus werden zwei organisatorisch notwendige Bedingungen für tragfähige GPZ-Strukturen angeführt: Verbindlichkeit des organisatorischen Rahmens sowie eine anbieterübergreifende, tagesaktuelle Dokumentation des Leistungsgeschehens, auf die alle beteiligten Akteurinnen und Akteure zugreifen können.

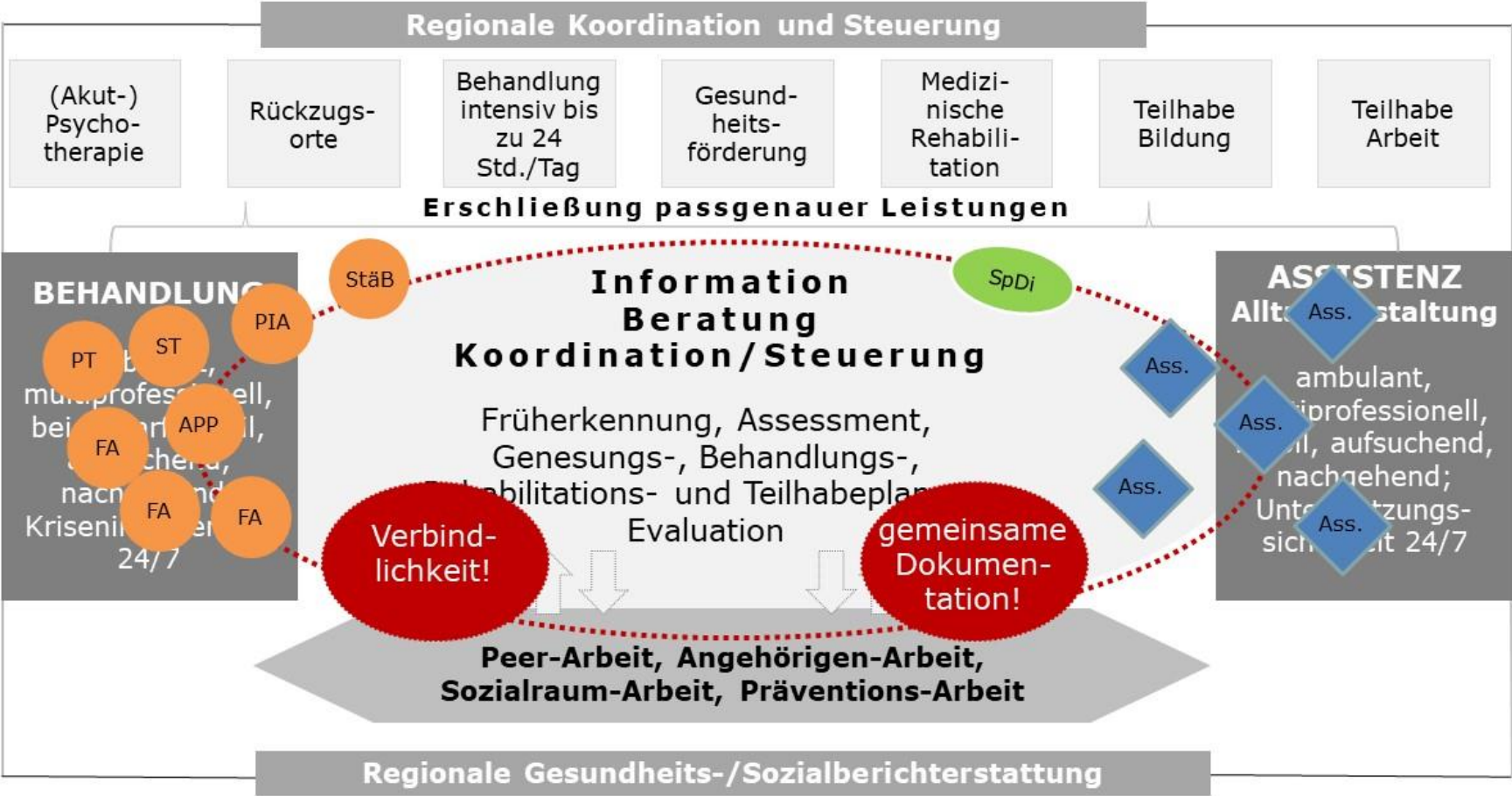
2.4 Die „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte...“ (KSVPsych-RL)

Am 2. September 2021 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GB-A) die KSVPsych-RL beschlossen (GB-A 2021). Der GB-A ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er legt innerhalb des vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmens fest, welche Leistungen gesetzlich Krankenversicherte in Anspruch nehmen können.

Die Richtlinie soll die Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf verbessern.

Dabei wird die Zielgruppe wie folgt definiert:

- Alter \geq 18 Jahre
- Vorliegen einer psychischen Erkrankung nach F10 bis F99 des ICD-10-GM
- Erhebliche funktionale Beeinträchtigungen, erfasst durch das Global Assessment of Functioning (GAF) mit einem Grenzwert von \geq 50



Abkürzungen: StäB = Stationsäquivalente Behandlung, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz, ST= Soziotherapie, PT= Psychotherapie, FA = Fachärztliche Praxis, APP = Ambulante Psychiatrische Pflege, SpDi = Sozialpsychiatrischer Dienst, Ass. = Assistenz nach § 78 SGB IX.

Abbildung 2 Bausteine für die organisatorische Umsetzung der Kernfunktion „Gemeindepsychiatrische Teams“

- Zur Erreichung des Behandlungsziels ist pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen erforderlich (siehe § 2).

Im Einzelnen werden folgende Teilziele angestrebt:

- eine leicht erreichbare und flexible Versorgungsstruktur zu fördern
- zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung zu stellen
- stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden und die Versorgung in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen
- die patientenindividuelle Koordinierung der Versorgungsangebote zu gewährleisten, eine bedarfsgerechte Behandlung sicherzustellen und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb der Richtlinie zu ermöglichen (siehe § 1 (2)).

Um diese Ziele zu erreichen, sollen folgende Maßnahmen „unter Einbeziehung des Patientenwillens“ realisiert werden:

- Verbesserung des Zugangs zur Krankenbehandlung
- zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs
- qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung
- Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin/einen Bezugsarzt oder eine Bezugstherapeutin/einen Bezugstherapeuten
- Koordination der Versorgung im Netzverbund
- abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan
- Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung
- Einbezug des sozialen Umfelds
- „strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V“ (siehe § 1 (3)).

Abbildung 3 (nächste Seite) skizziert das von der Richtlinie intendierte Organisationsmodell im Überblick.

Operativer Kern des KSV-Modells ist der Netzverbund von kassenärztlich zugelassenen Fachärztinnen und -ärzten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten, diese „leiten“ die Behandlung. Sie schließen außerdem Kooperationsverträge mit psychiatrischen/ psychosomatischen Kliniken (mindestens eine davon muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein) sowie mit mindestens je einem Leistungserbringer von Ergotherapie, Soziotherapie oder häuslicher psychiatrischer Krankenpflege.

Die Koordination der Versorgung im Sinne des Fallmanagements wird nach § 5 (1) von der Bezugärztin/dem Bezugsarzt oder der Bezugstherapeutin/dem Bezugstherapeuten auf „eine nichtärztliche Person“ übertragen, die entsprechenden Berufsgruppen und die zu erfüllenden Anforderungen werden unter (2) aufgeführt. Der Verbund und seine Akteure wiederum gewährleisten einen „strukturierten Austausch“ und sorgen für eine „Erleichterung der Kooperation“ mit anderen in der Versorgung von Menschen mit SMI tätigen Leistungserbringern außerhalb des SGB V (vergleiche § 3 (5)).



Abbildung 3 Verbundsystem nach der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, kooperierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ (KSVPsych-RL)

In § 6 werden u. a. als Aufgaben des Netzverbundes festgelegt:

- Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde innerhalb von sieben Werktagen nach Feststellung der Zugehörigkeit zur Zielgruppe
- Differentialdiagnostische Abklärung nach der Eingangssprechstunde innerhalb von sieben Werktagen
- Zeitnaher Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes
- Einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation und eine entsprechende elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes
- Betreuung der Patientinnen und Patienten in Krisen „jederzeit“, ggf. in Kooperation mit geeigneten Kooperationspartnern
- Patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der jeweils beteiligten Leistungserbringer, spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal
- Verbindliche Qualitätsmanagementverfahren sowie regelmäßige Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes.

Auf diese Weise wird ein abgestuftes Versorgungsnetzwerk beschrieben, in dem niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten die Federführung innehaben. Die Versorgungspraxis lehrt allerdings, dass die Mehrheit dieser Leistungserbringer die Versorgung von Menschen mit SMI (bisher) nicht als ihre Hauptaufgabe wahrnimmt. Deshalb ist von Belang, dass die Richtlinie in § 4 (1) vorsieht, dass auch Fachärztinnen und -ärzte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten von Institutsambulanzen als Bezugsärztinnen und -ärzten oder -therapeutinnen und -therapeuten tätig sein können. In Analogie dazu kann davon ausgegangen werden, dass auch entsprechendes Fachpersonal von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) diese Funktion wahrnehmen kann.

Insgesamt sollte deutlich geworden sein, dass die KSVPsych-RL sowohl bezüglich der Zielgruppe als auch bezüglich Zielen, Maßnahmen und Aufgaben deutliche Überschneidungen zum niedersächsischen GPZ-Modell aufweist. Hervorzuheben ist darüber hinaus, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten der Zielgruppe nicht – wie bei der Integrierten Versorgung nach § 10 SGB V – im Rahmen von Selektivverträgen mit der jeweiligen Krankenkasse erfolgt, sondern dass im KSVPsych-Modell die „im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen“ den Versicherten *aller* Kassen zur Verfügung stehen.

Das in der Richtlinie definierte Versorgungsmodell weist allerdings auch einige Schwächen auf:

- Es fehlt ein regionaler Bezug. Versorgungsmodelle nach der Richtlinie sollten auf ein definiertes Versorgungsgebiet begrenzt sein, z. B. das Einzugsgebiet des regional zuständigen Krankenhauses mit Versorgungsauftrag oder des regionalen SpDi, andernfalls würde die Zahl der Kooperationspartner schnell zu groß. Darüber hinaus sollten sie sich in die regional üblichen Kooperationsbezüge einbringen, insbesondere in die in Niedersachsen flächendeckend agierenden Sozialpsychiatrischen Verbände (SPV).
- Die Mindestzahl von 10 Mitgliedern des Netzverbundes dürfte vor allem in dünn besiedelten ländlichen Regionen nur schwer umsetzbar sein.
- Die Leistungserbringer des Verbundes müssen über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen. Das ist vor allem für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, ein Problem, von denen aktuell ca. die Hälfte in Teilzeit tätig ist.

- Expertinnen und Experten aus Erfahrung bleiben in dem Versorgungsmodell der Richtlinie außen vor.

Offen ist derzeit noch, welche über die bisherigen Regelleistungen des SGB V hinausgehenden Leistungen wie vergütet werden sollen. Dies betrifft die Tätigkeiten der Bezugärztin/des Bezugsarztes bzw. der Bezugstherapeutin/des Bezugstherapeuten sowie die Tätigkeit der beauftragten Koordinatorinnen und Koordinatoren, aber auch z. B. Leistungen, die im Gruppensetting erbracht werden können. Zumindest fraglich ist, ob auch Koordinierungsleistungen von Kooperationspartnern außerhalb des SGB V finanziert werden. Das gleiche gilt für die gerade bei Menschen mit SMI häufig lang andauernden, nicht selten von Rückschlägen begleiteten Leistungen zur Anbahnung und zum Aufbau einer tragenden Kooperationsbeziehung. Diese und andere Fragen werden nicht geklärt sein, bis die ersten Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen auf der Basis der Richtlinie getroffen worden sind. Zunächst aber muss die Richtlinie noch vom Bundesminister für Gesundheit genehmigt werden.

Ein vorläufiges Fazit führt zu der Einschätzung, dass mit der Richtlinie durchaus Chancen für die Realisierung und (Teil-)Finanzierung des Versorgungsmodells GPZ verbunden sind. Im Rahmen des Projekts SIE_GPZ war deshalb zu klären, ob das entwickelte GPZ-Modell Niedersachsen mit den Vorschriften der Richtlinie kompatibel ist (siehe dazu 4.5).

2.5 Standards für psychiatrische Versorgungsmodelle

2.5.1 Anforderungen an Standards in der Psychiatrie

Grundsätzlich sollten Standards für psychiatrische Versorgungsangebote folgende Anforderungen erfüllen:

1. Sie sollten so weit wie möglich *evidenzbasiert sein* und sich an einschlägigen Leitlinien und Best Practice-Modellen orientieren. Idealerweise sind sie empirisch validiert, das heißt es gibt einen empirisch belegten Zusammenhang zwischen der Erfüllung des Standards und der Ergebnisqualität der Leistungen.
2. Sie sollten einschlägige und rahmensetzende *Normen und Grundsätze erfüllen*. Hierzu zählen u. a. Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), sozialrechtliche Vorgaben sowie die ethisch-fachlichen Grundsätze des Landespsychiatrieplans Niedersachsen, insbesondere die zur *personenzentrierten, integrativen und partizipativen Versorgung* (vergleiche ebenda, S. 62 f).
3. Sie sollten die *Schnittstellen einschließen* zwischen dem Team des GPZ und anderen Leistungserbringern im Sozialpsychiatrischen Verbund (Aufnahme-, Zuweisungs- und Vermittlungswege).
4. Sie sollten *anschlussfähig* sein für vorhandene Ressourcen, bestehende Versorgungsstrukturen und -prozesse sowie Organisations- und Finanzierungsmodelle (vergleiche Landespsychiatrieplan 2016, S. 157).
5. Sie sollten *passfähig sein* und Raum für regionsspezifische Lösungen lassen. Dies könnte z. B. die organisatorische Umsetzung von Funktionen wie Krisendienst, Rückzugsräumen und Umgang mit Zwangseinweisungen betreffen.
6. Sie sollten die *Erfahrungen, Kenntnisse und Präferenzen* von professionellen Mitarbeitenden, psychiatriee erfahrenen Personen und Angehörigen von psychisch kranken Menschen

einbeziehen. Dies hat Konsequenzen für das methodische Vorgehen, das beteiligungsorientiert gestaltet sein sollte.

7. Sie sollten *praxisrelevant und praxistauglich sein*. Das heißt, dass die Indikatoren mehrdimensional definiert, operationalisiert und skalierbar sind und deren Erfassung mit vertretbarem Aufwand möglich ist.
8. Sie sollten *evaluierbar* sein und ein Konzept einschließen, das angibt, wie und von wem der jeweilige Implementierungsgrad erhoben und bewertet werden kann.

2.5.2 Modelltreue-Skalen

Die erste der im letzten Abschnitt definierten Anforderungen an Qualitätsstandards – ihre *Evidenzbasierung* – ist zugleich die höchste Hürde für ihre Entwicklung. Dass psychiatrische Versorgungspraxis evidenzbasiert sein sollte, ist eine naheliegende und banal klingende Forderung, die jedoch voraussetzt, dass es entsprechende Evidenz in ausreichender und fundierter Form gibt und dass diese Evidenz auch implementiert, also nachvollziehbar in praktisches Handeln umgesetzt wird. Die erste Voraussetzung kann aktuell in weiten Teilen der klinischen Psychiatrie als erfüllt gelten, denn für fast alle Krankheitsbilder gibt es heute evidenzbasierte Behandlungsleitlinien, deren Evidenzbasis allerdings in Breite und Tiefe erheblich variiert. Auch für bestimmte Teilhabeleistungen kann auf evidenzbasierte Interventionen zurückgegriffen werden. Die gilt für das selbstbestimmte Wohnen mit Unterstützung und die Teilhabe am Arbeitsleben (vergl. DGPPN 2019, Kap. 10.3 und 10.4). Die Psychiatrie ist also durchaus nicht mehr darauf angewiesen, ihre Qualität allein in programmatischen Aussagen und Fachkonzepten zu dokumentieren.

Ganz anders verhält es sich mit deren Umsetzung. Die Praxiserfahrung aber auch Studien (z. B. Bechdorf & Klingberg 2014) belegen immer wieder, dass die Behandlungspraxis weithin eklektisch-pragmatisch ausgerichtet ist. Häufig fehlt es schlicht an den erforderlichen Kenntnissen, Fähigkeiten und Ressourcen für die Implementierung, nicht selten ist aber auch ein eigensinniges Beharren auf der Individualität des Einzelfalls und der „therapeutischen Kunst“ zu beobachten.

Vorausgesetzt, dass eine tragfähige Evidenzbasis verfügbar ist, geht es bei deren Implementierung darum, diese *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. Dass dies nicht ohne Weiteres der Fall ist, hat z. B. die frühe Psychotherapieforschung gezeigt, bei der fälschlicherweise angenommen wurde, dass Therapeutinnen und Therapeuten, die unterschiedlichen Schulen angehören, sich in konsistenter und voneinander unterscheidbarer Weise verhalten.

Zur Überprüfung der Modelltreue von Interventionen und Programmen werden auch in der Psychiatrie 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).

Idealerweise sollte die Evaluation entsprechender Programme einen positiven Zusammenhang zwischen Ausmaß der Modelltreue und *Ergebnisqualität* ergeben. Bond und Drake, die

zu den Pionieren der psychiatrischen Modelltreue-Forschung gehören, stellen in ihrer Überblicksarbeit 14 Modelltreue-Skalen vor, für acht davon gibt es Studien zum Zusammenhang von Modelltreue und Outcome der Intervention. Die am besten untersuchten Modelle und dazugehörigen Skalen sind das *Assertive Community Treatment (ACT)* zur aufsuchenden und nachgehenden multiprofessionellen Behandlung und Unterstützung von Menschen mit SMI (Monroe-DeVita et al. 2011) und das *Individual Placement and Support (IPS)* zur Vermittlung von Menschen mit unterschiedlichen Arten von Behinderungen auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt (Bond et al. 2016). Für beide Modelle liegen Belege für einen Zusammenhang zwischen Modelltreue und Ergebnisqualität vor (Bond & Drake 2020). Dies gilt auch für *Crisis Resolution Teams (CRT)* zur Versorgung von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen in akuten Krisen (Lloyd-Evans et al. 2016).

ACT und CRT sind in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung, denn die Ergebnisse zum Outcome dieser Programme sind Teil der Evidenzbasis der Empfehlungen zur multiprofessionellen teambasierten gemeindepsychiatrischen Behandlung (Empfehlungen 10 bis 13, siehe oben 2.1). Die wichtigsten Komponenten dieser Programme sollten sich somit auch in einem Standard für GPZ in Niedersachsen wiederfinden.

Versorgungsprogramme, die einem Standard entsprechen, dessen Erfüllungsgrad in positiver Beziehung mit der Ergebnisqualität korreliert, definieren eine Benchmark und können als *empirisch validierte Qualitätsstandards* gelten.

Modelltreue-Skalen haben einen potenziell hohen Nutzen für die Versorgungspraxis: Sie bilden eine Blaupause zur Entwicklung und Umsetzung entsprechender Angebote, geben Anbietern Rückmeldung zum Leistungsstandard ihres Angebots und können Teams zu Standardverbesserungen anleiten und motivieren. Durch Modelltreue-Skalen operationalisierte Standards sind aber auch für Nutzende (Erkrankte und ihre Bezugspersonen) von Wert, denn sie belegen, dass das entsprechende Angebot einem definierten Standard entspricht und Evidenz für dessen Wirksamkeit vorliegt.

Bond & Drake (2020) schlagen eine *Standard-Prozedur* zur Entwicklung und Validierung von Modelltreue-Skalen vor, die sich in drei Phasen gliedert: 1. Definition des Skalen-Inhalts, 2. Entwicklung der Methoden zur Datenerhebung und 3. Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften.

Der Auftrag des MS Niedersachsen für das Projekt SIE_GPZ deckt bereits zum größten Teil die Aufgaben ab, die nach Bond & Drake in Phase 1 zu bearbeiten sind:

- Bestimmung des Zwecks der Modelltreue-Skala
- Definition der Kernprinzipien der Skala
- Operationale Definition von 15 bis 25 Items zur Messung der Kernprinzipien
- Definition der Skalenpunkte einer 5-Punkte-Skala je Item mit Verhaltensbezug
- Pilotierung und Überarbeitung der Skala (Übersetzung GW/JO).

Der letzte Schritt ist nicht Gegenstand des Projektauftrages, es werden jedoch Vorschläge zu dessen Umsetzung gemacht (siehe 4.6).

2.5.3 Ein aktuelles Beispiel aus Deutschland: die „Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen“ (MSSW)

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) schreibt das *Recht auf volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe* fest. Mit dem Gesetz zur Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung (BTHG) ist es in Deutschland erkennbar gelungen, den Geist der UN-BRK in ein neues Leistungsrecht für Menschen mit Behinderungen umzusetzen.

So trägt das BTHG in dem für Menschen mit SMI wichtigen Versorgungssektor der Eingliederungshilfe Wohnen einerseits der schon seit den 1990er Jahren laufenden „Ambulantisierung“ Rechnung: Aktuell leben mehr als 72 % aller Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die Assistenzleistungen erhalten, in der eigenen Wohnung (BAGüS 2021). Andererseits gibt es dieser Entwicklung neue Impulse in Richtung auf einen wirklichen Paradigmenwechsel zum „Selbstbestimmten Wohnen mit Unterstützung“. Dieser Wandel entspricht den Präferenzen der Nutzenden, von denen mehr als 80 % nicht in einem institutionellen Setting unterstützt werden wollen (Richter & Hoffmann 2017). Auch die Ergebnisse der internationalen Wohnforschung bestätigen den Wandel. Richter & Jäger (2020) resümieren in ihrem Überblick über den Forschungsstand:

„Unabhängiges Wohnen in der eigenen Wohnung ist auch bei Menschen mit schweren psychischen Störungen und mit massiven sozialen Beeinträchtigungen wie etwa Obdachlosigkeit mindestens ebenso erfolgreich wie die Versorgung in Heimen oder heimähnlichen Einrichtungen. Aktuelle Forschungsergebnisse lassen sogar auf eine leichte Überlegenheit schließen“ (S. 74 f).

Diese Forschungsergebnisse resultieren überwiegend auf Studien aus dem nordamerikanischen Raum zum *Housing First-Modell*.

In einem Teilprojekt des Forschungsprojekts „Wirkungen der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen (WiEWohnen NRW)“ (Wienberg & Steinhart 2021) ging es um die Entwicklung von operationalisierten Kriterien, die es erlauben, verschiedene Wohnunterstützungs-Settings vergleichend zu beschreiben und damit einen *Standard* zu definieren. Als inhaltliche Grundlage wurde das Paradigma des Selbstbestimmten Wohnens mit Unterstützung gewählt (Richter et al. 2021).

Auf Basis des Housing First-Modells sind verschiedene Modelltreue-Skalen entwickelt worden:

- das Permanent Supporting Housing (PSH) Fidelity Scoresheet mit 27 Items in sieben Subskalen (SAMHSA 2010, Brown et al. 2018),
- das Housing Program Measure (HPM) mit 76 Items in fünf Subskalen (Clark et al. 2012, 2016) und
- die Pathways to Housing First Fidelity Scale (PHFFS) mit 38 Items in fünf Subskalen (Stefancic et al. 2013, Goering et al. 2016).

Die darin abgedeckten Themen wurden systematisch abgeglichen. Dabei erwies sich die PHFFS als das umfassendste Instrument, für das auch bereits eine deutschsprachige Übersetzung mit 38 Items zur Verfügung stand. Diese wurden in einem mehrstufigen Diskussionsprozess auf 28 reduziert. Hauptkriterien dabei waren die Übertragbarkeit auf die Situation in Deutschland sowie eine möglichst eindeutige Operationalisierbarkeit. Drei Themen wurden ergänzt.

Diese Entwurfsfassung wurde in zwei Schritten überprüft:

- 18 Expertinnen und Experten der Wohnunterstützung von Menschen mit SMI aus Deutschland, Österreich und der Schweiz erhielten den Skalen-Entwurf und Erläuterungen dazu mit der Bitte um Kommentare. Es gingen Rückmeldungen von 11 Personen oder Gruppen ein, die insgesamt 140 Anmerkungen zu einzelnen Items sowie 29 generelle Stellungnahmen zur Skala umfassten.
- Zur Relevanz und Vollständigkeit der Themen aus Sicht von Klientinnen und Klienten wurden in vier Fokusgruppen Interviews mit Nutzenden der Wohnunterstützung durchgeführt,

die seit mindestens einem Jahr ein solches Angebot in Anspruch nahmen. Insgesamt nahmen 27 Personen (12 w, 15 m) im Alter zwischen 18 und 60 Jahren teil. Davon erhielten 16 ambulante, 5 intensiv-ambulante und 6 stationäre Wohnunterstützung.

Die Auswertungen von Befragung und Gruppeninterviews ergaben bei einem insgesamt hohen Maß an inhaltlicher Zustimmung eine Vielzahl von Aspekten, die zu Umformulierungen von Items und Erläuterungen führten. Insgesamt gaben die Rückmeldungen jedoch keinen Anlass, die Grundstruktur der Skala zu ändern. Es wurde lediglich jeweils ein Item gestrichen und eines hinzugefügt.

Die aktuelle Fassung enthält 31 Items in vier Subskalen:

- Wohnbedingungen (6 Items)
- Mitarbeitende/Teams (4 Items)
- Unterstützungsbedingungen (15 Items)
- Inklusionsbedingungen (6 Items).

Die 31 Items bestehen aus Aussagesätzen und werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala als Rating eingeschätzt („trifft voll zu – trifft eher zu – teils/teils – trifft eher nicht zu – trifft gar nicht zu“). Sie sind endpunktbenannt, wobei die Endpunkte ein Optimum und ein Pessimum verbalisieren, jeweils bezogen auf das Konstrukt „Selbstbestimmtes Wohnen“⁵. Maximal könnten auf der Summenskala 155 Punkte erzielt werden.

Die Skala wurde in 75 Settings der Wohnunterstützung in Westfalen und 12 in der Schweiz mittels telefonischer Interviews der zuständigen Leitungspersonen angewendet. In 33 Fällen handelte es sich um Unterstützung in besonderen Wohnformen (UBW) und in 54 um Unterstützung in der eigenen Wohnung (UEW). Die Interviews dauerten zwischen 50 und 70 Minuten. Dabei wurde jedes Item von Interviewerin und Interviewten durchgesprochen, im Anschluss erfolgte das jeweilige Rating durch die Interviewerin. Die MSSW beruht also nicht auf objektiven Daten, sondern auf den fachlichen Einschätzungen von Interviewenden und Interviewten.

Der Summenwert für die UBW-Settings (Mittelwert 124,6, Median 125) war niedriger als in den UEW-Settings (Mittelwert 128,8, Median 130). Diese Differenz ist statistisch signifikant. Der Vergleich der Subskalen ergab, dass die UEW-Angebote nur bei den Wohn- und den Inklusionsbedingungen signifikant bessere Werte aufwiesen als die UBW-Angebote, keine Unterschiede gab es hingegen bei Mitarbeitenden/Teams und Unterstützungsbedingungen (Wienberg et al. 2021, Richter et al. 2021).

Die MSSW ist eines der wenigen Beispiele für die Entwicklung und Erprobung einer Modell-treue-Skala im deutschsprachigen Raum. Die Skala bedarf weiterer Erprobung und vor allem der Überprüfung ihrer Reliabilität und Validität. Sie steht einschließlich der Materialien allen Interessierten zur Verfügung: <http://osf.io/zjtj6d/>.

⁵ Z. B. lautet das Optimum (trifft voll zu) beim Item „Wahlfreiheit der Wohnform“: *„Dies bedeutet: alle Nutzenden haben volle Wahlfreiheit bei der Auswahl der Wohnform“*. Das Pessimum (trifft gar nicht zu) lautet: *„Dies bedeutet: Keine Nutzenden haben volle Wahlfreiheit bei der Auswahl der Wohnform“*.

2.6 Ein Referenzmodell für GPZ: FACT Niederlande

2.6.1 Das FACT-Modell

Die Empfehlungen der S3-Leitlinie zur ambulanten, multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Behandlung umfassen ein breites Funktionsspektrum, das die evidenzbasierten Ansätze von HT/CRT und ACT/ICM *integriert*. Solche Teams können fast die gesamte Breite an spezialisierter Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen abdecken und ihre Nutzenden in allen Phasen der Erkrankung begleiten. Das Team nimmt eine *gemeinsame Verantwortung* für eine definierte Gruppe von Erkrankten wahr und die Versorgung erfolgt *im Quer- und Längsschnitt koordiniert und strukturiert*.

In den Niederlanden ist bereits an vielen Orten ein solches Modell implementiert, das die Kernfunktionen von HT/CRT und ACT/ICM integriert: *Das Flexible ACT* (FACT, van Veldhuizen & Bähler 2013).

Die Kombination beider Ansätze in einem flexiblen Versorgungsmodell entspricht in besonderer Weise dem oft phasenhaften Verlauf vieler schwerer psychischer Erkrankungen mit sich wiederholenden akuten Episoden und Phasen mit (Teil-)Remission (vergleiche van Veldhuizen & Bähler 2013 nach Kraft et al. 2017, S. 6).

Die Autoren beschreiben die Kernfunktionen von FACT wie folgt:

„Die Gruppe, die die intensivste Betreuung benötigt, wird jeden Tag besprochen und für diese Gruppe wird der ‚shared caseload-Ansatz‘ verwendet. Die Namen dieser Klienten werden auf die digitale FACT-Tafel geschrieben“ (ebenda) und alle in der täglichen Teamkonferenz besprochen. Die FACT-Tafel besteht aus einer Excel-Tabelle, auf die jedes Teammitglied Zugriff hat und die während der Sitzung projiziert und fortlaufend aktualisiert wird.

„Für die Klienten, die weniger intensive Betreuung benötigen, bietet dasselbe Team individuelles Fallmanagement mit interdisziplinärer Behandlung und Unterstützung an. Wenn Klienten stabiler werden, müssen sie nicht in ein anderes Team überführt werden (...), sie bleiben beim gleichen FACT-Team. Diese Flexibilität, zwischen den beiden Formen der Versorgung im selben Team wechseln zu können, verbessert die Kontinuität der Betreuung und reduziert drop-out“ (ebenda).

„FACT schafft die ‚Drehtür‘ ab: In guten wie in schlechten Zeiten hat der Patient Kontakt zu demselben Team, demselben Fallmanager und demselben Psychiater. Dies ist der Inbegriff von Kontinuität in der Versorgung“ (ebenda, S. 27).

„Das FACT-Team ist nicht nur Gatekeeper für das Krankenhaus, sondern bleibt auch während seines Aufenthalts in Kontakt mit dem Klienten und behält die Rolle des Koordinators für die gesamte Behandlung“ (ebenda, S. 7).

Ca. 80 % der Klienten-Kontakte finden außerhalb des Teambüros statt. In der Praxis hat sich herausgestellt, dass normalerweise 10 bis 15 % der Klientinnen und Klienten eines FACT-Teams „auf der Tafel stehen“ und dass über drei Jahre ca. 60 % der 200 bis 220 Klienten und Klientinnen eines Teams eine Episode der intensiven Versorgung benötigen (ebenda, S. 73). In drei neu gestarteten niederländischen FACT-Teams waren über zwei Jahre durchschnittlich 18,3 % der Nutzenden „auf der Tafel“ (Nugter et al. 2016).

Mit diesem Modell versorgen in den Niederlanden 10 bis 12 Vollkräfte 200 bis 220 Klienten und Klientinnen in einer Region von 40.000 bis 50.000 Einwohnern und Einwohnerinnen, das entspricht 0,5 % der Gesamtbevölkerung. Aus den Angaben von Kortrijk et al. (2018) lässt sich ermitteln, dass 18 FACT-Teams im Großraum Rotterdam durchschnittlich für ca. 72.000 Einwohnerinnen und Einwohner zuständig sind. Im Jahr 2018 gab es in den Niederlanden ca. 400

FACT-Teams, die ca. 70.000 Menschen mit SMI versorgten (van Vugt et al. 2018). Inzwischen gibt es auch spezielle FACT-Teams für forensische Klientinnen und Klienten sowie für Jugendliche.

Als Grundlage für die Arbeit von FACT-Teams ist 2013 ein *Manual* veröffentlicht worden, das die wichtigsten Arbeitsprinzipien und Methoden beschreibt und seit 2017 in deutscher Übersetzung vorliegt (van Veldhuizen & Bähler 2013, nach Kraft et al. 2017). In Ergänzung dazu wurde schon 2007 die erste Version einer *Skala zur Manualtreue* entwickelt (van Veldhuizen et al. 2008) und seit 2008 als Instrument zur Überprüfung der Modelltreue angewendet. Die aktuelle Fassung wird im Anhang des Manuals zur Verfügung gestellt. Sie enthält 60 Items in sechs Dimensionen:

- Teamzusammensetzung
- Prozesse des Programms
- Diagnostik, Behandlung und Interventionen
- Organisation
- Monitoring
- Professionelle Entwicklung.

Die Ausprägungen der Items sind auf einer 5-Punkte-Skala quantifizierbar. Die Skala eignet sich zur Selbstevaluation von Teams, es werden aber auch externe Audits durch ein Zertifizierungszentrum angeboten (www.ccaf.nl).

Auf der Basis mehrjähriger Erfahrung mit der Praxis von FACT und der Zertifizierung von FACT-Teams erfolgte 2017 eine Neufassung der FACT-Materialien, die 2021 erneut überarbeitet wurde (Westen et al. 2019, 2021). Eine offizielle deutschsprachige Übersetzung dieser Materialien liegt bisher nicht vor.

Die Autoren begründen die Neufassung so:

„Für beginnenden FACT-Teams war die FACT-Skala 2010 ein hilfreiches Werkzeug, um das Modell richtig umzusetzen. Andererseits scheint die Zeit jetzt reif zu sein, neue Initiativen und Innovationen anzuerkennen und Teams wertschätzender zu prüfen, ohne dabei die Kernprinzipien von FACT aufzugeben“ (S. 3; die Übersetzung erfolgte mit einer frei verfügbaren Software).

Die neue „FACT-Arbeitsmappe“ besteht aus drei Teilen:

- Teil 1 besteht aus einer Liste mit „Hintergrundinformationen“; es handelt sich um 44 Items, von denen 32 quantitativ und 12 dichotom (ja/nein) sind. Die bearbeitete Liste wird den Auditoren und Auditorinnen im Zertifizierungsprozess vor dem Besuch vor Ort zur Verfügung gestellt.
- In Teil 2 A geht es um detaillierte Informationen zur Zusammensetzung, Qualifikation und Arbeitsschwerpunkten der Teams (16 Items, 5-Punkte Skalierung).
- Teil 2 B behandelt 7 Themen: Flexibilisierung der Behandlung, Persönlicher Bereich der Klientinnen und Klienten, Sozialer Bereich, Symptomatischer Bereich, Planung und Steuerung im Einzelfall, Krise, Sicherheit und soziale Verantwortung, Zusammenarbeit mit dem Netzwerk, Qualität und Innovation. Jedes dieser Themen umfasst mehrere Unterpunkte, die *im Dialog* zwischen Team und Auditorinnen und Auditoren bearbeitet werden. Anschließend erfolgt ein Punkte-Rating durch die Auditorinnen/Auditoren.

Die FACT-Materialien und der Evaluierungsprozess sind also in der Überarbeitung deutlich komplexer geworden. Sie setzen erkennbar voraus, dass auf beiden Seiten bereits längere Erfahrung in der Arbeit mit FACT vorliegt. Inhaltlich-konzeptionell ist allerdings ein *hohes Ausmaß an Kontinuität* festzustellen.

2.6.2 Ist FACT wirksam?

FACT ist inzwischen nicht nur in den Niederlanden, sondern in einer Reihe von Ländern Nord-europas verbreitet. Dennoch stellt sich die Frage, ob es hinreichende empirische Evidenz für die Wirksamkeit dieses Versorgungsmodells gibt. Nur dann wäre es empfehlenswert, es als Referenzmodell für die Entwicklung von Standards für GPZ zu nutzen.

Die ersten Studien zu den Wirkungen von FACT stammen aus den Anfangsjahren der Implementierung. Es handelt sich um fünf Studien aus den Jahren 2007 bis 2013, vier davon wurden in den Niederlanden und eine wurde in England durchgeführt. In ihrem Review dieser Studien stellen Nordén & Norlander (2014) zusammenfassend fest:

„We note that the five studies cannot convincingly show that FACT leads to improvement of the clients' symptoms, functioning, or well-being. Additional results are meagre, and there exist several methodological limitations. At present there exists no evidence for FACT“ (ebenda, S. 89).

Tatsächlich wurden nur wenige statistisch signifikante Effekte in den fünf Studien gefunden und diese weisen mehr oder weniger deutliche methodische Schwächen auf, worauf aber die Autorinnen und Autoren auch explizit hinweisen.

Kurz darauf veröffentlicht eine Gruppe von niederländischen FACT-Experten eine Replik auf Nordén & Norlander (van Veldhuizen et al. 2015). Darin wird zum einen auf verschiedene Entwicklungen verwiesen, die das FACT-Modell über die Jahre hinweg durchgemacht hat. Dazu gehört die Beteiligung von Experten/Expertinnen aus Erfahrung, eine stärkere Betonung der sozialen Inklusion unter Beteiligung der Angehörigen und die Fokussierung auf die Erreichung der Ziele der Klientinnen und Klienten. Damit sind die Ergebnisse früherer Studien für aktuelle FACT-Interventionen nur noch bedingt aussagekräftig.

Im Hinblick auf die methodische Qualität der Studien räumen die Autoren ein, dass bisher keine kontrollierten randomisierten Studien vorliegen und stellen dazu fest:

„After 2008 this proved to be unfeasible, because facilities were no longer willing to provide control groups receiving ‚care as usual‘“ (ebenda, S. 13).

Und sie verweisen darauf, dass jedes in den Niederlanden implementierte Versorgungsmodell den Anforderungen der dort geltenden „Multidisciplinary Guideline for Schizophrenia“ entsprechen müsse:

„In the Netherlands there was no other model [als FACT, Anmerkung der Verfasser] available which would provide care for the whole group of people with schizophrenia or some other SMI which was consistent with the recommendations of the Guideline and could incorporate recovery-oriented care. The rapid implementation of the model stood in the way of research“ (ebenda).

Und die Autoren ziehen folgendes Fazit:

„In summary, Nordén and Norlander are right in saying there is as yet insufficient evidence for Flexible ACT, but this is mainly because very little research has been done on it. Moreover, in our opinion they have paid too little attention to the positive results that have emerged“ (ebenda, S. 14).

Hat sich die Forschungslage zu FACT in den Jahren nach seit 2014 verbessert? Eine Literaturrecherche via PubMed sowie Google-Scholar ergab fünf aktuelle Studien (siehe Tabelle 2, S. 32).

Im Überblick fällt auf, dass in fast allen Studien große Stichproben untersucht wurden. Dies reflektiert, dass es sich um naturalistische Studien aus der Regelversorgung handelt, die überwiegend auf im Routinebetrieb erhobene Daten zurückgreifen. Damit wird eine gute Grundlage für eine *hohe externe Validität* der Ergebnisse gelegt, diese wird auch gestützt durch den Umstand, dass in der Regel keine Ausschlusskriterien für Probanden definiert wurden. Mit Ausnahme einer Studie (Munch Nielsen et al. 2021) ist die interne Validität der Studien jedoch eher niedrig einzuschätzen, denn es fehlen Kontrollbedingungen.

Zu den Ergebnissen im Einzelnen⁶:

1. Nugter et al. (2016): Zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt stieg der Anteil der Patientinnen/Patienten „in Remission“ von 34 % auf 43 % (nicht signifikant). Auch bei der Symptombelastung (HoNOS, Gesamtwert und Subskalen) zeigten sich keine signifikanten Verbesserungen, mit Ausnahme der *Compliance-Subskala*, hier war die Verbesserung *signifikant*. Die *Lebensqualität* (MANSA) der Klientinnen und Klienten verbesserte sich *signifikant* und auch die *Anzahl ungedeckter Bedarfe* nahm *signifikant* ab (CANSAS). Weder bei der Beschäftigungs- noch bei der Wohnsituation zeigten sich signifikante Verbesserungen. Der Anteil der Patienten und Patientinnen mit *Klinikaufnahmen* reduzierte sich *signifikant*, ebenso die durchschnittliche *Zahl der Krankenhaustage*. Diese stieg im ersten Jahr leicht an, um dann im zweiten Jahr deutlich abzunehmen. Die FACT-Modelltreue der drei Teams wurde evaluiert und war mit durchschnittlich 4,1 sehr hoch, bei einer Inter-Rater-Reliabilität zwischen .88 bis .99.
2. Sood et al. (2017): Hier wurden die FACT-Outcomes der FACT-Patienten und -Patientinnen von zwei Gruppen verglichen: Patientinnen und Patienten, die vorher mit ACT behandelt worden waren, einer in der Intensität mit FACT vergleichbaren Unterstützungsform, und solchen, die vorher von Community Mental Health Teams (CMHT) behandelt wurden, einer deutlich weniger intensiven Unterstützungsform. Die Hauptkriterien für das Outcome waren der Bedarf an Krisenintervention durch Crisis Resolution Teams (CRT) und die Krankenhausnutzung. In beiden Gruppen zeigte sich eine *signifikante Reduzierung* von Kennzahlen der *CRT-Nutzung*. Bei der *Krankenhausnutzung* dagegen gab es bei Gruppe eins (vorher ACT) keine und bei Gruppe zwei (vorher CMHT) eine *signifikante Reduktion*. Beide Gruppen benötigten also mit FACT weniger externe Krisenintervention, aber nur bei der Gruppe, die vorher mit der weniger intensiven CMHT-Intervention behandelt wurde, sank die Krankenhausinanspruchnahme.
3. Kortrijk et al. (2018): Im Verlauf von einem Jahr FACT-Behandlung blieben 82 % der Klientinnen und Klienten ohne bezahlte Beschäftigung, 10 % blieben beschäftigt, 5 % verloren ihre Beschäftigung und 3 % erhielten eine Beschäftigung. Insgesamt sank damit der Anteil der Personen mit Beschäftigung. Zum Zeitpunkt der Studie verfügten FACT-Teams nicht über Spezialisten für Supported Employment. Die Ergebnisse haben mit dazu beigetragen, dass dies jetzt von den FACT-Standards gefordert wird.

⁶ Die Nummerierung entspricht der in Tabelle 2, S. 32

Tabelle 2 FACT Outcome-Studien (veröffentlicht nach 2013)

Nr.	Autorinnen/Autoren (Jahr, Land)	Probanden/Kontext	Design-Typ	Outcome Kriterien (Skalen)	Sonstige Daten
1	Nugter M, Engelsbei F, Bähler M et al. (2016, Niederlande)	N=391 mit SMI von 3 neugestarteten FACT-Teams	naturalistische Verlaufsstudie über 2 Jahre, keine Kontrollgruppe	Remission (8 Remissions-Items der PANSS), Psychosoziales Funktionsniveau (HoNOS), Subjektive Lebensqualität (MANSA), Unterstützungsbedarf (CANSAS), Beschäftigungs- und Wohnsituation (je 1 Item), Soziales Netzwerk (5 Items), Zufriedenheit mit der Unterstützung (10-Punkte-Rating)	FACT-Modelltreue mit Inter-Rater-Reliabilität, Anteil der Klientinnen/Klienten auf der FACT-Tafel, Anzahl Klientinnen-/Klienten-Kontakte
2	Sood L, Owen A, Onyon R et al. (2017, England)	N=475 Klientinnen/Klienten (53 % ICD-10 F.20), die von ACT- (N=95) oder CMHT (N=380) zu FACT wechselten	naturalistische Verlaufsstudie über 13 Monate, mit Vergleichsgruppen	Krankenhausnutzung, Nutzung von Krisenintervention (CRT)	Face-to-face-Kontakte je Woche
3	Kortrijk H, Mulder N, Kampermann A et al. (2018, Niederlande)	N=2150 mit SMI aus 18 FACT-Teams, ≥ 2 Erhebungszeitpunkte im ROM	naturalistische Verlaufsstudie über durchschnittlich 383 Tage, keine Kontrollgruppe	Beschäftigungssituation	Outcome-Prädiktoren
4	Svensson B, Hansson L & Lexén A (2018, Schweden)	N=93 SMI (92 % ICD-10 F.20 Diagnose) von 6 neugestarteten FACT-Teams, die auf der FACT-Tafel standen	naturalistische Verlaufsstudie über 18 Monate, keine Kontrollgruppe	Soziale Situation (SIX), Soziales Funktionsniveau (PSF), Krankenhausnutzung, Klientinnen-/Klienten-Kontakte	Häufigkeit/Dauer auf der FACT-Tafel, FACT-Modelltreue
5	Munch Nielsen C, Hjorthøj C, Killaspy H et al. (2021, Dänemark)	N=2034 SMI (54 % ICD-10 F.20 Diagnose) von insgesamt 4 ACT-, 5 CMHT- und 4 FACT-Teams	quasi-experimentelle, kontrollierte Studie über 2 Jahre	Krankenhausnutzung, Klientinnen-/Klienten-Kontakte, selbstschädigendes Verhalten, Zwangsbehandlung, Mortalität	FACT-Flexibilität

Abkürzungen: CANSAS= Camberwell Assessment of Needs Short Appraisal Schedule, CRT= Crisis Resolution Team, HoNOS= Health of the Nation Scale, MANSA= Manchester Short Assessment of Quality of Life, PANSS= Positive and Negative Symptoms Scale, PSF= Practical and Social Functioning Scale, ROM= Routine Outcome Monitoring, SIX= Objective Social Outcome Index

4. Svensson et al. (2018): Folgende positive Änderungen zeigten sich nach 18 Monaten FACT-Unterstützung als *signifikant*: das SIX-Item „Freundschaft“ (nicht jedoch andere Items und der Summenscore), der Gesamtwert für das *Soziale Funktionsniveau* (PSF) sowie bei 8 der 10 Einzel-Items. Im Vergleich der 18 Monate vor und 18 Monate nach Aufnahme FACT blieb *bei den Patientinnen und Patienten, die auf der FACT-Tafel standen*, die Zahl der Krankenhausaufnahmen konstant, während die *Krankenhaustage* leicht, aber *signifikant zunahm* (vergleiche den Befund einer initialen Zunahme bei Nugter et al. 2016).
5. Munch Nielsen et al. (2021): Auf der Basis von Daten des Dänischen Psychiatrischen Fallregisters wurden die Outcomes von drei Gruppen verglichen: ACT, CMHT und FACT. Dabei wurden auf der Basis eines statistischen Verfahrens (Propensity Score Matching) die Personen für die Gruppen so ausgewählt, dass sie sich zum ersten Erhebungszeitpunkt bei insgesamt 11 klinischen, soziodemografischen und behandlungsbezogenen Variablen nicht signifikant voneinander unterschieden. FACT-Teams hatten eine *signifikant niedrigere Rate von Klinikaufnahmen* als CMHT und ACT, die Anzahl der Tage in Klinikbehandlung unterschied sich jedoch nicht voneinander. Die Anzahl der Kontakte war in den FACT-Teams signifikant höher als bei CMHT und ACT. Keinerlei signifikante Unterschiede zeigten sich zwischen den Gruppen bezüglich der Variablen Selbstschädigung, Zwangsmaßnahmen, Zwangsunterbringung und Mortalität.

Die Ergebnislage ist auch in den hier beschriebenen Studien nicht eindeutig. Es gibt zwar eine Reihe von positiven Belegen für Wirkungen von FACT auf unterschiedliche Indikatoren, auf der anderen Seite fehlen solche Belege – zum Teil bei den gleichen Indikatoren. In vier der fünf Studien wurden harte Indikatoren der Krankenhausnutzung untersucht. Dabei spricht die Mehrheit der Vergleiche für eine Reduktion der Aufnahmen, während die Ergebnislage bei den Krankenhaustagen widersprüchlich ist.

Die methodisch anspruchsvollste und damit aussagekräftigste Studie ist die dänische von Munch Nielsen et al. (Fallregisterdaten mit aufwändigem Matching). Hier wurde FACT verglichen mit ACT und CMHT-Behandlung. Für diese beiden Modelle liegen international hinreichende Wirksamkeitsbelege aus randomisierten kontrollierten Studien vor, sodass geschlossen werden kann, dass FACT *mindestens so wirksam* ist wie diese. Weitere Outcome-Studien zu FACT sind erforderlich. In Deutschland könnte möglicherweise noch eine Randomisierung mit „Standardbehandlung“ als Kontrollgruppe erfolgen, denn evidenzbasierte Formen der multiprofessionellen, mobilen und bei Bedarf intensiven und nachgehenden Behandlung stehen hier – anders als in anderen nordeuropäischen Ländern – bisher nicht zur Verfügung.

2.6.3 Fazit

Das FACT-Modell bedarf der weiteren Evaluierung mit methodisch anspruchsvollen Designs. Die vorliegenden Daten deuten jedoch darauf hin, dass es ähnlich wirksam ist wie alternative evidenzbasierte Modelle der ambulanten Komplex- und Intensivbehandlung von Menschen mit SMI. FACT kann allerdings nicht als Blaupause auf die deutsche Versorgungslandschaft übertragen werden, dafür sind die Unterschiede zu den Niederlanden zu vielfältig.

Im Projekt SIE_GPZ sollte das FACT-Modell in der deutschsprachigen Fassung von 2017 als *konzeptionelle Heuristik und Referenz* genutzt und Expertise aus den Niederlanden eingebunden werden.

Das Modell hat folgende Vorteile:

- Es stellt Methoden und Instrumente zur Verfügung, die für die Entwicklung eines GPZ-Standards geprüft, modifiziert, adaptiert oder verworfen werden können.
- Es ermöglicht die Integration von HT- und ACT-Ansätzen.
- Es ist ansatzweise evidenzbasiert und es gibt eine sehr breite Basis von Praxiserfahrungen, die in Niedersachsen bisher fehlen.
- Es bietet gute Voraussetzungen für den Transfer von Knowhow und für Zusammenarbeit – Niedersachsen und die Niederlande haben eine gemeinsame Grenze.

3. Projektbeteiligte, Projektmethoden und Projektphasen

Die Ausgangslage für das Projekt SIE_GPZ in Niedersachsen war gekennzeichnet durch unterschiedliche Interessengruppen, einer breiten Fachexpertise sowie Modellprojekten mit unterschiedlichen Zugängen und in unterschiedlichen Entwicklungsstadien.

So galt es im Projektverlauf eine Reihe von *Stakeholdern* zu berücksichtigen:

- das Psychiatrie-Referat des MS Niedersachsen
- die niedersächsische Landesstelle für Psychiatrie-Koordination (LSPK)
- den Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN), insbesondere die AG 4
- die Sozialverwaltung der Gebietskörperschaften
- Kosten- und Leistungsträger
- Verantwortliche Akteurinnen und Akteure der GPZ-Modellprojekte in Braunschweig, Cuxhaven und dem Heidekreis
- Vertreterinnen/Vertreter von Menschen mit Psychiatrieerfahrung
- Vertreterinnen/Vertreter der Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

In diesem Umfeld war es erforderlich, das methodische und inhaltliche Vorgehen im Projekt strukturiert zu planen und zugleich in hohem Maße *adaptiv und beteiligungsorientiert* zu gestalten. Entsprechende Formate sind Befragungen, Interviews und Workshops. So waren sowohl das methodische Vorgehen selbst als auch die jeweiligen Zwischenstände fortlaufend mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren abzustimmen und zu konsentieren.

Die Stakeholder waren weitgehend repräsentiert in der vom Land eingesetzten und unter Vorsitz eines Vertreters des MS tagenden Projektbegleitgruppe (PBG). Neben dem Auftraggeber MS war damit die PBG die *Hauptansprech- und Kooperationspartnerin* für den Auftragnehmer des Projekts SIE_GPZ. In der PBG wurde der jeweils erreichte Stand und die weitere Planung der Projektarbeit von den Beratern in definierten Abständen (siehe 4.) präsentiert, zur Diskussion gestellt und ein Votum dazu eingeholt.

Die Zusammenarbeit mit dem MS und der PBG verlief über die gesamte Projektlaufzeit konstruktiv, störungsfrei und ergebnisorientiert.

Der Auftaktworkshop mit der PBG fand am 13.01.2021 im Videoformat statt. Bearbeitet wurden folgende Themen:

- Vorstellung des ISP und der Berater
- Vorstellung und Diskussion des vorläufigen Arbeitsplans des Projekts SIE_GPZ
- Präsentation und Diskussion des konzeptionellen Hintergrunds des ISP: Das Funktionale Basismodell 3.0
- Struktur- und Prozessmerkmale von GPZ – Einstieg in das Thema und Vorstellung der Konzeption der geplanten Online-Befragung.

Die weitere Projektarbeit gliederte sich in sechs Phasen, wobei die Feinplanung für jede Phase mit der PBG abgestimmt wurde (siehe Abbildung 4, S. 36).

Die im Projektangebot skizzierte Grobplanung des methodischen Vorgehens musste unter den Bedingungen der Corona-Pandemie modifiziert werden. So wurden im Projektverlauf alle Präsenz-Formate umgewandelt in Video-Formate. Dies betrifft Interviews, Workshops, Sitzungen der Projektbegleitgruppe (PBG) und einen Fachtag. Dieses Vorgehen stieß auf hohe Akzeptanz der Beteiligten und die Praxiserfahrung im Umgang mit diesen Formaten und der damit verbundenen Technologie ermöglichte eine störungsfreie Kommunikation und konstruktive Zusammenarbeit.

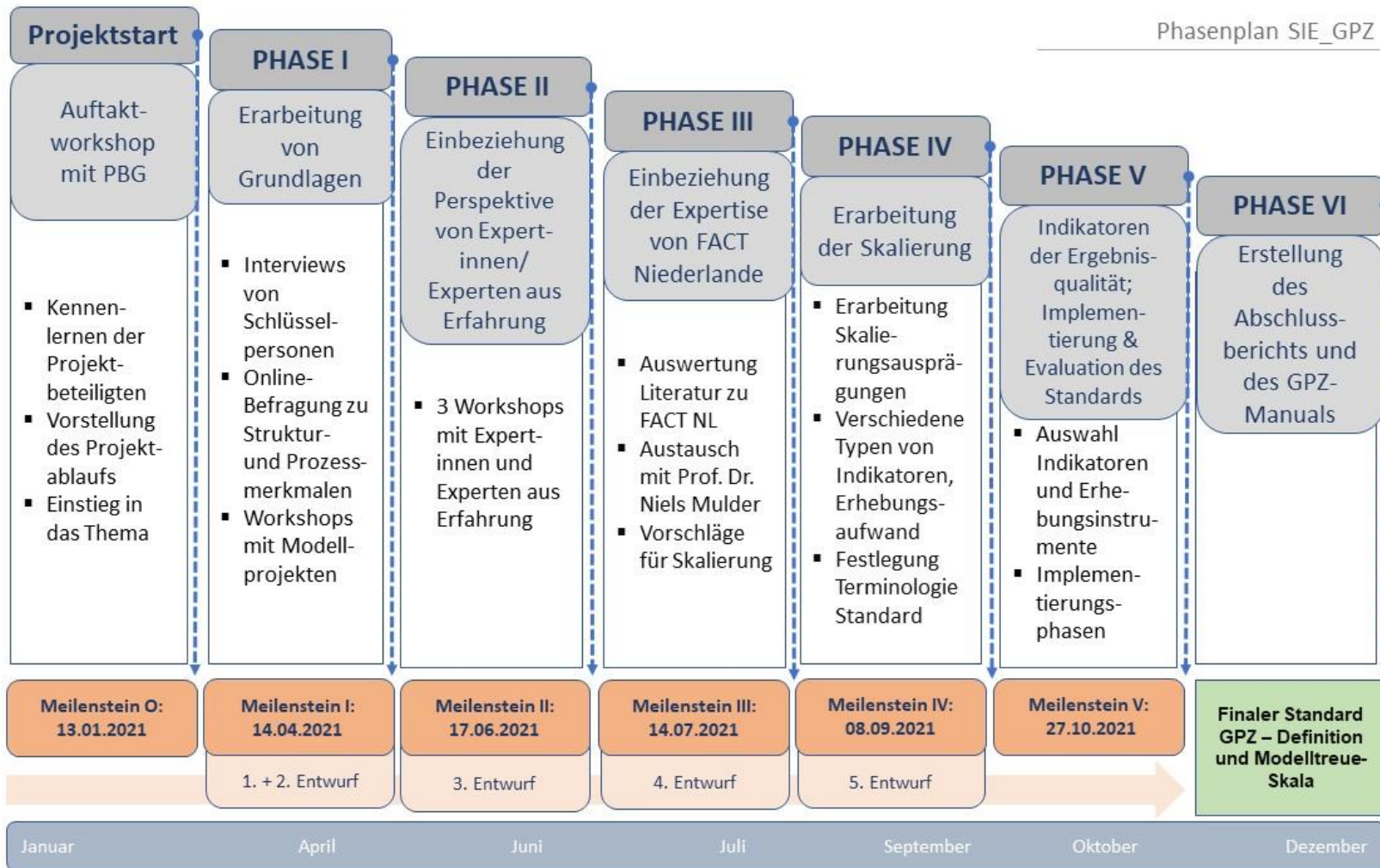


Abbildung 4 Phasenplan SIE_GPZ

4. Projektablauf und Projektergebnisse

4.1 Phase I: Erarbeitung von Grundlagen

Diese Phase umfasste vier Arbeitspakete:

4.1.1 Sichtung und Auswertung von projektbezogenen Dokumenten

Ziel war die Erhebung von Informationen über die Modellvorhaben und deren aktuellen Entwicklungsstand. Gesichtet und ausgewertet wurden Konzeptpapiere, Zwischenberichte, Verträge, Protokolle, Websites und Presseartikel.

4.1.2 Interviews mit Schlüsselpersonen der Modellprojekte

Dieser Arbeitsschritt diente dazu, den aktuellen Entwicklungsstand der Modellprojekte sowie die Einschätzungen von Projektbeteiligten vertiefend kennenzulernen und vergleichend zu beschreiben, um auf dieser Grundlage Rückschlüsse für die Qualitätsmerkmale von GPZ in Niedersachsen zu gewinnen.

Durchgeführt wurden insgesamt 14 Video-Interviews mit 15 Gesprächspartnerinnen und -partnern (vier aus Braunschweig, und je fünf aus Cuxhaven und dem Heidekreis). Angesprochen wurden (leitende) Mitarbeitende der Modellprojekte und wichtige Kooperationspartnerinnen und -partner.

Es handelte sich um halbstandardisierte Interviews auf der Grundlage eines Gesprächsleitfadens, der Raum für offene Antworten und eigene Themensetzungen der Gesprächsteilnehmenden ließ. Die Gliederung umfasste mehr als 40 Einzelthemen in drei Themenbereichen: Strukturmerkmale, Prozessmerkmale und Rahmenbedingungen. Die Auswertung erfolgte nach dem Prinzip der kumulativen Anreicherung: Aus projektbezogenen Dokumenten sowie den vorangegangenen Gesprächen bereits bekannte Informationen wurden in den Folgegesprächen nur noch kurz angesprochen und validiert, während neue und unklare Punkte vertieft und geklärt wurden. Auf diese Weise ergab sich im Verlauf ein modellübergreifendes Dokumentations- und Auswertungsschema mit 40 Merkmalen.

4.1.3 Online-Befragung zu möglichen Struktur- und Prozessmerkmalen von GPZ

Dieser Arbeitsschritt verfolgte das Ziel, eine erste Auswahl und Gewichtung von möglichen Struktur- und Prozessmerkmalen von GPZ in Niedersachsen zu generieren. Dabei wurde zunächst ein breiter Ansatz nach dem Grundsatz „Inhalte zuerst“ gewählt, bei dem methodische (Operationalisierung, Skalierbarkeit) und praktische Aspekte (Erhebungs- und Dokumentationsaufwand) zunächst unberücksichtigt blieben.

Einbezogen in die Befragung wurden 34 Struktur- und 30 Prozessmerkmale. Diese wurden gewonnen aus:

- Unterlagen des Ministeriums; Landespsychiatrieplan 2016, S. 157 und 209; Zusammenfassung des Landespsychiatrieplan 2016, S. 18, 28 und 32; Ausschreibungstext für GPZ-Modellprojekte vom 07.05.2019 und Ausschreibungstext des Projektes Standards, Implementierung und Evaluation von GPZ
- den „Empfehlungen“ und „Ergänzenden Hinweisen“ zu ambulanten, multiprofessionellen, mobilen Gemeindepsychiatrischen Teams der S3-LL „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019, S. 124-126)
- der deutschen Übersetzung des FACT-Manuals (Stand 2017)
- bestehenden Skalen zu ähnlichen Versorgungsmodellen wie ACT (Monroe-DeVita et al. 2011) und CRT (Lloyd-Evans et al. 2016)

- eigenen Überlegungen der Berater.

Die resultierende Liste der 64 Struktur- und Prozessmerkmale stellte einen **ersten Entwurf** für GPZ-Qualitätsmerkmale im Projekt SIE_GPZ dar (Anhang 1 gibt die Formulierungen der Merkmale in Kurzform wieder).

Zu jedem Merkmal wurde ein Aussagesatz formuliert, der das jeweilige konzeptionelle Optimum beinhaltet und die Befragten wurden gebeten, jedes einzelne Merkmal auf einer 11 Punkte-Skala (0 bis 10) nacheinander nach seiner *Wichtigkeit* und seiner *Umsetzbarkeit* zu bewerten. In den Erläuterungen zur Befragung wurden die Befragten gebeten, Wichtigkeit und Umsetzbarkeit möglichst unabhängig voneinander zu bewerten, d. h. die Bewertung der Wichtigkeit sollte die Bewertung der Umsetzbarkeit nicht beeinflussen und umgekehrt. Am Ende der jeweiligen Liste bestand die Möglichkeit, ergänzende Merkmale im Freitext hinzuzufügen.

Die Anonymität der Befragung wurde zugesichert. Um diese sowohl gegenüber dem Auftraggeber als auch dem Auftragnehmer abzusichern, wurden die Online-Fragebögen von der Landesstelle Psychiatriekoordination (LSPK) versendet und dort auch ausgewertet. Dem ISP wurden Mittelwerte und Mediane der Ratings zur Verfügung gestellt.

Zielgruppe der Befragung waren die Mitglieder der PBG des Projekts SIE_GPZ. Insgesamt wurden 39 Fragebögen versendet.

4.1.4 Workshops mit Akteurinnen und Akteuren der Modellprojekte

Im Anschluss an die Durchführung und Auswertung der Interviews wurden den Akteurinnen und Akteuren der drei Modellprojekte angeboten, je einen Workshop durchzuführen mit Themen, die sich aus der Auswertung der Interviews ergeben hatten. Mögliche Workshopthemen wurden von den Beratern des ISP vorgeschlagen und mit den Leitungen der Modellprojekte abgestimmt.

Zielsetzung dieses Arbeitspaketes war es, kritische oder konfliktbehaftete Themen in der Entwicklung der Modellprojekte zu identifizieren, vertiefend zu diskutieren und Ansätze zur Problemlösung zu entwickeln.

Zur inhaltlichen Vorbereitung der Workshops wurde den Teilnehmenden im Vorfeld jeweils ein Fragenkatalog zugeschickt. Die Antworten wurden aufbereitet und in die Workshops als Diskussionsgrundlage eingebracht.

Aus terminlichen Gründen konnten die Workshops mit den Modellprojekten Cuxhaven und Braunschweig erst nach den Osterferien zu Beginn von Phase II durchgeführt werden.

4.1.5 Zwischenergebnisse Phase I

Die Ergebnisse der vier Arbeitsschritte in Phase I lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Auswertung von Dokumenten und Interviews mit Schlüsselpersonen in den Modellprojekten**

Auf der Basis aller verfügbaren Informationen wurde eine **Synopse** erstellt, die die drei Modellprojekte anhand von 40 Merkmalen vergleichend beschreibt (siehe Seiten 40 bis 49). Diese Beschreibung gibt Hinweise auf Prozess- und Strukturmerkmale von GPZ, auf die bei der Erarbeitung eines Standards besonderes Gewicht zu legen war.

Die Ergebnisse des ersten Arbeitsschritts wurden in 8 Thesen komprimiert:

1. Die *Corona-Pandemie* behindert die Arbeit in allen GPZ-Projekten erheblich und auf unterschiedlichen Ebenen. Dies betrifft insbesondere die Einschränkung der persönlichen Kontakte zwischen den Akteurinnen und Akteuren und zu den Klientinnen und Klienten.

Die technischen Möglichkeiten zur Kompensation sind teils unzureichend oder werden unzureichend genutzt.

2. Das *Erreichen der Zielgruppe* (SMI lt. S3-LL) ist kein Selbstläufer. In den drei Modellprojekten besteht mehr oder weniger große Unsicherheit darüber, ob das GPZ eine Versorgungslücke schließt und in welchem Umfang bisher nicht versorgte Klientinnen und Klienten erreicht werden. Es empfiehlt sich, zusammen mit Partnern (z. B. Kliniken, Wohnungslosenhilfe, gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern) konkrete Strategien zur (besseren) Erreichung der Zielgruppe zu entwickeln.
3. Die *Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus Erfahrung* in die Arbeit der GPZ ist bisher nur in Cuxhaven gelungen. Die hier verfolgte Lösung – Peers als direkte Ansprechpartnerinnen in der Beratung von Klientinnen und Klienten mit niedrigschwelligem Zugang – ist eine zusätzliche Option.
4. Die gelebten *Kooperationsbeziehungen* zwischen GPZ und „externen“ Anbietern sind in der Praxis ausbaufähig. Fallbezogen arbeitende, multiprofessionell besetzte, anbieterübergreifende und in Regelkommunikation miteinander vernetzte Teams sind bisher die Ausnahme.
5. Die Zusammenarbeit mit den zuständigen psychiatrischen *Versorgungskliniken* ist für GPZ essenziell und ist in allen drei Modellregionen ausbaufähig. Kliniken sollten das GPZ als Erweiterung der Behandlungsoptionen für Menschen mit SMI wahrnehmen und selbst auch einen Nutzen aus der Kooperation mit dem GPZ ziehen können.
6. Eine gemeinsame *Dokumentationsplattform* ist eine notwendige Bedingung für ein funktionsfähiges GPZ. Auf die Fallakte sollten alle jeweils beteiligten Kooperationspartner sowie die Klientin/der Klient selbst Zugriff haben.
7. In den Modellprojekten gibt es gegenwärtig sehr wenige übergreifende, das GPZ und seine Kooperationspartner einschließenden *Qualifizierungsaktivitäten* (Fallkonferenzen, Fortbildungen, Supervision etc.).
8. Die unsichere *Finanzierungsperspektive* der GPZ belastet die Modellprojekte erheblich. Manche Akteurinnen und Akteure fragen sich, ob sich ihr Engagement im laufenden Modell angesichts dieser Unsicherheit überhaupt lohnt.

Die Aspekte zwei bis sechs sind in die Überarbeitung der ersten Merkmalsliste eingegangen.

Projekt SIE_GPZ: Synopse GPZ-Modellprojekte Niedersachsen

*(Basis: Auswertung von Unterlagen und Interviews mit 15 Schlüsselpersonen;
Zwischenstand vom 16.04.2021)*

A. Strukturen			
Merkmale	Braunschweig (BS)	Cuxhaven (CUX)	Heidekreis (HK)
1. Träger GPZ	Stadt Braunschweig	Landkreis Cuxhaven	Heidekreisklinikum (HKK), Standorte in Soltau und Walsrode
2. Leitung	T. Meyer, Arzt, Leiter SpDi	S. Wolters, Ärztin, Leiterin SpDi	Dr. Gal, Chefarzt HKK, Teamleiter Dr. Döring, Oberarzt
3. Initiatorinnen/ Initiatoren	Sozialpsychiatrischer Verbund BS; die Stadt BS hat ihre Beteiligung davon ab- hängig gemacht, dass das GPZ beim SpDi angesiedelt wird	Prof. Dr. U. Gonther (AMEOS), Dr. M. Walle (MVZ am Ostebogen), S. Wolters (SpDi)	Dr. Döring und Chefarztvorgänger
4. Laufzeit	15.10.2019 bis 31.12.2021	08.10.2019 bis 31.12.2021	09.11.2020 bis 31.12.2021
5. Versorgungsregion (EinwohnerInnen)	Stadt Braunschweig (251.000)	2 Subregionen: Stadt Cuxhaven (48.000), Samtgemeinden Land Hadeln, Hemmoor und Börde Lamstedt (zusammen 47.000)	Heidekreis (140.000)

Merkmale	Braunschweig (BS)	Cuxhaven (CUX)	Heidekreis (HK)
6. Personal	In Personalunion alle MA des SpDi plus Koordinatorin A. Kühn mit 1,0 VK (über Modellprojekt); bilden zusammen die „Koordinierungsstelle Seelische Gesundheit“ (KSG), die über Aufnahme von KK und Bildung von MBT entscheidet (s. 11)	2 Genesungsbegleiterinnen in den Koordinationsstellen sowie Projekt- und Netzwerkmanagement durch IVP Networks (über Modellprojekt)	Dr. Döring (Ärztliche Leitung SpDi und PIA); 1,0 VK Sozialarbeit, 0,5 VK Pflege (über Modellprojekt)
7. Peers im GPZ	Nein; aber geplant, einschließlich einer weiteren Ex-In-Qualifikation	Ja, in Koordinationsstellen	Bisher nein
8. Räumlichkeiten	Im SpDi, Gesundheitsamt	2 Koordinationsstellen in MVZ am Ostebogen, Hemmoor, und AMEOS-Tagesklinik, CUX	Im HKK, Standort Soltau, 3. OG
9. Zielgruppe	Erwachsene 18 + mit SMI lt. S3-LL	Erwachsene 18 + mit SMI lt. S3-LL; zusätzlich Festlegung von bestimmten ICD-Diagnosegruppen	Erwachsene 18 + mit SMI lt. S3-LL
10. Organisation	GPZ ist „Vernetzungsstruktur auf Basis vorhandener Ressourcen“	GPZ ist „dezentrale..., virtuelle Struktur, die von allen Betroffenen und Leistungsanbietern erreichbar ist“; mit zwei Koordinationsstellen an den Standorten CUX und Hemmoor	„GPZ ist als Vernetzungsstruktur ohne festen Ort gedacht“; „Mobilisierung zeitnaher passgenauer, ggf. aufsuchender Hilfen durch die Kooperationspartner“

Merkmale	Braunschweig (BS)	Cuxhaven (CUX)	Heidekreis (HK)
11. Hauptaufgaben	Individuelles Case- und Care-Management; bei Bedarf werden MA von Kooperationspartnern einbezogen und es wird ein mobiles Behandlungsteam (MBT) gebildet; das Fallmanagement liegt immer bei einer/einem SpDi-MA	MA in Koordinationsstellen beraten und begleiten Betroffene und Bezugspersonen, können KK einschreiben und koordinieren Netzwerkgespräche; bei Bedarf wird ein individuelles, multiprofessionelles, mobiles Team (MMT) gebildet; in Subregion CUX wird zwar eingeschrieben, MMT werden bisher praktisch aber kaum tätig	Individuelles Case- und Care-Management; bei Bedarf werden MA von Kooperationspartnern einbezogen und es wird ein mobiles, multiprofessionelles Behandlungsteam (MBT) gebildet; das Fallmanagement liegt bei einer/einem GPZ-MA
12. Gremien	„Steuerungsgruppe“ (strategisch, tagt derzeit nicht); „Koordinierungsgruppe“ (operativ, 16 Mitglieder einschließlich Peers und Angehörigen)	„Steuerungsgruppe“; tagt 6-8 wöchentlich, Mitglieder: SpDi, MVZ, AMEOS, Vertreterinnen/Vertreter Peers, Angehörige und ein Kooperationspartner, Vertreterin IVPN	Aktuell kein Steuerungsgremium; in der Vorbereitung zusammen mit den 4 Kooperationspartnern (s. 13)
13. Kooperationspartner (vertraglich gebunden)	Aktuell 4 Anbieter mit ca. 20 MA; Leistungsspektrum: ABW, besondere Wohnform, APP, Soziotherapie, Kontaktstelle, Tagesstrukturierung, IFD...; Kliniken mit Versorgungsauftrag sollen als weitere Kooperationspartner gewonnen werden	Aktuell ca. 30; alle wichtigen Anbieter und Funktionen sind vertreten; eigenes Netzwerkmanagement durch IVPN	Aktuell 4 Anbieter; Leistungsspektrum: SpDi, ABW, besondere Wohnform (auch Schwerpunkt Sucht), APP, Kontaktstelle, Tagesstrukturierung, ambulante Ergotherapie; Selbsthilfetreff für Betroffene und Angehörige; Kooperation mit der Unabhängigen Teilhabeberatung in Vorbereitung

Merkmale	Braunschweig (BS)	Cuxhaven (CUX)	Heidekreis (HK)
14. Kooperationsverträge	Ja, Laufzeit: 01.10.2020 bis 31.03.2021; Verlängerung ist beabsichtigt; in dieser Zeit erbringen Kooperationspartner projektbezogene Leistungen kostenlos	Ja	Ja
15. Einbeziehung von Angehörigen und Peers	Beteiligung als Mitglieder der Steuerungsgruppe; es gibt in BS EX-IN qualifizierte Peers	Ja, 2 MA in Koordinationsstellen (eine mit abgeschlossener, eine in EX-IN-Ausbildung), eine dritte MA wird aktuell eingearbeitet (mit Stipendium für Ausbildung)	Nur über Kooperation mit der Teestube Soltau; es gibt keinen institutionalisierten Dialog und keine Genesungsbegleitung/EX-IN
16. Kontakt	Telefonisch (GPZ hat eigene Mobiltelefon-Nr.), per E-Mail; kein direkter Zugang für KK, Kontaktdaten bisher nicht öffentlich	Web-Seite mit Kontaktdaten der beiden Koordinationsstellen	Telefonisch (auch mobil), per E-Mail; persönlich in PIA oder SpDi; direkter Zugang für KK, Kontaktdaten öffentlich
17. Offene Sprechstunden	Nein	Ja, 2 x/Wo. 3 Std.	Ja, 5 x/Wo. 1,5 Std. persönlich
18. Zeitliche Erreichbarkeit	KSG: 40 Std./Wo.; Kooperationspartner decken über Dienstplan eine MBT-Rufbereitschaft für jeweils eine Woche bis zu 5 Std. ab; bisher keine Inanspruchnahme	MA in Koordinationsstellen via Mobil-Tel. und per E-Mail	GPZ-MA via Mobil-Tel. wochentags zwischen 8:00 und 16:00 h

Merkmale	Braunschweig (BS)	Cuxhaven (CUX)	Heidekreis (HK)
19. Krisenbereitschaft GPZ	Keine	Krisenhotline 24/7 über APP im MVZ am Ostebogen (ohne Finanzierung, Inanspruchnahme bisher gering); fachärztliche Rufbereitschaft in AMEOS-Klinik und MVZ	Keine; perspektivisch wird 24/7 angestrebt; fachärztliche Rufbereitschaft über das HKK
20. Andere regionale Krisenversorgung	Psychosozialer Krisendienst, 5 bis 7 Std./Tag an Wochenenden und Feiertagen	Nein	Nein; eine nächtliche Rufbereitschaft über AWO-Trialog soll perspektivisch ausgeweitet werden auf GPZ-KK
21. Mobilität Mitarbeitende	Kein Dienst-Kfz für GPZ, Kfz des Gesundheitsamtes eingeschränkt verfügbar; Nutzung ÖPNV oder Privat-Kfz mit Fahrtkostenerstattung	Mit Dienst- oder privaten Kfz mit Fahrtkostenerstattung; Peer-Beraterin im MVZ kann ein Praxis-Fahrzeug nutzen	Mit privaten Kfz und Fahrtkostenerstattung
22. Dokumentation	Keine übergreifende; SpDi-Software nicht für Dritte einsehbar	Webbasierte Fallakte auf Basis einer etablierten IV-Software von IVPN (angepasst) als „zentraler Sammelpunkt“ eines virtuellen GPZ, mit integrierter Abrechnungsfunktion für ärztliche und APP-Leistungen; KK und MMT-MA haben Zugang; Daten (z. B. Diagnosen, Kooperationspartner, Leistungen) können abgerufen werden; Voraussetzung: Datenfreigabeerklärung der KK, stellt eine gewisse Schwelle dar	Keine übergreifende; GPZ und andere Anbieter dokumentieren separat

Merkmale	Braunschweig (BS)	Cuxhaven (CUX)	Heidekreis (HK)
23. Datenaustausch	Kooperationspartner sollen MBT-Fälle auf von der Stadt zur Verfügung gestelltem Laptop dokumentieren und die Doku an Koordinatorin weiterleiten; diese führt eine Excel-Dokumentation der GPZ-Fälle, die für Kooperationspartner nicht einsehbar ist	Ja, alle jeweils beteiligten Akteure haben Zugriff auf elektronische Fallakte; KK müssen einwilligen und haben ebenfalls Zugriff, ggf. mit Unterstützung durch Koordinationsstelle; können entscheiden, wer welche Informationen einsehen kann	Kein wechselseitiger Zugriff auf Dokumentationen; verschlüsselter Austausch ist möglich, überwiegend erfolgt er telefonisch
24. Leistungsvergütung	Keine SGB V Leistungen; Leistungen der Kooperationspartner in den MBTs sollen von der Stadt BS pauschal vergütet werden	Es wird angestrebt, alle MMT-Leistungen mit den jeweiligen Leistungsträgern abzurechnen; wg. unterschiedlicher Voraussetzungen stehen praktisch nur ärztliche und APP-Leistungen unmittelbar zur Verfügung, andere werden bei Bedarf ergänzend beantragt	Abrechnung über PIA, sofern KK dort schon Patienten/Patientinnen sind; weitere Leistungen werden über jeweilige Leistungserbringer abgerechnet (z. B. APP, ABW)
B. Prozesse			
25. Öffentlichkeitsarbeit	Initial Beiträge in lokaler Presse und Rundfunk; Flyer und Broschüre noch nicht öffentlich	Diverse Presse-Artikel, Website, Flyer	Diverse Presseartikel; eigene Seite auf der Website des HKK; Flyer in Vorbereitung

Merkmale	Braunschweig (BS)	Cuxhaven (CUX)	Heidekreis (HK)
26. Aufnahme von Klientinnen/ Klienten	KSG prüft Kriterien der Zielgruppe → Zuteilung Fallmanager/-in → Vorstellung bei SpDi-Arzt → Hausbesuch → KSG entscheidet über MBT	Alle Kooperationspartner und die Koordinationsstellen können KK einschreiben; Aufklärung und Information → strukturiertes Assessment → Teilnahmeerklärung/Datenfreigabe → Genehmigung durch SpDi (obligatorisch, über elektronische Fallakte) → Genesungs-/ Behandlungsplanung → Zuordnung Bezugsperson und Bezugsbehandler/-in; MMT kann nur via Fallkonferenz unter Einbeziehung der KK gebildet werden	Anfragen unterschiedlicher Herkunft → zeitnahe Entscheidung im GPZ-Team (Kriterien: Schwere/Akuität der Erkrankung, Prekarität der sozialen Situation); falls GPZ nicht die geeignete Hilfe → Weitervermittlung; keine Absagen
27. Standardisiertes Assessment	Bei Erstkontakt GAF-Rating, Verdachtsdiagnose, Überprüfung Kriterien S3-LL	Standardisiertes Assessment via Fallakte (Pflichtfelder als Voraussetzung für Einschreibung)	Via Fragenkatalog bei Erstkontakt
28. Hausbesuche	Haben hohen Stellenwert im SpDi, werden mit Hygiene-Maßnahmen praktiziert; Ziel für GPZ: 80% der Kontakte zuhause	Nicht obligatorisch; bei Bedarf durch APP-, Soziotherapie oder EGH-MA; Ärztinnen/Ärzte können per Video einbezogen werden	Coronabedingt eingeschränkt; Kontakte im Zuhause der KK nur mit Hygiene-Maßnahmen; auch Treffen im Freien
29. Genesungs-/ Behandlungsplan	Schnellstmöglich im wöchentlichen GPZ-Team oder in Frühbesprechung des SpDi	Bei Einschreibung mit KK, Bezugsperson und Bezugsbehandler/-in	Fortlaufend, in Absprache mit KK

Merkmale	Braunschweig (BS)	Cuxhaven (CUX)	Heidekreis (HK)
30. Case-Management	Ja, Stadt BS hat 14 Bezirke, für die je ein(e) SpDi-MA (plus Vertretung) zuständig ist; KK werden der/dem zuständigen MA zugeordnet, diese/dieser ist Fallmanager/-in	Ja, durch Bezugsperson mithilfe elektronischer Fallakte	Beide GPZ-MA fungieren als Case Managerinnen und primäre Kontaktpersonen für alle KK des GPZ
31. Klientinnen/Klienten vom 01.01.-31.03.2021	5 KK, davon wurde einer zusammen mit einem Kooperationspartner behandelt, die übrigen 4 nur vom SpDi, sie erfüllten aber die Kriterien der S3-LL; im April soll die Arbeit mit MBTs wieder aufgenommen werden	24 KK, die zusammen mit einem Kooperationspartner versorgt wurden, davon 8 aus CUX, 16 aus der zweiten Subregion; 2-Jahreskriterium schließt manche schwerkranken KK aus; zuerst wird an KK gedacht, die schon bekannt und bereits gut versorgt sind; es werden zu wenig un- bzw. unterversorgte Personen erreicht; diese benötigen zeitintensiven Kontaktaufbau und/oder sind oft bereits stationär pflegebedürftig und keine GPZ-KK mehr; z. T. fehlt Bereitschaft der KK	18 KK, die zusammen mit Kooperationspartnern (ohne PIA) versorgt wurden; Personen, die sehr zurückgezogen und z. T. verwaorlost in ihrer Wohnung leben und selbst keine Hilfe nachsuchen sowie Wohnungs- und Obdachlose werden erreicht; Einschätzung eines Kooperationspartners: Diese Zielgruppen werden zu wenig erreicht
32. Rückzugsorte	Nein; nach Einschätzung von Peers und Angehörigen besteht Bedarf	Individuelles, verbindliches Rückzugskonzept für jede(n) KK, in der Fallakte hinterlegt; enthält z. B. Ansprechpersonen, Krisenpass, Behandlungsvereinbarung; Vorsorgevollmacht etc. können ebenfalls hinterlegt werden; Gästezimmer in bestehender Einrichtung könnte als Rückzugsort genutzt werden	Nein, GPZ und Kooperationspartner sehen Bedarf
33. Gatekeeping bei Klinikaufnahmen	Nein	Ja, bei eingeschriebenen KK	Nein

Merkmale	Braunschweig (BS)	Cuxhaven (CUX)	Heidekreis (HK)
34. Beteiligung an ordnungsbehördlichen Einweisungen	Im Rahmen der SpDi-Tätigkeit der MA	Erfolgen über SpDi	Bisher nicht; im Bedarfsfall über SpDi
35. Kooperation mit Kliniken	Versorgungsauftrag: Städt. Klinikum und AWO-Psychiatriezentrum Königslutter (dieses hat bisher keine PIA für Erwachsene im Stadtgebiet); beide Kliniken sind nicht als Kooperationspartner am GPZ beteiligt; unregelmäßige und wechselnde Teilnahme an GPZ-Gremien	Klinik ist Netzwerkpartner und hat Zugriff auf die Fallakte	Die GPZ-MA nehmen Brückenfunktion zur Klinik wahr; angestrebt wird die fortlaufende Einbeziehung bei Aufnahmen in die Klinik, im Verlauf und bei Entlassungen
36. Kooperation mit sozialem Umfeld	Abhängig vom Einzelfall, nur mit Zustimmung der KK	Konzeptionell vorgesehen, Umsetzung personenabhängig (MA)	Wenn gewünscht mit Angehörigen/Bezugspersonen
37. GPZ Teambesprechungen	1 x/Wo., wg. Personenidentität GPZ-/SpDi-MA informeller Austausch häufig; MA der Kooperationspartner nehmen bei Bedarf teil	Kein festes GPZ-Team; MVZ-intern 14-tägig Behandlungskonferenzen	1 x/Wo. 2 Std., viele informelle Kontakte
38. GPZ Fallkonferenzen	Persönlich nein, z. Zt. keine MBT-Fälle; virtuell wäre problematisch: SpDi-MA können kein Host sein, Zeitbudget für Video-Konferenzen eng begrenzt	Mit Kooperationspartnern im MMT bei Bedarf, derzeit virtuell; z. T. fehlen die technischen Voraussetzungen; Netzwerkkonferenzen (Open Dialogue) werden bisher kaum realisiert	Ja, regelhaft; sowohl in Präsenz als auch virtuell und gemeinsam mit Kooperationspartnern

Merkmale	Braunschweig (BS)	Cuxhaven (CUX)	Heidekreis (HK)
39. GPZ Fallsupervision	Nein	Nur MVZ-intern, ohne Kooperationspartner in MMT	Für GPZ-MA zusammen mit PIA Soltau; könnte fallbezogen erweitert werden
40. GPZ Qualifizierungsmaßnahmen	Nein, anfangs eine gemeinsame Schulung	Aktuell nein; Qualitätszirkel sind geplant	Nein

***Abkürzungen:** ABW = Ambulant Betreutes Wohnen, APP = Ambulante Psychiatrische Pflege, HKK = Heidekreis-Klinikum, IFD = Integrations-Fachdienst, IVPN = IVP Networks, KK = Klientinnen/Klienten, KSG = Koordinierungsstelle Seelische Gesundheit BS, MA = Mitarbeitende, MBT = Mobiles Behandlungs-Team (BS und HK), MMT = Mobiles Multiprofessionelles Team (CUX), MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz, S3-LL = S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“, SMI = Severe Mental Illness, SpDi = Sozialpsychiatrischer Dienst

▪ **Online-Befragung der PBG zu möglichen Struktur- und Prozessmerkmalen**

An der Online-Befragung nahmen 30 von 39 angeschriebenen PBG-Mitgliedern teil. Die *Rücklaufquote* von 77 % ist zufriedenstellend und bildete eine gute Basis für die weitere Bearbeitung der Merkmalliste.

In Abbildung 5 (nächste Seite) werden die Bewertungen zu Wichtigkeit und Umsetzbarkeit der Merkmale grafisch zueinander in Beziehung gesetzt. Es wird deutlich, dass sich nur vier Merkmale außerhalb des dritten Quadranten „Wichtigkeit ≥ 5 / Umsetzbarkeit ≥ 5 “ befinden. Damit war keine hinreichende Grundlage für einen Ausschluss von Merkmalen gegeben.

Im nächsten Schritt wurde die Grenze deshalb enger gezogen: „Wichtigkeit $\geq 7,5$ / Umsetzbarkeit $\geq 5,5$ “ (siehe Abbildung 6, S. 52). Auf diese Weise ergaben sich fünf Prozess- und neun Strukturmerkmale außerhalb des entsprechenden Quadranten, fünf davon liegen in beiden Dimensionen unter der kritischen Grenze, fünf nur in der Dimension Umsetzbarkeit und vier nur in der Dimension Wichtigkeit (eine vollständige Übersicht über die Mittelwerte aller Merkmale findet sich in Anhang 1, die „kritischen“ Merkmale sind rot markiert). Diese 14 kritischen Merkmale wurden näher analysiert und diskutiert und in fünf Fällen kam es im weiteren Verlauf zum kompletten Ausschluss des jeweiligen Merkmals.

Auf Grundlage der Ergebnisse der ersten beiden Arbeitsschritte wurde von den Beratern ein **zweiter Entwurf** der Merkmalsliste erstellt. Dieser enthält auch sieben neue Items und gliedert die Liste in neun Dimensionen:

1. Definition GPZ
2. Organisation (12 Items)
3. Aufnahme/Behandlung/Entlassung (9 Items)
4. Koordination (3 Items)
5. Kernaufgaben (10 Items)
6. Mobilität (3 Items)
7. Umgang mit Krisen (6 Items)
8. Kooperation mit Kliniken (6 Items)
9. Dokumentation (5 Items).

Die Dimension „Definition“ fasst Merkmale zusammen, die als *obligatorisch für GPZ* gelten können. Sie weisen im Hinblick auf Wichtigkeit und Umsetzbarkeit gleichermaßen sehr hohe Werte auf, bei denen sich abzeichnete, dass sie nur dichotom skalierbar sein würden. *Die Definition beschreibt somit die Kernmerkmale, die GPZ in Niedersachsen in jedem Fall erfüllen müssen.*

Die Dimensionen 2 bis 9 enthalten 54 Struktur- und Prozessmerkmale von GPZ, die *mehr oder weniger stark ausgeprägt* sein können, abgestuft skalierbar sind und damit *Qualitätsmerkmale von GPZ* gemäß der Definition darstellen.

▪ **Workshops mit Akteurinnen und Akteuren der Modellprojekte**

Folgende Workshops fanden statt:

1. Am 19.03.2021 mit Akteurinnen und Akteuren des GPZ Braunschweig zum Thema: „*Wie kann in Braunschweig ein funktionsfähiges GPZ mit einsatzfähigen multiprofessionellen Teams gelingen?*“ In diesem Workshop wurde vorrangig diskutiert, wie konstitutive Elemente von GPZ, die in Braunschweig bis dato nicht umgesetzt waren, sichergestellt

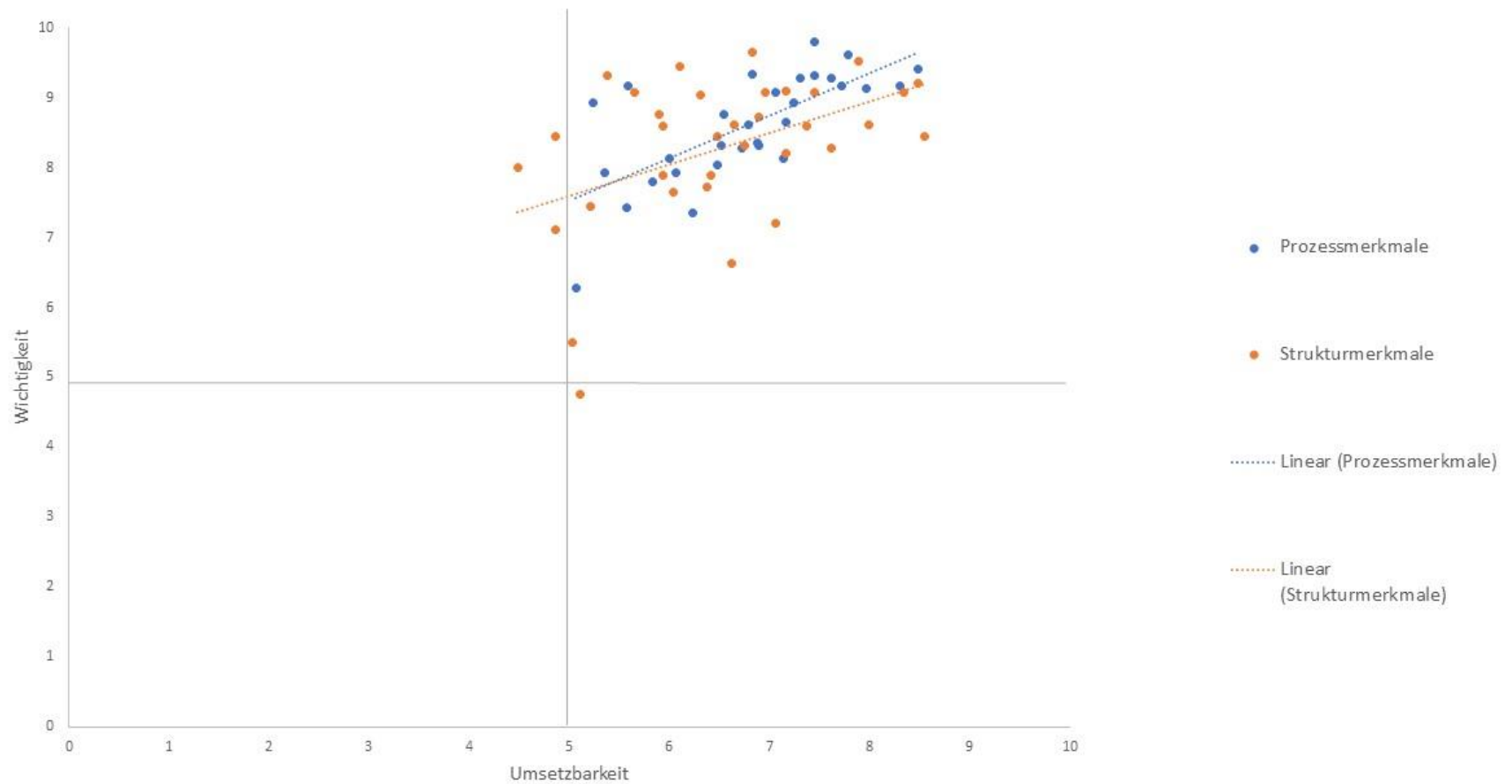


Abbildung 5 Vierfeldertafel „Online-Befragung zu möglichen Struktur- und Prozessmerkmalen“: Wichtigkeit ≥ 5 / Umsetzbarkeit ≥ 5

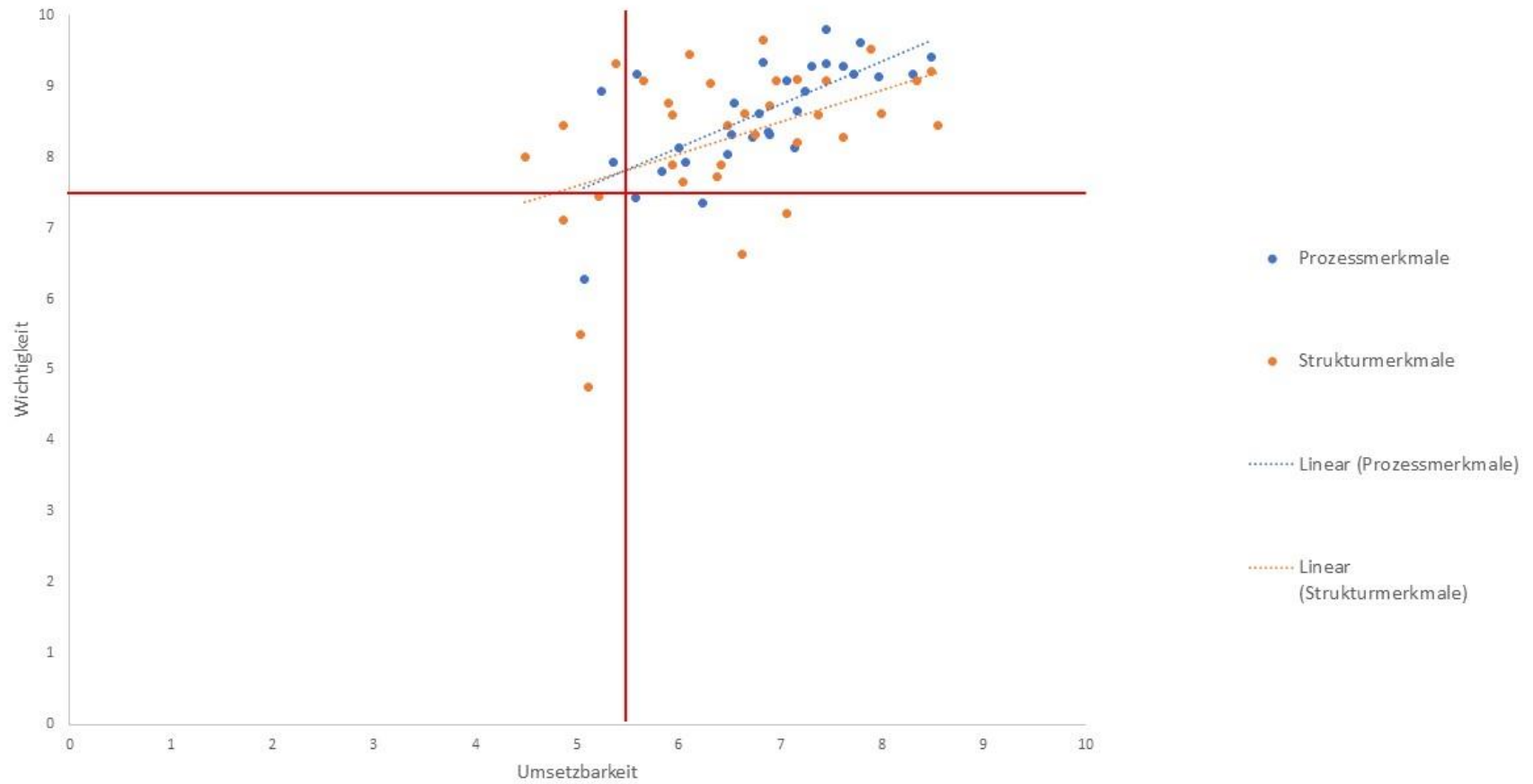


Abbildung 6 Vierfeldertafel „Online-Befragung zu möglichen Struktur- und Prozessmerkmalen“: Wichtigkeit $\geq 7,5$ / Umsetzbarkeit $\geq 5,5$

werden könnten. Dies betraf insbesondere die Realisierung der Behandlungsfunktion durch Einbeziehung von Ressourcen der beiden Kliniken mit Versorgungsauftrag sowie die Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus Erfahrung in die praktische Arbeit des GPZ.

2. Am 28.04.2021 mit Akteurinnen und Akteuren des GPZ Cuxhaven zum Themenkomplex Zielgruppe des GPZ, Erreichbarkeit, mögliche Versorgungslücken und deren Schließung. Hier wurde diskutiert, ob und in welchem Umfang das GPZ Teile seiner Zielgruppe nicht erreicht und auf welchen Wegen diese Versorgungslücke geschlossen werden kann. Konkrete Ansatzpunkte dafür wurden z. B. in einer engeren Zusammenarbeit mit der zuständigen Versorgungsklinik bezüglich der dortigen „Drehtürpatientinnen und -patienten“ und in einer verstärkten Vermittlungsaktivität des SpDi gesehen.
3. Am 19.05.2021 mit Akteurinnen und Akteuren des GPZ im Heidekreis zur Strategieentwicklung mittels Erstellung einer SWOT-Analyse. Die Informationen für die SWOT-Analyse wurden durch eine Abfrage von Stärken/Schwächen sowie Chancen/Risiken vorab erhoben, im Workshop diskutiert und zueinander in Beziehung gesetzt. Ergebnisse waren die Festlegung von aktuellen strategischen Schwerpunktthemen für das GPZ und die Erstellung eines detaillierten Maßnahmenplans.

Projektphase I endete mit der Präsentation der Ergebnisse und der Vorstellung eines **zweiten Entwurfs** (Definition plus Qualitätsmerkmale) in der PBG am 14.04.2021. Dieser wurde mit wenigen Änderungen verabschiedet und bildete die Grundlage für die weitere Bearbeitung in den Phasen II bis IV.

4.2 Phase II: Einbeziehung der Perspektive von Expertinnen und Experten aus Erfahrung

4.2.1 Durchführung von Workshops

Das Angebot des ISP zur Durchführung des Projekts sah von vornherein vor, Expertinnen und Experten aus Erfahrung⁷ in die Entwicklung von Standards für GPZ in Niedersachsen einzubeziehen. In der PBG waren der Landesverband der Psychiatrieerfahrenen Niedersachsen sowie der Angehörigenverband Niedersachsen/Bremen mit je zwei Personen vertreten. Außerdem waren Expertinnen und Experten aus Erfahrung in den Koordinierungs- bzw. Steuerungsgremien der drei Modellprojekte repräsentiert.

In der Grobplanung des Projekts SIE_GPZ war ein Workshop mit Psychiatrieerfahrenen „zur Diskussion und Konsentierung“ des GPZ-Standards erst zu einem eher späten Zeitpunkt im Projektverlauf vorgesehen. Da sich früh abzeichnete, dass sich die Entwicklung des Standards in einem rollierenden Verfahren über mehrere Entwurfsfassungen vollziehen würde, sollten sich auch Expertinnen und Experten aus Erfahrung früh in dieses Verfahren einbringen können.

Im ersten Workshop kündigten die Berater eingangs an, dass sie für weitere Workshops zur Verfügung stehen würden, falls in dem laufenden Workshop nicht alle inhaltlichen Aspekte ausdiskutiert werden könnten.

Schließlich fanden insgesamt drei Workshops statt: am 17.05., 27.05. und 08.06.2021.

⁷ Hier und im Folgenden sind mit Expertinnen und Experten aus Erfahrung sowohl Personen, die selbst psychisch erkrankt waren als auch Angehörige von Erkrankten gemeint.

Diese wurden in wechselnder Besetzung moderiert von Jeanett Radisch (LSPK), Thelke Scholz (tandem e. V. Bremervörde) und Sandra Surrey (LSPK).⁸ An den Workshops teilnehmen konnten auch Personen, die bisher nicht mit dem Projekt oder den GPZ-Modellprojekten in Kontakt waren. Die Zahl der Teilnehmenden variierte je Workshop zwischen 7 und 9 (ohne Moderatorinnen und Berater des ISP) und es haben 13 verschiedene Personen teilgenommen.

Zu Beginn des ersten Workshops führten die Berater inhaltlich in die Projektthematik ein. Folgende Aspekte wurden behandelt: Zielgruppe von GPZ, Idee der GPZ, Kernempfehlungen der S3-LL, Funktionales Basismodell 3.0 und Organisation von GPZ. Im zweiten Teil begann die Diskussion des zweiten Entwurfs der GPZ-Definition und der Qualitätsmerkmale, die in den beiden folgenden Workshops fortgesetzt und abgeschlossen wurde.

4.2.2 Zwischenergebnisse Phase II

Die diskutierten und in der Gruppe konsentierten Änderungs- und Ergänzungswünsche wurden fortlaufend protokolliert und in den zweiten Entwurf eingearbeitet. Dabei wurden in einigen Items Umformulierungen bzw. Ergänzungen aufgenommen, ein Item wurde gelöscht und sieben wurden hinzugefügt. Darüber hinaus wurde der Aufbau angepasst. Der sich daraus ergebende **dritte Entwurf** umfasste die Definition des Versorgungsmodells GPZ und 66 Qualitätsmerkmale in 9 Dimensionen:

1. Kernaufgaben (10 Items)
2. Organisation (11 Items)
3. Aufnahmen/Entlassungen (9 Items)
4. Umgang mit Krisen (6 Items)
5. Kooperation mit Kliniken (7 Items)
6. Qualifikation/Qualifizierung (8 Items)
7. Koordination (5 Items)
8. Mobilität (2 Items)
9. Dokumentation (8 Items)

Der dritte Entwurf wurde in die PBG am 17.06.2021 eingebracht.

4.3 Phase III: Einbeziehung der Expertise von FACT Niederlande

4.3.1 Vorschläge der Berater zur weiteren Bearbeitung der Qualitätsmerkmale

Die mit dem dritten Entwurf erfolgten Änderungen in Inhalt und Aufbau der Merkmalsliste repräsentieren den *größten gemeinsamen Nenner* der am bisherigen Prozess beteiligten Akteurinnen und Akteure. Er wurde in der PBG am 17.06. zunächst zustimmend zur Kenntnis genommen. Im Anschluss daran präsentierten die Berater eine Analyse des erreichten Standes im Hinblick auf Erhebungsaufwand, Praktikabilität, Skalierbarkeit, Trennschärfe und Beeinflussbarkeit durch das GPZ und schlugen eine weitere, tiefgehende Bearbeitung der Merkmalsliste anhand folgender Kriterien vor:

1. Skalierbar machen, was irgend geht! Ziel: durchgängig 5 Punkte Likert-Format.
2. Dichotome Merkmale streichen oder in die Definition einschließen.
3. Die Definition eventuell durch eine Checkliste ergänzen: Kriterium erfüllt/nicht erfüllt.

⁸ Die Berater danken den drei Kolleginnen herzlich für ihr Engagement an dieser Stelle.

4. Merkmale streichen/modifizieren, die zu hohem Erhebungsaufwand nach sich ziehen.
5. Merkmale streichen/modifizieren, die nicht valide erfassbar sind.
6. Merkmale streichen/modifizieren, die trennschwach sind.
7. Merkmale streichen, die nicht von GPZ allein sichergestellt werden können.

Diese Bearbeitung wurde von der PBG beauftragt und von den Beratern kurzfristig erstellt.

4.3.2 Einbeziehung der Expertise von FACT Niederlande

Schon Anfang Juni hatten die Berater Kontakt zur CCAF.NL, der Zertifizierungsorganisation von FACT in den Niederlanden, aufgenommen mit der Bitte, eine FACT-Expertin/einen Experten zu benennen, die/der bereit ist, den erreichten Entwicklungsstand im Projekt SIE_GPZ mit den Beratern zu diskutieren und in der kommenden PBG am 14.07.2021 zu kommentieren.

Der Kontakt wurde hergestellt zu Prof. Dr. Niels Mulder. Niels Mulder ist Mitglied des Vorstands von FACT Niederlande (NL), Professor für Public Mental Health und Sozialpsychiatrie am Medizinischen Zentrum der Erasmus Universität Rotterdam und als Psychiater, Berater und Forscher tätig für die Parnassia Groep. Die Gruppe ist ein großer Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung mit ca. 400 Standorten in den Niederlanden.

Die Berater stellten Professor Mulder Ende Juni den vierten Entwurf des Standards zur Verfügung und hatten insgesamt drei Video-Konferenzen mit ihm zu folgenden Themen:

- Ziele, Inhalte und erreichter Stand des Projekts SIE_GPZ
- Aktueller Entwicklungsstand von FACT in den Niederlanden
- Inhaltliche Bewertung des vierten Entwurfs des GPZ-Standards
- Vorbereitung der PBG am 14.07.2021 mit Input von Professor Mulder.

Eine erste Überarbeitung des vierten Entwurfs von Definition und Qualitätsmerkmalen wurde vor der PBG am 14.07.2021 an die Teilnehmenden verschickt und während der Video-Konferenz von Professor Mulder im Rahmen einer Präsentation kommentiert.

Da die Diskussion des dritten Entwurfs in dieser Konferenz aus Zeitgründen nicht abgeschlossen werden konnte, wurde auf Vorschlag der Berater eine Unterarbeitsgruppe der PBG gebildet, die den Auftrag erhielt, die Diskussion bis Ende Juli abzuschließen und zusammen mit den Beratern eine überarbeitete und konsentierete Fassung der Qualitätsmerkmale vorzulegen.

Die Arbeitsgruppe tagte am 22.07. und das Ergebnis wurde am 26.07.2021 vom Auftraggeber als **vierter Entwurf** an die Teilnehmenden der PBG verschickt. Dieser bildete die Grundlage zur Erarbeitung eines Feinkonzepts für die Skalierung der Merkmale in Phase IV.

4.3.3 Zwischenergebnisse Phase III

Gegenüber dem dritten Entwurf wurden 32 Items ausgeschlossen und 11 Items hinzugefügt. Einige Inhalte von ausgeschlossenen Items sind in die Definition eingegangen, andere wurden in einzelnen Items miteinander kombiniert und damit wie vorgegeben skalierbar gemacht.

Der **vierte Entwurf** umfasste neben der Definition eine Skala mit 43 Items in 8 Dimensionen

1. Kernaufgaben (7 Items)
2. Organisation (8 Items)
3. Aufnahmen/Entlassungen (9 Items)

4. Umgang mit Krisen (3 Items)
5. Kooperation mit Kliniken (4 Items)
6. Qualifikation/Qualifizierung (7 Items)
7. Kooperation/Koordination (3 Items)
8. Dokumentation (2 Items).

Der Entwurf enthielt außerdem bereits für jedes Item einen Vorschlag zur *Operationalisierung*.

4.4 Phase IV: Erarbeitung der Skalierung

4.4.1 Indikatoren und ihre Skalierung

Auf der Grundlage der Vorschläge zur Operationalisierung entwickelten die Berater für jedes einzelne Item *Indikatoren*. Dabei kam es wie erwartet in einigen Fällen zu Rückwirkungen auf die Items: Insgesamt 12 wurden zur Präzisierung umformuliert, eines wurde in eine andere Dimension verschoben. Die *Skalierung* der Indikatoren erfolgte durch die Festlegung von jeweils fünf Skalenwerten. Außerdem wurde für jedes Item der Zeitpunkt bzw. Zeitraum angegeben, für den die Daten zu erheben sind.

Es ergaben sich verschiedene *Typen von Indikatoren*:

- a) Anteil von... (20 Items)
- b) Anzahl von... (14 Items)
- c) Dauer bis... (3 Items)
- d) Erreichte Stufe des... (3 Items)
- e) Sonstige: Caseload, zeitlicher Umfang von offenen Sprechzeiten und Krisenbereitschaft (3 Items).

Der *Aufwand zur Erhebung* der entsprechenden Informationen bzw. Daten ist sehr unterschiedlich. Er ist (eher) gering bei den Typen b) bis e), da es sich hierbei um Routinedaten oder leicht verfügbare Informationen handelt. Er ist (eher) hoch bei Indikatoren vom Typ a), denn hierbei handelt es sich überwiegend um klientinnen- und klientenbezogene Daten. Die Erfassung von Daten zu a) setzt eine *digitalisierte Falldokumentation* mit der Möglichkeit der fallübergreifenden Auswertung von (auch kombinierten) Merkmalen voraus.

Um eine möglichst hohe Reliabilität der Skala zu sichern, erfolgte die Operationalisierung der Items mittels *objektiver, an konkreten Daten und Fakten festzumachenden Indikatoren*. Damit sind komplexere Indikatoren, denen eine diskursiv erhobene fachliche Einschätzung zugrunde liegt, zunächst nicht einbezogen worden. Wie die Erfahrungen mit der FACT-Skala in den Niederlanden zeigen, können auf kollegialen Einschätzungen beruhende Indikatoren nach Pilotierung und Erfahrungen mit der praktischen Anwendung der Skala jedoch bei ihrer Weiterentwicklung durchaus Berücksichtigung finden.

Auf diese Weise entstand der **fünfte Entwurf** der GPZ-Merkmale mit nunmehr skalierten Indikatoren. Diese wurde als *Qualitätssicherungs-Skala GPZ* in die PBG am 08.09.2021 eingebracht.

4.4.2 Zwischenergebnisse Phase IV

In der Konferenz wurde auch die KSVPsych-RL diskutiert, die erst wenige Tage zuvor veröffentlicht worden war (siehe 2.4). Die Berater berichteten, dass die Überprüfung der *Kompatibilität* von Definition und Skala mit den Vorgaben der Richtlinie ergeben habe, dass diese mit geringfügigen Änderungen der Skala bei zwei Items *vollständig gegeben* sei.

Die Diskussion des eingebrachten Überarbeitungsstandes von Definition und Skala einschließlich der skalierten Indikatoren hatte folgende Ergebnisse:

- Ergänzung der Definition des Versorgungsmodells GPZ durch Angabe von infrage kommenden Anbietern als Partner bei der Umsetzung.
- Komplette Streichung des Items zur Mobilität, das sich in mehreren Varianten als nicht zufriedenstellend operationalisierbar erwies.
- Streichung eines Items und Hinzufügung von zwei Items in der Dimension Aufnahmen/Entlassungen.
- Umsortierung eines Items von der Dimension 6 in die Dimension 1.
- Verschiedene redaktionelle Änderungen.

Nach der erneuten Überarbeitung wurde diese Fassung an die Mitglieder der PBG mit einer Rückäußerungsfrist von einer Woche verschickt. Es ging eine Rückmeldung mit einer Reihe von Fragen und Vorschlägen ein, die sich aber z. T. auf bereits konsentrierte Inhalte bezogen. Einzelne Vorschläge, die sich überwiegend auf die Definition bezogen, wurden berücksichtigt und in die PBG am 27.10.2021 eingebracht.

Weitere Änderungen, die sich aus der Diskussion in der PBG ergaben, wurden eingearbeitet und in der PBG am 01.12.2021 verabschiedet.

Damit waren **Definition und Skala final konsentriert**. Die Skala umfasst nunmehr 45 Items in 8 Dimensionen:

1. Kernaufgaben (9 Items)
2. Organisation (8 Items)
3. Aufnahmen/Entlassungen (10 Items)
4. Umgang mit Krisen (3 Items)
5. Kooperation mit Kliniken (4 Items)
6. Qualifikation/Qualifizierung (5 Items)
7. Kooperation/Koordination (4 Items)
8. Dokumentation (2 Items).

In der PBG wurde außerdem Einvernehmen zur Terminologie bezüglich der soweit erzielten Ergebnisse hergestellt. Danach besteht der *GPZ-Standard* aus zwei Teilen:

1. der *Definition des Versorgungsmodells GPZ* sowie
2. der *Modelltreue-Skala GPZ (MTS-GPZ)*.

Damit wird die diesbezüglich international inzwischen gebräuchliche Terminologie übernommen (siehe 2.5).

Zur Überprüfung der in der GPZ-Definition enthaltenen obligatorischen GPZ-Merkmale wurde eine *Checkliste* erstellt und von der PBG am 27.10.2021 mit Zustimmung zur Kenntnis genommen. Die finale Fassung der Definition, der dazugehörigen Checkliste und der Modelltreue-Skala GPZ finden sich auf den Seiten 59 bis 71.

Auf dieser Grundlage wurde ein Manual erstellt, das neben einer inhaltlichen Einführung auch Erläuterungen zu den einzelnen Items sowie zu Varianten der praktischen Umsetzung enthält (siehe Anhang 2).

Definition Versorgungsmodell GPZ

GPZ in Niedersachsen verknüpfen die Ressourcen regional bestehender Anbieter und Funktionen, um eine teambasierte, multiprofessionelle und mobile, aufsuchende psychiatrische Versorgung sicherzustellen. Zielgruppe sind erwachsene Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen („Severe Mental Illness“/SMI gemäß S-3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien“; siehe auch KSVPsych-RL § 2) 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 Institutsambulanz und Stationsäquivalenter Behandlung, Sozialpsychiatrische Dienste, Sozio- und Ergotherapeutinnen/-therapeuten, 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/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 über eine für alle Leistungserbringer zugängliche digitale Falldokumentation.

Checkliste Definition GPZ

Jedes Kriterium wird mit „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ bewertet.
 Der Gesamtwert ergibt sich aus dem **Anteil 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.

MTS GPZ – Modelltreue Skala GPZ

1. Kernaufgaben

<p>1.1 GPZ verknüpfen die Basis-Funktionen Beratung/Information, Assessment/Diagnostik, Casemanagement, Genesungs-, Reha- und Teilhabeplanung, multiprofessionelle und mobile Behandlung, Krisenintervention und Psychotherapie</p>	<p>Skalierung: Anzahl der realisierten Funktionen (Stichtag) ≤ 3; 4; 5; 6; 7 Funktionen</p>
<p>1.2 GPZ versorgen überwiegend Klientinnen und Klienten mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI)</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten mit SMI (Stichtag Aufnahme) ≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>
<p>1.3 GPZ bieten offene Sprechzeiten mit Fachkräften an (persönlich, telefonisch, per Video)</p>	<p>Skalierung: Erreichbarkeit in Stunden/Woche (Stichtag) ≤ 10; 11-15; 16-20; 21-25; > 25 Stunden</p>
<p>1.4 GPZ-Interventionen finden überwiegend im sozialen Umfeld der Klientinnen und Klienten statt</p>	<p>Skalierung: Anteil von Kontakten im sozialen Umfeld (12 Monate) ≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>
<p>1.5 GPZ erschließen bei Bedarf die Teilhabe der Klientinnen und Klienten an Bildung, Arbeit und Beschäftigung</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten in Bildung/Arbeit/Beschäftigung bzw. in entsprechenden Maßnahmen (Stichtag Entlassung) ≤ 20; 21-30; 31-40; 41-50; > 50 Prozent</p>

<p>1.6 GPZ stellen mindestens 14-tägig Kontakt zu Klientinnen und Klienten sicher (persönlich, telefonisch, per Video)</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten mit 14-tägigen Kontakten (12 Monate) ≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>
<p>1.7 Psychopharmakologische Behandlungen in GPZ erfolgen leitlinienbasiert (Merkmale: Aufklärung über Psychopharmakotherapie, ihre Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken ist Routine und wird dokumentiert; mindestens halbjährliche Überprüfung der Indikation zusammen mit Klientinnen und Klienten; halbjährliche Besprechung von möglichen Behandlungsalternativen; regelhaftes Monitoring obligatorischer Labor-, Kreislauf- und weiterer Parameter; softwaregestützte Wechselwirkungsüberwachung unter Einschluss von Nicht-Psychopharmaka)</p>	<p>Skalierung: Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag) 1; 2; 3; 4; 5 Merkmale</p>
<p>1.8 Kernteams haben regelmäßige Fallbesprechungen zur Evaluation und Planung der Behandlung (Mindestdauer 30 Minuten je Klientin/Klient)</p>	<p>Skalierung: Anzahl der Fallbesprechungen (Stichtag) keine oder „bei Bedarf“; 1x im Quartal; 1x monatlich; 1x 14-tägig; 1x wöchentlich</p>
<p>1.9 GPZ führen Gespräche mit Klientinnen und Klienten und deren Bezugspersonen zur Reflexion des Behandlungsprozesses</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen und Klienten mit ≥ 1 Reflexionsgespräch (12 Monate) ≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>

2. Organisation	
2.1 GPZ-Kernteams sind multiprofessionell besetzt (Psychiater/-in, Pflegekraft, Sozialarbeiter/-in, Psycholog/-in, Expertin/Experte aus Erfahrung; andere)	<p>Skalierung: Anzahl der beteiligten Berufsgruppen (Stichtag)</p> <p>≤ 2; 3; 4; 5; ≥ 6 Berufsgruppen</p>
2.2 Das Kernteam arbeitet unter definierten Rahmenbedingungen (Merkmale: Kernteam hat gemeinsame Leitung, Leitung hat Weisungsbefugnis gegenüber allen Teammitgliedern ⁹ , alle Mitarbeitenden haben Funktionsbeschreibungen, es gibt gemeinsame Räumlichkeiten für Arbeitsplätze und Besprechungen, es gibt Assistentenkraft für administrative Aufgaben)	<p>Skalierung: Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)</p> <p>1; 2; 3; 4; 5 Merkmale</p>
2.3 Ein Teil der Mitarbeitenden des Kernteams ist ausschließlich im Kernteam tätig	<p>Skalierung: Anteil von ausschließlich im Kernteam Beschäftigten in Vollzeit-Äquivalenten (12 Monate)</p> <p>≤ 20; 21-40; 41-60; 61-80; > 80 Prozent</p>
2.4 Ein Teil der Mitarbeitenden des Kernteams hat einen Stellenanteil von ≥ 75 %	<p>Skalierung: Anteil von Beschäftigten mit Stellenanteil von ≥ 75 % in Vollzeit-Äquivalenten (12 Monate)</p> <p>≤ 20; 21-40; 41-60; 61-80; > 80 Prozent</p>

⁹ Berufsrechtliche Regelungen sind zu berücksichtigen.

MTS GPZ – Modelltreue Skala GPZ

2. Organisation	
2.5 Der Betreuungsschlüssel entspricht der Intensität des Versorgungsbedarfs	Skalierung: durchschnittliche Caseload je Mitarbeiterin/Mitarbeiter (Stichtag) ≥ 100; 99-75; 74-50; 49-25; < 25
2.6 Zu GPZ-Teams gehören Expertinnen und Experten aus Erfahrung (unmittelbar Betroffene und/oder Angehörige)	Skalierung: Anteil von Expertinnen/Experten aus Erfahrung in Vollzeit-Äquivalenten (12 Monate) ≤ 5; 5-10; 11-15; 16-20; > 20 Prozent
2.7 Die Mitarbeit von Expertinnen und Experten aus Erfahrung erfolgt unter definierten Rahmenbedingungen (Merkmale: Qualifikation, Funktionsbeschreibung, Bezahlung, Bezahlung nach Tarif, Mentor im Team)	Skalierung: Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag) 1; 2; 3; 4; 5 Merkmale
2.8 GPZ haben einen Beirat, der sie berät und in ihrer Entwicklung begleitet (Merkmale: es gibt Beirat, Beirat hat Geschäftsordnung, auch Expertinnen und Experten aus Erfahrung sind Mitglieder, auch Akteure aus der Zivilgesellschaft sind Mitglieder, nicht-professionelle Mitglieder erhalten Aufwandsentschädigung)	Skalierung: Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag) 1; 2; 3; 4; 5 Merkmale

MTS GPZ – Modelltreue Skala GPZ

3. Aufnahmen/Entlassungen

<p>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 Entscheidung beteiligt; bei abgelehnter Aufnahme erfolgt eine dokumentierte Vermittlung an geeigneten Anbieter; Rate unbegründeter Ausnahmen von den Aufnahme-regeln $\leq 5\%$)</p>	<p>Skalierung: Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag) 1; 2; 3; 4; 5 Merkmale</p>
<p>3.2 Die Dauer zwischen Zuweisung und Erstkontakt ist kurz</p>	<p>Skalierung: Dauer bis Erstkontakt (12 Monate) > 28; 28-22; 21-15; 14-8; ≤ 7 Tage</p>
<p>3.3. Die Dauer zwischen Erstkontakt und Assessment/Diagnostik ist kurz</p>	<p>Skalierung: Dauer bis Assessment/Diagnostik (12 Monate) > 28; 28-22; 21-15; 14-8; ≤ 7 Tage</p>
<p>3.4 Kurzfristig nach der Aufnahme erfolgt ein Hausbesuch</p>	<p>Skalierung: Dauer bis Hausbesuch (12 Monate) > 28; 28-22; 21-15; 14-8; ≤ 7 Tage</p>
<p>3.5 Kurzfristig nach der Aufnahme wird ein integrierter Genesungs-, Reha- und Teilhabeplan erstellt</p>	<p>Skalierung: Dauer bis Erstellung Genesungs-, Reha- und Teilhabeplan (12 Monate) > 35; 35-29; 28-22; 21-15; ≤ 14 Tage</p>

MTS GPZ – Modelltreue Skala GPZ

3. Aufnahmen/Entlassungen

<p>3.6 Die Klientinnen und Klienten wirken an der Erstellung des Genesungs-, Reha- und Teilhabeplans mit</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten mit Beteiligung an Planung (Stichtag) ≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>
<p>3.7 Klientinnen und Klienten haben einen Genesungs-, Reha- und Teilhabeplan, der nicht älter als 6 Monate ist</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen und Klienten mit Plänen ≤ 6 Monate alt (Stichtag) ≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>
<p>3.8 Klientinnen und Klienten haben zu mindestens vier Teammitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen Kontakt (einschließlich Expertinnen und Experten aus Erfahrung)</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten mit Kontakten zu ≥ 4 Berufsgruppen (12 Monate) ≤ 20, 21-40, 41-60, 61-80, > 80 Prozent</p>
<p>3.9 Entlassungen aus dem GPZ werden gemeinsam von Team und Klientinnen und Klienten geplant</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten mit gemeinsam geplanter Entlassung (12 Monate) ≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>
<p>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 und Klienten sollen einbezogen werden).</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten mit Übergabegespräch zur Nachsorge (12 Monate) ≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>

MTS GPZ – Modelltreue Skala GPZ

4. Umgang mit Krisen

<p>4.1 GPZ-Klientinnen und -Klienten haben einen individuellen Krisenplan und/oder eine Behandlungsvereinbarung</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten mit Krisenplänen und/oder Behandlungsvereinbarungen (Stichtag) ≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>
<p>4.2 GPZ stellen ambulante Krisenbereitschaft für ihre Klientinnen und Klienten 24/7 sicher (einschließlich mobiler, aufsuchender Interventionen)</p>	<p>Skalierung: Krisenbereitschaft in Stunden je Woche (Stichtag) ≤ 40; 41-60; 61-100; 101-140; > 140 Stunden</p>
<p>4.3 GPZ-Teams nutzen ein für alle Mitarbeitenden ein jederzeit zugängliches digitales Medium zum Monitoring von Klientinnen und Klienten in akuten Krisen (Stufen: nicht vorhanden, wird sporadisch in Teamsitzungen genutzt, wird zweimal wöchentlich, wird dreimal wöchentlich, wird täglich in Teamsitzungen genutzt und aktualisiert)</p>	<p>Skalierung: Erreichte Stufe des Monitorings (Stichtag) 1.; 2.; 3.; 4.; 5. Stufe</p>

5. Kooperation mit Klinik(en)

<p>5.1 GPZ-Teams sind an Klinikaufnahmen ihrer Klientinnen und Klienten beteiligt</p>	<p>Skalierung: Anteil von Klinikaufnahmen mit GPZ-Beteiligung (12 Monate) ≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>
---	---

5. Kooperation mit Klinik(en)	
5.2 Mitarbeitende des GPZ-Teams halten während der Klinikbehandlung mindestens wöchentlich Kontakt zu ihren Klientinnen und Klienten (falls Klientin/Klient Kontakt ablehnt, erfolgen regelmäßige Kontaktangebote)	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten mit wöchentlichen GPZ-Kontakten/Kontaktangeboten (12 Monate)</p> <p>≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>
5.3 GPZ-Mitarbeitende haben während einer Klinikbehandlung ihrer Klientinnen und Klienten mindestens 14-tägig Kontakt zu Klinikmitarbeitenden	<p>Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten mit 14-tägigen GPZ-Kontakten zu Klinikmitarbeitenden (12 Monate)</p> <p>≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent</p>
5.4 GPZ haben Kooperationsverträge mit den zuständigen Kliniken der Regelversorgung (Merkmale: kein Vertrag, Vertrag regelt Zuweisungsmöglichkeit 24/7 der GPZ an Klinik, regelt Zuweisungsmöglichkeit von Kliniken an GPZ, regelt Beteiligung des GPZ an Klinikentlassungen, regelt gemeinsame Fallbesprechungen)	<p>Skalierung: Anzahl der realisierten Merkmale (Stichtag)</p> <p>1; 2; 3; 4; 5; Merkmale</p>
6. Qualifikation / Qualifizierung	
6.1 Kernteams 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...)	<p>Skalierung: Anzahl der verfügbaren evidenzbasierten Interventionen (Stichtag)</p> <p>≤ 2; 3; 4; 5; ≥ 6 Verfahren</p>

MTS GPZ – Modelltreue Skala GPZ

6. Qualifikation / Qualifizierung	
6.2 Alle Mitarbeitenden des Kernteams sind für Basisinterventionen qualifiziert: Motivational Interviewing, Open Dialogue, Deeskalation, Recovery	Skalierung: Anteil von Mitarbeitenden mit allen Qualifikationen (Stichtag) ≤ 20, 21-40, 41-60, 61-80, > 80 Prozent
6.3 In den Kernteams gibt es Kompetenz und Erfahrung in qualifizierter Assistenz, Suchttherapie, beruflicher Reha, Therapie von Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnosen, Gerontopsychiatrie/Altenhilfe	Skalierung: Anzahl der im Team vorhandenen Expertinnen/Experten (Stichtag) 1; 2; 3; 4; 5; Qualifikationen
6.4 Kernteams haben regelmäßig fallbezogene Supervision (Dauer 60 bis 120 Minuten)	Skalierung: Anzahl der Supervisionen (12 Monate) keine oder „bei Bedarf“; ≤ 4 x; 5-8 x, 9-12 x; > 12 x jährlich
6.5 Kernteams haben eine Qualifizierungsplanung, die auf die Anforderungen im GPZ bezogen ist (Stufen: keine, nach Absprache zwischen einzelnen Mitarbeitenden und Teamleiterin oder Teamleiter, nach unverbindlicher Absprache im Team, nach Feststellung des Qualifizierungsbedarfs im Team, mit jährlicher Fortschreibung)	Skalierung: erreichte Stufe der Qualifizierungsplanung (Stichtag) 1.; 2.; 3.; 4.; 5. Stufe

7. Kooperation / Koordination

7.1 GPZ kooperieren klientinnen- und klientenbezogen mit anderen an der Versorgung von Menschen mit SMI beteiligten Anbietern
(Bereiche: Anbieter von Assistenzleistungen, von Leistungen der beruflichen Reha, von Bildung, von Suchthilfe, von Selbsthilfeinitiativen)

Skalierung: Anzahl der Bereiche mit Verträgen (Stichtag)
1, 2, 3, 4, 5 Bereiche

7.2 Bezugspersonen bei Anbietern, die nicht am Kernteam beteiligt sind, werden verbindlich in die Fallkonferenzen des Kernteams einbezogen

Skalierung: Anteil der Klientinnen/Klienten mit Fallkonferenzen unter Beteiligung der Bezugspersonen bei anderen Anbietern (12 Monate)
≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent

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

Skalierung: Anteil der Klientinnen/Klienten mit GPZ-Kontakten zum Unterstützungssystem (12 Monate)
≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent

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

Skalierung: Anzahl der Projekte mit GPZ-Beteiligung (Stichtag)
≤ 2, 3, 4, 5, > 5 Projekte

8. Dokumentation

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

Skalierung: Anteil von Klientinnen/Klienten mit dokumentierten Aufklärungen (12 Monate)
≤ 50; 51-60; 61-70; 71-80; > 80 Prozent

8.2 GPZ verfügen über ein IT-gestütztes Informations- und Dokumentationssystem (Stufen: alle Teammitglieder haben Zugriff, Zugriff ist auch mit mobilen Endgeräten möglich, auch Klientinnen und Klienten haben Zugriff, auch Bezugspersonen bei Kooperationspartnern haben Zugriff, auch Mitglieder des Unterstützungssystems können Zugriff bekommen)

Skalierung: erreichte Stufe des Systemzugriffs (Stichtag)
1.; 2.; 3.; 4.; 5. Stufe

4.5 Phase V: Indikatoren der Ergebnisqualität, Implementierung und Evaluation des Standards

4.5.1 Indikatoren der Ergebnisqualität

Der Auftrag des Projekts SIE_GPZ umfasst auch die Definition von Indikatoren der Ergebnisqualität von GPZ-Leistungen. Dabei kann es sich nicht um generelle Aspekte der GPZ-Tätigkeit handeln, erforderlich ist vielmehr ein klarer Fallbezug, das heißt es geht um die Wirkungen der Unterstützungsleistungen bei individuellen Klientinnen und Klienten.

Für Indikatoren der Ergebnisqualität von GPZ kann nicht der Standard wissenschaftlicher Evaluationsstudien gelten, sondern sie müssen für den Versorgungsalltag tauglich sein und sollten folgende Anforderungen erfüllen:

- Sie berücksichtigen sowohl die professionelle als auch die subjektive Perspektive (Fremd- und Selbstbeurteilung).
- Sie erfassen die Ergebnisqualität mehrdimensional.
- Sie werden mit erprobten Verfahren erhoben, für deren Reliabilität und Validität es hinreichende Belege gibt.
- Sie werden in der Versorgungsforschung genutzt und eröffnen so Vergleichsmöglichkeiten.
- Der Erhebungsaufwand ist gering.

Auf Grundlage einer Durchsicht aktueller nationaler und internationaler Arbeiten zur Versorgungsforschung und eigener Forschungserfahrungen des ISP werden acht Indikatoren vorgeschlagen, die die genannten Kriterien weitgehend erfüllen (siehe Tabelle 3, nächste Seite). Dabei wurde Wert daraufgelegt, dass nur Skalen verwendet werden, für die eine deutsche Fassung vorliegt, die auch bereits in entsprechenden Forschungsvorhaben erprobt wurden. Dies gilt ohne Einschränkungen für die Indikatoren 1 bis 5. Bei den Indikatoren 6 und 7 handelt es sich um Standardmaße der psychiatrischen Wirkungsforschung. Indikator 8 wurde ausgewählt, weil Entlassungen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aus dem GPZ gemeinsam von der Klientin/dem Klienten und dem Team geplant und Abbrüche, wenn irgend möglich, vermieden werden sollten (vergl. Item 3.9 der MTS GPZ). Die Indikatoren 6 bis 8 sollten einer entsprechend ausgelegten digitalen Falldokumentation entnommen werden können.

Die mittels Skalen zu erfassenden Indikatoren enthalten insgesamt 31 Items mit Fremdbeurteilung und 25 Items mit Selbstbeurteilung. Letztere sollten unbedingt in Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters von der Klientin/dem Klienten bearbeitet werden, damit der Zweck der Erhebung mündlich erläutert und Rückfragen beantwortet werden können. Grob geschätzt dürfte der Zeitaufwand für die Bearbeitung der Skalen für Mitarbeitende und Klientinnen/Klienten jeweils zwischen 15 und 20 Minuten liegen.

Auf den ersten Blick könnte die Auflistung darauf hindeuten, dass ein Maß für das soziale Funktionsniveau bzw. die soziale Teilhabe fehlt. Sowohl der GAF-Gesamtwert als auch eine Reihe von Items der CAN-EU und der HoNOS decken jedoch entsprechende Aspekte ab. Bei der CAN-EU soll nur der aktuell gegebene Unterstützungsbedarf erhoben werden (erste Teilfrage je Item), nicht aber Art und Umfang seiner Abdeckung. Letzterer Aspekt macht die Erfassung komplex und aufwändig

Tabelle 3 Indikatoren der Ergebnisqualität von GPZ

Ergebnis-Indikator	Datenquelle	Erläuterungen
1. Krankheitsschwere	Global Assessment of Functioning Scale (GAF; deutsch: Saß et al. 2003)	Fremdbeurteilung, 1 Item; der GAF-Gesamtwert wird in der KSVPsych-Richtlinie zur Definition der Zielgruppe herangezogen
2. Gesundheit	Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS; deutsch: Andreas 2005)	Fremdbeurteilung, 8 Items (1 bis 8)
3. Unterstützungsbedarf	Camberwell Assessment of Need – European Version (CAN-EU; deutsch: Kilian et al. 2000)	Fremdbeurteilung, 22 Items zur Erhebung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs; kann ergänzt werden durch subjektives Rating
4. Psychische Beschwerden	Symptom Checklist (SCL-K 9; Kurzform der SCL-90 R; deutsch: Klaghofer & Brähler 2001)	Selbstbeurteilung, 9 Items
5. Subjektive Lebensqualität	Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA, deutsch: Hemmerle 2008)	Selbstbeurteilung, 16 Items
6. Krankenhaushäufigkeit Psychiatrie	Falldokumentation	Anzahl der Aufnahmen während der Behandlung/Unterstützung durch das GPZ
7. Krankenhausdauer Psychiatrie	Falldokumentation	Anzahl der Behandlungstage stationär und teilstationär
8. Drop Out-Rate	Falldokumentation	Item: „Abbruch durch Klientin/Klient“

- Die Erhebung der Ergebnis-Indikatoren bzw. deren Ausprägung sollte zeitnah jeweils am Ende des individuellen Unterstützungsprozesses erhoben und dokumentiert werden. Es erfolgt damit lediglich eine Stichtagserhebung. Um individuelle Veränderungen zwischen Beginn und Ende der GPZ-Unterstützung zu erfassen, wäre eine Zweipunkterhebung der Indikatoren erforderlich. Diese wird nicht empfohlen. Es ist davon auszugehen, dass gerade zu Beginn des Unterstützungsprozesses eine valide Erhebung von Selbstbeurteilungsdaten in vielen Fällen störungsbedingt kaum möglich sein dürfte. Damit wäre auch die Grundlage für eine valide Fremdbeurteilung problematisch, die ja mindestens zum Teil auf Auskünften der Klientinnen und Klienten beruhen. Darüber hinaus erlaubt ein einfacher Prä-Post-Vergleich ohne Kontrollen ohnehin keine Aussagen über kausale Zusammenhänge zwischen GPZ-Interventionen und Ergebnissen. Lediglich bei der GAF-Skala sollten zwei Messungen erfolgen, denn die Erhebung des GAF-Wertes ist Bedingung für die Klärung der Zugehörigkeit zur Zielgruppe nach der KSVPsych-Richtlinie und damit Voraussetzung für die Aufnahme (siehe 2.4).
- Die Beurteilung der Ergebnisqualität würde somit bei den Indikatoren 2 bis 8 auf einer Stichtagserhebung am Ende der Unterstützung beruhen. Diese erlaubt eine Aggregation der Ergebnisse der Klientinnen und Klienten im Querschnitt aber auch eine Betrachtung der Entwicklung dieser aggregierten Daten im Längsschnitt. Und es bestehen weitere Vergleichsmöglichkeiten. So können z. B. bezüglich der Indikatoren statistische Kennwerte auf Basis der Stichtagsergebnisse aller im Jahr X aus der Unterstützung des GPZ ausgeschiedenen Klientinnen und Klienten ermittelt und mit den entsprechenden Ergebnissen des Jahres Y verglichen werden. Sofern andere GPZ die Indikatoren auf gleiche Weise erheben, ist auch ein entsprechender Querschnittsvergleich zwischen den GPZ möglich.
- Die Stichtagserhebung der Ergebnisqualität am Ende des Unterstützungsprozesses bedeutet jedoch, dass keine Aussagen über Zwischenergebnisse der Klientinnen und Klienten möglich sind, die sich noch im Unterstützungsprozess befinden. Da sich diese Prozesse über mehrere Jahre hinziehen können, bleibt ein größerer Teil der Klientinnen und Klienten ohne Evaluation. Dies würde vermieden, wenn zusätzlich eine jährliche Stichtagserhebung der Ergebnisqualität bei den noch unterstützten Klientinnen und Klienten erfolgen würde. Dabei würde es sich dann um *Zwischenergebnisse im Verlauf* handeln. Eine solche Erhebung wäre jedoch mit erhöhtem Aufwand verbunden.
- Um die Interrater-Reliabilität dieser Querschnittsvergleiche zu erhöhen, empfiehlt sich ein GPZ-übergreifendes Training der an der Erhebung der Indikatoren beteiligten GPZ-Mitarbeitenden. So resultiert z. B. beim GAF-Rating nur ein Gesamtwert, in diesen gehen aber sehr unterschiedliche Aspekte ein.

Die vorgeschlagenen Indikatoren zur Ergebnisqualität wurden in der PSG am 27.10.2021 vorgestellt und zustimmend zur Kenntnis genommen.

4.5.2 Vorschläge zur Implementierung und Evaluation des GPZ-Standards

Teil des Projektauftrags ist ein Auswertungskonzept, das Vorschläge zur Implementierung und Evaluation des GPZ-Standards macht. Das Fünf-Phasenmodell von Bond & Drake (2020), dessen Phasen 1 bis 4 abgearbeitet sind, sieht als letzte Phase die Pilotierung und anschließende Überarbeitung der Skala vor (siehe 2.5.2). Die Pilotierung ist nicht Teil des Projektauftrags. Diese würde in der Situation der Modellprojekte Ende 2021 auch nicht zu weiterführenden Ergebnissen führen. Denn die Entwicklung der Projekte wurde durch die Corona-Pandemie erkennbar beeinträchtigt, die Modellfinanzierungen wurden nicht über das Jahresende hinaus verlängert und es gab keine hinreichende Datenbasis für die Bearbeitung der fallbezogenen Items der MTS.

Vorschläge zu einer idealtypischen Implementierung und Evaluation wären in dieser Situation wenig hilfreich gewesen, weil sie den aktuellen Stand der Modellprojekte und den Kontext der GPZ-Entwicklung in Niedersachsen unberücksichtigt gelassen hätten. Angemessener erschien ein Brücken-Konzept, das auf der gegebenen Ausgangslage aufsetzt, Optionen für die Weiterführung der bestehenden und die Entwicklung neuer GPZ aufzeigt und diese mit einem Konzept zur Implementierung und Evaluation des GPZ-Standards verknüpft. Implementierung und Evaluation werden darin als *strukturierter, mittelfristiger Prozess* beschrieben, geplant und gesteuert, der die aktuellen Rahmenbedingungen von GPZ in Niedersachsen einbezieht und die Voraussetzungen dafür schaffen soll, dass GPZ mittelfristig zu einem Standardangebot in der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit SMI in Niedersachsen werden.

Zentrale Elemente des vorgeschlagenen Prozesses sind:

- *Sicherung der gesammelten Erfahrungen und weiterführenden konzeptionellen Aspekte der Modellprojekte.* Diese können die Basis für eine Strategie zur Absicherung und Weiterentwicklung des Erreichten bilden.
- *Nutzung der Option KSVPsych-Richtlinie,* denn diese bietet – trotz mancher Schwächen (siehe 2.5.4) – gegenwärtig den einzigen verfügbaren Ansatzpunkt zur Finanzierung von Koordinationsleistungen des GPZ, die bisher nicht vom SGB V abgedeckt werden. Deshalb sollten in 2022 konzertierte Anstrengungen zur Mitgestaltung und Nutzung der Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen der Richtlinie unternommen und weitere Finanzierungsoptionen im Rahmen des SGB V ausgelotet werden.
- *Aufnahme von Verhandlungen mit den Trägern der Eingliederungshilfe.* Denn die KSVPsych-Richtlinie bietet keine Grundlage zur Finanzierung von Leistungen, die Kooperationspartner von GPZ außerhalb des Rechtskreises des SGB V erbringen.
- *Definition von Teilen der GPZ-Funktionen als kommunale Aufgabe der sozialpsychiatrischen Versorgung* im Rahmen der anstehenden Novellierung des Niedersächsischen Psychisch Kranken Gesetzes (NPsychKG). Die kommunalen SpDi decken wesentliche Teilaufgaben von GPZ ab, z. B. Beratung von Klientinnen und Klienten sowie Angehörigen, Krisenintervention, aufsuchende Hilfe, Motivierung zur Inanspruchnahme von weiterführenden Unterstützungsleistungen etc.. Umgekehrt können GPZ Teilaufgaben der SpDi abdecken. Deshalb sollte das künftige Aufgabenprofil der SpDi mit der Implementierung der GPZ verknüpft werden. Hierbei bestände auch die Möglichkeit, die Mitwirkung von Expertinnen und Experten aus Erfahrung bei der Erbringung von Beratungsleistungen abzuschern.
- *Bündelung der soweit beschriebenen und darüber hinaus gehenden Aufgaben in einer regionenübergreifenden Strategie.* Zielsetzung einer solchen Strategie könnte es sein, in Niedersachsen bis Ende 2023 drei bis fünf GPZ-Projekt wieder bzw. neu an den Start zu bringen.
- *Koordination und Steuerung des Gesamtprozess von einer sachkundigen Steuerungsgruppe* auf Landesebene (maximal sechs bis acht Mitglieder). Es wäre kontraproduktiv und riskant, wenn GPZ-Akteurinnen und Akteure aus verschiedenen Regionen unabgestimmt handeln, je eigene GPZ-Modelle konzipieren und mit den Leistungsträgern verhandeln würden.
- *Verknüpfung des Gesamtprozesses mit der Implementierung und Evaluation des vorliegenden GPZ-Standards.* Dies könnte die künftige niedersächsische GPZ-Strategie *unterstützen und absichern.*

Zur Evaluation des Standards wird ein Stufenkonzept mit folgenden Umsetzungsschritten vorgeschlagen:

- 2021: Veröffentlichung des Abschlussberichts SIE_GPZ. Ergebnissicherung der GPZ-Modellprojekte mit Aktualisierung der Synopse (Stichtag 01.11.2021) und Stichtagserhebung mit der Checkliste Definition; beides erfolgt durch Verantwortliche in den Projekten.
- 2023: Umsetzung der Checkliste Definition in den bestehenden GPZ mit Zielwert 80 %, Pilotierung und Überarbeitung der MTS.
- 2024/2025: Bildung einer Peer-Review-Gruppe aus vier bis fünf Personen, darunter eine Expertin/ein Experte aus Erfahrung. Diese Gruppe soll den Umsetzungsgrad des Standards in den bestehenden GPZ erheben, dazu die erforderlichen Daten bei den Diensten abfragen und die GPZ aufsuchen. Die Review-Gruppe sollte eine Geschäftsordnung haben, die mit den bestehenden GPZ konsentiert ist. Zielwerte für die Umsetzung des Standards: Checkliste Definition 100 %; MTS-Rating Mittelwert 3,0.
- 2025 ff: Nach der erstmaligen Durchführung von Reviews sollten diese in zweijährigem Abstand mit MTS-Ratings wiederholt werden. Dabei können die Zielwerte sukzessive angehoben werden, z. B. auf einen Mittelwert von 3,5 beim zweiten und von 4,0 beim dritten Durchgang. Nach dem dritten Rating-Durchgang sollte eine Überprüfung und Revision des Standards unter Beteiligung der GPZ erfolgen.

Die beschriebenen Bausteine eines möglichen Strategieprozesses in Verbindung mit der Evaluation des Standards wurden in Form von Thesen in die PSG eingebracht, diskutiert und in einem Phasenmodell „Zukunft GPZ“ abgebildet. Aus der Diskussion ergaben sich eine Reihe von Änderungen und Ergänzungen, die in das Modell eingearbeitet wurden. Das überarbeitete Phasenmodell „Zukunft GPZ“ wurde in der PSG am 01.12.2021 final konsentiert (siehe Abbildung 7, nächste Seite).¹⁰

¹⁰ In dem Modell erscheinen Arbeitsschritte, die den Erhalt der bestehenden bzw. die Implementierung neuer GPZ in Niedersachsen betreffen, in blauer und Arbeitsschritte, die die Implementierung und Evaluation des GPZ-Standards betreffen, in grüner Schrift.

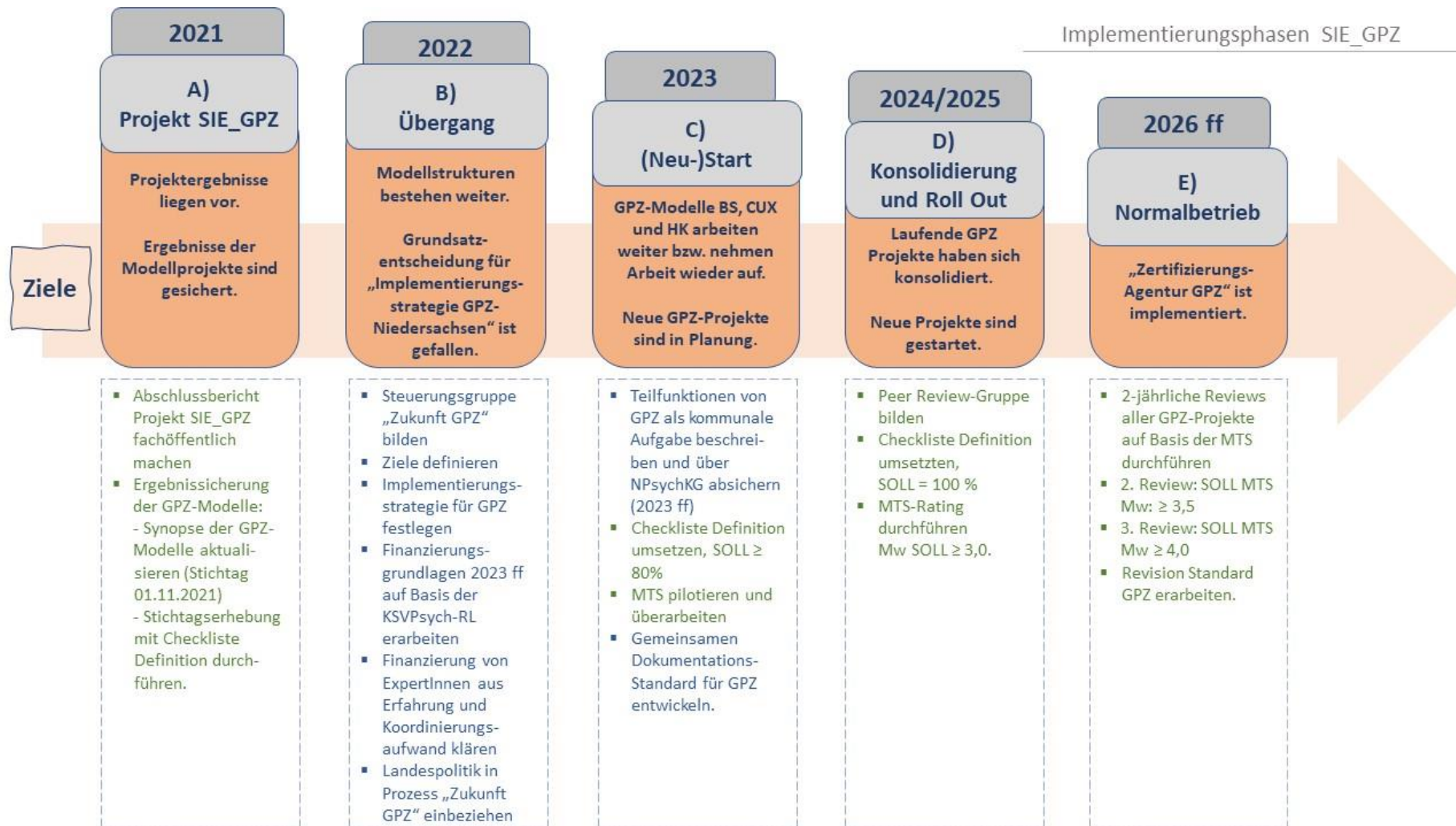


Abbildung 7 Implementierungsphasen SIE_GPZ

5. Diskussion der Ergebnisse

Die zentralen Ergebnisse des Projekts SIE_GPZ lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Beschreibung und Analyse von Strukturen und Prozessen der drei niedersächsischen GPZ-Modellprojekte (Synopsis mit Stand vom 16.04.2021) und Ableitung von Schlussfolgerungen für die Erarbeitung des GPZ-Standards.
2. Entwicklung eines Standards GPZ Niedersachsen mit den Komponenten
 - Definition GPZ mit Checkliste und 12 Items
 - Modelltreue-Skala GPZ mit 45 Items in 8 Dimensionen.
3. Definition von 8 Indikatoren der Ergebnisqualität von GPZ-Leistungen mit Angabe der Erhebungsmethoden.
4. Entwicklung eines Phasenmodells „Zukunft GPZ“, das eine Strategie zur Zukunftssicherung der GPZ-Arbeit in Niedersachsen verknüpft mit dem Prozess zur Implementierung und Evaluation des entwickelten GPZ-Standards.

Das zentrale Projekt-Ergebnis ist der GPZ-Standard bestehend aus der Definition GPZ mit Checkliste und der Modelltreue-Skala. Vonseiten des ISP wurden vorab acht Anforderungen definiert, die Standards für psychiatrische Versorgungsangebote nach Möglichkeit erfüllen sollten (vergleiche 2.5.1). Vor dem Hintergrund dieser Anforderungen soll der im Projekt SIE_GPZ entwickelte Standard reflektiert werden.

- *Standards sollten so weit wie möglich evidenzbasiert sein und sich an einschlägigen Leitlinien und Best Practice-Modellen orientieren.*
Diese Anforderung kann als erfüllt gelten. Der Standard stützt sich maßgeblich auf die Empfehlungen 11 bis 14 der aktuellen S3-LL „Psychosoziale Therapien für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019). Der Empfehlungsgrad ist durchgängig A, die Evidenzebene I a bis I b. Eine direkte Evidenz für die Wirkungen von GPZ-Interventionen liegt bislang in Deutschland nicht vor, da dieses Versorgungsangebot bisher nirgendwo implementiert und evaluiert wurde. Der Standard wurde allerdings in enger Anlehnung an das niederländische FACT-Modell entwickelt. Dieses ist in einer Reihe von Studien evaluiert worden. Die methodisch Aussagekräftigste lässt den Schluss zu, dass FACT mindestens so wirksam ist wie die als Vergleich herangezogenen ACT- und CMHT-Modelle, die als solide evidenzbasierte Versorgungsangebote gelten. Für die künftige Forschung sind prospektive, kontrollierte Vergleichsstudien zu empfehlen.
- *Sie sollten einschlägige und rahmensetzende Normen und Grundsätze erfüllen.*
Hierzu zählen u. a. Grundsätze der UN-BRK, sozialrechtliche Vorgaben sowie ethisch-fachliche Grundsätze. GPZ mit multiprofessionellen, mobilen Teams leisten einen Beitrag zur Umsetzung von Artikel 19 b) der UN-BRK, demzufolge Menschen mit Behinderungen „Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zuhause“ haben sollten. Der GPZ-Standard ist darüber hinaus vollständig kompatibel mit den Anforderungen der KSVPsych-Richtlinie, die eine Grundlage zur Verbesserung der strukturierten und koordinierten ambulanten Versorgung für Menschen mit SMI bietet. Der Standard erfüllt außerdem in hohem Maße die Anforderungen, die der Landespsychiatrieplan im Hinblick auf

eine personenzentrierte, integrative und partizipative Versorgung formuliert hat (vergl. ebenda, S. 62 f).

- *Sie sollten die Schnittstellen einschließen zwischen dem Team des GPZ und anderen Leistungserbringern im Sozialpsychiatrischen Verbund (Aufnahme-, Zuweisungs- und Vermittlungswege).*
 Der Standard definiert und beschreibt GPZ in Niedersachsen als Kooperationsmodelle auf der Grundlage von vertraglichen Vereinbarungen der beteiligten Anbieter von Leistungen für Menschen mit SMI. In Dimension 5 der Modelltreue-Skala werden außerdem die Anforderungen an die Kooperation mit den zuständigen psychiatrischen Versorgungskliniken definiert.
- *Sie sollten anschlussfähig für vorhandene Ressourcen, bestehende Versorgungsstrukturen und -prozesse sowie Organisations- und Finanzierungsmodelle sein.*
 Der Standard definiert und beschreibt GPZ nicht als zusätzliches Versorgungsangebot, sondern als Kooperationsmodell, das offen ist für die Mitwirkung aller an der Versorgung von SMI beteiligten Anbieter und die entsprechenden Ressourcen koordiniert und personenbezogen integriert. Dieses ist kompatibel mit den Anforderungen der KSVPsych-Richtlinie.
- *Sie sollten passfähig sein und Raum für regionsspezifische Lösungen lassen.*
 Der Standard definiert kein fixes Organisationsmodell, sondern ist offen für verschiedene Umsetzungsvarianten, wie sie z. B. in den niedersächsischen Modellprojekten realisiert wurden. Dort wurde ein GPZ in Trägerschaft der regionalen Versorgungsklinik (Heidekreis), eines in Trägerschaft einer kreisfreien Stadt (Braunschweig) und eines in gemeinsamer Trägerschaft eines Landkreises und eines privaten Medizinischen Versorgungszentrums umgesetzt.
- *Sie sollten die Erfahrungen, Kenntnisse und Präferenzen von professionellen Mitarbeitenden, psychiatrieeerfahrenen Personen und Angehörigen von psychisch kranken Menschen einbeziehen.*
 Diese Anforderung wurde in dem durchgängig stark beteiligungsorientierten methodischen Vorgehen im Projekt SIE_GPZ realisiert.
- *Sie sollten praxisrelevant und praxistauglich sein. Das heißt, dass die Indikatoren mehrdimensional definiert, operationalisiert und skalierbar sind und deren Erfassung mit vertretbarem Aufwand möglich ist.*
 Die Indikatoren des Standards (Definition und MTS) sind mehrdimensional angelegt und beruhen ausschließlich auf klar operationalisierten und skalierten Indikatoren. Besonderer Wert wurde auf die leichte Erfassbarkeit der Indikatoren gelegt, die allerdings in Teilen eine entsprechend ausgelegte digitale Falldokumentation voraussetzt.
- *Sie sollten evaluierbar sein und ein Konzept einschließen, das angibt, wie und von wem der jeweilige Implementierungsgrad erhoben und bewertet werden kann.*
 Es liegt ein Evaluationskonzept mit gestuften Zielwerten für Definition und MTS des Standards vor, das mit einer Implementierungsstrategie für GPZ in Niedersachsen verbunden ist.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Anforderungen, die im Angebot des ISP zur Erarbeitung des GPZ-Standards definiert wurden, im Projekt SIE_GPZ in hohem Maße erfüllt werden konnten.

Dieses Ergebnis wurde erzielt unter fortlaufender Einbeziehung von und Rückkoppelung mit

- Akteurinnen und Akteuren der GPZ-Modellprojekte,
- Expertinnen und Experten aus Erfahrung (direkt Betroffene und Angehörige),
- Mitgliedern der Arbeitsgruppe 4 des Landesfachbeirats für Psychiatrie Niedersachsen,
- Mitarbeiterinnen der Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen,
- Prof. Dr. Niels Mulders, Repräsentant von CAFF/FACT Niederlande,
- weiteren Mitgliedern der Projektbegleitgruppe SIE_GPZ.

Die Zusammenarbeit mit diesen mehreren Dutzend Personen war in jeder Phase konstruktiv, fachlich fruchtbar und wesentlich für die Qualität der erzielten Ergebnisse. Damit dürfte eine gute Grundlage für die Akzeptanz der Ergebnisse in der niedersächsischen psychiatrischen Fachöffentlichkeit gegeben sein.

Literatur

Andreas S. Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen: Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstrumentes „Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D“ zur differenzierten Erfassung des Schweregrades. Dissertation, Hamburg: 2005 <https://d-nb.info/97702251X/34>

BAGüS/Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger. Kennzahlenvergleiche Eingliederungshilfe 2021 https://www.lwl.org/spur-download/bag/Bericht_2019_final.pdf

Bechdorf A, Klingberg S. Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem. Psychiatr Prax 2014; 41: 8-10

Bond G, Drake R, Becker D et al. The IPS Learning Community: A longitudinal study of sustainment, quality, and outcome. Psychiatr Serv 2016; 67: 864-869

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

Borbé R, Steinhart I, Wienberg G. Von den Modellen zur Regelversorgung - Strategien zur regionalen Umsetzung des Funktionalen Basismodells. In: Steinhart I, Wienberg G (Hg). Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017, 278-298

Brown M, Rowe M, Cunningham A et al. Evaluation of a comprehensive SAMHSA Service program for individuals experiencing chronic homelessness. J Behav Health Serv Res 2018; 45: 605–613 <https://doi.org/10.1007/s11414-018-9589-8>

Clark C, Young M, Moody S. Housing and Housing Services Program Measure – Veterans Version (HHSPM-V). Mental Health Law & Policy Faculty Publications 2012, 865 https://scholarcommons.usf.edu/mhlp_facpub/865

Clark C, Young M, Teague G. Development of a measure of housing and housing services. Comm Mental Health J 2016; 52: 66-72

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

FOGS/ceus consulting. Bericht zum Landespsychiatrieplan Niedersachsen im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Köln: 2016 a <https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitspsychiatrie-und-psychologische-hilfen/landespsychiatrieplan-niedersachsen-162374.html>

FOGS/ceus consulting. Landespsychiatrieplan – Zusammenfassung. Im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS). Köln: 2016 b <https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitspsychiatrie-und-psychologische-hilfen/landespsychiatrieplan-niedersachsen-162374.html>

GB-A/Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für

schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Berlin: 2021 https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5005/2021-09-02_KSVPsych-RL_Erstfassung.pdf

Goering P, Veldhuizen S, Nelson GB et al. Further validation of the Pathways Housing First Fidelity Scale. *Psychiat Serv* 2016; 67: 111-114

Hemmerle M. Vergleich der Wirksamkeit einer zweijährigen Intensivbetreuung von Schizophrenen mit frühem Erkrankungsbeginn mit einem Treatment-as-usual. Inaugural Dissertation, Universität Duisburg-Essen; 2008 https://duepublico2.uni-due.de/receive/duepublico_mods_00019751

Kilian R, Matschinger H, Bernert S et al. Camberwell Assessment of Need - European Version (CAN-EU, Deutsche Version). Universität Leipzig; 2000 http://www.patucek.com/texte-/200703cm_campuswien/can-eu-NODPAM.pdf

Klaghofer R, Brähler E. Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2001; 49: 115-124

Koalitionsvertrag Bund 2021. <https://www.wiwo.de/politik/deutschland/pdf-zum-download-koalitionsvertrag-2021-2025/27830022.html>

Koalitionsvertrag Niedersachsen 2017. <https://www.spdnds.de/wp-content/uploads/sites/77/2017/11/Koalitionsvertrag2017.pdf>

Kortrijk H, Mulder N, Kamperman A et al. Employment rates in Flexible Assertive Community Treatment teams in the Netherlands: an observational study. *Comm Mental Health J* 2018 <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0233-0>

Lloyd-Evans B, Bond G, Ruud T et al. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC Psychiat* 2016; 16: 427

Monroe-DeVita M, Teague G, Moser L. The TMACT: a new tool for measuring fidelity to Assertive Community Treatment. *J American Psychiatr Nurses Assoc* 2011; 17: 17-29

Munch Nielsen C, Hjorthøj C, Killaspy H et al. The effects of Flexible Community Treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *Lancet Psychiat* 2021; 8: 27-35

Nordén T, Norlander T. Absence of positive results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next approach? *Clin Pract Epidemiol Mental Health* 2014; 10: 87-91

Nugter M, Engelsbiel F, Bähler M et al. Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment (FACT) implementation: a prospective real life study. *Commun Mental Health J* 2016; 52: 898-907

Richter D, Adamus C, Mötteli, S et al. Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung –Entwicklung und Überprüfung der „Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)“ für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. *Psychiat Prax* 2021; doi 10.1055/a 1509-4666

Richter D, Hoffmann H. Preference of independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Admin Policy Ment Health* 2017. DOI: [10.1007/s10488-017-0791-4](https://doi.org/10.1007/s10488-017-0791-4)

Richter D, Jäger M. Wohnforschung im Kontext der psychiatrischen Versorgung. In: Fabian C, Müller E, Zingarelli J et al. (Hg): Housing First – Ein (fast) neues Konzept gegen Obdachlosigkeit. Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz; 2020, 65-77

SAMHSA/Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Permanent Supportive Housing Evidence-Based Practices (EBP KIT) 2010. <https://store.samhsa.gov/product/Permanent-Supportive-Housing-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA10-4509>

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M et al. Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe; 2003, 47-49 http://www.sabineschaefer.com/fileadmin/user_upload/Lizenzfreie_Testverfahren/GAF_201-0-10-12-Homepage.pdf

Sood L, Owen A, Onyon R et al. Flexible Assertive Community Treatment (FACT) model in specialist psychosis teams: an evaluation. BJPsych Bull 2017; 41: 192-196

Stefancic A, Tsemberis S, Messeri P et al. The Pathways Housing First Fidelity Scale for individuals with psychiatric disabilities. Am J Psychiat Rehab 2013; 16: 240-261

Steinhart I, Wienberg G. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. Psychiat Prax 2014; 41: 179-181

Steinhart I, Wienberg G. Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe - Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. Sozialpsychiat Inform 2015; 45 (4): 9-15

Steinhart I, Wienberg G. Das funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. Psychiat Prax 2016; 43: 65-68

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

Steinhart I, Wienberg G. Fast alles geht auch ambulant – ein funktionales Basismodell als Standard für die gemeindepsychiatrische Versorgung. In: Steinhart I, Wienberg G (Hg). Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017 b, 22-44

Steinhart I, Wienberg G, Koch C. Es geht doch! Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxiserfahrungen und Finanzierung. Psychiat Prax 2014; 41: 454-460

Svensson B, Hansson L, Lexén A. Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. Nordic J Psychiat 2018; 72; 225-231

SVR/Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kapitel 16: Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. 2018; 683-785 https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf

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/wp-content/uploads/2018/07/17-FACT-Manual-Deutsch_inkl-Qualita%CC%88tssicherungsskala_010817_print_Osterkuss.pdf

Van Veldhuizen R, Bähler M, Polhuis D. et al. Handboek FACT. De Tijdstroom, Utrecht 2008

Van Veldhuizen R, Delespaul P, Kroon H et al. Flexible FACT & Resource-Group ACT: Different working procedures which can supplement and strengthen each other. A response. Clin Pract Epidemiol Mental Health 2015; 11: 12-15

Van Vugt M, Mulder C, Bähler M et al. Model fidelity of Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT) teams: five years of audit results (Artikel auf Niederländisch). Tijdschr Psychiat 2018; 60: 441-448

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 <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2018/03/FACT-Schaal-2017-Def-vs-291206-n.pdf>

Wienberg G, Richter D, Myszor F et al. Die „Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)“ – Kriterien für Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung. Kerbe 2021; 4: 27-29

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, Steinhart I. Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen/Projekt WiEWohnen NRW. Abschlussbericht, Bielefeld 2021

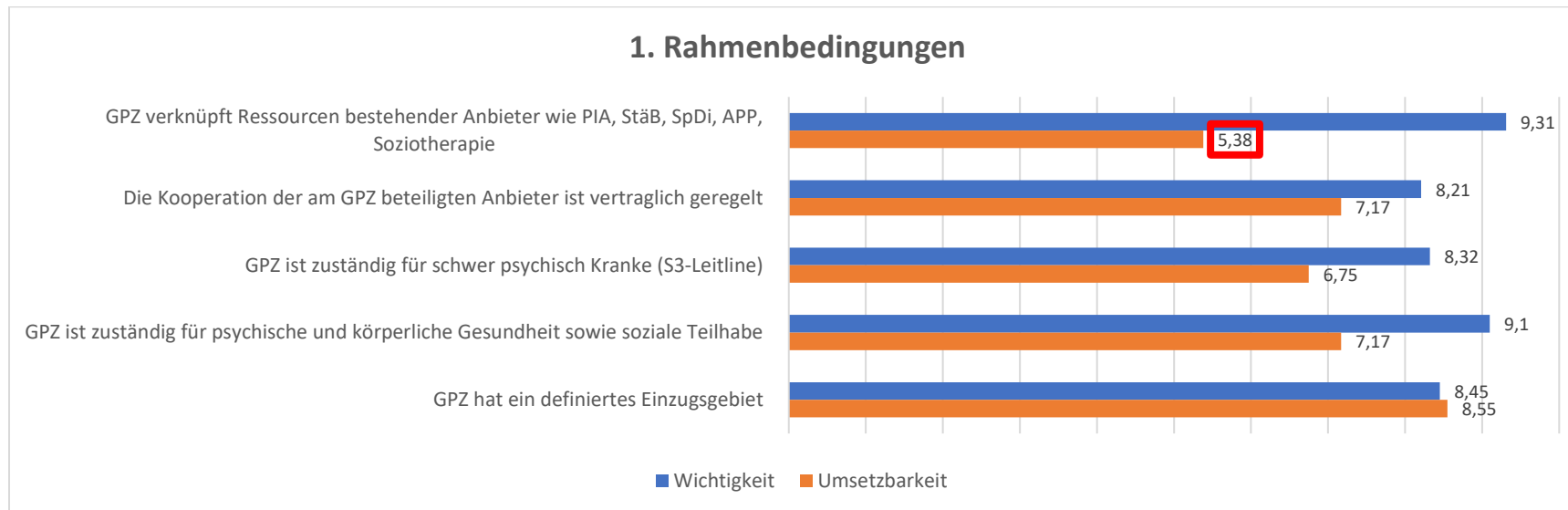
Anhang

Anhang 1: Ergebnisse der Online-Befragung zu den Items des ersten Entwurfs

Mittelwerte der Struktur- und Prozessmerkmale bezüglich **WICHTIGKEIT** und **UMSETZBARKEIT**¹¹

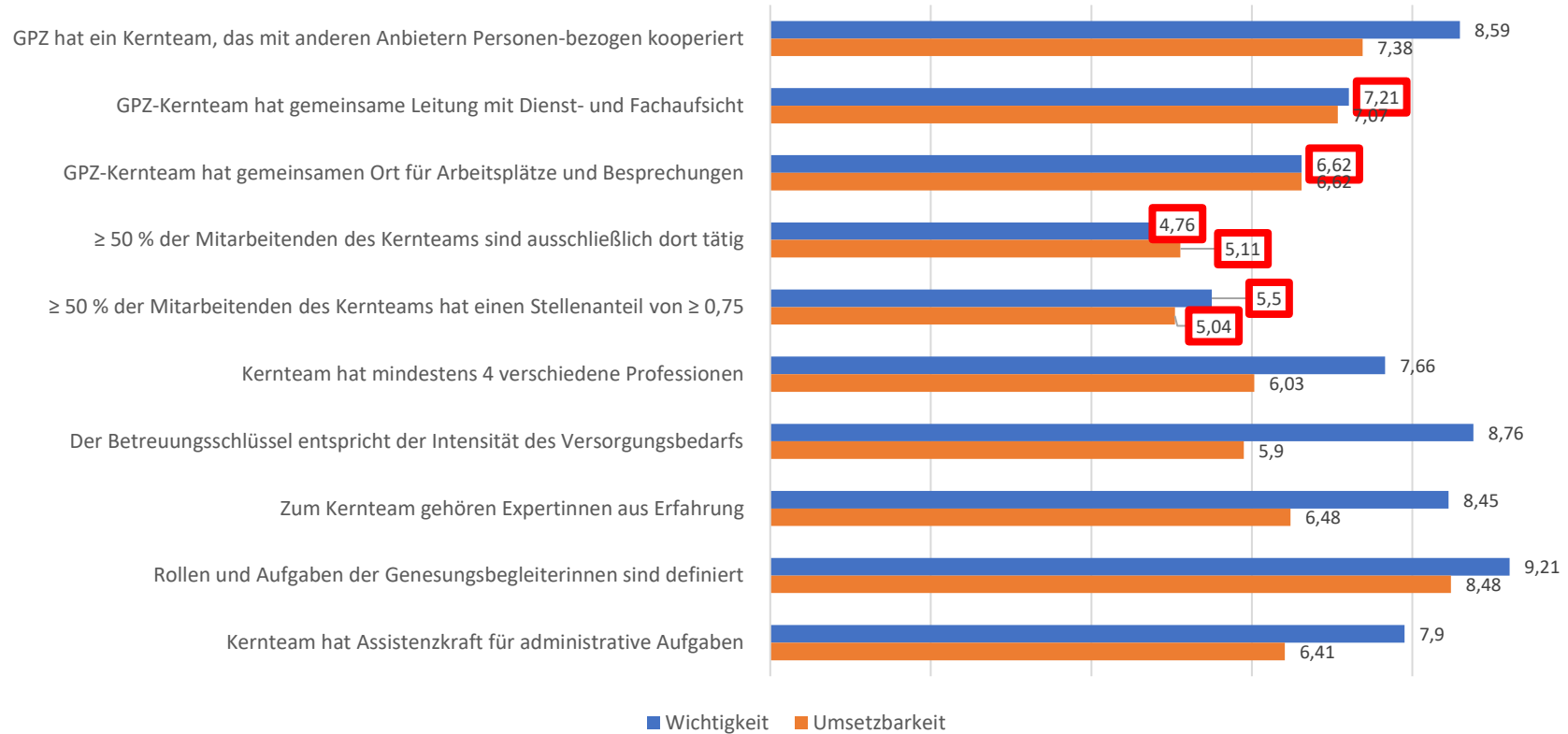
auf einer Skala von 1 (unwichtig / unmöglich) bis 10 (sehr wichtig / sehr gut möglich)

Rücklauf: 30 von 39 = 76,9 %

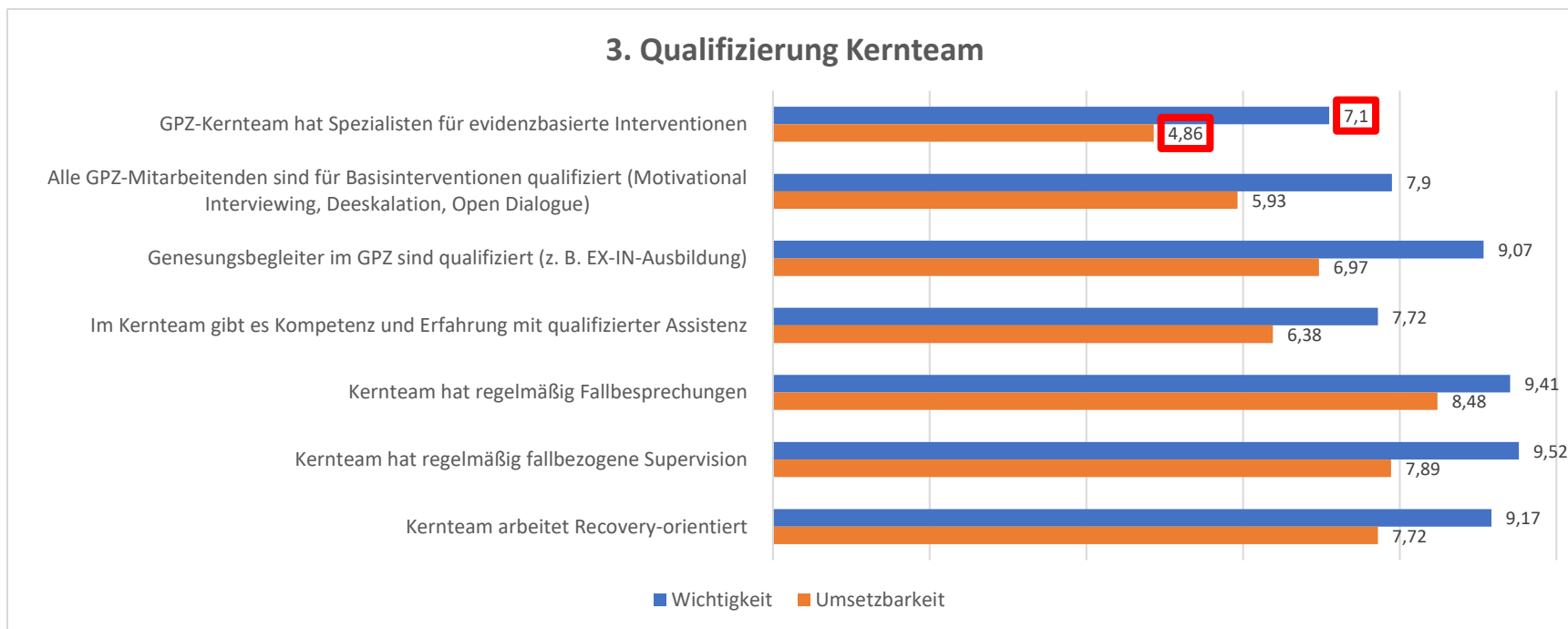


¹¹ Die rot umrandeten Werte markieren kritische Werte ($\leq 7,5$ bei WICHTIGKEIT und $\leq 5,5$ bei UMSETZBARKEIT)

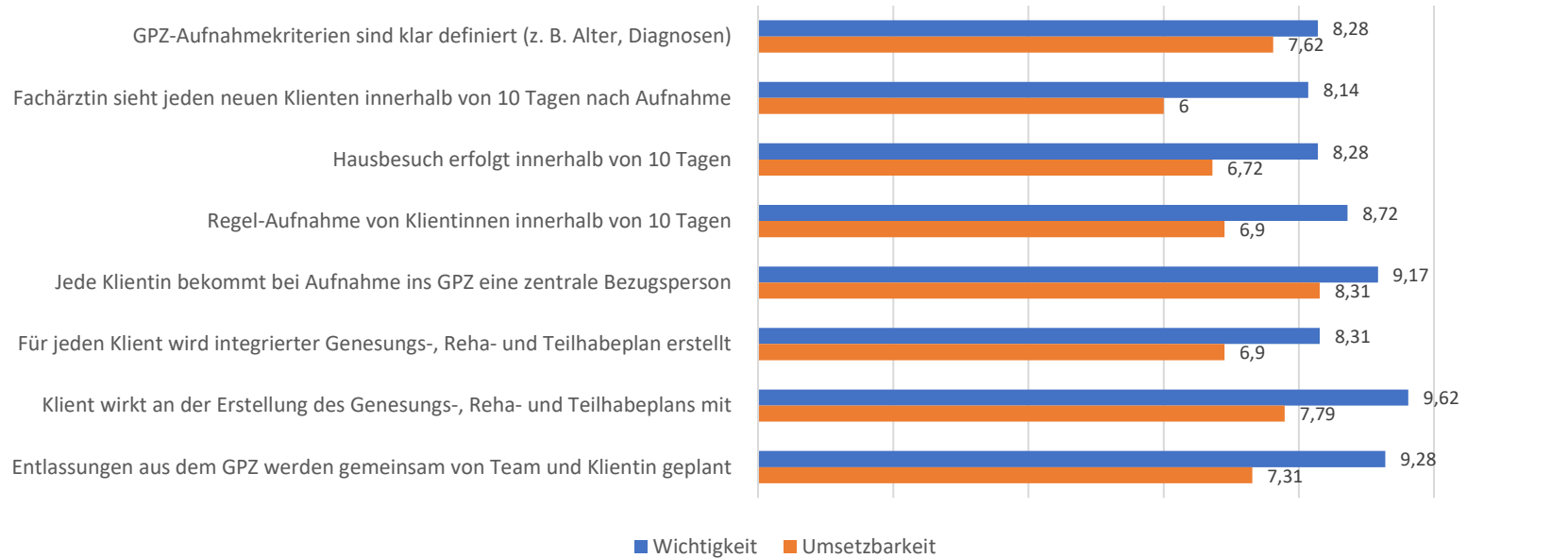
2. Organisation



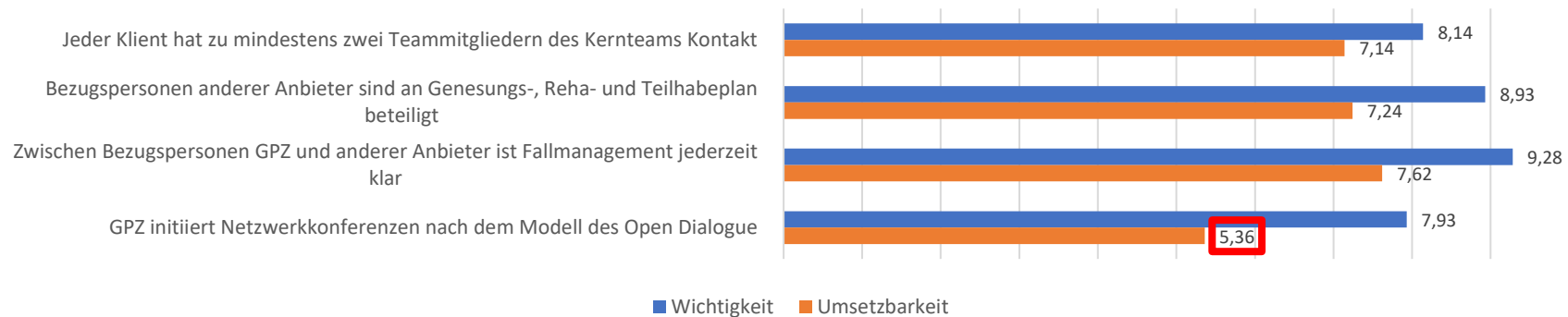
3. Qualifizierung Kernteam



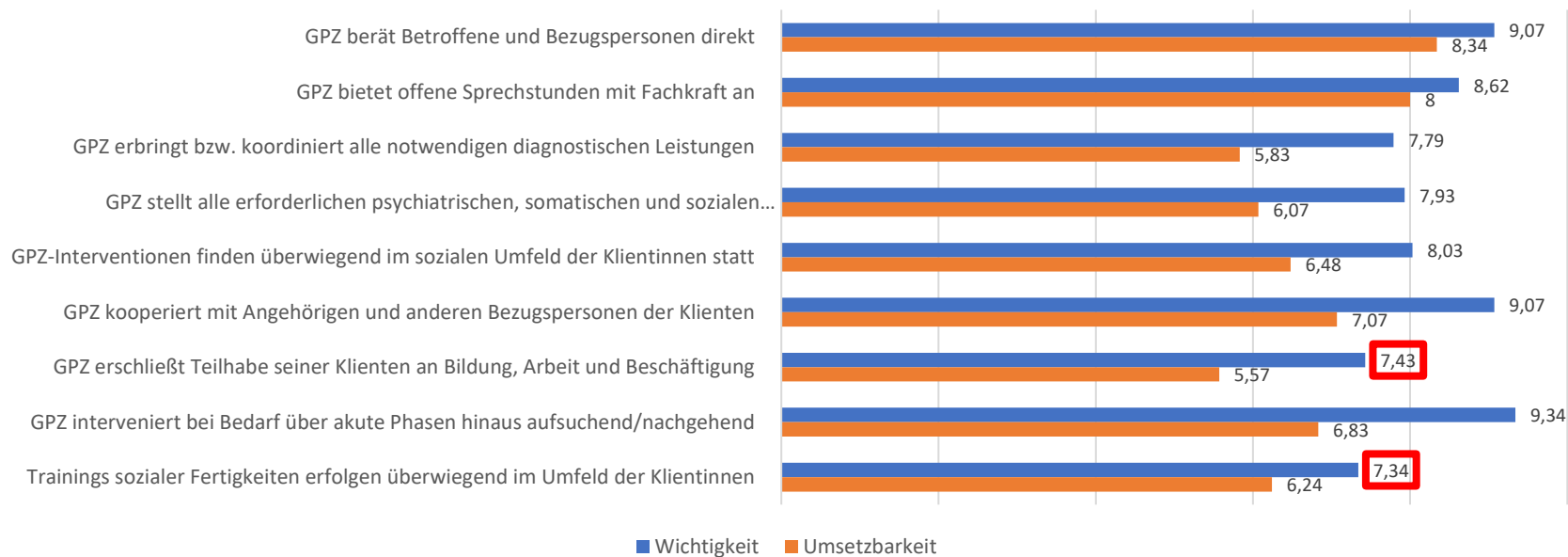
4. Aufnahmen/Entlassungen



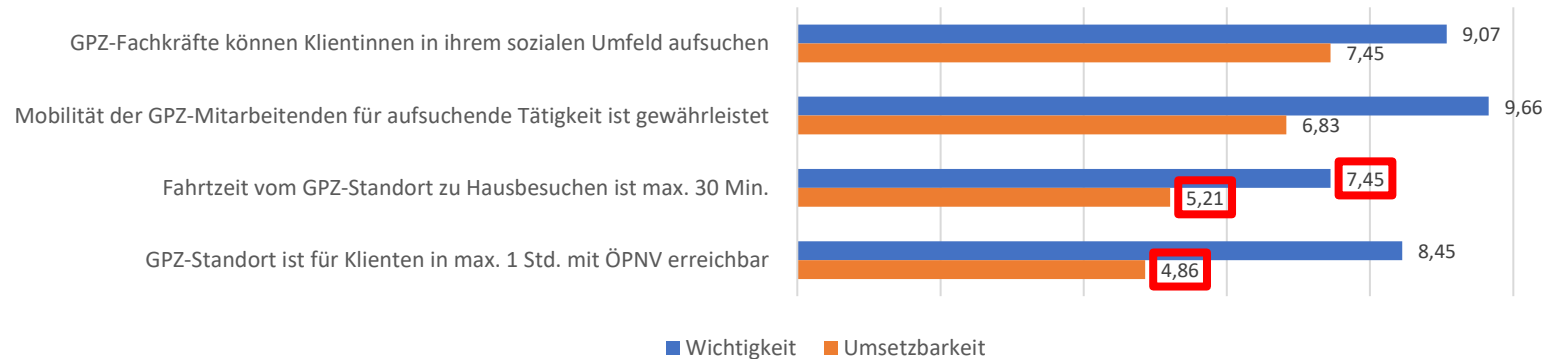
5. Koordination



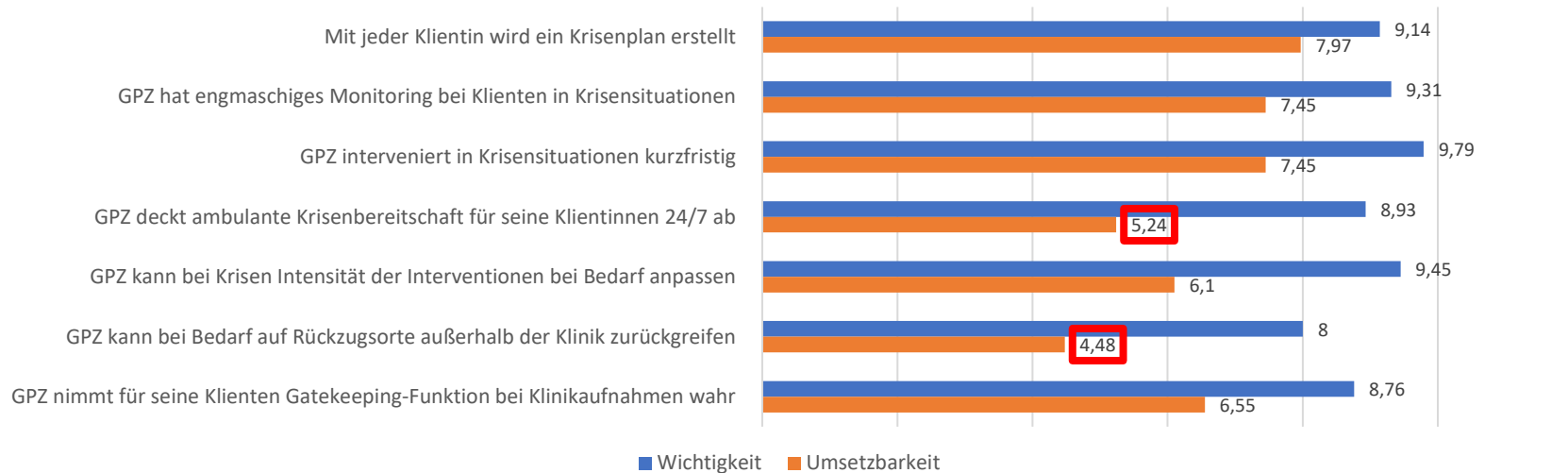
6. Kernaufgaben



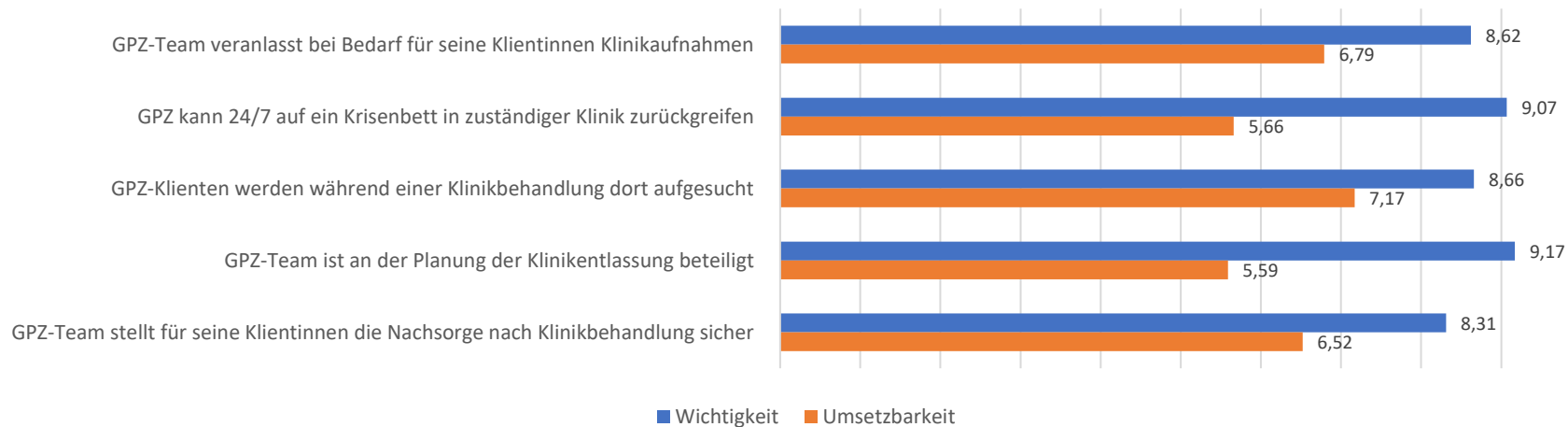
7. Mobilität



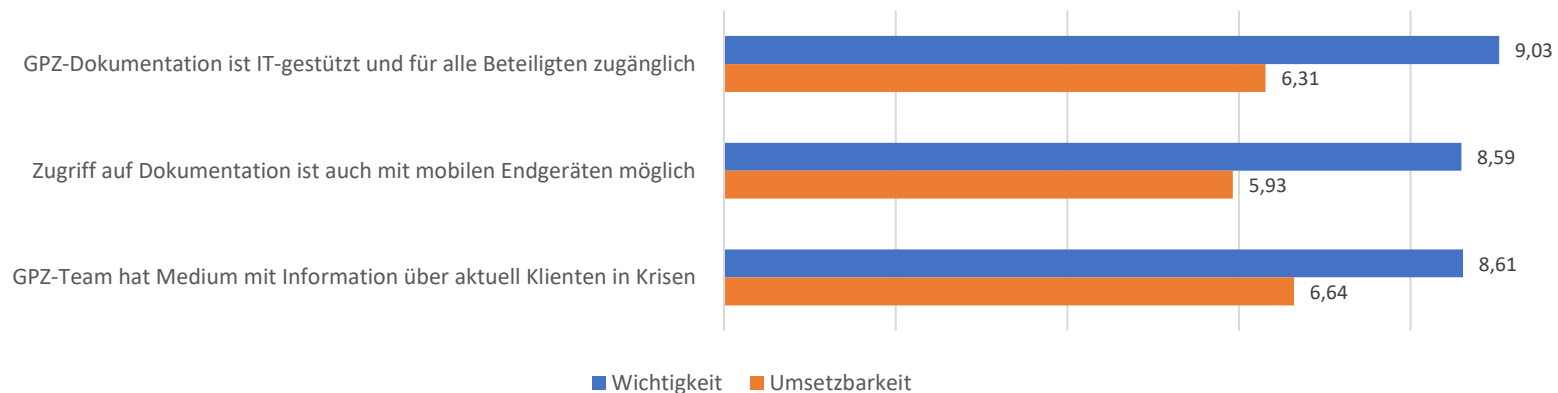
8. Umgang mit Krisen



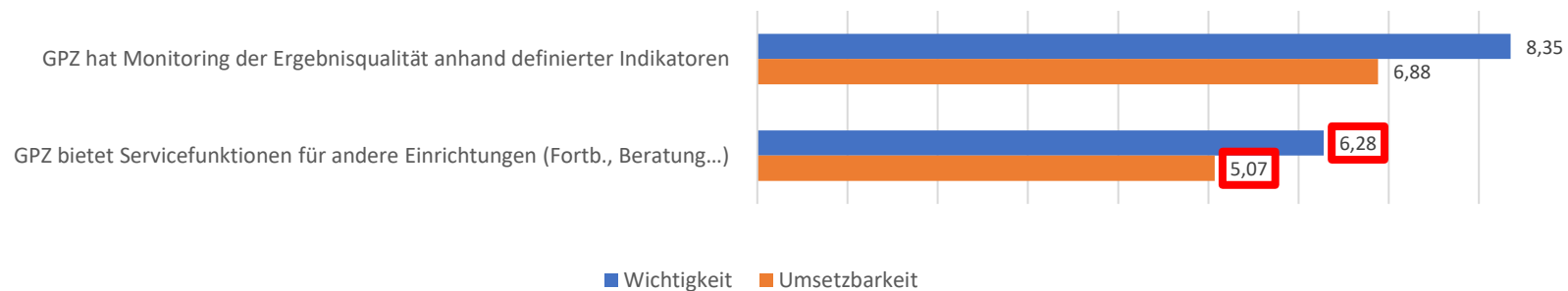
9. Kooperation mit Kliniken



10. Dokumentation



11. Sonstiges



Anhang 2: Manual Standard GPZ Niedersachsen