

Vom Netzwerk zum Verbund

Kooperation in der
kommunalen
psychiatrischen Versorgung

Abschlussbericht zum LVR-Anreizprogramm
„Förderung von Verbundkooperationen“

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen,
Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement (Hg.):
Vom Netzwerk zum Verbund
Kooperation in der kommunalen psychiatrischen Versorgung
Abschlussbericht zum LVR-Anreizprogramm
„Förderung von Verbundkooperationen“
01.11.2007 – 31.01.2012

1. Auflage 2013

© LVR, Köln

Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion: Eva Dörter, Bernd Jäger, Gerda Schmieder

Umschlaggestaltung: Angelika Hinder

Druck: LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln

Faire Sprache

Sprache ist das natürliche menschliche Kommunikationsmittel. Es vermittelt und es verfestigt Werte und Haltungen. Sich verändernde Anschauungen finden Eingang in Sprache. Damit ist sie Medium, Ergebnis und spezifischer Indikator gesellschaftlicher Entwicklung.

Die Gleichberechtigung von Frau und Mann ist im Grundgesetz verankert und unsere Sprache und unsere Kreativität ermöglichen uneingeschränkt die differenzierte Wahrnehmung und Darstellung der Geschlechter in Wort und Schrift. Die historische, reduzierte Sichtbarkeit der Hälfte der Menschheit in der Sprache ist aber bis in die Gegenwart hinein wirksam.

Mit der allgemeinen Rundverfügung des LVR-Dezernates Personal und Organisation vom 18.03.2009 „Geschlechtergerechte Formulierung von Texten für den internen und externen Bereich“ steht eine Regelung zur Verfügung, die es durchaus erlaubt, mit überkommenen Bezeichnungen kreativ umzugehen, seien sie legislativ oder administrativ generiert und geformt. Aus dem konventionellen Begriff „Kostenträger“ kann z.B. die „kostentragende Institution“ werden. Die im Abschlussbericht gefundenen Begriffsmodelle sind mehr oder weniger zweckmäßige Vorschläge. Wir bringen sie in die terminologische Diskussion, damit sie verwendet, verändert oder ggf. zugunsten anderer verworfen werden.

Der Abschlussbericht folgt der allgemeinen Rundverfügung. Ausnahmen sind lediglich Dokumente, Instrumente, Methoden, Verfahren und Vereinbarungen oder Verträge, die in den am Programm „Förderung von Verbundkooperationen“ beteiligten Netzwerken entwickelt oder angewendet wurden, auf die im Bericht direkt oder indirekt Bezug genommen wird und die deswegen in den Anhang aufgenommen worden sind.

Inhalt

Faire Sprache	3
Inhalt	4
Abbildungen	7
Tabellen.....	8
Abkürzungen	8
Zusammenfassung	10
Einleitung.....	12
1 Programmgestaltung	17
1.1 Programmarchitektur.....	18
1.2 Ziele.....	20
1.3 Ablauf.....	22
1.4 Meilensteine	22
2 Das Konzept Netzwerkmanagement – NBQM	24
2.1 Management-Ansatz	24
2.1.1 Verbindlichkeit und Zielkonsequenz	25
2.1.2 Balance der Ansprüche.....	27
2.1.3 Klientelorientierung	27
2.1.4 Entwicklung und Beteiligung der Mitarbeiterschaft	28
2.1.5 Aufbau und Entwicklung von Partnerschaften	28
2.1.6 Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit	29
2.1.7 Management mit Prozessen und Fakten	29
2.2 Organisation und Steuerung von Netzwerken.....	29
2.2.1 Einrichtung einer Lenkungsgruppe.....	30
2.2.2 Einrichtung der kommunalen Koordination.....	31
2.2.3 Einrichtung von Arbeitsgruppen	32
2.3 Arbeitsprogramm	32
2.3.1 Selbstbewertung	33
2.3.2 Vereinbarung von Verbesserungsmaßnahmen	35
2.3.3 Fortführung des NBQM-Zyklus	37
2.4 Der NBQM-Kriterienkatalog.....	38
2.5 Das NBQM-Schulungskonzept	39
3 Die Ergebnisse aus den Netzwerken im Überblick	40
4 Transfer und Marketing	47
4.1 Transfer	47
4.2 Marketing.....	48
4.2.1 Veranstaltungen.....	48
4.2.2 Publikationen und Hinweise	49
5 Empfehlungen.....	51
6 Berichterstattung aus den Netzwerken	54

6.1	Bericht des Netzwerkes in der StädteRegion Aachen	54
6.1.1	Ausgangslage	54
6.1.2	Regionale Projektorganisation	54
6.1.3	Projekttablauf	55
6.1.4	Problemstellungen des Projekts.....	56
6.1.5	Maßnahmen.....	56
6.1.6	Ergebnisse	58
6.2	Bericht des Netzwerkes in Bonn	59
6.2.1	Ausgangslage	59
6.2.2	Projektorganisation	60
6.2.3	Projekttablauf	61
6.2.4	Ergebnisse	62
6.2.5	Ausblick	63
6.3	Bericht des Netzwerkes in Düsseldorf.....	65
6.3.1	Ausgangslage	65
6.3.2	Regionale Projektorganisation	66
6.3.3	Projekttablauf	68
6.3.4	Ergebnisse	70
6.3.5	Ausblick	83
6.4	Bericht des Netzwerkes in Essen	85
6.4.1	Ausgangslage	85
6.4.2	Regionale Projektorganisation	85
6.4.3	Projekttablauf	86
6.4.4	Prozesse und Ergebnisse	87
6.4.5	Ausblick	91
6.5	Bericht des Netzwerkes im Kreis Kleve.....	92
6.5.1	Ausgangslage	92
6.5.2	Regionale Projektorganisation	93
6.5.3	Projekttablauf	94
6.5.4	Ergebnisse	96
6.5.5	Ausblick	98
6.6	Bericht des Netzwerkes in Köln-Mülheim	100
6.6.1	Ausgangslage	100
6.6.2	Regionale Projektorganisation	101
6.6.3	Projekttablauf	102
6.6.4	Ergebnisse	102
6.6.5	Ausblick	105
6.7	Bericht des Netzwerkes in Mönchengladbach	107
6.7.1	Ausgangslage	107
6.7.2	Regionale Projektorganisation	109
6.7.3	Ziel der Verbundkooperation.....	110

6.7.4	Projekttablauf	111
6.7.5	Ergebnisse	113
6.7.6	Ausblick – Gründung eines GPV in Mönchengladbach	114
6.8	Bericht des Netzwerkes in Solingen	116
6.8.1	Ausgangslage	117
6.8.2	Regionale Projektorganisation	117
6.8.3	Projekttablauf	120
6.8.4	Ergebnisse	122
6.8.5	Ausblick	123
6.9	Bericht des Netzwerkes im Kreis Viersen	124
6.9.1	Ausgangslage	124
6.9.2	Projekttablauf	128
6.9.3	Ergebnisse	130
6.9.4	Ausblick	132
7	Anhang	133
7.1	Antrag 12/158	133
7.2	Vorlage 12/250	135
7.3	Vorlage 12/2223	138
7.4	Vorlage 12/2468/1	140
7.5	Antrag auf Teilnahme am Programm.....	150
7.6	Methoden der Selbstbewertung	151
7.7	Der NBQM-Kriterienkatalog.....	152
7.8	Beispiel eines Standardformulars	154
7.9	NBQM-Schulungskonzept	157
7.10	StädteRegion Aachen.....	163
7.10.1	Geschäftsordnung des Lenkungsgremiums	163
7.10.2	Verbundkooperation für die Modellregion Aachen	166
7.10.3	Projektstand	167
7.10.4	Interner Wegweiser „Junge Wilde“.....	168
7.10.5	Selbstbewertungen.....	179
7.11	Bonn	181
7.11.1	Leitbild.....	181
7.11.2	Geschäftsordnung des Lenkungsgremiums	182
7.11.3	PANAMA.....	185
7.11.4	Patientenüberleitungsbogen.....	190
7.11.5	Impulstagung „Drehtür-Psychiatrie und kein Ende?“	193
7.11.6	Auswertung PANAMA – Text	195
7.11.7	Stationäre Aufnahmen ohne und mit PANAMA	198
7.12	Düsseldorf.....	203
7.12.1	Ärztlich Psychiatrische Sprechstunden.....	203
7.13	Essen.....	204

7.13.1	Selbstbewertungen	204
7.13.2	Geschäftsordnung	205
7.14	Kreis Kleve	209
7.14.1	Kooperationsvereinbarung	209
7.14.2	Patientenpfad	217
7.14.3	Patientenbefragung	218
7.14.4	Hilfestellung in Krisen	221
7.14.5	Konzept SPZ - Beratung im Sozialzentrum.....	223
7.15	Köln-Mülheim	226
7.15.1	Abschlussbericht Soziotherapie	226
7.15.2	Flyer Angebot für junge psychisch Kranke	239
7.15.3	Flyer Soziotherapie	240
7.16	Mönchengladbach.....	242
7.16.1	Leitbild der Partnerorganisationen	242
7.16.2	Kooperationsvertrag	243
7.17	Solingen.....	257
7.17.1	Workshop „Wie erreichen wir junge psychisch kranke Menschen?“	257
7.17.2	„DBT in der Gemeindepsychiatrie“	258
7.17.3	Koordinierende Bezugsperson	259
7.18	Kreis Viersen	260
7.18.1	Kooperationsvertrag	260
	Literatur.....	263
	Glossar	269
	Autorinnen und Autoren	272

Abbildungen

Abb. 1:	Hilfen und Schnittstellen im kommunalen psychiatrischen Hilfesystem	13
Abb. 2:	Schema der systembedingten Bruchstellen in der Versorgung	14
Abb. 3:	Schema der Programmarchitektur	19
Abb. 4:	Kooperationsstrukturen im Rheinland	21
Abb. 5:	Meilensteine im Anreizprogramm	23
Abb. 6:	Faktoren der Kooperationskultur im Überblick	25
Abb. 7:	Ziele des kommunalen psychiatrischen Hilfesystems	26
Abb. 8:	NBQM Arbeitsprogramm	33
Abb. 9:	Selbstbewertung in Netzwerken	34
Abb. 10:	Ergebnis einer Selbstbewertung	36
Abb. 11:	NBQM-Zyklus	37
Abb. 12:	Verteilung durchgeführter Einzelmaßnahmen nach Schwerpunkten	43
Abb. 13:	Modelle ambulanter psychiatrischer Versorgung	52
Abb. 14:	Kooperierende im Programm	55
Abb. 15:	Projektorganisation	67
Abb. 16:	Zusammenhang Wiederaufnahme - psychopathologische Skalen	74

Tabellen

Tabelle 1: Die Programmregionen im Überblick	18
Tabelle 2: Instrumente und Strukturen zur Verbesserung der Kooperation	41
Tabelle 3: Die Netzwerke und ihre Maßnahmen in den Programmregionen	45
Tabelle 4: Instrumente der Eingangsuntersuchung	68
Tabelle 5: Wohnsituation der Patienten im Projekt „Verbundkooperation“	71
Tabelle 6: Ergebnisse der Untersuchungen bei Projekteinschluss und -ende.....	72

Abkürzungen

ACT	Assertive Community Treatment
AGpR	Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V.
AHG	Allgemeine Hospitalgesellschaft
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
APK	AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.
AP	Allgemeinpsychiatrie
APP	Ambulant Psychiatrische Pflege
ARGE	Arbeitsgemeinschaft SGB II
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.
BeWo	Betreutes Wohnen
CEK	Compliance-Einschätzung (nach Kemp)
CGI	Clinical Global Impression Scale
CMHT	Community Mental Health Team
CRA	Community Reinforcement Approach
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
EFQM	European Foundation for Quality Management
GAF	Global Assessment Scale of Functioning
GigA	Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
GPZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum
ICM	Intensive Case Management
IFD	Integrationsfachdienst
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IuK	Information und Kommunikation
Intego	INTEGO Gemeinnützige Gesellschaft für Integration Oberhausen mbH

Intres	Integration und Rehabilitation Suchtkranker – Intres gGmbH
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
KoB	Kontakt- und Beratungsstelle
LG	Lenkungsgrremium
LVR	Landschaftsverband Rheinland
MEO	Mülheim/R.-Essen-Oberhausen (MEO-Region)
MG	Mönchengladbach
NBQM	Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement
NCB	Network Citizenship Behavior
OCB	Organizational Citizenship Behavior
PANAMA	Persönliches aufsuchendes Nachsorgemanagement
PANSS	Positive and Negative Syndrom Scale (Psychopathologischer Befund)
PCB	Project Citizenship Behavior
PHEA	Public Health Executive Agency
PHG	Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen e.V.
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PP	(Erwachsenen-) Psychiatrie und Psychotherapie
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PTV	Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V.
RAA	Regionale Arbeitsstellen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien
RGSP	Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
RPK	Rehabilitation psychisch kranker Menschen
RV	Rentenversicherung
SF 36	Fragebogen zum „Allgemeinen Gesundheitszustand“
SGB	Sozialgesetzbuch
SOFAS	Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPZ	Sozialpsychiatrisches Zentrum
STEP (Duo)	Systematisches Training für Eltern und Pädagogen
STEPPS	Systematic Training for Emotional Predictability & Problem Solving
SVR	Sachverständigenrat
TK	Tagesklinik
TQM	Total Quality Management
TS	Tagesstätte
ULG	Unterlenkungsgrremium
VHS	Volkshochschule
VIBB	Verein zur interkulturellen Beratung und Betreuung im Gesundheitsbereich von Essen und dem Ruhrgebiet e.V.
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

Zusammenfassung

Von November 2007 bis Januar 2012 hat der Landschaftsverband Rheinland (LVR) mit dem Anreizprogramm „Förderung von Verbundkooperationen“ neun kommunale Netzwerke der psychiatrischen Versorgung im Rheinland bei der Weiterentwicklung der Kooperationsbeziehungen zu „umfassenden Gemeindepsychiatrischen Verbänden“ unterstützt.

Als Steuerungsinstrument der Kooperation in den am Programm beteiligten Netzwerken wurde flächendeckend das Managementkonzept „Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement - NBQM“ eingesetzt.

In allen Programmregionen wurden, auf der Grundlage von Selbstbewertungen, eine Vielzahl von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der kommunalen Kooperationsstrukturen und zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen erarbeitet und durchgeführt.

In den neun Netzen wurden überwiegend Maßnahmen

- zur Weiterentwicklung von Information und Kommunikation zwischen den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Diensten und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,
- zur Qualifizierung der Mitarbeiterschaft,
- zur zielgruppenspezifischen Entwicklung der Kooperationsbeziehungen,
- zur Transparenz der Hilfen,
- zur Sektoren übergreifenden Kooperation und
- zur SGB-Grenzen überschreitenden Zusammenarbeit umgesetzt.

In Mönchengladbach ist es gelungen, die bestehende Kooperation im Rahmen des Anreizprogrammes in die verbindliche Form des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) zu überführen. Dieser GPV ist mittlerweile Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV). Der im Jahr 2009 gegründete GPV im Kreis Viersen strebt nach Programmabschluss die Mitgliedschaft in der BAG an.

Das Anreizprogramm hat gezeigt, dass auf Dauer angelegte wirksame Netzwerke nicht durch Appelle zustande kommen und nicht per se mit einem Entwicklungsautomatismus versehen sind. Sie entstehen und bestehen nur, wenn es gelingt Konkurrenzbeziehungen kooperativ zu überformen, Vertrauen zu entwickeln und damit Stabilität und Kontinuität zu gewährleisten.

Erfolgreiche Kooperation benötigt den „guten Willen“ von engagierten Geschäftsführungen, Einrichtungs- und Klinikleitungen, von kommunal Verantwortung tragenden Menschen. Sie benötigt aber nicht minder sorgfältige, langfristig angelegte, Ressourcen schonende Planung, angemessene Strukturen, ein kooperationsstaugliches kontinuierliches Arbeitsprogramm sowie geeignete Arbeitsformen: ein von allen kooperierenden Organisationen anerkanntes elaboriertes Netzwerkmanagement, womit zunächst die strukturellen, methodischen und inhaltlichen Voraussetzungen einer auf Dauer angelegten gelingenden multiorganisationalen Zusammenarbeit geschaffen wären.

Verbindlichkeit erhält diese Kooperation aber erst durch einen Kooperationsvertrag, der sie in gewisser Weise unabhängig macht vom zeitlich limitierten individuellen Engagement ihrer Promotorinnen und Promotoren und der die einzubringenden Leistungen und Ressourcen der Partnerorganisationen klar definiert.

Nach dem Ende des Anreizprogrammes erscheint es geboten, die Verbundentwicklung weiterhin durch äußere Impulse zu verstetigen, so z.B.

- durch regelmäßige Berichterstattung der LVR-Klinikvorstände in den Krankenhausausschüssen zum Beitrag der Kliniken an der Entwicklung der Netzwerke bzw. Verbünde und zu Initiativen der LVR-Kliniken darin,
- durch einen systematischen Informationsaustausch und den Transfer „guter Praxis der Netzwerkarbeit“ im Rahmen regelmäßiger interregionaler Arbeitstreffen (ggf. initiiert durch das Fachdezernat),
- durch externe Netzwerkmoderation, für die das Fachdezernat Expertinnen und Experten zur Verfügung stellt; so z.B. für die Durchführung von NBQM-Selbstbewertungen,
- durch Schulungen in der praktischen Gestaltung und Handhabung eines Netzwerkmanagements auf der Ebene der Führung wie auch der Mitarbeiterschaft (ggf. initiiert durch das Fachdezernat),
- mit der Initiierung von und Mitwirkung an innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Erbringung komplexer Hilfen (z.B. nach § 64b sowie § 140a und b SGB V) durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams in einem GPV (siehe DGPPN S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“).

Einleitung

Mit der Psychiatrie-Enquête wurde vor mehr als 35 Jahren ein deutliches Zeichen für die Reform der Psychiatrie in Deutschland hin zu einer gemeindenahe- n integrierten Versorgung psychisch kranker Menschen gesetzt, die aber von Fachkreisen, Betroffenen und Angehörigen, als nach wie vor nicht ausrei- chend beurteilt wird. Einige der Grundforderungen der Psychiatrie-Enquête sind nach wie vor nur unzureichend umgesetzt. Insbesondere in der Koopera- tion und Koordination von Einrichtungen und Diensten und in der bedarfs- gerechten Versorgung aller psychisch Kranken gibt es – mit deutlichen regio- nalen Unterschieden – nach wie vor erheblichen Entwicklungsbedarf.

Das findet einen nüchternen Ausdruck auch darin, dass sieben Jahre nach ih- rer Gründung, im März 2006, durch 13 Gemeindepsychiatrische Verbände aus dem Bundesgebiet, aktuell nur 24 Verbände in der Bundesarbeitsgemein- schaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) organisiert sind und damit die Qualitätsstandards der BAG verbindlich anerkennen.¹

Angesichts der 295 Landkreise (einschließlich kreisangehöriger Städte) und 107 kreisfreien Städten in der Bundesrepublik ist dies eine kaum zufrieden- stellende Situation mit erheblichem Handlungsdruck.²

Eine wesentliche Ursache für die Notwendigkeit koordinierter Vernetzung liegt im gegliederten Leistungsrecht der Bundesrepublik Deutschland. Um für psychisch kranke Menschen personen- und bedarfsangemessen psychiatrische und nichtpsychiatrische Hilfen zu erbringen, ist ein hohes Maß an sektoren- und SGB-Grenzen überschreitender Abstimmung und Steuerung der erforder- lichen Leistungen notwendig.³

Hinzu kommt die das bundesdeutsche Sozial- und Gesundheitssystem kenn- zeichnende Vielfalt von Angeboten und eine stetig wachsende Zahl von Anbie- tenden, die ein bedarfsbezogenes Zusammenwirken der Hilfen zusätzlich er- schweren (vgl. Abb. 1).

¹ Vgl. Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV; Download von http://www.bag-gpv.de/Datenbank/bag/0009_Qualitätsstandards%20BAG%20GPV_neu.pdf, am 07.01.2012

² In den 30 Kreisen, der Städteregion und den 22 kreisfreien Städten in NRW existieren 17 GPV, davon sind 10 in der BAG GPV organisiert.

³ Vgl. dazu auch die kritische Bilanz zur Psychiatriereform im Bundesgebiet durch die Arbeits- gruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden in ihrem Bericht an die Ge- sundheitsministerkonferenz, in: Bericht der AG Psychiatrie der AOLG: Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven, o.O., 15.03.2012, S. 7 f.

Der Erfolg des kommunalen psychiatrischen Hilfesystems hängt ab von der langfristig angelegten, systematisierten Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Dienste; die aber ist gegenwärtig bei Weitem nicht zureichend entwickelt. Noch immer sind Tendenzen der Abschottung und eine unproduktive Konkurrenz unter den psychiatrische Hilfen erbringenden Einrichtungen und Diensten weit verbreitet, was bereits 1988 von der Expertenkommission kritisch angemerkt worden war.⁴

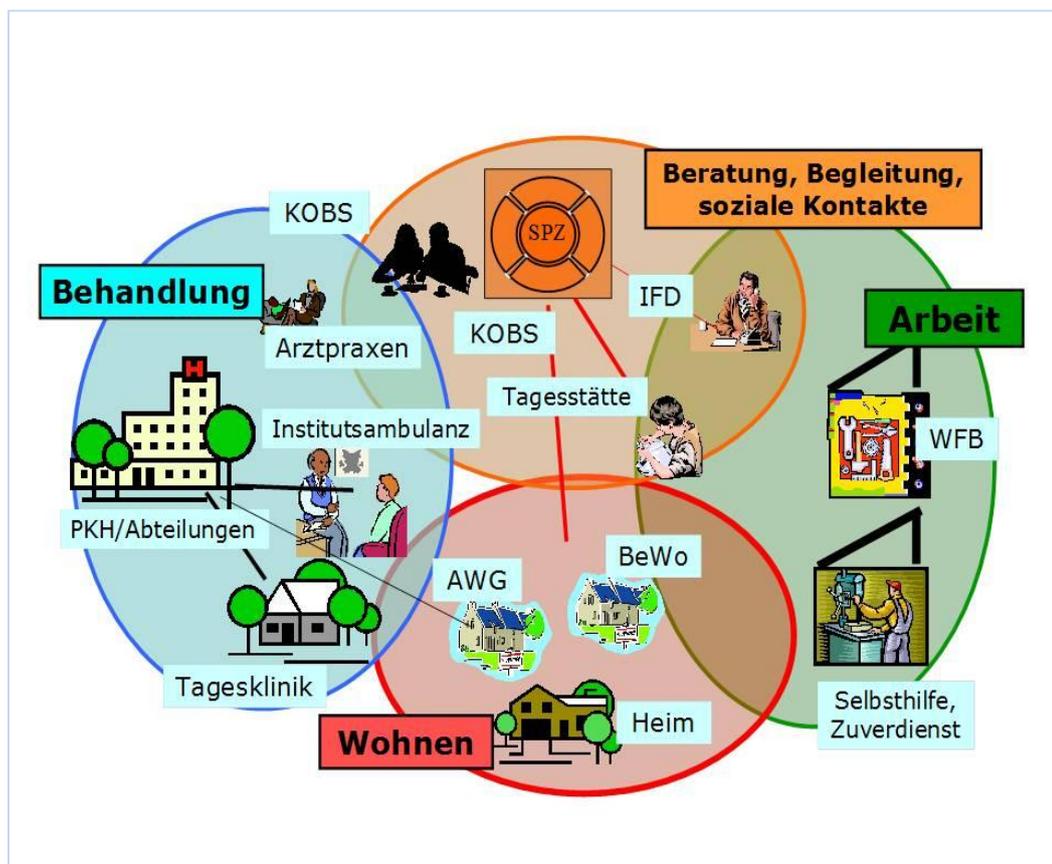


Abb. 1: Hilfen und Schnittstellen im kommunalen psychiatrischen Hilfesystem

Zu den strukturellen Hindernissen kommen gesellschaftliche und historische Barrieren hinzu, wie sie etwa immer noch in tradierten Ressentiments zwischen kommunalen psychiatrischen Einrichtungen und Diensten einerseits und

⁴ Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, o.O., o.J., S. XXIV

psychiatrischen Kliniken andererseits bzw. ihren jeweiligen Mitarbeitergruppen zum Ausdruck kommen.⁵

Es besteht ein Mangel an sektorübergreifender interprofessioneller und flexibler Kooperation, der sich um so dramatischer auswirkt, je mehr die Zahl der Anbieter zunimmt und je weiter die Arbeitsteilung der leistungserbringenden Einrichtungen und Dienste innerhalb und zwischen den Hilfesystemen fortschreitet.⁶

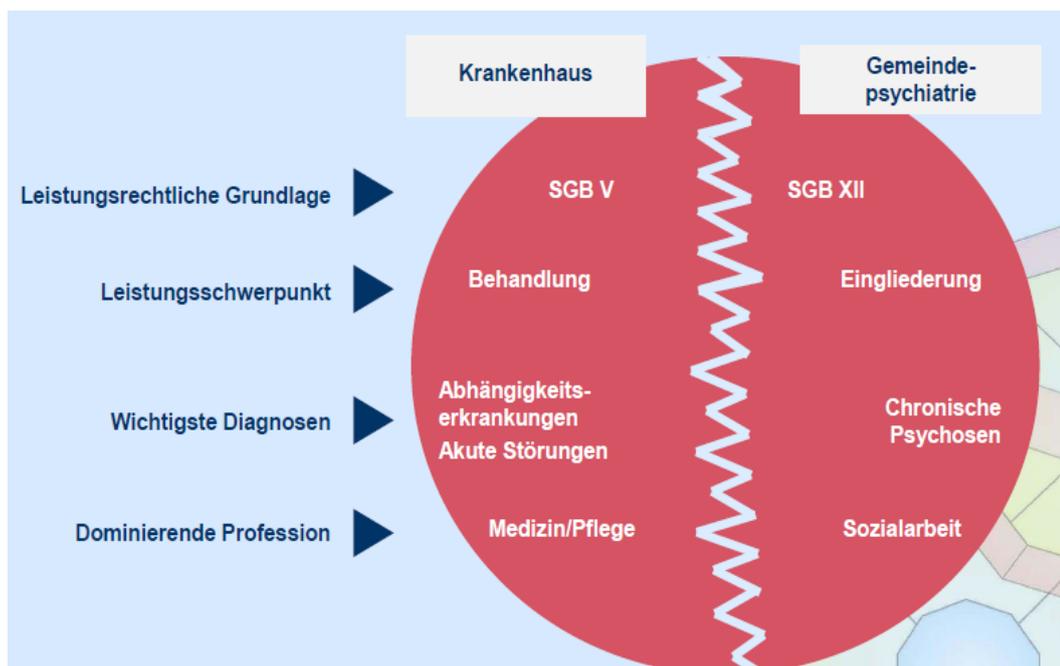


Abb. 2: Schema der systembedingten Bruchstellen in der Versorgung

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) hat in der Vergangenheit immer wieder Projekte und Programme initiiert und begleitet, die auf den Abbau von Barrieren und Hemmnissen und auf die Reduzierung von Schnittstellenproblemen zielten und zur Vernetzung in der kommunalen psychiatrischen Versorgung beitrugen.

⁵ Brederode, Michael van: Das psychiatrische Krankenhaus im Gemeindepsychiatrischen Verbund, in: Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 3/2008, S. 11

⁶ Vgl. dazu auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: „Kooperation und Verantwortung.“ Gutachten 2007, Download am 18.01.2012 von <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=80>

So gab das 1986 aufgelegte Förderprogramm für Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ)⁷ einen beispielhaften Anstoß zur Entwicklung gemeindepsychiatrischer Kooperationsformen im Rheinland. Das in den „Grundsätzen des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) zur Förderung von weiterentwickelten Kontakt- und Beratungsstellen – Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ)“⁸ definierte SPZ entspricht ganz der von der Expertenkommission entwickelten Vorstellung des GPV, der weniger als ein umfassender Zusammenschluss der wesentlichen Einrichtungen und Dienste – in einem Zug – gedacht war, als vielmehr prozesshaft, in der fortschreitenden Integration von Leistungselementen.

Das „Landesmodellprojekt zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe 2006 – 2008“ gründete auf dem „Landesprogramm gegen Sucht“ des Landes NRW⁹ und diente der Erprobung des zwischen 1999 und 2004 entwickelten Managementkonzeptes „NBQM“, mit dem Ziel, die nachhaltige Vernetzung der kommunalen Suchtkrankenhilfe zu unterstützen und voranzubringen.¹⁰

Im Kanon der Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungsangebote der LVR-Kliniken wurde deren verbesserte Vernetzung mit den weiteren Einrichtungen und Diensten der kommunalen psychiatrischen Versorgung als wesentliches Element einer Strategie zur Zukunftssicherung identifiziert und priorisiert. Die LVR-Kliniken haben ihre regionale Vernetzung im Rahmen des Berichtszyklus „Weiterentwicklung der Behandlungsangebote der Rheinischen Kliniken“¹¹ in den LVR-Krankenhausausschüssen 1–4 ausführlich dargestellt. In den Berichten sind bereits Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Vernetzung erkennbar.

Auf der Grundlage der Anträge „Gemeindenahe Kooperationen stärken“ und „Zukunft der Rheinischen Kliniken gestalten und gemeindenahe Versorgung verbessern“ hat der LVR 2007 das Anreizprogramm „Förderung von Verbundkooperationen“ beschlossen. Als Leitziele des Programmes wurden „die Wei-

⁷ Vgl. Landschaftsverband Rheinland: Vorlage 8/112 – Förderung von Kontakt- und Beratungsstellen (Sozialpsychiatrische Zentren) und Grundsätze des Landschaftsverbandes Rheinland zur Förderung von Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ), o.O. 16.09.2011

⁸ Vgl. Landschaftsverband Rheinland, Vorlage 8/112 Ge vom 08.07.1987

⁹ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Landesprogramm gegen Sucht – Eine Gemeinschaftsinitiative, Düsseldorf, 1999

¹⁰ LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen (Hg.): Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement – NBQM. Ein Landesmodellprojekt zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe, Köln 2009

¹¹ Im Einzelnen siehe LVR-Klinik Bedburg-Hau – Vorlage 12/1904, LVR-Klinik Bonn – Vorlage 12/1893, LVR-Klinik Düren – Vorlage 12/1897, LVR-Klinikum Düsseldorf – Vorlage 12/2037, LVR-Klinikum Essen – Vorlage 12/2048, LVR-Klinik Köln – Vorlage 12/2055, LVR-Klinik Langenfeld – Vorlage 12/1881, LVR-Klinik Mönchengladbach – Vorlage 12/2029, LVR-Klinik Viersen – Vorlage 12/2033

terentwicklung der durch die Sozialpsychiatrischen Zentren gebildeten gemeindepsychiatrischen Verbundansätze zu umfassenderen Verbänden sowie die Einleitung von Schritten zur Verstetigung der Zusammenarbeit“ genannt.¹²

Der zur Unterstützung von Prozessen der Kooperation und zur Steuerung komplexer kommunaler Hilfesysteme entwickelte und bewährte Managementansatz NBQM bildete die konzeptionelle und methodische Plattform für die Umsetzung des Anreizprogrammes in den beteiligten Netzwerken.¹³

Zusätzlichen Nachdruck erhielt das Ziel der Gründung von Verbänden durch das Projekt „Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen“ der AKTION PSYCHISCH KRANKE, die in ihren abschließenden Empfehlungen den LVR zu einer weiteren Initiative zur Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbände aufforderte.¹⁴

Das Anreizprogramm war auf eine Laufzeit von 24 Monaten angelegt. Aus dem zeitlich versetzten Einstieg der einzelnen Netzwerke in das Programm hat sich schließlich aber eine Rahmenlaufzeit von vier Jahren ergeben.

Im Folgenden werden zunächst in Kapitel 1 die Programmgestaltung und in Kapitel 2 das Managementkonzept vorgestellt. In Kapitel 3 folgt ein Ergebnisüberblick. Kapitel 4 fasst den Transfer von „NBQM“ in andere Hilfesysteme zusammen und listet alle Maßnahmen auf, die zur Verbreitung von Informationen über das Programm „Förderung von Verbundkooperationen“ und über „NBQM“ unternommen wurden. In Kapitel 5 folgen Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Für die Kapitel 1–5 ist das Redaktionsteam verantwortlich. Kapitel 6 beinhaltet die neun Netzwerkberichte. Die Namen der Autorinnen und Autoren sind den Berichten vorangestellt.

Um die Lesbarkeit des Berichtes zu erhöhen, wurde aus den vor und im Programmverlauf entstandenen und verwendeten Materialien und Dokumenten ein umfassender Anhang (Kapitel 7) gebildet. Die Dokumente des Anhangs sind den Regionalberichten eindeutig zugeordnet.

Nach den Angaben zur Literatur und einem Glossar zu Begriffen, die im Zusammenhang mit dem Thema Netzwerkentwicklung häufig verwendet werden, schließt der Bericht mit dem Verzeichnis der Autorinnen und Autoren.

¹² Vgl. dazu in der Reihenfolge die Anlagen 7.1 bis 7.4 mit den grundlegenden Beschlüssen und Zielen des Anreizprogrammes.

¹³ Landschaftsverband Rheinland (Hg.): Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement. Ein Modell zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe, Köln 2003, 2007; sowie Landschaftsverband Rheinland (Hg.): Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement. Verbundentwicklung in der kommunalen psychiatrischen Versorgung, Köln 2008

¹⁴ Vgl. Landschaftsverband Rheinland: Vorlage 12/4432 - Abschlussbericht zum Projekt „Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen“

1 Programmgestaltung

Das Programm „Förderung von Verbundkooperationen“ wurde von November 2007 bis Januar 2012 mit Netzwerken in den sechs kreisfreien Städten Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln, Mönchengladbach und Solingen, in den beiden Landkreisen Kleve und Viersen und in der StädteRegion Aachen durchgeführt. In der Stadt Düsseldorf war das Netzwerk im Sektor Mitte-West, in Köln das Netzwerk im Stadtbezirk Mülheim beteiligt.

Die vorrangige Verantwortung für die Umsetzung des Programmes vor Ort lag bei der LVR-Klinik, die in der jeweiligen Region den Pflichtversorgungsauftrag wahrnimmt. Dieses Vorgehen wurde gegenüber einer Förderung ganzer Netzwerke als überlegen angesehen, weil ein höheres Maß der Verbindlichkeit und Konkretheit in der Umsetzung erwartet wurde, um die versorgungsspezifischen Besonderheiten der Region angemessen zu berücksichtigen.

Dem Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement des LVR-Dezernats Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen oblag die Steuerung des Programms, um eine systematische Begleitung, Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse sowie den Erfahrungstransfer zu unterstützen und für eine Verbreitung von Netzwerkdenken und für ein professionelles Netzwerkmanagement zu werben.

Zur Sicherstellung von Begleitung, Dokumentation, Auswertung und Erfahrungstransfer wurden im LVR-Fachbereich „Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement“ Personalressourcen im Umfang von 0,5 Stellen für das Programm bereitgestellt.

Zur Umsetzung des Programms wurde in einer ersten Stufe zunächst drei Netzwerken jeweils eine Fördersumme von 50.000 € pro Jahr für eine zweijährige Laufzeit (insgesamt 100.000 € verteilt über drei Haushaltsjahre) zur Verfügung gestellt,¹⁵ im weiteren Verlauf wurde die Förderung schließlich auf neun Netzwerke ausgedehnt.¹⁶

Der Förderbetrag sollte, entsprechend der jeweiligen Ausgangslage, der gewählten Vorgehensweise und der Ziele, für die Deckung zusätzlicher Personal- und Sachaufwendungen eingesetzt werden. Die Mittel konnten für die Finanzierung von zusätzlichen Personal- und Sachkosten in den jeweiligen Kliniken und/oder für die Finanzierung von Personal- und Sachkosten der Partnerorganisationen verwendet werden. Die Partizipation der Partnerorganisationen an

¹⁵ Vorlage 12/2468 und 12/2468/1, siehe Anlage 7.4

¹⁶ Vorlage 12/250, siehe Anlage 7.2

den Zuwendungen, mit Blick auf die hierdurch erreichte höhere Verbindlichkeit von Vereinbarungen, war ausdrücklich erwünscht.

Tabelle 1: Die Programmregionen im Überblick

Programmregion	Umsetzungsverantwortung	Laufzeit
Düsseldorf Sektor „Mitte-West“	LVR-Klinikum Düsseldorf	11/2007 - 10/2009
Kleve	LVR-Klinik Bedburg-Hau	11/2007 - 10/2009
Mönchengladbach	LVR-Klinik Mönchengladbach	11/2007 - 12/2009
Bonn	LVR-Klinik Bonn	09/2008 - 08/2010
Köln-Mülheim	LVR-Klinik Köln	09/2008 - 08/2010
Solingen	LVR-Klinik Langenfeld	06/2008 - 05/2010
Städtereion Aachen	LVR-Klinik Düren	09/2009 - 08/2011
Essen	LVR-Klinikum Essen	11/2009 - 10/2011
Kreis Viersen	LVR-Klinik Viersen	02/2010 - 01/2012

1.1 Programmarchitektur

Steuerung und Begleitung des Programmes lag im LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement, der die Erfüllung der Voraussetzungen zur Teilnahme am Programm zunächst über ein Antragsverfahren ermittelte.¹⁷

In den Teilnahmeanträgen der LVR-Kliniken waren Art, Ausmaß und Zielsetzungen der jeweiligen Partnerschaft beschrieben. Als „natürliche“ Kristallisationskerne der Verbundentwicklung waren die Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) zu berücksichtigen.

¹⁷ Siehe Anhang 7.5 „Antrag auf Teilnahme am Programm“. Mit dem Beschluss zum Antrag 12/250 „Zukunft der Rheinischen Kliniken gestalten – gemeindenahe Versorgung verbessern“ hatte die Landschaftsversammlung am 10.03.2008 die Verwaltung beauftragt, alle Rheinischen Kliniken in das Anreizprogramm aufzunehmen.

Darüber hinaus waren die kommunale Gebietskörperschaft, als die für Kooperation zuständige untere Gesundheitsbehörde, die Einrichtungen und Dienste der außerstationären Versorgung sowie niedergelassene Nervenärzte für eine erweiterte Partnerschaft vorgeschlagen.

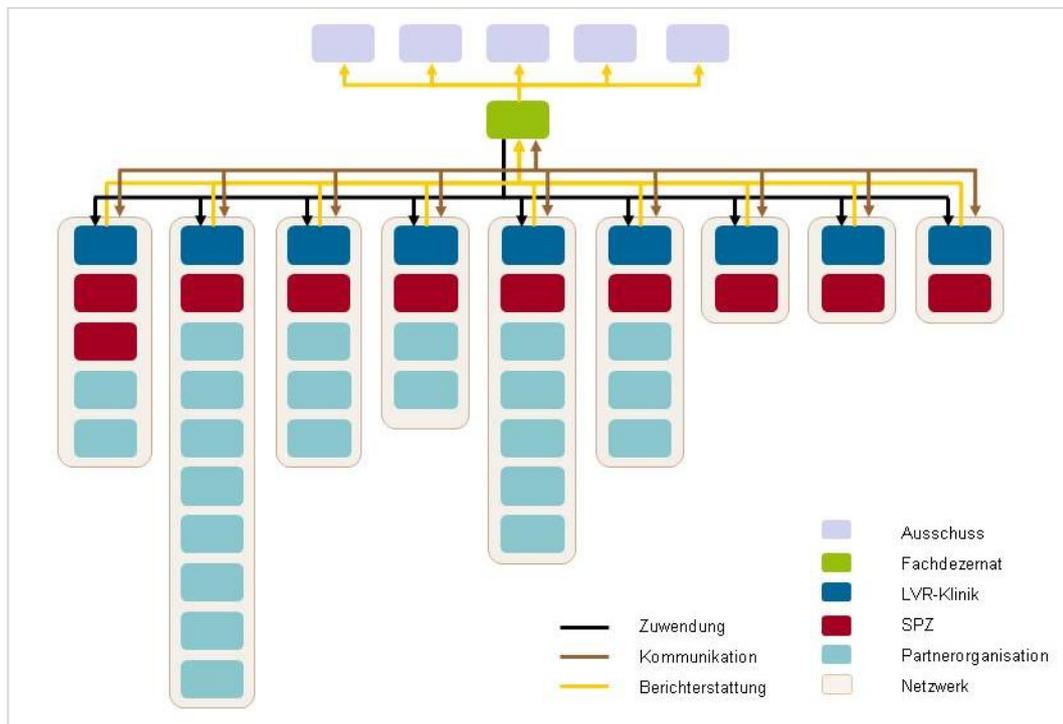


Abb. 3: Schema der Programmarchitektur

Kriterien für die Auswahl der Netzwerke waren

- Art und Bedeutung der Partner im regionalen Umfeld,
- Art und Umfang der angesprochenen Veränderungsziele,
- Art und Umfang der geplanten Maßnahmen,
- Verbindlichkeit der Vereinbarungen,
- Aussicht auf Verstetigung der eingeleiteten Maßnahmen.

Zunächst wurden drei Regionen ausgewählt. Die regionale Umsetzungsverantwortung wurde den LVR-Kliniken zugewiesen. Dabei handelte es sich allerdings um eine LVR-interne Zuweisung, mit der eine exponierte Position der LVR-Klinik im jeweiligen Netzwerkes weder beabsichtigt noch faktisch vorgegeben war.

Die Netzwerke wurden durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LVR-Fachbereichs „Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement“ mit un-

terschiedlicher Intensität unterstützt. Einige Netzwerke haben das Unterstützungsangebot nicht wahrgenommen, einige haben Moderationsleistungen für Selbstbewertungen und Konsensgespräche sowie bei der Planung von Verbesserungsmaßnahmen in Anspruch genommen, in zwei Netzwerken war die regelmäßige Teilnahme an Sitzungen des Lenkungsgremiums ausdrücklich erwünscht.

1.2 Ziele

Das Anreizprogramm sollte die systematische Weiterentwicklung der durch die Sozialpsychiatrischen Zentren gebildeten Verbundansätze zu gemeindepsychiatrischen Verbänden unterstützen. Unter aktiver Beteiligung der LVR-Kliniken sollte die Versorgungsqualität für psychisch kranke Menschen – im besonderen für jene mit hohem und komplexem Hilfebedarf – verbessert werden.

Als besonders wichtig wurden Maßnahmen der Sicherung einer einrichtungsübergreifenden Behandlungs- und Betreuungskontinuität für psychisch kranke Menschen erachtet, unter Berücksichtigung von Betroffenen, die an chronischen Verlaufsformen psychischer Erkrankungen leiden oder von Chronifizierung bedroht sind.

Außerdem sollte darauf hingewirkt werden, die Maßnahmen in Vereinbarungen nach §§ 140a ff SGB V einzubinden. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Zuwendungen durch das Anreizprogramm eine Grundlage für die verbesserte Einbeziehung von Sozialpsychiatrischen Zentren und Trägern von Wohnhilfen in Maßnahmen der Integrierten Versorgung bieten könnte.

Auf der operativen Ebene ergaben sich daraus die folgenden Arbeitsschritte:

- Durchführung einer systematischen Selbstbewertung zum Stand der Vernetzung und Kooperation mit dem NBQM Standardformular,¹⁸
- Vereinbarung, Umsetzung und Überprüfung von Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation der Einrichtungen und Dienste,
- Fortführung des NBQM-Zyklus.

Die aus der Selbstbewertung resultierenden Maßnahmen sollten die folgenden vorab aus dem Kriterienkatalog abgeleiteten Anforderungen berücksichtigen:

- Entwicklung von einrichtungsübergreifenden Patientenpfaden,
- Verbesserung des Case Managements,
- gemeinsame integrierte Leistungserbringung,

¹⁸ Siehe Anhang 7.8 „Beispiel eines Standardformulares“

- Empowerment der Patientinnen und Patienten,
- Information und Kommunikation zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Einrichtungen verbessern,
- Förderung eines wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes.

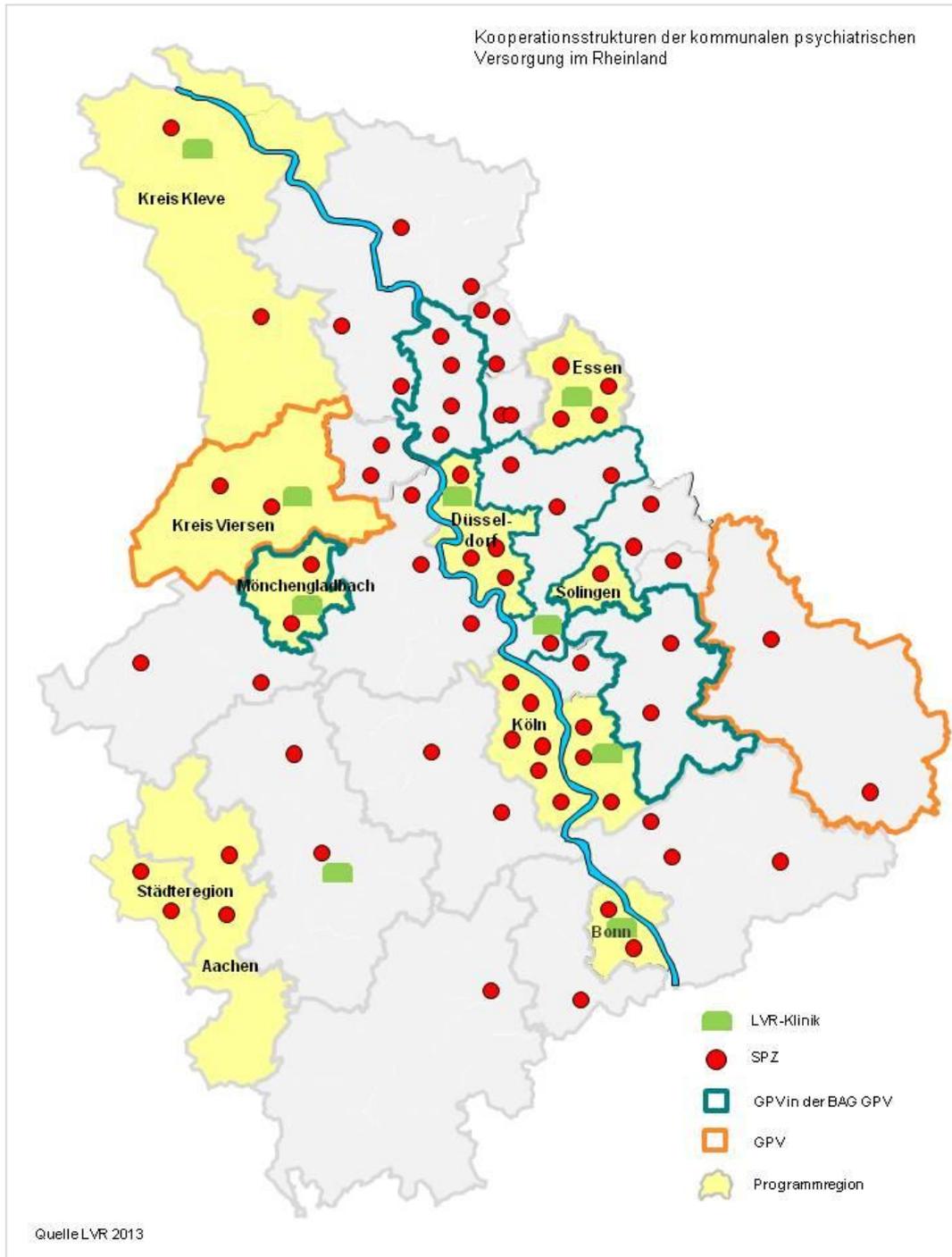


Abb. 4: Kooperationsstrukturen im Rheinland

1.3 Ablauf

Das Programm begann im November 2007 zunächst mit drei kommunalen Netzwerken. Mit Umsetzung des Beschlusses 12/250 kamen in den Jahren 2008 und 2009 weitere fünf hinzu, im Jahr 2010 startete schließlich das letzte Netzwerk und beendete im Januar 2012 seine Vorhaben.¹⁹

In den meisten Netzwerken bildete die Einrichtung der notwendigen Strukturen den Auftakt: Lenkungsorgane wurden gebildet, bzw. vorhandene Gremien für das Programm genutzt, die Funktion der kommunalen Koordination wurde zugeordnet.

Die Lenkungsorgane haben das Arbeitsprogramm mit einer Selbstbewertung begonnen:

- Verbesserungsbereiche wurden identifiziert und priorisiert,
- Verbesserungsmaßnahmen wurden abgeleitet,
- Verbesserungsprojekte wurden durchgeführt und bewertet.

Art und Anzahl der einzelnen Umsetzungsvorhaben je Region richteten sich nach dem Aufwand und den für die Projektarbeit verfügbaren Ressourcen. Leitend war dabei die Haltung der Kooperationspartnerschaften keine isolierten Projekte zu absolvieren, sondern nur solche mit hoher Relevanz für die weitere Arbeit im Netzwerk.

Berücksichtigt wurden im Besonderen einige aus dem Kriterienkatalog herausgehobene Anforderungen an die Netzwerkentwicklung während der Laufzeit des Anreizprogrammes.²⁰

1.4 Meilensteine

Im Programmzeitraum fanden vier Tagungen und ein Workshop zum Thema „Förderung von Verbundkooperationen“ statt, die den Partnerschaften die Möglichkeit eröffneten ihr Netzwerk vorzustellen, über den Stand der Umsetzung und Ergebnisse zu berichten sowie die Gelegenheit zum interregionalen Austausch zu nutzen.

- Am 11.12.2008 fand ein interregionales Arbeitstreffen in Köln statt, bei dem erste Zwischenergebnisse aus den Netzwerken vorgestellt wurden.²¹

¹⁹ Vgl. Tabelle 1, S. 18

²⁰ Vgl. Antrag 12/158 „Gemeindenaher Kooperation stärken“ im Anhang

²¹ Vorlage 12/4098 „Weiterentwicklung von Kooperation und Vernetzung in kommunalen Hilfesystemen“ mit Anlage „LVR-Anreizprogramm Förderung von Verbundkooperationen - Dokumentation des 1. Interregionalen Arbeitstreffens der Modellregionen am 11.12.2008 in Köln“

- Die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. (AGpR) und die LVR-Akademie für seelische Gesundheit veranstalteten vom 24.–26.06.2009 eine gemeinsame Tagung unter dem Titel „Personenzentrierte Kooperation von Klinik- und Gemeindepsychiatrie“. Hier wurde ein weiteres Mal das Anreizprogramm und die Notwendigkeit der Netzwerkentwicklung dargestellt und in netzwerkorientierte Arbeitsweisen eingeführt.
- Am 21.01.2010 konnten die Netzwerke ihre Erfahrungen sowie den aktuellen Stand ihrer Projekte im Rahmen der Tagung „Psychiatrisches Krankenhaus und Gemeindepsychiatrie – Partnerschaft zwischen Kooperation und Konkurrenz“ präsentieren und austauschen.²²
- Schließlich bot die Tagung des LVR „Blick zurück nach vorn – Sozialpsychiatrische Zentren im Rheinland, am 26.11.2012 den Netzwerken die Gelegenheit, abschließend über Ergebnisse und weiteres Vorgehen zu berichten.
- Zwischen 2010 und 2012 wurden die sukzessiv eingehenden regionalen Abschlussberichte im Fachbereich für Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement gesammelt und redaktionell aufbereitet.

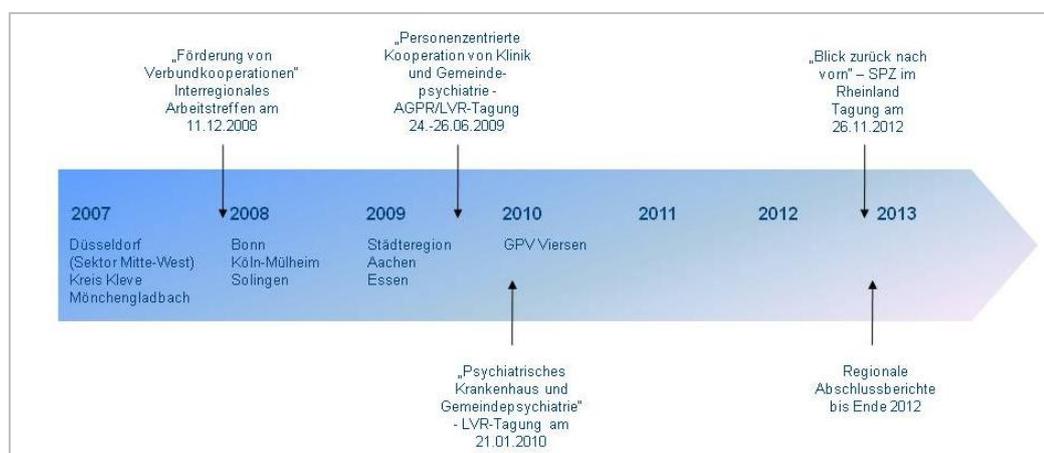


Abb. 5: Meilensteine im Anreizprogramm

²² Siehe Landschaftsverband Rheinland (Hg.): Psychiatrisches Krankenhaus und Gemeindepsychiatrie – Partner in der Versorgung. Kooperationsveranstaltung von LVR und Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. in Zusammenarbeit der Tagungsreihen „Krankenhaus im Wandel“ und „SPZ-Fachtagung“, Köln 2011

2 Das Konzept Netzwerkmanagement – NBQM

Kooperations- und Koordinationshemmnisse in der kommunalen psychiatrischen Versorgung zielstrebig zu reduzieren und Vernetzung systematisch zu entwickeln, erfordert eine besondere methodische Professionalität und einen spezifischen Handlungsrahmen. Mit NBQM stellt der LVR dafür ein „lernendes“ Managementkonzept der Netzwerkentwicklung in kommunalen Hilfesystemen zur Verfügung, das – unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit seinen leitenden Verfahren und Instrumenten in unterschiedlichen Hilfesystemen – kontinuierlich weiterentwickelt wird.

NBQM stützt sich auf Grundelemente der Qualitätsmanagementansätze des Total Quality Management (TQM)²³ und der European Foundation for Quality Management (EFQM)²⁴. Diese Konzepte wurden für die Steuerung und Weiterentwicklung komplexer kommunaler Hilfesysteme überarbeitet.

NBQM nutzt den TQM/EFQM-Ansatz als Basis für die systematische Entwicklung von Maßnahmen und Prozessen zur Vernetzung der unterschiedlichen Hilfen erbringenden Einrichtungen und Dienste.

In einem Netzwerk sind in der Regel die einzelnen Mitglieder Organisationen bzw. Institutionen. Ein Netzwerk ist eine „Organisation von Organisationen“ – eine Metaorganisation.²⁵ Kommunale Versorgungssysteme werden damit betrachtet wie komplexe Organisationen, die auf der Grundlage eines umfassend ausgerichteten Managementmodells weiterentwickelt werden sollen.

Ziel ist es, in umgrenzten kommunalen Versorgungszusammenhängen ein ganzheitliches, umfassendes Denken und Handeln der für die psychiatrische Versorgung Verantwortlichen zu fördern und damit Kooperation, Koordination und Integration zu unterstützen.

2.1 Management-Ansatz

Philosophie des NBQM ist, dass die Vernetzung der an der kommunalen psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Organisationen durch gemeinsame Ziele und durch gemeinsames Handeln auf einer gemeinsamen Arbeitsgrundlage gefördert wird.

²³ Kamiske, Gerd F. (Hg.): Der Weg zur Spitze: Mit Total Quality Management zu Business Excellence – der Leitfaden zur Umsetzung, München, Wien 1998

²⁴ European Foundation for Quality Management: Die Grundkonzepte der Excellence, Brüssel 2002

²⁵ BfU Beratungsbüro für Umwelt- und Unternehmensentwicklung: Projekt BeNN – Wissenschaftliche Begleitforschung, Moderation und Coaching regionaler Netzwerke auf dem Gebiet neuer Nutzungsstrategien – Abschlussbericht, Berlin 2005, S. 103

Nach Dammer ist das Gelingen von Kooperationen „weniger eine Frage der Fachkompetenzen der Beteiligten, als vielmehr eine Frage ihrer Haltung zur Kooperation“, die beschrieben wird durch das Spannungsgefüge Kooperationskultur. „Als reales Kräftespiel der Faktoren in einer konkreten Kooperation bestimmt es Qualität und Wirksamkeit der Kultur dieser Kooperation.“²⁶

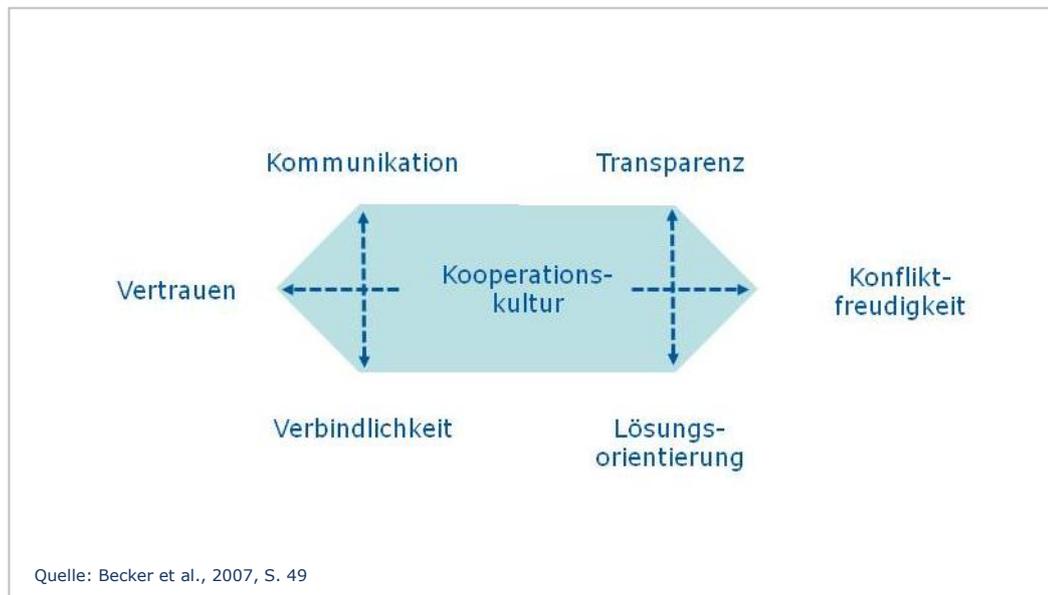


Abb. 6: Faktoren der Kooperationskultur im Überblick

Für die Lenkung von Netzwerken werden im NBQM-Modell Grundsätze und Leitlinien formuliert, die dieser Auffassung zu netzwerkulturellen Voraussetzungen Rechnung tragen. Im Folgenden werden die zentralen Elemente vorgestellt.

2.1.1 Verbindlichkeit und Zielkonsequenz

Grundlegend für den gelingenden Aufbau und die Weiterentwicklung eines Netzwerkes ist die Schaffung von Klarheit über die gemeinsamen Ziele und Aufgaben, die Übereinstimmung darin sowie die Verpflichtung der einzelnen Teileinheiten (Einrichtungen und Dienste), dazu den gemeinsam vereinbarten Beitrag zu leisten.

²⁶ Dammer, Ingo: Gelingende Kooperation („Effizienz“), in: Thomas Becker, Ingo Dammer, Jürgen Howaldt, Stephan Killich, Achim Loose (Hg): Netzwerkmanagement. Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg, 2. Überarb. u. erw. Auflage, Berlin, Heidelberg 2007, S. 49

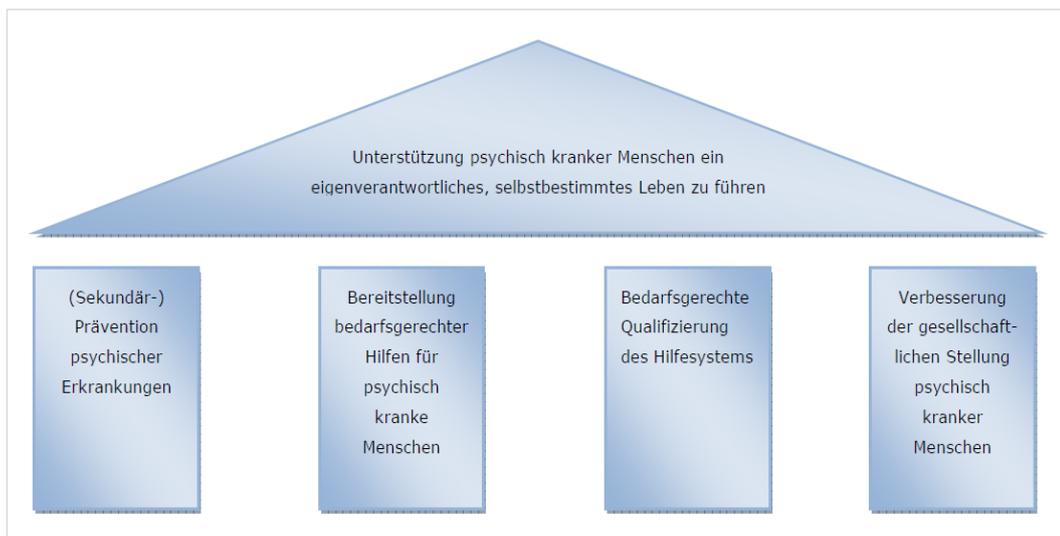


Abb. 7: Ziele des kommunalen psychiatrischen Hilfesystems

In der Verbindlichkeit der Zusammenarbeit kommt die Intensität zum Ausdruck, mit der sich die Kooperierenden an das Netzwerk gebunden fühlen. Damit ist kein äußerer Eingriff in Integrität, Autonomie und Verantwortung der Einrichtungen und Dienste beabsichtigt. Vielmehr ist deren prinzipielle Bereitschaft unverzichtbar, sich in der Kooperationspartnerschaft auf gemeinsame Arbeitsbeziehungen festzulegen. Ohne „funktionale Autonomie“ gegenüber den Einzelorganisationen kann das Netzwerk seine Zwecke nicht erfüllen.²⁷ Dies setzt Vertrauen voraus. Jede Form erzwungener oder angeordneter interorganisationaler Zusammenarbeit mindert die Aussicht auf Erfolg in der Entwicklung, Entfaltung und Intensivierung von funktionierenden Kooperationsbeziehungen hin zu Verbundlösungen.²⁸

Die Steuerungsebene des Netzwerkes tritt neben die Leitungsebene der kooperierenden Organisationen und übernimmt die Gesamtverantwortung für das an den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten orientierte Versorgungsnetz. Dies impliziert die gemeinsame Versorgungsverpflichtung und die Zustimmung zur Bindung von Organisationsressourcen in der Netzwerkarbeit.

²⁷ Vgl. Dammer, a.a.O., S. 55

²⁸ Der Auffassung von Peukert, „die Beteiligten müssten in einen Kooperationsprozess gezwungen werden können,“ betrachten wir vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Entwicklung von Kooperationsbeziehungen in kommunalen Netzwerken mit Skepsis. Vgl. Peukert, Reinhard: Wie lässt sich wirtschaftliche Konkurrenz und fachliche Kooperation verknüpfen?, in: Sozialpsychiatrische Informationen 1/2009, S. 10

2.1.2 Balance der Ansprüche

Ein Ziel von NBQM ist, die Ansprüche aller relevanten Interessensgruppen (Klientel, Gesellschaft, Mitarbeiterschaft) in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander zu bringen. Kommunale psychiatrische Versorgung ist, aufgrund des dem Thema „psychische Erkrankung“ inhärenten gesellschaftlichen Konfliktpotentials, noch stärker als andere Bereiche der sozialen und Gesundheitsversorgung, auf das erfolgreiche Ausbalancieren der Bedürfnisse der Gesellschaft, der Mitarbeiterschaft und der Klientel angewiesen. Die dafür notwendigen Vermittlungsprozesse bedürfen einer einrichtungsübergreifenden Gesamtstrategie.

2.1.3 Klientelorientierung

Ziel ist die klare Ausrichtung der Dienstleistungen an den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten. Der Begriff umfasst in der psychiatrischen Versorgung

- die Gesamtheit der Menschen in der Region mit einem Risikopotential der Wiedererkrankung als Zielgruppe von Präventionsstrategien,
- die Gesamtheit der Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer Region als Zielgruppe von Beratungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten,
- kostentragende Institutionen,
- die indirekt Betroffenen wie Angehörige, Freundinnen und Freunde, Kolleginnen und Kollegen, die Arbeitsstelle etc.

Zwischen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen als unmittelbaren Klientinnen und Klienten und den kostentragenden Institutionen als mittelbarer Klientel kann keine vollständige Interessensgleichheit unterstellt werden. Insofern bedarf es hier der Erarbeitung von Ausgleichsstrategien, die den Bedürfnissen beider Gruppen bestmöglich Rechnung tragen.

Ein funktionierendes Netz der kommunalen psychiatrischen Versorgung muss überdies die Bedürfnisse aller psychisch kranken Menschen in der Region unter Einschluss der langjährig chronisch Kranken berücksichtigen. Die Überwindung selektiver Auswahlstrategien einzelner Einrichtungen und Dienste und das Einvernehmen hinsichtlich der gemeinsamen Übernahme der Pflichtversorgung erfordert besonders intensive Abstimmungsbemühungen.

2.1.4 Entwicklung und Beteiligung der Mitarbeiterschaft

Der Erfolg von Netzwerken hängt wesentlich davon ab, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter motiviert und zu eigenverantwortlichem Handeln ermutigt werden. Das Potential der Mitarbeiterschaft kann sich am besten unter gemeinsamen Werten und in einer Kultur des Vertrauens entfalten. Ziel ist, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu ermutigen, aktiv und eigenverantwortlich an einer effektiven Zusammenarbeit der im Netzwerk kooperierenden Einrichtungen und Dienste mitzuwirken.²⁹ Die verbreitete einrichtungszentrierte Perspektive sollte durch eine gemeinsam entwickelte netzwerkbezogene Sichtweise abgelöst werden. Dabei müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Partnerorganisationen nicht nur lernen zusammenzuarbeiten, sondern auch akzeptieren, dass ihre Zusammenarbeit organisationsübergreifend abgestimmt wird.

2.1.5 Aufbau und Entwicklung von Partnerschaften

Eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der kommunalen psychiatrischen Versorgung stellt der Aufbau von „Schlüsselpartnerschaften“ dar. Wie in der Kooperation selbst ist auch hier Vertrauen und Transparenz eine wichtige Voraussetzung für das Gewinnen wichtiger Verbündeter z.B.

- in der Kommunalpolitik,
- in der Arbeitgeberschaft,
- bei Presse und Medien sowie
- in Einrichtungen und Dienste „angrenzender“ Hilfen (Wohnungslosenhilfe, Schuldnerberatung, Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe).

Dazu gehört schließlich auch, das Netzwerk als Einflussfaktor zu etablieren: Netzwerke der kommunalen psychiatrischen Versorgung verfügen hinsichtlich der Entwicklung psychiatrischer und nicht-psychiatrischer Hilfen für psychisch kranke Menschen über umfassende Expertise und genügend Unabhängigkeit von den Interessen der Einzelorganisationen, die sie aktiv sichtbar machen sollten, um von Politik und Gesellschaft sachbezogen um Expertise (Stellungnahmen, Gutachten o.ä.) angefragt zu werden.³⁰

²⁹ „Bringen diese nicht die erforderliche Offenheit und Motivation mit, ist die Zusammenarbeit bereits im Vorfeld zum Scheitern verurteilt.“ Zit.: Howaldt, Ellerkmann, in: Becker, a.a.O., S. 39

³⁰ Vgl. Elsholz, a.a.O., S. 43

2.1.6 Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit

Das Thema „psychische Erkrankung“ birgt nach wie vor ein erhebliches öffentliches Konfliktpotential: Kontakt-/Beratungsstellen und Wohnrichtungen in der Nähe von Kindergärten und Spielplätzen, Angst vor Belästigung und Gewalt etc.

Themen dieser Art führen häufig zu wachsenden gesellschaftlichen Spannungen, die sich gegen die Betroffenen richten können. Ziel ist, dass das kommunale psychiatrische Hilfesystem dazu beiträgt, den Vorurteilen und Ängsten durch Aufklärung und Information zu begegnen. Konfliktsenkende Maßnahmen und die Moderation zwischen Bedürfnissen des Gemeinwesens und der Betroffenen können sinnvoll nur auf Grundlage einer engen Zusammenarbeit der beteiligten Stellen organisiert werden.

2.1.7 Management mit Prozessen und Fakten

Eine Voraussetzung für ein effektiv arbeitendes Netzwerk ist, dass alle miteinander verknüpften Aktivitäten verstanden und systematisch gemanagt werden. Entscheidungen über gegenwärtige Aktivitäten und geplante Verbesserungen sollten auf der Grundlage zuverlässiger Informationen getroffen werden. Ziel ist, innerhalb der kommunalen Kooperation ein größtmögliches Maß an Transparenz und Klarheit herzustellen. Wesentliche Elemente bilden daher

- die Definition und Gestaltung einrichtungsübergreifender Abläufe (Vermittlung, Informationstransfer) sowie
- die systematische Zusammenführung und Auswertung steuerungs- und entwicklungsrelevanter Daten und Informationen über die Aktivitäten im Netzwerk.

2.2 Organisation und Steuerung von Netzwerken

Das kommunale psychiatrische Hilfesystem verfügt nicht über eine einheitliche Unternehmensleitung. Leitungsfunktionen sind auf eine mehr oder weniger große Anzahl von Personen verteilt:

- die Leitung von Einrichtungen und Diensten,
- die Geschäftsführung bei den Trägerorganisationen,
- die Leitung kommunaler Dienststellen etc.

NBQM setzt auf Vertrauen, Konsensbildung und Selbstbindung der Beteiligten (Organisationen), deren Autonomie respektiert wird. NBQM unterstellt ihre Einsicht in die Notwendigkeit, übergreifende Steuerungsfunktionen in einem nicht-hierarchischen und polyzentrisch strukturierten Netzwerk abgestimmt und gebündelt wahrzunehmen.

2.2.1 Einrichtung einer Lenkungsgruppe

Es wird empfohlen, zur Wahrnehmung übergreifender Lenkungs- und Koordinationsaufgaben innerhalb des kommunalen Netzwerkes der psychiatrischen Versorgung, ein Lenkungsgremium einzurichten. Seine Kompetenzen und Pflichten sollten in einer Geschäftsordnung verankert werden.

Die Effektivität und die Effizienz komplexer Hilfesysteme hängen maßgeblich davon ab, ob es gelingt, einrichtungsübergreifende Steuerung gemeinsam wirkungsvoll wahrzunehmen und partikulare Einrichtungsinteressen zugunsten einer abgestimmten Gesamtstrategie zurückzustellen.

In dem Lenkungsgremium sollte mindestens die Leitungsebene

- der an der kommunalen psychiatrischen Versorgung beteiligten Einrichtungen und Dienste sowie
- die der kommunalen Gebietskörperschaft vertreten sein.

Das Lenkungsgremium kann sowohl als Unterarbeitskreis der kommunalen Gesundheitskonferenz wie auch als eigenständige Struktur eingerichtet werden. Seine Aufgaben sind u.a.

- eine gemeinsame Arbeitsgrundlage (Leitbild) der beteiligten Institutionen zu erarbeiten, in der Grundsätze der Zusammenarbeit, der gemeinsamen Arbeitshaltung und Hilfekultur festgeschrieben werden,
- Ziele für die Weiterentwicklung der Hilfen zu erarbeiten und konkrete Maßnahmen daraus abzuleiten,
- strategische Gesamtentscheidungen zur Weiterentwicklung zu treffen,
- Ethik und Werte, die das Entstehen einer gemeinsamen Organisations- und Kooperationskultur fördern, zu erarbeiten und vorzuleben,
- zur Zusammenarbeit im Hilfesystem anzuregen und zu ermutigen,
- die kontinuierliche Verbesserung der Zusammenarbeit und der Leistungsfähigkeit des Hilfesystems zu entwickeln und zu überwachen,

- Kontakte zu potentiellen Verbündeten und Vertreterinnen und Vertretern der Gesellschaft (Öffentlichkeit, Presse, Politik) aufzubauen und zu pflegen.

Um die Identifikation mit dem Netzwerk sicherzustellen, sind angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten auf der Ebene der Mitarbeiterschaft zu berücksichtigen. Im Sinne einer verbindlichen Selbstverpflichtung erklären die Beteiligten sich dazu bereit, die Umsetzung der gemeinsamen Handlungsgrundsätze aktiv zu unterstützen und die darin beschriebenen Werte vorzuleben.

Die Einrichtung eines Lenkungsgremiums und die Selbstverpflichtung der darin vertretenen Personen und Funktionen, entsprechend den dargestellten Grundsätzen, sind unverzichtbare Voraussetzungen für erfolgreiche Netzwerkarbeit.

2.2.2 Einrichtung der kommunalen Koordination

Das Lenkungsgremium beauftragt eine Koordinatorin/einen Koordinator zur Unterstützung seiner Arbeit. Koordination sichert und strukturiert die netzwerkrelevante Kommunikation zwischen den Handelnden: Störende direkte Kommunikation wird reduziert, Redundanzen und Widersprüche werden vermindert.

Die Koordination setzt Arbeitsaufträge um, soweit sinnvoll und geboten im Rahmen von Projektgruppen, unter Einbeziehung der Mitarbeiterebene. Die Funktion der Koordination kann z.B. durch die Psychiatriekoordination wahrgenommen werden.³¹

Durch die Koordination sollte auch das prozessbegleitende Netzwerk-Monitoring der Kooperationspraxis sichergestellt sein.³²

³¹ Vorstellbar ist aber auch eine unter den Partnerorganisationen rotierende Koordination wie sie das Netzwerk der Suchthilfe in Mönchengladbach in § 4 seiner Geschäftsordnung verankert hat. Vgl. dazu: NBQM-Lenkungsgruppe: Netzwerk der Suchthilfe in Mönchengladbach, Mönchengladbach 2011, S. 11

³² Als anpassungsfähiges und damit praktikables Instrument zur kurzfristigen regelmäßigen Beobachtung des Netzwerkklimas erscheint die Checkliste „Unternehmenskultur“ des BfU – Beratungsbüro für Umwelt- und Unternehmensentwicklung, http://www.netzwerk-kompetenz.de/download/checkliste_nwklima.pdf, Download am 14.01.2013

2.2.3 Einrichtung von Arbeitsgruppen

Die Arbeit mit NBQM erfolgt zyklisch und im Zuge eines Durchlaufs projektbasiert. Zentrales Merkmal ist dabei der „übergreifende Charakter einer befristeten Zusammenarbeit“³³ in einem unbefristeten Kontext.

Die Vorbereitung und Umsetzung der Arbeitsschritte und der Verbesserungsprojekte erfolgt vorzugsweise durch einrichtungs- und professionsübergreifend besetzte Arbeitsgruppen. Regelungen für die Entsendung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Arbeitsgruppen sowie für die Unterstützung und Begleitung der Projektgruppen sind vorab zu verabreden und festzulegen.

Netzwerkprojekte und die Verbreitung von netzwerkrelevantem Know How (Erfahrungen und Wissen) sind für die Herausbildung bzw. Entwicklung eines guten Netzwerkklimas und einer sich entfaltenden Netzwerkkultur von elementarer Bedeutung.³⁴

Kurzfristig angelegte Projekte mit ggf. häufig wechselnden Teamzusammensetzungen erzeugen ein stetig wachsendes und sich entfaltendes Wissen über Prozesse im und eine wachsende Zustimmung zum Netzwerk. Diese Kompetenzen und diese Grundhaltung sind Netzwerkkapital, da sie mit dem Abschluss der jeweiligen Projekte ja nicht verlorengehen, sondern in einem Latenzzustand gehalten, für künftige Vorhaben zur Verfügung stehen.³⁵

2.3 Arbeitsprogramm

Ein Netzwerk besteht nur, wenn es arbeitet. Es kommt also darauf an, einerseits Handlungsfelder und Aufgaben zu benennen, andererseits die Arbeitsweise festzulegen.³⁶

Das Managementkonzept NBQM stellt dafür den spezifischen Handlungsrahmen bereit: Das Arbeitsprogramm ist der Motor des Netzwerkes. Seine Umsetzung erfolgt in den nachfolgend dargestellten Verfahrensschritten:

³³ Sydow und Windeler nach Braun, Timo: Kooperatives Verhalten in interorganisationalen Projekten. Eine konzeptionelle und empirische Weiterentwicklung des OCB-Ansatzes. Diss. FU-Berlin 2013, Köln 2013, S. 91

³⁴ Vgl. Sustainum – Institut für zukunftsfähiges Wirtschaften Berlin, unter: <http://www.netzwerk-kompetenz.de/kultur/index.html>, Download am 22.02.2012

³⁵ Vgl. Braun, ebenda.

³⁶ Vgl. dazu den Vortrag von Matthias Rosemann „Perspektiven des Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ – Vortragsmanuskript für die Tagung „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“ am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen, unter: http://www.bagppv.de/Datenbank/downloads/Rosemann%20Vortrag%20Perspektiven%20Gemeindepsych_Verbund-1.pdf, Download am 10.12.2008

- die regelmäßige Durchführung von Selbstbewertungen mit der Identifizierung von Handlungsfeldern und Verbesserungsbereichen,
- die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen, ihre Priorisierung und und konkrete Projektierung,
- die Durchführung der dringlichen Maßnahmen und
- die Feststellung der Ergebnisse und Überprüfung ihrer Wirkungen.



Abb. 8: NBQM Arbeitsprogramm

2.3.1 Selbstbewertung

Die Identifikation, Analyse und Bewertung von Stärken und Verbesserungspotentialen eines Netzwerkes erfolgt überwiegend in kommunikativer, moderierter Weise.

Eine mögliche Methode ist die Selbstbewertung. Sie ist eine systematische und regelmäßige Überprüfung der Aktivitäten und der daraus resultierenden Ergebnisse einer Organisation bzw. eines Netzwerkes. Sie steht am Beginn des Arbeitsprogrammes, klärt die Ausgangssituation und gibt im Ergebnis Aufschluss über Verbesserungspotential und erforderliche Maßnahmen.

Empfohlen wird für die Durchführung von Selbstbewertungen eine externe Moderation. Alle Mitglieder des Lenkungsgremiums können uneingeschränkt an der Bewertung teilnehmen. Akzeptanz mindernde Rollenwechsel zwischen neutraler Sitzungsleitung und „beteiligter Partei“ werden damit vermieden.

In der Selbstbewertung werden Stärken und Schwächen (Verbesserungsbereiche) der kommunalen psychiatrischen Versorgung ermittelt. Der NBQM-Kriterienkatalog bietet hierzu eine nicht abgeschlossene Sammlung von Fragen, Anregungen und Maßnahmen, die eine Bestimmung des erreichten Grades der Kooperation und Koordination des Netzwerkes erlauben.

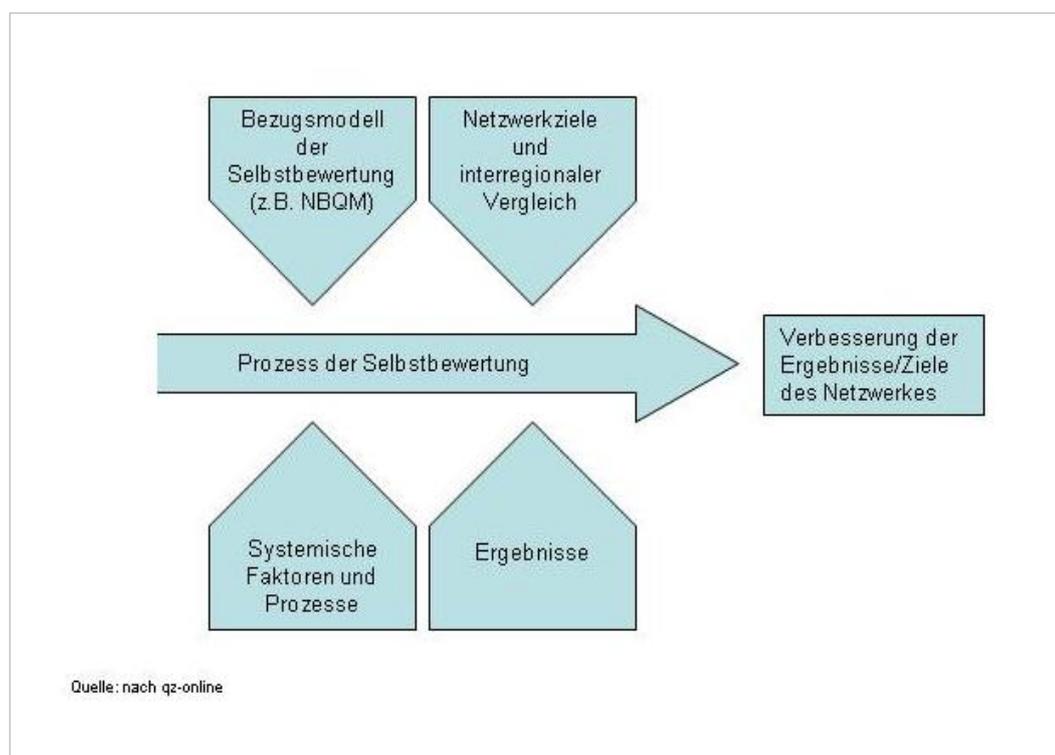


Abb. 9: Selbstbewertung in Netzwerken

Für die Durchführung von Selbstbewertungen gibt es nicht „einen“ Weg, vielmehr stehen verschiedene Verfahren zur Auswahl, die sich allerdings in Komplexität und Detaillierungsgrad und mithin dem damit verbundenen Zeitaufwand erheblich unterscheiden.³⁷ Eine Möglichkeit zur Begrenzung des Bewertungsaufwandes besteht in der Verwendung standardisierter Formulare.³⁸

Für jedes Teilkriterium wird ein Formular verwendet. Darin

- sind die Ansatzpunkte des Kriterienkataloges aufgeführt,
- werden Stärken und Schwächen festgestellt und dokumentiert, Nachweise für Stärken erbracht und

³⁷ Siehe Anhang 7.6 „Methoden der Selbstbewertung“

³⁸ Siehe dazu Anhang 7.8 „Beispiel eines Standardformulars“. Der Formularsatz besteht aus 25 Blättern zu allen Teilkriterien des Kriterienkataloges.

- können „Vorgehen“, „Umsetzung“, „Bewertung und Überprüfung“ je Teilkriterium bewertet und in einem „Gesamtergebnis“ zusammengefasst werden.

Die Vorbereitung der Selbstbewertung erfolgt durch eine oder mehrere multi-professionell besetzte Arbeitsgruppe(n) aus dem Pool der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen und Dienste.

Die Arbeitsgruppen recherchieren zu ihren Kriterien/Teilkriterien sämtliche für die Bewertung relevanten Informationen und Daten – immer bezogen auf das Netzwerk der psychiatrischen Hilfen – und dokumentieren diese in den Formularen. Nach Abschluss der Erhebung bildet das Standardformular die Grundlage der Selbstbewertung durch das Lenkungsgremium.

Von großer Bedeutung bei diesem Vorgehen ist die Qualität der Datenerhebung. Für die Erhebungsgruppe(n) muss Klarheit bestehen, wo die Informationen zu Vorgehen, Umsetzung, Bewertung und Überprüfung und zu den Ergebnissen zu finden sind.

Für die Selbstbewertung ist ein Zeitaufwand von ca. 1–2 Arbeitstagen einzuplanen, der auf mehrere kürzere Einzeltermine verteilt werden kann (Ergebnisse exemplarisch siehe Abb. 9).

2.3.2 Vereinbarung von Verbesserungsmaßnahmen

Um ein möglichst breites Umsetzungsspektrum im Zyklus zu erreichen, sollten die in der Selbstbewertung identifizierten Verbesserungsbereiche möglichst so priorisiert werden, dass sich Verbesserungsmaßnahmen zu unterschiedlichen Kriterien ergeben. Die Vereinbarung von Projekten erfolgt im Konsens aller Beteiligten. Die externe Moderation dieses Vorgangs wird empfohlen. Entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung der Vorhaben ist ihre präzise Beschreibung:

- Welche Ziele sollen erreicht werden und was ist dafür zu tun?
- Wie wird die Zielerreichung gemessen und bewertet?
- Welche Kosten sind mit der Maßnahme verbunden und welche Finanzierungsquellen kommen in Frage?
- Wer ist für die Umsetzung der Maßnahme verantwortlich? Wer führt sie durch (Projektgruppe)?
- In welchem Zeitraum kann/soll die Maßnahme umgesetzt werden?

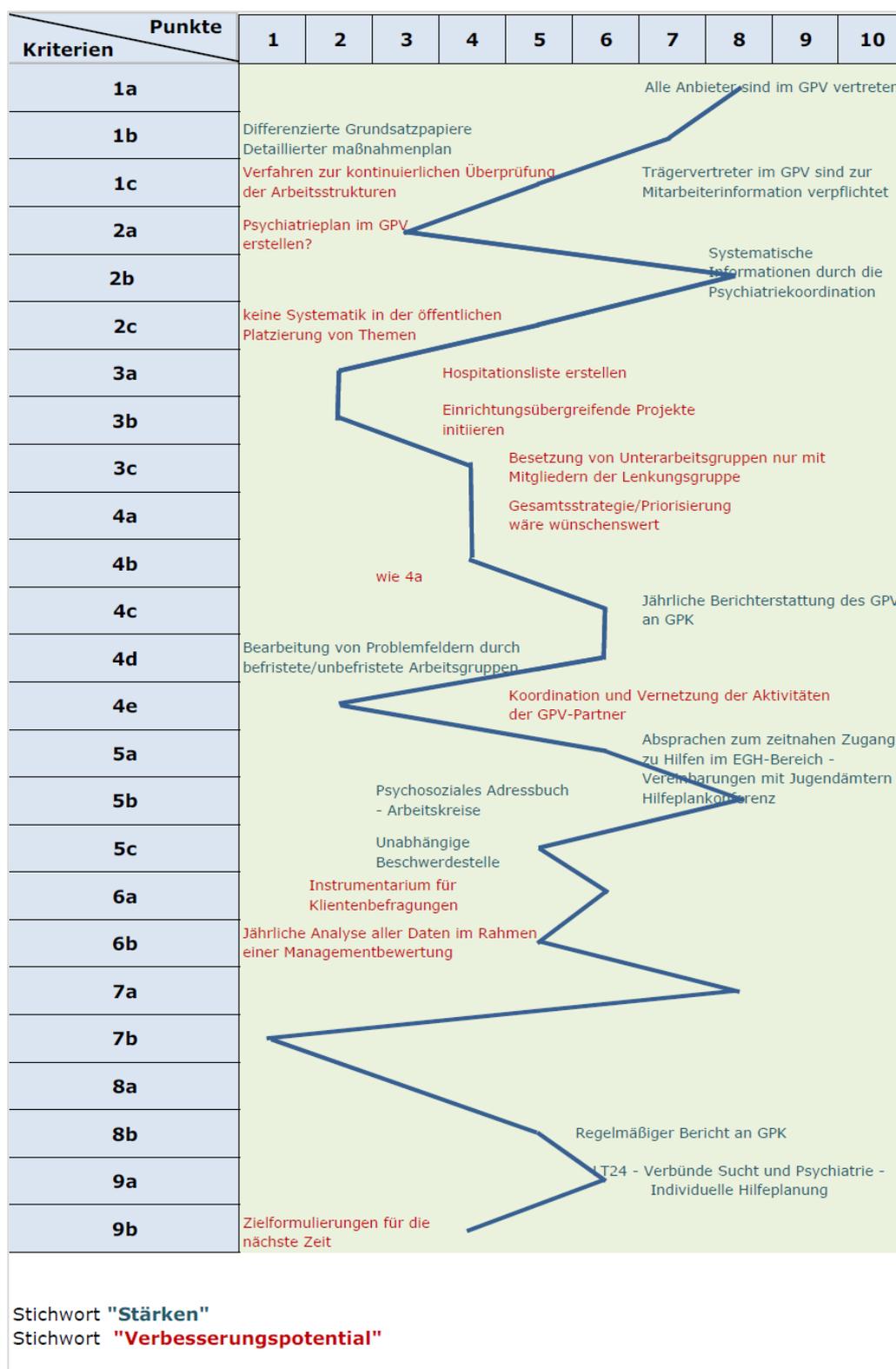


Abb. 10: Ergebnis einer Selbstbewertung

Es ist selbstverständlich, dass die Ergebnisse der Selbstbewertung und die vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen auf der Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in geeigneter Weise kommuniziert werden.

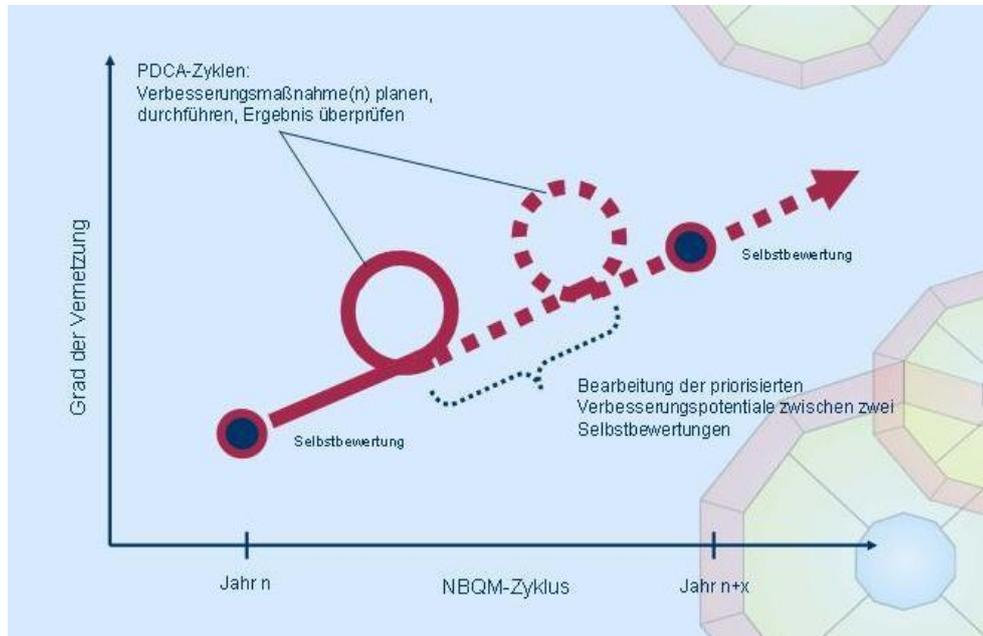


Abb. 11: NBQM-Zyklus

2.3.3 Fortführung des NBQM-Zyklus

Um zu verhindern, dass Kooperationen nur zeitlich limitiert auftreten und damit ohne langfristige Wirkung bleiben, ist die Nachhaltigkeit der Vernetzung in der psychiatrischen Versorgung ein wichtiges Ziel von NBQM.

Das Verfahren ist auf Dauer angelegt und beinhaltet die zyklische Abfolge von

- Selbstbewertung und Identifizierung von Verbesserungsbereichen,
- Vereinbarung von Verbesserungsmaßnahmen,
- Durchführung von Verbesserungsmaßnahmen und
- Überprüfung der Zielerreichung (vgl. Abb. 11: NBQM-Zyklus).

Der Einstieg in das NBQM-Programm und die Arbeit in Zyklen folgt den kommunalen Bedingungen und nimmt den aktuellen Stand der Kooperationsbeziehungen als Ausgangspunkt. Gemäß dem Grundsatz „der Weg ist das Ziel“ geht es nicht in erster Linie darum, sämtliche Einzelaspekte des NBQM-Kataloges möglichst schnell umzusetzen, sondern vielmehr darum, Verbesserungsmaßnahmen zu vereinbaren und im Zusammenwirken der Kooperierenden

umzusetzen.³⁹ Wie die Erfahrungen aus vorangegangenen Vernetzungsvorhaben zeigen, wird bereits durch diesen konsensual angelegten Aushandlungsprozess eine erhebliche Entwicklungsdynamik ausgelöst mit relativ schnell wahrnehmbaren Verbesserungen in der Zusammenarbeit aller Beteiligten.⁴⁰

2.4 Der NBQM-Kriterienkatalog

NBQM soll einen systematischen Prozess zur Weiterentwicklung des kommunalen psychiatrischen Hilfesystems in Gang setzen bzw. halten und stellt dafür organisatorische Lösungen, ein Arbeitsprogramm und inhaltliche Anknüpfungspunkte zur Verfügung.

Der Kriterienkatalog ist eine Zusammenstellung fachlicher sowie organisationaler Standards und Empfehlungen einer zeitgemäßen Gesundheitsversorgung im allgemeinen und der psychiatrischen im Besonderen, die bei der Einführung und nachhaltigen Entwicklung eines kommunalen Netzwerks der psychiatrischen Hilfen Berücksichtigung finden sollten.⁴¹

Er umfasst 9 Kriterien. Die Kriterien 1–5 beschreiben das Vorgehen eines Netzwerkes, um seine Ziele zu erreichen, die Kriterien 6–9, was das Netzwerk erreicht hat und wie es das Erreichte überprüft und bewertet.

Die im Kriterienkatalog aufgeführten Ansatzpunkte sind als Anregungen zu verstehen. Sie bieten Anknüpfungspunkte bei der Gestaltung des kommunalen Netzwerkes. Sie stellen sinnvolle Konkretisierungen zu den Kriterien und Teilkriterien dar, die die Selbstbewertung und die Konzeption und Durchführung von Verbesserungsmaßnahmen unterstützen können.

Der Katalog ist ein „offenes“ Produkt und damit – im Sinne guter Praxis – sukzessiv an die sich stetig verändernden Bedingungen kommunaler psychiatrischer Versorgung anzupassen und in seinen Ansatzpunkten weiter zu entwickeln.

³⁹ Zur Reduzierung der Ansprüche an das Netzwerk, vgl. Uwe Elsholz: Strategien zur Verstärkung der Netzwerkarbeit, in: REPORT 29/2006, S. 42

⁴⁰ Vgl. dazu auch die Berichte der Projektregionen Stadt Essen und Rhein-Sieg-Kreis und die Zusammenfassung der Ergebnisse im Abschlussbericht zum Landesmodellprojekt „Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement“, a.a.O.

⁴¹ Siehe die Langfassung des Kriterienkataloges in: Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement 2008, a.a.O., S. 22–42. Eine Kurzfassung des Kriterienkataloges ist im Anhang unter 7.7 dargestellt.

2.5 Das NBQM-Schulungskonzept

Zur Einführung in und zur Arbeit mit dem NBQM-Konzept hat der LVR ein Schulungskonzept in 5 Modulen entwickelt. Das Konzept ist adressiert vorrangig an Führungspersonal, Koordinierende sowie alle Mitwirkenden am Arbeitsprogramm.⁴²

In einem ersten Modul wird eingeführt in die den Vernetzungsbedarf evolvierenden Bedingungen des gegliederten Systems der sozialen Sicherung, in die Anforderungen an ein kommunales Netzwerk und in Verfahren und Instrumente, die das Netzwerkmanagement zur Verfügung stellt.

Eine zweite Schulungseinheit ist ausschließlich dem Kriterienkatalog gewidmet. Der Katalog beschreibt zum Einen Ziele und Aufgaben eines Netzwerkes, die Prozesse, um sie zu erreichen und die Strukturen mit deren Hilfe dies geschehen kann. Er hilft zum Anderen bei der Bestimmung wie Zielerreichung gemessen wird und mithin ob und in welchem Ausmaß Ziele erreicht wurden. Die Schulung erläutert die Kriterien und Teilkriterien, die Ansatzpunkte und gibt Empfehlungen im Umgang mit Evaluationshilfen.

In Modul 3 erfolgt die Einführung in die Methode „Selbstbewertung“ mit verschiedenen Instrumenten und Verfahren. Ziel ist, dass die Teilnehmenden eine Selbstbewertung selbständig durchführen können, einschließlich der Ableitung und Priorisierung von Verbesserungsmaßnahmen.

Modul 4 ist der Planung, Koordination und Evaluation von Verbesserungsmaßnahmen in multiorganisationalen Projektteams gewidmet. Es beinhaltet Aspekte des Projektmanagements, der Arbeitsgruppenplanung und -bildung und des Konfliktmanagements.

In Modul 5 ist die interne und externe Kommunikation das zentrale Thema. Was wird auf welche Weise kommuniziert. Das Ziel dieser Schulungseinheit ist, dass die Teilnehmenden Kommunikation als wichtige Aufgabe des Netzwerkes erkennen. Koordinierte Kommunikation sorgt für Transparenz, strukturierten Informationsfluss und Austausch im Netzwerk. Sie nimmt Einfluss auf die öffentliche Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und des Netzwerkes.

⁴² Vgl. Anhang 7.9

3 Die Ergebnisse aus den Netzwerken im Überblick

In allen neun Programmregionen konnten, wie im NBQM-Konzept vorgesehen, geeignete Netzwerkstrukturen geschaffen bzw. bestehende für die Programmzwecke genutzt werden. Dabei sind die kooperierenden Einrichtungen und Dienste pragmatisch vorgegangen und haben bereits bestehende Kooperationsgremien für die Netzwerkentwicklung genutzt.

Lenkungs-gremien wurden gebildet und durch Koordinationen sowie themenspezifisch eingerichtete Arbeitsgruppen unterstützt. In fünf der neun Regionen gaben sich die Netzwerke eine Geschäftsordnung mit organisatorischen und prozeduralen Festlegungen der Netzwerkarbeit. In vier Regionen wurde ein Leitbild entwickelt. In fünf Regionen wurden Kooperationsvereinbarungen getroffen (Tabelle 2).

Acht von neun beteiligten Netzwerken haben projekteinleitende Selbstbewertungen zum Stand der Kooperationsbeziehungen und der Vernetzung anhand des NBQM-Kriterienkatalogs durchgeführt. Mit dem NBQM-Verfahren konnten Stärken und Verbesserungspotentiale der Zusammenarbeit identifiziert, daraus Maßnahmen zur Verbesserung der Vernetzung abgeleitet und in konkrete Projekte übersetzt werden.

Alternativ zu umfassenden Selbstbewertungen haben einige Netzwerke auf dem Kriterienkatalog basierende Kurzanalysen zur Bestandsaufnahme durchgeführt. Auch auf dieser Grundlage konnten Handlungsbereiche identifiziert und Maßnahmen zur Verbesserung der Koordination und Kooperation der an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten erarbeitet, geplant und durchgeführt werden.

Die operativen Ziele des Förderprogramms, die mithilfe von NBQM umgesetzt werden sollten, wurden somit überwiegend erreicht.

Das angestrebte Ziel einer engeren Vernetzung der LVR-Kliniken mit außerstationären Einrichtungen, insbesondere den SPZ, konnte überwiegend erreicht werden. In jedem der regionalen Lenkungs-gremien waren sowohl Vertreterinnen und Vertreter der LVR-Kliniken als auch des bzw. der örtlichen SPZ beteiligt und hatten in diesem Rahmen Anteil an der Netzwerkarbeit.

Das Ziel, die durch die Sozialpsychiatrischen Zentren gebildeten gemeindepsychiatrischen Verbundansätze zum Gemeindepsychiatrischen Verbund weiterzuentwickeln, konnte nur von einem Netzwerk erreicht werden: In der Stadt Mönchengladbach verständigten sich die am Netzwerk kooperierenden

Einrichtungen und Dienste auf die Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV), gemäß den Kriterien der BAG GPV.⁴³

Tabelle 2: Instrumente und Strukturen zur Verbesserung der Kooperation

	Lenkungs- gremium	Geschäfts- ordnung	Leitbild	Schriftliche Kooperations- vereinbarung	Selbst- bewertung (NBQM)
Städteregion Aachen	x	x	-	-	x
Bonn	x	x	x	-	x
Düsseldorf (Sektor Mitte-West)	x		x	-	x
Essen	x	x	-	x	x
Kreis Kleve	x	x	x	x	x
Köln- Mülheim	x	-	-	x	x
Mönchen- gladbach	x	x	x	x	x
Solingen	x	-	-	-	-
GPV im Kreis Viersen	x	-	-	x	x

In Solingen und in Viersen bestand bereits vor Beginn des Förderprogramms jeweils ein GPV.⁴⁴ Die GPV Mönchengladbach und Solingen sind Mitgliedsverbände in der BAG GPV, der GPV Viersen beabsichtigt kurzfristig den Beitritt.

⁴³ Vgl. Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV; Download von http://www.bag-gpv.de/Datenbank/bag/0009_Qualitätsstandards%20BAG%20GPV_neu.pdf, am 07.01.2013

⁴⁴ Der GPV im Kreis Viersen ist 2009 gegründet worden. Der Start ins Anreizprogramm erfolgte aber erst Anfang des Jahres 2010.

Basierend auf den Abschlussberichten der einzelnen Programmregionen werden im Folgenden die Ergebnisse im Anreizprogramm kooperationsbezogen, versorgungsbezogen und bezogen auf Patientinnen und Patienten zusammengefasst. Die drei benannten Wirkungsebenen sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten, sie beeinflussen sich gegenseitig.

Die kooperationsbezogenen Ergebnisse geben wieder, wie sich das Anreizprogramm auf die Kooperationsbeziehungen zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen in den Programmregionen ausgewirkt hat.

In allen Programmregionen konnten die Kooperationsbeziehungen intensiviert werden. Indikatoren dafür sind

- die Weiterentwicklung von IuK-Strukturen,
- eine erhöhte Verbindlichkeit in der Netzwerkarbeit,
- eine erhöhte Transparenz in der Netzwerkarbeit.

Die *versorgungsbezogenen Ergebnisse* zeigen die sichtbaren „Programm-Effekte“ auf Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen in den Programmregionen. In einigen Netzwerken konnten Verbesserungen erreicht werden

- durch die Systematisierung von Behandlungsprozessen (z.B. Patientenpfade),
- durch die Gewährleistung von einrichtungsübergreifender Betreuungs- und Behandlungskontinuität (z.B. Case Management),
- durch die Erweiterung des Behandlungsangebotes,
- durch die Ausrichtung der Hilfen an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten (Personenzentrierung),
- durch den Einbezug von besonderen Zielgruppen (z.B. Menschen mit Migrationshintergrund)

Für einige Netzwerke (Bonn, Düsseldorf, Kleve, Mönchengladbach) sind *patientenbezogene Ergebnisse* dargestellt, die auf Wirkungen auf die Gesundheits- und Lebenssituation von Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten hinweisen.

Die oben aufgeführten Ergebnisse konnten durch die Umsetzung unterschiedlicher Maßnahmen und Projekte in den Programmregionen erreicht werden.

Am häufigsten wurden Maßnahmen mit dem Ziel der Verbesserung der Information und Kommunikation zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kooperierenden Einrichtungen umgesetzt.

- Zielgruppenspezifische Projekte haben im Besonderen bewirkt, dass die Zusammenarbeit der notwendig zu beteiligenden Institutionen über die Programmlaufzeit hinaus Bestand hat.
- Gemeinsame Fort- und Weiterbildungen, Tagungen und Workshops sowie Hospitationen und fachlicher Austausch z.B. in Form gemeinsamer Fallbesprechungen oder Sektorkonferenzen haben bewirkt, dass die Transparenz der Hilfen und die Kommunikation zwischen den Beteiligten an der psychiatrischen Versorgung verbessert werden konnte.
- Die Projekte zum Schnittstellenmanagement, wie beispielsweise die Einführung von Case Management, die Einführung des persönlichen aufsuchenden Nachsorgemanagements (PANAMA), die Entwicklung und Implementierung von Patientenüberleitungsbögen und Patientenpfaden, die Einführung von Soziotherapie, aber auch die zielgruppenspezifischen Maßnahmen führten dazu, dass schnittstelleninduzierte Versorgungsprobleme und Beziehungsabbrüche, vor allem beim Übergang von der klinischen in die außerklinische Versorgung, gemindert und damit auch stationäre Aufenthalte verkürzt und Wiederaufnahmen deutlich reduziert werden konnten.

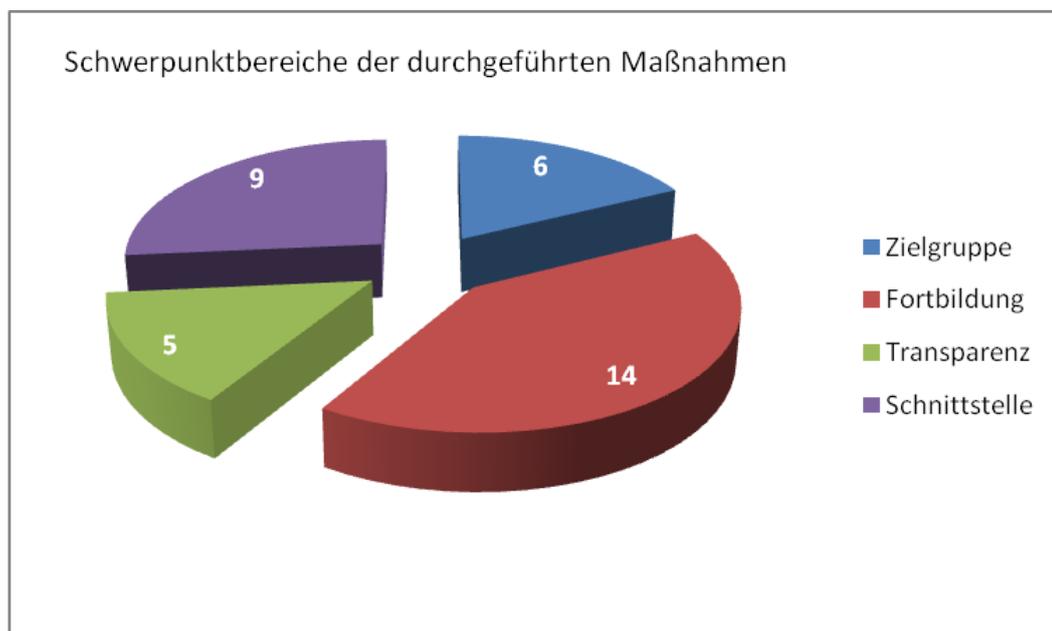


Abb. 12: Verteilung durchgeführter Einzelmaßnahmen nach Schwerpunkten

Die Durchführung von Maßnahmen der Netzwerke bzw. Verbände war, wie im Konzept NBQM vorgeschlagen, überwiegend projekthaft organisiert. Das heißt, dass (eine oder mehrere) Arbeitsgruppen (ggf. unter Einschluss der Lenkungsgruppe) aus Selbstbewertungen abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen konzipiert und durchgeführt haben. Hierdurch konnte das Verständnis für die kommunalen Versorgungsverhältnisse, für die daran beteiligten Organisationen verbessert und die kooperative Grundhaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den verschiedenen Einrichtungen des Netzwerkes erheblich gestärkt werden. Eine Schwäche dieses sicherlich zutreffenden Eindrucks liegt allerdings im fehlenden Nachweis, z.B. durch im Zuge des Selbstbewertungsprozesses durchgeführte Befragungen der Mitarbeiterschaft.

Angesichts des Aufwands in Vorbereitung, Durchführung und Auswertung und mit Blick auf die 24-monatige Programmlaufzeit je Netzwerk, hätte ein solches Vorhaben allerdings in sehr hohem Maße Ressourcen gebunden.

Dennoch konnten bereits im Programmzeitraum positive Effekte sichtbar gemacht werden: Durch die Einführung von PANAMA in Bonn konnte die Wiederaufnahme von den in das Projekt einbezogenen psychisch Erkrankten deutlich reduziert und damit deren Lebensqualität deutlich verbessert werden. In Düsseldorf zeigte die Evaluation der Einführung des Case Managements Verbesserungen im Gesundheitszustand der beteiligten Patientinnen und Patienten.

Die geschaffenen bzw. weiterentwickelten Vernetzungsstrukturen sollen auch nach dem Ende des Programmes „Förderung von Verbundkooperationen“ erhalten und in einigen Regionen weiter ausgebaut werden. So wollen alle Netzwerke ihre entstandenen Kooperationsstrukturen und auch die zentralen Maßnahmen in geeigneter Weise weiterführen.

Tabelle 3: Die Netzwerke und ihre Maßnahmen in den Programmregionen

Programmregion/Beteiligte	Themenschwerpunkte	Maßnahmen
<p>Städteregion Aachen</p> <ul style="list-style-type: none"> • LVR-Klinik Düren, • Förderverein für die Rehabilitation psychisch Kranker e. V., • Sozialpsychiatrisches Zentrum Stolberg • Aachener Verein zur Förderung psychisch Kranker und Behinderter e. V., • Sozialpsychiatrischer Dienst der Städteregion, • Caritas Behindertenwerkstatt Eschweiler, • Jobcenter der Städteregion, • Suchthilfe Eschweiler, • Jugendämter der Städteregion 	<p>Optimierung der psychosozialen Versorgung junger Erwachsener mit psychischen Erkrankungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Projekttreffen in den Einrichtungen - Jährliche Kooperationstreffen - Hospitationen - Inhouse-Seminare „Eingliederung und Betreuung von jungen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen („Junge Wilde“)" - Interner Wegweiser mit Adresse der Institution, den Ansprechpartnerinnen und -partnern, deren Erreichbarkeit und den vorhandenen Optionen
<p>Bonn</p> <ul style="list-style-type: none"> • LVR-Klinik Bonn, • SPZ (Bonner Verein e.V.) • Caritasverband Bonn, • Diakonisches Werk Bonn, • Psychiatriekoordinatorin, • Gesundheitsamt 	<p>Verbesserte Angebote der aufsuchenden Nachsorge für „high risk“ Patientinnen und Patienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PANAMA – Persönliches aufsuchendes Nachsorgemanagement - Patientenüberleitungsbogen - Fachtagung
<p>Düsseldorf</p> <ul style="list-style-type: none"> • LVR-Klinikum Düsseldorf, • Gesundheitsamt, • PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft), • Florence Nightingale Krankenhaus, • niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, • Psychotherapeutenkammer 	<p>Implementierung eines Case Managements</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Einführung Case Management - Einführung der Soziotherapie (integrierte Versorgung) - Regelmäßiger fallbezogener Austausch bei chronisch kranken Patienten - Sektororientierter Wegweiser für Patientinnen und Patienten - Niedrigschwellige Sprechstunden
<p>Essen</p> <ul style="list-style-type: none"> • LVR-Klinikum Essen, • Essener Kontakte e.V., • Psychiatriekoordinatorin, • Verein Angehöriger psychisch Kranker 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeit und Beschäftigung - Kinder psychisch kranker Eltern - Migration 	<ul style="list-style-type: none"> - Open-Space-Workshops zum Thema Optimierung der Schnittstellenarbeit in den drei Schwerpunktgebieten - Fachtagung - AG Kinder psychisch kranker Eltern: Selbstverpflichtung - AG Arbeit und Beschäftigung: Angebot zur Psychosozialen Betreuung - AG Migration: Übersetzung der SPZ-Homepage in 5 Fremdsprachen
<p>Kreis Kleve</p> <ul style="list-style-type: none"> • LVR-Klinik Bedburg-Hau, • Papillion e.V. 	<p>Keine Schwerpunkte gelegt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung Patientenpfad - Einführung Beschwerdemanagement - halbjährliche einrichtungsübergreifende Teamsitzungen - Kriseninterventionsplan - Konzept zur engeren Vernetzung der Sozialpsychiatrischen Zentren mit der LVR-Klinik

Programmregion/Beteiligte	Themenschwerpunkte	Maßnahmen
<p>Köln-Mülheim</p> <ul style="list-style-type: none"> • LVR-Klinik Köln, • Kölner Verein für Rehabilitation, • Sozialpsychiatrischer Dienst, • Psychiatriereferent Stadt Köln, • SPZ Köln-Mülheim 	<ul style="list-style-type: none"> - Absprachen zwischen Institutionen - Schnittstellenmanagement/Einrichtungsübergreifende Projektarbeit - Entlassungsvorbereitung/Schnittstellenmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> - Workshop - gemeinsame Konferenzen - Hospitationen - jährliche Sektorkonferenz - gemeinsame Fallkonferenzen - Angebot für junge psychisch Kranke - Soziotherapie
<p>Mönchengladbach</p> <ul style="list-style-type: none"> • LVR-Klinik Mönchengladbach, • Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e. V., • Sozialpsychiatrischer Dienst, • RPK Mönchengladbach i.G 	<p>Weiterentwicklung einer gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Grundhaltung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung eines gemeinsamen Fortbildungscurriculums - offenen Gesprächsrunde („Verbund unplugged“) - gemeinsame Internetplattform - Einrichtung eines Wohnverbundes - Vorbereitung Case Management - Psychoedukationsmodule - STEP-DUO Elterntraining
<p>Solingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • LVR-Klinik Langenfeld, • PTV (Psychosozialer Trägerverein) Solingen, • Psychiatriekoordinatorin Solingen 	<p>Gemeinsame Kultur des Verstehens und Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Workshops - Trägerübergreifenden koordinierenden Bezugsperson
<p>Viersen</p> <ul style="list-style-type: none"> • LVR-Klinik Viersen, • PHG (Psychiatrische Hilfgemeinschaft) Viersen, • AWO Kreis Viersen, • Gangelter Einrichtungen, • Kontakt-Rat-Hilfe Viersen e.V., • Sozialpsychiatrischer Dienst, • Haus an der Dorenburg, • Psychosoziale Praxis für Familien, • AHG Therapiezentrum Haus Grefrath 	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder psychisch kranker Eltern - Borderline-Klienten - Angehörigenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Klientenzentrierter Behandlungspass für Borderline-Erkrankte - Fortbildungen - Projekt Kinder psychisch kranker Eltern

4 Transfer und Marketing

Die Probleme, die das gegliederte soziale Sicherungssystem in der Bundesrepublik seit Jahrzehnten mitschleppt, die Fragmentierung von Leistungen und finanziellen Zuständigkeiten, die Angebotspluralität und die durch mehrere Gesundheitsreformen forcierte Markt- und Wettbewerbsorientierung stellen wachsende Anforderungen an die kommunalen Hilfesysteme in der notwendig zunehmenden professionalisierten Koordination und Vernetzung der Hilfen und der Einrichtungen und Dienste. Dies gilt für die kommunale psychiatrische Versorgung und für die kommunale Suchtkrankenhilfe, für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe⁴⁵ und es gilt auch für die Versorgung von Menschen im höheren Lebensalter mit psychischen Beeinträchtigungen.⁴⁶

Erfahrungen und (Zwischen-)Ergebnisse aus dem Programm bzw. von den Netzwerken und Verbänden in den Programmregionen wurden zwischen 2008 und 2012 breit kommuniziert. Ziel des LVR-Fachbereiches „Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement“ war und ist, über Netzwerkentwicklung in der kommunalen psychiatrischen Versorgung zu informieren, Vorbehalte abzubauen, für die Entwicklung der Kooperationsbeziehungen zu Verbänden zu werben und Know How zur Einführung eines geeigneten Managements zur Verfügung zu stellen.

4.1 Transfer

NBQM empfiehlt sich für Hilfesysteme, in denen die stetige Zusammenarbeit mehrerer Leistungen erbringender Einrichtungen und Dienste von zentraler Bedeutung ist. Derzeit noch laufende oder vor kurzem abgeschlossene Vernetzungsvorhaben dieser Art, auf der Grundlage des NBQM Netzwerkmanagementkonzeptes, sind

- das LVR-Projekt „Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe verbessern“ (2010-2012) zur Intensivierung und Verstärkung des Austausches zwischen den Einrichtungen und Diensten der beiden Hilfesysteme, mit den Projektregionen Duisburg, Essen und Kreis Kleve,
- das Projekt „Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen – GigA“ (2011-2013), zur Sicherstellung eines abgestimmten Zusammenwirkens der beteiligten Institutionen und Profes-

⁴⁵ Vgl. dazu AOLG 2012, a.a.O., S. 20 ff.

⁴⁶ Vgl. dazu AOLG a.a.O., S. 38 ff. und insbesondere den Antrag 13/268 von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und SPD „Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung“

sionen auf regionaler Ebene und zur Bildung einer gemeinsamen Plattform für eine koordinierte Weiterentwicklung von regionalen Präventionsstrukturen.

4.2 Marketing

Über Zielsetzung, Erfahrungen und (Zwischen-)Ergebnisse des Anreizprogrammes und über das Managementkonzept NBQM wurde – neben den bereits eingangs erwähnten Veranstaltungen des LVR und weiterer Partnerorganisationen – im Rahmen der nachfolgend aufgeführten Veranstaltungen referiert oder in Publikationen berichtet:

4.2.1 Veranstaltungen

- 05.11.2007: Konferenz der Rheinischen Psychiatriekoordinationen in Köln
- 10.12.2007: Konferenz der Westfälischen Suchtkoordinationen in Münster
- 12.03.2008: Informationstag der Public Health Executive Agency (PHEA) in Luxemburg
- 15.04.2008: Tagung der Duisburger Trägerkonferenz
- 10.06.2008: Workshop der AKTION PSYCHISCH KRANKE zum Projekt „Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen“
- 29.10.2008: Tagung „Drogenhilfe – Was tun?! – Kooperation in Zeichen wachsender Konkurrenz und zunehmender Kommunalisierung“ in Köln
- 12.11.2008: Konferenz der Leitungen Soziotherapeutischer Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Köln
- 05.02.2009: Konferenz der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Marl
- 16.–19.09.2009: 2. Deutscher Suchtkongress in Köln
- 25.–28.09.2009: DGPPN-Kongress 2009 „Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne“
- 23.03.2010: Konferenz der Fachgruppe Sucht- und Drogenhilfen im PARITÄTISCHEN Baden-Württemberg in Stuttgart

- 23.06.2010: Mitgliederkonferenz des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Kreis Mettmann
- 17.11.2011: Fachtagung „Ergebnisse, Fazit und Ausblick des Projektes Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement“ in Essen
- 21.03.2012: Fachtagung „Das Inklusive möglich machen...“ in Münster
- 30.01.2013: AGpR-Veranstaltung „Alterspezifische Konzepte zur Begleitung von jungen Volljährigen mit psychischen Erkrankungen“ in Köln
- 02.07.2013: Regionalkonferenz in Köln: „Strategische und thematische Ausrichtung der KGSt im Dienste ihrer Mitglieder“

4.2.2 Publikationen und Hinweise

Über NBQM und das Programm „Förderung von Verbundkooperationen“ wurde publiziert oder berichtet:

AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen, Bonn 2009

Baden-Württembergische Arbeitsgemeinschaft der Suchthilfe- und Abstinenzverbände, <http://www.bwag-suchtselbsthilfe.de/qualitaetsstandards-fuer-kshn-netzwerkbezogenes-qualitaetsmanagement-nbqm-4>

Baudis, Rainer (Hg.): Verbundqualität in der Suchthilfe. Organisieren personenbezogener Versorgungszusammenhänge, Rudersberg 2007

Bauer, Ullrich, Reinisch, A., Schmuhl, M. (Hg.): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen, Wiesbaden 2012

Brederode, Michael van: Das psychiatrische Krankenhaus im Gemeindepsychiatrischen Verbund, in: Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 3/2008, S. 11-12

Brederode, Michael van: Wie bekommt man die unterschiedlichen Stakeholder in einer Region zu gemeinsamen Projekten? – Oder: Ansätze zur Stimulierung regionaler Kooperation, in AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!, Tagungsdokumentation Nr. 37, S. 120 – 125

Extrablatt, Mitteilungen der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Ausgabe Sommer 2011, unter <http://www.rgsp.de/pdf/extrablatt/extrablattsommer2011.pdf>

Hellmich, Marcel, Fai, Ulrike: Erfahrungsbericht zur Beteiligung der Kommune Duisburg am Modellprojekt des Landschaftsverbandes Rheinland „Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Duisburg 2012, unter [https://dom.lvr.de/lvis/lvr_rechercheWWW.nsf/92781B08FC862201C1257AA20023C766/\\$file/anlalge%204%20vorlage%2013.-2426%20bericht%20duisburg.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_rechercheWWW.nsf/92781B08FC862201C1257AA20023C766/$file/anlalge%204%20vorlage%2013.-2426%20bericht%20duisburg.pdf)

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (Hg.): Landeskonzert gegen Sucht NRW – Grundsätze, Strategien, Handlungsrahmen, Düsseldorf 2012

Weingarz, Christoph, Brederode, M., Jäger, B.: Ansatz eines Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements, in: Suchttherapie 10/2009,

Zemlicka, Richard, Withalm, A., Janssen, B. Speck, A., Schneitler, H., Gaebel, W.: Förderung der Verbundkooperation im LVR-Klinikum Düsseldorf in: Schneider, Frank und Grötzinger, Michael (Hg.): Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne. Abstractband zum DGPPN-Kongress 2009

5 Empfehlungen

Das Programm „Förderung von Verbundkooperationen“ hat zur Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den LVR-Kliniken und den Einrichtungen und Diensten der ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen im Netzwerk der kommunalen psychiatrischen Versorgung beigetragen.

Im Verlauf sind in einigen Netzwerken Prozesse mit erheblichem Einfluss auf die psychiatrische Versorgung in Gang gekommen. In allen Regionen sind die kooperierenden Einrichtungen und Dienste bestrebt, die verbesserten Vernetzungsstrukturen und -prozesse langfristig zu sichern.

Im Bericht an die Gesundheitsministerkonferenz der Länder forderte die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG): „Aufgabe von Psychiatriepolitik ist es, zukunftsfähige Strukturen zu schaffen, welche die Übernahme von Verantwortung für alle psychisch kranken Menschen gewährleisten und dabei öffentlich kontrolliert sind. Seitens der Länder, der Kommunen und der Kostenträger sollten gezielte Anreize zur Unterstützung einer solchen Entwicklung gesetzt werden.“⁴⁷

Und in ihrem Abschlussbericht zu dem im Zeitraum des Anreizprogrammes und unter Einschluss einzelner Netzwerke durchgeführten Projekt „Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen“ geben die Autorin und die Autoren der AKTION PSYCHISCH KRANKE dem LVR die Empfehlung, „eine Initiative (zu starten) zur Schaffung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden in allen Kreisen und Städten“.⁴⁸

Eine solche unter Umständen auch langfristige Initiative des LVR erscheint tatsächlich auch und gerade nach Abschluss des Anreizprogrammes notwendig, um die Verstetigung der Zusammenarbeit im Sinne der APK-Empfehlungen in den bestehenden Netzwerken nachhaltig zu gestalten und im Besonderen die Kooperationsbemühungen in den sechs Netzwerken zu unterstützen, in denen noch kein GPV gegründet wurde.

Die Arbeitsgruppe Psychiatrie in der AOLG fordert in ihrem Bericht an die GMK, dass die stationäre klinische Versorgung „zukünftig verstärkt aus dem Gesamtleistungssystem heraus gedacht und entwickelt werden“ muss.⁴⁹ Dies gilt natürlich genau so auch für die Seite der Träger psychiatrischer Kliniken und im Besonderen für den LVR.

⁴⁷ Zit. AG Psychiatrie der AOLG, 2012, a.a.O., S. 7

⁴⁸ Landschaftsverband Rheinland, Vorlage 12/4432, a.a.O., S. 28

⁴⁹ Zit. AOLG, a.a.O., S. 47

Vor dem Hintergrund des neuen Entgeltsystems und seinen bisher absehbaren Auswirkungen auf die Erlösentwicklung der LVR-Kliniken bei der Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen, sollten die LVR-Kliniken ein hohes Interesse an der verbindlich kooperativen Gestaltung von Behandlung und Versorgung mit den weiteren Einrichtungen und Diensten im kommunalen Hilfesystem haben.

Einige der Projekte im Anreizprogramm haben gezeigt, dass durch geeignete netzwerkbasierte Versorgungskonzepte die Verringerung stationärer Behandlungsaufenthalte und die Senkung von Wiederaufnahmeraten möglich ist. Auf vertraglicher Grundlage, mit organisations- und professionsübergreifend besetzten Teams, im Sinne der Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ kann ihre Nachhaltigkeit gesichert werden.⁵⁰

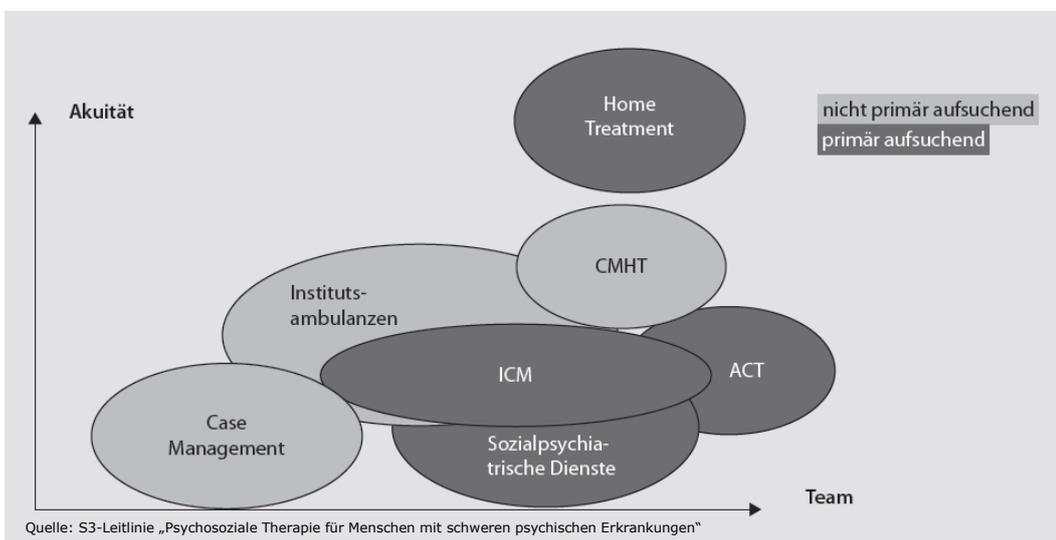


Abb. 13: Modelle ambulanter psychiatrischer Versorgung

Systematische und dauerhafte Verbundentwicklung ist kein Selbstläufer. Die nachfolgenden Empfehlungen setzen deswegen auf weitere äußere Impulse zu ihrer Verstetigung und Entwicklung, unabhängig vom erreichten Stand der kommunalen Zusammenarbeit:

- Verbundentwicklung ist Führungsaufgabe. Die LVR-Klinikvorstände sollten in jährlichen Abständen in den Krankenhausausschüssen über den

⁵⁰ Zu multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer teambasierter Behandlung vgl. DGPPN (Hg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Berlin, Heidelberg 2013, S. 36 ff.

Beitrag der Kliniken zur Verbundentwicklung und die Initiativen der LVR-Kliniken im Netzwerk bzw. Verbund berichten.

- Die Klinikvorstände setzen sich für regelmäßige Selbstbewertungen (dreijähriger Turnus) in den Netzwerken bzw. Verbänden ein, in denen sie kooperieren. Das Fachdezernat bietet für deren Moderation und Evaluation die Unterstützung von NBQM-Expertinnen und -Experten an.
- Das Fachdezernat bietet den Netzwerken und Verbänden zukünftig mit regelmäßigen interregionalen Netzwerkgesprächen eine Plattform des Informationsaustausches und des Transfers guter Praxis.
- Das Fachdezernat bietet zu allen Aspekten des Managements mit NBQM Schulungen an, im Besonderen für Netzwerk-/Verbundkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren. Grundlegen dafür ist das NBQM-Bildungskonzept.
- Unter Einbeziehung der erfolgreichen Einzelmaßnahmen Case Management, PANAMA und Soziotherapie prüft das Fachdezernat, gemeinsam mit den beteiligten Kliniken und den Partnerorganisationen im Netzwerk bzw. Verbund, die Durchführung von Modellvorhaben zur sektor- und professionsübergreifenden Versorgung psychisch kranker Menschen im Verbund, wofür die §§ 64b und 140 a und b SGB V behandlungsseitig einen bedenkenswerten Handlungsansatz bieten könnten.⁵¹

⁵¹ Durch den zum 1. August 2012 in Kraft getretenen § 64b SGB V ist es den Krankenhäusern erlaubt, Modellvorhaben durchzuführen. Gegenstand dieser Modellvorhaben ist die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld.

Siehe auch Wenzel-Jankowski: Pauschalisiert oder pauschalierend? Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), in: AKP 6/2013, S. 13

6 Berichterstattung aus den Netzwerken

6.1 Bericht des Netzwerkes in der StädteRegion Aachen

Verfasserinnen und Verfasser:

Dr. Ulrike Beginn-Goebel, Ärztliche Direktorin, LVR-Klinik Düren,
Beret Knittel, Oberärztin, LVR-Klinik Düren,
Ronald Strauss, LVR-Klinik Düren

6.1.1 Ausgangslage

Das Projekt „Verbundkooperation für die Modellregion Aachen“ wurde im Sommer 2009 in der LVR-Klinik Düren und unter der Projektleitung der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie II etabliert.

Im Rahmen des Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements hat sich der Landschaftsverband Rheinland (LVR) zum Ziel gesetzt, aus Projekten in Modellregionen Transparenz, Synergieeffekte und eine Ressourcenoptimierung abzuleiten, um ein Maximum in der Versorgung psychisch kranker Menschen zu erzielen. Die Initiierung der Verbundkooperation wurde über zwei Jahre finanziell gefördert, um mit dieser Anschubfinanzierung eine sichere Implementierung und Nachhaltigkeit des Projektes zu gewährleisten.

6.1.2 Regionale Projektorganisation

Aufgrund der Dynamik sowie der Vielschichtigkeit der Probleme der zu versorgenden Klientel wurde die Notwendigkeit deutlich, weitere Institutionen an der Kooperation zu beteiligen, sodass im Verlauf die Zahl der Beteiligten stetig wuchs. Die an dem Projekt beteiligten Einrichtungen und Dienste, die seit Projektbeginn das dynamische Projektgeschehen mitgestalteten und während der laufenden Projektphase dazu gewonnen werden konnten waren

- der Aachener Verein zur Förderung psychisch Kranker und Behinderter e.V.,
- der Förderverein für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter e.V. in Eschweiler,
- die Caritas Behindertenwerkstatt Eschweiler,
- der Sozialpsychiatrische Dienst der Städteregion Aachen,
- das Jobcenter der Städteregion Aachen,

- die Suchthilfe Eschweiler,
- und die Jugendämter der Städteregion Aachen.



Abb. 14: Kooperierende im Programm

6.1.3 Projektablauf

Nach der ersten konstituierenden Projektsitzung wurde die Geschäftsordnung des Lenkungsgremiums verabschiedet.⁵² Zunächst übernahm die Moderation und fachliche Beratung der LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement.

In der Anfangsphase erfolgten die Ausrichtung des Projektes und die Definition der Zielgruppe. Als Projektziel und Zielgruppe wurde die „Optimierung der psychosozialen Versorgung junger Erwachsener mit psychischen Erkrankungen“ benannt. Der diesbezüglich erarbeitete Zeitplan enthielt zu erreichende Meilensteine.⁵³

⁵² Vgl. Anhang 7.10.1 „Geschäftsordnung des Lenkungsgremiums“, S. 158

⁵³ Vgl. Anhang 7.10.3 „Projektstand“

Die Berücksichtigung der Zielgruppe verdeutlichte, dass das Projekt kein stagnierendes Element war, sondern aufgrund der Facettenvielfalt der Problemkonstellation(-en) der definierten Zielgruppe, als ein zyklischer und dynamischer Prozess betrachtet werden musste, um dem Anspruch der Komplexität und mannigfaltigen Problemkonstellation(-en) gerecht zu werden.

6.1.4 Problemstellungen des Projekts

Merkmale der Prozesshaftigkeit waren die wiederholten Prüfungen und ggf. Anpassungen des geplanten Vorgehens während der Projektarbeit.

Beispielsweise musste von dem ursprünglichen Plan, einen Flyer für die Zielgruppe zu entwerfen, Abstand genommen werden. Die gemeinsame Arbeit verdeutlichte, dass Angebote niedrigschwellig sein müssen. Häufig sind die Betroffenen mit der Auswahl der Hilfsangebote und der Koordination überfordert. Statt eines Flyers wurde daher Wert auf die bessere Vernetzung der Einrichtungen und Dienste gelegt.

Die LVR-Klinik Düren und die weiteren am Netzwerk Beteiligten haben ein Case- und Unterstützungsmanagement implementiert. Jedoch zeigte die Projektarbeit, dass es bei der kontinuierlichen Betreuung eine kritische Sollbruchstelle beim Wechsel der Klientinnen und Klienten von der Klinikverantwortung zu den Einrichtungen und Diensten und umgekehrt gibt. Als Feinziel des Projekts kann daher die Optimierung der Kontinuität in der Versorgungslandschaft für die Zielgruppe definiert werden.

Diese Optimierung der Bearbeitung der z.T. sehr mannigfaltigen Problemkonstellationen der Zielgruppe kann nur durch eine verbesserte Vernetzung erreicht werden. Im Verlauf der Projektarbeit konnten weitere Einrichtungen und Dienste für die Mitarbeit im Netzwerk und für die Umsetzung des Projektziels gewonnen werden. Die Arbeit im Qualitätszirkel zeichnete sich durch eine offene und dynamische Zusammenarbeit aus.

6.1.5 Maßnahmen

Im Projektzeitraum wurden folgende Maßnahmen eingesetzt, um die Zusammenarbeit der an der Kooperation Beteiligten zu verbessern:

1. In regelmäßigen Zeitintervallen und rotierend finden die Projekttreffen bei den beteiligten Einrichtungen und Diensten statt. Durch den Wechsel der Veranstaltungsorte mit ggf. zusätzlicher Besichtigung der Einrichtung wird das Verständnis der jeweiligen Aufgaben, Möglichkeiten und Beschränkungen der

vorgestellten Einrichtungen vertieft. Bei diesen Treffen erfolgt nicht nur ein Austausch des gegenseitigen Know-Hows und des institutionellen Handlungsrepertoires. Es wurde inzwischen vereinbart, zukünftig die Treffen auch für Fallvorstellungen unter Wahrung des Datenschutzes zu nutzen, um konkrete Lösungen in besonders problematischen Fällen zu erarbeiten.

2. Ein weiteres Ergebnis des Arbeitsbündnisses ist die Initiierung gegenseitiger Hospitationen. Dadurch werden die Ablaufprozesse im Arbeitsalltag für die Hospitierenden transparent und können ggf. modifiziert und/oder optimiert werden. Durch diese Transparenz, etabliert in den Arbeitsbündnissen und in den Hospitationen, kann das flankierende Unterstützungssystem für die Zielgruppe potenziert werden und trägt somit auch zur Vermeidung der o.g. Sollbruchstellen beim Wechsel von der Klinik zu den kooperierenden Organisationen (und umgekehrt) bei. Die Verzahnung separater institutioneller supportiver Maßnahmen ist daher als Ergebnis dieses Projektes als pro-aktiv zu werten und in der Versorgungslandschaft ein fester Bestandteil in der Zusammenarbeit der am Hilfeprozess Beteiligten.

3. 2010 erfolgte ein großes Kooperationstreffen, zu dem neben den am Netzwerk Beteiligten auch Vertreterinnen und Vertreter aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen eingeladen wurden. Durch deren Referate über die Versorgung aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht wurde für uns verstärkt deutlich, dass beim Übergang ins Erwachsenenalter und damit in das Versorgungssystem der Erwachsenen ein erheblicher Bruch im Umgang und in der Versorgung der Betroffenen stattfindet, der systembedingt nur teilweise abzuschwächen ist. Dies war Motivation für die Organisation weiterer Fortbildungen (s. Punkt 4). Ein weiteres Kooperationstreffen fand am 14.09.2011 statt; hierbei wurde das Projekt auch weiteren mit der LVR-Klinik kooperierenden Organisationen aus anderen Pflichtversorgungsgebieten außerhalb der Städteregion Aachen vorgestellt, um ggf. das Projekt auch dahin auszuweiten.

4. Während des Projektzeitraumes wurden insgesamt drei zweitägige In-house-Seminare zum Thema „Eingliederung und Betreuung von jungen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen („Junge Wilde“)" in der LVR-Klinik Düren durchgeführt, an denen Vertreterinnen und Vertreter der kooperierenden Einrichtungen und Dienste teilnahmen. Referent war Herr Johnson, Johnson-Institut, Siegen. Ziel dieses Seminars war es, gemeinsame Strategien zur Versorgung der Zielgruppe institutionsübergreifend zu entwickeln.

5. In den Arbeitstreffen wurde ein interner Wegweiser entwickelt.⁵⁴ Bei diesem Wegweiser handelt es sich um ein mehrseitiges Dokument, in dem

⁵⁴ Vgl. Anhang 7.10.4 „Interner Wegweiser“

sich die einzelnen Partnerorganisationen mit Adresse der Institution, den Ansprechpartnerinnen und -partnern, deren Erreichbarkeit und den vorhandenen Optionen darstellen, die von der Institution gewährleistet werden können. Dieser Wegweiser wird allen am Netzwerk Beteiligten elektronisch zur Verfügung gestellt, um gegenseitige gute Erreichbarkeit zu gewährleisten. Die Aktualisierung dieses Wegweisers obliegt den an der Kooperation beteiligten Einrichtungen und Diensten. Die elektronische Form wurde gewählt, weil dadurch Aktualisierungen am schnellsten und unkompliziertesten möglich erscheinen.

6.1.6 Ergebnisse

Die Evaluation des Projektes erfolgte über das Instrument des netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements (NBQM), welches bereits in der Suchthilfe zur Anwendung gekommen war.⁵⁵ Die Rückmeldungen der am Projekt Teilnehmenden warfen allerdings Fragen auf, inwieweit dieses Verfahren zur Evaluation geeignet ist bzw. ein Verbesserungspotential zur Optimierung der Nutzung besteht.

Die Verstetigung des Projektes ergibt sich aus der weiteren Zusammenarbeit mit den Beteiligten, als Fortsetzung der bisherigen initiierten Impulse für eine optimierte und für die Klientel pro-aktiv ausgerichtete Vernetzung. Diese institutionsübergreifende Vernetzung ist auch deshalb erforderlich, um sich den stets veränderten Rahmenbedingungen des Zugangs zu dem Hilfesystem anzupassen. Zudem begründet sich diese Vernetzung in den immer komplexer werdenden Bedürfnissen der Adressatinnen und Adressaten supportiver Hilfen.

Somit ist der Zirkel der an diesem Veränderungsprozess beteiligten Kooperierenden nicht geschlossen, sondern er muss, unter Berücksichtigung des Veränderungsprozesses bzw. im Prozess der Anpassung an den Markt, dynamisch und flexibel reagieren. Durch die Verstetigung des Projektes bestehen in den Kooperationstreffen auch weiterhin gute Chancen, um im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung gemeinsam den jetzigen und zukünftigen Gegebenheiten in der Versorgungslandschaft gerecht zu werden – als Benefit für die Zielgruppe.

⁵⁵ Vgl. Anhang 7.10.5 „Selbstbewertungen 175

6.2 Bericht des Netzwerkes in Bonn

Verbundkooperation in Bonn. Abschlussbericht des vom Landschaftsverband Rheinland von 2008 bis 2010 geförderten Projektes zur Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der allgemeinspsychiatrischen Versorgung: LVR-Klinik Bonn, Bonner Verein für gemeindenaher Psychiatrie, Caritas, Diakonisches Werk und Stadt Bonn

Verfasser:

Prof. Dr. Wilhelm-Peter Hornung, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie
und Psychotherapie I der LVR-Klinik Bonn,
Dr. Christian Burgmann, LVR-Klinik Bonn

Vorbemerkung

Wenn im Folgenden von psychisch Kranken, psychiatrischen Einrichtungen etc. die Rede ist, so ist stets nur der Ausschnitt der Psychiatrie gemeint, der bisher Allgemeinpsychiatrie genannt wurde (nicht Alterspsychiatrie und nicht Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen).

6.2.1 Ausgangslage

Es gibt in Bonn eine überdurchschnittlich gut ausgebaute Nachsorge-Infrastruktur (Wohnheime, BeWo, APP, SPZ und Tagesstätten, WfbM etc.⁵⁶) für psychisch Erkrankte. Gemeinsam mit einer Vielzahl von kooperierenden Einrichtungen und Diensten konnte in den vergangenen gut drei Jahrzehnten ein dichtes Netz psychiatrischer Facheinrichtungen geschaffen werden, das für die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Bonn ein umfassendes, gemeindenahes psychiatrisches Versorgungsangebot sicherstellt.

Diese Entwicklung dürfte im Wesentlichen abgeschlossen sein. Zukünftige Initiativen zur Verbesserung der Versorgung werden sich daher vorrangig der Verbesserung der Prozessqualität im Zusammenwirken der Einrichtungen und Dienste widmen. So gerät die Notwendigkeit einer schnellen und unbürokratischen Informationsweitergabe und Abstimmung zwischen der klinischen und extramuralen Versorgung ins Zentrum des Interesses.

⁵⁶ BeWo = Betreutes Wohnen gemäß § 55, Abs. 2 Nr. 6 SGB IX; APP = Ambulante Psychiatrische Pflege; SPZ = Sozialpsychiatrisches Zentrum; WfbM = Werkstatt für behinderte Menschen

Einige Zahlen aus der Sicht der LVR-Klinik: Je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern stehen in Bonn 7,4 psychiatrische Betten zur Verfügung (Bundesdurchschnitt: 8,2). Die Krankenhausverweildauer ist in den zurückliegenden 10 Jahren dem bundesweiten Trend entsprechend um 20% gesunken.

In den Jahren zwischen 2006 und 2008 wurden 1.824 Bonner Patientinnen und Patienten in den drei allgemeinpsychiatrischen Abteilungen der LVR-Klinik Bonn behandelt. Die Verweildauer betrug im Durchschnitt (Median) 19 Tage in 3 Jahren; 132 Patientinnen und Patienten – ca. 7 Prozent – verweilten durchschnittlich 199 Tage/3 Jahre und belegten damit 33% der Betten; 53 Patientinnen und Patienten – ca. 3% – wiesen mehr als 6 Aufnahmen/3 Jahre auf (16% der Aufnahmen).

Zukünftig sollte das Problem der „High risk-“ oder auch „Drehtür“-Patientinnen und Patienten mit verbesserten Angeboten der aufsuchenden Nachsorge angegangen werden.

6.2.2 Projektorganisation

Nach dem Grundgedanken des Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements (NBQM) wird die Förderung der Zusammenarbeit im Versorgungsverbund von einem Lenkungsgremium gesteuert. Zu Beginn des Projektes wurden daher zunächst die Mitglieder des Lenkungsgremiums bestimmt:

- Frau Anita Schönenberg, Caritas Bonn
- Herr Klaus Schröder, Diakonisches Werk Bonn
- Herr Werner Schulz, Gesundheitsamt der Stadt Bonn
- Frau Ute Silkens, Psychiatriekoordinatorin der Stadt Bonn
- Frau Beate Simons, Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie
- Herr Reimund Weidinger, Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie
- Herr Dr. Christian Burgmann, LVR-Klinik Bonn
- Frau Dagmar Paternoga, LVR-Klinik Bonn

Das Lenkungsgremium definierte Aufgaben und Ziele der Kooperation und begleitete, förderte und kontrollierte deren Umsetzung.

Durch die Fördermittel des Landschaftsverbandes konnte eine Mitarbeiterin aus dem Bereich des Sozialdienstes (Frau Paternoga, LVR-Klinik Bonn) als „hauptamtliche“ Projektmitarbeiterin gewonnen werden. Die Projektverantwortung lag bei Dr. Christian Burgmann, Oberarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie 1 der LVR-Klinik Bonn.

6.2.3 Projektablauf

Zunächst wurde in Absprache mit dem Lenkungsgremium eine Geschäftsordnung erarbeitet, die u.a. Aussagen bzgl. der Anzahl der Sitzungen, der Voraussetzungen von Beschlussfähigkeit und der Vorgehensweisen in der Koordination der Projektarbeit beinhaltet. Zudem wurde ein für die gemeinsame Arbeit orientierendes Leitbild erarbeitet, das die Kultur der Zusammenarbeit beschreibt.⁵⁷

Nach diesen Vorarbeiten wurde im März und April 2009 in weiteren Treffen des Lenkungsgremiums eine Priorisierung vorgenommen. Von den vielen Teilkriterien, die gemäß NBQM geeignet sind, als Indikatoren für die Güte der Kooperation innerhalb eines Netzwerkes zu dienen, wurden durch die Mitglieder des Lenkungsgremiums einvernehmlich die Teilkriterien 1a-c, 3a-c, 5a ausgewählt, weil in diesen Bereichen besonderer Verbesserungsbedarf gesehen wurde. Dementsprechend wurde eine einrichtungsübergreifende Arbeitsgruppe gebildet, die in den durch die ausgewählten Teilkriterien definierten Bereichen Verbesserungsvorschläge erarbeiten sollte. Daraus wurden folgende Projekte entwickelt:

1. Verbesserungsprojekt:

Implementierung von **PANAMA** – Persönliches, aufsuchendes Nachsorgemanagement mit dem Ziel eines abgestimmten Hilfeangebotes (Vermeidung von Überschneidungen der Angebote und nötigenfalls Ergänzungen) und der Sicherung der Behandlungs- und Betreuungskontinuität für 20 „Drehtürpatientinnen und -patienten“ der Allgemeinpsychiatrie. Verbesserung der Schnittstellenproblematik zwischen stationärem und ambulantem Bereich.

Das Verbesserungsprojekt 1 orientiert sich an den Teilkriterium 3a-c, 5a und 5b: Die unmittelbar klientelbezogenen Prozesse werden nach Bedarf und unter Nutzung von Innovationen verbessert, um einen hohen Grad an Zufriedenheit zu erreichen sowie vermehrte stationäre Aufenthalte zu verhindern und/oder die stationäre Verweildauer zu verkürzen.

2. Verbesserungsprojekt:

Entwicklung eines **Patientenüberleitungsbogens**. Zur Verbesserung der Koordination und Kommunikation zwischen dem stationären und außerstationären Bereich wurde ein Patientenüberleitungsbogen entwickelt. Patientenüberleitungsbögen sind gesetzlich vorgeschrieben (SGB V; §11 Leistungsarten, Abs. 4). „Versicherte haben einen Anspruch auf ein Versorgungsmana-

⁵⁷ Siehe Anhang 7.11.1 „Leitbild“

gement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Einrichtungen und Dienste sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen...“.⁵⁸

Dieses Vorhaben misst sich an den Teilkriterien 3 und 5a: Einrichtungsübergreifende Prozesse der Koordination, Kooperation und Kommunikation werden mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Hilfestellung systematisch gestaltet, gemanagt und verbessert.

3. Verbesserungsprojekt:

Gemeinsame **Fachtagung** zum Thema „Verbesserung der gemeindepsychiatrischen Zusammenarbeit und Förderung der Verbundkooperation Bonn“ mit Referentinnen aus einer der neun Programmregionen des LVR und einem Vertreter des PTV Solingen. Ein zentraler Punkt war die Diskussion um die Vorlage des ersten Entwurfes des „Patientenüberleitungsbogens“ in Workshops. Eingeladen wurden Klinikärztinnen und -ärzte, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LVR-Klinik Bonn und extramuraler Dienste: Sozialarbeit, Ergotherapie, Pflege u.a. Die Workshops wurden multidisziplinär zusammengesetzt. Es nahmen mehr als 100 Personen an der Veranstaltung teil. NBQM-Bezug: Teilkriterien 1 und 3.

6.2.4 Ergebnisse

Im Rahmen der Förderung einrichtungsübergreifender, interdisziplinärer Zusammenarbeit konnten im Projekt „**PANAMA** – Persönliches, aufsuchendes Nachsorgemanagement“ erste Ergebnisse dargestellt werden. Auch die gegenseitige Nutzung des Überleitungsbogens wurde erprobt und umgesetzt.

Um die Kontinuität der nachsorgenden Begleitung und Betreuung von chronisch psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf bereits während eines stationären Aufenthaltes zu organisieren, ist die rechtzeitige Einbindung des außerklinischen Hilfesystems unerlässlich. So konnte durch die Sozialarbeiterin von PANAMA in multidisziplinären Teamgesprächen und Konferenzen von Helfenden, unter Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Dienste, gesetzlicher Betreuung und Angehörigen diese Schnittstellenproblematik bearbeitet und verbessert, stationäre Aufenthalte

⁵⁸ Patientenüberleitungsbogen Bonn für die Psychiatrie, siehe Anhang 7.11.4

verhindert und die Teilhabe der psychisch Erkrankten am gesellschaftlichen Leben verbessert werden.

Die Mitarbeitenden gewinnen durch eine verbindliche Arbeitsgrundlage (z.B. Ergebnisprotokolle der Helfenden-Konferenzen, Überleitungsbogen) Klarheit darüber, was die jeweilige Institution leistet. Zudem wird das außerklinische Hilfesystem zeitnah eingebunden. Durch die Nutzung des Überleitungsbogens ist eine systematische Information und Kommunikation gewährleistet - unabhängig von nur personenbezogenen Kontakten.⁵⁹

Der **Überleitungsbogen** wurde in das vom Gesundheitsamt der Stadt Bonn für alle Bonner Krankenhäuser vorgesehene Programm eines „Patientenüberleitungsbogens“ aufgenommen und als Psychiatrie-Bogen eingepflegt. Der Bonner Patientenüberleitungsbogen wurde im Januar 2011 implementiert. Zurzeit (Februar 2011) nehmen 42 Einrichtungen (= 58 %) an dem Programm teil.⁶⁰

Ausgehend von dem gemeinsamen Ziel, den Stellenwert der ambulanten Nachsorge zu erhöhen und den Übergang zwischen Behandlung und Betreuung zu erleichtern, um die Kontinuität bzw. Flexibilität in den Behandlungs- und Betreuungsabläufen für die Gruppe der chronisch psychisch Kranken sicherzustellen, stellen die oben angeführten Ergebnisse erste Schritte zu einer langfristigen Verbundentwicklung dar.

Im November 2010 wurden der Stand der Verbundkooperation Bonn und die Umsetzung des Patientenüberleitungsbogens in der LVR-Klinik Bonn mit den Chefärztinnen und -ärzten der LVR-Kliniken und dem Lenkungsgremium beraten. Insbesondere die Schwierigkeiten bei der Anwendung des Patientenüberleitungsbogens in der Klinik wurden angesprochen und es wurden Verbesserungsvorschläge gemacht.

6.2.5 Ausblick

Im Dezember 2010 wurde durch die Psychiatriekoordinatorin der Stadt Bonn das **Kooperations-/Steuerungsgremium** für die Psychiatrie in Bonn neu einberufen, in dem die Mitglieder des Lenkungsgremiums mitarbeiten. Dieses Gremium soll die Nachhaltigkeit des Projektes „Verbundkooperation Bonn“ und die Zusammenarbeit bei der Erstellung des „Behindertenpolitischen Teilhabeplans“ für die Stadt Bonn verbindlich regeln sowie verbindliche Kooperationsstrukturen für das örtliche Netzwerk schaffen. Weitere Aufgaben: Bera-

⁵⁹ Vgl. Anhang 7.11.6 und 7.11.7 „Auswertung PANAMA“

⁶⁰ Vgl. Anhang 1.1.4 „Überleitungsbogen“

tung der Stadt Bonn bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Angeboten für Menschen mit psychischer Behinderung und das gemeinsame Handeln sicherstellen.

In einer spezifischen Arbeitsgruppe dieses Gremiums werden die Mitglieder des Lenkungsgremiums insbesondere an der Schnittstellenproblematik weiterarbeiten.

PANAMA – Persönliches, aufsuchendes Nachsorgemanagement – wird von den Abteilungen der Allgemeinpsychiatrie der LVR-Klinik Bonn fortgeführt. Eine angemessene Versorgung der chronisch psychisch kranken Menschen kann nur dann gewährleistet werden, wenn im Einzelfall eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen den involvierten Hilfesystemen personell gesichert ist. Im Sinne einer ganzheitlichen Fallverantwortung soll hierdurch ein Wechsel ermöglicht werden, der wegführt von der vorrangigen Orientierung an den Möglichkeiten des (notwendig begrenzten) eigenen Leistungsspektrums und hinführt zu Hilfen, die ausschließlich am originären Hilfebedarf der Patientin, des Patienten bzw. der Klientin, des Klienten orientiert sind.

Der **Patientenüberleitungsbogen** soll Bestandteil des Entlassungsmanagements der LVR-Klinik Bonn werden und gehört zur Zielplanung der Gesundheitskonferenz Bonn.

Für das Jahr 2012 ist eine gemeinsame Aktion „Mein Job – Dein Job“ geplant, in der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik und der extramuralen Einrichtungen und Dienste Gelegenheit gegeben wird, einen anderen Arbeitsplatz kennen zu lernen.

Einen weiteren Schritt in der Verbundentwicklung sehen die Mitglieder des Lenkungsgremiums in der Durchführung von weiteren einrichtungsübergreifenden Informationsveranstaltungen. Das Leistungsspektrum der kooperierenden Einrichtungen und Dienste muss wechselseitig allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sein. Die Dienste müssen sich untereinander kennen und sich problemlos gegenseitig erreichen können. Dies geschieht nur durch regelmäßigen fachlichen, von gegenseitiger Akzeptanz bestimmten Austausch. Hierzu sollen gemeinsame Informationsveranstaltungen die Basis bilden.

6.3 Bericht des Netzwerkes in Düsseldorf

Verfasser: Dr. Richard Zemlicka⁶¹,
André Withalm⁶²

6.3.1 Ausgangslage

Die Behandlungsdaten des LVR-Klinikums zeigen, dass, trotz eines dichten Versorgungsnetzes in der Landeshauptstadt Düsseldorf, die Wiederaufnahmerate von chronisch psychisch erkrankten Menschen beträchtlich ist. Vermutlich ist diese Situation vor allem der Tatsache geschuldet, dass die einrichtungsübergreifenden Behandlungspfade in Düsseldorf nicht optimal aufeinander abgestimmt sind und ein erheblicher Koordinierungsbedarf der verschiedenen Hilfeleistungen besteht.

In 2008 bot der LVR einzelnen Kommunen an, die Verbesserung der Kooperation und Vernetzung ihrer psychiatrischen Hilfen, insbesondere der stationären mit den ambulanten, mit Hilfe eines Qualitätsmanagementsystems zu erproben. Konkret sollte das „Netzwerkbezogene Qualitätsmanagement“ (NBQM), welches auf der Basis des Qualitätsmanagementsystems der European Foundation for Quality Management (EFQM) entwickelt wurde, im Bereich der psychiatrischen Versorgung zum Einsatz kommen. Zuvor hatten einige Kommunen mit Unterstützung des LVR das NBQM dazu genutzt, ihre Hilfesysteme für Suchtkranke weiter zu entwickeln.⁶³

Vor diesem Hintergrund wurde im Herbst 2008 das Projekt: Verbundkooperation LVR Klinikum/Gesundheitsamt Düsseldorf konzipiert und beim Landschaftsverband Rheinland beantragt. Übergeordnetes Ziel des Projektes ist die „Förderung der Verbundkooperation“ durch die Anwendung der Aspekte des NBQM (Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement) auf die psychiatrischen Versorgungsstrukturen für chronisch an Schizophrenie erkrankte Patientinnen und Patienten eines spezifischen Sektors der Landeshauptstadt Düsseldorf. Mit diesem Projekt sollten folgende Teilziele erreicht werden:

- (1) Entwicklung unmittelbar auf Patientinnen und Patienten bezogener Behandlungspfade im trägerübergreifenden und sektororientierten Hilfesystem,

⁶¹ Herr Zemlicka war im Projektzeitraum Arzt im LVR-Klinikum Düsseldorf

⁶² Herr Withalm war während der Programmlaufzeit Psychiatriekoordinator der Stadt Düsseldorf

⁶³ Vgl. Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement, Köln 2009, a.a.O.

- (2) Verbesserung der Prozesse einer einrichtungsübergreifenden Kooperation, Koordination und Kommunikation in einem ausgewählten Sektor der Landeshauptstadt Düsseldorf,
- (3) Initiierung und ggf. Umsetzung der Fortschreibung von Leistungsangeboten in dem selektierten Sektor.

Das „Case Management“ und die Erprobung des NBQM im Rahmen des Projektkonzepts

Als zentraler Arbeitsansatz wurde die Implementierung eines Case Managements in Kombination mit der Erprobung des NBQM ausgewählt.

Mit der Implementierung eines Case Managements verbindet sich die Erwartung, die einrichtungsübergreifende Koordination des konkreten Hilfebedarfs von Patientinnen und Patienten auf einer **operativen Ebene** (Methode - Case Management auf Patientenebene) zu verbessern.

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Kontext den einrichtungsübergreifenden Abstimmungs- und Koordinierungsprozessen auf der **strukturellen Ebene** des Case Managements zu. Die Erfahrungen zeigen, dass die Qualität einer solchen patientenbezogenen Abstimmung stark davon abhängt, in welchem Ausmaß Kooperation und Vernetzung bereits tatsächlich institutionalisiert sind.

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit in dem ausgewählten Sektor der Landeshauptstadt Düsseldorf wurde das NBQM in das Tätigkeitsprofil des Case Managements integriert. Zu diesem Zweck wurden mehrere institutionsübergreifende Selbstbewertungen durchgeführt. Grundlage dafür war vor allem das Kriterium der „Prozesse“ nach dem NBQM.

Dabei war den Verantwortlichen bewusst, dass bereits eine teilweise Einführung des NBQM in einer Großstadt wie Düsseldorf, mit ihrem doch recht komplexen Hilfesystem, langfristiger Planung und Umsetzung bedarf und ein etwaiger gewünschter Einfluss auf die Klinikaufnahmen mittelfristig spürbar wird. Zudem müssen im Einzelfall passende Wege im quantitativ ausreichenden und gut abgestimmten Hilfesystem gefunden werden.

6.3.2 Regionale Projektorganisation

Nach Maßgabe der Empfehlungen des NBQM wurde folgende Projektstruktur entwickelt:

Die grundlegende Projektsteuerung wurde einer übergeordneten Lenkungsgruppe übertragen. Diese Lenkungsgruppe setzt sich zusammen aus Vertre-

terinnen und Vertretern des LVR-Klinikums Düsseldorf, des Gesundheitsamtes, der PSAG, der niedergelassenen Fachärzteschaft, der Psychotherapeutenkammer sowie des Florence Nightingale Krankenhauses.

In diesem Gremium wird auch gegenwärtig an einem umfassenden Leitbild für die psychiatrische Versorgung der Stadt Düsseldorf gearbeitet.

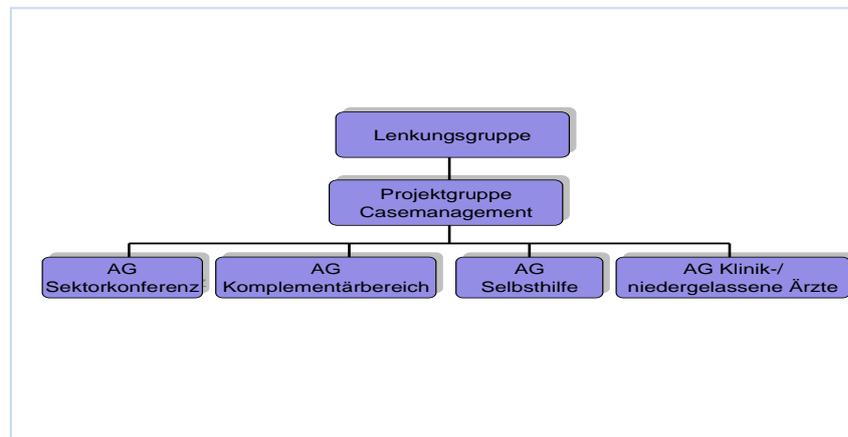


Abb. 15: Projektorganisation

Die konkrete Projektarbeit obliegt dem Casemanager des LVR Klinikums Düsseldorf in Zusammenarbeit mit dem städtischen Psychiatriekoordinator.

Bezogen auf das Vorhaben Case Management galt es, die auf der Grundlage der Selbstbewertung erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen auf der individuellen Ebene der Patientinnen und Patienten anzuwenden und so ggf. auch weitere Verbesserungspotentiale zu identifizieren.

Für den Casemanager wurde folgende Aufgabenstruktur gewählt:

- Rekrutierung von Patientinnen und Patienten,
- Information der Patientinnen und Patienten im Rahmen eines Forums,
- Etablierung einer Sektorsprechstunde (Klinik und komplementäre Institutionen),
- Entwicklung individueller „Patientenpfade“ und Koordination der Behandlungsplanentwicklung mit allen an der Behandlung/Versorgung Beteiligten,
- Durchführung der Selbstbewertungen nach NBQM und Bearbeitung der Ergebnisse in Kooperation mit der Psychiatriekoordination,
- Erfassung des Grades der Einhaltung des Behandlungspfades und Rückmeldung an die Arbeitsgruppe.

6.3.3 Projektablauf

In Anlehnung an den Düsseldorfer Projektantrag wurde hierfür im August 2008 die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten, vorrangig aus möglichst unterschiedlichen Bereichen der psychiatrischen Versorgung (u.a. LVR-Klinikum Düsseldorf, SPZ, Bereich der Obdachlosenhilfe, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) im Düsseldorfer Sektor „Mitte-West“, begonnen. Entsprechende Einschluss- und Ausschlusskriterien wurden wie folgt definiert:

a) Einschlusskriterien:

- Vorliegen einer chronischen, psychischen Erkrankung (für Patientinnen und Patienten aus dem LVR-Klinikum Düsseldorf: insbes. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit wiederholten stationären Aufenthalten!)
- Alter 18 – 65 Jahre

b) Ausschlusskriterien:

- Delinquenz in der Vorgeschichte
- Vordergründige Alkohol-/Drogenkrankheit

Das praktische Vorgehen des Case Managements auf Ebene der Patientinnen und Patienten orientierte sich überwiegend an den gängigen Phasen und Funktionen des Case Managements nach PD Moxley („Assessment“, „Planing“, „Intervention“, „Monitoring“ und „Evaluation“).

Nach Einschluss in das Projekt wurden verschiedene Daten zur Psychopathologie (PANSS), sozialem Funktionsniveau (GAF), Compliance (CEK), wie auch zum Allgemeinen Gesundheitszustand (SF 36) in Fremd- bzw. Selbstbeurteilungen erhoben (Skalenabkürzungen s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Instrumente der Eingangsuntersuchung

Instrument Abk.	Untersuchungsinstrumente bei Einschluss
CEK	Compliance-Einschätzung (nach Kemp)
CGI	Clinical Global Impression Scale
GAF	Global Assessment Scale of Functioning
SOFAS	Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus
SF 36	Fragebogen zum „Allgemeinen Gesundheitszustand“
PANSS	Positive and Negative Syndrom Scale /Psychopathologischer Befund

Nach Einschluss in das Projekt galt es für den Casemanager einen „Individuellen Behandlungsplan“ mit der Patientin, dem Patienten und in Absprache mit den weiteren Beteiligten des Versorgungssystems zu erstellen. Ein zentrales Element stellte hierbei die verstärkte Einbeziehung der komplementären Einrichtungen (im Besonderen des Sozialpsychiatrischen Zentrums) dar, wodurch schließlich eine Verstetigung der Abläufe im Hinblick auf eine Gewährleistung lückenloser, aufeinander abgestimmter Hilfeangebote, die Vermeidung von unproduktiven Überschneidungen der Angebote und eine Sicherung der Behandlungskontinuität intendiert wurde.

Am Ende des Projekts wurden die o.g. Untersuchungsinstrumente (u.a.), in Hinblick auf eine Vergleichsevaluation, erneut angewandt.

Im Hinblick auf die Evaluierung der Erfolge im Projekt (sowohl auf der strategischen, als auch auf der operativen (Patienten-) Ebene), wurde eine 2. Selbstbewertung durchgeführt, im Rahmen derer die einzelnen Punkte des Kriteriums „Prozesse“ (NBQM) erneut bewertet wurden. Fernerhin wurden zusätzliche, individuelle Bewertungen zum stattgehabten Case Management, durch die Anwendung von eigens hierfür angefertigten „Fragebögen für Akteure“ eingeholt.

Auf der Ebene der Patientinnen und Patienten wurde der „*vorteilhafte Krankheitsverlauf*“⁶⁴ (im Projektzeitraum) als Haupt-Outcome-Kriterium gewählt und durch den Vergleich der Untersuchungen zu Beginn und am Ende des Projekts evaluiert.

Auf der strukturellen Ebene wurden folgende Teilprojekte bearbeitet:

- a) Erarbeitung der Qualitätsstandards in Bezug auf Wiedereingliederungshilfe und Betreutes Wohnen,
- b) Einführung der Soziotherapie,
- c) Planung umfangreicher Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit (Psychiatrietage Düsseldorf),
- d) Informationsveranstaltungen (ARGE),
- e) Entwicklung eines „Patientenwegweisers“ und Überarbeitung des psychosozialen Adressbuches (Landeshauptstadt Düsseldorf),

⁶⁴ Im Rahmen der Abschlussuntersuchung wurde der „vorteilhafte Krankheitsverlauf“ in Bezug zur Untersuchung bei Projekteinschluss wie folgt definiert: höherer Compliance-Score (CEK), Zunahme des sozialen Funktionsniveaus (GAF-Score und SOFAS-Score); Weitere Indikatoren waren: Keine Wiedererkrankungen/stationäre Wiederaufnahme.

- f) Angebot von niederschweligen, ärztlichen Sprechstunden in verschiedenen komplementären Einrichtungen (Wohnungslosenhilfe „Haus Weißenburg“ und „Ariadne“, SPZ Talstraße, Obdachlosenhilfe Harkortstraße, „Café Horizont“),
- g) Organisation von Dialogen zwischen verschiedenen Institutionen des Versorgungssystems (SPZ, LVR-Klinikum Düsseldorf, Wohnungslosenhilfe, Sozialpsychiatrischer Dienst).

Die Selbstbewertungen nach NBQM wurden in verschiedenen Arbeitsgruppen umgesetzt. Durch die Selbstbewertungen waren alle im Sektor Handelnden sowie Psychatriererfahrene und ihre Angehörigen direkt oder indirekt beteiligt.

Insgesamt wurden zu Beginn des Projekts vier umfangreiche Erst-Selbstbewertungen durchgeführt:

- Juni 2008: Sektorkonferenz
- Juni 2008: Ärztinnen und Ärzte des LVR-Klinikums und niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte
- Juli 2008: Mitglieder der Hilfeplankonferenz
- September 2008: Selbsthilfe

und im Juni/Juli 2010 mit einer 2. Selbstbewertung beendet.

6.3.4 Ergebnisse

Die Anzahl der im Projektzeitraum eingeschlossenen Patientinnen und Patienten ist insgesamt als fluktuierend zu bezeichnen, da eine nicht unerhebliche Anzahl den Kontakt zum Casemanager abbrachen oder ausdrücklich den Ausschluss aus dem Projekt forderten. Hierbei konnte stets eine Verschlechterung des psychischen Krankheitsbildes beobachtet werden.

Im Verlauf des Projekts wurden insgesamt 256 Patientinnen und Patienten gescreent, 31 von ihnen ein- und 57 ausgeschlossen.

Der Ausschluss aus dem Projekt erfolgte überwiegend wegen einer fehlenden Teilnahmebereitschaft am Projekt, dem vordergründigen Vorliegen einer Suchterkrankung oder im Falle des Wohnortes der Patientin, des Patienten außerhalb des Sektors (Sektor 2), in dem das Projekt durchgeführt wurde.

Von den 31 eingeschlossenen Personen waren 17 männlich und entsprechend 14 weiblich. 22 wohnten in eigener Wohnung, wohingegen 9 im Rahmen der Wohnungslosenhilfe untergebracht waren (u.a. „Ariadne“, „Haus Weißenburg“). Die Patientinnen und Patienten waren durchschnittlich 36,6 Jahre alt

und überwiegend allein lebend; lediglich 7 lebten in Familie bzw. Partnerschaft (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Wohnsituation der Patienten im Projekt „Verbundkooperation“

Merkmal	Anzahl der Patienten	Prozent
Allein	15	48,4
Familie	4	13,0
Partnerschaft	3	9,7
WG	9	29,0
Gesamt	31	100

Im Rahmen der Eingangsuntersuchung zeigte sich ein durchschnittlich geringes soziales Funktionsniveau der Patienten (GAF: 44,0; SOFAS: 38,58). Mittels eines Fragebogens (SF 36) konnte ein „ausgezeichneter“ bis „guter“ allgemeiner Gesundheitszustand bei 60% der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten ermittelt werden, wobei die Erledigung der alltäglichen Belange bei 68% hauptsächlich psychisch bedingt beeinträchtigt war. Im Durchschnitt waren bei den Patientinnen und Patienten 4,5 stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen vor dem Einschluss in das Projekt zu verzeichnen.

Von den insgesamt 31 eingeschlossenen Patientinnen und Patienten waren 28 bei Projekteinschluss auf eine medikamentöse Therapie eingestellt, von denen 58,1% die bestehende Medikation teilweise oder ganz ablehnten. Die übrigen 41,9% wiesen eine „passive Akzeptanz“ bis „aktive Mitarbeit“ in Bezug auf die pharmakologische Therapie auf (Compliance-Einschätzung nach Kemp).

Die Gesamtwürdigung der o.g. Auswertung lässt insgesamt auf den Einschluss eines Initials der für das Projekt vorgesehenen Klientel (schwere chronische Erkrankungen, schwieriger therapeutischer Krankheitsverlauf, hohe Anzahl stationärer Aufenthalte, verminderte Compliance) schließen.

Die Evaluierung des Case Managements erfolgte durch eine Abschlussuntersuchung der Patientinnen und Patienten mit den bereits bei Projekteinschluss angewandten Untersuchungsinstrumenten (Tabelle 4) und der zusätzlichen Erhebung des CGI („Global Impression Scale“, Guy & Bonate 1970). Auf strategischer Ebene wurde zum Ende des Projektzeitraums eine 2. Selbstbewertung und eine Befragung der im Projekt implizierten Handelnden des Gesundheitssystems (mittels eines hierfür speziell entworfenen Fragebogens) durchgeführt.

Im Rahmen der Abschlussuntersuchung konnte bei 76,9% der Patientinnen und Patienten eine Compliance bezüglich der bestehenden Therapie verzeichnet werden, wohingegen lediglich 32,1% als (partiell) non-compliant eingestuft wurden. Hinsichtlich des sozialen Funktionsniveaus, wurden durchschnittlich höhere Werte, sowohl im GAF (52,5 Punkte) als auch im SOFAS (52,2 Punkte) verzeichnet (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Ergebnisse der Untersuchungen bei Projekteinschluss und -ende

„SOFAS“ bei Projekteinschluss	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
aktuelles Niveau	31	20	60	38,6	10,4
niedrigstes Niveau im Vorjahr	1	45	45	45	.
höchstes Niveau im Vorjahr	1	45	45	45	.

„SOFAS“ bei Projektende	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
SOFAS aktuelles Niveau (Ende)	29	20	80	52,2	16,2
SOFAS niedrigstes Niveau im letzten Jahr (Ende)	28	20	60	36,75	13,1
SOFAS höchstes Niveau im letzten Jahr (Ende)	28	30	80	51,8	15,3

GAF	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
GAF aktuelles Niveau bei Projekteinschluss	31	25	60	44,0	9,8
GAF aktuelles Niveau bei Projektende	28	25	85	52,5	17,2

Während des Projekts wurden 9 Patientinnen und Patienten (29%) erneut stationär aufgenommen. Hierbei ist auf eine breite Streuung des Zeitraumes bis zur Wiederaufnahme hinzuweisen (2 Wochen bis 7 Monate nach Einschluss in das Projekt). Für die übrigen 22 war keine erneute stationäre Behandlung erfolgt.

Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten (66,6%), die erneut stationär aufgenommen wurden, wurde im Rahmen der Abschlussuntersuchung (CGI)

als „deutlich“ bis „schwer krank“ eingestuft, wobei 44,4% eine Besserung des Zustandes am Ende des Projektzeitraumes aufgewiesen haben. Die hohe Prozentzahl der Patientinnen und Patienten mit Zustandsverbesserung wäre u.a. durch die rasche stationäre Aufnahme und die damit eingetretene Zustandsbesserung zu erklären. Von den Patientinnen und Patienten, die im Projektzeitraum nicht erneut stationär behandelt wurden, wiesen 90% eine Zustandsbesserung im CGI auf.

Fernerhin konnte bei 66,7% der Patientinnen und Patienten mit stationären Wiederaufnahmen eine „geringe“ bis „verschlechterte therapeutische Wirksamkeit“ nachgewiesen werden, wohingegen 70%, die nicht stationär aufgenommen wurden, eine „mäßige“ bis „sehr gute“ therapeutische Wirksamkeit zeigten. Bei der untersuchten Klientel stellten die durch die Therapie bedingten Nebenwirkungen und die in der Eingangsuntersuchung erhobene Complianceeinschätzung keine relevanten Prädiktoren im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme dar. Andererseits zeigte sich bei den Patientinnen und Patienten, die nicht (wieder) aufgenommen wurden, eine Zunahme der Compliance im Projektzeitraum, wobei anfänglich 36,3% eine „passive“ bis „aktive Mitarbeit“ aufwiesen und entsprechend 68,4% am Projektende.

Bei den nicht wiederaufgenommenen Personen war im GAF eine Verbesserung von 10 Punkten festgestellt worden, die Patientinnen und Patienten mit Wiederaufnahmen wiesen hingegen nur eine durchschnittliche Verbesserung von 3 Punkten auf (Abb. 16). Der Unterschied wird noch deutlicher beim Vergleich mit der Entwicklung im SOFAS; hier konnten sich die Nicht-Wiederaufgenommenen um durchschnittlich 18,2 Punkten verbessern, während die Wiederaufgenommenen sich im SOFAS lediglich um 3,3 Punkte besserten.

Eine deutliche Verbesserung des Schweregrades der Erkrankung konnte durch die Auswertung des CGI am Projektende für 90% der Nicht-Wiederaufgenommenen gezeigt werden, wohingegen lediglich 45% der Patientinnen und Patienten mit stationären Wiederaufnahmen Verbesserungen im CGI aufwiesen. Die Diskrepanz der Auswertungen des CGI einerseits, und des SOFAS und GAF andererseits, ließe sich dadurch erklären, dass der durch den CGI nachgewiesene verbesserte Schweregrad der Erkrankung nicht unbedingt mit einer Verbesserung der sozialen Kompetenzen (SOFAS; GAF) einhergeht.

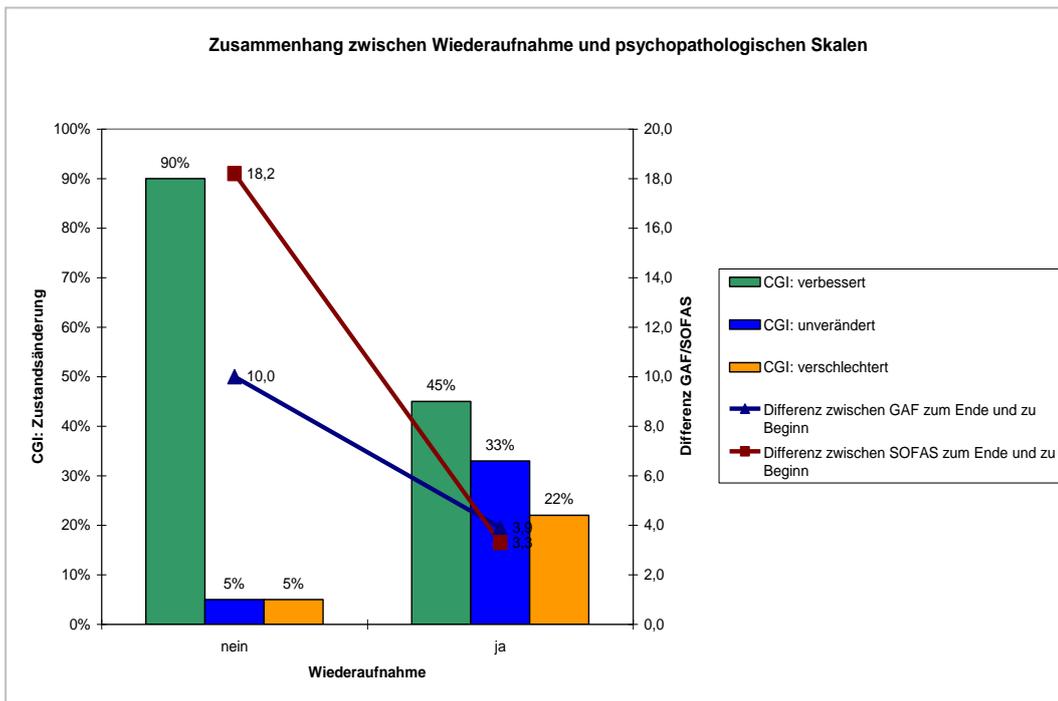


Abb. 16: Zusammenhang Wiederaufnahme - psychopathologische Skalen

An der Befragung mittels der Fragebögen haben sich insgesamt 27 im Gesundheitssystem Tätige beteiligt (4 Ärztinnen und Ärzte und 23 Dipl. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter), von denen 96% bereits im Vorfeld des Projekts eine Kooperation mit dem LVR-Klinikum Düsseldorf beschrieben. Hiervon gab die deutliche Mehrheit (87%) eine Verbesserung der Kooperation durch das Case Management an.

Die „allgemeine Betreuung“ der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten durch das Case Management, wurde von 80% der Befragten als „viel“ bis „etwas besser“ (im Vergleich zu nichteingeschlossenen) bewertet. Diesbezüglich wurde der „durchschnittliche Gesundheitszustand“ der Patientinnen und Patienten am Ende des Projekts von 72% der Befragten als „etwas besser“ bis „deutlich besser“ (im Vergleich zum Zeitpunkt des Einschlusses in das Projekt) geschildert.

Die durchschnittliche Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Case Management war von 74,7% der Befragten als „hoch“ bewertet worden, wobei eine Verbesserung der Compliance (in Bezug auf eine bestehende The-

rapie) hierbei von 45,5% der Befragten angegeben wurde. In Bezug auf den zeitlichen Aufwand der Sprechstunden, wurde ein 14-tägiges Intervall (für die Dauer von 2 Stunden) von 38,5% der Befragten als sinnvoll erachtet.

Auf strategischer Ebene wurde die im Case Management angebotene „Mitarbeiterorientierte Beratung“ von 92,3% der Handelnden als „gut“ bis „sehr gut“ bewertet. In Bezug auf die Vermittlung zwischen den einzelnen komplementären Einrichtungen und des LVR-Klinikums, wurde von 65,4% ein dadurch „etwas“ bis „viel gebesserter“ Prozess der Kommunikation und Kooperation angegeben.

Zusammenfassend lässt sich das Case Management für das Erreichen der anfangs genannten Teilziele als effektiv werten. Durch z.B. regelmäßige Sprechstunden im LVR-Klinikum Düsseldorf, im „Sozialpsychiatrischen Zentrum“ (SPZ) in der Talstraße und in einigen Einrichtungen der Wohnungshilfe wurden von den ca. 250 für das Projekt gescreenten Patientinnen und Patienten, insbesondere chronisch psychisch erkrankte Menschen, mit einem (krankheitsbedingten) Antriebsmangel oder einer Scheu vor der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen, niederschwellig angesprochen und – nach Maßgabe des individuellen Hilfebedarfs – in das kommunale Versorgungssystem integriert.

Ebenso erwies sich das Case Management in vielen Situationen als hilfreich bei der Koordination der individuell geplanten Behandlungs- und Versorgungsprozesse, wobei rückblickend auch auf eine Verstärkung der Kommunikation und Kooperation im Hilfesystem hinzuweisen ist. Als besonders förderlich hierfür, haben sich der regelmäßige (personen- und institutionell-orientierte) Austausch der verschiedenen komplementären Einrichtungen untereinander und die Nachhaltigkeit der vereinbarten Vorgehensweisen durch eine koordinierende Stelle (hier durch das Case Management) erwiesen.

So konnte beispielsweise, durch die Optimierung der Entlassungsprozedur bei Patientinnen und Patienten in stationärer Behandlung, eine einheitliche Verbesserung der qualitativen und quantitativen Informationsweitergabe an weiter versorgende, komplementäre Einrichtungen erreicht werden.

Fernerhin konnte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes von eingeschlossenen Patientinnen und Patienten rasch erkannt und konnten somit zeitnah entsprechende Maßnahmen (intensivere Beobachtung, Einweisung zur stationären Behandlung) ergriffen werden. Ebenso ist bei der Mehrheit der im Projekt eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, auf eine Besserung der Compliance sowie des Schweregrades der Erkrankung im Projektzeitraum hinzuweisen.

Die beiden Selbstbewertungen führten zu folgenden Ergebnissen (vgl. Kriterium Prozesse):

1. Dienstleistungen werden aufgrund der Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten entworfen und gemanagt:

• ***Überprüfung der Angebotsstruktur im Sektor für chronisch psychisch kranke Menschen im Rahmen des Case Managements***

Erste Ergebnisse:

- Im Rahmen des Case Managements hat sich die Gruppe der wohnungslosen psychisch Kranken als die Gruppe herausgestellt, die mit dem bestehenden Angebot nicht oder nur zum Teil erreicht werden kann.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Da in der Wohnungslosenhilfe die ärztliche Sprechstunde gut angenommen worden ist, wäre es wichtig, diese Sprechstunden fest zu installieren.

• ***„Implementierung der Soziotherapie (SGB V)“***

Erste Ergebnisse:

- Im Winter 08/09 wurde eine Informationsveranstaltung zum Thema durchgeführt.
- Im Rahmen zweier integrierter Versorgungsverträge werden soziotherapeutische Leistungen vom LVR-Klinikum angeboten.
- Das SPZ im Sektor Mitte/West wurde von der AOK als Leistungserbringer anerkannt.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Weitere Verfolgung des Zieles, dass die SPZ als Leistungserbringer für Soziotherapie auch bei anderen Krankenkassen anerkannt werden.
- Der Austausch und die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sollte auch in Hinblick auf eine Verordnung von Soziotherapie intensiviert werden.

• ***Entwicklung eines ambulanten Krisendienstes***

Erste Ergebnisse:

- Das Thema wurde wiederholt im „Lenkungskreis Psychiatrie“ diskutiert – ohne Ergebnis.
- Es ist geplant, das Thema erneut zu bearbeiten, dazu sollen Modelle anderer Kommunen betrachtet werden.
- Die Einrichtungen und Dienste des ambulant betreuten Wohnens sehen nicht die Notwendigkeit einer übergreifenden „rund um die Uhr“ Rufbereitschaft. Das BeWo scheidet damit als Basis eines Krisendienstes aus.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

Problemschilderung aus Sicht der Klinik: An Wochenenden kommt es in der Klinik oft zu Aufnahmen.

- Die Entwicklung eines ambulanten Krisendienstes wäre ein sinnvolles Ziel, wenn Klinikeinweisungen dadurch verringert werden.
- Empfehlung: Modelle und Begleitstudien anderer Regionen wie Solingen, Wuppertal und LVR-Klinikum Langenfeld betrachten.

• **Stärkung der Angehörigenarbeit**

Erste Ergebnisse:

- Im LVR-Klinikum Düsseldorf ist die Implementierung einer psychoedukativen Gruppe für Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen vorgesehen.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Es existiert bereits ein Konzept dazu. Geplant ist die Einrichtung einer neuen Stelle für Sozialarbeit, die gemeinsam mit ärztlichem Personal die psychoedukative Gruppe für Angehörige leitet.
- Das Angebot soll auch Angehörigen offen stehen, die keinen Bezug zum LVR-Klinikum haben.
- Bei einem ambulanten Träger existiert bereits eine solche Gruppe (Graf-Recke-Stiftung).

• **Öffentlichkeitsarbeit: Psychiatriemesse/Filmfest**

Erste Ergebnisse:

- Eine Aktionswoche („Grenzen erleben“) wurde im Februar 2010 zentral in der VHS durchgeführt: Entstigmatisierung von Krankheitsbildern und Behandlungsangeboten.
- Mit dem regelmäßig stattfindenden Forum „Seelische Gesundheit“ (in Zusammenarbeit mit der VHS) soll an diese Woche angeknüpft werden.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- „Grenzen erleben“ hatte einen großen Zulauf auch von nicht-fachlichem Publikum. Wünschenswert ist die Wiederholung einer Veranstaltung mit dieser Zielgruppe und o.g. Themen, denn es hat die Zusammenarbeit der Träger und Institutionen sehr belebt.
- Das Forum „Seelische Gesundheit“ ist als niedrigschwelliges Angebot in der VHS für eine breite Öffentlichkeit attraktiv.

2. Prozesse der einrichtungsübergreifenden Kooperation, Koordination und Kommunikation werden gestaltet und gemanagt:

- ***Verbesserung des EDV-gestützten Informationsaustausches zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken***

Erste Ergebnisse:

- Aufgrund fehlender technischer Möglichkeiten und datenschutzrechtlicher Regeln ist ein EDV-gestützter Informationsaustausch zurzeit leider nicht möglich.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Sinnvoll wäre ein standardisiertes Entlassungsverfahren in Hinblick auf medizinische („Arztbriefe“) als auch soziale Nachsorge (Sozialarbeit). Denkbar wäre ein sozialmedizinischer Entlassbericht, welcher neben den herkömmlichen Inhalten eines „Arztbriefes“ auch Informationen des Sozialdienstes bezüglich der Nachsorge enthält.
- Wünschenswert wäre eine Rückkopplung (Austausch) mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

- **Regelmäßiger fallbezogener Austausch bei chronisch Kranken (und PsychKG-Patientinnen und -Patienten) zwischen SpDi und Klinik**

Erste Ergebnisse:

- Im Projektzeitraum wurden wiederholt Gespräche zwischen dem LVR-Klinikum, dem SpDi und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe geführt, die zu einer Verbesserung der Kommunikation und Kooperation sowohl in Einzelfällen als auch allgemein beigetragen haben.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Der persönliche Austausch hat sich im Projektzeitraum sowohl zwischen Klinik-Sozialdienst und SpDi als auch zwischen Klinik-ärztinnen und -ärzten und SpDi verbessert.
- Insbesondere für die Einzelarbeit war das Instrument des Case Managements (Vereinbarung von Gesprächsterminen bzw. Zusammenführung der fallführenden Stellen) sehr hilfreich. Eine Fortführung wäre sinnvoll.

- **Einrichtungsübergreifende Treffs und Kontaktangebote am Wochenende und in den Abendzeiten beim BeWo/SPZ**

Erste Ergebnisse:

- Bekanntmachung der ambulanten Wochenangebote im Rahmen tagesstrukturierender Maßnahmen insgesamt.
- Im Rahmen der Modellförderung „Ambulant vor Stationär“ im Freizeitbereich führt das SPZ Mitte/West gemeinsam mit der VHS das Projekt „Freizeitcoach“ durch.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Die SPZ-Angebote an den Wochenenden ergänzen sich gut.
- Es gibt auch Kulturangebote in der Klinik- Anregung: Bei der Leitung der Kreativtherapie nachfragen, ob eine Öffnung nach außen sinnvoll/gewünscht ist.
- Projekt „Freizeitcoach“ (Hinführung zur eigenständigen Freizeitgestaltung) hatte aufgrund der nicht homogenen Zielgruppen (VHS-Publikum und SPZ-Besucher) Anlaufschwierigkeiten.

- Empfehlung: Neben konsumierendem Freizeitverhalten ist die Förderung der gesundheitlichen Prävention sinnvoll (Beispiel: Nicht nur gemeinsam Fußball sehen, sondern auch selbst spielen).
- **Entwicklung von Qualitätsstandards im BeWo und einer Beschwerdestelle für Wiedereingliederung (§53 SGB XII)**

Erste Ergebnisse:

- Qualitätsstandards sind fertig entwickelt und können (nach letztmaliger Abstimmung) veröffentlicht werden.
- Anbieter von BeWo können sich im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung beteiligen.
- Die Einrichtung eines „Beschwerdemanagements“ ist beschlossen.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Düsseldorfer Qualitätsstandards für betreutes Wohnen sind sinnvoll, die Einrichtung einer Beschwerdestelle als Bestandteil der Qualitätskriterien obsolet.
- Wie kann eine Umsetzung erfolgen? Empfehlung: Beispielhafte Kommunen betrachten.

- **Optimierung der Entlassungsprozedur in Klinik (insbesondere in Bezug auf Nachsorge)**

Erste Ergebnisse:

- Die Entlassprozedur der Klinik wurde im Projektzeitraum durch den Casemanager mehrfach, insbesondere im Bezug auf Entlassberichte und die zeitnahe Information der ambulanten (Weiter)Versorger, überprüft.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Korrespondiert mit „Sozialmedizinischer Entlassbericht“ unter Punkt „EDV-gestützter Informationsaustausch“. Hier gibt es noch weitere Verbesserungsmöglichkeiten.
- Einbindung des Sozialdienstes in die Erstellung des Entlassberichtes.

3. Patientenbezogene Prozesse:

- ***Entwicklung eines sektororientierten Wegweisers für Patientinnen und Patienten***

Erste Ergebnisse:

- Ein Wegweiser ist fertig erstellt.
- Allerdings bezieht dieser sich nicht nur auf den Sektor Mitte/West sondern auf das gesamte Stadtgebiet.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- 2. Auflage ist bereits in Druck.
- Jeder Entlassungspatient, jede Entlassungspatientin sollte einen Wegweiser bekommen - Kosten bzw. deren Übernahme muss geklärt werden.

- ***Versendung von Informationsmaterial über Düsseldorfer Angebote an allgemeinmedizinische Praxen im Sektor***

Erste Ergebnisse

- Der Wegweiser ist gedruckt und zum Teil verschickt.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Der Wegweiser ist erneut verschickt worden.
- Eine laufende Fortführung wäre sinnvoll.

- ***Informationsveranstaltungen und Schulungen für andere Arbeitsbereiche (ARGE, Wohnungslosenhilfe etc.)***

Erste Ergebnisse:

- Im Bereich der Wohnungslosenhilfe nahm der Casemanager in der Rolle eines Supervisors regelmäßig an fallbezogenen oder allgemeinen Teambesprechungen teil.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Eine Fortführung wäre sinnvoll.

- **Ortsnahe Versorgung durch Institutsambulanzen**

Erste Ergebnisse:

- Zu Beginn des Projektes wurden die Möglichkeiten einer ortsnahen Versorgung durch Institutsambulanzen eruiert.
- Daher kann das Ziel im Rahmen des Projektes leider nicht erreicht werden.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Im Jahr 2011 werden zwei weitere Tageskliniken auf der Moorenstraße fertiggestellt sein.
- Weiteres Ziel: Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verbessern (siehe unter 5.2.).

- **Niedrigschwellige Sprechstunden durch Casemanager in sozial-psychiatrischen und anderen Einrichtungen (SPZ/Wohnungslosigkeit)**

Erste Ergebnisse:

- Sprechstunden im SPZ Mitte/West wurden durch den Casemanager angeboten, erwiesen sich aber meist als nicht erforderlich.
- Zunächst wurde eine Sprechstunde in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe angeboten – die Resonanz war groß.
- Daher wurde das Sprechstundenangebot auf weitere Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe ausgedehnt (Haus Weissenburg, ARIADNE, Harkortstraße, Horizont).
- Mit Ende des Projektes wurden die Sprechstunden mangels vorhandener personeller Ressourcen leider eingestellt.

2. *Selbstbewertung – Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen:*

- Die Sprechstunden in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe waren ein sinnvolles und gut frequentiertes Angebot; eine Fortführung soll unbedingt weiter gewährleistet werden.

- **Entwicklung eines patientinnen- und patientenbezogenen Einschätzungsbogens aus dem sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld für Klinikärzte**

Erste Ergebnisse:

- Die Idee wurde mit verschiedenen Handelnden (aus der Klinik und dem Sektor Mitte/West) erörtert.
- Die Arbeit mit einem patientinnen- und patientenbezogenen Einschätzungsbogen wurde von den Angesprochenen insgesamt als sehr aufwändig bewertet und daher bisher nicht umgesetzt.

2. Selbstbewertung - Bewertung der Ergebnisse und weiteres Vorgehen

- Das Ziel ist beizubehalten.
- Ein Überleitungsbogen, bestehend aus zwei Teilen, soll erarbeitet werden:
 - a. von fallbezogener Stelle/Einweiserin bzw. Einweiser
 - b. Entlassungsteil (Entlassungsbericht siehe unter 5.2.)
- Informationen sollen in Bonn als beispielgebende Kommune eingeholt werden.

6.3.5 Ausblick

Mit Beendigung des Projektes und des Prozesses der Selbstbewertung haben sich die Gremien der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft und Lenkungskreis Psychiatrie) mit den Ergebnissen beschäftigt und das weitere Vorgehen abgestimmt.

Zunächst wurden auf der strukturellen Ebene der fachlichen Zusammenarbeit und zu deren Verbesserung der Kooperation beide Gremien in die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft zusammengeführt. Zudem wurde die Zusammensetzung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft erweitert um Vertretungen der Wohnungslosenhilfe, der Sozialpsychiatrischen Zentren, der Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, der Sektorenkonferenzen, der Psychotherapeutenkammer NRW, „Runder Tisch Rehabilitation“ usw. Diese Erweiterung wurde notwendig, damit auf kommunaler Ebene der Austausch zwischen den Vertretungen verbessert und die Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft gemeinsam vorangetrieben werden kann.

Darüber hinaus hat die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft entschieden, zielgerichtet und konsequent in Form von übergreifenden Projektgruppen die im

Verbundkooperationsprojekt angestoßenen Prozesse weiterzuentwickeln und die im Rahmen der Selbstbewertung entwickelten Vorschläge aufzugreifen und umzusetzen. Im Dezember 2010 wurde in der konstituierenden Sitzung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft entschieden, folgende temporären Arbeitsgruppen einzusetzen:

1. Krisenversorgung in Düsseldorf

Die Projektgruppe hat den Auftrag, eine Analyse der Versorgungsregion (Ermittlung vorhandener Angebote und Aufdecken von Mängeln) vorzunehmen und bei Bedarf Handlungsempfehlungen sowie Lösungsvorschläge zu erarbeiten. In diesem Zusammenhang werden alle Einrichtungen und Dienste, die im Bereich der Krisenversorgung in Düsseldorf tätig sind, in die Projektgruppe aufgenommen.

2. Kooperation stationäre klinische und ambulante psychiatrische Versorgung – Verstetigung der Verbundkooperation

Die Projektgruppe hat den Auftrag, die Empfehlungen im Rahmen der Selbstbewertung zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der stationären und ambulanten Versorgung (z.B. LVR-Klinikum und den Sozialpsychiatrischen Zentren oder Sprechstunden in der Wohnungslosenhilfe) aufzunehmen und Handlungsempfehlungen sowie Lösungsvorschläge zu entwickeln.⁶⁵ Konkret sollen hierzu Sprechstunden eines Case Managements, ähnlich wie im Projekt, installiert und patientenbezogene Behandlungspfade, insbesondere unter Berücksichtigung komplementärer Versorgungsangebote, entwickelt werden.

Darüber hinaus hat die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft entschieden, sukzessive weitere Themen und Vorschläge aus der Selbstbewertung des Verbundkooperationsprojektes aufzunehmen und Handlungsempfehlungen sowie Lösungsvorschläge in eigens dafür gegründeten Projektgruppen zu entwickeln. Aufgrund der Fülle der Anregungen und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen kann dies nur in zeitlicher Abfolge und nacheinander geschehen. Eine Rückbindung der Ergebnisse der Arbeitsgruppen erfolgt auftragsgemäß in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, der Gesundheitskonferenz sowie den notwendigen politischen Entscheidungsgremien der Landeshauptstadt Düsseldorf.

⁶⁵ So z.B. die nach Programmabschluss, ab Oktober 2013, angebotenen Sprechstunden im „café pur“; vgl. Anhang 7.12.1 (redaktionelle Anmerkung)

6.4 Bericht des Netzwerkes in Essen

Verfasserin: Stephanie Bosch, Essener Kontakte e.V.

6.4.1 Ausgangslage

Das Essener NBQM Projekt fokussiert sich auf die inhaltlichen Schwerpunkte „Arbeit und Beschäftigung“, „Kinder psychisch kranker Eltern“ und „Migration“. Zentrale Anliegen des Essener NBQM Projektes sind die Teilhabe aller Akteure im psychosozialen Netz am NBQM Projekt sowie der Transfer der Ergebnisse durch Vereinbarungen, Absprachen und Kooperationsverträge.

6.4.2 Regionale Projektorganisation

Das Lenkungsgremium (LG) traf sich im Projektzeitraum vom 01.01.2010 bis zum 31.12.2011 zu acht Sitzungen, davon zwei in Anwesenheit eines Vertreters des LVR-Dezernates „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen, Herrn Jäger, in den Räumlichkeiten des LVR-Klinikums.

Mitglieder des Lenkungsgremiums waren:

- LVR-Klinikum Essen, Frau Dr. Klein,
- Sozialer Dienst des LVR-Klinikums Essen, Frau Brings,
- PDL des LVR-Klinikums Essen, Frau Schwarzfischer, Frau Trope,
- SPZ Essen Mitte, Essener Kontakte e.V., Frau Geffert,
- Psychiatriekoordinatorin der Stadt Essen, Frau Eifert,
- Verein Angehöriger psychisch Kranker, Frau Twardon,
- Projektkoordination, Frau Meiler, Frau Klee, Frau Bosch.

Die konstituierende Sitzung des Lenkungsgremiums fand am 18.02.2010 im LVR-Klinikum statt. Das Lenkungsgremium einigte sich auf folgende Zielsetzung:

- Paritätische Zusammenarbeit aller Beteiligten im Rahmen des Projekts netzwerkbezogenes Qualitätsmanagements (NBQM),
- systematische Weiterentwicklung der Vernetzung in der kommunalen psychiatrischen Versorgung,
- Reduktion von Kooperations- und Kommunikationshemmnissen, Förderung der Koordination und Vernetzung von Mitgliedern des regionalen Verbundes,

- Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen.

In der konstituierenden Sitzung wurde ferner eine Geschäftsordnung erstellt. Um die drei o.g. inhaltlichen Schwerpunkten ausgewogen bearbeiten zu können, wurden die Bildung von drei Unterlenkungsgruppen (ULG) beschlossen, die sich mit jeweils einem der Schwerpunkte intensiver befassen sollten. Die ULG wurden nach folgenden Maßgaben besetzt:

- Teilnahme eines Mitgliedes des Lenkungsgruppen und einer Koordinatorin
- Teilnahme einer Vertreterin/eines Vertreters der Funktionsbereiche des LVR-Klinikums Essen (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Sozialdienst)
- Teilnahme von Expertinnen und Experten/Vertreterinnen und Vertreter der kooperierenden Organisationen aus dem jeweiligen Themenfeld (Arbeit/Elternschaft/Migration)

Regelmäßige Tagesordnungspunkte des Lenkungsgruppen waren:

- die Auswertung der Informationen aus den ULG
- der Austausch über aktuelle Entwicklungen in der sozialpsychiatrischen Landschaft
- die Entscheidungen zur Umsetzung von Maßnahmen.

Im Frühjahr 2010 wurden die ersten Befragungen zur Selbstbewertung der einzelnen Gruppen (Lenkungsgruppe sowie die drei Unterlenkungsgruppen) sowie der Arbeitsgruppen der Einrichtungen durchgeführt.

6.4.3 Projektablauf

Open-Space-Workshop

In der ersten Juliwoche des Jahres 2010 fand ein Open-Space-Workshop zu den drei Themengebieten „Arbeit und Beschäftigung“, „Kinder psychisch kranker Eltern“ sowie „Migration“ statt. Folgende Themenstellung stand im Vordergrund:

Wie kann Schnittstellenarbeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Themengebieten „Arbeit und Beschäftigung“, „Kinder von psychisch erkrankten Eltern“ sowie „Migration“ optimiert werden?
--

Zu dem Workshop wurden alle am Netz beteiligten Institutionen mit dem Angebot einer aktiven Mitarbeit bei der Gestaltung und Optimierung von Kooperationsprozessen im psychiatrischen Netzwerk eingeladen. Insgesamt haben 70 Fachkräfte aus 34 Organisationen teilgenommen. Ein Ergebnis aus dem Workshop war ein NBQM-Stammtisch, der sich dreimal innerhalb des Projektzeitraums traf und einen informellen, fachlichen Austausch über die NBQM-Themen ermöglichte.

Die Fachtagung zum Projektabschluss

Die Abschlussfachtagung „Ergebnisse, Fazit und Ausblick des Projektes fand am 17.11.2011 statt. Den 30 teilnehmenden Vertreterinnen und Vertretern der kooperierenden Institutionen wurden die Ergebnisse des Projektes vorgestellt und im Anschluss wurde das Fazit und der Ausblick gemeinsam diskutiert und festgehalten.

Dazu gab es folgende Anregungen und Wünsche aus dem Plenum:

- Einen weiteren Austausch zum Thema „Arbeit und Beruf in Essen“
- Fertigstellung und Verbreitung einer freiwilligen Selbstverpflichtungserklärung der Handelnden im Bereich „Psychische Erkrankung und Elternschaft“
- Schaffung einer Rechtsbereich übergreifenden Beratungsstelle

6.4.4 Prozesse und Ergebnisse

Im Unterlenkungsgremium „Kinder psychisch kranker Eltern“ waren folgende kooperierende Organisationen vertreten:

- Vertreterinnen des LVR-Klinikums,
- SPZ-Koordinatorin der Essener Kontakte e.V.,
- Jugendamt der Stadt Essen: (stellv. Abteilungsleiterin soziale Dienste),
- Obleute der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte,
- Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Itd. Oberärztin).

Prozessverlauf

Das Unterlenkungsgremium traf sich zu 8 Sitzungen in den Räumlichkeiten der Kontaktstelle des Essener Kontakte e.V. Die Abschlusssitzung hat im Januar 2012 stattgefunden.

Ergebnisse

Es wurde der Entwurf einer freiwilligen Selbstverpflichtung erstellt. Alle Handelnden des psychosozialen Netzes der Stadt Essen können eine solche Selbstverpflichtung abgeben, die die verbindlichen Strukturen beschreibt, die psychisch kranken Eltern und deren Kindern geboten werden. Die freiwillige Selbstverpflichtungserklärung umfasst folgende Kategorien:

- Erreichbarkeit (z.B. Rufnummern, Öffnungszeiten, Benennung fester Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner)
- Niedrigschwelligkeit
- Behandlungs- und Beratungsangebot (Leistungsspektrum der Einrichtung oder des Dienstes)
- Fortbildungsangebote
- Informations- und Aufklärungsangebote
- Vernetzungsgrad (strukturell & fallbezogen)
- Beitrag zum Schutz des Kindeswohls

Bisherige Zusagen von Institutionen:

- LVR-Klinikum
- Jugendamt der Stadt Essen
- Sozialpsychiatrische Zentren
- Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
- Sozialpädiatrische Zentren

Weitere Kooperationsangebote:

- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie

Angefragte Institutionen:

- Familien- und Erziehungsberatungsstellen

- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der Gynäkologie
- Hebammen (Geburtshelfer)
- Kindergärten und Kindertagesstätten
- Schulen
- Feuerwehr, Krankentransportdienste, Notdienstzentrale (Duisburg) und Notärzte
- Frauenberatungsstellen
- Kinderschutzbund „Kummer-Nummer“
- Sozialarbeiter der größeren Wohnungsbaugesellschaften (Imeo, Allbau, Deutsche Annington)
- Betreuungsvereine

Folgende Wege zur Veröffentlichung der freiwilligen Selbstverpflichtung wurden vereinbart:

- Presseinformation
- Flyer
- Links auf den Seiten der teilnehmenden Institutionen und Praxen
- Link auf der Seite der Stadt Essen

Im Unterlenkungsgremium „Arbeit und Beschäftigung“ waren folgende Kooperierende vertreten:

- Vertreterinnen des LVR-Klinikums
- JobCenter Essen (Mitglied der Geschäftsführung)
- SPZ-Koordinatorin der Essener Kontakte e.V.
- Integrationsfachdienst (IFD) Essen (Fachaufsicht und Fachberatung)

Prozessverlauf

Das Unterlenkungsgremium Arbeit und Beschäftigung traf sich zu 5 Sitzungen an zwei unterschiedlichen Sitzungsorten (im LVR-Klinikum und Kontaktstelle der Essener Kontakte e.V.).

Ergebnisse

Es wurde eine Verfahrensabsprache mit dem JobCenter zum vereinfachten Zugang für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kooperierender Institutionen (drei psychiatrische Kliniken und drei SPZs) getroffen.

Es wurde ein Angebot zur Psychosozialen Betreuung der Zielgruppe gem. § 16 SGB II in den drei Essener SPZ im Auftrag des JobCenters (Beginn II. Quartal 2012) entwickelt.

Der "Instrumentenkoffer" des JobCenters wird nach in Kraft treten der Optionskommune, voraussichtlich im III. Quartal 2012, ergänzt um die Angebotspalette des sozialpsychiatrischen Netzwerks in Essen. Es konnte ein Kontakt zur Regionalagentur MEO e.V. im Rahmen des bundesweiten Projektes „Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende“ hergestellt werden.

Im Unterlenkungsgremium „Migration“ waren folgende Kooperationsbeteiligte vertreten:

- LVR-Klinikum
- Psychiatriekoordinatorin der Stadt Essen
- SPZ-Koordinatorin der Essener Kontakte e.V.
- RAA/Büro für interkulturelle Arbeit Essen
- Verein für interkulturelle Beratung und Betreuung (VIBB) Essen e.V.
- Markushaus Essen
- Intego Oberhausen

Prozessverlauf

Das Unterlenkungsgremium Migration traf sich zu 7 Sitzungen an drei unterschiedlichen Sitzungsorten (im LVR-Klinikum, in der Kontaktstelle der Essener Kontakte e.V. sowie in der Beratungsstelle des VIBB e.V.).

Ergebnisse

Bereits vor Projektbeginn hatte VIBB e.V. Fördermittel der Stadt Essen für eine Kontakt- und Beratungsstelle für Essener Bürgerinnen und Bürger mit nichtdeutscher Muttersprache beantragt. Diese wurde zum 01.11.2011 in Betrieb genommen.

Das Konzept dieser Beratungsstelle wurde im ULG diskutiert und eine enge Kooperation mit den drei SPZ in Essen konnte in der Konzeption verankert werden. Die Homepage des SPZ Essen Mitte (Essener Kontakte e.V.) wurde in fünf gängige Sprachen übersetzt. Nicht zustande gekommen ist der Fortbildungstag „Interkulturelle Kompetenz - Umgang mit kultureller Vielfalt in der

täglichen Arbeit“, der für den 07.09.2011 geplant war, da nicht genug Anmeldungen erzielt werden konnten.

6.4.5 Ausblick

Nach der offiziellen Beendigung des Projektes in der Modellregion Essen werden die Themen und Ziele der einzelnen Unterlenkungsgruppen in den bereits bestehenden Arbeitskreisen und Gruppen auf kommunaler Ebene weiterentwickelt und -verfolgt. Der ULG „Kinder psychisch kranker Eltern“ und die Teilnehmer an der Freiwilligen Selbstverpflichtungserklärung werden sich zukünftig einmal im Jahr zu einem themenzentrierten Arbeitskreis treffen. Das SPZ Essen Mitte übernimmt die Koordination dieser Treffen. Der Wunsch nach einer Fortsetzung des netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements auch nach Projektende wurde von allen beteiligten Teilnehmern und Organisationen begrüßt.

6.5 Bericht des Netzwerkes im Kreis Kleve

Verfasserinnen:

Anne Wolfram (Projektbeauftragte Papillon e.V.),

Katrin Geurts (Projektbeauftragte LVR-Klinik Bedburg-Hau)

6.5.1 Ausgangslage

Der Kreis Kleve ist ein Flächenkreis mit ca. 308.000 Einwohnern. Der Besonderheit der ländlichen Region des Kreises wurde in der Vergangenheit sowohl von der LVR-Klinik Bedburg-Hau als auch von Papillon e.V. Rechnung getragen. Im Rahmen der Dezentralisierung entstanden ortsnahe, ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote der LVR-Klinik Bedburg-Hau in Kleve und in Geldern, ebensolche Angebote vom Papillon e.V. in Kleve, Geldern und Emmerich. Unter dem Gesichtspunkt der Flächenausdehnung gibt es seit vielen Jahren eine „inoffizielle“ Aufteilung in Nord- und Südkreis (SPZ, Tagesklinien, Institutsambulanzen).

Gemeinsam mit einer Vielzahl weiterer Kooperationsbeteiligter, beispielhaft erwähnt sei hier das St. Nikolaus-Hospital in Kalkar mit dem dort angebotenen Pflegezentrum, das ambulante Pflege für psychisch Kranke anbietet, konnte so in den vergangenen Jahrzehnten ein dichtes Netz psychiatrischer Facheinrichtungen geschaffen werden, das für die Bürgerinnen und Bürger des Kreises Kleve ein gemeindenahes psychiatrisches Versorgungsangebot sicherstellt.

Die flächendeckende Versorgung mit psychiatrischen Facheinrichtungen dürfte im Wesentlichen abgeschlossen sein. Zukünftige Initiativen zur Verbesserung der Angebote werden weniger strukturqualitative Merkmale betreffen. Vorrangig wird es um die Verbesserung der Prozessqualität im Zusammenwirken der Einrichtungen und Dienste gehen. Aufgrund der immer kürzeren Verweildauer der Klinikpatientinnen und -patienten, rückt die Notwendigkeit einer schnellen und unbürokratischen Informationsweitergabe und Abstimmung zwischen der klinischen und extramuralen Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund.

Mit dem Ziel einer guten Vernetzung der Angebote der psychosozialen Versorgung organisiert der Kreis Kleve Treffen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG). Hier finden sich die Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Einrichtungen in den zugehörigen Gruppen mit den Fachrichtungen Allgemeinpsychiatrie, Suchtkrankenhilfe und Hilfen für Menschen mit geistiger

Behinderung zusammen. Die LVR-Klinik Bedburg-Hau ist in allen Arbeitsgruppen der PSAG aktiv beteiligt, Papillon e.V. in der AG Allgemeinpsychiatrie.

6.5.2 Regionale Projektorganisation

Nach dem Grundgedanken des NBQM, dass die Förderung von Verbundentwicklung maßgebend von einem Lenkungsgremium gesteuert wird, wurden zu Beginn des Projektes die Mitglieder des Lenkungsgremiums bestimmt.

Mitglieder des Lenkungsgremiums



Frau Dr. Brill, Ärztliche Direktorin LVR-Klinik Bedburg-Hau



Frau Eckert, Oberärztin AP I, LVR-Klinik Bedburg-Hau



Herr Röhl, Leitung Rehabereich, LVR-Klinik Bedburg-Hau



Frau Dollbaum, Psychologin, LVR-Klinik Bedburg-Hau



Frau Geurts, Projektbeauftragte, LVR-Klinik Bedburg-Hau



Herr Wedekind, Geschäftsführer Papillon e.V.



Herr Stoy, stellvertretender Geschäftsführer Papillon e.V.



Frau Wolfram, Projektbeauftragte, Papillon e.V.

Das Lenkungsgremium definierte Aufgaben und Ziele der Verbundkooperation und förderte deren Umsetzung.

Durch die Zuwendung des Landschaftsverbandes konnten zwei Mitarbeiterinnen aus dem Bereich der Sozialpädagogik (Frau Geurts, LVR-Klinik Bedburg-Hau, und Frau Wolfram, Papillon e.V.) mit der Arbeit am Projekt beauftragt und dafür anteilig freigestellt werden.

Die Projektverantwortung lag bei der Ärztlichen Direktorin der LVR-Klinik Bedburg-Hau, Frau Dr. Brill und dem Geschäftsführer des Papillon e.V., Herrn Wedekind.

6.5.3 Projektablauf

Das Projekt war von Beginn an auf eine enge und aktive Zusammenarbeit der Projektbeauftragten ausgelegt. Zunächst wurde in Absprache mit dem Lenkungsgremium eine Geschäftsordnung erarbeitet, die u.a. Aussagen über die Anzahl der Sitzungen, der Voraussetzungen von Beschlussfähigkeit und der Vorgehensweisen in der Koordination der Projektarbeit beinhaltet. Zudem wurde ein für die gemeinsame Arbeit orientierendes Leitbild erarbeitet, das die Kultur der Zusammenarbeit beschreibt.

Da es allen Mitgliedern des Gremiums ein wichtiges Anliegen war, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtung aktiv zu beteiligen, erstellten die Projektbeauftragten Fragebögen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die der Ermittlung gemeinsamer Schnittstellen dienten. Anregungen zur Optimierung der Arbeit an den verschiedenen Schnittstellen wurden aufgegriffen. In einem nächsten Schritt schrieben die Projektbeauftragten mithilfe des Qualitätsbeauftragten des Papillon e.V. den NBQM-Kriterienkatalog um und passten ihn auf die Versorgungsregion an. Im Anschluss konnte im November 2008 die erste Selbstbewertung durch das Lenkungsgremium durchgeführt werden.

Nach diesen Vorarbeiten wurde im Januar 2009, in einem weiteren Treffen des Lenkungsgremiums, eine Priorisierung vorgenommen. D.h. von den vielen Teilkriterien, die gem. NBQM zur Indikation der Güte der Kooperation innerhalb eines Netzwerkes geeignet sind, wurden durch die Mitglieder des Lenkungsgremiums einvernehmlich die Teilkriterien 2c, 5a, 5b und 5c ausgewählt, weil in diesen Bereichen besonderer Verbesserungsbedarf gesehen wurde. Dementsprechend wurden einrichtungsübergreifende Arbeitsgruppen gebildet, die in den durch die ausgewählten Teilkriterien definierten Bereichen die Zusammenarbeit in Gestalt einer engeren Vernetzung fördern sollten.

1. Verbesserungsprojekt:

Förderung einrichtungsübergreifender interdisziplinärer Zusammenarbeit (Bildung von Arbeitsgruppen, gemeinsame (Info-) Veranstaltungen, Implementierung einrichtungsübergreifender interdisziplinärer Beratungsangebote).

Gemäß Teilkriterium 2c: Aktivitäten, Anliegen und Ziele der teilnehmenden Einrichtungen werden kommuniziert und in ein Netzwerk von Schlüsselprozessen umgesetzt.

2. Verbesserungsprojekt:

Erstellung von Patientenpfaden (Es soll anhand von Schnittstellen in der Zusammenarbeit der LVR-Klinik Bedburg-Hau mit Papillon e.V. und den Eckdaten des Behandlungsverlaufes ein Patientenpfad erstellt werden. Anhand des Pfades soll im Behandlungsverlauf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit gegeben werden die Kooperation am konkreten Beispiel zu evaluieren. Die Arbeitsgruppe soll zudem Strategien für die Nutzung und den Umgang mit dem „Evaluationsbogen Patientenpfad“ entwickeln (Lob/Kritik).

Teilkriterium 5a: Einrichtungsübergreifende Prozesse werden vom Lenkungsgremium systematisch gestaltet und gemanagt.

3. Verbesserungsprojekt:

Kooperationsmöglichkeiten im Rahmen der ambulanten Krisenversorgung psychisch kranker Menschen (Welche Standards können in der Zusammenarbeit von Papillon e.V. mit den Ambulanzen der LVR-Klinik Bedburg-Hau entwickelt werden, um in Krisensituationen adäquate Hilfestellungen zu bieten - z.B. in Form eines Notfallplanes? Was braucht Papillon e.V.? Was braucht die LVR-Klinik Bedburg-Hau?).

4. Verbesserungsprojekt:

Beschwerdemanagement (Es sollen messbare Kriterien entwickelt werden, anhand derer eine Patientin/ein Patient oder eine Klientin/ein Klient die Arbeit der LVR-Klinik Bedburg-Hau bzw. von Papillon e.V. und deren Zusammenarbeit kritisieren kann. Welche Möglichkeit kann geschaffen werden, Kritik zu äußern, und wie kann damit umgegangen werden? An wen kann er/sie sich wenden?)

Die Verbesserungsprojekte 3. und 4. orientieren sich an Teilkriterium 5b: Die unmittelbar klientelbezogenen Prozesse werden nach Bedarf und unter Nutzung von Innovationen verbessert, um einen hohen Grad an Zufriedenheit zu erreichen.

5. Verbesserungsprojekt:

Engere Vernetzung der Sozialpsychiatrischen Zentren mit der LVR-Klinik Bedburg-Hau (Es soll ein Konzept unter Berücksichtigung räumlicher und personeller Ressourcennutzung geschrieben werden. Hierbei sind unter anderem Fragestellungen relevant, wie einrichtungsübergreifende Beratung gestaltet und wie einrichtungsübergreifende Kommunikation sichergestellt werden kann).

Teilkriterium 5c: Prozesse der einrichtungsübergreifenden Koordination, Kooperation und Kommunikation werden gestaltet und gemanagt.

6.5.4 Ergebnisse

Aus den oben aufgeführten Verbesserungsprojekten resultieren bisher – Anfang 2010 – folgende Ergebnisse:

Im Rahmen der Förderung einrichtungsübergreifender, interdisziplinärer Zusammenarbeit konnten multiprofessionelle Arbeitsgruppen installiert werden. Diese setzen sich sowohl aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Leitungsebene, aber auch aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammen, die ohne Leitungsfunktion in den Einrichtungen der beiden beteiligten Organisationen unmittelbar mit den psychisch erkrankten oder behinderten Menschen arbeiten.

Um die Kontinuität der nachsorgenden Begleitung und Betreuung von chronisch psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf bereits während eines stationären Aufenthaltes zu organisieren, ist die rechtzeitige Einbindung des außerklinischen Helfersystems unerlässlich. So konnte im Laufe des Jahres 2009 im Rahmen des Verbesserungsprojektes zum Teilkriterium 5a (s.o.) durch eine der Arbeitsgruppen ein Patientenpfad erstellt werden. Dieser soll der besseren Orientierung der Patientinnen und Patienten bei einem stationären Aufenthalt in der LVR-Klinik Bedburg-Hau dienen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewinnen durch eine verbindliche Arbeitsgrundlage Klarheit darüber, was die jeweilige Institution leistet. Zudem wird das außerklinische Helfersystem zeitnah eingebunden. Durch eine Veröffentlichung des Patientenpfades wird die Zusammenarbeit der LVR-Klinik Bedburg-Hau mit Papillon e.V. als extramuralem Anbieter transparenter für Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten, Angehörige, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer etc. (siehe Anhang 7.14.2).

Eine weitere Arbeitsgruppe widmete sich dem Beschwerdemanagement. Hierzu wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Möglichkeit bietet, die Zu-

sammenarbeit der LVR-Klinik Bedburg-Hau mit extramuralen Einrichtungen und Diensten der psychosozialen Versorgung zu bewerten und Verbesserungsvorschläge einzubringen (siehe Anhang 7.14.3).

Ein weiteres Projekt, welchem besondere Aufmerksamkeit zukam, verfolgte das Ziel, die ambulante Krisenversorgung und die Zusammenarbeit der Institutsambulanzen mit den extramuralen Einrichtungen und Diensten differenzierter zu betrachten. Hierbei konnte die mit dem Thema betraute Arbeitsgruppe festhalten, dass in Zukunft halbjährliche einrichtungsübergreifende Teamsitzungen in den Arbeitsalltag integriert werden sollen. Aus dem fachlichen Austausch versprechen sich die Netzwerkpartner eine deutlich verbesserte Zusammenarbeit und wertvolle Impulse zu einer verbesserten Qualitätssicherung. Zudem wurde ein Kriseninterventionsplan ausgearbeitet, welcher den Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten sowie den Beschäftigten in Krisensituationen Orientierung und Handlungssicherheit bietet (siehe Anhang 7.14.4).

Im Rahmen der Arbeit zum Teilkriterium 5c: „Prozesse der einrichtungsübergreifenden Koordination, Kooperation und Kommunikation werden gestaltet und gemanagt“ wurde ein Konzept zur engeren Vernetzung der Sozialpsychiatrischen Zentren mit der LVR-Klinik Bedburg-Hau ausgearbeitet. Der dabei verfolgte Leitgedanke war, durch eine Verortung außerklinischer sozialpsychiatrischer Angebote im Sozialzentrum der Klinik, einen niederschweligen Zugangsweg zu einer Beratung und nachgehenden Betreuung im SPZ zu ermöglichen. Die nahtlose Überleitung von einem stationären Aufenthalt in die ambulante Beratung und eine damit sichergestellte Betreuung durch extramurale Einrichtungen und Dienste soll sichergestellt werden (siehe Anhang 7.14.5).

Ausgehend von dem gemeinsamen Ziel, den Stellenwert der ambulanten Nachsorge zu erhöhen und den Übergang zwischen Behandlung und Betreuung zu erleichtern, um die Kontinuität bzw. Flexibilität in den Behandlungs- und Betreuungsabläufen für die Gruppe der chronisch psychisch Kranken sicherzustellen, bieten die oben angeführten Ergebnisse erste Schritte zu einer langfristigen Verbundentwicklung.

Im November 2009 konnte dann mit dem Lenkungsgremium anhand des NBQM-Kriterienkataloges die zweite Selbstbewertung durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Selbstbewertung zeigen deutliche Verbesserungen in den zuvor priorisierten Teilprojekten. Dennoch einigten sich die Mitglieder des Lenkungsgremiums auf eine nochmalige Priorisierung der zuvor bestimmten Teilkriterien, da die Umsetzung der Maßnahmen aus den verschiedenen Verbesserungsprojekten erst im kommenden Jahr erfolgen wird.

6.5.5 Ausblick

Einleitung und Koordination von Maßnahmen müssen – um den Behandlungserfolg zu sichern und die Rehabilitation sowie soziale Reintegration der Betroffenen nicht zu gefährden – auf der Grundlage von verbindlich geregelten Absprachen zwischen den Kooperierenden erfolgen.

Um die Nachhaltigkeit der im Netzwerk erarbeiteten Teilprojekte zu sichern, wurde eine Kooperationsvereinbarung (siehe Anhang 7.14.1) erstellt. Sie regelt die Zusammenarbeit der Leistungserbringer bei der gemeinsamen Versorgung psychisch kranker Menschen im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Im Kontext der Vereinbarung kommt der verbesserten Nachsorge, gesichert durch die enge Zusammenarbeit der Sozialpsychiatrischen Zentren Geldern und Kleve mit der LVR-Klinik Bedburg-Hau, eine besondere Bedeutung zu. Die räumliche Präsenz der Beschäftigten der Sozialpsychiatrischen Zentren des Papillon e.V. im Sozialzentrum der LVR-Klinik Bedburg-Hau schafft eine wesentliche Voraussetzung für ein verbessertes Schnittstellenmanagement an den Nahtstellen zwischen klinisch-stationärer Behandlung und ambulanter Vor- und Nachsorge bei Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten mit einem über das medizinische Behandlungsangebot hinausgehenden umfangreichen Beratungs- und Betreuungsbedarf.

Die im Einzelnen in der Kooperationsvereinbarung aufgeführten Maßnahmen sollen im laufenden Jahr umgesetzt und evaluiert werden.

Einen weiteren Schritt in der Verbundentwicklung sieht das Lenkungsgremium in der Durchführung einer einrichtungsübergreifenden Informationsveranstaltung. Das Leistungsspektrum der kooperierenden Einrichtungen und Dienste muss wechselseitig allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sein. Die Dienste müssen sich untereinander kennen und sich problemlos gegenseitig erreichen können. Dies geschieht nur durch regelmäßigen fachlichen, von wechselseitiger Akzeptanz bestimmten Austausch. Hierzu soll die gemeinsame Informationsveranstaltung die Basis bilden. In Zukunft werden einrichtungsübergreifende Teamsitzungen die Kommunikation der Kooperierenden fördern und als nachhaltig wirksame Grundlage für eine gute Zusammenarbeit fungieren.

Aus der gemeinsamen Verantwortung der am Netzwerk Beteiligten ergibt sich die Notwendigkeit intensiver Zusammenarbeit, da diese – mit weiteren Anbietern in der psychiatrischen Versorgung – für die Entwicklung und Schaffung von bedarfsgerechten Angeboten Sorge zu tragen haben.

Eine angemessene Versorgung der chronisch psychisch kranken Menschen kann nur dann gewährleistet werden, wenn im Einzelfall eine verbindliche Kooperation zwischen den involvierten Hilfesystemen im Sinne einer ganzheitlichen Fallverantwortung die Hilfen nach dem originären Hilfebedarf des Betroffenen sichert und nicht in vorrangiger Orientierung an den Möglichkeiten des je notwendig begrenzten eigenen institutionellen Leistungsspektrums.

6.6 Bericht des Netzwerkes in Köln-Mülheim

Verfasserin: Barbara Müller-Kautz, Chefarztin Allgemeinpsychiatrie I,
LVR-Klinik Köln

6.6.1 Ausgangslage

Die LVR-Klinik Köln ist für die psychiatrische Versorgung von rund 600.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Köln zuständig. Hier werden jährlich rund 6.000 Patientinnen und Patienten voll- bzw. teilstationär behandelt. Die Klinik besteht aus zwei Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie, einer Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, einer Abteilung für Gerontopsychiatrie sowie zwei forensischen Abteilungen.

Um eine möglichst wohnortnahe Versorgung im Rahmen der Dezentralisierung zu gewährleisten, wurden in den letzten 10 Jahren in verschiedenen Stadtteilen Tageskliniken und Institutsambulanzen errichtet.

Es besteht traditionell eine kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen der LVR-Klinik, den einzelnen Sozialpsychiatrischen Zentren der jeweiligen zu versorgenden Stadtteile und den komplementären Diensten.

Klinik

Die Abteilung Allgemeinpsychiatrie I versorgt die 18- bis 65-jährigen Patientinnen und Patienten der rechtsrheinischen Bezirke Deutz, Kalk und Mülheim. Die vollstationäre Behandlung findet in der LVR-Klinik statt. 2002 wurde eine allgemeinpsychiatrische Tagesklinik und Institutsambulanz im Sektor Mülheim, fußläufig zum Wiener Platz eröffnet. Die LVR-Klinik am Standort Köln-Merheim ist von der Tagesklinik Köln-Mülheim mit öffentlichen Verkehrsmitteln in 40 Minuten zu erreichen.

Enge gemeindespsychiatrische Kooperationen bestehen vor allem mit dem Sozialpsychiatrischen Zentrum (SPZ) Mülheim, in der Regentenstraße, das sich in unmittelbarer Nähe zu Tagesklinik und Institutsambulanz befindet. Gemeinsame Projekte in der Vergangenheit waren z.B. das Implementationsprojekt IBRP (Individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan) zum personenzentrierten Ansatz im Jahr 2001. Desweiteren Informations- und Beratungsangebote in Klinik und SPZ (ärztliche Sprechstunde in der Kontakt- und Beratungsstelle des SPZ Mülheim 14-tägig, 14-tägig Info-Sprechstunde der Sozialpsychiatrischen Zentren Mülheim und Kalk in der Abteilung I).

Unter dem Dach des Sozialpsychiatrischen Zentrums befinden sich der Sozialpsychiatrische Dienst Mülheim (SpDi), die Kontakt- und Beratungsstelle (KoB), das Betreute Wohnen (BeWo) und die Tagesstätte (TS) des Kölner Vereins und die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) des ASB.

Bezirk

Im Stadtteil Köln-Mülheim leben ca. 145.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 49,2% männlich, 50,8% weiblich. Davon haben etwa 53.000 einen Migrationshintergrund, wobei der Anteil der türkischstämmigen Personen überwiegt. Das Durchschnittsalter beträgt 41,8 Jahre, die Altersgruppen 25-35, 35-45 und 45-55 Jahre sind mit jeweils über 20.000 Menschen am häufigsten repräsentiert. Mit 26.300 Personen empfangen 18,4% der Einwohner Mülheims Leistungen der sozialen Mindestsicherung [Quelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik-Informationsservice und Bundesagentur für Arbeit; Stadt Köln - Amt für Städteentwicklung und Statistik/Stand 2010].

Ziel des Projektes war die Erhebung der Schnittstellen, die Verbesserung der Zusammenarbeit und die Entwicklung gemeinsamer Perspektiven der einzelnen Anbieter im psychiatrischen Versorgungsverbund des Stadtteils Mülheim.

6.6.2 Regionale Projektorganisation

Zunächst konstituierte sich 2009 ein Lenkungsgremium aus den Leitungen der beteiligten Institutionen.

Mitglieder des Lenkungsgremiums

- Frau Dr. Müller-Kautz (Chefärztin AP I, LVR-Klinik Köln),
- Herr Jansen (Geschäftsführer Kölner Verein für Rehabilitation),
- Frau Dr. Dorgeloh (Stadt Köln/Leiterin des sozialpsychiatrischen Dienstes Gesundheitsamt),
- Herr Dr. Berger (Psychiatriereferent Stadt Köln),
- Herr Marschall (Koordinator Sozialpsychiatrisches Zentrum Köln),
- Herr Pickios (Leitung Betreutes Wohnen/Kölner Verein für Rehabilitation),
- Herr Steinbach (Projektbeauftragter LVR-Klinik Köln).

Das Lenkungsgremium ermittelte anhand des NBQM-Kriterienkatalogs den Ist-Stand der Zusammenarbeit, erarbeitete wichtige Schnittstellen und definierte Aufgaben und Ziele der Verbundkooperation.

Die Projektverantwortung lag bei der Chefärztin der AP I, LVR-Klinik Köln.

6.6.3 Projektablauf

In mehreren Sitzungen, beginnend im Februar 2009, unter Beteiligung der o.g. Projektbeteiligten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LVR-Dezerates „Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen“, erfolgte die Ermittlung des Ist-Stands der Zusammenarbeit im Verbund und eine gemeinsame Zielformulierung.

Bestandsaufnahme

Es erfolgte zunächst eine Selbstwertung.

Die Auswertung der Selbstbewertung führte zur Entscheidung, sich mit den folgenden Teilkriterien auseinanderzusetzen

- 1a: Absprachen zwischen Institutionen
- 3: Schnittstellenmanagement/Einrichtungsübergreifende Projektarbeit
- 5a: Entlassungsvorbereitung/Schnittstellenmanagement

Zum **Kriterium 1a** (Absprachen zwischen Institutionen) entwickelte sich die Idee u.a. eine regelmäßig tagende Sektorkonferenz wieder einzuführen, die im Zuge der Einführung der Hilfeplankonferenzen und Bindung großer personeller zeitlicher Ressourcen eingestellt worden war.

Zum **Kriterium 3** (Schnittstellenmanagement/Einrichtungsübergreifende Projektarbeit) wurde der Entschluss gefasst, ein einrichtungsübergreifendes Angebot für junge psychisch Kranke zu entwickeln.

Als konkretes Projekt zum **Kriterium 5a** (Entlassungsvorbereitung/Schnittstellenmanagement) wurde vereinbart, die Soziotherapie zur besseren Versorgung und Verbesserung der Schnittstelle stationäre-ambulante Versorgung zu implementieren (siehe Anhang 7.15.1).

6.6.4 Ergebnisse

1. Verbesserungsprojekt: Absprachen zwischen den Institutionen verbessern

1998 wurden die ersten „Standards der Zusammenarbeit“ in der PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Köln) entwickelt, die als Leitlinie der Kooperation zwischen den ambulant-komplementären Einrichtungen und den psychiatrischen Kliniken verabschiedet und regelmäßig aktualisiert worden sind.

Trotz dieser Standards wurden von der Projektgruppe Schwachstellen identifiziert:

- Hohe Fluktuation in der Mitarbeiterschaft und hierdurch bedingter Informationsverlust in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung,
- die Verabredungen zur Zusammenarbeit sind nicht allen Berufsgruppen bekannt,
- Probleme bei Zusammenarbeit/Information bei Aufnahme und Entlassung von Sektorpatientinnen und -patienten
- Kenntnis über Konzepte und Angebote in Klinik und SPZ sind nicht umfassend bekannt und
- Veränderungen werden nicht regelmäßig transparent gemacht,
- die neuen Anbieterinnen und Anbieter bzw. Dienste des Betreuten Wohnens haben häufig weniger Bindung an den Sektor.

Es wurde deutlich, dass all diese genannten Schwachstellen auf Kommunikationsschwierigkeiten zurückzuführen sind.

Es fand ein halbtägiger Workshop in der LVR-Klinik mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung I, des SPZ und von ambulant-komplementären Einrichtungen und Diensten statt, in welchem die folgenden Vereinbarungen getroffen wurden:

- Zwei gemeinsame Konferenzen pro Jahr SPZ/Klinik zu vorab abgesprochenen Schwerpunktthemen (z.B. Überleitung PsychKG-Patientinnen und Patienten in die Nachsorge, elektive Aufnahmen über den Sozialpsychiatrischen Dienst),
- Erreichbarkeit (regelmäßiger Austausch der aktualisierten Telefon- und Email-Listen, Zustellung des Klinik-Newsletters),
- alle Neueingestellten in Klinik und SPZ hospitieren wechselseitig mindestens einen Tag (verbindlicher Hospitationsplan),
- die gemeindepsychiatrische Arbeit wird in das Fort- und Weiterbildungsprogramm der Klinik integriert und die Wissensvermittlung wird teilweise durch Mitarbeitende der Stadt Köln, des SPZ und der Wohnheime unterstützt,
- jährlich eine Sektorkonferenz im SPZ Mülheim, in der alle Anbieterinnen/Anbieter und Institutionen der gemeindepsychiatrischen Versorgung Arbeit, Entwicklung und personelle Veränderungen vorstellen,
- bedarfsorientiert zeitnahe gemeinsame Fallkonferenzen mit Festlegung der weiteren Behandlungsschritte und verlässlicher Zuständigkeiten.

Es ging nicht darum, neue Standards der Zusammenarbeit zu erarbeiten, sondern das bereits Formulierte zu aktualisieren und zu festigen!

Fazit

Durch die genannten Maßnahmen gelang es rasch, die wechselseitige Kommunikation und das Wissen über die jeweilig anderen Arbeitsbereiche erheblich zu verbessern. Durch die größere Verbindlichkeit während des kompletten Behandlungsprozesses und den klaren wechselseitigen Absprachen (z.B. in Hilfeplankonferenzen, Runder-Tisch-Konferenzen) gelingt eine individuelle und gemeinsam abgestimmte Organisation an Hilfen für jede Patientin und jeden Patienten.

2. Verbesserungsprojekt: Angebot für junge psychisch Kranke

Junge Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung werden erfahrungsgemäß von den bestehenden Versorgungsangeboten nur unzureichend angesprochen.

Im Jahr 2008 nutzten beispielsweise nur 10 Personen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren, 42 im Alter zwischen 30 und 40 Jahren und 50 Personen zwischen 40 und 50 Jahren das Angebot der KoB im SPZ Mülheim.

Mit dem Ziel der Förderung der Verselbständigung wurde ein offenes institutionsübergreifendes Wochenendangebot geschaffen. In neutraler Umgebung wurden Räumlichkeiten des Jugendzentrums Mülheim Don Bosco genutzt. Im sogenannten „Chillout-Café“ bot sich unter Leitung einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters mit psychiatrischer Erfahrung, aus Klinik oder ambulant komplementärem Bereich und einer Betroffenen/eines Betroffenen 14-tägig die Möglichkeit des Austauschs und der Beratung in der entspannten Atmosphäre eines für die Besuchenden kostenlosen Brunchs.

Um die Zielgruppe der bislang unversorgten psychisch kranken jungen Erwachsenen zu erreichen wurde ein Flyer (siehe Anhang 7.15.2) erstellt, der den Betroffenen beim Erstkontakt im psychiatrischen System ausgehändigt wurde.

Das Angebot fand zwischen Januar 2010 und Ende März 2011 statt. Bedarfsorientiert reduzierte sich die Frequenz von anfangs wöchentlich sonntags nach einem halben Jahr auf 14-tägig.

Auswertung

Im o.g. Zeitraum fanden 33 sonntägliche Treffen statt. Die Anzahl der Besuchenden schwankte zwischen 0-15 Personen, die bereits Unterstützung durch psychiatrische Institutionen hatten.

Die Besucherinnen und Besucher setzten sich zusammen aus voll- und teilstationären sowie Ambulanzpatientinnen und -patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern eines psychiatrischen Übergangwohnheims, Klientel des Betreuten Wohnens, Angehörigen sowie Freundinnen und Freunden.

Fazit

Das Angebot hat sich nicht als geeignet bewährt, um die eigentlich intendierte Zielgruppe zu erreichen. Mit positiver Rückmeldung wurde es genutzt von Personen, die bereits im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem Anschluss hatten.

3. Verbesserungsprojekt: Implementierung von Soziotherapie

Wir verweisen auf den Bericht der Soziotherapie/Köln im Anhang und Flyer (siehe Anhang 7.15.1 und 7.15.3).

6.6.5 Ausblick

Das Projekt Verbundkooperation endete im März 2011.

Die langjährige gute Kooperation zwischen den an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen bleibt die wesentliche Voraussetzung für ein gutes Schnittstellenmanagement. Es wurde im Verlauf des Projektes deutlich, dass eine gute Kommunikationsstruktur einrichtungsübergreifend festgelegt werden muss. Dabei sind verbindliche Absprachen hilfreich. Das Leistungsspektrum muss der Mitarbeiterschaft im Verbund bekannt sein. Die Dienste, das heißt, die handelnden Personen, müssen sich kennen. Die problemlose Erreichbarkeit und der regelmäßige kollegiale Austausch und die Beratung wechselseitig fördert die gegenseitige Akzeptanz. Die gemeinsame Verantwortung der Kooperierenden für die chronisch psychisch Kranken in Versorgungsregion/Sektor erfordert eine intensive Zusammenarbeit. Gemeinsam müssen auch weiterhin bedarfsgerechte Angebote entwickelt werden.

Der Gruppe der jungen psychisch Kranken sollte nach Einschätzung des Lenkungsgremiums in Zukunft größere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Diese Zielgruppe angemessen und nachhaltig zu erreichen und einer Versorgung zuzuführen, hat sich auch im Rahmen des Teilprojekts als ausgesprochen

schwierig erwiesen. Hier müssen im Verbund weitere Strategien und Maßnahmen entwickelt werden.

Ferner sehen die Mitglieder des Lenkungsgremiums die erfolgreiche Etablierung der **Soziotherapie** als wichtiges Ergebnis an. Inwieweit die Soziotherapie ausbaufähig ist, bleibt abzuwarten. Jedoch hat sich die Nachfrage inzwischen (Stand Februar 2012) soweit entwickelt, dass eine zusätzliche Vollkraft eingestellt werden konnte. Außerdem konnten weitere Ärztinnen und Ärzte der Neurologie und der Psychiatrie für die Soziotherapie interessiert werden und es erfolgen zunehmend Zuweisungen/Überweisungen dorthin.

Einhellig wurde im vorliegenden Verbund die Etablierung von Soziotherapie als sinnvolle Erweiterung des ambulanten Versorgungsangebots angesehen. Hierdurch gelang es, auch schwerst psychisch Kranke, die bisher nur unzulänglich im Versorgungssystem erreicht werden konnten, anzusprechen und in vielen Fällen der erforderlichen Behandlung zuzuführen.

6.7 Bericht des Netzwerkes in Mönchengladbach

Abschlussbericht über die Förderung von Verbundkooperation zwischen der LVR-Klinik Mönchengladbach und den Sozialpsychiatrischen Zentren Mönchengladbach Rheydt und Mönchengladbach Nord, dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Mönchengladbach und dem RPK Niederrhein (in Gründung)

Verfasser:

Norbert von Dahlen, Geschäftsführer, INTRES gGmbH, Mönchengladbach

Dr. Stefan Gros, Fachbereich Gesundheit, Sozialpsychiatrischer Dienst,
Stadt Mönchengladbach

Jochen Möller, Pflegedirektor, LVR-Klinik Mönchengladbach,

Dr. Stephan Rinckens, Ärztlicher Direktor, LVR-Klinik Mönchengladbach

Dieter Schax, Vorsitzender des RehaVereins e.V. Mönchengladbach

6.7.1 Ausgangslage

Die LVR-Klinik Mönchengladbach ist ein gemeindepsychiatrisches Behandlungszentrum für Psychiatrie und Psychotherapie und übernimmt mit 166 teil- und vollstationären Behandlungsplätzen, einer Institutsambulanz und einem Bereich für soziale Rehabilitation (42 Plätze) die psychiatrische Pflichtversorgung des Großteils der Bevölkerung der Stadt Mönchengladbach. Seit der Gründung der Klinik und entsprechend dem Konzept als gemeindepsychiatrisches Behandlungszentrum bestand bereits vor der Förderung eine enge Kooperation zwischen der Klinik, der Stadt und ihren Einrichtungen und den inzwischen entstandenen Einrichtungen und Diensten der ambulanten und komplementären Versorgung. Diese wurde in den Gründungsjahren der Klinik gezielt gesucht und systematisch entwickelt. Einerseits wurde dies durch den parallelen Aufbau der Klinik und der ambulanten psychiatrischen, psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung sehr erleichtert, andererseits zeigte sich bereits damals, dass „konzeptuelle Differenzen und konkurrierende Interessen“⁶⁶ die Haupthindernisse in der Entwicklung der Kooperation darstellten. Ein besonderer Schwerpunkt der Arbeit in Mönchengladbach lag da-

⁶⁶ Veltin, Alexander, Dimmek, B.: Über den Aufbau und die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste in einem großstädtischen Gemeinwesen unter besonderer Berücksichtigung ambulanter und komplementärer Behandlungs- u. Betreuungsformen: das psychiatrische Behandlungszentrum Mönchengladbach Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1983. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit 1972 ; 162

her immer in der Entwicklung kooperativer Projekte zwischen den Einrichtungen, um so durch die gemeinsame Arbeit und die geteilte Erfahrung auch eine gemeinsame Haltung zur Überwindung der skizzierten Kooperationshindernisse zu entwickeln.

Die über Jahre gewachsenen Kooperationsstrukturen mündeten auch in verbindliche Vereinbarungen. Im Bereich der Gerontopsychiatrie bestehen über unser Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ) Kooperationsvereinbarungen mit der Diakonie. Im Bereich der Suchtkrankenhilfe besteht eine enge Zusammenarbeit mit INTRES gGmbH und den Suchtberatungsstellen und es wurde in der Zwischenzeit ein gemeinsames netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement (NBQM) aufgebaut. Mit dem Reha-Verein verbindet uns eine besonders lange Tradition der Kooperation. Mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst verband uns bereits die Tradition der personellen Kontinuität. Entsprechend den Anregungen der Psychiatrie-Enquete und den Empfehlungen der Expertenkommission wurden in Mönchengladbach auch die vorgesehenen Steuerungsgremien und Hilfeplankonferenzen eingerichtet.

Wir konnten in Mönchengladbach insofern auf eine lange Tradition der Kooperation zurückblicken, die sich aus der unmittelbaren Arbeit, dem gemeinsamen Aufbruch und der personellen Kontinuität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bereits in verschiedenen Einrichtungen gearbeitet haben, entwickelt hatte.

Insgesamt hatte sich jedoch auch in Mönchengladbach die Versorgungslandschaft seit der Gründung der Klinik zu einem sehr komplexen System mit hoher Anbietervielfalt weiter entwickelt. Die Orientierung in diesem System war für alle Beteiligten schwer geworden. Die unterschiedliche Finanzierung der Angebote durch unterschiedliche Leistungsträger unseres gegliederten Leistungsrechts (GKV, Rentenversicherung, Sozialhilfe, Arbeitsamt, Zuwendungsfinanzierung der Stadt im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge, etc.) erschwert die Kooperationsbedingungen zusätzlich.

Außerdem hatten sich die stationären und ambulanten Angebote außerhalb der Klinik zu einem sehr dynamischen Markt entwickelt. Auf Kooperation und Übernahme einer Versorgungsverpflichtung ausgerichtete Anreize standen daher zunehmend in Konkurrenz zu abschottungsfördernden, risikoselektierenden Wettbewerbsmechanismen. Gerade vor diesem Hintergrund divergierender Interessenslagen muss Kooperation und Integration über die Grenzen der Institutionen hinweg durch die Entwicklung einer gemeinsamen sozialpsychiatrischen Grundhaltung, die Übernahme einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung und die Vereinbarung einrichtungsübergreifender Behand-

lungsgrundsätze und -pfade auch in Mönchengladbach immer wieder neu in den Blick genommen und angestrebt werden.

6.7.2 Regionale Projektorganisation

Aus dem breiten Netz bestehender Kooperationsbeziehungen wurden für dieses Projekt „Verbundkooperation“ drei Einrichtungen und Dienste gewählt:

- Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e. V. (Träger der beiden SPZ und Anbieter stationären und ambulanten Betreuten Wohnens in der Region)
- Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Mönchengladbach (SpDi)
- die damals in Gründung befindliche RPK Mönchengladbach.

Diese drei Einrichtungen wurden für dieses Projekt ausgewählt, da zwischen der Klinik und diesen Partnerorganisationen in der Behandlung je unterschiedlicher Gruppen von Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten Kooperationsanforderungen und Kooperationsbeziehungen bestanden:

- Gemeinsam mit dem SpDi behandeln wir die Klientel der Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung auf aufsuchende bzw. nachgehende Versorgung bis hin zur Zwangseinweisung in Krisensituationen angewiesen sind. Außerdem sollte mit der Beteiligung des SpDi der Gedanke der Sozialraumorientierung für das Stadtgebiet Mönchengladbach in der Verbundkooperation verankert werden. Der Einbezug des SpDi und der Psychiatriekoordinatorin bot auch der Stadt die Möglichkeit sich aktiv in die Weiterentwicklung einzubringen.
- Mit dem Reha-Verein und insbesondere mit den von ihm getragenen beiden SPZ behandeln wir die Klientel der sogenannten „nicht-werkstattfähigen“ chronisch psychisch kranken Menschen, deren tagesstrukturierende Behandlung und/oder das Betreute Wohnen durch den überörtlichen Sozialhilfeträger finanziert wird. Außerdem war im Reha-Verein auch der Integrationsfachdienst (IFD) organisiert.
- In der damaligen Planung beabsichtigten wir mit dem RPK gemeinsam eine Gruppe von Patientinnen und Patienten zu behandeln, die im Anschluss an die Behandlung unmittelbar in ambulante medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen integriert werden sollen. In diesem Bereich bestand eine deutliche Versorgungslücke in der Stadt, die leider bislang noch nicht geschlossen werden konnte.

Die Auswahl der Partnerorganisationen im Projekt sollte nicht bedeuten, dass die Kooperation mit allen anderen kooperierenden Organisationen vernach-

lässigt werden sollte, sondern sie erfolgte, um mit diesen ausgewählten Einrichtungen und Diensten Strukturen und Abläufe sowie eine gemeinsame Haltung zu entwickeln, an denen dann in der weiteren Entwicklung auch andere Organisationen beteiligt werden sollten. Die Beschränkung auf eine solche Auswahl erschien notwendig, damit sich die Beteiligten mit hoher Verbindlichkeit zur Zusammenarbeit verpflichten und dadurch auch für weitere regionale Einrichtungen und Dienste Modelle der Kooperation entwickeln können. Durch die getroffene Auswahl erstreckte sich das Projekt auch auf die vier wesentlichen Finanzierungssysteme (GKV, RV bzw. Arbeitsamt, überörtliche Sozialhilfe und Stadt Mönchengladbach) unseres gegliederten Finanzierungssystems.

6.7.3 Ziel der Verbundkooperation

Die inzwischen erreichte Komplexität und Vielfalt der gemeindepsychiatrischen Versorgungs- und Behandlungsangebote beinhaltet neben den Chancen des gezielten und am individuellen Bedarf orientierten Behandlungsangebotes und einer erwünschten Pluralität auch die Gefahr unproduktiver Angebotsüberschneidungen, die Gefahr der Risikoselektion durch die Einrichtungen und Dienste und der Zersplitterung der Angebote. Dies erfordert von den Anbietenden, entgegen dem skizzierten Wettbewerbsdruck, eine höhere Bereitschaft zur Kooperation und erhöhten Aufwand, um gemeinsam konstruktive Hilfepläne zu vereinbaren. Vor dem Hintergrund der sich verkürzenden Behandlungszeiten in den Kliniken wird die Notwendigkeit zur Integration der Behandlungsplanung dringlicher, nicht nur über die Einrichtungen, sondern auch über die Behandlungsabschnitte und -verläufe hinweg, da gerade chronisch psychisch kranke Menschen auf die Integration der Leistungen angewiesen sind, sowohl in zeitlicher Perspektive als auch über die Behandelnden und deren Institutionen hinweg. Andernfalls besteht die Gefahr, in der Behandlungsplanung die Lebensperspektive der Patienten aus dem Auge zu verlieren und zu kleinschrittig bzw. kurzsichtig auf die unmittelbare Symptomreduktion zu reagieren. Um dieser Gefahr entgegenzuwirken, ist es erforderlich, eine die Krankheitsepisoden und Behandlungsinstitutionen übergreifende Perspektive einzunehmen.

Ziel der Beteiligten am Verbundprojekt war es daher durch

- einrichtungen- und berufsgruppenübergreifende und regional bezogene Fortbildungsmaßnahmen, die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung zu fördern,

- in Anlehnung an das in der Klinik etablierte EFQM-Modell und das NBQM-Verfahren ein entsprechendes Qualitätsmanagementverfahren für den Netzwerkverbund zu entwickeln und zu implementieren,
- Episoden und Institutionen übergreifende Informationswege und Behandlungspfade zu entwickeln,
- eine einrichtungsübergreifende Behandlungsführung und -verantwortung (Case Management) zu erproben.

6.7.4 Projektablauf

Zunächst wurde ein Leitungsgremium für die Verbundkooperation etabliert. In diesem Leitungsgremium waren der Ärztliche Direktor und der Pflegedirektor der LVR-Klinik Mönchengladbach, der Geschäftsführer des Reha-Vereins, der Leitende Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie der Geschäftsführer des RPK Rheinland vertreten. Das Leitungsgremium wurde in seiner Arbeit, im Sinne der Projektassistenz, durch den QM-Beauftragten erst des Reha-Vereins und später der Klinik unterstützt.

Da ein wesentliches Ziel der Verbundkooperation die Entwicklung einer gemeinsamen Grundhaltung war und eine wichtige Aufgabe des Projektes die Etablierung des NBQM-Verfahrens als gemeinsames Qualitätsmanagementsystems war, wurde innerhalb des Leitungsgremiums zunächst das Leitbild der Verbundkooperation entwickelt. Dieses Leitbild wurde im Rahmen eines 2-tägigen Workshops der Mitarbeiterschaft der am Verbund beteiligten Einrichtungen und Dienste vorgestellt und in diesem Rahmen diskutiert und weiterentwickelt. An diesem extern moderierten Workshop nahmen 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Partnerorganisationen teil. Weiterhin erfolgte im Lenkungsgremium die erste Selbstbewertung im Hinblick auf die NBQM-Kriterien 1 und 2 (Kriterium 1: Lenkung und Kriterium 2: Politik und Strategie). Ebenso wurde die Vorstellung des Verbundprojektes in der regionalen Gesundheitskonferenz sowie in dem Interregio-Treffen mit den anderen Verbundkooperationen als Modell für nachfolgende Verbundkooperationen vorgestellt.⁶⁷

Im Anschluss an den „Auftaktworkshop“ wurde die Selbstbewertung nach den weiteren NBQM-Kriterien (Kriterium 3: Mitarbeiterbezogene Aspekte, Kriterium 4: Partnerschaft, Kriterium 5: Prozesse, Kriterium 6: Kundenbezogene Ergebnisse, Kriterium 7: Mitarbeiterbezogene Ergebnisse, Kriterium 8: Gesellschaftsbezogene Ergebnisse und Kriterium 9: Schlüsselergebnisse) von Ar-

⁶⁷ Siehe dazu die Dokumentation des Arbeitstreffens, a.a.O., S. 46 - 51

beitsgruppen erarbeitet, in denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller am Projekt beteiligten Organisationen vertreten waren. Die Ergebnisse dieser ersten Selbstbewertung wurden im Lenkungsgremium zusammengetragen und ausgewertet. Sie wurden dann wieder zusammen mit den abgeleiteten Verbesserungsprojekten der Mitarbeiterschaft im Rahmen eines offenen Treffpunkts („Verbund unplugged“) vorgestellt. Zu diesem regelmäßig einmal im Quartal stattfindenden Treffpunkt werden zum Erfahrungsaustausch unter dem Motto „Verbund unplugged“ auch die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater und Psychotherapeutinnen und -therapeuten der Region eingeladen.

Wir haben diesen Aufbau mit der intensiven Ausarbeitung eines gemeinsamen Leitbildes und der darauf folgenden frühzeitigen und intensiven Beteiligung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verbundbeteiligten an der Weiterentwicklung des Leitbilds und der ersten Selbstbewertung gewählt, um so die Grundlagen zu schaffen für eines unserer wichtigsten Projektziele. Dies liegt in der Weiterentwicklung einer gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Grundhaltung innerhalb des Verbundes und einer Identifikation der Mitarbeiterschaft mit der wichtigen Aufgabe eines *Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV)*. Diese sehen wir in der gemeinsamen Übernahme einer Versorgungsverantwortung für alle Patientinnen und Patienten einer Versorgungsregion und in der dazu notwendigen Entwicklung von Kooperationsstrukturen und übergreifenden Organisationsabläufen.

Aus der Selbstbewertung wurden die folgenden Maßnahmen abgeleitet, die im Folgenden kontinuierlich weiterbearbeitet wurden:

- Erstellung eines gemeinsamen Fortbildungscurriculums;
- Einladung aller Mitarbeitenden der Organisationen im Verbund gemeinsam mit den niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzten einmal im Quartal zu einer offenen Gesprächsrunde („Verbund unplugged“) zum Informationsaustausch sowie zur Weiterentwicklung der Projektziele;
- Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst durch die Einrichtung eines fest etablierten Verbindungsarztes, einer Verbindungsärztin zwischen Gesundheitsamt und Klinik und durch die weiter ausgebauten Zusammenarbeit zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Gerontopsychiatrischen Zentrum der Klinik;
- Beratung des RPK Niederrhein in der Konzeptentwicklung; leider scheiterte die Eröffnung des RPK dann doch letztlich an der fehlenden Unterstützungsbereitschaft seitens der kostentragenden Institutionen;

- Vorbereitung einer Analyse des Versorgungsgebietes, um daraus eine Aktualisierung des regionalen Psychiatrieplans abzuleiten; diese Aufgabe steht noch aus;
- Einrichtung einer gemeinsamen Internetplattform zum einrichtungsübergreifenden Informationsaustausch;
- Kooperation mit der Aktion Psychisch Kranke bei der durch den LVR beauftragten Untersuchung der Modellregion Mönchengladbach;⁶⁸
- Ausarbeitung eines Konzepts zur Einrichtung eines Wohnverbunds in unmittelbarer Nachbarschaft des Sozialpsychiatrischen Zentrums, um so durch die gemeinsame Betreuung durch die Organisationen im Verbund auch schwer beeinträchtigten chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten der Klinik eine Integration in die Gemeinde zu ermöglichen;
- Vorbereitung auf eine einrichtungsübergreifende Behandlungsführung und gemeinsame Fallverantwortung (Case Management) durch Fortbildungen zur Etablierung der koordinierenden Bezugsperson und zur Weiterentwicklung des Hilfeplanverfahrens;
- Stärkung der Selbstbehauptungskräfte der Patientinnen und Patienten (Empowerment) durch Intensivierung der Zusammenarbeit im Psychoseminar in der Stadt in Kooperation mit der Volkshochschule und durch die Psychoedukationsmodule für Angehörige;
- Durchführung eines Kurses des Step-Duo-Elterntrainings in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis „Kinder psychisch kranker Eltern“ und Etablierung einer Koordinationsstelle für BeWo- und Jugendhilfeleistungen.

Darüber hinaus wurde die Entwicklung der gemeinsamen Grundhaltung gerade durch vielfältige gemeinsam organisierte oder gemeinsam besuchte Fortbildungen gefördert.

6.7.5 Ergebnisse

Durch die gemeinsame Betrachtung und Analyse der jeweils eigenen Prozessabläufe und der gemeinsamen Prozessabläufe der Partnerorganisationen im Rahmen des NBQM-Verfahrens, durch die Reflektion sowohl der Konzepte der jeweiligen Institutionen als auch des eigenen Handlungsansatzes im Rahmen von gemeinsamen Fallgesprächen und systematischen Fortbildungen und

⁶⁸ Siehe AKTION PSYCHISCH KRANKE: Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen, a.a.O.

nicht zuletzt durch die intensive Zusammenarbeit in der Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes für den Gemeindepsychiatrischen Verbund ist das Verständnis füreinander, trotz der in der Beschreibung der Ausgangssituation beschriebenen Spannung und der skizzierten Marktdynamik, deutlich gewachsen. Die gemeinsamen Projekte und das gemeinsame Reflektieren des eigenen Handelns haben das Verständnis für die Erfahrungen des Anderen gestärkt. Aus diesem Verständnis und der Erfahrung ist über die Jahre der Zusammenarbeit die gemeinsame Grundhaltung in der Arbeit gewachsen, die sich nun in dem verabschiedeten Leitbild ausdrückt.⁶⁹ Über diese Projekte und die Gespräche und insbesondere auch über die gemeinsamen Fortbildungen und den „Verbund unplugged“ ist auch in der Gesamtmitarbeiterschaft der im Verbund kooperierenden Einrichtungen und Dienste das Verständnis für die Notwendigkeit der Entwicklung institutionen- und episodengreifender Ansätze in der Breite gewachsen. Wir sehen darin eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung solcher übergreifender Ansätze und die Weiterentwicklung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

6.7.6 Ausblick – Gründung eines GPV in Mönchengladbach

Entsprechend dem ursprünglichen Förderantrag wurden die Mittel der „Förderung von Verbundkooperationen“ nicht für die eigentliche klientinnen- und klientenbezogene Arbeit, sondern für die Weiterentwicklung der Kooperationsstrukturen eingesetzt. Dieser Einsatz der Fördermittel hat sich als sehr nachhaltig erwiesen.

Die im Verbund Kooperierenden stellen fest, dass die Zusammenarbeit in dieser Form sehr konstruktiv die Entwicklung einer gemeinsamen Grundhaltung und die Übernahme einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung unterstützt hat.

Die Kooperation in der Verbundkooperation läuft auch nach Beendigung der Förderlaufzeit unverändert fort. Im Sommer dieses Jahres konnte schließlich, aufbauend auf dieser Projektförderung der Verbundkooperation in Mönchengladbach, der Gemeindepsychiatrische Verbund Mönchengladbach (GPV – MG) gegründet werden. Entsprechend dem Auftrag des Projekts verstanden sich die beteiligten Organisationen als Initiatoren eines insgesamt auf Integration der Leistungsanbietenden abzielenden Prozesses. Es war unsere Absicht, gewissermaßen als Schrittmacherfunktion, Kooperationsstrukturen zu entwickeln und daran weitere Organisationen in der Region zu beteiligen. In diesem

⁶⁹ Siehe Anlage 7.16.1 „Leitbild“

Sinne wurde der Gemeindepsychiatrische Verbund im Herbst 2011 auf einem Workshop den anderen Einrichtungen und Diensten in der Region vorgestellt, um auch diese für die Zusammenarbeit zu gewinnen.

Im nächsten Abschnitt der Verbundentwicklung möchten wir nun diese weiteren Organisationen in unseren Gemeindepsychiatrischen Verbund integrieren und die im Leitbild und in der Kooperationsvereinbarung⁷⁰ beschriebenen Ziele weiter verfolgen. Dabei ist es das vordringliche Ziel des GPV die Weiterentwicklung der Versorgung zu einem integrierten, personenzentrierten, regionalen Hilfesystem zu fördern um gemeinsam die bedarfsgerechte Behandlung, Rehabilitation und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in Mönchengladbach sicherzustellen.

Durch die so gesicherte Fortführung der Kooperation wurde die Nachhaltigkeit des Ressourceneinsatzes gewährleistet.

⁷⁰ Vgl. Anlage 7.16.2 „Kooperationsvertrag

6.8 Bericht des Netzwerkes in Solingen

Verbundkooperation zwischen der LVR-Klinik Langenfeld und dem Psychosozialen Trägerverein Solingen e.V. (PTV)

Verfasserin und Verfasser:

Dr. Dr. Thomas Dielentheis, Chefarzt der Abt. Allgemeine Psychiatrie 1,
LVR-Klinik Langenfeld,

Gabriele Dinkhoff-Awizus, Sektorbeauftragte Leverkusen/Solingen,
LVR-Klinik Langenfeld,

Nils Greve, Vorsitzender des PTV Solingen e.V.

Vorbemerkung

Der Inhalt des Kooperationsprojekts musste im Verlauf des Bewilligungszeitraums modifiziert werden, da durch das Ausscheiden des Abteilungsarztes und des zuständigen Oberarztes der AP 3 die Zusammenarbeit durch die AP 1 übernommen werden musste. Außer den Antragstexten und der Projektbewilligung waren weder Informationen über das Projekt weitergegeben worden, noch passte es in seiner systemischen Orientierung in die Arbeit der neuen – kommissarisch zuständigen – Abteilung.

Die kommissarische Zuständigkeit, die bis zum heutigen Zeitpunkt nicht geklärt ist, verunsicherte allerdings längerfristige Planungen der Kooperationsbeziehung. Trotzdem entstand eine tragfähige Arbeitsbeziehung, in der ein intensiver fachlicher Austausch, die Diskussion unterschiedlicher Krankheitsmodelle und ihrer Konsequenzen sowie die Entwicklung gemeinsamer fallbezogener Handlungsstrategien Hauptbestandteil waren.

Gemeinsam war den am Projekt Beteiligten eine ausgewiesene gemeindepsychiatrische Orientierung mit dem eindeutigen Willen zur Kooperation. Inhaltlich zeigten sich Unterschiede in einerseits der lebensweltorientierten und systemisch psychotherapeutischen Ausrichtung des PTV Solingen, andererseits dem in der AP 1 neu gesetzten Schwerpunkt der wissenschaftlich ausgerichteten Psychopharmakotherapie und der evidenzbasierten verhaltenstherapeutischen Verfahren, die aber auch durch andere therapeutische Ansätze einzelner Therapeutinnen und Therapeuten ergänzt werden.

Diese unterschiedlichen Blickwinkel bedingten einen lebendigen Austausch fachlicher Argumente und Denkmodelle. Die unterschiedlichen therapeutischen Modelle, wie auch die Tatsache, dass die Erfahrungen mit den Klientinnen und Klienten im Verlauf einer Erkrankung unter anderen Behandlungs-

und/oder Betreuungsbedingungen stattfand, führten in den multiprofessionell besetzten Arbeitsgruppen wechselseitig zu Denkanstößen und erleichterten die Zusammenarbeit bei den einzelnen schwierigen Behandlungs- und Betreuungsverläufen. Auf Inhalte der Diskussionen wird in der Zusammenfassung eingegangen.

Anders als bei der ursprünglichen Planung des Projekts mussten die Überlegungen zum Home Treatment als Kooperationsprojekt aufgegeben werden, da, aufgrund der nur sehr knapp besetzten Stellen der AP 1 im stationären und ambulanten Bereich, eine Beteiligung an Behandlungen in Solingen, mit den aufgrund der Verkehrsstruktur langen Fahrtzeiten von Langenfeld nach Solingen, nicht darstellbar gewesen wäre.

Ebenso gelang es nicht, die geplanten Hospitationen durchzuführen, da die jeweilige personelle Besetzung einen sinnvollen Austausch nicht zuließ. Allerdings ist bei besserer personeller Situation für die Zukunft der Austausch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen geplant.

6.8.1 Ausgangslage

Die Kooperation zwischen dem PTV Solingen und der LVR-Klinik war bereits traditionell vor Projektbeginn gut entwickelt. Seit rund dreißig Jahren gibt es einen wöchentlichen Besuchsdienst des PTV auf den allgemeinspsychiatrischen Akutstationen der Klinik sowie Überleitungsabsprachen zwischen den jeweils beteiligten Professionen (ärztlicher Dienst, Sozialarbeit, und Pflege der Klinik einerseits, BeWo- oder Wohnheimbetreuung sowie klinischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des PTV andererseits). Von Fall zu Fall werden weitere Personen einbezogen, beispielsweise Angehörige oder der Sozialpsychiatrische Dienst.

Außerdem holt der PTV Solinger Patientinnen und Patienten der AP-Akustation einmal wöchentlich zu einem offenen Treff („Dienstagskreis“) in seinen Räumen ab und bringt sie zurück.

6.8.2 Regionale Projektorganisation

Im Jahr 2008 fanden mehrere Arbeitsbesprechungen zwischen der Betriebsleitung der Klinik und dem Vorstand des Vereins zur Planung der weiteren Kooperation statt, u.a. eine zweitägige Klausur sowie eine ganztägige Beratung durch externe Sachverständige. Die Steuerungsgruppe trifft sich seitdem ein- bis zweimal jährlich.

Diese Besprechungen wurden bereits seit 2007 je nach Bedarf ergänzt durch Arbeitstreffen der Projektverantwortlichen. Über regelmäßige Telefonkonferenzen und E-Mail-Austausch fanden zeitnah Projektabsprachen statt.

Die Psychiatriekoordinatorin der Stadt Solingen war in das Projekt mit eingebunden.

Neuformulierung der Projektziele

Ziel des Projektes der Verbundkooperation sollte weiterhin die explizite Entwicklung einer *gemeinsamen Kultur des Verstehens und der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen* sein, die eine optimale Nutzung des vorhandenen Hilfesystems ermöglicht. Durch eine gemeinsame Sprache und aufeinander abgestimmte Behandlungskonzepte sollte es im Sinne der Betroffenen möglich werden, die individuellen Hilfen für Patientinnen und Patienten ohne Brüche, Zeitverzögerungen und unnötige Irritationen umzusetzen.

Durch einen weitest möglichen Einbezug der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sowie aller klinischen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in die Therapieplanung sollte ein von allen Beteiligten getragenes Behandlungskonzept entstehen und das *trialogische Denken* in der psychiatrischen Arbeit weiterentwickelt werden.

Planung der konkreten Umsetzung

Das Projekt bestand aus drei Komponenten:

1. Fallbesprechungen und/oder Lernfälle

Fallbesprechungen fanden in etwa 4-wöchigem Rhythmus statt.

Ein wichtiges Ziel des Verbundprojektes war eine Vertiefung der Kooperation und der gemeinsamen Behandlungskultur durch die Bearbeitung und theoretische Aufarbeitung besonders schwieriger und krisenreicher Behandlungs- und Betreuungsverläufe von Klientinnen und Klienten, die die fachliche Hilfe beider Einrichtungen in Anspruch nehmen.

Durch das gemeinsame Überprüfen und/oder Erarbeiten einer Diagnose und evtl. der medikamentösen Behandlungsstrategie, durch Analyse der Umfeldbedingungen auf eher schädliche oder förderliche Einflüsse, durch die Verbesserung des Verständnisses der Funktion der Erkrankung und die Erstellung eines miteinander abgestimmten Handlungsplans sollte noch praxisnäher als bisher gearbeitet und die aufeinander aufbauenden komplementären Angebote noch besser miteinander verzahnt werden.

Eine Einbeziehung der jeweiligen Klientinnen und Klienten, ggf. auch ihrer Angehörigen, ihrer rechtlichen und sozialen Betreuerinnen und Betreuer und anderer psychosozialer Einrichtungen in die Analyse und Planung des Behandlungsprozesses im Sinne eines Trialogs war bei diesem Vorgehen unverzichtbar.

Unterschiedliche – für die Klientinnen und Klienten verwirrende – Handlungsstrategien, Missverständnisse durch mangelnde Absprachen und Zeitverzögerungen sollten so deutlich reduziert werden.

2. Gemeinsame Fort- und Weiterbildung und Workshops

Bereits in den Jahren 2006 und 2007 fand eine gemeinsame Weiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus beiden Einrichtungen unter dem Titel „*Bedürfnisangepasste Behandlung in psychiatrischen Kontexten – Basiskompetenz in Grundhaltung und Gesprächsführung*“ statt, an der 20 Teilnehmende aus den Professionen der Pflege, ärztlicher Dienst, Sozialarbeit und Ergotherapie teilnahmen. Sie hatten einen Umfang von 112 Stunden in sechs zweitägigen Plenums-Blöcken und ergänzender Arbeit in kleineren Peer-Groups. Gegenstand der Plena waren Themen aus verschiedenen Therapierichtungen sowie die Arbeitskontexte der Teilnehmenden, die sie sich gegenseitig vorstellten. Die Kleingruppen erarbeiteten praktische Kompetenzen der Gesprächsführung. Diese Kleingruppenarbeit wird seitdem mit praktischen Übungen in Gesprächen mit Klienten und in Rollenspielen fortgesetzt, um mit den Teilnehmern schrittweise eine gemeinsame Gesprächskultur aufzubauen, die vorwiegend auf systemische Ideen und Techniken gründet.

Der systemische Ansatz konnte im späteren Projekt ansonsten nicht weiter verfolgt werden, der Gedanke der gemeinsamen Fortbildung und der Entwicklung neuer Arbeitsansätze wurde aber in der Workshop-Arbeit wieder aufgenommen.

Ein- oder zweimal im Jahr sollen umfangreichere Themen, die aus der gemeinsamen Arbeit entstanden sind, in Form von *moderierten Workshops mit Referentinnen und Referenten* bearbeitet werden. Einzelne Segmente der gemeinsamen Behandlungs- und Betreuungsarbeit sollten überprüft und weiterentwickelt werden. Die Ergebnisse sollten in die Gestaltung der gemeinsamen Arbeit einfließen.

3. Hospitationen

Ein weiteres Element zur Verbesserung der gemeinsamen Behandlungskultur sollten Hospitationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Berufsgrup-

pen im Austausch in der jeweils anderen Institution sein. Der Zeitumfang sollte sich mindestens auf 2 Wochen, besser noch auf 4 Wochen belaufen.

6.8.3 Projektablauf

1. Fallbesprechungen

Die Fallbesprechungen wurden im Projektzeitraum regelmäßig etwa alle 4 Wochen in der LVR-Klinik Langenfeld durchgeführt.

In einer *Fallbesprechung* besprechen alle an einem Fall Beteiligten – wenn eben möglich gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin und ggf. dem oder den Angehörigen – eine aktuelle schwierige Behandlungssituation oder einen schwierigen Behandlungsverlauf und versuchen gemeinsam die Problematik zu verstehen und neue Schritte für ein Therapiekonzept zu entwickeln.

Im Anschluss an das gemeinsam mit der/dem Betroffenen geführte Gespräch fand eine theoretische Reflexion des Störungsbildes und der aktuellen Problematik durch die Therapeuten statt. Therapiestrategien und Lösungsversuche wurden unter verschiedenen therapeutischen Blickwinkeln (biologisch-medikamentös, psychotherapeutisch, gemeindepsychiatrisch) diskutiert. Am Ende der Sitzung wurde gemeinsam ein Behandlungs- bzw. Betreuungskonzept beschlossen, das nach einem längeren Zeitraum noch einmal gemeinsam überprüft und reflektiert werden sollte.

Teilnehmende einer Sitzung waren – wie geplant – therapeutische Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des PTV und der Abteilung Allgemeine Psychiatrie 1 der LVR-Klinik Langenfeld, die Patientin/der Patient u.U. Angehörige, evtl. die rechtliche Betreuung.

Inwieweit Patientin/Patient und Angehörige bei der fachlichen Diskussion anwesend sein sollten/konnten, musste im Einzelfall entschieden werden. Auf jeden Fall erhielten sie aber eine Rückmeldung über das Besprochene. Die Protokolle der Fallbesprechungen können bei Interesse eingesehen werden.

2. Workshops

Zweimal wurden jeweils 2009 und 2010 umfangreichere Themen, die aus der gemeinsamen Arbeit entstanden sind, in Form von moderierten Workshops mit Referenten bearbeitet.

Einzelne Segmente der gemeinsamen Behandlungs- und Betreuungsarbeit sollten überprüft und weiterentwickelt werden. Die Ergebnisse sollten in die Gestaltung der gemeinsamen Arbeit einfließen.

Am 31.08.2009 fand der erste *Workshop zum Thema: „Wie erreichen wir junge psychisch kranke Menschen?“* statt (siehe Anhang 7.17.1). Als Referenten dazu waren eingeladen: Herr Prof. Dr. Thomas Bock vom UKE Hamburg, der sich in den letzten Jahren verstärkt mit dieser Thematik beschäftigt hat, und Herr Sozialpädagoge Haas aus Mainz, der in der Stadt Mainz ein Internetcafé für psychisch kranke junge Menschen leitet, das „Café unplugged“.

Zu diesem Workshop hatten sich nach Bekanntgabe über den Psychiatrie-beirat der Stadt Solingen zahlreiche Interessierte anderer psychosozialer Einrichtungen in Solingen angemeldet, die motiviert sind zu gemeinsamer inhaltlicher Arbeit und einer sinnvollen Weiterentwicklung der bestehenden Hilfsangebote in Solingen.

Die Arbeit in den Kleingruppen gab Anstoß zu Überlegungen für ein neues Projekt in Solingen, das speziell auf junge psychisch kranke Menschen ausgerichtet werden soll. Das lebhafteste Interesse an dem Workshop mit ca. 40 Teilnehmenden wies darauf hin, dass wichtige, aktuelle Fragestellungen kooperatives Planen und Handeln in Gang setzen können.

Am 09.02.2010 fand ein *Workshop zum Thema „DBT in der Gemeindepsychiatrie“* statt (siehe Anhang 7.17.2). Referentinnen dieses Workshops waren Frau Dipl. Psych. Bella Wohl vom ProWo e.V. Berlin und Frau Reka Markus, Oberärztin der TK 17 der AP 2 in der LVR-Klinik Köln. Nach den Impulsvorträgen wurde an der Entwicklung neuer therapeutischer Ideen und Strukturen in der Versorgungsregion gearbeitet.

Der eingeladenen Kreis von Teilnehmerinnen und Teilnehmern umfasste wieder zusätzlich zur Mitarbeiterschaft des PTV und der LVR-Klinik Langenfeld alle interessierten psychosozialen Institutionen in Solingen.

Auch dieser Workshop wurde mit großem Interesse aufgenommen. In Zukunft wird an gemeinsamen regionalen Leitlinien der Behandlung von Menschen mit schweren Borderline-Störungen gearbeitet werden.

Ein zusätzliches Workshop-Gespräch befasste sich aus gegebenem aktuellem Anlass mit der *Schnittstellenproblematik zwischen verschiedenen Hilfesystemen*. Anlass zu diesem Kooperationsgespräch ist der tragische Verlauf eines Falles gewesen, der sowohl in der Solinger Wohnungslosenhilfe und der Gemeindepsychiatrie als auch in den Abteilungen Sucht und Allgemeinpsychiatrie der LVR-Klinik Langenfeld zu unterschiedlichen Zeitpunkten behandelt oder betreut wurde. An dem letzten Aufenthaltsort des Klienten kam es auf Grund seiner schweren psychischen Störung zu einem tödlichen Zwischenfall. Im Rahmen der Verbundkooperation wurde diese Thematik aufgegriffen, um gemeinsam mit dem PTV, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der städtischen

Notschlafstelle für Jugendliche und junge Erwachsene, dem Caritas-Verband – als einem Träger der Wohnungslosenhilfe in Solingen – und den Abteilungen Allgemeine Psychiatrie 1 und Sucht der LVR-Klinik Langenfeld daran zu arbeiten, die Schnittstellenproblematik in der Betreuung und Behandlung schwieriger und potentiell gefährlicher Klienten zu verbessern.

Ergebnis dieser Diskussion war der Vorschlag der Bestimmung einer „Trägerübergreifend koordinierenden Bezugsperson“, der vom Psychiatriebeirat der Stadt Solingen aufgenommen wurde (siehe Anhang 7.17.3).

Hospitationen

Es gelang nicht, die geplanten Hospitationen durchzuführen, da die jeweilige personelle Besetzung einen sinnvollen Austausch nicht zuließ. Allerdings ist bei besserer personeller Situation für die Zukunft der Austausch von Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen geplant.

Allerdings wurden bereits durch die häufigen Treffen im Rahmen von Fallbesprechungen und Workshops in gemischten multiprofessionellen Teams viele Informationen über die Organisationsstrukturen der jeweiligen Einrichtungen, ihre Sichtweise psychischer Erkrankungen und ihre Handlungsstrategien ausgetauscht.

Teilnahme an Tagungen

Auf Tagungen, die der LVR allein, gemeinsam mit der AGpR oder den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Diensten im Kooperationsprojekt veranstaltete, wurde das Verbundprojekt vorgestellt, u.a. bei der Tagung „Zur Kooperation zwischen Klinik- und Gemeindepsychiatrie“ von LVR und AGpR (24.–26.06.2009) und bei der Tagung von LVR und Dachverband Gemeindepsychiatrie im Rahmen der Tagungsreihen „Krankenhaus im Wandel“ und „SPZ“ am 21.01.2010.

6.8.4 Ergebnisse

Durch die intensive Zusammenarbeit gelang es, trotz unterschiedlicher theoretischer Modelle in Bezug auf kompliziert verlaufende Einzelfälle, tragfähige gemeinsame Handlungsstrategien zu entwickeln. Die Kommunikation auf allen Ebenen der Kooperation wurde deutlich verbessert. Schnittstellenprobleme, die bisher zu Reibungsverlusten geführt hatten, wurden erheblich reduziert.

Auch auf theoretischer und konzeptioneller Ebene gelang es, im lebhaften Gedankenaustausch, Verbesserungen der zukünftigen Arbeit zu diskutieren und vor allem ausgehend von den Workshops auch zu planen (z.B. Einrichtung

eines Kontakttreffes für junge psychisch kranke Menschen, Entwicklung gemeinsamer Behandlungspfade für Menschen mit Borderline-Störungen).

Interessante, teils kontroverse, fachliche Diskussionen entstanden immer wieder zu folgenden Themen:

- Unterschiede in der therapeutischen Haltung zwischen Krankenhausbehandlung und Lebensraum,
- notwendige Dauer von Krisenintervention, Absprachen zur Krisenintervention und zur Rückverlegung in den Lebensraum,
- Nähe und Distanz in der Behandlung,
- notwendige oder beeinträchtigende Regeln im alltäglichen Lebensraum,
- Notwendigkeit von Psychotherapie in welcher Form und in welchem Setting,
- wie müssen Lebensbedingungen von besonders schwierigen Klienten in der Gemeinde gestaltet werden, da langfristige stationäre Behandlung in der Klinik nicht mehr stattfinden soll und kann?
- Pflichtversorgung in der Gemeindepsychiatrie.

6.8.5 Ausblick

Auch nach Abschluss der Projektförderung sollen die regelmäßigen gemeinsamen Fallbesprechungen etwa im Abstand von 6 Wochen beibehalten werden.

Ebenso wird die gemeinsame, eher theoretische Arbeit, in Workshops fortgeführt, in der regelmäßig aktuelle Themen der psychiatrischen Behandlung und Betreuung aufgegriffen werden sollen.

Hospitationen sind für die Zukunft – bei besserer personeller Besetzung – geplant.

6.9 Bericht des Netzwerkes im Kreis Viersen

Verfasser: Dr. Ralph Marggraf, Ärztlicher Direktor, LVR-Klinik Viersen

6.9.1 Ausgangslage

LVR-Klinik Viersen

Die LVR-Klinik Viersen wurde im Jahr 1906 eröffnet. Nach einer sehr wechselvollen Geschichte handelt es sich heute um eine Fachklinik mit den zwei Fachbereichen Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (EPP) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP). Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie hat es einen Entwicklungsprozess von einer Landes- klinik, mit sehr weitem Einzugsbereich, hin zu einer gemeindeorientierten psychiatrischen Klinik gegeben, welcher in den nächsten Jahren mit der Abgabe der Versorgungspflicht für den Mönchengladbacher Norden an die LVR-Klinik Mönchengladbach seinen Abschluss finden wird.

Heute gibt es zwei allgemeinspsychiatrische Abteilungen, einschließlich eines gerontopsychiatrischen Zentrums (GPZ) sowie eine Abteilung für Abhängigkeitskrankheiten, die mit 214 Betten und 47 tagesklinischen Plätzen für die psychiatrische Versorgung des Kreises Viersen (ca. 300.000 Einwohner) und des Bereichs Mönchengladbach-Nord (ca. 80.000 Einwohner) zuständig sind. In zwei Abteilungen für forensische Psychiatrie werden psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter, vorwiegend aus der Region mittlerer Niederrhein sowie westliches Ruhrgebiet, nach den Bestimmungen des Maßregelvollzugsgesetzes behandelt und in gesicherten, geschlossenen als auch offenen Stationen und Wohngruppen, entsprechend der individuellen Gefährlichkeit betreut.

Im Betriebsbereich Soziale Rehabilitation werden Menschen mit psychischer Behinderung aus dem Pflichtversorgungsgebiet der LVR-Klinik Viersen betreut. Darüber hinaus existieren stationäre Bereiche der medizinischen Rehabilitation und der Altenpflege.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es drei Abteilungen mit verschiedenen Schwerpunkten; dieser Fachbereich ist die größte Einrichtung ihrer Art in Deutschland und in ihrer Differenzierung einzigartig. Die Klinik ist im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie für eine Region mit über 1,8 Mio. Menschen zuständig. In Spezialbereichen wie der Eltern-Kind-Station werden Patientinnen und Patienten aus dem ganzen Bundesgebiet aufgenommen. Bei insgesamt fast 5.000 Krankenhausaufnahmen pro Jahr in den beiden Fachbe-

reichen (2012: EPP: ca. 3.800; KJPP: ca. 1.100) werden alle relevanten psychiatrischen Störungsbilder behandelt.

Netzwerk

Es bestehen in allen Bereichen der LVR-Klinik umfassende und weitreichende Netzwerke mit den entsprechenden Institutionen in den Pflichtversorgungsgebieten und darüber hinaus. Während diese Netzwerke früher überwiegend auf informeller Basis bestanden, hat die LVR-Klinik Viersen bereits im Oktober 2009, gemeinsam mit allen Einrichtungen und Diensten der gemeindepsychiatrischen Versorgung im Kreis Viersen, eine Vereinbarung über eine Kooperation abgeschlossen. Darüber hinaus wurde beim LVR eine finanzielle Förderung beantragt. Der Gemeindepsychiatrische Verbund Viersen ist im zeitlichen Verlauf das letzte geförderte Netzwerk dieses Programms. Der Förderzeitraum lief vom 1. Februar 2010 bis zum 31. Januar 2012, das Fördervolumen betrug 100.000 €.

Kooperationsvereinbarung

Die bis heute gültige Kooperationsvereinbarung zur Arbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) im Kreis Viersen stammt vom 19.10.2009. Sie soll im Weiteren vollständig wiedergegeben werden.

1. Ziel der Vereinbarung:

Durch verbindliche Kooperation und Zusammenarbeit der Anbieter in der Region sollen Hilfen und bedarfsgerechte Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in und aus dem Kreis Viersen sichergestellt und verbessert werden. Die Koordination von Leistungen im Einzelfall insbesondere auch die Erbringung fach- und anbieterübergreifender, personenzentrierter Komplexleistungen soll sichergestellt sein. Die an der Versorgung beteiligten Anbieter bringen sich in die regionale Planung mit Kommune, Landschaftsverband und ggf. anderen Kostenträgern strukturiert und aktiv ein.

2. Aufgaben und Leistungen

- *Information, Austausch und Beratung der Mitglieder – über das eigene Leistungsangebot, insbesondere Änderungen – bzgl. Erkenntnissen zu neuen Bedarfen und Versorgungsmängeln in der Region*
- *kontinuierliche gemeinsame Überprüfung der regionalen Versorgungssituation*
- *Austausch mit Kommunal- und Sozialverwaltung*

- *Wir streben eine trägerübergreifende regionale Beschwerdestelle an*
- *Durchführung von übergreifenden Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeitenden der Kooperationspartner. Öffnung von Inhouse-Fortbildungsveranstaltungen untereinander*
- *Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für und mit Betroffenen und Angehörigen*
- *Unterstützung der regionalen Zusammenarbeit von Beiräten*
- *Bündelung von Ressourcen über gemeinsame Initiativen*
- *Zusammenwirken mit Selbsthilfegruppen*
- *Zusammenwirken mit Anbietern medizinischer Versorgung (z.B. Kliniken in der Umgebung, niedergelassenen Ärzten, Anbietern von Reha-Maßnahmen)*
- *Gemeinsame Veranstaltungen z.B. Festivals*
- *Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zu abgestimmten Themen*

3. Prinzipien und Qualitätsmerkmale der Leistungserbringung

- *Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung des psychisch erkrankten Menschen*
- *Teilhabestärkung*
- *Planung und Erbringung personenzentrierter Hilfen – bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht abgestimmt und wirtschaftlich – und dies grundsätzlich im Lebensumfeld des jeweils betroffenen Bürgers aus dem Kreis Viersen*
- *Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen*
- *Einsatz von qualifizierten Mitarbeitern für verschiedene fachliche Anforderungen entsprechend der jeweiligen psychischen Beeinträchtigung*
- *Einzelfallbezogene Kooperation (Fach- und trägerübergreifenden Zusammenwirken im Interesse des einzelnen Betroffenen) und Erbringung von ggf. fach- und trägerübergreifenden Komplexleistungen für Betroffene*
- *Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen*
- *Beachtung des Datenschutzes und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung*

4. Qualitätssicherung

- *Fortschreibung der Qualitätsstandards aus dieser Vereinbarung*
- *Beteiligung an einem regionalen, anbieterübergreifenden Beschwerdemanagement*
- *Mitwirkung an regionaler Gesundheitsberichterstattung*
- *Kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, Einbeziehung von Selbsthilfegruppen*
- *Die Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG GPV e.V.) wird angestrebt.*

5. Beitritt weiterer Kooperationspartner

Das Recht auf Mitgliedschaft besteht für jeden Leistungserbringer der die Grundsätze und Verfahrensweisen dieser Vereinbarung akzeptiert und diese in seinem Verantwortungsbereich angemessen umsetzt. Dem Beitritt muss eine 2/3 Mehrheit aller Vereinbarungspartner zustimmen. (Das gleiche Abstimmungsverfahren gilt für einen begründeten Ausschluss)

6. Organisatorische Grundlagen

- *Mitgliederversammlungen finden mindestens einmal jährlich statt oder wenn die Einberufung von einem Viertel der Mitglieder unter Angabe von Zweck und Gründen beantragt wird.*
- *Jedes Mitglied hat in der Mitgliederversammlung 1 Stimme. Jeder Kooperationspartner benennt einen stimmberechtigten Vertreter und einen Stellvertreter.*
- *Entscheidungen werden, wenn nicht anders beschrieben, mit der einfachen Mehrheit der anwesenden Stimmberechtigten getroffen.*
- *Der GPV kann sich zur Erarbeitung und Weiterentwicklung bestimmter Themen weitere Gremien geben. Die Mitgliederversammlung wählt für jeweils 1 Jahr ein Steuerungsgremium, das ggf. auch Sprecherfunktionen übernehmen kann. Die Aufgaben dieses Gremiums werden in einer gesonderten Satzung festgelegt.*
- *Mitgliedsbeiträge werden nicht erhoben. Die Mitgliederversammlung entscheidet mindestens jährlich über angestrebte Projekte und Beteiligungen. In diesem Rahmen wird jeweils ein Einvernehmen über notwendige Mittel erzielt, die von den Mitgliedern eingebracht werden.*

Umsetzung der Kooperation

Die beschriebenen Ziele wurden in der folgenden Struktur verfolgt:

- Es fanden regelmäßig Mitgliederversammlungen statt, an welchen alle gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Dienste teilnahmen;
- Aus dem Kreis der Mitglieder wurde ein Steuerungsgremium gewählt, welches die weiter unten beschriebenen Projekte unterstützte;
- In Arbeitsgruppen, die sich aus dem Kreis der Mitgliedsinstitutionen bildeten, wurden die einzelnen Projekte bearbeitet.

6.9.2 Projektablauf

Das Projekt fand auf der Basis der schon bestehenden Kooperationsvereinbarung statt. Es wurden mehrere Projekte schwerpunktmäßig betrieben, die im Weiteren aufgelistet werden.

Projekt „Borderline“

Es handelte sich um ein einrichtungs- und trägerübergreifendes Projekt mit dem Ziel, abgestufte und aufeinander bezogene therapeutische und rehabilitative Angebote für Patientinnen und Patienten mit „Borderline“ Störung zu entwickeln bzw. die vorhandenen Hilfsangebote weiter zu entwickeln und zu koordinieren. Zur Herstellung einer gemeinsamen fachlichen Grundlage wurde bei den kooperierenden Organisationen das DBT-Modell (Dialektisch-Behaviorale-Therapie) in einer gemeinsamen Schulung erworben und in den jeweiligen Einrichtungen implementiert (insbesondere sogenannte Skillsgruppen). Zusätzlich zur Schulung und Implementation der DBT wurde das von der DGSP angebotene Weiterbildungsmodell STEPPS geschult. Ziel war es, einrichtungsübergreifende qualitativ hochwertige Behandlungs- und Betreuungsangebote zu etablieren und gemeinsam getragene Grundvorstellungen zum Umgang mit einer spezifischen Klientel zu erarbeiten.

Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement (NBQM)

NBQM bietet die Möglichkeit, Qualitätsmanagement in allen Mitgliedseinrichtungen des Verbundes zu harmonisieren und Effekte vergleichbar zu machen. Deshalb wurde dieses Verfahren eingeführt und mit Unterstützung des LVR geschult. Es wurde ein NBQM-Lenkungsgremium aus Personen verschiedener regionaler Einrichtungen, Dienste und Institutionen zusammengesetzt. Von insgesamt 13 kooperierenden Organisationen des GPV Viersen haben an einem durch den LVR begleiteten ersten Selbstbewertungsprozess zunächst 8

teilgenommen. Eine erste Selbstbewertung wurde durchgeführt und ausgewertet. Im Ergebnis und sich daraus ergebendem Arbeitsauftrag der durch den LVR moderierten Konsensgespräche wurde festgehalten, dass die durch die Partnerorganisationen des GPV verabschiedete Kooperationsvereinbarung um „Grundlagen der Zusammenarbeit“ ergänzt werden soll. Hierzu beschloss das NBQM-Lenkungsgremium einen entsprechenden Antrag an die Mitgliederversammlung des GPV Viersen zu stellen. Diese stimmte dem Vorschlag bei einer nachfolgenden Versammlung zu. Zielsetzung des derzeit zu erarbeitenden Grundlagenpapiers ist es, inhaltlich und strukturell die Arbeit innerhalb des GPV Viersen stärker zu organisieren und dadurch für die beteiligten Organisationen verbindlicher zu machen.

Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betroffenen

Der gemeindepsychiatrische Verbund hat sich zum Ziel gesetzt, die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betroffenen zu verstärken und die Etablierung von lokalen Angehörigen- und Betroffenenvertretungen zu fördern. Ziel war es, psychoseerfahrene Menschen und die Angehörigen psychisch Kranker als wichtige Stakeholder der gemeindepsychiatrischen Versorgung in ihrer Selbstorganisation zu unterstützen. Der gemeindepsychiatrische Verbund beabsichtigte zudem, in gemeinsamen Aktionen zur Förderung der Integration psychisch Erkrankter und ihrer Angehörigen und zur Abwehr von Vorurteilen und diskriminierender Haltung in der Öffentlichkeit (Antistigmaaktion) beizutragen.

Es fand eine Veranstaltung für Angehörige statt, die großes Interesse fand. Die laufende Angehörigengruppe der PHG wurde durch ein neu gestaltetes Plakat auf den Klinikstationen bekannt gemacht. Eine Veranstaltung in der Kontaktstelle der PHG für Betroffene mit zwei psychoseerfahrenen Referenten wurde ebenfalls sehr gut besucht. Mittlerweile findet in der Kontaktstelle der PHG eine feste Sprechstunde einer ExIn-Mitarbeiterin statt. Außerdem wird von ihr eine Recovery-Gruppe angeboten. In gemeinsamer Trägerschaft von LVR und Gesundheitsamt fanden zwei ausgebuchte Veranstaltungen zum Thema Psychose für Professionelle außerhalb des psychiatrischen Bereiches statt. In diesem Rahmen stellten sich die Einrichtungen und Dienste mit ihren Angeboten vor. Die Fortsetzung dieser Veranstaltungen ist mit eigenen Mitteln im Oktober 2013 geplant (dann zum Thema Depression und Burnout).

Kinder psychisch kranker Eltern

Ein weiterer Schwerpunkt wurde im Bereich der Kinder psychisch kranker Menschen gesetzt. Zusätzlich zu den bereits gesondert geförderten Maßnahmen der Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern soll ein Be-

treuungsdienst für Kinder, die ihre in der Klinik behandelten Eltern besuchen wollen, innerhalb des gemeindepsychiatrischen Verbundes organisiert werden. In einer Projektgruppe wurden Perspektiven für die Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern entwickelt. Diese Projektgruppe ist mittlerweile in das bereits bestehende Netzwerk „Felix“ integriert worden.

Menschen mit besonderen Herausforderungen

Es wurde eine regelmäßig tagende Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, welche sich mit dem Umgang mit den sogenannten „Systemsprengern“ befasste. Ziel war es, in der Region (Kreis Viersen) alle psychosozial Handelnden samt ihrer Gremien (Gemeindepsychiatrischer Verbund, Hilfeplankonferenz, Regional-konferenz) an einen Tisch zu bringen und gemeinsam dafür Sorge zu tragen, dass auch die ‚Schwierigsten‘ aus der Region innerhalb der Region betreut werden, also hier ihren Wohnort, einen Arbeitsplatz/Tagesstruktur und medizinische und therapeutische Versorgung erhalten. Diese Herausforderung soll als einrichtungs- und trägerübergreifende Aufgabe in Kooperation und wechselseitiger Unterstützung wahrgenommen werden. Es sollen in der Region intelligente Wohnlösungen und innovative Betreuungskonzepte bereit gestellt werden.

Weitere Maßnahmen

Darüber hinaus wurde ein Stammtisch der Mitgliedseinrichtung des gemeindepsychiatrischen Verbundes aufgebaut. Diskutiert wurden die Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft gemeindepsychiatrischer Verbände und die Erarbeitung einer Broschüre bzw. eines Faltblattes mit Informationen zum gemeindepsychiatrischen Verbund Viersen. Es fand eine Auftaktveranstaltung statt für Mitarbeiter aus dem GPV mit Fachvortrag und anschließendem Austausch.

6.9.3 Ergebnisse

Es sind eine ganze Reihe konkreter Ergebnisse erreicht worden:

- Zum Thema „Borderline“:
 - o Eine Gruppe von Beschäftigten aus verschiedenen Einrichtungen ist in der dialektisch behavioralen Therapie geschult worden;
 - o eine Gruppe von Mitarbeitenden aus verschiedenen Einrichtungen ist in dem Verfahren STEPPS (Systematic Training for Emotional Predictability and Problem solving) geschult worden;

- durch die einrichtungsübergreifend ausgerichteten Fortbildungsmaßnahmen haben sich positive Auswirkungen auf die tägliche Zusammenarbeit ergeben;
 - in verschiedenen Einrichtungen wurde das Angebot spezifischer Gruppen (Skillsgruppen) etabliert, um das ambulant zur Verfügung stehende Unterstützungssystem zu stärken;
 - es wurde ein Info-Pass erarbeitet, der von den Betroffenen mitgeführt werden soll und welcher bestimmte wichtige Informationen enthält (Was hilft im Notfall? Wer ist im Notfall zu verständigen? etc.). Der Info-Pass wurde allen Mitgliedern des GPV als ausfüllbare PDF-Datei zur Verfügung gestellt und u.a. in das Intranet der LVR-Klinik Viersen gestellt.
- Zum Thema Angehörigen- und Betroffenenarbeit:
- Es fanden zwei Antistigmaveranstaltungen zum Thema „Psychose erkennen und verstehen“ statt; daraus erwachsen ist eine zukünftig regelmäßig jährlich stattfindende Tagung, ausgerichtet durch den Kreis Viersen und die LVR-Klinik Viersen; mit dem Ziel, Vorurteile psychisch Kranken gegenüber abzubauen;
 - eine Ex-Inlerin ist mittlerweile mit halber Stelle bei der PHG Viersen angestellt und bietet eine feste Sprechstunde und eine Recovery-Gruppe an;
 - eine Angehörigenveranstaltung wurde durchgeführt, die mit etwa 40 Personen gut besucht war; es waren zwei Vertreterinnen vom Angehörigenverband eingeladen;
 - Eine Betroffenenveranstaltung wurde mit guter Resonanz durchgeführt, die Diskussion war sehr lebhaft.
- Zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern:
- Das Netzwerk „Felix“ ist breit bekannt und wird intensiv genutzt;
 - das Netzwerk „Felix“ existiert weiter; die bisherige Finanzierung läuft jedoch möglicherweise aus;
 - es fanden mehrere Informationsveranstaltung des ASD Viersen über die Angebote der Jugendhilfe in der LVR-Klinik Viersen statt;
- Zum Thema NBQM:
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der verschiedenen Einrichtungen wurden zum Thema NBQM geschult;

- eine NBQM-Selbstbewertung wurde durchgeführt;
- aus dem NBQM-Prozess hat sich als Ergebnis eine Neuformulierung der Kooperationsvereinbarung ergeben;
- Zum Thema „Menschen mit besonderen Herausforderungen“:
 - Ein Arbeitskreis wurde ins Leben gerufen und arbeitet weiter;
 - eine kollegiale Beratung unter den Einrichtungen wurde etabliert und wird weiterhin durchgeführt.
- Weitere Ergebnisse:
 - Für einen geplanten Internetauftritt und ein Logo des gemeindepsychiatrischen Verbundes wurden Kostenvoranschläge eingeholt und Entwürfe gemacht. Um die Kosten und den Aufwand gering zu halten, wurde beim Kreis Viersen angefragt, ob der GPV auf dessen Homepage mitgeführt werden kann;
 - ein Stammtisch wurde durchgeführt und war gut besucht von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlicher Organisationen.

6.9.4 Ausblick

Entsprechend dem Förderantrag wurden die Mittel der Förderung von Verbundkooperationen für die Weiterentwicklung der Kooperationsstrukturen eingesetzt. Dies hat sich als sehr nachhaltig erwiesen. Der bestehende Gemeindep psychiatrische Verbund wird auch nach Ende des Förderzeitraumes weiterarbeiten. Für alle Institutionen sind die in der Kooperationsvereinbarung genannten Zielwerte weiterhin von hoher Bedeutung. Es konnte auch die Zusammenarbeit auf eine neue, verbindlichere und konstruktive Grundlage gestellt werden. Aktuell wird die Überarbeitung der Kooperationsvereinbarung diskutiert, um die Arbeit in den Gremien effektiver zu gestalten. Im Jahr 2013/14 wird einrichtungsübergreifend eine Ausbildung in dem Verfahren CRA (Community Reinforcement Approach) für die Einrichtungen, die primär mit suchtkranken Menschen arbeiten, organisiert. Der Fachbereich Forensik soll intensiver am GPV beteiligt werden.

7 Anhang

7.1 Antrag 12/158

LVIS Recherche		Seite 1 von 2
		
Antrag-Nr. 12/158		
öffentlich		
Datum:	03.01.2007	
Antragsteller:	Bündnis 90/DIE GRÜNEN, FDP, SPD	
Gesundheitsausschuss	05.03.2007	Beschluss
<u>Tagesordnungspunkt:</u>		
Gemeindenahe Kooperationen stärken		
<u>Beschlussvorschlag:</u>		
<p>Um die Beziehungskontinuität über die Grenzen der jeweils zuständigen Einrichtungen und Dienste hinweg sicherzustellen, wird die Verwaltung beauftragt, aufzuzeigen, wie die Kooperation zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen einer Region und ggf. bei verschiedenen Trägern verbessert werden kann und welche Aufgaben hierbei Verbünde leisten können. Dieser Verbund soll auch die Vernetzung mit Angeboten der Eingliederungshilfe und Beschäftigungsförderung umfassen. Die Verwaltung wird auch gebeten, Regionen vorzuschlagen, wo Grundlagen für eine solche Entwicklung günstig sind. In einem ersten Schritt werden die Betriebsleitungen der Rheinischen Kliniken gebeten, mit Wohnheim- und SPZ-Trägern und den Institutsambulanzen zur Unterstützung der Behandlungskontinuität und des Casemanagements Kooperationsvereinbarungen abzuschließen.</p> <p>Ziel dieser Verbundkooperation ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsgerechte Versorgung aller Betroffenen unter Einbeziehung chronisch kranker und sozial randständiger Menschen. • Gewährleistung eines lückenlosen und aufeinander abgestimmten Hilfeangebotes. • Ausrichtung der Hilfen am Bedarf der Menschen in der Region und Festlegung von Planungsräumen und Zuständigkeitsbereichen unter Berücksichtigung des regionalen Kontextes (Sozialraumorientierung). • Vermeidung von unproduktiven Angebotsüberschneidungen. • Flexibilisierung und Durchlässigkeit von Hilfen. • Frühzeitige Erkennung von Hilfebedarfen und angemessene Reaktion z.B. durch niederschwellige Angebote und aufsuchende Hilfen. • Gewährleistung von Angebotstransparenz für Leistungsanbieter, Betroffene und deren Angehörige. • Sicherung von Behandlungskontinuität über die Grenzen der jeweils zuständigen Einrichtungen und Dienste hinweg. • Verbesserung des Casemanagements. • Unterstützung von Empowerment und Selbsthilfe. • Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen bei der Planung, Entwicklung und Evaluation. • Etablierung eines personenzentrierten Hilfeansatzes und Abkehr von einer reinen einrichtungszentrierten Hilfeentwicklung. • Orientierung an aktuellen fachlichen Standards für Therapie und Behandlung sowie an evidenzbasierten Behandlungs- und Versorgungsgrundsätzen. • Förderung eines wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes, Erprobung des Regionalen Budgets. 		
http://dom-zv11/notesapp/zv/LVIS/lvr_recherche_12wp.nsf/0/32057EF28B79E687C1... 01.09.2008		

(siehe NBQM – Modell zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe, LVR – Koordinationsstelle Sucht)

Begründung

Während sich die bisherigen Überlegungen zu „Krankenhaus im Wandel“ auf eine Durchlässigkeit innerhalb der Krankenhausstruktur konzentrieren, zielt dieser Ansatz auf eine verbindliche Kooperation, Vernetzung und Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Angeboten und Einrichtungen und deren Trägern. Für die Patientinnen und Patienten entsteht so Behandlungskontinuität und verlässliche, lückenlose und bedarfsgerechte individuelle Hilfe.

Ulrike Kessing

Klaus Brausch

Hans-Otto Runkler

7.2 Vorlage 12/250

LVIS Recherche	Seite 1 von 3	
		
Antrag-Nr. 12/250		
öffentlich		
Datum:	15.01.2008	
Antragsteller:	SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN, FDP	
Krankenhausausschuss 3	21.01.2008	zur Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	22.01.2008	zur Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	23.01.2008	zur Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	24.01.2008	zur Kenntnis
Gesundheitsausschuss	25.01.2008	empfehlender Beschluss
Finanz- und Wirtschaftsausschuss	27.02.2008	empfehlender Beschluss
Landschaftsausschuss	07.03.2008	Beschluss
Landschaftsversammlung	10.03.2008	Beschluss
Tagesordnungspunkt:		
Haushalt 2008 Zukunft der Rheinischen Kliniken gestalten - gemeindenahе Versorgung verbessern		
Beschlussvorschlag:		
<p>Der Landschaftsverband Rheinland will Menschen mit psychischen Erkrankungen eine optimale Behandlung zu kommen lassen. Sie soll gemeindenah und, wenn immer möglich, ambulant sein. Die Übergänge zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsangeboten müssen entsprechend der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten durchlässig sein.</p> <p>Die Rheinischen Kliniken sind dabei ein wesentlicher Baustein der Versorgung und müssen sich weiterhin den Anforderungen an eine moderne, patientengerechte Psychiatrie stellen. Ambulante Strukturen müssen bedarfsgerecht ausgebaut werden. Um diese Ziele zu erreichen, werden folgende Maßnahmen beschlossen:</p> <p>1. Rahmenkonzeption für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Rheinischen Kliniken entwickeln</p> <p>Die Verwaltung wird beauftragt, für den Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung eine Rahmenkonzeption zu entwickeln, die sowohl die Anforderungen an eine voll- und teilstationäre Regel- und Pflichtversorgung sowie erforderliche spezialisierte Behandlungsangebote (z. B. Suchterkrankungen bei Minderjährigen) berücksichtigt.</p>		
file:///W:/Z84\NBQM\Verbundkooperationen\GE\Beschluss_12-250.htm		28.08.2008

2. Verbundkooperationen fördern

Entsprechend der „Rahmenkonzeption für die Förderung von Verbundkooperationen“ (Vorlage 12/2468/1) sollen zur Weiterentwicklung der regionalen Vernetzung der Rheinischen Kliniken schnellstmöglich an allen Rheinischen Kliniken Verbundkooperationen aufgebaut und gefördert werden.

3. Hilfen für psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund weiterentwickeln

Die Verwaltung wird beauftragt, im Haushaltsjahr 2008 ein weiteres Kompetenzzentrum für Migration zu etablieren. Die Mittel sind auf 63.000 € pro Stelle aufzustocken.

4. Anreizprogramm Gerontopsychiatrische Zentren entwickeln

Die Verwaltung wird beauftragt, ein Anreizprogramm „Gerontopsychiatrische Zentren“ zu entwickeln und zur Beschlussfassung vorzulegen mit dem Ziel, den Kommunen einen Anreiz zu geben, bedarfsgerechte Gerontopsychiatrische Zentren mit allen dazugehörigen Elementen aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln (s. Vorlage 12/2322).

Begründung:

Zu 1:

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Aufnahmedrucks in den Kinder- und Jugendpsychiatrien der Rheinischen Kliniken sowie der nach wie vor ausstehenden Krankenhausplanung des Landes soll ein zukunftsgerichtetes Konzept entwickelt werden. Das Konzept soll die Grundlage für eine bedarfsgerechte kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung bilden. Die Anforderungen komplementärer Bereiche sind entsprechend zu berücksichtigen.

Zu 2:

Die Integration der Rheinischen Kliniken in das System der gemeindepsychiatrischen Versorgung bildet eine wesentliche Voraussetzung für die Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität. Die mit Antrag 12/177 von der Gestaltungsmehrheit vorgeschlagene Anreizfinanzierung für Verbundkooperationen hat sich bewährt, und eine Ausweitung auf alle Rheinischen Kliniken ist sinnvoll.

Zu 3:

Psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund werden von den vorhandenen psychiatrischen Hilfen nur unzureichend erreicht. Ihr Anteil an den Nutzern der Behandlungs- und Hilfsangebote entspricht nicht ihrem Anteil an der Bevölkerung und dem tatsächlichen Hilfebedarf. Das bewährte Anreizprogramm zum Aufbau der Institutsambulanzen für Kranke mit Migrationshintergrund wird fortgeführt.

Um den Abbau von Zugangsbarrieren und die Entwicklung interkultureller Kompetenz im System der Sozialpsychiatrischen Zentren zu unterstützen, fördert der Landschaftsverband drei „Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration“ (SPKom),

die als überregionale Zentren Beratungs- und Fortbildungsleistungen erbringen sowie als Impulsgeber für die Entwicklung migrantenspezifischer und kultursensibler Arbeitsansätze in den SPZ wirken sollen.

Um eine gleichmäßige und kleinräumigere Verteilung der Kompetenzzentren im Rheinland zu erreichen, soll im Haushaltsjahr 2008 ein weiteres Zentrum etabliert werden.

Zu 4:

Bedingt durch die demografische Entwicklung kommt psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter eine stetig wachsende Bedeutung zu: Neben den Demenzerkrankungen ist insbesondere auch bei den Depressionen im höheren Lebensalter ein Anstieg der Erkrankungsrate zu verzeichnen. Menschen im höheren Lebensalter leiden überdies häufig an multimorbiden Störungsbildern, die neben der psychischen oder hirnräumlichen Störung vielfältige somatische Krankheiten einschließen und häufig auch Bedarf an pflegerischen Hilfen begründen. Die Betroffenen und ihre Angehörigen sind in besonderem Maße auf integrierte Hilfeleistungen angewiesen.

Um die Entstehung integrierter Behandlungs- und Beratungsangebote im Rahmen von Gerontopsychiatrischen Zentren (GPZ) zu unterstützen, fördert der Landschaftsverband die Einrichtung von Beratungsangeboten an GPZ im Rahmen eines Anreizprogramms.

Thomas Böll

Ulrike Kessing

Hans-Otto Runkler

7.3 Vorlage 12/2223



Der Direktor des Landschaftsverbandes
Rheinland

Vorlage-Nr. 12/2223

öffentlich

Datum: 07.03.2007
Dienststelle: Amt 81
Bearbeitung: Frau Groeters

Landschaftsausschuss 23.03.2007 **Beschluss**

Tagesordnungspunkt:

**Gemeindenahe Kooperationen stärken;
hier: Zustimmung des Landschaftsausschusses gemäß § 11 Abs. 2
Landschaftsverbandsordnung**

Beschlussvorschlag:

**Der Landschaftsausschuss stimmt dem Beschluss des Gesundheitsausschusses vom
05.03.2007 zum Thema "Gemeindenahe Kooperationen stärken" gemäß Vorlage Nr. 12/2223 zu.**

Finanzielle Auswirkungen:

Kosten der Maßnahme:	keine
Erträge der Maßnahme:	keine
Im Haushaltsplan veranschlagt:	Nein
Im Wirtschaftsplan veranschlagt:	Nein
Mittel stehen zur Verfügung:	Nein
Jährliche Folgekosten:	keine

M o l s b e r g e r

Begründung:

Der Gesundheitsausschuss hat in seiner Sitzung am 05.03.2007 über den Antrag Nr. 12/158 beraten und - mehrheitlich (Stimmen der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP gegen die Stimmen der CD-Fraktion) - folgenden Beschluss gefasst:

"Um die Beziehungskontinuität über die Grenzen der jeweils zuständigen Einrichtungen und Dienste hinweg sicherzustellen, wird die Verwaltung beauftragt, aufzuzeigen, wie die Kooperation zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen einer Region und ggf. bei verschiedenen Trägern verbessert werden kann und welche Aufgaben hierbei Verbünde leisten können. Dieser Verbund soll auch die Vernetzung mit Angeboten der Eingliederungshilfe und Beschäftigungsförderung umfassen. Die

Verwaltung wird auch gebeten, Regionen vorzuschlagen, wo Grundlagen für eine solche Entwicklung günstig sind. In einem ersten Schritt werden die Betriebsleitungen der Rheinischen Kliniken gebeten, mit Wohnheim- und SPZ-Trägern und den Institutsambulanzen zur Unterstützung der Behandlungskontinuität und des Casemanagements Kooperationsvereinbarungen abzuschließen.

Ziel dieser Verbundkooperation ist:

- Bedarfsgerechte Versorgung aller Betroffenen unter Einbeziehung chronisch kranker und sozial randständiger Menschen.
- Gewährleistung eines lückenlosen und aufeinander abgestimmten Hilfeangebotes.
- Ausrichtung der Hilfen am Bedarf der Menschen in der Region und Festlegung von Planungsräumen und Zuständigkeitsbereichen unter Berücksichtigung des regionalen Kontextes (Sozialraumorientierung).
- Vermeidung von unproduktiven Angebotsüberschneidungen.
- Flexibilisierung und Durchlässigkeit von Hilfen.
- Frühzeitige Erkennung von Hilfebedarfen und angemessene Reaktion z. B. durch niederschwellige Angebote und aufsuchende Hilfen.
- Gewährleistungen von Angebotstransparenz für Leistungsanbieter, Betroffene und deren Angehörige.
- Sicherung von Behandlungskontinuität über die Grenzen der jeweils zuständigen Einrichtungen und Dienste hinweg.
- Verbesserung des Casemanagements.
- Unterstützung von Empowerment und Selbsthilfe.
- Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen bei der Planung, Entwicklung und Evaluation.
- Etablierung eines personenzentrierten Hilfeansatzes und Abkehr von einer reinen einrichtungszentrierten Hilfeentwicklung.
- Orientierung an aktuellen fachlichen Standards für Therapie und Behandlung sowie an evidenzbasierten Behandlungs- und Versorgungsgrundsätzen.
- Förderung eines wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes, Erprobung des Regionalen Budgets.

(siehe NBQM - Modell zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe, LVR - Koordinationsstelle Sucht)."

Da die gemäß § 11 Abs. 2 Satz 3 Landschaftsverbandsordnung erforderliche 2/3-Mehrheit vorliegend nicht gegeben ist, wird um Zustimmung des Landschaftsausschusses zum Beschluss gebeten.

Der Antrag Nr. 12/158 der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und SPD ist dieser Vorlage als **Anlage** beigefügt.

In Vertretung

L u b e k

7.4 Vorlage 12/2468/1

LVIS Recherche

Seite 1 von 1

Der Direktor des Landschaftsverbandes
Rheinland

Ergänzungsvorlage-Nr. 12/2468/1

öffentlich

Datum: 31.08.2007
Dienststelle: Amt 84
Bearbeitung: Herr van Brederode

Krankenhausausschuss 3	17.09.2007	Beratung
Krankenhausausschuss 2	18.09.2007	Beratung
Krankenhausausschuss 4	19.09.2007	Beratung
Krankenhausausschuss 1	20.09.2007	Beratung
Gesundheitsausschuss	21.09.2007	Beschluss

Tagesordnungspunkt:

Förderung von Verbundkooperationen der Rheinischen Kliniken

Beschlussvorschlag:

Der Umsetzung der Konzeption zur Förderung von Verbundkooperationen der Rheinischen Kliniken wird gemäß Vorlage Nr. 12/2468/1 zugestimmt und die Verwaltung mit der Umsetzung des Aktionsprogramms beauftragt.
--

Finanzielle Auswirkungen:

Kosten der Maßnahme:		370.000 €
Erträge der Maßnahme:		
Im Haushaltsplan veranschlagt:	Ja	
Im Wirtschaftsplan veranschlagt:	Nein	
Mittel stehen zur Verfügung:	Ja	
Jährliche Folgekosten: 2008 und 2009		ges. 340.000 €

In Vertretung

L u b e k

http://dom-zv11/notesapp/zv/LVIS/lvr_recherche_12wp.nsf/WEBAlleDaten/E1702EF... 04.06.2008

Begründung Vorlage Nr. 12/2468/1

A) Aktuelle Beratungs- und Beschlusslage

Die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 17.08.2007 ist ausgefallen. In den Sitzungen der Krankenhausausschüsse 1 - 4 ist beantragt worden, die Vorlage in der September-Sitzung erneut zu beraten.

B) Text der Ursprungsvorlage

Gliederung:

- 1. Auftrag**
- 2. Problemstellung und Lösungsansätze**
 - 2.1 Kooperation und Koordination als Kernstück einer patientengerechten gemeindepsychiatrischen Versorgung**
 - 2.2 Ursachen für Kooperationsdefizite**
 - 2.3 Ansatzpunkte für Verbesserungen**
 - 2.3.1 Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement**
 - 2.3.2 Vernetzung der Rheinischen Kliniken**
- 3. Aktionsprogramm zur systematischen Weiterentwicklung der Kooperationsbeziehungen**
 - 3.1 Pilothafte Projektstruktur unter Beteiligung der Rheinischen Kliniken in drei Modellregionen**
 - 3.2 Ziele der Projektumsetzung in den Piloten und Arbeitsergebnisse**
 - 3.2.1 Ziele**
 - 3.2.2 Arbeitsergebnisse**
 - 3.3 Auswahl der Modellregionen bzw. Pilotkliniken**
 - 3.4 Projektdauer**
 - 3.5 Förderung der Projekte**
 - 3.6 Begleitung und Evaluation**
 - 3.7 Finanzierung**
- 4. Auswirkungen auf die Umsetzung weiterer Anträge**

1. Auftrag

Mit dem Antrag 12/158 hat der Gesundheitsausschuss in seiner Sitzung am 05.03.2007 die Verwaltung beauftragt, „aufzuzeigen, wie die Kooperation zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen einer Region und ggf. bei verschiedenen Trägern verbessert werden kann und welche Aufgaben hierbei Verbünde leisten können.“ Folgende Zielsetzungen sollen dabei verfolgt werden:

- *„Bedarfsgerechte Versorgung aller Betroffenengruppen unter Einbeziehung chronisch kranker und sozial randständiger Menschen,*
- *Gewährleistung eines lückenlosen und aufeinander abgestimmten Hilfeangebotes,*
- *Ausrichtung der Hilfen am Bedarf der Menschen in der Region und Festlegung von Planungsräumen und Zuständigkeitsbereichen unter Berücksichtigung des regionalen Kontextes (Sozialraumorientierung),*
- *Vermeidung von unproduktiven Angebotsüberschneidungen,*
- *Flexibilisierung und Durchlässigkeit von Hilfen,*
- *Frühzeitige Erkennung von Hilfebedarfen und angemessene Reaktion z.B. durch niederschwellige Angebote und aufsuchende Hilfen,*
- *Gewährleistung von Angebotstransparenz für Leistungsanbieter, Betroffene und deren Angehörige,*
- *Sicherung von Behandlungskontinuität über die Grenzen der jeweils zuständigen Einrichtungen und Dienste hinweg,*
- *Verbesserung des Casemanagements,*
- *Unterstützung von Empowerment und Selbsthilfe,*
- *Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen bei der Planung, Entwicklung und Evaluation,*
- *Etablierung eines personenzentrierten Hilfeansatzes und Abkehr von einer reinen einrichtungszentrierten Hilfeentwicklung,*
- *Orientierung an aktuellen fachlichen Standards für Therapie und Behandlung sowie an evidenzbasierten Behandlungs- und Versorgungsgrundsätzen,*
- *Förderung eines wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes, Erprobung des Regionalen Budgets.“*

Ergänzend hierzu wurde durch den Landschaftsausschuss am 25.03.2007 in den Beratungen zum NKF-Haushalt 2007 auf Grundlage des Antrags 12/177 folgender Beschluss zur Förderung von Verbundkooperationen im o. g. Sinne gefasst:

„Um in mindestens drei Modellregionen gemeindenaher Kooperationen und Verbünde zu schaffen (siehe Antrag 12/158), ist eine Anreizfinanzierung notwendig. Deshalb werden die notwendigen Mittel im Produkt 062.01 „Förderung und Unterstützung der Versorgung psychisch Kranker und Suchtkranker im Rheinland“ zur Verfügung gestellt. Es ist von einem Ressourcenbedarf von 189.000 Euro auszugehen. Eine aussagekräftige Kennzahl ist zu bilden.“

Mit der folgenden Vorlage stellt das Fachdezernat eine Konzeption zur Umsetzung der beiden Anträge dar.

2. Problemstellung und Lösungsansätze

2.1 Kooperation und Koordination als Kernstück einer patientengerechten gemeindepsychiatrischen Versorgung

Die Verbesserung der Kooperation und Koordination im System der psychiatrischen Hilfeinrichtungen wurde bereits 1975 durch die Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung als eine zentrale Säule der Reform der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland formuliert. Die Zielsetzung wurde 1988 durch die Expertenkommission der Bundesregierung in den „Empfehlungen (...) zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich“ mit hoher Priorität aufgegriffen. Die Empfehlungen beinhalten eine Vielzahl von Einzelvorschlägen zur Verbesserung der Kooperation, Koordination und Vernetzung, die u. a. den Aufbau von gemeindepsychiatrischen Verbänden, die Einrichtung von Koordinatorenfunktion in den Kommunen, die Etablierung von Kooperationsgremien und die Beseitigung rechtlicher Barrieren umfasst.

Ein erheblicher Teil der Empfehlungen wurde im Rheinland inzwischen umgesetzt.

- So wurde mit dem Programm zur Förderung von Sozialpsychiatrischen Zentren eine Grundlage für den flächendeckenden Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbänden geschaffen: Die Konzeption des SPZ entspricht der von der Expertenkommission empfohlenen ersten Stufe der Gemeindepsychiatrischen Verbände.
- Psychiatriekoordinatoren sind im Großteil aller rheinischen Städte und Kreise allerdings mit sehr unterschiedlichen Ausstattungen und Kompetenzen tätig.
- Alle Gebietskörperschaften verfügen über ein (i. d. R. mehrstufiges) System von Kooperationsgremien.

Überdies wurden seitens des Gesetzgebers rechtliche Barrieren für eine patientenbezogene Kooperation ausgeräumt und gesetzliche Regelungen eingeführt, deren Ziel es ist, Impulse für eine verbesserte Zusammenarbeit der Einrichtung und Dienste zu geben. So war es ausdrückliches Ziel der Novellierung der §§ 140 ff. SGB V (Integrierte Versorgung), die patientenbezogene Zusammenarbeit zwischen den Leistungsträgern im Wirkungskreis des SGB V zu verbessern. Auch wenn es bislang noch nicht in zufrieden stellendem Umfang gelang, die gesetzlichen Regelungen für die psychiatrische Versorgung nutzbar zu machen, so beinhalten sie dennoch erhebliche Potentiale für eine Weiterentwicklung der Kooperation und Vernetzung.

2.2 Ursachen für Kooperationsdefizite

Ungeachtet dieser insgesamt positiven Entwicklungslinien weist der tatsächlich erreichte Grad der Kooperation zwischen den unterschiedlichen Trägern psychiatrischer Versorgungsangebote noch deutliche Verbesserungspotentiale auf. Noch immer behindern Brüche und Abstimmungsprobleme in den Behandlungs- und Versorgungsverläufen, im Informationsfluss und in der Angebotsentwicklung eine nutzergerechte, qualitativ hochwertige Leistungserbringung unter Gewährleistung eines Optimums an Behandlungs- und Betreuungskontinuität.

Als Ursachen für Vernetzungsdefizite können zum einen spezifische Systemfaktoren identifiziert werden:

- So erschweren das gegliederte Leistungsrecht und die damit einhergehenden differenzierten Finanzierungszuständigkeiten der Träger der Kranken- und Rentenversicherung und

- 4 -

der Eingliederungshilfe eine integrierte und ganzheitlich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung.

- Überdies ist die psychiatrische Versorgung durch eine sehr pluralistische Träger- und Einrichtungsstruktur gekennzeichnet. Abstimmungsprozesse werden allein durch die Zahl der potentiell beteiligten Stellen und Professionen zu einer anspruchsvollen Aufgabe. Sektorale Grenzen zwischen den Versorgungsbereichen (Krankenhaus, niedergelassene Ärzte, Einrichtungen der Eingliederungshilfe) wirken sich nach wie vor hemmend auf die Behandlungskontinuität aus. Hinzu kommen Abgrenzungs- und „Verständigungsprobleme“ zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegekräfte usw.)
- Vor dem Hintergrund des zunehmenden Marktcharakters der Gesundheits- und Sozialversorgung müssen sich Handlungsanreize, die auf eine verbesserte Kooperation gerichtet sind, immer auch gegenüber tendenziell abschottungsfördernden Wettbewerbsmechanismen durchsetzen.

Neben den o. g. Systemfaktoren können aber auch Kooperationshemmnisse auf der Handlungs- und Konzeptebene (operationale Faktoren) identifiziert werden.

- So ist die Zielsetzung einer verbesserten Kooperation noch immer unzureichend durch konkrete Verfahren und Prozeduren hinterlegt. Die Vereinbarung einrichtungsübergreifender Patienten- und Informationspfade, mit denen die Modalitäten und die nutzergerechte Ausgestaltung der Weitervermittlung und der gemeinsamen Betreuung von Patientinnen und Patienten zwischen den Versorgungsträgern geregelt werden, ist noch immer eher Ausnahme als Regel. Ebenfalls häufig noch unzureichend ausgestaltet ist die Informationsübermittlung und der Informationsaustausch zwischen den unterschiedlichen Trägern der psychiatrischen Versorgung.
- Defizite sind ebenfalls mit Blick auf die Ausgestaltung von Kooperations- und Vernetzungsaufgaben mit definierten Rollen und Funktionen zu konstatieren. Einen wichtigen Ansatzpunkt stellt hier etwa die Funktion von „Case-Managern“ dar, deren Aufgabe es ist, die Patientinnen und Patienten auf dem Weg durch das Versorgungssystem zu begleiten und eine abgestimmte und nutzergerechte Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungen sicher zu stellen.

Maßnahmen, die auf eine Stärkung der operationalen Voraussetzungen zielen, bilden einen wichtigen Ansatzpunkt für die Verbesserung der Kooperations- und Vernetzungsbeziehungen jenseits der schwer beeinflussbaren Systemfaktoren.

2.3 Ansatzpunkte für Verbesserungen

2.3.1 Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Zur Unterstützung von Prozessen der Kooperation und Vernetzung im Feld der Suchtkrankenhilfe hat das Amt für Planung und Förderung ein manualisiertes Verfahren mit der Bezeichnung *Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement (NBQM)* entwickelt. In Anlehnung an die Systematik des Qualitätsmanagementmodells EFQM wird ein in Einzelschritten operationalisiertes Arbeitsprogramm zum Qualitätsmanagement in kommunalen Netzwerken der Suchtkrankenhilfe dargestellt. Unterstützt durch eine Modellfinanzierung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales wird dieses Verfahren zur Zeit in zwei Modellregionen - der Stadt Essen und dem Rhein-Sieg-Kreis - erprobt. Der Erprobungszeitraum läuft Ende des Jahres 2008 aus. Auf Basis einer systematischen Bestandsaufnahme der Kooperations- und Vernetzungsbeziehungen (Selbstbewertung) wurden in beiden Regionen inzwischen konkrete Verbesserungsprojekte vereinbart. Das Verfahren NBQM liegt zur Zeit lediglich in einer

- 5 -

Version vor, die sich spezifisch auf die Vernetzungs- und Kooperationsanforderungen der Suchtkrankenhilfe richtet. Eine Übersetzung des Manuals auf die Systemanforderungen der psychiatrischen Versorgung ist jedoch mit begrenztem Aufwand leistbar.

2.3.2 Vernetzung der Rheinischen Kliniken

Im Kanon der Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungsangebote der Rheinischen Kliniken wurde die verbesserte Vernetzung der Kliniken als wesentliches Element einer Strategie zur Zukunftssicherung identifiziert und priorisiert. (vgl. Vorlage 12/738 - Zukunftssicherung der Rheinischen Kliniken). Die Rheinischen Kliniken haben über den aktuellen Entwicklungsstand ihrer regionalen Vernetzung Ende des Jahres 2006 bis Anfang 2007 im Rahmen des Berichtszyklus „Weiterentwicklung der Leistungsangebote der Rheinischen Kliniken“¹ in den Krankenhausausschüssen 1 - 4 ausführlich berichtet. In den Berichten werden bereits vielfältige Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Vernetzung erkennbar. So konnte durch die Rheinischen Kliniken Bonn (ab Mitte 2007 auch durch die RK Köln) mit den Krankenkassen ein Projekt der Integrierten Versorgung suchtkranker Patienten vereinbart werden, dessen Kern der Case-Management-Ansatz bildet. Weitere Modelle der Integrierten Versorgung werden zur Zeit mit guten Erfolgsaussichten verhandelt.

Trotz einer erfreulichen Vielzahl von Initiativen bestehen jedoch erhebliche weitere Verbesserungspotentiale.

3. Aktionsprogramm zur systematischen Weiterentwicklung der Kooperationsbeziehungen

3.1 Pilothafte Projektstruktur unter Beteiligung der Rheinischen Kliniken in drei Modellregionen

Zur Umsetzung der Zielsetzungen der Anträge 12/158 - *Gemeindenahe Kooperation stärken* und 12/177 - *Förderung von Verbundkooperationen* schlägt das Fachdezernat vor diesem Hintergrund ein Vorgehen vor, das die beteiligten Rheinischen Kliniken in eine vorrangige Umsetzungsverantwortung für die Entwicklung von Maßnahmen vor Ort stellt. Ein solches Vorgehen erscheint gegenüber einer Förderung ganzer Netzwerke überlegen, weil ein höheres Maß der Verbindlichkeit und Konkretheit in der Umsetzung erreicht wird und so die versorgungsspezifischen Besonderheiten der Region Berücksichtigung finden können.

Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Vernetzung in regionalen Verbänden sollen in einer ersten Umsetzungsstufe über drei Kliniken entwickelt werden. Eine Pilotierung ist erforderlich, um den teilnehmenden Kliniken einen nennenswerten finanziellen Anreiz zur Verfügung zu stellen und eine gewisse Konzentration der für die Umsetzung erforderlichen Kräfte zu gewährleisten.

3.2 Ziele der Projektumsetzung in den Piloten und Arbeitsergebnisse

Mit den regionalen Partnern ist ein verbindliches Arbeitsprogramm zu vereinbaren, das sich an einem modifizierten Kriterienkatalog des NBQM-Verfahrens orientiert und die Zielsetzun-

¹ RK Bedburg-Hau - Vorlage 12/1904 vom 26.10.2006, RK Bonn - Vorlage 12/1893 vom 25.10.2006, RK Düren - Vorlage 12/1897 vom 25.10.2006, RK Düsseldorf - Vorlage 12/2037 vom 20.12.2006, RK Essen - Vorlage 12/2048 vom 08.02.2007, RK Köln - Vorlage 12/2055 vom 03.01.2007, RK Langenfeld - Vorlage 12/1881 vom 20.12.2006, RK Mönchengladbach - Vorlage 12/2029 vom 28.12.2006, RK Viersen - Vorlage 12/2033 vom 21.12.2006, ROK Viersen - Vorlage 12/2034 vom 29.12.2006

- 6 -

gen des Antrages 12/158 aufnimmt (siehe Abschnitt 1). Die im Antrag 12/158 dargestellten Ziele sind somit gleichzeitig Leitziele für die Projektentwicklung in den Regionen.

3.2.1 Ziele

Eine hohe Priorität bei der Maßnahmenentwicklung soll Aktivitäten eingeräumt werden, die zur Sicherung einer einrichtungsübergreifenden Behandlungs- und Betreuungskontinuität für psychisch kranke Menschen dienen und die insbesondere auch Betroffene berücksichtigen, die an chronischen Verlaufsformen psychischer Erkrankungen leiden oder die durch Chronifizierung bedroht sind.

Um eine möglichst breite Finanzierungsbasis zu erreichen, soll darauf hingewirkt werden, die Maßnahmen in Vereinbarungen nach §§ 140 a ff SGB V zur Integrierten Versorgung einzubinden. Die Gesetznorm des 140 a ff. SGB V lässt eine Öffnung der Beteiligten über den Kreis der Leistungserbringer nach dem SGB V hinaus grundsätzlich zu. Leistungen außerhalb des Wirkungskreises des SGB V sind jedoch in der Finanzierung der Leistungen nach §§ 140 a ff nicht berücksichtigungsfähig. Insofern bietet die Modellfinanzierung eine Grundlage für die verbesserte Einbeziehung von Sozialpsychiatrischen Zentren und Trägern von Wohnhilfen in Maßnahmen der Integrierten Versorgung.

Zielsetzungen des Programms sind ferner:

- die Weiterentwicklung der durch die Sozialpsychiatrischen Zentren gebildeten gemeindepsychiatrischen Verbundansätze zu umfassenderen gemeindepsychiatrischen Verbänden
- sowie die Einleitung von Schritten zur Verstetigung der Zusammenarbeit. In diesem Zusammenhang sollen konkrete Ansätze zur Stärkung des regionalen Verbundes (etwa die zukünftige Erbringung von Leistungen in gemeinsamen Gesellschaften etc.) geprüft und ggf. umgesetzt werden.

3.2.2 Arbeitsergebnisse

In der Programmlaufzeit sollen folgende Arbeitsschritte abgeschlossen werden:

- Durchführung einer systematischen Selbstbewertung des erreichten Grades der Kooperation und Vernetzung auf Grundlage eines angepassten NBQM-Kriterienkatalogs.
- Vereinbarung und Umsetzung von konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern, insbesondere:
 - Vereinbarung von einrichtungsübergreifenden Patientenpfaden
 - Maßnahmen mit dem Ziel eines verbesserten Casemanagements
 - Maßnahmen mit dem Ziel einer gemeinsamen (integrierten) Leistungserbringung
 - Maßnahmen zur Stärkung der Bewältigungskräfte der Patientinnen und Patienten (Empowerment).
 - Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsflusses zwischen den Mitarbeitern der beteiligten Einrichtungen
 - Förderung eines wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes
- Dokumentation und Messung der Ergebnisse im Sinne des P-D-C-A-Zyklus.

- 7 -

3.3 Auswahl von Modellregionen bzw. Pilotkliniken

Unverzichtbar sind für die Auswahl der jeweiligen Modellregionen bzw. der Pilotkliniken folgende Aspekte:

- Die Kliniken sind bereit und in der Lage, mit mindestens einem, möglichst mit mehreren regionalen Partnern eine verbindliche Kooperationsvereinbarung zur Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit abzuschließen. Die Vereinbarung sollte sich auf dem Fundament bereits bestehender Kooperationsbeziehungen gründen (zu den Vereinbarungsinhalten siehe 3.2).
- Als Schlüsselpartner ist das für die Regionalversorgung der Region bzw. eines Sektors zuständige Sozialpsychiatrische Zentrum (SPZ) zu berücksichtigen. Weitere Partner können sein: die kommunale Gebietskörperschaft als die für Kooperation zuständige untere Gesundheitsbehörde, Träger der außerstationären Versorgung, niedergelassene Nervenärzte, sowie andere relevante Träger von Hilfen für psychisch kranke Menschen.

Die Auswahl der teilnehmenden Kliniken wird auf Grundlage eines Projektantrags der eine konkrete Projektplanung enthält, die es ermöglicht die Kompatibilität der Planung mit den Zielsetzungen des Projektes und der zu erreichenden Ergebnisse zu bewerten. Folgende weitere Kriterien sind für die Auswahl maßgeblich:

- Art und Bedeutung der Partner im regionalen Umfeld
- Art und Umfang der angesprochenen Veränderungsziele
- Art und Umfang der geplanten Maßnahmen
- Verbindlichkeit der Vereinbarungen
- Aussicht auf Verstetigung der eingeleiteten Maßnahmen

3.4 Projektdauer

Im Sinne einer Anreizfinanzierung wird die Förderung der Projekte auf maximal zwei Jahre begrenzt. Die ersten Projekte sollen spätestens zum 01.11.2007 ihre Arbeit aufnehmen.

3.5 Förderung der Projekte

Zur Unterstützung der Umsetzung des anspruchsvollen Arbeitsprogramms soll den drei Pilotprojekten für eine zweijährige Laufzeit jeweils eine Fördersumme von 50.000 € pro Jahr (insgesamt 100.000 € verteilt über drei Haushaltsjahre) zur Verfügung gestellt werden.

Die Fördersumme soll durch die Projekte entsprechend der jeweiligen Ausgangslage, der gewählten Vorgehensweise und Ziele für die Deckung zusätzlicher Personal- und Sachaufwendungen eingesetzt werden. Die Mittel können für die Finanzierung von zusätzlichen Personal- und Sachkosten in den jeweiligen Kliniken und/oder für die Finanzierung von Personal- und Sachkosten der Partner verwendet werden. Eine finanzielle Beteiligung der Partner mit Blick auf die hierdurch erreichte höhere Verbindlichkeit von Vereinbarungen ist somit ausdrücklich erwünscht.

Die Fördermittel können u. a. für folgende Maßnahmen eingesetzt werden:

- Erarbeitung und Vereinbarung von Patienten- und Informationspfaden zwischen den beteiligten Einrichtungen

- 8 -

- Implementierung eines einrichtungsübergreifenden Casemanagements
- gemeinsame Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen, die auf die Verbesserung der Kooperation gerichtet sind
- Konzeption und Umsetzung gemeinsamer Angebote
- Durchführung von gemeinsamen Prozessworkshops
- Mehraufwand für besondere Angebote
- Vorbereitung und Umsetzung von sonstigen Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Zusammenarbeit (gemeinsame Angebotsentwicklung etc.)

3.6 Begleitung und Evaluation

Um eine systematische Begleitung, Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse sowie einen Erfahrungstransfer zu unterstützen, soll seitens des Amtes für Planung und Förderung eine Begleitung und Evaluation des Vorhabens sichergestellt werden

Zu diesem Zweck wird eine zeitlich auf zwei Jahre befristete Stellenaufstockung in der Größenordnung von 0,5 Stellen für erforderlich gehalten.

Um die Erfahrungen des NBQM-Projektes für die Programmentwicklung nutzbar zu machen, soll der für die Begleitung des NBQM-Projektes verantwortliche Mitarbeiter zusätzlich mit der Aufgabe der Begleitung des Verbundprogramms beauftragt werden. Der erforderliche Ressourcenbedarf wird auf 35.000 € p. A. kalkuliert (insgesamt 70.000 €) und ist in der Gesamtkalkulation enthalten.

3.7 Finanzierung

Der kalkulierte Gesamtaufwand für die Durchführung des Projektes beläuft sich auf 185.000€ pro Jahr. Die Finanzierung erfolgt durch Mittel der Produktgruppe 062 - Psychiatrische Versorgung im Rheinland.

Im Falle eines Projektbeginns zum 01.11.2007 ergibt sich folgender Kostenverlauf.

Zeitraum	Förderbetrag		Begleitung	gesamt
	pro Projekt	3 Projekte		
11 - 12/ 2007	8.333	25.000	5.833	30.833
01 - 12/ 2008	50.000	150.000	35.000	185.000
01 - 10/ 2009	41.666	125.000	29.167	154.167
	100.000	300.000	70.000	370.000

Unter der Voraussetzung der Bewilligung eines Haushaltsübertrags von Mitteln der Produktgruppe 062 sowie einer Bereitstellung gleicher Mittelansätze in den Haushaltsjahren 2008 und 2009 kann die Maßnahme in den Jahren 2007 und 2008 vollständig aus der o.a. Produktgruppe finanziert werden. Für das Jahr 2009 ergäbe sich unter der Voraussetzung konstanter Mittelansätze eine Unterdeckung von 10.000 €, die ggf. durch Mittelumschichtung gedeckt wird.

- 9 -

4. Auswirkungen auf die Umsetzung weiterer Anträge

Bezogen auf die übrigen in Umsetzung befindlichen Anträge aus den Jahren 2006 und 2007 ergibt sich unter der Voraussetzung einer Umsetzung der oben dargestellten Projektplanung folgendes Bild:

Antrag-Nr.	Inhalt	Stand
12/179	Akzeptanz der künstlerischen Arbeiten von Menschen mit psychischer und geistiger Behinderung	Für eine Umsetzung stehen im Haushaltsjahr 2007 im Dezernatsbudget keine freien Mittel zur Verfügung. Finanzierung durch andere Haushaltsmittel des LVR.
12/102	Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung Weiterer Ausbau gerontopsychiatrischer Zentren	Umsetzungsgeschwindigkeit wird durch die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung des Landes bestimmt. Die Ergänzung um Beratungsangebote setzt eine ergänzende Finanzierungsbereitschaft der Kommunen voraus. Für eine Anreizförderung durch den LVR stehen keine freien Mittel zur Verfügung.
	Ausbau von Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern	Finanzierung über das bestehende Projekt in Köln hinaus aus Mitteln des Dezernates nicht möglich. Es wird auf eine kommunale Finanzierung der Leistungen im Rahmen der Jugendhilfe hingewirkt.
	Einführung von Integrationsbeauftragten	bereits aufwandsneutral erfolgt
12/178	Verstetigung der Angebote für psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund	Für die Förderung der drei bereits bewilligten Kompetenzzentren stehen insgesamt 125.000 € zur Verfügung. Für die Anlauffinanzierung von Spezialangeboten in den Ambulanzen der Rheinische Kliniken stehen 2007 100.000 € zur Verfügung. Für das Jahr 2008 wurde der gleiche Ansatz beantragt.

In Vertretung

Lubek

7.5 Antrag auf Teilnahme am Programm

Förderung von Verbundkooperationen der Rheinischen Kliniken

Projektrahmen (Einsendeschluss: 30.09.2007)

1 Antragsteller/in (graue Textfelder erweitern sich beim Beschreiben)

2 Modellregion

In welcher Region soll durch das Modellprojekt die einrichtungsübergreifende Behandlungs- und Betreuungskontinuität weiterentwickelt werden?

3 Bestehende Kooperationspartnerschaften in der Region

Mit welchen Partnern der ambulanten Versorgung kooperiert die RK bereits ?

Beschreiben Sie kurz die Formen der Zusammenarbeit mit diesen Partnern?

4 Geplante verbindliche Kooperationspartnerschaften in der Region

Mit welchen Partnern ist eine verbindliche Kooperationsvereinbarung vorgesehen?

Welche Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) sind Schlüsselpartner?

Welche SPZ sollen an dem Vorhaben beteiligt werden?

Welche weiteren Träger sollen in das Projekt einbezogen werden (Niedergelassene Psychiater, Träger Betreutes Wohnen, Werkstatt für behinderte Menschen u.ä.)

5 Verbesserungspotenzial und –maßnahmen

In welchen Bereichen wird zum jetzigen Zeitpunkt ein Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Entwicklung einer einrichtungsübergreifenden Kooperation gesehen?

Gibt es bereits Überlegungen zu Verbesserungsmaßnahmen?

6 Ressourceneinsatz und Nachhaltigkeit

In welcher Art und welchem Umfang sollen Ressourcen im Projekt von den Rheinischen Kliniken und den Partnern eingesetzt werden?

Wie sieht die geplante Verteilung der Fördermittel durch die Rheinische Klinik aus?

Welche Überlegungen gibt es dazu, wie die Kooperation nach Auslaufen der Projektförderung weitergeführt und –entwickelt werden kann?

7 Projektverantwortung

Wer wird für das Projekt verantwortlich sein?

7.6 Methoden der Selbstbewertung

	Beschreibung	Darstellung von Stärken und Potenzialen	Genauigkeit der Bewertung	NBQM-Kennntnis erforderlich	Schulungsaufwand	Ressourceneinsatz
Fragebogen	Schnelle und einfache Anwendung von Multiple-Choice-Fragebögen	nein	gering	nein	nein	gering
Matrix	Leistungsstufenbeschreibungen zu den 9 Kriterien	nein	gering	nein	gering	gering/mittel
Workshop	Datenerhebung, -präsentation und Bewertung im Team	ja	mittel	ja	mittel	mittel
Standardformular	Beschreibung jedes Teilkriteriums und der Ansatzpunkte auf einem Blatt	ja	mittel/hoch	ja	mittel	mittel
EFQM-Bewertungsmatrix©	Komplexe Leistungsbeschreibung zu 9 Kriterien	ja	hoch	ja	hoch	hoch

7.7 Der NBQM-Kriterienkatalog

Inputkriterien	
Kriterium 1: Lenkung	Wie im regionalen Netzwerk Lenkungs- und Koordinationsaufgaben wahrgenommen werden, eine gemeinsame Arbeitsgrundlage und gemeinsame Ziele erarbeitet und in einer Kultur der Zusammenarbeit umgesetzt werden.
Teilkriterium 1a	Lenkungsrollen und –verantwortlichkeiten werden definiert und ein Lenkungsgremium wird eingerichtet.
Teilkriterium 1b	Aufgabe und Auftrag, Mission, Ziele und Werte werden definiert.
Teilkriterium 1c	Entwicklung, Überprüfung und kontinuierliche Verbesserung der Zusammenarbeit.
Kriterium 2: Politik und Strategie	Wie das Lenkungsgremium die Grundlage der Zusammenarbeit und die gemeinsamen Ziele durch eine klare, auf die Interessengruppen ausgerichtete Strategie einführt und wie diese durch eine entsprechende Politik, Ziele, Teilziele und Prozesse umgesetzt wird.
Teilkriterium 2a	Steuerungsrelevante Daten und Informationen zur Versorgungsregion im Rahmen der kommunalen Psychiatrieplanung werden systematisch gesammelt, ausgewertet und zusammengestellt.
Teilkriterium 2b	Es erfolgt eine systematische Information über neue Hilfeansätze, veränderte Rahmenbedingungen des Versorgungshandelns etc.
Teilkriterium 2c	Aktivitäten, um Anliegen und Ziele des kommunalen psychiatrischen Hilfesystems in Politik und Öffentlichkeit zu kommunizieren und Verbündete in Politik und Gesellschaft zu gewinnen.
Kriterium 3: Mitarbeiterschaft	Wie die Mitarbeiterschaft zur Kooperation im Netzwerk motiviert und in ihrer Mitverantwortung für das Funktionieren des Netzwerkes angesprochen wird und wie der Informationsfluss zwischen den MitarbeiterInnen sowie zwischen Lenkungsgremium und MitarbeiterInnenebene sichergestellt wird.
Teilkriterium 3a	Das Wissen und die Kompetenz der MitarbeiterInnen werden systematisch gefördert und für die Weiterentwicklung des Hilfesystems nutzbar gemacht.
Teilkriterium 3b	MitarbeiterInnen werden beteiligt und zu selbständigem Handeln ermutigt.
Teilkriterium 3c	MitarbeiterInnen im Netzwerk kommunizieren miteinander und führen einen Dialog mit dem Lenkungsgremium.
Kriterium 4: Partnerschaften	Wie das Netzwerk psychiatrischer Hilfen externe Partnerschaften aufbaut und pflegt, um die Anliegen des psychiatrischen Hilfesystems zu unterstützen.
Teilkriterium 4a	Das Netzwerk bemüht sich um externe Partnerschaften
Teilkriterium 4b	Das Lenkungsgremium erarbeitet und verabschiedet Konzepte und Strategien für eine zielgerichtete gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit.
Teilkriterium 4c	Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalpolitik und der -Verwaltung werden regelmäßig und in geeigneter Form über die Entwicklung psychischer Krankheiten und der psychiatrischen Hilfen informiert. Entwicklungsbedarfe werden in geeigneter Form kommuniziert.
Teilkriterium 4d	Das Lenkungsgremium vereinbart Strategien zur Moderation von psychiatriespezifischen Konfliktthemen.
Teilkriterium 4e	Aktivitäten und Aktionen werden mit unterschiedlichen Partnerorganisationen durchgeführt.

Kriterium 5: Prozesse	Wie innerhalb des Netzwerkes psychiatrischer Hilfen Prozesse der Koordination, Kooperation und Kommunikation mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Hilfestellung gestaltet, gemanagt und verbessert werden.
Teilkriterium 5a	Die unmittelbar klientenbezogenen Prozesse werden systematisch gestaltet und gemanagt.
Teilkriterium 5b	Prozesse der einrichtungsübergreifenden Koordination, Kooperation und Kommunikation werden gestaltet und gemanagt.
Teilkriterium 5c	Dienstleistungen werden aufgrund der Bedürfnisse und Erwartungen der KundInnen entworfen und entwickelt.
Outputkriterien	
Kriterium 6: Kundenbezogene Ergebnisse	Was das Netzwerk der psychiatrischen Hilfen in Bezug auf seine Kunden erreicht.
Teilkriterium 6a	Bewertung des Netzwerkes aus Kundensicht
Teilkriterium 6b	Leistungsindikatoren
Kriterium 7: Mitarbeiterbezogene Ergebnisse	Was das Netzwerk der psychiatrischen Hilfen in Bezug auf seine MitarbeiterInnen erreicht und wie kooperative Arbeitsansätze innerhalb einer Einrichtung sowie einrichtungsübergreifend durch die MitarbeiterInnen wahrgenommen und verinnerlicht werden.
Teilkriterium 7a	Wahrnehmung und Bewertung aus Mitarbeitersicht.
Teilkriterium 7b	Leistungsindikatoren
Kriterium 8: Gesellschaftsbezogene Ergebnisse	Was das Netzwerk der psychiatrischen Hilfen in Bezug auf die Gesellschaft leistet.
Teilkriterium 8a	Messergebnisse zur gesellschaftlichen Wahrnehmung und Bewertung.
Teilkriterium 8b	Leistungsindikatoren
Kriterium 9: Schlüsselergebnisse	Was das Netzwerk der psychiatrischen Hilfen in Bezug auf seine geplanten Leistungen erreicht.

7.8 Beispiel eines Standardformulars

Kriterium 1: Lenkung		
<p>Wie im kommunalen Netzwerk Lenkungs- und Koordinationsaufgaben wahrgenommen werden, eine gemeinsame Arbeitsgrundlage und Ziele erarbeitet und in einer Kultur der Zusammenarbeit umgesetzt werden.</p>		
<p>Teilkriterium 1a: Lenkungsrollen und -verantwortlichkeiten werden definiert und ein funktionsfähiges Lenkungsgremium wird eingerichtet.</p>		
Ansatzpunkte	Ja/bedingt/Nein	Stärken
<ul style="list-style-type: none"> Das Lenkungsgremium definiert seine Zusammensetzung: Leitende und geschäftsführende VertreterInnen der Einrichtungen und Dienste, der Kommune und anderer Stellen werden für eine aktive Mitarbeit gewonnen. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Das Lenkungsgremium tagt ausreichend häufig, um die Kontinuität der Lenkungsfunktion sicherzustellen. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Verbesserungspotentiale
<ul style="list-style-type: none"> Eine Geschäftsordnung wird erstellt. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsergebnisse werden protokolliert. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Beschlusskontrollen werden durchgeführt. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bemerkungen		
Nachweis		
Punkte:		

Kriterium 1: Lenkung		
<p>Wie im kommunalen Netzwerk Lenkungs- und Koordinationsaufgaben wahrgenommen werden, eine gemeinsame Arbeitsgrundlage und Ziele erarbeitet und in einer Kultur der Zusammenarbeit umgesetzt werden.</p>		
<p>Teilkriterium 1b: Aufgabe und Auftrag, Mission, Ziele und Werte werden definiert.</p>		
Ansatzpunkte	Ja/bedingt/Nein	Stärken
<ul style="list-style-type: none"> Das Lenkungsgremium verabschiedet eine gemeinsame Arbeitsgrundlage für die Kultur der Zusammenarbeit und für die Gestaltung der Hilfsstrukturen in der Kommune. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Die Mitglieder des Lenkungsgremiums tragen persönlich und aktiv zum Entstehen einer Kultur der Zusammenarbeit bei. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Verbesserungspotentiale
<ul style="list-style-type: none"> Das Lenkungsgremium beschließt Verbesserungsmaßnahmen und übernimmt Verantwortung für deren Umsetzung. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bemerkungen		
Nachweis		
Punkte:		

Kriterium 1: Lenkung		
<p>Wie im kommunalen Netzwerk Lenkungs- und Koordinationsaufgaben wahrgenommen werden, eine gemeinsame Arbeitsgrundlage und Ziele erarbeitet und in einer Kultur der Zusammenarbeit umgesetzt werden.</p>		
<p>Teilkriterium 1c: Entwicklung, Überprüfung und kontinuierliche Verbesserung der Zusammenarbeit.</p>		
Ansatzpunkte	Ja/bedingt/Nein	Stärken
<ul style="list-style-type: none"> Das Lenkungsgremium stellt sicher, dass die Mitarbeitenden der verschiedenen Einrichtungen hinreichend über seine Aktivitäten und die des Netzwerkes informiert sind. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Das Lenkungsgremium stellt die übergreifende Kooperation durch geeignete Maßnahmen sicher. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Das Lenkungsgremium überprüft kontinuierlich die Arbeitsstrukturen und -prozesse im Netz auf Inhalte, Funktionsfähigkeit, Effizienz und Effektivität. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Verbesserungspotentiale
Bemerkungen		
Nachweis		
Punkte:		

7.9 NBQM-Schulungskonzept

Netzwerkmanagement
in kommunalen Hilfesystemen
NBQM

Ein Schulungskonzept in 5 Modulen

Modul 1 – NBQM im Überblick

Was ist und wie funktioniert Netzwerkmanagement mit NBQM in kommunalen Hilfesystemen?

Ziel: Konzept und Zielsetzung verstehen

Zielgruppe: Führungskräfte aus Einrichtungen und Diensten des kommunalen Hilfesystems

Dauer: 4 Std.

Inhalt:

- **Vernetzungsbedarf im gegliederten System der sozialen Sicherung**
 - SGB-Grenzen und überschreitende Leistungen
 - Personenzentrierte Organisation der Hilfen
 - Koordination und Kooperation als Systemaufgabe
 - Hilfesystem weiter entwickeln
 - Kooperation vs. Konkurrenz
 - Kooperation – Netzwerk - Verbund
 - Verbesserung der Systemqualität durch Netzwerkmanagement
- **Anforderungen an das kommunale Netzwerk**
 - **Netzwerkstrukturen**
Lenkungsgruppe – Koordination – Arbeits- und Projektgruppen
 - **Arbeitsprogramm**
 - o Bestandsaufnahme (Strukturen, Abläufe, Schnittstellen)
 - o Selbstbewertung mit Kriterienkatalog durchführen
 - o Verbesserungsmaßnahmen planen, in Projektgruppen durchführen und evaluieren
 - **Kriterienkatalog**
 - o Kriterien verstehen
 - o Ansatzpunkte als Ideen, Anregungen, Empfehlungen und Möglichkeiten zur Initiierung von Verbesserungsvorhaben und zur Durchführung von Evaluationen verstehen

Modul 2 - Kriterienkatalog

Gegenstand: Inputkriterien und -teilkriterien 1-5 und Ansatzpunkte; Outputkriterien und -teilkriterien 6-9 und Ansatzpunkte?

Ziel: Kriterien, Teilkriterien und Ansatzpunkte als Anregungen, Empfehlungen und Evaluationshilfen verstehen und in Selbstbewertungen und in der Projektplanung einsetzen können.

Zielgruppe: Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren, Netzwerker, die eine Selbstbewertung vorbereiten.

Dauer: 4 Std.

Inhalt:

- „Input“-Kriterien beschreiben Ziele, Aufgaben, Prozesse und Strukturen des Netzwerkes –
- „Output“-Kriterien helfen bei der Bestimmung, ob und in welchem Umfang das Netzwerk seine Ziele erreicht und - als Voraussetzung dafür - wie die Zielerreichung gemessen wird.
- Ansatzpunkte geben praktische Hinweise für die Interpretation und Verwendung von Kriterien und Teilkriterien.
- Der Katalog unterscheidet konstante und variable Kriterien. Solche also, die an kommunale Bedingungen angepasst werden müssen und solche, die als Benchmarking-Größen mit Blick auf die interkommunale Vergleichbarkeit unveränderlich sind.

Modul 3 - Selbstbewertung

Was ist Inhalt und Zweck einer Selbstbewertung und wie kann sie durchgeführt werden?

Ziel: Selbstbewertung verstehen und durchführen können

Zielgruppe: NBQM-Koordinatorinnen und -koordinatoren, Führungskräfte

Dauer: 6 Std.

Inhalt:

- **Selbstbewertung oder Fremdbewertung - Anwendungsgebiete**
 - Wozu eine Bewertung und welche Form?
 - Selbstbewertung im Netzwerk
- **Selbstbewertungsverfahren**
 - Workshop
 - Standardisiertes Interview
 - Kombinierte Verfahren (Standardinterview + Workshop)
- **Instrumente**
 - Checkliste Bestandsaufnahme
 - Standardformular
 - Aufbau
 - Bewertungshilfen
 - Punktesystem
- **Ablauf**
- **Eine Selbstbewertung durchführen (Übung in Arbeitsgruppen)**

Modul 4 - Projektmanagement im Netzwerk

Gegenstand: Wie werden Projekte im Netzwerk geplant, durchgeführt und evaluiert?

Ziel: Projekte planen, koordinieren und evaluieren können.

Zielgruppe: Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren + Interessierte

Dauer: 2 Einheiten a 4 Std.

Inhalt:

- **Projekte managen - Die 6 W-Fragen**
 - Arbeiten mit Zielvereinbarungen
 - Selbstbewertungen und Projektplanungen moderieren
- **Konflikte managen**
- **Prozesse managen**
 - Abbildung und Analyse der wichtigsten einrichtungsübergreifenden Abläufe
 - Klientinnen- und Klienten orientierte Weiterentwicklung der Abläufe
 - Prozessverantwortung festlegen

Modul 5 - Kommunikation

Gegenstand: Kommunale und interkommunale Kommunikation
Themen, Methoden, Adressaten

Ziel: Kommunikation als Netzwerkaufgabe begreifen und gestalten

Zielgruppe: Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren,
Mitglieder von Steuerungsgremien

Dauer: 4 Std.

Inhalt:

- **Wahrnehmbare Präsenz in der Kommune**
Gestaltung der gesellschaftlichen Wahrnehmung im Sinne des Hilfesystems und der Hilfe Suchenden.
 - Pressemitteilungen
 - Broschüren, Flyer, Plakate, Poster
 - Interviews ...
- **Kommunikationstechniken**
 - Gesprächsführung
 - Moderationstechniken
 - Konfliktmanagement
 - Einsatz von Medien(-technik)
- **Moderation von Konflikten/-themen**
- **Interkommunaler Vergleich**
 - und Austausch zur Angleichung von Versorgungsverhältnissen als Netzwerkaufgabe.
 - Die „Benchmarking“-Kriterien
- **Umgang mit und Nutzung von Medien (Medienvertreter)**

7.10 StädteRegion Aachen

7.10.1 Geschäftsordnung des Lenkungsgremiums

<p>LVR-Klinik Düren</p> <p>Bericht Verbundkooperation Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement</p> <p>Seite 7 von 34</p> <p>6 Anlage 1</p> <p style="text-align: center;">Geschäftsordnung des Lenkungsgremiums</p> <p>Das Projekt „Förderung von Verbundkooperation in der Städteregion Aachen“ findet in Anlehnung an das vom LVR entwickelte NBQM (Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement) statt.</p> <p>NBQM setzt in seiner Anwendung ein ausreichend legitimes Lenkungsgremium voraus, welches die Förderung von Verbundentwicklung maßgeblich steuert, Aufgaben und Ziele definiert und seine Umsetzung verantwortet.</p> <p>Die Teilnahme an den Treffen des Lenkungsgremiums ist für die Mitglieder verbindlich.</p> <p>Im Rahmen des Projektes wirken die Leitungsebene der LVR-Klinik Düren und die unter §2 genannten Mitglieder im Lenkungsgremium mit. Da NBQM langfristig eine Mitwirkung aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Organisationen vorsieht, ist ein Zuwachs an Mitgliedern perspektivisch erwünscht.</p> <p style="text-align: center;">§1</p> <p style="text-align: center;">Koordination des Lenkungsgremiums</p> <p>Die Abteilung AP II der LVR-Klinik Düren wird die Arbeit des Lenkungsgremiums koordinieren. Zu ihren Aufgaben gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation, Moderation sowie Vor- und Nachbereitung der Sitzungen • Protokollführung / zeitnahe Versand der Niederschriften (innerhalb von 8-10 Tagen) • Gesamtkoordination des Projektes und seiner Arbeitsgruppen • Zusammenführen von Informationen und Vorstellung im Lenkungsgremium <p>Im Zeitraum der Förderung des Projektes wird die Moderation und fachliche Beratung übernommen von Herrn Jäger und Frau Schmieder vom Amt für Klinikplanung des LVR.</p> <p style="text-align: center;">§2</p> <p style="text-align: center;">Mitglieder</p> <p>Das Lenkungsgremium zur Förderung von Prozessen der Kooperation und Vernetzung in der kommunalen psychiatrischen Versorgung setzt sich zusammen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LVR-Klinik Düren, Abteilung Allgemeinpsychiatrie II • SpDi der Städteregion Aachen • Aachener Verein zur Förderung psychisch Kranker und Behinderter e.V. • Förderverein für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V. Eschweiler 	 <p>LVR Qualität für Menschen</p> <hr/> <p>LVR-Klinikverbund</p>
--	--

§3

Ziele

Das Lenkungsgremium legt die Projektziele einvernehmlich fest.

§4

Sitzungshäufigkeit und Teilnahme

1. Das Lenkungsgremium trifft sich mindestens 4x jährlich. Die Termine werden zu Jahresbeginn festgelegt. Bei Bedarf können weitere Sitzungen vereinbart werden.
2. Zu den Sitzungen können fachkundige Personen, die nicht zugleich Mitglied sind, eingeladen werden. Sie haben kein Stimmrecht und üben nur beratende Funktion aus.

§5

Einladung/Tagesordnung

1. Die Projektkoordination lädt zu den Treffen des Lenkungsgremiums ein. Die Einladung erfolgt unter Angabe der Tagesordnung spätestens 10 Kalendertage vor dem Sitzungstermin.
2. Vorschläge zur Tagesordnung werden spätestens zwei Wochen vor dem Sitzungstermin der Projektkoordination des Gremiums zugeleitet.

§6

Beschlussfähigkeit und Abstimmungsfähigkeit

1. Jede Organisation im Lenkungsgremium verfügt über eine Gesamtstimme.
2. Das Lenkungsgremium ist beschlussfähig, wenn mindestens 75% der beteiligten Organisationen anwesend sind.
3. Das Lenkungsgremium ist ein auf Konsensfindung angelegtes Gremium. Daraus folgt die Notwendigkeit des Einvernehmens in der Verabschiedung erarbeiteter Zielsetzungen. Für Detailentscheidungen müssen mindestens 75% der beteiligten Organisationen stimmen.

§7

Arbeitsgruppen

das Lenkungsgremium wird zur Vertiefung einzelner Fragestellungen Arbeitsgruppen bilden. In den Arbeitsgruppen werden Mitarbeiter verschiedener Professionen der LVR-

LVR-Klinik Düren



Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

LVR-Klinikverbund

Seite 9 von 34

Klinik und der beteiligten Träger zusammenarbeiten. Die Ergebnisse der Beratungen werden von einem Sprecher der Arbeitsgruppe im Lenkungsgremium vorgetragen.

§8

Änderung der Geschäftsordnung

Eine Änderung der Geschäftsordnung kann von allen Mitgliedern des Lenkungsgremiums vorgeschlagen werden. Änderungen der Geschäftsordnung bedürfen der Einstimmigkeit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder.

§9

Inkrafttreten

Die Verabschiedung der Geschäftsordnung bedarf der Einstimmigkeit der anwesenden Mitglieder des Lenkungsgremiums. Sie tritt am Tag der Beschlussfassung in Kraft.

7.10.2 Verbundkooperation für die Modellregion Aachen

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 10 von 34

7 Anlage 2



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

LVR-Klinik Düren

Verbundkooperation für die Modellregion Aachen

Beteiligte Partner

- LVR-Klinik Düren, Abteilung Allgemeinpsychiatrie II
- SpDi der StädteRegion Aachen
- Aachener Verein zur Förderung psychisch Kranker und Behinderter e.V.
- Förderverein für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V. Eschweiler

Projektkoordination

LVR-Klinik Düren, Abteilung Allgemeine Psychiatrie II
Chefarztin Dr. med. Dipl.-Psych. U. Beginn-Göbel
Kontakt: Sekretariat der Abteilung, Tel. 02421/402666



Ansprechpartner

Frau B. Knittel, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin der Abteilung
Herr R. Strauß, Diplom-Sozialarbeiter, Betriebswirt für soziale Berufe



LVR-Klinikverbund



Qualität für Menschen

7.10.3 Projektstand

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 11 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund



LVR-Klinik Düren

Projektstand

↑

↓

- September 09

• konstituierende Sitzung
- Dezember 09

- Verabschiedung einer Geschäftsordnung
 - Selbstbewertung mit NBQM
 - bereits jetzt gute Grundlagen der Zusammenarbeit in der Region vorhanden
 - Ableitung des inhaltlichen Schwerpunktes:
 - **Optimierung der psychosozialen Versorgung junger Erwachsener mit psychischen Erkrankungen**

Problemfelder:

 - **Komorbidität (z.B. Psychose/Sucht), kombiniert mit Reifungsdefiziten**
 - **ausgeprägte Schwierigkeiten der Betroffenen in allen Lebensbereichen**
 - **Schnittstellenprobleme**
 - **fehlende geeignete Einrichtungen und Konzepte**
- Februar 2010

- Bildung von Projektgruppen
 - Präzisierung der Arbeitsaufträge
- Sommer 2010

• Inhouse-Seminar mit Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Oktober 2010

- Zwischenstand
 - danach weitere Arbeit in Projektgruppen
- September 2011

- im Projektrahmen abschließende Selbstbewertung
 - Vereinbarung des Rahmens der weiteren Kooperation





LVR-Klinikverbund



Qualität für Menschen

7.10.4 Interner Wegweiser „Junge Wilde“

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 12 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

8 Anlage 3

**Interner Wegweiser der Verbundkooperation
„Junge Wilde“ StädteRegion Aachen**

Inhaltsverzeichnis

- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Sozialpsychiatrisches Zentrum Eschweiler
- JobCenter Würselen (mit Verweis auf andere JobCenter)
- CBW Eschweiler
- Suchthilfe in der StädteRegion Aachen
- Jugendamt Herzogenrath
- LVR-Klinik Düren (Allgemeinpsychiatrie 2 und Sucht)

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 13 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

Name und Anschrift der Institution:				
Sozialpsychiatrischer Dienst Gesundheitsamt StädteRegion Aachen				
Ansprechpartner				
Name	Tel.	Fax	Mail	(ggf. ansprechbar für)
Frau Beckers	(0241) 5198 5349	(0241) 5198 85349	else.beckers@staedtereion-aachen.de	Stolberg
Frau Breuer	(0241) 5198 5562	(0241) 5198 85562	jutta.breuer@staedtereion-aachen.de	Aachen, Simmerath
Frau Brimil	(0241) 5198 5563	(0241) 5198 85563	gisela.brimil@staedtereion-aachen.de	Aachen
Frau Dosquet	(0241) 5198 5347	(0241) 5198 85347	monika.dosquet@staedtereion-aachen.de	Monschau, Roetgen
Frau Herrmann	(0241) 5198 5342	(0241) 5198 85342	else.beckers@staedtereion-aachen.de	Baesweiler
Herr Klein	(0241) 5198 5344	(0241) 5198 85344	juergen.klein@staedtereion-aachen.de	Alsdorf, Herzogenrath
Frau Kottierba-Chaak	(0241) 5198 5561	(0241) 5198 85561	machtild.kottierba-chaak@staedtereion-aachen.de	Aachen
Frau Nobis	(0241) 5198 5532	(0241) 5198 85532	jlqa.nobis@staedtereion-aachen.de	Aachen
Frau Poensgen	(0241) 5198 5348	(0241) 5198 85348	marlies.poensgen@staedtereion-aachen.de	Eschweiler
Frau Simon	(0241) 5198 5343	(0241) 5198 85343	andrea.simon@staedtereion-aachen.de	Würselen
Herr Stollenwerk	(0241) 5198 5341	(0241) 5198 85341	thomas.stollenwerk@staedtereion-aachen.de	Eschweiler
Frau Thiel	(0241) 5198 5319	(0241) 5198 85319	astrid.thiel@staedtereion-aachen.de	Selbsthilfebüro

Aufgaben der Institution

Information, Beratung und Unterstützung für Menschen mit psychischen Störungen/ Erkrankungen sowie deren Angehörige (auch aufsuchend)
Vermittlung und Koordination psychosozialer Hilfen

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 14 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

<p>Was NICHT geleistet werden kann</p> <p>Medizinische oder Psychotherapeutische Behandlung</p>
<p>Ergänzungen</p> <p>Internet-Seite: www.staedtregion-aachen.de/gesundheitsamt</p>

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 15 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

Name und Anschrift der Institution:

Sozialpsychiatrisches Zentrum (SPZ) Städteregion Aachen-Eschweiler/ (ehemals Nordkreis Aachen)

Röthgener Str. 72, 52249 Eschweiler

Der Wohnheimbereich ist nicht Baustein des SPZ, rundet aber das Angebot für psychisch erkrankte Menschen in Eschweiler ab, weshalb er hier aufgeführt wird. Ansprechpartner sind Hr. Renner und Fr. Hilgers.

Ansprechpartner				
Name	Tel.	Fax	Mail	(ggf. ansprechbar für)
Alf Oberkoetter (Kordinator SPZ, Leitung Betreutes Wohnen)	02403/1441	02403/10471	spz@fveschweiler.de	Triangeln Tagesstätte Betreutes Wohnen
Triangel Eschweiler Röthgener Str. 72 52249 Eschweiler	02403/1441	02403/10471	triangel-eschweiler@fveschweiler.de	
Triangel Alsdorf: Rathausstr. 36 52477 Alsdorf	02404/25172	02404/919195	triangel-alsdorf@fveschweiler.de	

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 16 von 34



LVR-Klinikverbund

Tagesstätte „Die Klinke“ Eschweilerstr.186 52477 Alsdorf	02404/3046	02404/3174	klinke@fveschweiler.de	
Wohnhaus Kolpingstr. Kolpingstr. 24 52449 Eschweiler Leitung: Hr. Renner	02403/889259	02403/802271	wh@fveschweiler.de	Wohnheimbereich

Aufgaben der Institution

Das SPZ bündelt und koordiniert in die Gemeinde integrierte Unterstützungsangebote für psychisch kranke und psychisch behinderte Menschen und deren Angehörige. Ziel dabei ist es, Hilfen im unmittelbaren Lebensumfeld anzubieten und so ein höchstmögliches Maß an Lebensnormalität und sozialer Teilhabe zu ermöglichen. Mit dem Koordinator als erstem Ansprechpartner werden folgende Hilfsangebote koordiniert:

- **Die Kontakt- und Beratungsstellen Die Triangel in Eschweiler und Alsdorf**

Diese stellen eine erste Anlaufstelle und einen Treffpunkt innerhalb der Gemeinde dar. Neben offenen Angeboten mit Café-Charakter, Gruppenangeboten, Angeboten für Angehörige, die kostenlos und anonym nutzbar sind, werden verschiedene Maßnahmen der Freizeitgestaltung angeboten sowie Einzelberatung und vereinzelt aufsuchenden Hilfen. Grundsätzlich verstehen sich die Kontakt- und Beratungsstellen auch als Wegweiser und Vermittler zu weiteren Institutionen des sozialen Netzwerkes.

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 17 von 34



LVR-Klinikverbund

- **Das ambulante Betreute Wohnen**

Ziel des Betreuten Wohnens ist es, Menschen in ihrem eigenen Lebensumfeld eine eigenverantwortliche Lebensführung, soziale Eingliederung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die dazu im Einzelfall individuell abweichenden notwendigen Unterstützungsmaßnahmen werden im Hilfeplanverfahren vereinbart.

- **Tagesstätte „Die Klinke“**

Ziel der Tagesstätte ist es, als tagesstrukturierende Maßnahme Raum zur Stabilisierung durch wiederkehrende Tagesstruktur und sinngebende Beschäftigung anzubieten

- **Wohnheimbereich**

Das therapeutische Wohnheim Kolpingstraße ist eine stationäre Dauereinrichtung für chronisch psychisch Kranke Erwachsene, die hier, meist in einem Rahmen von 4-7 Jahren, Krankheitsmanagement, lebenspraktische Fähigkeiten, Alltagsstrukturen und befriedigendes Freizeitverhalten erlernen und erfahren.

Was NICHT geleistet werden kann

- -Ärztliche Hilfe/therapeutische Hilfe
- -Rechtsberatung
- -Vorhalten von Wohnraum wie z. Bsp. Notunterkünfte
- -finanzielle Soforthilfe

Ergänzungen

Herr Oberkoetter fungiert unter der genannten Geschäftsadresse „SPZ“ als erste Ansprechpartner insbesondere für die Bausteine „Betreutes Wohnen“ und „Tagesstätte“ und vermittelt Interessenten gerne je nach Hilfebedarf und Einzugsgebiet weiter.

LVR-Klinik Düren



Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

LVR-Klinikverbund

Seite 18 von 34

Name und Anschrift der Institution:				
Jobcenter StädteRegion Aachen http://www.jobcenter-staedteregion-aachen.de/startseite.html				
Ansprechpartner				
Name	Tel.	Fax	Mail	(ggf. ansprechbar für)
Bernd Wirtz	02405/4797177	02405/4797120	bernd.wirtz@jobcenter-ge.de	Grundsätzl. Fragen der Zusammenarbeit
Mike Herkens	02407/572460	02407/5724 20	mike.herkens@jobcenter-ge.de	Fallmanagement, Zusammenarbeit in Einzelfällen
Ansprechpartner in den Geschäftsstellen siehe Internet-homepage / Standort (s. nächste Seite)				

LVR-Klinik Düren



Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

LVR-Klinikverbund

Seite 19 von 34

<p>Aufgaben der Institution</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitslosengeld II als Leistung zur Sicherung des Lebensunterhaltes – zzgl. Leistungen zu den Kosten der Unterkunft, Heizkosten, Mehrbedarfe – auch für Arbeitnehmer, Selbstständige und Bezieher von Arbeitslosengeld I, deren Einkünfte nicht zur Sicherung des Lebensunterhaltes ausreichen ▪ Förderung der Bildung und Teilhabe von Jugendlichen ▪ Dienstleistungen und Förderangebote, die helfen sollen, die Hilfebedürftigkeit von Erwerbslosen nachhaltig zu verringern bzw. zu beenden, ▪ Koordination der erforderlichen Eingliederungsleistungen und -maßnahmen. <p>Das JobCenter muss dabei dem Prinzip vom „Fördern und Fordern“ folgen: Der Anspruch auf Arbeitslosengeld II hängt wesentlich davon ab, dass der Kunde sich aktiv um die Integration in den Arbeitsmarkt bemüht und eine der zahlreichen Fördermöglichkeiten annimmt.</p> <p>Abhängig von den individuellen Stärken, Erfahrungen und Kenntnissen des Kunden und immer in Relation zu den aktuellen Bedingungen und Erfordernissen des Arbeitsmarktes kann das JobCenter u.a. folgende Dienstleistungen und Förderangebote mit dem Kunden erörtern:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung und Vermittlung in Arbeit durch Arbeitsvermittler und/oder Fallmanager, Unterstützung der Eigenbemühung des Kunden bei der Arbeitssuche, u.a. Erstattung von Bewerbungskosten ▪ Gewährung eines Eingliederungszuschuss zum Ausgleich von Minderleistungen, die über den normalen Aufwand zur Einarbeitung hinausgehen ▪ Trainingsmaßnahmen oder Bildungsgutscheine für die berufliche Weiterbildung ▪ Beschäftigungspakte für ältere Arbeitnehmer: intensive Beratung und Betreuung von Menschen, die das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben ▪ Öffentlich geförderte Beschäftigung für Menschen, die (noch) nicht in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden können (z.B. Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung, Bürgerarbeit) <p>als Leistungen der Städteregion als kommunalem Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schuldnerberatung ▪ psychosoziale Betreuung ▪ Suchtberatung ▪ Kindesbetreuung
--

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 20 von 34



LVR-Klinikverbund

Was NICHT geleistet werden kann

Übernahme von Kosten, die vorrangig durch andere Leistungsträger zu tragen sind (Problematik der Schnittstellen zu Jugendämtern, Sozialämtern, Rententräger etc.)

Berufsberatung/Berufsorientierung als originäre Aufgabe der Agentur für Arbeit

Ergänzungen

Die Ansprechpartner in den Geschäftsstellen Aachen, Alsdorf, Baesweiler, Eschweiler, Herzogenrath, Simmerath, Stolberg und Würselen sind über die auf der Homepage (<http://www.jobcenter-staedtereion-aachen.de/standorte.html>) benannten Team-Postfächer oder Rufnummern zu erreichen.

Fallmanager für die Kundengruppe unter 25 sind in den Geschäftsstellen Aachen, Roermonder Str. 51, Alsdorf, Josef-von-Fraunhofer Str. 1, Eschweiler, Industr. 4, Stolberg, Kaiserplatz 6, und Simmerath, Hauptstraße 94 zu erreichen.

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 21 von 34



LVR-Klinikverbund

Name und Anschrift der Institution:

CeBeWegung
Max Planck Str. 19
52249 Eschweiler

Ansprechpartner

Name	Tel.	Fax	Mail	(ggf. ansprechbar für)
Liliane Siebert	02403- 876014	02403- 876025	Liliane.siebert@cbw-gmbh.de	Betriebsleitung
Regina Walz	02403- 876012		Sozialdienst.werk4@cbw-gmbh.de	Sozialer Dienst
Nicole Bongartz	02403- 876028		nicole.bongartz@cbw-gmbh.de	Sozialer Dienst Erstkontakte/ Aufnahmegespräche

Aufgaben der Institution

Berufliche Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB IX)
Eingliederungshilfe/ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB XII)

LVR-Klinik Düren



Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 22 von 34

Was NICHT geleistet werden kann
Gilt nicht für Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Ergänzungen
Folgende Arbeitsfelder werden angeboten:
Montage und Verpackung, Büro und Organisation, Näherei, Wäscherei, Küche, Gartengruppe, Lager und Logistik, derzeit noch Elektromontage, derzeit noch Medienzentrums

Im Jahre 2011 wird ein 2. Standort in Herzogenrath- Kohlscheid eröffnet. Folgende Arbeitsfelder sind in Kohlscheid vorgesehen:
Medienzentrum, Elektromontage, Wäscherei, Küche

Arbeitszeit: ca. 8:00 bis 16:00 Uhr

LVR-Klinik Düren



Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 23 von 34

Name und Anschrift der Institution:
Caritas Behindertenwerk GmbH
Aachenerstr. 87
52249 Eschweiler

Ansprechpartner

Name	Tel.	Fax	Mail	(ggf. ansprechbar für)
Fredi Gärtner	02403-790760	02403- 790745	Fredi.gaertner@cbw-gmbh.de	Leitung Sozialer Dienst
Claudia Schönborn	02403- 704717	02403- 704730	Claudia.schoenborn@cbw-gmbh.de	Sozialer Dienst Erstkontakte/ Aufnahmegespräche

Aufgaben der Institution
Berufliche Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB IX)
Eingliederungshilfe/ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB XII)

Was NICHT geleistet werden kann
Gilt nicht für den Personenkreis für Menschen mit psychischer Behinderung.

Ergänzungen
Mehrere Standorte in der Städteregion Aachen: Eschweiler, Alsdorf, Würselen, Imgenbroich, Weisweiler

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 24 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

Arbeitszeit: ca. 8:00 bis 16:00 Uhr

Folgende Arbeitsfelder werden angeboten (auszugsweise): Montage und Verpackung, Metallverarbeitung, Wäscherei, Zentralsterilisation, Servicegruppe, Küche, Druckerei, Schreinerei

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 25 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

Name und Anschrift der Institution:	
Suchthilfe in der StädteRegion Aachen (Träger: Diakonisches Werk im Kirchenkreis Aachen e.V.) Suchtberatung Eschweiler Bergrather Str. 51 – 53 52249 Eschweiler	Suchthilfe in der StädteRegion Aachen (Träger: Diakonisches Werk im Kirchenkreis Aachen e.V.) Suchtberatung Baustein Otto-Wels-Str. 15a 52477 Alsdorf
Ansprechpartner	
Name	(ggf. ansprechbar für)
Tel.	
Fax	
Mail	
Kalle Wilms	Abteilungsleiter der Suchthilfe in der StädteRegion Aachen
Hiltrud Pfeil	Leitung Suchtberatung Baustein in Alsdorf
Wolfgang Hundt	Leitung Suchtberatung Eschweiler
Eleonore Rauser	Sekretariat Suchtberatung Baustein in Alsdorf
Rita Koppenburger	Sekretariat Suchtberatung Eschweiler
Die Ansprechpartner der jeweiligen Fachbereiche	zu erfragen

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 26 von 34



LVR-Klinikverbund

Aufgaben der Institution

- Beratung, Vermittlung und Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen und deren Angehörigen
- Beratung von Menschen mit einer Komorbidität
- Vermittlung in Entgiftungsbehandlung, stationäre u. ambulante Therapien und Selbsthilfegruppen
- Beratung von Menschen mit Problemen aufgrund einer Suchtgefährdung und Abhängigkeit im legalen, illegalen Bereich stoffgebunden oder stoffungebunden.
- Angehörigenberatung von Menschen mit Suchtproblemen im sozialen Umfeld
- Psychosoziale Begleitung und Beratung von opiatabhängigen Menschen in ambulanten ärztlichen Ersatzstoffbehandlungen
- Ambulante Rehabilitation Sucht :
- regulär und nachstationär anstatt einer stationären Therapie
 - ARS nachstationär nach einer stationären Maßnahme
 - ARS Weiterbehandlung im Anschluss an einen verkürzten, stationären Aufenthalt
- Migrantenberatung von Menschen mit Migrationshintergrund und Suchtproblemen
- Motivationsgruppen für Menschen mit Suchtproblemen (Alkohol, Cannabis, Amphetamine, Kokain)
- Sofortberatung 2 x wöchentlich (Erstkontakt ohne Terminvereinbarung)
- Ambulantes Betreutes Wohnen für Menschen mit Suchtproblemen
- Raucherentwöhnung
- Prävention:
 - Arbeit mit Kindertagesstätten, Grundschulen, weiterführende Schulen
 - außerschulische Kinder- u. Jugendarbeit

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 27 von 34



LVR-Klinikverbund

- Öffentlichkeitsarbeit
- Betriebliche Suchtarbeit in Unternehmen, Einrichtungen der Jugendberufshilfe
- Move – Fortbildung (Motivierende Kurzintervention bei riskant konsumierenden Jugendlichen für alle, die in ihrem Berufsfeld mit Jugendlichen, die Suchtmittel konsumieren, arbeiten)
- Kita-Move Fortbildung für Erzieher/Innen, die in Kindertagesstätten, Familienzentren arbeiten und Gesprächstechniken im Umgang mit Eltern erlernen wollen

Was NICHT geleistet werden kann

Beratung und Behandlung von Menschen mit schweren geistigen Behinderungen, medizinische Behandlungen und Rechtsberatungen

Ergänzungen

Internetseiten. www.sucht-eschweiler.de, www.zuviel.net

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 28 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

Name und Anschrift der Institution: Jugendamt Herzogenrath				
Rathausplatz 1 52134 Herzogenrath				
Ansprechpartner				
Name	Tel.	Fax	Mail	(ggf. ansprechbar für)
Norbert Latz	02406/ 83-507	02406/ 83-508	Norbert.latz@herzogenrath.de	Teamleitung
Sarah Grysar	02406/ 83-516	02406/ 83-508	Sarah.grysar@herzogenrath.de	Eingliederungshilfe nach §35 a SGB VIII
Aufgaben der Institution				
<ul style="list-style-type: none"> • Hilfen zur Erziehung nach §§27 ff SGB VIII • Hilfen für junge Volljährige nach §41 SGB VIII • Eingliederungshilfe nach §35a SGB VIII 				
Was NICHT geleistet werden kann				
<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe zur Erziehung nach Vollendung des 21. Lebensjahres • Eingliederungshilfe über das 27 Lebensjahr hinaus • Eingliederungshilfen nach Vollendung des 21. Lebensjahres (bei Erstantrag) 				
Ergänzungen				

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 29 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

Name und Anschrift der Institution:				
LVR – Klinik Düren, Abt. für Allg. Psychiatrie II, Meckerstraße 15 in 52353 Düren				
Ansprechpartner				
Name	Tel.	Fax	Mail	(ggf. ansprechbar für)
Frau Schürgers	02421-402329	02421-402667	Birgit.Schürgers@lvr.de	Sozialarbeiterische Belange in der Behandlung von allgemeinpsychiatrischen Erkrankungen Ärztl. Ansprechpartnerin
Frau Ungermann	02421-402693		Ulla.Ungermann@lvr.de	
Herr Wendtland	02421-402478		Bodo.Wendtland@lvr.de	
Herr Strauß	02421-402696		Ronald.Strauss@lvr.de	
Fr. Knittel	02421/402656		Beret.Knittel@lvr.de	
Aufgaben der Institution				
<ul style="list-style-type: none"> ○ Unterstützung und Beratung bei sozialrechtlichen Fragen, u.a. SGB, Betreuungsrecht und Schwerbehindertenrecht ○ Vermittlung an weiterführende Fachdienste (Sozialpsychiatrischer Dienst, Kontakt- und Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Zentren, Integrationsfachdienst (IFD), etc.) ○ Vorbereitung und Überleitung in die Schuldenberatungen ○ Klärung beruflicher Perspektiven ○ Vermittlung ins betreute Wohnen, in Wohnheime, soziotherapeutische Einrichtungen, Pflegeheime etc. ○ Beratung in familienspezifischen Angelegenheiten ○ Ansprechpartner für Angehörige und Kinder ○ Planung und Organisation von Tagesstrukturierenden Maßnahmen ○ Leitung von soziotherapeutischen und psychoedukativen Gesprächsgruppen 				

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 30 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

- o Netzwerkarbeit, d.h. u.a. Teilnahme an verschiedenen Arbeitskreisen und Fachverbänden

Was NICHT geleistet werden kann

- o keine Vermittlung von Wohnungen und Arbeit
- o keine Rechtsberatung

Ergänzungen

LVR-Klinik Düren

Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

Seite 31 von 34



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

Name und Anschrift der Institution:
LVR – Klinik Düren, Abt. für Allg. Psychiatrie/Suchtkrankheiten, Meckerstraße 15 in 52353 Düren

Ansprechpartner

Name	Tel.	Fax	Mail	(ggf. ansprechbar für)
Frau Cremer	02421-400	02421-402668	carina.cremer@lvr.de	Sozialarbeiterische Belange in der Behandlung von Abhängigkeitsstörungen
Frau Förster			monika.förster@lvr.de	
Frau Harabi			julia.harabi@lvr.de	
Frau Piontek			justyna.piontek@lvr.de	
Frau Sabi			tamara.sabi@lvr.de	

Aufgaben der Institution

- o Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- o qualifizierte Akutbehandlung orientiert an den Konzepten des Landes Nordrhein – Westfalen und aktuellen Leitlinien
- o Behandlungskonzept für Abhängigkeitskranke insbesondere von Alkohol, Medikamenten und / oder Drogen
- o Vermittlung in § 53 SGB XII Einrichtungen (für Menschen mit mittel- und langfristigen Bedarf an Eingliederungshilfe)
soziotherapeutische Wohnheime
- o Vermittlung in § 67 SGB XII Einrichtungen (für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten)
- o punktuelle Vermittlung in medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (Langzeittherapie / Entwöhnung)
- o Vermittlung in Motivationsbehandlungen für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten, die einen nahtlosen Übergang in eine Rehabilitation wünschen
- o Vermittlung in Senioren- und Pflegeheime, die suchtkranke Patienten aufnehmen
- o Vermittlung zur zuständigen Suchtberatung
- o Vermittlung von Adressen der Selbsthilfegruppen in der Nähe der Heimatadresse
- o Vermittlung in eine Substitutionsbehandlung
- o Vermittlung zum Anbieter Ambulant betreutes Wohnen

LVR-Klinik Düren



Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

LVR-Klinikverbund

Seite 32 von 34

Was NICHT geleistet werden kann

keine Entwöhnungsbehandlung

Ergänzungen

- Methadon Ambulanz
- multiprofessionelles Behandlungsteam
- vier Stationen in der Abteilung

7.10.5 Selbstbewertungen

LVR-Klinik Düren



Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

LVR-Klinikverbund

Seite 33 von 34

9 Anlage 4: Selbstbewertung – Durchschnittswerte zu Beginn und Ende

Verbundkooperation Städteregion Aachen: Durchschnittswerte zu Beginn/ Ende

Kriterium	Durchschnittswerte bei	
	Beginn	Ende
1a: Lenkungsrollen und -verantwortlichkeiten werden definiert und ein funktionstaugliches Lenkungsgremium wird eingerichtet.	2,2	8
1b: Aufgabe und Auftrag, Mission, Ziele und Werte werden definiert.	2,8	7,2
1c: Entwicklung, Überprüfung und kontinuierliche Verbesserung der Zusammenarbeit.	2,4	7,8
2a: Steuerungsrelevante Daten und Informationen zur Versorgungsregion im Rahmen der kommunalen Psychiatrieplanung werden systematisch gesammelt, ausgewertet und zusammengestellt.	2	6,8
2b: Es erfolgt eine systematische Information im Netz über neue Hilfeansätze und veränderte Rahmenbedingungen des Versorgungshandelns etc.	1	5
2c: Aktivitäten, um Anliegen und Ziele des kommunalen psychiatrischen Hilfesystems in Politik und Öffentlichkeit zu kommunizieren und Partner in Politik und Gesellschaft zu gewinnen.	1	5,4
3a: Das Wissen und die Kompetenz der MitarbeiterInnen werden systematisch gefördert und für die Weiterentwicklung des Hilfesystems nutzbar gemacht.	1,6	7,6
3b: MitarbeiterInnen werden beteiligt und zu selbständigem Handeln ermächtigt.	1,8	8,75
3c: MitarbeiterInnen im Netzwerk kommunizieren miteinander und führen einen Dialog mit dem Lenkungsgremium.	1	9
4a: Das Netzwerk bemüht sich um externe Partner und Vertreter der Gesellschaft.	1,2	8,5
4b: Das Lenkungsgremium erarbeitet und verabschiedet Konzepte und Strategien für eine zielorientierte gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit.	1,4	4
4c: Vertreter der kommunalpolitisch und der öffentlichen Verwaltung werden regelmäßig und in geeigneter Form über die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen und psychiatrischer Hilfen informiert. Entwicklungsbedarfe werden in geeigneter Form kommuniziert.	1	3,3
4d: Das Lenkungsgremium verabschiedet Strategien zur Moderation von psychiatriespezifischen Konfliktthemen.	0,6	3,5
4e: Aktivitäten, Aktionen und Veranstaltungen werden mit unterschiedlichen Partnern durchgeführt.	2,6	5,5
5a: Die unmittelbar kundenbezogenen Prozesse werden systematisch gestaltet und gemanagt.	2,8	5,3
5b: Prozesse der einrichtungsübergreifenden Koordination, Kooperation und Kommunikation werden gestaltet und gemanagt.	2,2	7,1
5c: Dienstleistungen werden aufgrund der Bedürfnisse und Erwartungen der KundInnen entworfen und entwickelt.	2,8	9
6a: Was das Netzwerk in Bezug auf seine KundInnen erreicht		6,3
6b: Leistungsindikatoren		2
7a: Wahrnehmung und Bewertung aus Mitarbeitersicht		9
7b: Leistungsindikatoren		7
8a: Messergebnisse zur gesellschaftlichen Wahrnehmung und Bewertung		6,5
8b: Leistungsindikatoren		5
9a: Ergebnisse der Schlüsselleistungen		9
9b: Leistungsindikatoren		10

LVR-Klinik Düren



Bericht Verbundkooperation
Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement

LVR-Klinikverbund

Seite 34 von 34

10 Anlage 5 Selbstbewertung – Abschlusswerte

Verbundkooperation Städteregion Aachen: Selbstbewertung zum Ende

Kriterium	CBW	JA Herzogenrath	SPDI	Aachener Verein	LVR-Klinik Düren
1a: Lenkungsrollen und -verantwortlichkeiten werden definiert und ein funktionstüchtiges Lenkungsgremium wird eingerichtet.	10	6	9	7	8
1b: Aufgabe und Auftrag, Mission, Ziele und Werte werden definiert.	5	8	9	4	10
1c: Entwicklung, Überprüfung und kontinuierliche Verbesserung der Zusammenarbeit.	7	10	7	5	10
2a: Steuerungsrelevante Daten und Informationen zur Versorgungsregion im Rahmen der kommunalen Psychiatrieplanung werden systematisch gesammelt, ausgewertet und zusammengestellt.	10	8	6	0	10
2b: Es erfolgt eine systematische Information im Netz über neue Hilfeansätze und veränderte Rahmenbedingungen des Versorgungshandelns etc.	5	8	5	0	7
2c: Aktivitäten, um Anliegen und Ziele des kommunalen psychiatrischen Hilfesystems in Politik und Öffentlichkeit zu kommunizieren und Partner in Politik und Gesellschaft zu gewinnen.	7	4	9	2	5
3a: Das Wissen und die Kompetenz der MitarbeiterInnen werden systematisch gefördert und für die Weiterentwicklung des Hilfesystems nutzbar gemacht.	6	9	6	7	10
3b: MitarbeiterInnen werden beteiligt und zu selbständigem Handeln ermutigt.	7	8	10		10
3c: MitarbeiterInnen im Netzwerk kommunizieren miteinander und führen einen Dialog mit dem Lenkungsgremium.	9	9	9		9
4a: Das Netzwerk bemüht sich um externe Partner und Vertreter der Gesellschaft.	10	7	7		10
4b: Das Lenkungsgremium erarbeitet und verabschiedet Konzepte und Strategien für eine zielorientierte gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit.	5	2	5		4
4c: Vertreter der kommunalpolitk und der öffentlichen Verwaltung werden regelmäßig und in geeigneter Form über die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen und psychiatrischer Hilfen informiert. Entwicklungsbedarfe werden in geeigneter Form kommuniziert.	5		2		3
4d: Das Lenkungsgremium verabschiedet Strategien zur Moderation von psychiatriespezifischen Konfliktthemen.	0				7
4e: Aktivitäten, Aktionen und Veranstaltungen werden mit unterschiedlichen Partnern durchgeführt.	7	0	5		10
5a: Die unmittelbar kundenbezogenen Prozesse werden systematisch gestaltet und gemanagt.	4		6		6
5b: Prozesse der einrichtungsübergreifenden Koordination, Kooperation und Kommunikation werden gestaltet und gemanagt.	10		5		7
5c: Dienstleistungen werden aufgrund der Bedürfnisse und Erwartungen der Kundinnen entworfen und entwickelt.	3	7	5		5
6a: Was das Netzwerk in Bezug auf seine Kundinnen erreicht.	8	6			6
6b: Leistungsindikatoren	4	0			
7a: Wahrnehmung und Bewertung aus Mitarbeitersicht	9	9	9		9
7b: Leistungsindikatoren	4	6	10		8
8a: Messergebnisse zur gesellschaftlichen Wahrnehmung und Bewertung					
8b: Leistungsindikatoren	3		10		
9a: Ergebnisse der Schlüsselleistungen	7	6	5	2	5
9b: Leistungsindikatoren			10		

7.11 Bonn

7.11.1 Leitbild

Leitbild

Mit der verbindlichen Vernetzung aller Akteure im psychiatrischen Hilfesystem in Bonn möchten wir die regionale Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen verbessern.

Ziel ist es, die Kooperation und personenzentrierte Behandlungs- bzw. Betreuungskontinuität für Menschen mit psychischen Störungen sicherzustellen.

Gemeinsam möchten wir Menschen mit psychischen Störungen individuelle Hilfestellung bieten und sie in Krisen adäquat begleiten. Durch eine erhöhte Angebotstransparenz soll die Autonomie und Selbstverantwortung der Betroffenen gefördert werden.

Unsere Arbeit wird von den fünf Säulen Kommunikation, Kooperation, Fachkompetenz, gegenseitige Wertschätzung und Respekt getragen.

Verbundkooperation Bonn:

**LVR-Klinik Bonn – Allgemeine Psychiatrie
und Psychotherapie
Caritasverband für die Stadt Bonn e. V.
Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V., Bonn
Diakonisches Werk, Bonn
Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Bonn
Psychiatriekoordination der Stadt Bonn**

7.11.2 Geschäftsordnung des Lenkungsremiums

Geschäftsordnung des Lenkungsremiums

Das Projekt „Förderung von Verbundkooperation in Bonn“ findet in Anlehnung an das vom LVR entwickelte NBQM (Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement) statt.

NBQM setzt in seiner Anwendung ein ausreichend legitimates Lenkungsremium voraus, welches die Förderung von Verbundentwicklung maßgeblich steuert, Aufgaben und Ziele definiert und seine Umsetzung verantwortet.

Die Teilnahme an den Treffen des Lenkungsremiums ist für die Mitglieder verbindlich.

Im Rahmen des Projektes sollen die Leitungsebene der LVR-Klinik Bonn und die unter § 2 genannten Mitglieder im Lenkungsremium mitwirken. Da NBQM langfristig eine Mitwirkung aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Organisationen einbeziehen möchte, ist ein Zuwachs an Mitgliedern perspektivisch erwünscht.

§ 1

Koordination des Lenkungsremiums

Die Projektbeauftragten Dr. Christian Burgmann und Frau Dagmar Paternoga werden die Arbeit des Lenkungsremiums koordinieren. Zu ihren Aufgaben gehören:

- Organisation, Moderation sowie Vor- und Nachbereitung der Sitzungen
- Protokollführung / zeitnahe Versand der Niederschriften (innerhalb von 8 -10 Tagen)
- Gesamtkoordination des Projektes und seiner Arbeitsgruppen
- Zusammenführung von Informationen und Vorstellung im Lenkungsremium

§ 2

Mitglieder

1. Das Lenkungsremium zur Förderung von Prozessen der Kooperation und Vernetzung in der kommunalen psychiatrischen Versorgung setzt sich zusammen aus:
 - Dr. Christian Burgmann LVR-Klinik Bonn
 - Dagmar Paternoga LVR-Klinik Bonn
 - Anita Schönenberg Caritasverband für die Stadt Bonn e.V.
 - Klaus Schröder Diakonisches Werk Einrichtung der Evangelischen Kirchenkreise Bonn und Bad Godesberg-Voreifel
 - Werner Schulz Bundesstadt Bonn Gesundheitsamt
 - Ute Silkens Bundesstadt Bonn Amt für Soziales und Wohnen
 - Beate Simons Bonner Verein für gemeindenaher Psychiatrie e.V.
 - Reimund Weidinger Bonner Verein für gemeindenaher Psychiatrie e.V.
2. Im Lenkungsremium ist die Leitungsebene der teilhabenden Träger oder mit Entscheidungskompetenzen ausgestattete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Träger vertreten. Die Mitglieder müssen Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation im Einvernehmen verabschieden.

- 2 -

§ 3

Ziele

Das Lenkungsgremium legt die Projektziele einvernehmlich fest.

§ 4

Sitzungshäufigkeit und Sitzungsteilnahme

1. Das Lenkungsgremium trifft sich mindestens 4x jährlich, bei Bedarf kann zu zusätzlichen Treffen eingeladen werden. Die Termine werden zu Jahresbeginn festgelegt, bei Bedarf können weitere Sitzungen vereinbart werden.
2. Zu den Sitzungen können fachkundige Personen, die nicht zugleich Mitglied sind, eingeladen werden. Sie haben kein Stimmrecht und üben nur beratende Funktionen aus.

§ 5

Einladung/ Tagesordnung

1. Die Projektkoordination lädt zu den Treffen des Lenkungsgremiums ein. Die Einladung erfolgt unter Angabe der Tagesordnung spätestens 10 Kalendertage vor dem Sitzungstermin.
2. Vorschläge zur Tagesordnung werden spätestens zwei Wochen vor dem Sitzungstermin den Koordinatorinnen des Gremiums zugeleitet.

§ 6

Beschlussfähigkeit und Abstimmungsfähigkeit

1. Das Lenkungsgremium ist ein auf Konsensfindung angelegtes Gremium. Daraus folgt die Notwendigkeit des Einvernehmens in der Verabschiedung erarbeiteter Zielsetzungen.
2. Das Lenkungsgremium ist beschlussfähig, wenn mindestens ein Vertreter der beteiligten Einrichtungen anwesend ist. Jedes Mitglied hat die Möglichkeit einen Stellvertreter zu benennen. Der Stellvertreter ist stimmberechtigt.

§ 7

Arbeitsgruppen

1. Das Lenkungsgremium wird zur Vertiefung einzelner Fragestellungen Arbeitsgruppen bilden. In den Arbeitsgruppen werden Mitarbeiter verschiedener Professionen der LVR-Klinik und der beteiligten Träger zusammenarbeiten. Die Ergebnisse der Beratungen werden den Projektbeauftragten zugetragen. Diese werden die Kernaussagen im Lenkungsgremium vortragen.

- 3 -

§ 8

Änderung der Geschäftsordnung

Eine Änderung der Geschäftsordnung kann von allen Mitgliedern des Lenkungsgremiums vorgeschlagen werden. Änderungen der Geschäftsordnung bedürfen der Einstimmigkeit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder.

§ 9

Inkrafttreten

Die Verabschiedung der Geschäftsordnung bedarf der Einstimmigkeit der anwesenden Mitglieder des Lenkungsgremiums. Sie tritt am Tag der Beschlussfassung in Kraft.

7.11.3 PANAMA



LVR-Klinik Bonn



LVR
Qualität für Menschen

PANAMA

in der LVR-Klinik Bonn
im Rahmen der Verbundkooperation Bonn

- Stadt Bonn
- Bonner Verein für gemeindenahе Psychiatrie
- Caritas, Bonn
- Diakonisches Werk, Bonn

Bonn, 28.10.2009

Dr. Christian Burgmann
Dagmar Paternoga



LVR-Klinik Bonn



LVR
Qualität für Menschen

PANAMA

Persönliches Aufsuchendes Nachsorge-Management

In den letzten Jahren fand eine Veränderung statt von der stationären hin zur ambulanten Versorgung von Hilfsbedürftigen. Ihr lag die Erkenntnis zugrunde, dass die Hospitalisierung Hilfsbedürftige nicht lebensfähiger macht.

Der Prozess der Deinstitutionalisierung zwang zu einer Neuorientierung in der medizinischen und sozialen Versorgung. Die ambulanten Dienste wussten nur punktuell voneinander, wer welches Profil hat, und welche Einrichtung oder welcher Dienst für was zuständig war. Aufkeimendes Konkurrenzdenken wirkte sich nachteilig auf die Versorgung der Hilfsbedürftigen aus.

Ziel des Projektes ist die strukturelle Weiterentwicklung und Optimierung des Hilfesystems in Bonn. Im „PANAMA“ sollen die erforderlichen Hilfen koordiniert und eine optimale, personenbezogene Ablauforganisation entwickelt werden.

PANAMA

LVR-Klinik Bonn

LVR
Qualität für Menschen

PANAMA

Persönliches Aufsuchendes Nachsorge-Management

In den Jahren 2006 – 2008 gab es in der LVR-Klinik Bonn im Bereich der Allgemeinpsychiatrie insgesamt **132** Patienten mit Wohnsitz in Bonn, die im Dreijahreszeitraum mehr als 199 Tage stationäre Verweildauer aufwiesen („Langlieger“). Die Anzahl der Bonner Patienten, die in den drei Jahren häufiger als sechsmal stationär aufgenommen wurden, betrug **53** („Viellieger“).

Diese beiden Patientengruppen stellen die Zielgruppe von PANAMA dar. In der Vorbereitungsphase wurden alle 185 Einzelfälle analysiert, wobei sich herausstellte, dass vielfach ein günstiger Verlauf eine zusätzliche Hilfe im Sinne des Projektes bereits überflüssig gemacht hatte.

Für das Pilotprojekt PANAMA ist zunächst eine Höchstzahl von 20 Patienten geplant, für die wir in jedem Einzelfall mit allen am Hilfeprozess Beteiligten prüfen, ob und wie eine Verbesserung der ambulanten Versorgung bedarfsgerecht und vom Patienten erwünscht umgesetzt werden kann.

PANAMA

LVR-Klinik Bonn

LVR
Qualität für Menschen

PANAMA

Persönliches Aufsuchendes Nachsorge-Management

Methodisches Vorgehen

Ziel von PANAMA ist ein aufeinander abgestimmtes Hilfeangebot (Vermeidung von Überschneidungen der Angebote und nötigenfalls Ergänzungen) und die Sicherung der Behandlungs- und Betreuungskontinuität.

In einem systematisch abgestimmten Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Hilfeleistung erbracht, um die gemeinsam vereinbarten Ziele mit hoher Qualität und Effizienz anzusteuern.

Es soll ein Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg hergestellt werden. Unter Beachtung der Autonomie der Patienten sollen die Ressourcen im Klient- und Unterstützungssystem optimal genutzt und neu auftretender Bedarf aufgedeckt und angemessen versorgt werden.

PANAMA

LVR-Klinik Bonn

LVR
Qualität für Menschen

PANAMA
Persönliches Aufsuchendes Nachsorge-Management

Konkretes Vorgehen I.

- > Vorklärung, ob für die Person die Nachsorge bzw. ambulante Dienstleistung bedarfsgerecht ist.
- > Gemeinsam mit den Betroffenen, den Betreuern, Angehörigen, Kostenträgern etc. wird aus den verschiedenen Blickwinkeln die Situation eingeschätzt, für die die Menschen die Hilfe erhalten sollen.
- > Dabei werden bisherige Bewältigungsversuche berücksichtigt
- > Die Ziele und die Hilfeplanung werden schriftlich vereinbart

PANAMA

LVR-Klinik Bonn

LVR
Qualität für Menschen

PANAMA
Persönliches Aufsuchendes NachsorgeManagement

Konkretes Vorgehen II

- > Erstellung eines Behandlungspfades, verantwortlich: behandelnder Klinikarzt
- > Koordination der individuellen nachsorgenden Hilfeplanung mit allen Behandlern/Versorgern, verantwortlich: Sozialdienst PANAMA bzw. Bezugsbetreuerin-
- > Optimierung des Aufnahme- und Entlassmanagements / der Kommunikation (Klinik/ambulante Dienste), verantwortlich (Projektphase) Sozialdienst PANAMA (vergleiche hierzu: „Arbeitsgruppe Überleitungsbogen“!)
- > Evaluation des Falles
- > Entwicklung einer Anlaufstelle für sog. Drehtürpatienten der Allgemeinpsychiatrischen Abteilungen der LVR-Klinik Bonn
- > Praxisorientierte und flexibel an den Einzelfall angepasste Anwendung des Verfahrens zur Deckung des individuell festgestellten Bedarfs

PANAMA

LVR-Klinik Bonn

LVR
Qualität für Menschen

PANAMA

Persönliches Aufsuchendes Nachsorge-Management

Durchführung und Kontrolle

- > **Koordination**
Die vereinbarten Hilfen werden im Pilotprojekt vom Sozialdienst PANAMA koordiniert und begleitet
- > **Evaluation**
- > **Entpflichtung**
Nach Erfüllung des Auftrags erfolgt Dokumentation und Darstellung der Leistung gegenüber Klinik und Nachsorgesystem

PANAMA

LVR-Klinik Bonn

LVR
Qualität für Menschen

Arbeitsgruppe „Überleitungsbogen“

In der Arbeitsgruppe „Überleitungsbogen“ der Verbundkooperation Bonn wird ein Aufnahme- und ein Entlass-Bogen für die Patienten der LVR-Klinik Bonn entwickelt (Kommunikationsmittel).

Diese Kommunikationsmittel dienen der gegenseitigen Information aller am Behandlungs- bzw. Hilfeprozess Beteiligten

Mit allen Beteiligten wird der individuelle Behandlungsplan des einzelnen Patienten entwickelt. Kurz nach der Aufnahme in die LVR-Klinik Bonn und wenn die Entlassung naht, werden die entsprechenden ambulanten Versorger zu Visiten bzw. Helfergesprächen eingeladen mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Hilfeplanung und der Sicherstellung der Nachsorge.

Es folgt eine regelmäßige Überprüfung des individuellen Hilfeplanes

PANAMA

LVR-Klinik Bonn

LVR
Qualität für Menschen

PANAMA
Persönliches Aufsuchendes Nachsorge-Management

Leitlinien der Betreuung

> **Personenzentrierte individuelle Hilfeplanung**

- > Koordination der Einzelleistungen zu einem ambulanten, wohnortnahen Unterstützungsmanagement
- > Laufende Anpassung der benötigten Hilfen
- > Ressourcen- statt Defizitorientierung
- > Multidisziplinäre Gestaltung der Hilfen
- > Exakte Ausgestaltung der Hilfen
- > Ausdrückliche Einbeziehung der Patientensicht
- > Stärkung des Selbsthilfepotentials

PANAMA

LVR-Klinik Bonn

LVR
Qualität für Menschen

PANAMA
Persönliches aufsuchendes Nachsorge-Management

Nachhaltigkeit über das bis Ende 2010 laufende Pilotprojekt hinaus

- Während der Pilotphase sollen neue Strukturen der Behandlungs- und Hilfeplanung ausprobiert und etabliert werden.
- Die Beteiligten am Behandlungs- bzw. Hilfeprozess werden erfahren, dass langfristig ihre Ressourcen durch verbesserte Information, Vernetzung und gelungene Nachsorge geschont werden.
- Der Aufnahme- und Entlassbogen der AG „Überleitungsbogen“ wird in den Zertifizierungsprozess (KTQ) der LVR-Klinik Bonn einbezogen.
- Ziel ist es, bewährte neue Strukturen der Zusammenarbeit nachhaltig in der LVR-Klinik Bonn und bei den kooperierenden ambulanten Diensten zu etablieren.

PANAMA

7.11.4 Patientenüberleitungsbogen

LVR-Klinik Bonn

LVR
Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

**Überleitungsbogen zur stationären Aufnahme
in die LVR-Klinik Bonn**

Aufnahmehintergrund und Behandlungswünsche

Verbundkooperation Bonn
LVR-Klinik Bonn
Stadt Bonn
Bonner Verein für
gemeindenaher Psychiatrie
Caritas, Bonn
Diakonisches Werk, Bonn

Name: _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaf: _____ Tel.: _____

Angehörige/r/Ehepartner/Kinder: _____ Tel.: _____

Betreuende Einrichtung: _____ Tel./Fax: _____

Bezugsbetreuer/in: _____ Tel./Fax: _____

Rechtliche Vertretung: _____ Tel./Fax: _____

Aktuelle Problemlage/aktuelle Betreuungssituation:

a) aktuelle Besonderheit, aktuelle Belastungen vor stationärer Aufnahme

b) Ursache? _____

Ziele der stationären Behandlung: _____

Medikamenten-Einnahme: (Kopie der Dosierungsanleitung)
letzte Einnahme? _____

Rechtliche Grundlage der Aufnahme

freiwillig
 öffentlich-rechtliche Unterbringung im Rahmen des PsychKG
 Zwangsvorführung gemäß § 283 FamFG
 Unterbringung durch rechtlichen Vertreter gem. § 1906 BGB
 Unterbringung gem. § 1846 BGB d. Betreuungsgericht im Rahmen der im Interesse des Betroffenen erforderlichen Maßregeln

Datum: _____ Unterschrift (mit Funktionsbezeichnung): _____

LVR-Klinik Bonn



Entlassungsbogen

LVR-Klinikverbund
Verbundkooperation Bonn

Informationen zur Entlassung und für die Nachsorge der Patienten der LVR-Klinik Bonn

LVR-Klinik Bonn

Stadt: Bonn

Bonner Verein für
gemeindenahne Psychiatrie

Caritas, Bonn

Diakonisches Werk, Bonn

Name: _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaf: _____

entlassen am: _____

Was wurde durch den stationären Behandlungsprozess erreicht?

> _____

Welche Art von weiterführenden Hilfen sind nach der Entlassung vereinbart bzw. empfohlen worden?

> Ambulante Psychiatrische Pflege/APP:
Ansprechpartner/in, Tel./Fax/Email: _____

> Ambulantes Betreutes Wohnen:
Ansprechpartner/in, Tel./Fax/Email: _____

> Sozialpsychiatrisches Zentrum _____ Tel./Fax/Email: _____

> Arbeits- bzw. Beschäftigungsstätte, Ansprechpartner, Tel./Fax/Email: _____

> Sonstige Hilfen: Welche: _____

Ggf. Ansprechpartner/in, Tel./Fax/Email: _____

Bemerkungen: _____

Wann und Wo ist der nächste Termin beim Facharzt oder in der Institutsambulanz

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Name des Arztes: _____ Tel.: _____

Empfohlene Weiterbehandlung (Kopie der Medikamentenverordnung)

Ansprechpartner/in der Station für Rückfragen:

Name: _____ Tel.: _____

(Funktionsbezeichnung)

_____ Datum

_____ Unterschrift (mit Funktionsbezeichnung)

Patientenüberleitung

Gesundheits- und Pflegekonferenz Bundesstadt Bonn

Anlage: Allgemeinpsychiatrie

STATIONÄRE AUFNAHME / ENTLASSUNG AM _____

MERKMALE DER JÜNGEREN ENTWICKLUNG (i.S. von vermuteten Ursachen) _____

ART DER BESTEHENDEN ODER GEPLANTEN HILFEN (Ansprechpartner mit Telefon bzw. eMail-Adresse)

Psychiatrische Pflege / APP _____
 Ambulant Betreutes Wohnen (BeWO) _____
 Sozialpsychiatrisches Zentrum _____
 Arbeits-/Beschäftigungsstätte _____
 Sonstige Hilfen _____

Angehörige/(Ehe-)Partner/Kinder: _____ **Telefon:** _____

Rechtliche Vertretung: _____ **Telefon:** _____

Wohnsituation: eigene Wohnung betreutes Wohnen Wohnheim andere Wohnform

Sozialkontakte: vorhanden problematisch fehlend

Berufstätig: ja nein bzw. **Arbeitsmaßnahme:** ja nein

Besondere psychosoziale Aspekte:

zum Beispiel	nein	ja	zeitweise	nein	ja	zeitweise
Aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antriebsminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umtriebigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression / Manie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kotenschmierern / Kotessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinationen / Wahrnehmungsstrgg.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apraxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst (vor _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agnosie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

MEDIKAMENTE:

Name des Medikaments	Dosierung	Einnahmesicherheit vor stationärer Aufnahme

Wann und wo ist der nächste Termin beim Facharzt / in der Institutsambulanz?

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Name der Ärztin / des Arztes: _____

AnsprechpartnerIn der Station (für Rückfragen)

Name: _____ Funktion (z.B. EntlassmanagerIn): _____ Telefon: _____

Telefon: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

7.11.5 Impulstagung „Drehtür-Psychiatrie und kein Ende?“

LVR-Klinik Bonn

**Einladung zur
Impulstagung der Verbundkooperation Bonn**

„Drehtür-Psychiatrie und kein Ende?“

Von der zufälligen zur strukturellen Zusammenarbeit –
Möglichkeiten eines koordinierten psychiatrischen
Hilfesystems

Ort: LVR-Klinik Bonn, Haus 10 (Teestube / Gymnastikhalle)

Datum: **Mittwoch, 30.06.2010, 13 – 18 Uhr**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Sinne einer bedarfsgerechten Hilfestellung ist es notwendig, die
Patienten / Klienten bezogenen Prozesse systematisiert zu gestalten und
zu managen.
Hierbei ist die Tragfähigkeit von Kooperationsbeziehungen zwischen den
Akteuren immer wieder neu gefordert. Zur Verfestigung einer
Zusammenarbeit werden wir gemeinsam im Dialog

- Vorgehensweisen überprüfen und Schnittstellen identifizieren
- Geeignete Formen von Kooperation, Koordination und
Kommunikation erörtern
- Handlungsstrategien entwickeln

Wir freuen uns auf eine angeregte Impulstagung mit Ihnen und bitten um
Rückmeldung Ihrer Teilnahme unter Angabe der gewünschten
Arbeitsgruppe **bis zum 10.06.2010**

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Dr. Christian Burgmann
Dagmar Paternoga
für die Verbundkooperation Bonn

*Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir diese Einladung auf elektronischem Wege verbreiten.
aus organisatorischen Gründen ist ein Postversand nicht möglich. leiten Sie die Einladung gerne
auch an Personen oder Institutionen weiter, die Interesse an diesem Thema haben könnten.*



Qualität für Menschen

LVR-Klinikverbund

Verbundkooperation Bonn

LVR-Klinik Bonn
Stadt Bonn
Bonner Verein für
gemeindenähe Psychiatrie e.V.
Caritas, Bonn
Diakonisches Werk Bonn und
Region – gemeinnützige GmbH

Programm

13 – 13.30 Uhr	Anmeldung, Registrierung, Mittagsimbiss
13.30 Uhr	Begrüßung durch den Klinikvorstand der LVR-Klinik Bonn Prof. Biniak
13.45 Uhr	Einführung in das Thema: Oberarzt Dr. Ch. Burgmann
	Zwei kurze Fallbeispiele D. Paternoga, Sozialarbeiterin, LVR-Klinik Bonn
14.15 Uhr	Erfahrungen aus der Verbundkooperation Düsseldorf: A. Withalm, Psychiatriekoordinator der Stadt Düsseldorf
14.45 Uhr	Kaffeepause
15.00 Uhr	Arbeiten in den Arbeitsgruppen: 1) Werkzeuge/Instrumente (Überleitungsbogen, Hilfevereinbarung), Kommunikation basiert auf verlässlichen Strukturen. Unser Beitrag zu diesen Strukturen ist der Überleitungsbogen, den wir Ihnen vorstellen und mit Ihnen diskutieren möchten. 2) Zukunftswerkstatt Verbundkooperation Mit einem lebendigen Austausch und Reflexion des bisherigen Erfahrungspotentials mit verschiedenen Kooperationen steigen wir in die Zukunft ein. Im Verlauf des Workshops werden wir gemeinsam Ihre neuen Ideen und Lösungen zu einer verbindlichen Zusammenarbeit sammeln.
16.15 Uhr	5 Min. Pause
16.25 Uhr	Podium Diskussion der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen Besetzung des Podiums: M. van Brederode, Dezernat 8 1 Vertreter des LVR-Dezernat 7 U. Slikens, Psychiatriekoordinatorin der Stadt Bonn D. Budde, Betreuungsbehörde Bonn Dr. M. Dahm, niedergelassener Facharzt Dr. Ch. Burgmann, LVR-Klinik Bonn (Moderation)
17.00 Uhr	Perspektiven der Gemeindepsychiatrie Vortrag von Nils Greve, PTV Solingen
17.45 Uhr	Ende

Die Veranstaltung ist mit 6 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Bitte melden Sie sich bis zum 10.06.2010 an - entweder per Mail an
dagmar.paternoga@lvr.de oder telefonisch unter der Tel.-Nr. 0228 551 3126 an und
teilen uns mit, an welcher Arbeitsgruppe Sie teilnehmen möchten.

7.11.6 Auswertung PANAMA – Text

Auswertung des Projektes

„PANAMA – Persönliches, aufsuchendes NachsorgeManagement“

Beginn: 01.10.2009

(wird nach Beendigung des vom LVR geförderten Modellprojektes „Verbundkooperation Bonn“ am 31.12.2010 durch die Abteilungen der Allgemeinpsychiatrie der LVR-Klinik Bonn seit 01.01.2011 weitergeführt)

In den Jahren 2006 – 2008 gab es in der LVR-Klinik Bonn im Bereich der Allgemeinpsychiatrie insgesamt **132 Patienten** mit Wohnsitz in Bonn, die im Dreijahreszeitraum mehr als 199 Tage stationäre Verweildauer aufwiesen („Langlieger“). Die Anzahl der Bonner Patienten, die in den drei Jahren häufiger als sechs mal stationär aufgenommen wurden, betrug **53** („Viellieger“).

Diese beiden Patientengruppen stellen die Zielgruppe von PANAMA dar. In der Vorbereitungsphase wurden alle 185 Einzelfälle analysiert, wobei sich herausstellte, dass vielfach ein günstiger Verlauf eine zusätzliche Hilfe im Sinne des Projektes bereits überflüssig gemacht hatte.

Für das Pilotprojekt PANAMA wurde eine Höchstzahl von 20 Patienten geplant, für die in jedem Einzelfall mit allen am Hilfeprozess Beteiligten geprüft wurde, ob und wie eine Verbesserung der ambulanten Versorgung bedarfsgerecht und vom Patienten gewünscht umgesetzt werden konnte. Dabei war und ist ein Ziel von Panama, die Hilfeangebote aufeinander abzustimmen (Vermeidungen von Überschneidungen der Angebote und nötigenfalls Ergänzungen) und die Behandlungs- und Betreuungskontinuität zu sichern.

In einem systematischen Prozess wurde entweder eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Hilfeleistung erbracht, um die gemeinsam vereinbarten Ziele zu erreichen, oder die Ziele wurden gemeinsam überdacht und die Unterstützungsleistungen dementsprechend neu angepasst.

Es wurde ein Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg hergestellt. Unter Beachtung der Autonomie der Patienten wurden die Ressourcen im Klient- und Unterstützungssystem optimal genutzt und neu auftretender Bedarf angemessen versorgt.

Konkretes Vorgehen der Sozialarbeiterin in PANAMA

- Vorabklärung, ob für die Person die Nachsorge bzw. ambulante Dienstleistung bedarfsgerecht ist
- Gemeinsam mit den Betroffenen, den Betreuern, Angehörigen, Kostenträgern etc. Definition der Bereiche, für die die Patienten Hilfe erhalten sollten

- 2 -

- Berücksichtigung bisheriger Bewältigungsversuche und vorhandener Ressourcen
- Vereinbarung von Zielen und Hilfeplanung
- Koordinierung der Hilfen durch die Sozialarbeiterin von PANAMA
- Einsatz des in einer Arbeitsgruppe der Verbundkooperation Bonn entwickelten **Patientenüberleitungsbogens** für eine bessere Verzahnung zwischen „stationär“ (LVR-Klinik Bonn) und „ambulant“ (ambulante Leistungsanbieter, niedergelassene Ärzte, Institutsambulanz, gesetzliche Betreuer, Wohnheime etc.)
- Entwicklung von PANAMA im Laufe des Jahres 2010 zu einer Anlaufstelle für sog. „Drehtürpatienten“ der allgemeinspsychiatrischen Abteilungen der LVR-Klinik Bonn.

Ergebnisse

Zunächst war es schwierig, in der Struktur eines psychiatrischen Großkrankenhauses für einen aufsuchenden Sozialdienst zu sensibilisieren und zu werben. Im Laufe des Jahres 2010 stieg die Akzeptanz für diese Art der Arbeit soweit, dass die Sozialarbeiterin von PANAMA für die Stationsärzte zu einer Art „Anlaufstelle bei schwierigen (Drehtür-)Patienten“ wurde.

Die Zusammenarbeit mit der Institutsambulanz gestaltete sich von Beginn an einfacher und berufsgruppenübergreifend.

Die Akzeptanz und die Zusammenarbeit mit den ambulanten Diensten, gesetzlichen Betreuern und den Mitarbeitern von Wohnheimen, kurz: mit den extramuralen Beteiligten war von Anfang an gegeben und wurde von den Patienten begrüßt, da sie schnell einen Vorteil für sich erkennen konnten.

Eine Ausnahme bildeten leider die niedergelassenen Ärzte mühselig, die – bis auf wenige Ausnahmen – eine Zusammenarbeit nicht wünschten.

Durch die Einführung und Umsetzung des „Patientenüberleitungsbogens“ konnte die Kommunikation zwischen dem stationären und ambulanten Bereich insgesamt strukturell verbessert werden.

Die meisten der aktuell 25 (März 2011) in PANAMA eingeschlossenen Patienten profitierten von dieser Art aufsuchender Nachsorge.

Im Laufe der Projektdauer mussten zwei Patienten wegen Gewalttätigkeit gegenüber Mitarbeiterinnen und zwei Patienten wegen mangelnder Mitwirkungsfähigkeit aus der Behandlung wieder ausgeschlossen werden. Die intensive Betreuung führte bei fast allen Patienten zu einem Rückgang der kumulierten Behandlungstage (siehe Grafik!), wobei auf den zum Teil verhältnismäßig kurzen Beobachtungszeitraum einschränkend hingewiesen sei. Aussagekräftig sind diese Daten daher lediglich als Indikatoren eines Trends.

Neben diesem objektiven Parameter zählt für die Patienten vor allem, dass sich ihre Lebenszufriedenheit und ihre Gesundheit verbesserten und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wieder möglich wurde durch ver-

- 3 -

schiedenste Aktivitäten, zu denen die Sozialarbeiterin die Betroffenen motivieren konnte (Arbeit und Beschäftigung, Hobbys, Sport, Kurse verschiedenster Art vom Englisch-Kurs in der VHS über PC Kurse sowie Trommelkursen oder Teilnahme an einem Preiswettbewerb für Gedichte). Auch hier wurde darauf geachtet, die individuellen Ressourcen und Vorlieben zu nutzen.

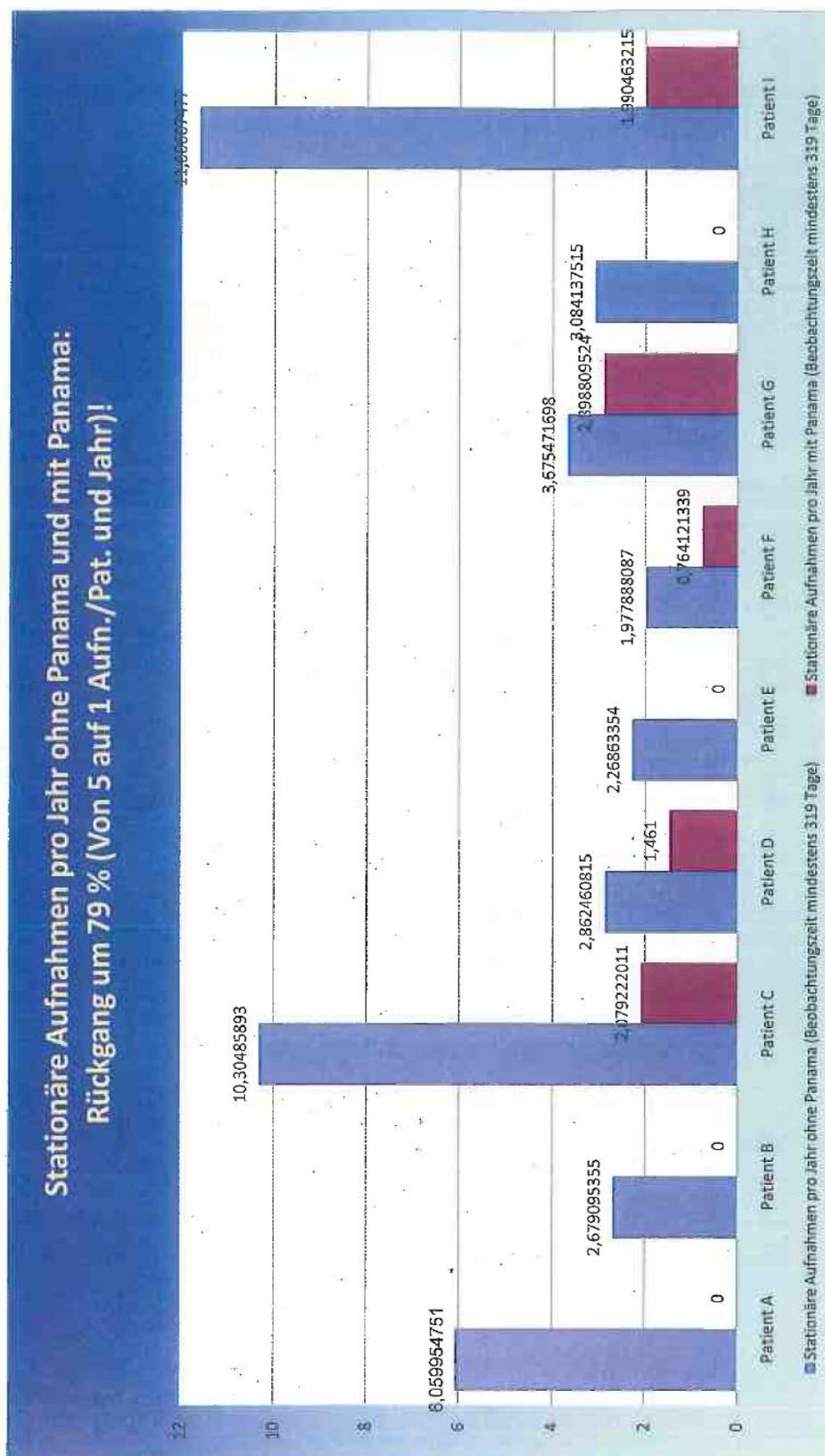
Ausblick

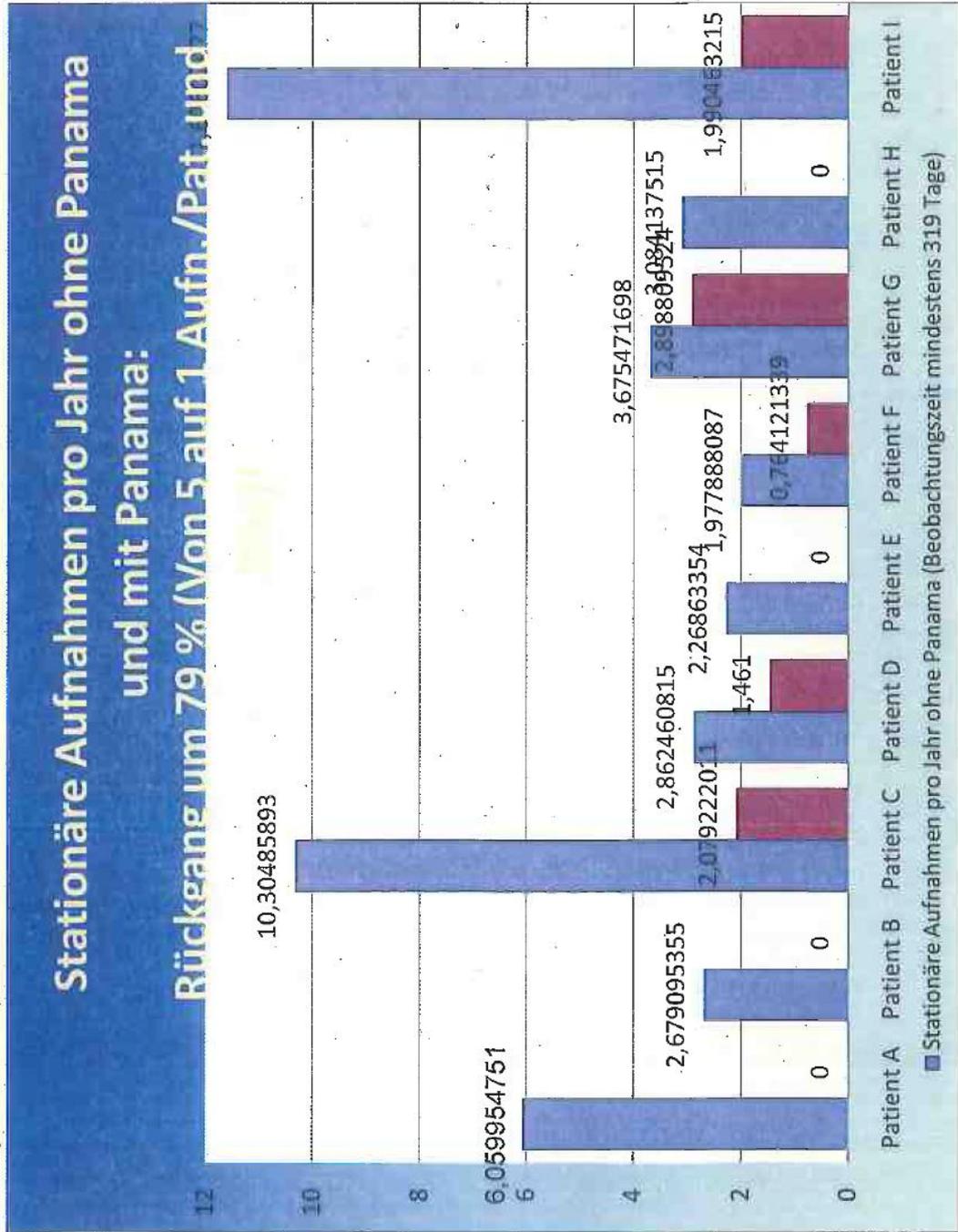
Das Projekt PANAMA wird für die allgemeinspsychiatrischen Abteilungen der LVR-Klinik Bonn weitergeführt.

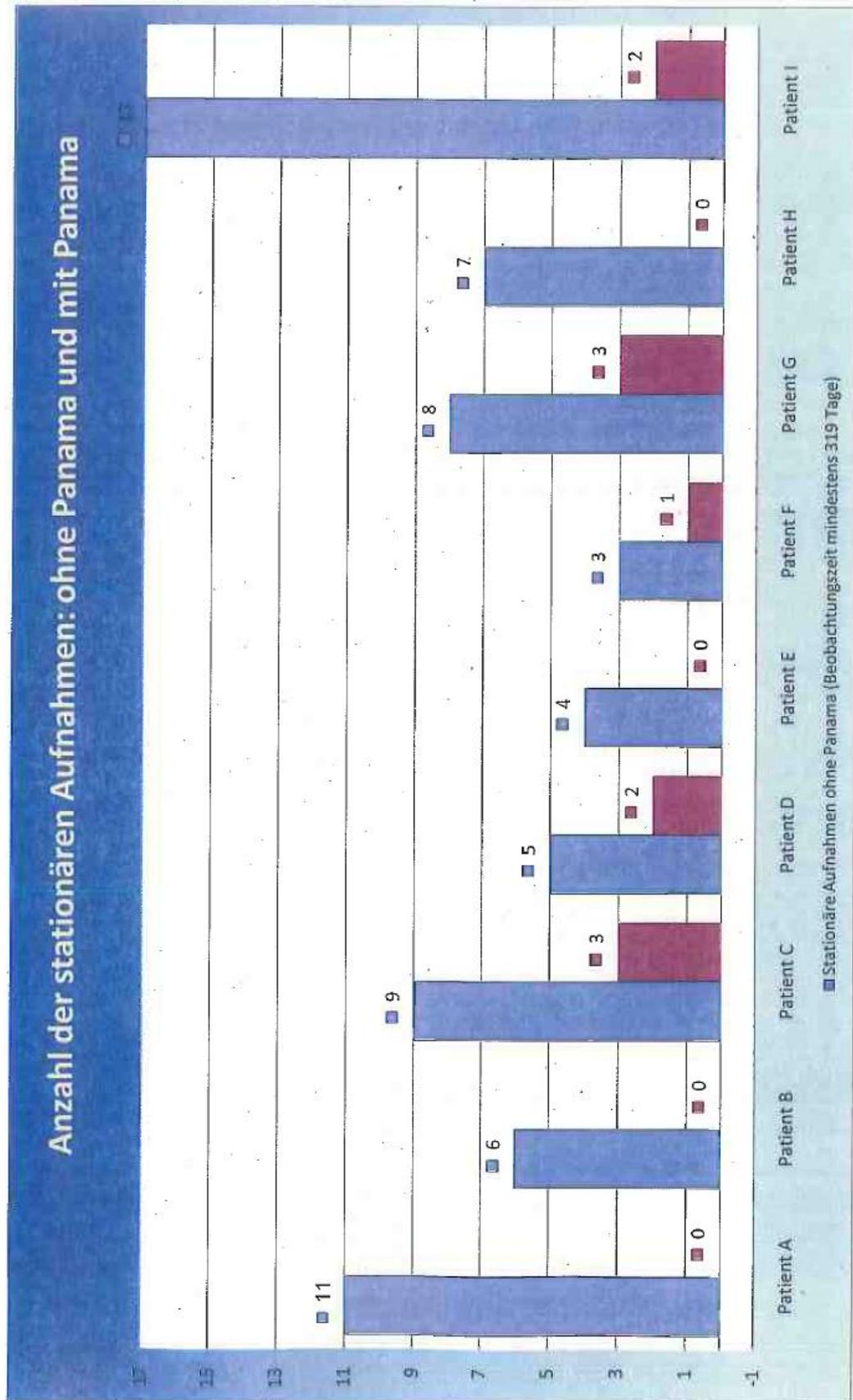
Der Patientenüberleitungsbogen wird in der Verbundkooperation Bonn im Laufe des Jahres umgesetzt (bisher nur im PANAMA-Projekt lückenlos eingeführt).

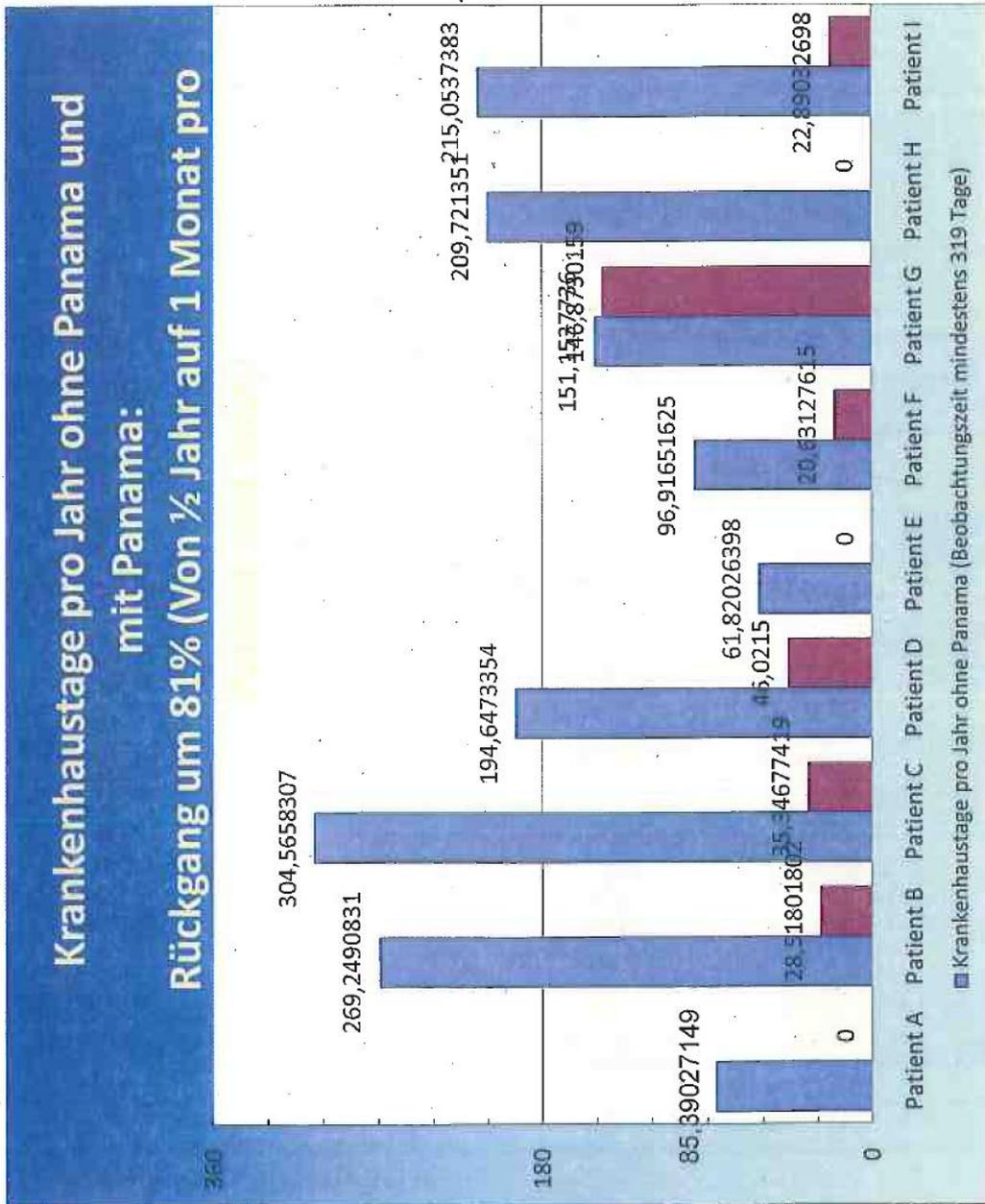
Das Gesundheitsamt der Stadt Bonn hat „unseren“ Überleitungsbogen in den für alle Bonner Krankenhäuser eingeführten Patientenüberleitungsbogen als Anhang für die „Psychiatrie“ integriert.

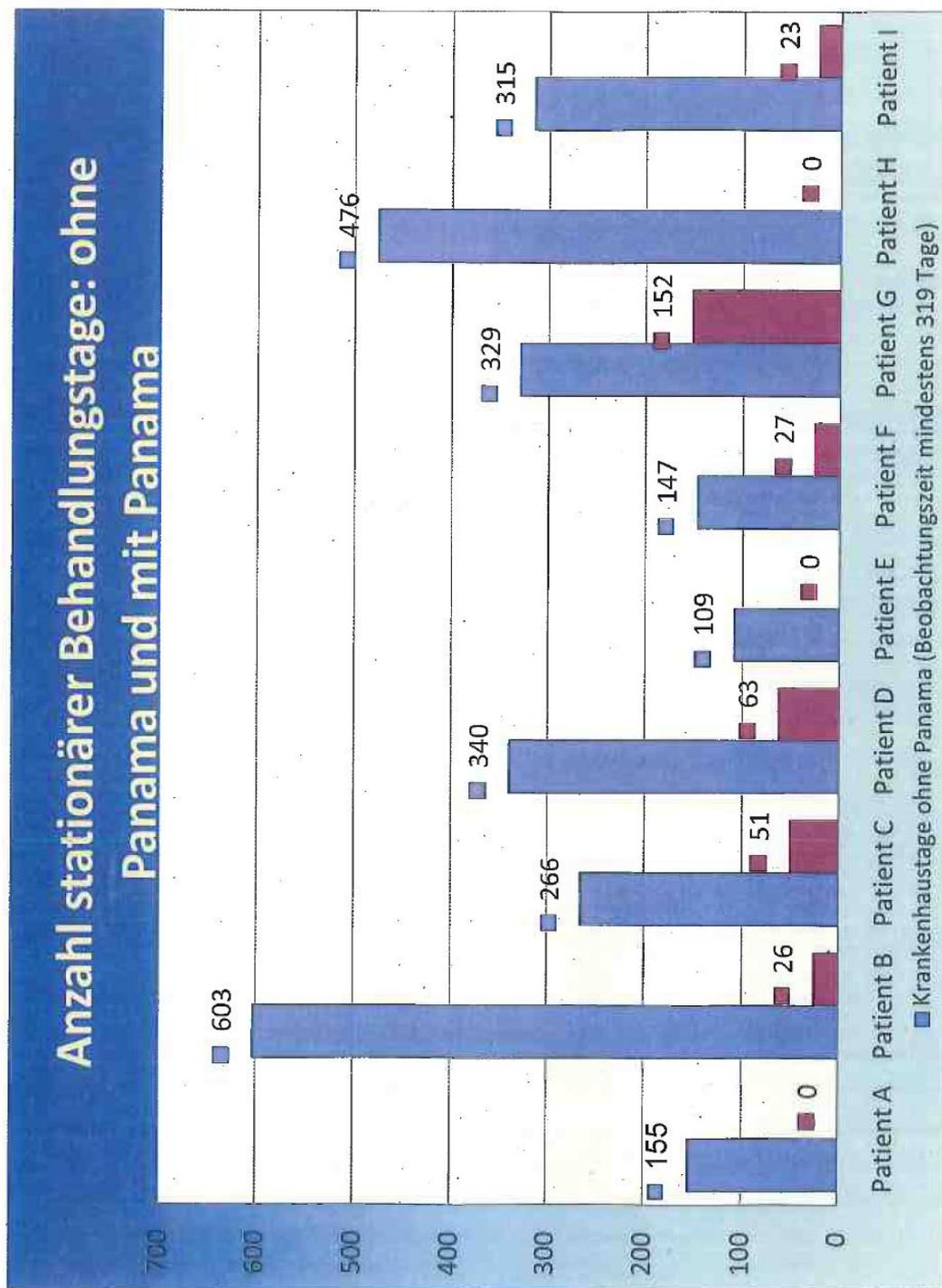
7.11.7 Stationäre Aufnahmen ohne und mit PANAMA











7.12 Düsseldorf

7.12.1 Ärztlich Psychiatrische Sprechstunden



Ärztlich Psychiatrische Sprechstunden

im **café pur**

Ein Angebot des LVR-Klinikums Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
in Fortsetzung der Verbundkooperation in den
Räumen der **Diakonie Düsseldorf**

Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

Straßenbahnlinien

707, 708

Buslinien

721, 722, 725, 736

Haltestelle

Mintropplatz



Ergänzende Informationen

Nach Absprache kann ab drei Patientinnen bzw. Patienten die Sprechstunde auch alternativ in einer anderen Einrichtung der Obdachlosenhilfe erfolgen.

Start: Oktober 2013

7.13 Essen

7.13.1 Selbstbewertungen

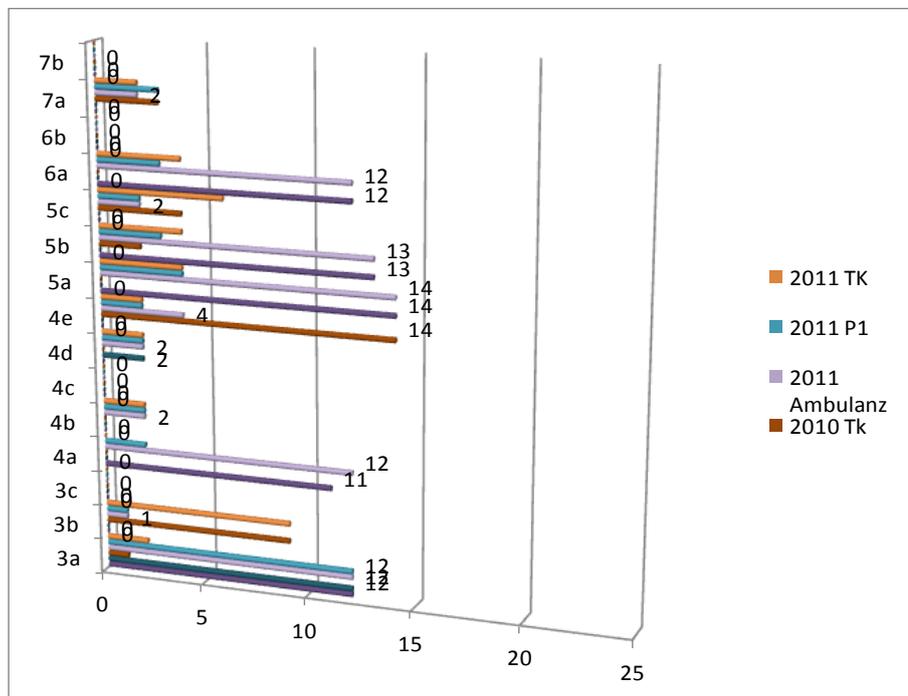


Abb. 1: Vergleich der Selbstbewertung in den Teilkriterien 3-7 am LVR-Klinikum Essen in den Jahren 2010 und 2011

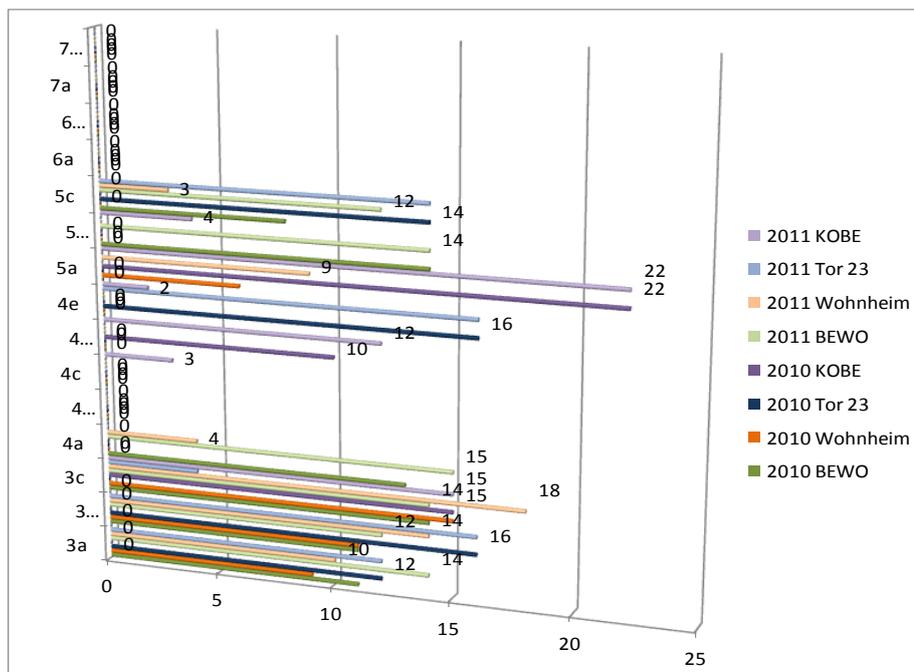


Abb. 2: Vergleich der Selbstbewertung in den Teilkriterien 3-7 bei den Essener Kontakten in den Jahren 2010 und 2011

7.13.2 Geschäftsordnung

§1 Ziele

Die Einführung eines netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements (NBQM) bietet die Möglichkeit, die Vernetzung in der kommunalen psychiatrischen Versorgung systematisch weiter zu entwickeln sowie Kooperations- und Kommunikationshemmnisse zu reduzieren. Ziel ist es, Kooperation, Koordination und Vernetzung von Mitgliedern des regionalen Verbundes mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen zu fördern.

§2 Aufgaben und Kompetenzen

- (1) Das Lenkungsgremium entwickelt Handlungsempfehlungen und wirkt dadurch wegweisend für die zukünftige Ausrichtung der sozialpsychiatrischen Versorgung. Das Lenkungsgremium entwickelt und begleitet die kontinuierliche Verbesserung der Zusammenarbeit und der Leistungserbringung in der sozialpsychiatrischen Versorgung. Erhobene Daten sowie die Entwicklung der Kooperation werden bewertet und bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen in Absprache mit allen Prozessbeteiligten initiiert.
- (2) Das Lenkungsgremium setzt Unterlenkungsgremien zu spezifischen Themenfeldern ein. Das Lenkungsgremium wird obligatorisch durch ein Mitglied in jedem Unterlenkungsgremium vertreten.
- (3) Die in dem Lenkungsgremium vertretenen Institutionen verpflichten sich, die erarbeiteten Handlungsempfehlungen in der praktischen Arbeit zu erproben.
- (4) Die Autonomie der einzelnen Träger und Einrichtungen bleibt unberührt. Entscheidungen, die die Autonomie eines Trägers berühren könnten, werden nur im Konsens mit dem jeweiligen Träger getroffen.
- (5) Das Lenkungsgremium macht die entwickelten Strategien und Handlungsempfehlungen gegenüber der Fachöffentlichkeit bekannt.
- (6) Rückmeldungen über die praktische Umsetzung der Empfehlungen des Lenkungsgremiums werden durch das Lenkungsgremium regelmäßig erfasst und fließen in den weiteren Arbeits- und Entscheidungsprozess des Lenkungsgremiums ein.

Stand 05.03.2010

Version 2.0

- (7) Das Lenkungsgremium erarbeitet ein gemeinsames Leitbild, in dem Grundsätze der Zusammenarbeit und der gemeinsamen Arbeitshaltung festgeschrieben werden. Das Leitbild benennt zentrale Werte, die das Selbstverständnis der Mitglieder des Lenkungsgremiums wiedergeben und die das Entstehen einer gemeinsamen Organisations- und Kooperationskultur fördern sollen.

§3 Mitgliedschaft

- (1) Die Mitglieder des Lenkungsgremiums setzen sich zusammen aus den fachlichen Leitungsebenen und bevollmächtigten Vertretern der Einrichtungen und Vereinigungen, die an der psychiatrischen Versorgung beteiligt sind. Die Mitglieder müssen durch ihre Institutionen legitimiert sein.
- (2) Im Einzelnen zählen zum Lenkungsgremium:
LVR-Klinikum Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vertreten durch Fr. Dr. Klein, Pflegedienstleitung des LVR-Klinikum Essen, vertreten durch Fr. Schwarzfischer, Fr. Trope, Essener Kontakte e.V., vertreten durch Fr. Geffert, Projekt-Koordination, vertreten durch Fr. Meiler (LVR-Klinikum Essen), Frau Klee (Essener Kontakte e. V.),
Psychiatriekoordinatorin der Stadt Essen, Fr. Eifert,
Sozialer Dienst des LVR-Klinikums Essen, vertreten durch Fr. Brings,
Verein Angehöriger psychisch Kranker, vertreten durch Fr. Twardon.
- (3) Die Aufnahme neuer Mitglieder in das Lenkungsgremium bedarf eines gemeinsamen einstimmigen Beschlusses des Lenkungsgremiums.
- (4) Auf Beschluss des Lenkungsgremiums können Experten beratend an Sitzungen der Gremien und Arbeitsgruppen teilnehmen.

§4 Sitzungsleitung und Einberufung zu Sitzungen

- (1) Die Koordination des Lenkungsgremiums erfolgt durch Vertreter des LVR-Klinikums Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und des Essener Kontakte e.V..

Stand 05.03.2010

Version 2.0

- (2) Die Einladung zu den Treffen erfolgt durch einen Vertreter des LVR- Klinikums Essen.

§5 Sitzungshäufigkeit und Sitzungsablauf

- (1) Das Lenkungsgremium tritt jährlich mindestens viermal zusammen, weitere Sitzungen werden nach Bedarf einberufen. Hinzu kommen regelmäßige Sitzungen der Unterlenkungsgremien.
- (2) Über die Sitzungen der Gremien und Arbeitsgruppen werden Niederschriften angefertigt. Diese werden in der jeweils nächsten Sitzung unter Top 1 behandelt.
- (3) Daneben wird eine „Liste offener Punkte“ geführt, die bei den Treffen des Lenkungsgremiums jeweils unter Top 2 bearbeitet wird. Gepflegt wird sie reihum durch den jeweiligen Protokollführer.
- (4) Die Moderation des Lenkungsgremiums wird durch den Vertreter des LVR-Klinikums Essen und den Vertreter des Essener Kontakte e.V. gestaltet.

Die Moderation der Unterlenkungsgremien erfolgt über den jeweiligen Delegierten des Lenkungsgremiums.

§6 Bildung und Aufgaben der Arbeitsgruppen

- (1) Das Lenkungsgremium und die Unterlenkungsgremien setzen themenspezifische und einzelprojektbezogene Arbeitsgruppen zur Durchführung der Selbstbewertung und weiterer definierter Aufgaben ein.
- (2) Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen erfolgt hierarchieübergreifend nach fachlichen Gesichtspunkten.

§7 Abstimmungen und Beschlüsse

- (1) Die Lenkungsgremien sind auf Konsens angelegte Gremien.
- (2) Das Lenkungsgremium sowie die Unterlenkungsgremien sind beschlussfähig, wenn mindestens zwei Drittel der Stimmberechtigten ihre Stimme abgegeben haben.

Stand 05.03.2010

Version 2.0

- (3) Die Stimmabgabe kann persönlich, schriftlich oder per Mail erfolgen und muss fristgerecht vorliegen.
- (4) Beschlüsse werden auf Grundlage einer zwei Drittel Stimmmehrheit gefasst.
- (5) Jedes Mitglied des jeweiligen Gremiums hat eine Stimme.

§8 Änderung der Geschäftsordnung

Änderungen der Geschäftsordnung können durch einen gemeinsamen Beschluss des Lenkungsgremiums erfolgen.

LVR-Klinikum Essen, Fr. Dr. Klein

Essener Kontakte e.V., Fr. Geffert

Projekt-Koordination, Fr. Meiler

Projekt-Koordination, Fr. Klee

Psychiatriekordinatorin der Stadt Essen, Fr. Eifert

Sozialer Dienst des LVR-Klinikums Essen, Fr. Brings

Pflegedienst-Leitung Bereich AP, LVR-Klinikum Essen,
Fr. Schwarzfischer

Pflegedienst-Leitung Bereich AP, LVR-Klinikum Essen,
Fr. Trope

Verein Angehöriger psychisch Kranker, Fr. Twardon

Stand 05.03.2010

Version 2.0

7.14 Kreis Kleve

7.14.1 Kooperationsvereinbarung

Kooperationsvereinbarung

„Förderung von Verbundkooperation zwischen der LVR-Klinik Bedburg-Hau und Papillon e.V.“

Präambel

Die LVR- Klinik Bedburg-Hau und die sozialpsychiatrischen Zentren des Vereins Papillon wollen die engere Vernetzung ihrer klinischen bzw. extramuralen Leistungsangebote fördern und aktiv gestalten. Dies soll durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement auf der Grundlage einer konkretisierten Kooperationsvereinbarung erreicht werden.

Im Ergebnis einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen der LVR-Klinik Bedburg-Hau und dem Verein Papillon sollen Brüche und Abstimmungsprobleme in den Behandlungs- und Versorgungsverläufen minimiert und qualitativ hochwertige Leistungen, unter Gewährleistung eines Optimums an Behandlungs- und Betreuungskontinuität, sichergestellt werden.

Gemeinsam möchten wir psychisch kranken sowie behinderten Menschen individuelle Hilfestellung und bestmögliche Beratung und Behandlung bieten und sie in Krisen adäquat begleiten.

Perspektivisch sollen nach diesen Leitgedanken alle am Netzwerk der psychiatrischen Versorgung beteiligten Leistungsanbieter angeworben und hinzugezogen werden.

Zielsetzung

Unser Anliegen ist es, Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankung in der LVR-Klinik Bedburg- Hau behandelt werden und bei denen absehbar ist, dass sie aufgrund ihres Krankheitsbildes nach ihrer Entlassung auf weitere Unterstützung angewiesen sind, einen niederschweligen Zugangsweg in die Beratung durch ein SPZ zu ermöglichen.

Bei der individuellen Hilfeplanung mit den Klienten/ Patienten, findet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen statt.

Für Menschen die bereits durch Papillon betreut werden, soll in der Zeit ihrer Behandlung in der LVR-Klinik Bedburg-Hau ein Mitarbeiter vor Ort Ansprechpartner sein. Die Klienten/ Patienten sollen sich durch eine enge Verzahnung der verschiedenen Versorgungsanbieter in besonderem Maße unterstützt fühlen.

Weiter sollen Abstimmungsprobleme in den Behandlungs- und Versorgungsverläufen sowie im Informationsfluss zwischen LVR-Klinik Bedburg-Hau und Mitarbeitern des Papillon e.V. vermieden werden.

Zielgruppe

Die Angebote richten sich an Menschen, die psychisch behindert und oder von Behinderung bedroht sind und in Zeiten intensiver psychiatrischer Therapiebedürftigkeit in der LVR- Klinik Bedburg- Hau ambulant, teilstationär oder zeitweilig stationär behandelt werden.

Auch die Angehörigen der Patienten, ihre Bezugspersonen und andere Ratsuchende unterstützen und beraten wir gerne in Phasen der Orientierung zu einer passenden Hilfestellung für einen nahestehenden psychisch erkrankten Menschen oder bei dessen Begleitung.

Ebenso soll interessierten Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit gegeben werden, sich über die Behandlungsangebote des Netzwerkes der psychiatrischen Versorgung im Kreis Kleve zu informieren.

Leistungsbereiche/ Leistungsumfang

1. Engere Vernetzung der sozialpsychiatrischen Zentren mit der LVR-Klinik Bedburg- Hau durch räumliche Präsenz des Sozialpsychiatrischen Zentrums in der LVR-Klinik

Maßnahmen:

- Ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Zentrums des Papillon e.V. ist an einem Tag in der Woche mit festen Sprechzeiten in der LVR-Klinik Bedburg-Hau in einem Büro im Sozialzentrum vertreten.
- Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Zentrums und der LVR-Klinik Bedburg-Hau können ihre Arbeit in den Angehörigengruppen der Leistungsanbieter vorstellen.
- Ein Shuttlebus ermöglicht einmal wöchentlich nach Anmeldung Besuche im KBZ Kleve auch während des Klinikaufenthalts.
- Auch Angehörige, Ratsuchende und Interessierte können sich über die Angebote psychiatrischer Versorgung informieren.
- Individuelle Hilfepläne werden gemeinsam durch den Sozialdienst der LVR-Klinik Bedburg-Hau und Papillon e.V. erstellt.
- Gemeinsame Angebote des Sozialzentrums und der Kontaktstelle des Sozialpsychiatrischen Zentrums Kleve.
- An Tagen der offenen Tür in der LVR-Klinik Bedburg-Hau stellt auch das SPZ Des Papillon e.V. sich vor.
- Die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe im Sozialzentrum wird auch Papillonklienten angeboten.

Die genannten Maßnahmen sollen bewirken, dass...

- Patienten in ihrer Selbstbefähigung gefördert werden und sich in Eigeninitiative beraten lassen können.
- Hemmschwellen abgebaut werden.
- zeitnahe sozialpsychiatrische Beratung vor Ort stattfindet.
- die Klienten anschaulich an die verschiedenen Hilfsangebote der psychiatrischen Versorgung (gemeinsames Besuchen der Kontakt und Beratungsstelle etc.) herangeführt werden können.
- die Mitarbeiter durch einen besseren Informationsfluss schneller agieren und reagieren können.
- die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfes/ Ressourcenerarbeitung gemeinsam erfolgen kann.
- nahtlose Überleitungen in extramurale Angebote gelebt werden.
- es eine möglichst störungsfreie Kommunikation der Hilfenanbieter untereinander gibt.
- die Patienten durch Flyer und Aushänge auf die neuen Angebote aufmerksam gemacht werden.

Raum- und Sachausstattung:

- Büro im Sozialzentrum der LVR- Klinik Bedburg-Hau
- Laptop mit Anschluss an das Intranet des Papillon e.V. inkl. Drucker
- Telefon/ Mobiltelefon
- Schreibtisch
- Sitzgelegenheit für Beratung (Tisch inkl. 4 Stühle)

Kosten:

Papillon e.V.:

- trägt die Personalkosten für den Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Zentrum.
- trägt die Kosten für einen Shuttlebus, welcher angemeldete Patienten/ Klienten zu fest angebotenen Zeiten zur Kontakt und Beratungsstelle in Kleve begleitet.
- trägt die Kosten für Flyer und auszuhängende Plakate.
- trägt die Kosten für einen Laptop und ein Mobilfunktelefon.

LVR- Klinik Bedburg-Hau:

- stellt die Räumlichkeit kostenfrei zur Verfügung und trägt die erhöhten Betriebskosten.
- trägt die Kosten für den Internet- und Telefonanschluss.

Fazit:

Die zeitlich und räumlich geregelte Präsenz eines Mitarbeiters des Sozialpsychiatrischen Zentrums des Verein Papillon im Sozialzentrum der LVR-Klinik Bedburg-Hau schafft eine wesentliche Voraussetzung für ein verbessertes Schnittstellenmanagement an den Nahtstellen zwischen klinisch- stationärer Behandlung und ambulanter Vor- und Nachsorge bei Patienten/ Klienten mit einem über das medizinische Behandlungsangebot hinausgehenden umfanglichen Beratungs- und Betreuungsbedarf.

2. Patientenpfad

Maßnahmen:

- Der erstellte Patientenpfad ist in den Stationsordnern hinterlegt.
- Jedem Mitarbeiter steht der Patientenpfad mit zugehörigem Prozessablauf zur Verfügung. Der Patientenpfad und die zugehörigen Prozessabläufe bestehen als verbindliche Arbeitsgrundlage in der Zusammenarbeit der LVR- Klinik Bedburg-Hau und Papillon e.V.
- Der Patientenpfad und der Prozessablauf sind im Intranet der LVR-Klinik Bedburg-Hau und des Papillon e.V. für alle Mitarbeiter zugänglich.

Die genannten Maßnahmen sollen bewirken, dass:

- Die Klienten/ Patienten sich bei einem stationären Aufenthalt besser orientieren können.
- Die Mitarbeiter durch eine verbindliche Arbeitsgrundlage Sicherheit darüber haben, was die jeweilige Institution leistet.
- Durch eine Veröffentlichung die Zusammenarbeit der LVR-Klinik Bedburg-Hau mit Papillon e.V. als extramuralem Anbieter transparenter wird für Patienten/ Klienten, Angehörige, gesetzliche Betreuer etc.

Kosten:

Papillon e.V.:

- trägt die Kosten, die entstehen, um den Patientenpfad und die zugehörigen Prozessabläufe den Mitarbeitern des Papillon e.V. zugänglich zu machen.

LVR- Klinik Bedburg-Hau:

- trägt die Kosten, die entstehen, um den Patientenpfad und die zugehörigen Prozessabläufe den Mitarbeitern der LVR-Klinik Bedburg-Hau zugänglich zu machen.
- trägt die Kosten für den Druck und die Laminierung des Patientenpfades für die Stationsordner.

Fazit:

Der Patientenpfad regelt die verbindliche Zusammenarbeit der LVR-Klinik Bedburg-Hau mit einem extramuralen Leistungsanbieter der psychiatrischen Versorgung- hier Papillon e.V. und schafft eine wesentliche Voraussetzung für ein verbessertes Schnittstellenmanagement in den Leistungsbereichen der Begleitung eines Patienten/ Klienten während der Aufnahme, der Behandlungszeit und der Entlassungsphase bei einem stationären Klinikaufenthalt.

3. Klienten/ Patientenbefragung

Maßnahmen:

- Die Kooperationspartner halten einen Fragebogen vor, welcher den Klienten/ Patienten die Möglichkeit bietet, die Arbeit der LVR-Klinik Bedburg-Hau, der sozialtherapeutischen Einrichtung und deren Zusammenarbeit individuell zu bewerten und Verbesserungsvorschläge einzubringen.
- Der Fragebogen wird den Klienten/ Patienten auf der Station zugänglich gemacht.

Die genannten Maßnahmen sollen bewirken, dass:

- den Klienten/ Patienten die Möglichkeit gegeben wird konstruktive Kritik zu äußern.
- die Kooperationspartner unter Einbezug der Klienten/ Patienten ihre Zusammenarbeit verbessern können.

Kosten:

Papillon e.V.:

- stellt Mitarbeiter zur Bearbeitung der Auswertung, sowie Organisation und Durchführung von Gesprächen.

LVR-Klinik Bedburg-Hau:

- stellt Mitarbeiter zur Bearbeitung der Auswertung, sowie Organisation und Durchführung von Gesprächen.

Fazit:

Eine Klienten-/ Patientenbefragung zu Fragen der Kooperation der verschiedenen Leistungsanbieter und deren Zusammenarbeit, dient als wesentliche Voraussetzung die Wünsche der Klienten/ Patienten auf eine konstruktive Weise in den Entwicklungsprozess einer verbesserten Zusammenarbeit zu implementieren.

4. Kooperation im Rahmen der ambulanten Krisenversorgung

Maßnahmen:

- Die fallverantwortlichen Fachkräfte des Papillon e.V. bieten ihren Klienten an, Kriseninterventionspläne auszuarbeiten und diese in den Institutsambulanzen zu hinterlegen.
- Die fallverantwortlichen Fachkräfte hinterlassen, wenn der Klient es zulässt, ihre Kontaktdaten in der Institutsambulanz.
- ½ jährlich finden gemeinsame Teamgespräche statt.

Die genannten Maßnahmen sollen bewirken, dass:

- der Klient sich in „guten Zeiten“ kritisch mit seiner Krankheit auseinandersetzt. Hierbei erfährt er die Unterstützung beider Institutionen.
- die Institutionen im Rahmen der gemeinsamen Krisenintervention enger zusammenarbeiten.
- die Mitarbeiter über die Angebote der jeweilig anderen Institution informiert sind.

Kosten:

Papillon e.V.:

- trägt die Kosten, die entstehen, um den Kriseninterventionsplan den Mitarbeitern des Papillon e.V. zugänglich zu machen.
- stellt Mitarbeiter zur Organisation und Durchführung gemeinsamer Teamsitzungen

LVR-Klinik Bedburg-Hau:

- trägt die Kosten, die entstehen, um den Kriseninterventionsplan den Mitarbeitern der LVR-Klinik Bedburg-Hau zugänglich zu machen.
- stellt Mitarbeiter zur Organisation und Durchführung gemeinsamer Teamsitzungen

Fazit:

Ausgearbeitete Kriseninterventionspläne bieten den Klienten/ Patienten in Krisensituationen, sowie den Mitarbeitern der beteiligten Institutionen Orientierung und Handlungssicherheit. Regelmäßiger Austausch in gemeinsamen Teamsitzungen bietet Möglichkeit die Zusammenarbeit zu reflektieren, das Team und die Angebote der jeweils anderen Institution kennenzulernen.

Prinzipien der Leistungserbringung und Qualitätsmerkmale der Mitglieder des Verbundes

Die Kooperationsvereinbarung regelt die Zusammenarbeit der Leistungserbringer und Leistungsträger bei der gemeinsamen Versorgung psychisch kranker Menschen im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes. Die Kooperationspartner stimmen darin überein, dass die Zusammenarbeit von folgenden Grundsätzen geleitet wird:

- Übereinstimmender Wille zu Transparenz, Offenheit und gegenseitiger Information aller Beteiligten.
- Verbindlichkeit in der Einhaltung von Absprachen und Planungen.
- Erprobung und Evaluation gemeinsamer und aufeinander abgestimmter Maßnahmen u.a. im Hinblick auf Qualitätssicherung.
- Evaluation der vereinbarten Zusammenarbeit/ Kooperation.
- Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams, Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft der Mitarbeiter.
- Die Zusammenarbeit beinhaltet gegenseitige Wertschätzung und Respekt.
- Die Kooperationspartner zielen in ihrer Arbeit darauf ab, den Patient/ Klient optimal zu beteiligen.
- Die Kooperationspartner verpflichten sich zur Nachhaltigkeit.

Kooperation und Koordination

Die Kooperationspartner benennen einen Hauptverantwortlichen für die Arbeit im Lenkungsgremium. Dieses trifft sich jährlich und dokumentiert seine Arbeit. Die Kooperationspartner verpflichten sich, Zweck und Ziel der Kooperationsvereinbarung ständig zu überprüfen, weiterzuentwickeln und angestrebte Veränderungen vor ihrer Einführung mit den Kooperationspartnern im Lenkungsgremium zu besprechen.

Eine enge fachliche Zusammenarbeit mit allen in der regionalen psychiatrischen Versorgung Tätigen ist gegeben und wird intensiviert.

Aufnahme neuer Vereinbarungspartner

Zur Prüfung des Beitritts dient ein Aufnahmegespräch zwischen dem Antragssteller und dem Lenkungsgremium. Hierbei sollten Zielvorstellungen und Vernetzungsmöglichkeiten angeführt und konkrete Vereinbarungen abgesprochen werden.

Inkrafttreten dieser Vereinbarung

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2010 in Kraft und ist unbefristet.

Der Vertrag kann jederzeit in gegenseitigem Einvernehmen der Kooperationspartner schriftlich aufgelöst werden. Zudem kann er von allen Partnern zum Ende eines jeden Monats gekündigt werden. Die Kündigung bedarf ebenfalls der Schriftform.

Die Unterzeichnenden dieser Vereinbarung verpflichten sich, in ihren Institutionen auf deren nachhaltige Umsetzung hinzuwirken. Die Partner sichern sich die Zusammenarbeit und einen regelmäßigen Informationsaustausch zu.

Bedburg-Hau den, _____

Bedburg-Hau den, _____

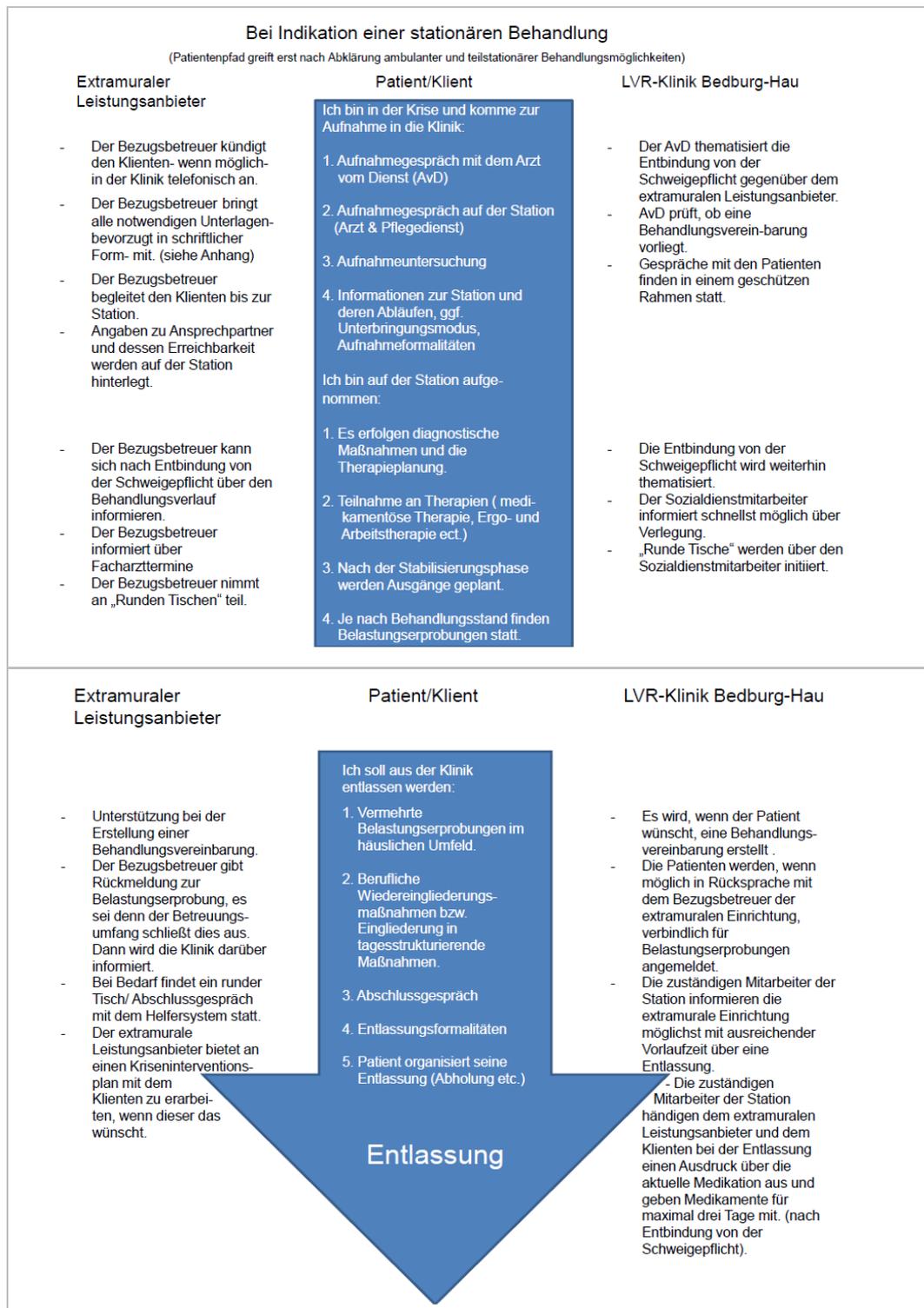
Frau Dr. Marie Brill
(ärztliche Direktorin
LVR-Klinik Bedburg-Hau)

Herr Stephan Lahr
(kaufmännischer Direktor
LVR-Klinik Bedburg-Hau)

Bedburg-Hau den, _____

Herr Olaf Wedekind
(Geschäftsführung Papillon e.V.)

7.14.2 Patientenpfad



7.14.3 Patientenbefragung

Präambel Patientenbefragung

Anhand dieses Fragebogens möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, die Arbeit der LVR-Klinik Bedburg-Hau, der sozialtherapeutischen Einrichtung und deren Zusammenarbeit individuell zu bewerten und Verbesserungsvorschläge einzubringen. Wir erhoffen uns durch Ihre Mithilfe die Zusammenarbeit zwischen der LVR-Klinik Bedburg-Hau und der sozialtherapeutischen Einrichtung zu verbessern, um dadurch Ihren stationären Aufenthalt in der Klinik für Sie so angenehm und erfolgreich wie möglich zu gestalten.

Dieser Fragebogen ist im Rahmen des Projektes „Verbundkooperation der LVR-Klinik Bedburg-Hau mit Papillon e.V.“ entstanden.

Es wäre schön, wenn Sie sich die Zeit nehmen würden und bedanken uns für Ihre Mithilfe.

Datum: _____

<p>1. Wie lange waren Sie in stationärer Behandlung in der LVR-Klinik Bedburg-Hau?</p>	<p> <input type="radio"/> max. 2 Wochen <input type="radio"/> max. 4 Wochen <input type="radio"/> max. 6 Wochen <input type="radio"/> 2 Monate <input type="radio"/> 3 Monate <input type="radio"/> länger als 3 Monate </p>
<p>2. Auf welchen Stationen wurden Sie in dieser Zeit behandelt? (Mehrfachnennungen sind möglich)</p>	<p> <input type="radio"/> 50.1 <input type="radio"/> 50.8 <input type="radio"/> 50.2 <input type="radio"/> 41 <input type="radio"/> 50.5 <input type="radio"/> 58.0 <input type="radio"/> 50.6 <input type="radio"/> SBK <input type="radio"/> 50.7 </p>
<p>3. Wie oft waren Sie vor diesem Aufenthalt in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung in der LVR-Klinik Bedburg-Hau?</p>	<p> <input type="radio"/> nicht <input type="radio"/> 1mal <input type="radio"/> 2mal <input type="radio"/> öfter als 2mal </p>
<p>4. Wie kam es zu dieser stationären Behandlung in der LVR-Klinik Bedburg-Hau?</p>	<p> freiwillig <input type="radio"/> eigene Entscheidung <input type="radio"/> angeregt durch Andere unfreiwillig <input type="radio"/> Betreuungbeschuß <input type="radio"/> PsychKG </p>
<p>5. Waren Sie mit dem therapeutischen Angebot während der stationären Behandlung zufrieden</p> <p>Was hätten Sie sich gewünscht?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p> <input type="radio"/> sehr zufrieden <input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> eher zufrieden <input type="radio"/> eher unzufrieden <input type="radio"/> unzufrieden </p>
<p>6. Seit wann werden Sie durch diese sozialtherapeutische Einrichtung betreut?</p>	<p> <input type="radio"/> weniger als 6 Monate <input type="radio"/> 6 – 12 Monate <input type="radio"/> 1 - 2 Jahre <input type="radio"/> 2 - 3 Jahre <input type="radio"/> länger als 3 Jahre </p>

<p>7. Welches Hilfsangebot der sozialtherapeutischen Einrichtung nehmen Sie wahr?</p>	<p> <input type="radio"/> Tageszentrum (-stätte) <input type="radio"/> WfbM Betreutes Wohnen <input type="radio"/> Wohnheim <input type="radio"/> eigene Wohnung <input type="radio"/> Kontakt- und Beratungsstelle <input type="radio"/> sonstiges _____ </p>
<p>8. Wie oft sind Sie während des stationären Aufenthaltes von den Mitarbeitern der Einrichtung besucht worden?</p>	<p> <input type="radio"/> nicht <input type="radio"/> 1mal <input type="radio"/> 2mal <input type="radio"/> 3mal <input type="radio"/> öfter als 3mal </p>
<p>9. Waren Sie mit den Besuchen zufrieden?</p> <p>Was hätten Sie sich gewünscht?</p>	<p> <input type="radio"/> sehr zufrieden <input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> eher zufrieden <input type="radio"/> eher unzufrieden <input type="radio"/> unzufrieden </p>
<p>10. Waren Sie mit der Unterstützung durch die Einrichtung zufrieden?</p> <p>Was hätten Sie sich gewünscht?</p>	<p> <input type="radio"/> sehr zufrieden <input type="radio"/> zufrieden <input type="radio"/> eher zufrieden <input type="radio"/> eher unzufrieden <input type="radio"/> unzufrieden </p>
<p>11. Hatten Sie außerdem noch Kontakt zu Mitarbeitern der Einrichtung?</p>	<p> <input type="radio"/> schriftlich <input type="radio"/> telefonisch <input type="radio"/> persönlich (Belastungserprobung) </p>
<p>12. Haben Belastungserprobungen stattgefunden?</p>	<p> <input type="radio"/> ja Wieviele? _____ <input type="radio"/> nein </p>
<p>13. Fand zu Beginn der Behandlung ein Gespräch/ Informationsaustausch zwischen der sozialtherapeutischen Einrichtung und der aufnehmenden Station/ AvD statt?</p> <p>Wenn nein, hätten Sie sich ein Gespräch gewünscht?</p>	<p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein </p> <p> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein </p>

<p>14. Wurden Ihre persönlichen Anliegen bei der Behandlung in der Zusammenarbeit mit der LVR-Klinik und der sozialtherapeutischen Einrichtung berücksichtigt?</p> <p>Was hätten Sie sich gewünscht?</p>	<p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>
<p>15. Wurde während der stationären Behandlung eine Behandlungsvereinbarung zwischen Ihnen, der sozialtherapeutischen Einrichtung und der LVR Klinik erstellt?</p> <p>Wenn nein, wünschen Sie den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung?</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>16. Wurden Vereinbarungen mit Ihnen, der sozialtherapeutischen Einrichtung und der LVR Klinik hinsichtlich einer tagesstrukturierenden Maßnahme oder der Wiedereingliederung in das Arbeitsumfeld getroffen?</p> <p>Was hätten Sie sich gewünscht?</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>17. Fanden Gespräche zwischen der Klinik und der sozialtherapeutischen Einrichtung ohne Ihr Beisein statt?</p> <p>Wenn ja, wurden Sie über den Inhalt des Gespräches informiert?</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> weiß ich nicht</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>18. Hatten Sie die Möglichkeit, gegen Ende der stationären Behandlung ein Abschlussgespräch mit der sozialtherapeutischen Einrichtung und dem therapeutischen Team der Klinik zu führen?</p> <p>Was hätten Sie sich gewünscht?</p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>19. Haben Sie Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen der LVR Klinik und der sozialtherapeutischen Einrichtung?</p>	

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung!

7.14.4 Hilfestellung in Krisen

Hilfestellung in einer Krise

1. Wie gehe ich mit einer Krise um?

Woran merke ich, dass ich in eine Krise komme? Welche Signale gibt es?

Was kann ich machen, damit es mir wieder besser geht?

Wen kann ich informieren? Wer kann mich unterstützen oder hat mir ggf. schon mal geholfen?

Von wem fühle ich mich verstanden?

Was tut mir gar nicht gut?

2. Was sollten Andere wissen, um mir zu helfen?

Wer ist mein behandelnder Arzt/ Therapeut/ Betreuer/ ambulanter Dienst?

Welche Medikamente haben mir geholfen, wenn es mir schlecht geht?

Welche Medikamente vertrage ich nicht, welche helfen nicht?

Wenn für mich ambulante Betreuung nicht mehr ausreichend ist, was hilft mir dann? Welche Klinik und welche Station bevorzuge ich (soweit möglich)?

Ich möchte, dass folgende Personen über eine Krise und einen möglichen Klinikaufenthalt informiert werden:

Damit mein Umfeld mir helfen kann ist es wichtig,

dass ich mit meinen Betreuern, meinem Arzt oder einem anderen Vertrauten im Kontakt bleibe (ans Telefon gehe oder die Türe öffne).

dass ich weiß welche **Medikamente** ich zur Zeit bekomme (Medikamentenliste bereithalten) und diese nach ärztlicher Verordnung **einnehme**.

Hier die wichtigsten Nummern im Überblick:

Gesetzlicher Betreuer:

Bezugsbegleiter Betreutes Wohnen:

Sozialpsychiatrischer Dienst: Frau Booth 02821- 85-326 oder Herr Weinreich 02831-391-829

Vertraute Personen (z.B. Verwandte, Freunde, Nachbarn):

Weitere wichtige Personen (z.B. Arbeitgeber, Vermieter):

Arzt:

Ärztlicher Notdienst: 01805-04411005

Apotheke:

Taxinummer:

Notrufnummer: 110

Giftnotruf: 0228-19240

Telefonseelsorge: 0800- 111 0 111 oder 0800 111 0 222

LVR- Klinik Bedburg-Hau

- Institutsambulanz Geldern: 02831-1-333-100

- Institutsambulanz Kleve: 02821- 81- 3050

- Arzt vom Dienst über Klinikpforte: 02821-81-0

St. Nikolaus Hospital Kalkar

- Klinikpforte: 02824-17-0

7.14.5 Konzept SPZ - Beratung im Sozialzentrum

Engere Vernetzung der Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) mit der LVR-Klinik Bedburg-Hau

Situation:

Die LVR-Klinik Bedburg-Hau und der Verein Papillon e.V. wollen die engere Vernetzung ihrer klinischen bzw. extramuralen Leistungsangebote fördern und aktiv gestalten.

Im Ergebnis einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen der LVR-Klinik Bedburg-Hau und Papillon e.V. sollen Brüche und Abstimmungsprobleme in den Behandlungs- und Versorgungsverläufen minimiert und qualitativ hochwertige Leistungen, unter Gewährleistung eines Optimums an Behandlungs- und Betreuungskontinuität, sichergestellt werden.

Gemeinsam möchten wir psychisch kranken sowie behinderten Menschen individuelle Hilfestellung und bestmögliche Beratung bieten und sie in Krisen adäquat begleiten.

Ziel:

Unser Anliegen ist es, Menschen, die aufgrund einer akuten psychischen Erkrankung in der LVR-Klinik Bedburg-Hau behandelt werden und bei denen absehbar ist, dass sie aufgrund ihres Krankheitsbildes nach ihrer Entlassung auf weitere Unterstützung angewiesen sind, einen niederschweligen Zugang in die Beratung durch ein SPZ zu ermöglichen.

Bei der individuellen Hilfeplanung mit den Klienten/Patienten findet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen statt.

Für Menschen, die bereits durch Papillon e.V. betreut werden, soll in der Zeit ihrer Behandlung in der Klinik ein Mitarbeiter vor Ort Ansprechpartner sein. Die Klienten/Patienten sollen sich durch eine enge Verzahnung der verschiedenen Versorgungsanbieter in besonderem Maße unterstützt fühlen.

Weiter möchten wir Brüche und Abstimmungsprobleme in den Behandlungs- und Versorgungsverläufen sowie im Informationsfluss zwischen Klinik- und Papillon-Mitarbeitern minimieren.

Zielgruppe:

Die Angebote richten sich an Menschen, die psychisch behindert und/oder von Behinderung bedroht sind und in Zeiten intensiver psychiatrischer Therapiebedürftigkeit in der LVR-Klinik Bedburg-Hau ambulant, teilstationär oder zeitweilig stationär behandelt werden.

Auch die Angehörigen der Patienten, ihre Bezugspersonen und andere Ratsuchende unterstützen und beraten wir gerne in Phasen der Orientierung zu einer passenden Hilfestellung für einen nahestehenden psychisch erkrankten Menschen oder bei dessen Begleitung.

Ebenso soll interessierten Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit gegeben werden, sich über die Behandlungsangebote des Netzwerkes der psychiatrischen Versorgung im Kreis Kleve zu informieren.

Maßnahmen:

- Ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Zentrums von Papillon e.V. ist an einem Tag in der Woche mit festen Sprechzeiten in der LVR-Klinik Bedburg-Hau in einem Büro im Sozialzentrum vertreten.
- Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Zentrums und der LVR-Klinik Bedburg-Hau können ihre Arbeit in den Angehörigengruppen der Leistungsanbieter vorstellen.
- Ein Shuttlebus ermöglicht einmal wöchentlich nach Anmeldung Besuche im KBZ Kleve auch während des Klinikaufenthalts.
- Auch Angehörige, Ratsuchende und Interessierte können sich über die Angebote psychiatrischer Versorgung informieren.
- Individuelle Hilfepläne werden gemeinsam durch den Sozialdienst der LVR-Klinik Bedburg-Hau und Papillon e.V. erstellt.
- Gemeinsame Angebote des Sozialzentrums und der Kontaktstelle des Sozialpsychiatrischen Zentrums Kleve werden organisiert.
- An Tagen der offenen Tür in der LVR-Klinik Bedburg-Hau stellt sich auch das SPZ des Papillon e.V. vor.
- Die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe im Sozialzentrum wird den Klienten von Papillon e.V. angeboten.

Die genannten Maßnahmen sollen bewirken, dass:

- Patienten in ihrer Selbstbefähigung gefördert werden und sich in Eigeninitiative beraten lassen können.
- Hemmschwellen abgebaut werden.
- zeitnahe sozialpsychiatrische Beratung vor Ort stattfindet.
- die Klienten anschaulich an die verschiedenen Hilfsangebote der psychiatrischen Versorgung (gemeinsames Besuchen der Kontakt- und Beratungsstelle etc.) herangeführt werden können.
- die Mitarbeiter durch einen besseren Informationsfluss schneller agieren und reagieren können.
- die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfes/Ressourcenerarbeitung gemeinsam erfolgen kann.
- nahtlose Überleitungen in extramurale Angebote gelebt werden.
- es eine möglichst störungsfreie Kommunikation der Hilfeanbieter untereinander gibt.
- die Patienten durch Flyer und Aushänge auf die neuen Angebote aufmerksam gemacht werden.

Raum- und Sachausstattung:

- Büro im Sozialzentrum der LVR- Klinik Bedburg-Hau
- Laptop mit Anschluss an das Intranet des Papillon e.V. inkl. Drucker
- Telefon/Mobiltelefon
- Schreibtisch
- Sitzgelegenheit für Beratung (Tisch inkl. 4 Stühle)

Kosten:

Papillon e.V.:

- trägt die Personalkosten für den Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Zentrums.
- trägt die Kosten für einen Shuttlebus, welcher angemeldete Patienten/Klienten zu fest angebotenen Zeiten zur Kontakt- und Beratungsstelle in Kleve begleitet.
- trägt die Kosten für Flyer und auszuhängende Plakate.
- trägt die Kosten für einen Laptop und ein Mobilfunktelefon.

LVR- Klinik Bedburg-Hau:

- stellt die Räumlichkeit kostenfrei zur Verfügung und trägt die erhöhten Betriebskosten.
- trägt die Kosten für den Internet- und Telefonanschluss.

Fazit:

Die zeitlich und räumlich geregelte Präsenz eines Mitarbeiters des Sozialpsychiatrischen Zentrums des Vereins Papillon e.V. im Sozialzentrum der LVR-Klinik Bedburg-Hau schafft eine wesentliche Voraussetzung für ein verbessertes Schnittstellenmanagement an den Nahtstellen zwischen klinisch-stationärer Behandlung und ambulanter Vor- und Nachsorge bei Patienten/Klienten mit einem über das medizinische Behandlungsangebot hinausgehenden umfänglichen Beratungs- und Betreuungsbedarf.

7.15 Köln-Mülheim

7.15.1 Abschlussbericht Soziotherapie



Kölner Verein für Rehabilitation e.V.
Beratung, Wohnen und Begleitung für psychisch kranke Menschen in Köln

Kölner Verein für Rehabilitation e.V. Philippstr. 72-74 50823 Köln

KÖLNER VEREIN FÜR REHABILITATION E.V.
- GESCHÄFTSSTELLE -

Philippstr. 72-74
D-50823 Köln
Tel.: 0221-813888-0
Fax: 0221-813888-9
E-Mail: klaus.jansen@koelnerverein.de
Internet: www.koelnerverein.de

Datum: 31.3.2011
Ihr Ansprechpartner: Herr Jansen
Durchwahl: 0221-813888-0

Abschlussbericht Soziotherapie

1. Rahmenbedingungen
2. Startbedingungen des Projektes
3. Aktivitäten zum Aufbau Soziotherapie in Köln
4. Fallbeispiele
5. Auswertung I + II (Stichtage 31.5. 2010 + 31.12. 2010)
6. Endauswertung (Stichtag 31.3. 2011) und Resumee

Kölner Verein für Rehabilitation e.V.
D-50823 Köln | Philippstr. 72-74 | Telefon 0221 - 813888 - 0
Geschäftsführender Vorstand: Heike Pelzer und Klaus Jansen
Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn | BLZ 37050198 | Konto 5842190
Mitglied in der AGPR, DGSP e.V., DVfR, Dachverband Gemeindepsychiatrie
Spitzenverband: Der Paritätische



Qualitätsmanagement
Wir sind zertifiziert für den Bereich Wohnen
Regelmäßige freiwillige Überwachung
nach ISO 9001:2008

1. Rahmenbedingungen

Das Dezernat 8 des Landschaftsverbandes Rheinland fördert in mehreren rheinischen Regionen die Verbundkooperation der LVR Kliniken mit der örtlichen Gemeindepsychiatrie. In Köln finden sich im Projekt zusammen die LVR Klinik Köln Merheim und die Versorgungsregion Mülheim. Klinik und Gemeindepsychiatrie werten die Qualität ihrer bisherigen Zusammenarbeit aus und entwickeln Handlungsansätze zur weiteren Verbesserung.

Darüberhinaus wurde für 2 Jahre mit den Projektmitteln die Einrichtung einer 0,5 Stelle Soziotherapie für psychisch kranke Menschen beim Kölner Verein für Rehabilitation e.V. gefördert. Die Krankenkassen haben die neu gegründete Praxis für Soziotherapie des Vereins anerkannt; der Mitarbeiter Peter Teckhaus, Krankenpflegekraft mit langjähriger Berufserfahrung im stationären und ambulanten Bereich der Psychiatrie, nahm seine Tätigkeit im April 2009 auf und baute das Projekt Soziotherapie auf.

Projektdauer:

01.04.2009 bis 31.03.2011

Zu Beginn des Projektes galt es zunächst niedergelassene Psychiater, Kliniken und Gemeindepsychiatrie über Soziotherapie aufzuklären. Die hohen Anforderungen an die Zulassung einer Soziotherapiepraxis und die vergleichsweise schlechte Vergütung der Soziotherapie haben dazu geführt, dass bundesweit nur sehr wenig Soziotherapeuten tätig sind. Der Kölner Verein gründete in Köln die bislang einzige Praxis, daran änderte sich auch bis zum Ende des Projektes nicht.

Projekt Teilnehmer: Stadt Köln, Gesundheitsamt, LVR- Klinik Köln, LVR Dezernat 8, Krankenkasse AOK , SPZ Köln- Mülheim, Kölner Verein für Rehabilitation e.V.

Projektziel: Implementierung Soziotherapie im Rahmen Verbundkooperation im Bezirk 9 / Köln Mülheim

Praxis / Büro: Im sozialpsychiatrischen Zentrum Köln Mülheim
II Etage
Peter Teckhaus (Mitarbeiter Kölner Verein)
Regentenstrasse 46 – 48
51063 Köln

Kölner Verein für Rehabilitation e.V.
D-50823 Köln | Philippstr. 72-74 | Telefon 0221 - 813888 - 0
Geschäftsführender Vorstand: Heike Pelzer und Klaus Jansen
Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn | BLZ 37050198 | Konto 5842190
Mitglied in der ÄGPR, DGSP e.V., DVfR, Dachverband Gemeindepsychiatrie
Spitzenverband: Der Paritätische



Qualitätsmanagement
Wir sind zertifiziert für den Bereich Wohnen
Regelmäßige freiwillige Überwachung
nach ISO 9001:2008

Soziotherapie Richtlinien:

Soziotherapie soll Krankenhausaufenthalte vermeiden oder verkürzen – oder Krankenhausaufenthalte ersetzen, wenn diese geboten, aber nicht durchführbar sind. Mittel- bis langfristige Behandlungsbedürftigkeit ist Voraussetzung. Die Behandlung besteht in Motivierung und Training zur Inanspruchnahme von medizinischer Behandlung und koordinierender, begleitender Unterstützung auf der Grundlage von definierten Therapiezielen.

Zielgruppe : nach § 37a SGB V schwer psychisch kranke Menschen, die zeitweise oder dauerhaft (medizinische) Leistungen nicht in Anspruch nehmen, auf die sie Anspruch haben.

Abgrenzung: Ambulante Psychiatrische Pflege: Sicherstellung der aktuellen Behandlung bei akutem Behandlungsbedarf. Finanzierung durch Krankenkasse.

Ambulant Betreutes Wohnen: Hilfen zum selbständigen Wohnen; Alltagsorientierung. Finanzierung durch Überörtlichen Sozialhilfeträger.

Zielgruppe: Chronisch psychisch erkrankte, die nicht in der Lage sind selbstständig Behandlungen und andere Hilfen in Anspruch zu nehmen. Folgende Diagnosen nach ICD 10:

Schizophrenie	F20
Schizotype Störung	F21
Anhaltende wahnhafte Störung	F22
Induzierte wahnhafte Störung	F24
Schizoaffektive Störung	F25
Bipolare affektive Störung	F31.5
Schwere depressive Episode	F32.3
Rezidivierende depressive Störung	F33.3
Berücksichtigung der GAF Skala.	

Umfang: Maximal 120 soziotherapeutische Behandlungsstunden in einem Zeitraum bis zu 3 Jahren. Übliche Verordnung von jeweils 30 Therapieeinheiten.
(Nach aktuellen, letztinstanzlichen Gerichtsurteilen sind diese Begrenzungen nicht verbindlich)

**Soziotherapie
Voraussetzungen
Soziotherapeut**

Dipl.Sozialarbeit/pädagogik oder Fachkrankenpflege. Mindestens 3 Jahre psychiatrische Berufspraxis, davon mind. 1 Jahr stationär und mind. 1 Jahr ambulant. Einbindung in gemeindepsychiatrisches Verbundsystem. Anforderungen an Praxisräume. Soziotherapeutische Dokumentation. Anerkennung der Praxisräume und der Soziotherapeuten durch Krankenkasse.

Kölner Verein für Rehabilitation e.V.
D-50823 Köln | Philippstr. 72-74 | Telefon 0221 - 813888 - 0
Geschäftsführender Vorstand: Heike Pelzer und Klaus Jansen
Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn | BLZ 37050198 | Konto 5842190
Mitglied in der AGPR, DGSP e.V., DVfR, Dachverband Gemeindepsychiatrie
Spitzenverband: Der Paritätische



Qualitätsmanagement
Wir sind zertifiziert für den Bereich Wohnen
Regelmäßige freiwillige Überwachung
nach ISO 9001:2008

Voraussetzung
Niedergelassener
Psychiater

Zulassung zur Verordnung von Soziotherapie.
Soziotherapeutischen Behandlungsplan und
Verordnung an Krankenkasse senden. Abrechnung ge-
mäß EBM Ziffer.

Ablauf
(Exemplarisch)

Kontakt zwischen Klient und Soziotherapie
Behandlungsbedarf?
Behandlungswunsch?
Gemeinsamer Besuch bei niedergelassenem Psychiater
Anamnese
Diagnose prüfen
GAF Skala prüfen; zwischen GAF20 und GAF40
5 Probestunden verordnen
Soziotherapeutischen Behandlungsplan erstellen
Verordnung von 30 Std.(max); insgesamt maximal
120 Std. in 3 Jahren
Hauptsächlich Einzeltherapie, aber auch Gruppenthera-
pie (geplant)
Mind. jeden 2. Monat Abstimmung zwischen Patient,
Arzt und Soziotherapeut

Bei der Verordnung von Soziotherapie muss die GAF Skala(Global Assessment of Functioning) Anwendung finden. Verordnung nur für GAF Wert von GAF20- GAF40.

100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.

90-81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).

80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).

70-61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.

60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

50-41 Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).

40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).

Soziotherapie

30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).

20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).

10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafte Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht. **0** Unzureichende Informationen

2. Startbedingungen des Projektes Soziotherapie in Köln

Infragekommende Patienten in Köln wurden zum Zeitpunkt des Projektbeginns soziotherapeutisch nicht versorgt.

Es gab zum Zeitpunkt Projektbeginn 4 Ärzte mit der nötigen Zulassung in Köln, davon war ein Arzt soziotherapeutisch aktiv.

Es ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Anteil von potentiellen Soziotherapie-Patienten entweder keine adäquaten Hilfen erhielt, bzw. ein Teil von ihnen Ambulant Betreutes Wohnen im Rahmen von Eingliederungshilfe zum Wohnen erfuhr.

Die Verschlechterung der Rahmenbedingungen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) hat zu einer Reduzierung der Inanspruchnahme dieses Angebots geführt. Lediglich die ergänzende Finanzierung durch die Stadt Köln hat ein vollständiges Auslaufen dieser Behandlungsmöglichkeit ermöglicht.

Das Instrumentarium der Soziotherapie war aus diesen Gründen in der Versorgungslandschaft Köln fast unbekannt.

3. Aktivitäten zum Aufbau Soziotherapie in Köln

Kontaktaufbau und Besuche bei niedergelassenen Fachärzten mit Zulassung zur Verordnung von Soziotherapie

- Kontakte / Besuche niedergelassene Fachärzte ohne Zulassung
- Kontakte / Klinikärzte, Kliniksozialdienste

Besuche / Informationsaustausch mit externen Soziotherapie- Anbietern

Besuche der Kölner Sozialpsychiatrischen Zentren zwecks Informationsaustausch

Kontakte / Gespräche mit potentiellen Patienten

Unterstützung von Fachärzten bei der Beantragung zur Zulassung für Verordnung Soziotherapie

Unterstützung von Fachärzten bei der Verordnung von Soziotherapie

Vorstellung des Projektes in der PSAG

Vorstellung des Projektes in Abteilungskonferenzen von Kliniken

Vorstellung Projekt -> BTG- Betreuer, Sozialdiensten und anderen

Kölner Verein für Rehabilitation e.V.
D-50823 Köln | Philippstr. 72-74 | Telefon 0221 - 813888 - 0
Geschäftsführender Vorstand: Heike Pelzer und Klaus Jansen
Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn | BLZ 37050198 | Konto 5842190
Mitglied in der AGPR, DGSP e.V., DVfR, Dachverband Gemeindepsychiatrie
Spitzenverband: Der Paritätische



Qualitätsmanagement
Wir sind zertifiziert für den Bereich Wohnen
Regelmäßige freiwillige Überwachung
nach ISO 9001:2008

Mitgliedschaft & Teilnahme Sitzungen des Fachverbandes Soziotherapie
Mitgründung Arbeitskreis „Soziotherapie Rheinland“

Aufnahme der Behandlung von Patienten zur Soziotherapie

Fallbezogene Gespräche in der Konstellation Patient, Arzt, BTG-Betreuer und Soziotherapeut.

Administratives:

Organisation Verordnung und Ausstellung Behandlungsplan -> Krankenkasse

Patientenbezogene Verlaufsdocumentation -> Akte

Organisation und (Info-) Weitergabe Folder, Visitenkarten, Webseite

Recherche und Lektüre relevante Literatur, Webartikel etc.

Fortbildungen, Tagungen

Fallbesprechungen, Vertretungsplanung, Übergaben

Verwaltungsaufgaben -> Anschreiben, Post, Telefon, Mails

Budgetverwaltung und Ausstattung Büro

Projektdokumentation

Fahrzeiten

Fallbeispiele

a.

Herr H.:

Erstkontakt: im November 2009 kennen gelernt, Situation: allein stehender, kinderloser, 56Jahre alter, geschiedener Mann in einer kaum mehr bewohnbaren Wohnung (Schimmel), Frührentner, gelernter Handwerker, nur noch wenige persönliche Kontakte, vielfältige somatische Beschwerden / Erkrankungen und entsprechende Therapien, psychiatrisch in langjähriger Behandlung -> depressive Symptomatik

Zielbestimmung: Nahziele: Verbesserung Tages- und Wochenstruktur, Motivation und Antrieb -> therapeutische Maßnahmen, Ausbau des sozialen Netzes. **Fernziele:** angemessene gesundheitsfördernde Tagesstruktur und Wochenplan, Krankheitseinsicht und -gefühl, Wahrnehmung von Arztterminen, Krisenstrategien, stabile / stabilisierende Beziehungen

Startphase: gemeinsames Arztgespräch -> Verordnung Soziotherapie und soziotherapeutischer Behandlungsplan, wöchentliche Treffen in der Wohnung, Soziotherapiebüro und im Cafe -> Aufbau einer Vertrauensbeziehung -> Themen: Prioritätenliste unerledigter Dinge, Tagesstruktur, Ernährung, Schlaf, finanzielle Situation, therapeutische Termine, Wohnungssituation

Situation Stand 31. 5. 10: wöchentliche Treffen, gemeinsamer Rückblick, positive Rückmeldung meinerseits, wenn geplante Vorhaben auch im Hinblick auf Tag- Nacht- Rhythmus, Ernährung, Termine eingehalten werden, Begleitung zum SKM -> BTG- Betreuung für die Wohnungsangelegenheiten angeregt und eingerichtet (-> Rücksprache mit Gericht), Begleitung zur GAG -> neuer Wohnraum, Begleitung zur Seniorenberatung -> Klärung seniorengerechte Wohnformen für Hr. H.

Weitere Ziele:

Motivation / Begleitung: Klärung / Beendigung Gerichtsprozesse (BTG) Besuch -> sozialpsychiatrisches Zentrum
Terminkoordination Psychiater
„Trainingsplan Ausflüge / Exkursionen“
Liste „angenehme Aktivitäten“

Momentaner Stand 31.3. 11:

Wegen der zunehmenden Verschlechterung der Wohnsituation und entspr. zeitlichem Mehraufwand Betreutes Wohnen SKM in die Wege geleitet. Seit Oktober 2010 regelm. Kontakte zwischen Herrn H. und Bewo- Betreuer.

Soziotherapeutisch wieder bessere Focussierung möglich auf:

- Vorbereitung mediz. Reha / 3-er-Gespräche Hr. H., Ärztin und ich.
- Liste „angenehme Tätigkeiten“, Ausflüge, früh. Interessen, Hobbys

b.
Herr F.:

Erstkontakt: im Oktober 2009 kennen gelernt, Situation : allein stehender, 48jähriger lediger, kinderloser Mann, Frührentner, gelernter Metzger und Pferdepfleger, psychiatrisch in langjähriger Behandlung -> paranoide Symptomatik

Zielbestimmung: Nahziele: Verbesserung Tages – und Wochenstruktur, Krankheitsgefühl und Therapie, Aufbau eines sozialen Netzes. **Fernziele:** angemessene, gesundheitsfördernde Tagesplanung und -struktur, kompetenter, weitgehend selbstständiger Umgang mit Erkrankung, Sinn finden -> private und / oder berufliche Ziele verfolgen

Startphase: gemeinsames Arztgespräch -> Verordnung Soziotherapie und soziotherapeutischer Behandlungsplan, wöchentliche Treffen in der Wohnung, Büro oder außerhalb, Aufbau einer Vertrauensbeziehung -> Themen: Tagesstruktur, Krankheitssymptome (ausgeprägte soziale Ängste und Bedrohungsgefühle), Umgang / eigene Strategien damit und mit therapeutischen Hilfen, soziale Situation

Situation Stand 31.5.10: wöchentliche Treffen, gemeinsamer Wochenrückblick und Rückmeldung meinerseits, Reflektion v. Hr. F. Bemühungen neue Wohnung zu finden, Besprechung Umgang mit Ängsten und Verfolgungsgefühlen in aktueller Wohnung, Begleitung Sozialamt
-> Unterstützung Antrag Grundsicherung, Rücksprache mit behandelnder Psychiaterin

Weitere Ziele:

Motivation / Begleitung: Umgang mit sozialen Ängsten, Bedrohung
Arzttermine und Medikation
Krisenplan
angemessene Beschäftigung, Berufstätigkeit
Tagesstruktur -> Ergotherapie
„Trainingsplan Außenkontakte“

Momentaner Stand 31.3.11:

Seit einigen Wochen verstärkt Thema „neue Wohnung finden“ bei Herrn F. Hr. F. kann akzeptieren, dass meine aktive Unterstützung im Rahmen von Soziotherapie dabei nicht möglich ist, traut sich Umsetzung aber zur Zeit auch ohne (BeWo-) Unterstützung zu. Sein Projekt findet sich in unseren Gesprächen (Thema soziale Ängste, Bedrohung) aber häufig wieder. Aktuell außerdem Thema „Coming Out“, d.h. Kontaktmöglichkeiten unter den besonderen Bedingungen des Herrn F. zu anderen homosexuellen Männern.

c.

Frau E.:

Erstkontakt: im Februar 2010 kennen gelernt, Situation: mit Lebenspartner und dessen Tochter zusammenlebende, 32jährige geschiedene Frau, familiäre Wurzeln in Polen, eigener Sohn (10 Jahre) in Pflegefamilie, Vater des Sohnes lebt in Polen, Ursprungsfamilie ebenfalls in Polen, arbeitslos, keine Ausbildung, psychiatrisch in langjähriger Behandlung, zahlreiche Klinikaufenthalte -> schizophrene Psychose

Zielbestimmung: Nahziele: Zunächst Akzeptanz des Lebenspartners erreichen -> über Soziotherapie informieren, Motivation bei Fr. E. zu regelmäßigen soziotherapeutischen Kontakten erreichen. **Fernziele:** soviel Selbstständigkeit in allen Lebensbereichen wie möglich und gewünscht, regelmäßige Arzttermine, verordnungsgerechte Medikation, befriedigende, weitgehend selbst bestimmte, Beschäftigung, Kontakt zum Sohn, wenn möglich

Startphase: gemeinsames Arztgespräch, längere Orientierungsphase, weil Arzt noch ohne Zulassung / Erfahrung und Fr. E. ambivalent -> im April dann mehrwöchiger stationärer Aufenthalt (Rezidiv), schließlich Anfang Mai Verordnung Soziotherapie, soziotherapeutischer Behandlungsplan liegt dem Arzt zur Unterschrift vor -> dann Weiterleitung Krankenkasse, 14-tägige Treffen im Soziotherapiebüro, Themen: Tagesstruktur, Krankheitssymptome, Ressourcen, Umgang mit Nebenwirkungen Medikamente, soziale Situation

Weitere Ziele: wöchentliche Treffen, wenn Bewilligung der KK
Aufbau einer Vertrauensbeziehung
Aufbau Tagesstruktur & Beschäftigung
Arzttermine und medikamentöse Therapie

Momentane Situation Stand 31.3. 11:

Soziotherapie inzwischen bewilligt

Über Verordnung des Facharztes Begleitung zur Ergotherapie (inzwischen abgeschlossen, Fr. E. wünscht zur Zeit keine Fortsetzung).

Momentan schwierige Kontaktgestaltung. Fr. E. hat mit Hilfe des Lebenspartners einen Zukunftsplan entwickelt:

Heirat, Aufhebung der gesetzlichen Betreuung, keine Medikamente mehr, gesund werden und keine Hilfe mehr brauchen.

Dementsprechend wird Beratungszeit genutzt, um Restmotivation zu erhalten und Perspektiven mit „wenig Hilfe“ als Alternative zu entwickeln.

Ebenso Versuch Einnahme der geringsten wirksamen Dosis Neuroleptika zu erhalten.

Dies auch in gemeinsamen Gesprächen mit Fr. E., mir und gesetzl. Betreuer, sowie behandelndem Arzt. Lebenspartner zur Zeit nicht motiviert / kooperativ.

Kölner Verein für Rehabilitation e.V.

D-50823 Köln | Philippstr. 72-74 | Telefon 0221 - 813888 - 0
Geschäftsführender Vorstand: Heike Pelzer und Klaus Jansen
Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn | BLZ 37050198 | Konto 5842190
Mitglied in der AGPR, DGSP e.V., DVfR, Dachverband Gemeindepesychiatrie
Spitzenverband: Der Paritätische



Qualitätsmanagement
Wir sind zertifiziert für den Bereich Wohnen
Regelmäßige freiwillige Überwachung
nach ISO 9001:2008

4. Auswertung I

Stand 31.05.2010:

Persönlicher Kontakt zu Interessenten	31
Erstgespräche zur Behandlungsaufnahme	22
Zur Zeit in regelmäßigem Kontakt	10
Fachärztliche Verordnungen	7
Kostenübernahmen	3

Stadtgebiet Köln	
Fachärzte mit Zulassung Soziotherapie vor Projektbeginn	4
Fachärzte mit Zulassung Soziotherapie am 31.05.10	9
Fachärzte aktiv im Bereich Soziotherapie vor Projektbeginn	
Fachärzte aktiv im Bereich Soziotherapie am 31.05.10	6

Auswertung II

Stand 31.12.2010

Persönlicher Kontakt zu Interessenten	43
Erstgespräche zur Behandlungsaufnahme	26
Zur Zeit in regelmäßigem Kontakt	13
Fachärztliche Verordnungen	12
Kostenübernahmen	9

Stadtgebiet Köln	
Fachärzte mit Zulassung Soziotherapie vor Projektbeginn	4
Fachärzte mit Zulassung Soziotherapie am 31.05./ 31.12.10	9 / 10
Fachärzte aktiv im Bereich Soziotherapie vor Projektbeginn	
Fachärzte aktiv im Bereich Soziotherapie am 31.05./ 31.12.10	6 / 7

5. Endauswertung Stichtag 31.3. 2011 & Resumee

Persönlicher Kontakt zu Interessenten	55
Erstgespräche zur Behandlungsaufnahme	29
Zur Zeit in regelmäßigem Kontakt	16
Fachärztliche Verordnungen	14
Kostenübernahmen	11

Stadtgebiet Köln

Fachärzte mit Zulassung Soziotherapie vor Projektbeginn	4
Fachärzte mit Zulassung Soziotherapie am 31.12.10/31.3.11	10/10

Fachärzte aktiv im Bereich Soziotherapie vor Projektbeginn	1
Fachärzte aktiv im Bereich Soziotherapie am 31.12.10/31.3.11	7 / 7

Einschätzungen

- Im Stadtgebiet Köln wurde bis zum Projektbeginn bis auf zu vernachlässigende Ausnahmen Soziotherapie nicht angewendet.
- Grund dafür ist eine Kombination aus hohen Anforderungen an die Personalqualifikation des Soziotherapeuten, diagnostischen Einschränkungen des Patientenkreises durch die GAF-Skala und einer niedrigen Vergütung der Leistung durch die Krankenkassen.
- In Folge ist das Instrumentarium der Anwendung der Soziotherapie vollständig unbekannt.
- Es gelingt bislang unbehandelte psychisch kranke Menschen einer regelmäßigen Behandlung zuzuführen.

Hypothesen

- Die Aufklärung über Soziotherapie ist zunächst zeitaufwendig. Nach Ablauf dieser Phase und einem gewissen Bekanntheitsgrad werden sich die Anfragen aber potenzieren.
- Die routinemäßige Umsetzung und Expansion des Betreuten Wohnens verstellt den Blick der Fachwelt auf die Behandlungsform Soziotherapie.
- Der vermehrte Einsatz von Soziotherapie wird die Inanspruchnahme der Eingliederungshilfe senken.

Kölner Verein für Rehabilitation e.V.
 D-50823 Köln | Philippstr. 72-74 | Telefon 0221 - 813888 - 0
 Geschäftsführender Vorstand: Heike Pelzer und Klaus Jansen
 Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn | BLZ 37050198 | Konto 5842190
 Mitglied in der AGPR, DGSP e.V., DVfR, Dachverband Gemeindepsychiatrie
 Spitzenverband: Der Paritätische



Qualitätsmanagement
 Wir sind zertifiziert für den Bereich Wohnen
 Regelmäßige freiwillige Überwachung
 nach ISO 9001:2008

Seite 13 von 13

- Der vermehrte Einsatz von Soziotherapie wird die Inanspruchnahme stationärer Behandlung vermindern.

31. 03. 2011

Peter Teckhaus

Klaus Jansen

Kölner Verein für Rehabilitation e.V.
D-50823 Köln | Philippstr. 72-74 | Telefon 0221 - 813888 - 0
Geschäftsführender Vorstand: Heike Pelzer und Klaus Jansen
Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn | BLZ 37050198 | Konto 5842190
Mitglied in der AGPR, DGSP e.V., DVfR, Dachverband Gemeindepsychiatrie
Spitzenverband: Der Paritätische



Qualitätsmanagement
Wir sind zertifiziert für den Bereich Wohnen
Regelmäßige freiwillige Überwachung
nach ISO 9001:2008

7.15.2 Flyer Angebot für junge psychisch Kranke

CHILL – OUT – BRUNCH



Sonntagsbrunch für junge Erwachsene von 18-27 Jahren

Jeden Sonntag
12.00 - 14.00 Uhr
(außer an Feiertagen)

Bistro im Don-Bosco-Club

Kicker-Tischtennis-Billard-Reden-Info

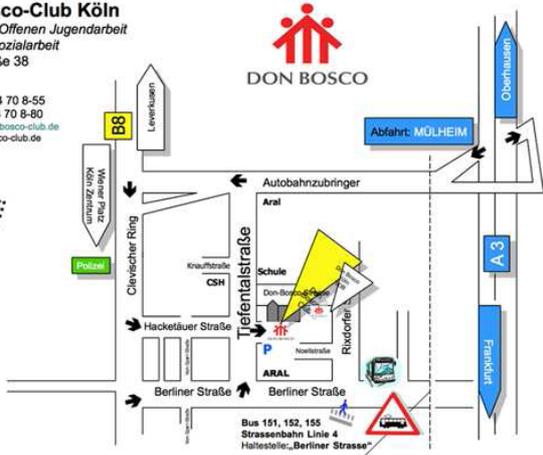
CHILL – OUT – BRUNCH

Treffpunkt für junge Menschen mit einer psychischen Erkrankung zur gemeinsamen Freizeitgestaltung und Möglichkeit der Beratung.

Ein gemeinsames Angebot von Fachleuten verschiedener psychiatrischer Einrichtungen und jungen Psychiatrieerfahrenen.

Ansprechpartner
Michael Steinbach
Tel. 0221-60608527
Mail: michael.steinbach@lvr.de

Don-Bosco-Club Köln
Zentrum der Offenen Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit
Tiefentalstraße 38
51063 Köln
Tel: 02 21 / 64 70 8-55
Fax: 02 21 / 64 70 8-80
e-mail: info@don-bosco-club.de
HP: www.don-bosco-club.de



Gute Fahrt !!!

DON BOSCO

Abfahrt: MÖLHEIM

A3

Oberhausen

Frankfurt

Bus 151, 152, 155
Strassenbahn Linie 4
Haltestelle: „Berliner Strasse“

7.15.3 Flyer Soziotherapie

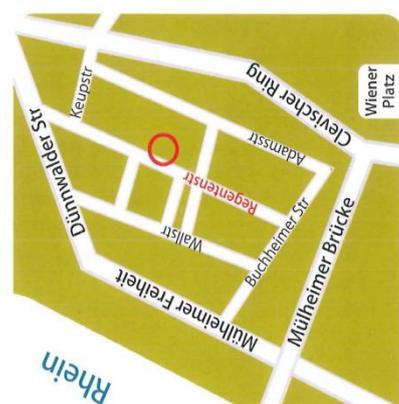
Weitere Kontakte zum Kölner Verein

Beratung, Behandlung, Wohnen und Begleitung für psychisch kranke Menschen in Köln

- **Dreikönigenhaus**
51063 Köln, Wöllstraße 118
0221-96286-0
info@dreikoeningenhaus-koeln.de
- **Machabäerhaus**
50670 Köln, Weißenburgstraße 43-45
0221-7880099-0
info@machabaerhaus.de
- **Tagesstätte im SPZ Köln - Mülheim**
51063 Köln, Regentenstr. 48
0221-9655940
info@tagesstaette-muelheim.de
- **Betreutes Wohnen im SPZ Köln - Mülheim**
51063 Köln, Regentenstr. 48
0221-9655930
info@betreutes-wohnen-koeln-muelheim.de
- **Integrationsfachdienst**
50670 Köln, Baithasarstr.79 / Lupusstr.22
0221-2943444
post@ifdkoeln.de
- **Oskar - Die Kölner Rehaambulanz**
50825 Köln, Oskar-Jäger-Straße 175
0221-995535-0
E-Mail: oskar@koelnerverein.de
- **Praxis für Ergotherapie**
50825 Köln, Oskar-Jäger-Straße 175
0221-995535-24
et-praxis@koelnerverein.de
- **Sozialpsychiatrisches Zentrum Ehrenfeld**
50823 Köln, Philippstr. 72-74,
0221-96567-0
info@spz-ehrenfeld.de
- **Geschäftsstelle Kölner Verein für Rehabilitation e.V.**
50823 Köln, Philippstraße 72 - 74
0221-81 38 88-0
info@koelnerverein.de
www.koelnerverein.de

So finden Sie uns

- **Praxis für Soziotherapie**
im SPZ Köln- Mülheim 3. Obergeschoss
51063 Köln, Regentenstrasse 48
Tel: 0221 - 169 12124
Fax: 0221 - 16932060
Mail: soziotherapie@koelnerverein.de
www.koelnerverein.de
Ihr Ansprechpartner: Herr Teckhaus
- **Anfahrt mit der Straßenbahn**
Mit den Linien 4, 13 und 18 bis Haltestelle Wiener Platz. Durch die Unterführung auf die Buchheimer Straße. Die zweite Straße rechts ist die Regentenstraße.
- **Anfahrt mit dem Auto**
A3 Autobahnabfahrt Köln-Mülheim. An der Ampel links auf den Clevischen Ring, rechte Fahrspur einordnen. Rechts in die Dünnwalder Straße. Erste Möglichkeit links ist die Regentenstraße.





SPZ
Köln-Ehrenfeld

Integrations-
fachdienst

Praxis für
Ergotherapie

BeWo
Köln-Mülheim

OSKAR
medizinische
Rehabilitation

Tagesstätte
Köln-Mülheim

Praxis für
Soziotherapie

Machabäerhaus

Dreikönigenhaus

Praxis für Soziotherapie

51063 Köln, Regentenstr. 48
Tel: 0221 - 16912124
Fax: 0221 - 16932060
E-Mail: soziotherapie@koelnerverein.de
www.koelnerverein.de

Informationen für Patienten, Angehörige und Interessierte



- **Was ist Soziotherapie ?**
Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen, die durch bestimmte psychische Erkrankungen auftreten können.
- **Welche Probleme ?**
Beispielsweise Depressionen oder Ängste, die daran hindern wichtige Termine oder Vorhaben einzuhalten.
- **Was heißt „Unterstützung“ ?**
Nach Planung von Arzt, Patient und Soziotherapeut: Besuche, Begleitungen, Gespräche, Beratung, Kriseninterventionen, Organisation anderer notwendiger Hilfen. Der Patient entscheidet was passiert, Termine werden gemeinsam und einvernehmlich vereinbart.
- **Wer bietet an und wer zahlt ?**
Ein anerkannter Soziotherapeut mit Erfahrungen im klinischen und ambulanten Bereich. Die Krankenkasse bezahlt den Anbieter nach Prüfung der ärztlichen Verordnung und Prüfung der Qualifikation des Therapeuten.
- **Wie fängt man an ?**
Mit einem Informationsgespräch, das Sie mit Ihrem Arzt vereinbaren, und/oder einem unverbindlichen Anruf in der Soziotherapiepraxis. Der Arzt kann Soziotherapie in kleinem Umfang verordnen, der Psychiater mit Zulassung bis zu drei Jahren.

Informationen für Allgemeinärzte



- Wir bieten Ihnen unbürokratische Hilfe, wenn Ihr Patient aufgrund psychischer Erkrankung fachärztliche Hilfe benötigt.
- Wir können nach §37a SGB 5 („ambulante Soziotherapie“), mit ihrer Überweisung und einer Soziotherapieverordnung (Umfang: 3 Stunden) Kontakt zu Ihrem Patienten aufnehmen.
- Das Hilfsangebot richtet sich an Patienten mit langfristigen psychischen Problemen, begrenzt auf schizophrene, depressive oder bipolare Störungen. Andere psychische Erkrankungen (z. B. Sucht, Demenz) können zusätzlich bestehen.
- Wenn Ihr Patient den Wunsch nach Unterstützung äußert, können wir den Kontakt zum Facharzt begleiten.
- Wir entlasten Sie weitest möglich von Bürokratie, regeln und klären alle relevanten Fragen mit der Krankenkasse. Außerdem informieren wir Sie (mit Einverständnis Ihres Patienten) über den Erfolg der Maßnahme.
- Wir kommen zu Informationsgesprächen – mit oder ohne Patient – gerne in Ihre Praxis.
- Zur Vereinbarung von Terminen rufen Sie uns bitte an, oder nutzen Sie unsere Mailadresse.

Informationen für niedergelassene Psychiater und Sozialdienste



- **Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V...**
soll schwer psychisch kranke Patienten in die Lage versetzen, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen.
- soll die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen.
- soll durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen.
- soll koordinierende, begleitende Unterstützung und Handlungsanleitungen auf der Grundlage von definierten Therapiezielen anbieten.
- Sie wird verordnet für chronisch psychisch Erkrankte, die zeitweise nicht in der Lage sind, selbstständig notwendige ärztliche Leistungen und andere Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Wenn möglich sollen Klinikaufenthalte auf diese Weise verhindert werden.
- Nach ICD 10 mit den Diagnosen: F20 – F20.6, F21, F22, F24, F25, F31.5, F32.3, F33.3
- Dazu wird die „Verordnung Soziotherapie“, sowie der „soziotherapeutische Behandlungsplan“ bei der Krankenkasse eingereicht.

7.16 Mönchengladbach

7.16.1 Leitbild der Partnerorganisationen

Vor dem Hintergrund der Beschlüsse des Landschaftsausschusses vom 25.03.2007 und des Gesundheitsausschusses des LVR vom 21.09.2007, über die Förderung von Verbundkooperationen zur gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rheinland, geben sich die unten aufgeführten Projektpartner folgendes Leitbild:

Leitbild

Wir entwickeln und pflegen eine gemeinsame sozialpsychiatrische Grundhaltung. Darunter verstehen wir eine, an den Interessen und Bedürfnissen der Menschen orientierte Haltung, die die sozialen Bezüge als Bedingungsfaktoren für Gesundheit wahrnimmt, anerkennt und fördert.

Aus diesem Verständnis heraus machen wir seelische Gesundheit zum Thema in der Öffentlichkeit.

Wir haben das Ziel den psychisch erkrankten Menschen aus Mönchengladbach, in Mönchengladbach, ein bedarfsgerechtes und personenzentriertes Behandlungs- und Betreuungsangebot zu machen.

Wir übernehmen mit unseren Angeboten eine umfassende Versorgungsverpflichtung in der Region.

Wir beschreiben den Aufbau und die Abläufe unserer Einrichtungen und machen sie transparent.

Im Austausch über die Schnittstellen zwischen unseren Einrichtungen werden Behandlungspfade und übergreifende Fallverantwortlichkeit für den Verbund verbindlich festgelegt.

Wir verpflichten uns zu einer nachhaltigen Zusammenarbeit über die Projektdauer hinaus und verstehen uns als integraler Bestandteil der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung in Mönchengladbach.

Wir informieren die Fachöffentlichkeit in der Region über den Projektverlauf und die Ergebnisse und möchten weitere Verbundpartner gewinnen.

Wir verpflichten uns zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Verbundes im Sinne des Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements.

Die Projektpartner:

LVR-Klinik Mönchengladbach

Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V. Mönchengladbach

Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Mönchengladbach

7.16.2 Kooperationsvertrag

Kooperationsvereinbarung	
für den	
»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«	
<hr/>	
Gliederung	
Gliederung	1
I. Vorbemerkung	3
II. Leitziele.....	5
III. Zielgruppen.....	5
IV. Leistungsspektrum.....	6
V. Qualitätsmerkmale des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Mönchengladbachs	7
1. Einheitliche personenzentrierte Hilfeplanung	7
2. Einbeziehung der Nutzerinnen und Nutzer und Angehörigen.....	7
3. Pflichtversorgung.....	7
4. Kooperation und Koordination innerhalb des GPV sowie mit externen Gremien	8
4.1 Qualitätssicherung	8
4.2 Transparenz und Durchlässigkeit der Leistungen.....	9
4.3 Hilfeplanverfahren und Zusammenarbeit mit der Hilfeplankonferenz.....	9
4.4 Koordinierende Bezugsperson	9
4.5 Beschwerdestelle	10
4.6 Dokumentation und Datenschutz	10
VI. Mitgliedschaft und Stimmrecht.....	10
1. Mitglieder.....	10
2. Vertreterinnen und Vertreter in der Trägerkonferenz.....	10
3. Beitritt.....	11
4. Aufnahmeverfahren	11
5. Kooperationsvereinbarung.....	11
<hr/>	
Seite 1 von 14	

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

6. Beendigung der Mitgliedschaft.....	11
VII. Organisation des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Mönchengladbach	11
1. Trägerkonferenz.....	11
2. GPV MG-Sprecherin/ GPV MG-Sprecher	13

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

I. Vorbemerkung

In Fortführung des Projektes „Förderung von Verbundkooperationen“, welches in den Jahren 2008 und 2009 für die Region Mönchengladbach vom Landschaftsverband Rheinland gefördert wurde, gründen die beteiligten Verbundpartner

- LVR – Klinik Mönchengladbach
- Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V., Mönchengladbach (RehaVerein)
- Intres gGmbH, Mönchengladbach
- Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Mönchengladbach

als Initiatoren einen Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV MG).

Impulse, die in den vergangenen Jahren insbesondere von der Hilfeplankonferenz ausgegangen sind, sollen dabei in die weitere Entwicklung des GPV MG integriert werden.

Zu diesem Zweck schließen die oben aufgeführten Verbundpartner folgende Kooperationsvereinbarung und beantragen die Aufnahme in die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.

Der »Gemeindepsychiatrische Verbund Mönchengladbach« ist ein Zusammenschluss von Leistungserbringern zur Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Das Behandlungs- und Versorgungsangebot des GPV MG umfasst Hilfen in der akuten Erkrankungsphase und, für Menschen, bei denen sich eine Behinderung in Folge der Erkrankung eingestellt hat, auch Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Im Folgenden werden diese beiden Personengruppen als Nutzerinnen und Nutzer oder als Zielgruppe bezeichnet.

Die Verbundpartner verfolgen das Ziel, gemeinsam und unter Beteiligung von Nutzerinnen und Nutzern, die bedarfsgerechte Behandlung, Rehabilitation und Versorgung der oben genannten Zielgruppe in Mönchengladbach sicherzustellen. Dies soll durch die Weiterentwicklung der Versorgung zu einem integrierten, personenzentrierten, regionalen Hilfe-System erreicht werden, welches gemäß Artikel 19 der EU-Behindertenrechtskonvention die unabhängige Lebensführung und Einbeziehung behinderter Menschen in die Gemeinschaft anstrebt.

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

Hierbei ist die enge Kooperation mit den regionalen Gremien und den relevanten Leistungsträgern, insbesondere dem Landschaftsverband Rheinland und der Stadt Mönchengladbach, von besonderer Bedeutung.

Im Sinne der gemeindepsychiatrischen Haltung ist es das Ziel der Gründungsinitiative, jedem, im Rahmen der Versorgung und Behandlung der Zielgruppe tätigen Leistungserbringer in Mönchengladbach, den Beitritt zum »Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach« durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung zu ermöglichen, sofern er bereit und in der Lage ist, die in dieser Vereinbarung beschriebenen Ziele, Inhalte und Verfahren mitzutragen und umzusetzen.

Die Kooperationsvereinbarung regelt die Zusammenarbeit der Leistungserbringer bei der gemeinsamen Behandlung, Rehabilitation und Versorgung der Zielgruppe und fördert zugleich den weiteren Ausbau einer gemeindenahen, sozialpsychiatrischen Versorgung sowie die weitere Entwicklung des »Gemeindepsychiatrischen Verbundes Mönchengladbachs«. Die bestehenden Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen der Verbundpartner bleiben hiervon unberührt. Alle Verbundpartner beachten dabei für ihre Kooperation mit weiteren Kooperationspartnern den Grundsatz der Anbieterneutralität.

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

II. Leitziele

Die Kooperationspartner geben sich folgendes Leitbild:

Wir entwickeln und pflegen eine gemeinsame sozialpsychiatrische Grundhaltung. Darunter verstehen wir eine, an den Interessen und Bedürfnissen der Menschen orientierte Haltung, die die sozialen Bezüge als Bedingungsfaktoren für Gesundheit wahrnimmt, anerkennt und fördert.

Aus diesem Verständnis heraus machen wir seelische Gesundheit zum Thema in der Öffentlichkeit.

Wir haben das Ziel für die genannte Zielgruppe aus Mönchengladbach, in Mönchengladbach ein bedarfsgerechtes und personenzentriertes Behandlungs- und Betreuungsangebot zu machen.

Wir übernehmen mit unseren Angeboten eine umfassende Versorgungsverpflichtung in der Region.

Wir beschreiben den Aufbau und die Abläufe unserer Einrichtungen und machen sie transparent.

Im Austausch über die Schnittstellen zwischen unseren Einrichtungen werden Behandlungspfade und übergreifende Fallverantwortlichkeiten für den Verbund verbindlich festgelegt.

Wir verpflichten uns zu einer nachhaltigen Zusammenarbeit und verstehen uns als integralen Bestandteil der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung in Mönchengladbach.

Wir informieren die Fachöffentlichkeit in der Region über den Aufbau und die weitere Entwicklung des »Gemeindepsychiatrischen Verbundes Mönchengladbach« und möchten weitere Verbundpartner gewinnen.

Wir verpflichten uns zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Verbundes im Sinne des Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements (NBQM).

III. Zielgruppen

Die Verbundpartner des GPV MG richten ihr Leistungsangebot an die Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Mönchengladbach, die in Folge einer psychischen Erkrankung, seelischen Behinderung oder Abhängigkeitserkrankung in unterschiedlichen Lebensphasen einen besonderen Behandlungs- oder Hilfebedarf haben.

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

IV. Leistungsangebot

Das Leistungsangebot des Verbundes soll dazu beitragen, die Versorgung und Behandlung der genannten Zielgruppen in bedarfsgerechtem Umfang sicherzustellen. Fachlich orientiert sich der GPV MG am Krankheits- und Behinderungsbegriff des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Das Leistungsspektrum des GPV MG soll folgende Angebote umfassen:

- niedrigschwellige Beratungsangebote
- psychoedukative Gruppen für psychisch kranke und abhängigkeitskranke Menschen und ihre Angehörigen
- medizinische und psychosoziale Beratung und Krisenintervention
- ambulante medizinische Behandlung
- ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie
- teilstationäre medizinische Behandlung
- stationäre medizinische Behandlung
- medizinische und berufliche Rehabilitation
- offene tagesstrukturierende Angebote
- Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- ambulante Hilfen zum Wohnen und zur Selbstversorgung
- Tagesgestaltung und Beschäftigung
- Stationäre Wohnhilfen

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

V. Qualitätsmerkmale des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Mönchengladbachs

1. Einheitliche personenzentrierte Hilfeplanung

Die Hilfeplanung soll einheitlich anhand eines mit den relevanten Leistungsträgern abgestimmten Verfahrens erfolgen. Ausgangspunkt hierfür ist der Individuelle Hilfeplan (IHP), der vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) auf Basis des Individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) entwickelt wurde. Entsprechende Instrumente anderer Leistungsträger sind hiermit zu verknüpfen.

Auf dieser Basis erfolgt eine personenzentrierte, integrierte Hilfeplanung im Sinne einer Gesamtplanung, die sämtliche Lebensbereiche sowie alle psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hilfen der Institutionen im Sozialraum, einschließlich der Hilfen von Angehörigen, Freunden und sonstigen Personen, berücksichtigt.

Die Hilfeplanung ist an konkreten Zielen orientiert. Die Ziele berücksichtigen die derzeitige und die angestrebte Lebensform der Betroffenen, ihre Wünsche und Bedürfnisse. Dabei werden die Fähigkeiten und Ressourcen der Nutzerinnen und Nutzer berücksichtigt. Die gemeinsame Auswertung und Evaluation mit den Nutzerinnen und Nutzern, um die Wirksamkeit der Maßnahmen und die Zielerreichung zu überprüfen, ist hierbei ein wesentliches Qualitätsmerkmal.

Die Hilfeplanung erfolgt unabhängig von der jeweiligen Wohnform, orientiert sich am konkreten Bedarf und erfolgt immer institutions- und berufsgruppenübergreifend.

2. Einbeziehung der Nutzerinnen und Nutzer und Angehörigen

Analog zur Beteiligung bei der Hilfeplanung ist die Berücksichtigung der Perspektiven und Bedürfnisse der Nutzer und Nutzerinnen sowie deren Angehöriger auch bei der Planung und Weiterentwicklung des regionalen Hilfesystems notwendig. Von daher sind diese Gruppen an den Planungsprozessen des GPV zu beteiligen.

3. Pflichtversorgung

Die Verbundpartner erklären ihre Bereitschaft, Menschen mit akutem Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf kurzfristig Leistungen anzubieten und insbesondere keine Nutzerin bzw. keinen Nutzer wegen Art oder Schwere der Störung abzuweisen oder von der Versorgung

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

auszuschließen. In diesem Sinne stellen sie sich die gemeinsame Aufgabe, ein integriertes, personenzentriertes regionales Hilfesystem für die Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Mönchengladbach sicherzustellen.

4. Kooperation und Koordination innerhalb des GPV sowie mit externen Gremien

Die Verbundpartner des GPV verpflichten sich zu einer engen fachlichen Zusammenarbeit mit allen in der regionalen psychiatrischen Versorgung Tätigen, insbesondere mit der Hilfeplankonferenz, den Vertretern der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen sowie den Planungsgremien der Stadt Mönchengladbach und des Landschaftsverbands Rheinland.

4.1 Qualitätssicherung

Unbeschadet der Trägerautonomie verpflichten sich die Verbundpartner, die Umsetzung der im Leitbild beschriebenen Ziele durch ihre Konzeptionen und Planungen und die konkrete Arbeit mit den Nutzerinnen und Nutzern zu unterstützen.

Den psychisch erkrankten Menschen in Mönchengladbach ein bedarfsgerechtes und personenzentriertes Behandlungs- und Betreuungsangebot zu machen und gemeinsam eine Versorgungsverpflichtung für die Region anzuerkennen, sind wesentliche Qualitätsziele aus dem Leitbild. Die Integrierte Hilfeplanung und die Hilfeplankonferenz sind darüber hinaus wichtige Instrumente der Qualitätssicherung.

Die Verbundpartner sehen in der Transparenz der eigenen Abläufe eine wesentliche Voraussetzung für die gelingende Kooperation und die Umsetzung der im Leitbild beschriebenen Qualitätsziele.

Die Verbundpartner verpflichten sich überdies:

- die in diesem Vertrag beschriebenen Prinzipien der Leistungserbringung weiterzuentwickeln
- die Transparenz der eigenen Abläufe herzustellen und dauerhaft sicherzustellen
- die Hilfeplanung mittels des individuellen Hilfeplanverfahrens bzw. dessen Einsatz, Einführung (Schulung) und Auswertung auch als Instrument der Qualitätssicherung umzusetzen

Die Ziele des Verbunds werden dabei durch die Verbundpartner umgesetzt. Die Verbundpartner verpflichten sich durch geeignete Maßnahmen die Qualitätssicherung der eigenen Leistungen

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

sicherzustellen. Dabei verpflichten sie sich zum kontinuierlichen Austausch über Qualitätsfragen. Die regionale Bedarfsdeckung wird gemeinschaftlich überprüft.

Die Verbundpartner verpflichten sich, den gesetzlichen Bestimmungen und den Rahmenverträgen entsprechend qualifiziertes Personal zu beschäftigen und deren Fortbildung und Supervision sicherzustellen.

4.2 Transparenz und Durchlässigkeit der Leistungen

Die Verbundpartner verpflichten sich, die Leistungen aufeinander abgestimmt zu erbringen. Voraussetzung hierzu ist die intensive fachliche Kooperation aller Leistungserbringer sowie die Transparenz des Leistungsangebotes aller Leistungserbringer.

Hiervon unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der Dienste und Einrichtungen, die in den Verbund einbezogen sind. Insbesondere werden Verträge und Vereinbarungen mit Kosten- bzw. Leistungsträgern weiterhin von den jeweiligen Rechtsträgern geschlossen.

Jeder Verbundpartner verpflichtet sich sein jeweils aktuelles institutionelles Leistungsangebot gegenüber den Partnern im GPV transparent zu machen. Die Verbundpartner des GPV MG stellen ihr gesamtes Leistungsangebot allen Nutzern und Nutzerinnen in Mönchengladbach zur Verfügung.

4.3 Hilfeplanverfahren und Zusammenarbeit mit der Hilfeplankonferenz

Die Verbundpartner sehen in der gemeinsamen Hilfeplanung unter Berücksichtigung des gesamten Leistungsspektrums das geeignete fallbezogene Steuerungsinstrument für die Leistungserbringung. Sie arbeiten daher eng mit der in der Stadt Mönchengladbach etablierten Hilfeplankonferenz zusammen und berücksichtigen die Empfehlungen der Hilfeplankonferenz in der praktischen Arbeit.

Die Verbundpartner verpflichten sich zur konstruktiven Mitarbeit und Unterstützung gegenüber den Leistungsträgern bei der Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenz.

4.4 Koordinierende Bezugsperson

Im Rahmen der Hilfeplanung streben die Verbundpartner des GPV die Kooperation zwischen den Leistungserbringern durch Benennung einer koordinierenden Bezugsperson an. Das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen wird dabei sichergestellt (s. a. 4. 6 Dokumentation und Datenschutz). Die koordinierende Bezugsperson ist für die trägerübergreifende Abstimmung und im Bedarfsfall für die erneute Hilfeplanung und Wiedereinbringung in die Hilfeplankonferenz

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

zuständig. Die Verbundpartner verpflichten sich, die koordinierende Bezugsperson in ihrer Funktion anzuerkennen und zu unterstützen. Wesentliche Abweichungen von den gemeinsamen Planungen bei fortbestehendem Hilfebedarf müssen in der Hilfeplankonferenz abgestimmt werden.

4.5 Beschwerdestelle

Die Verbundpartner erklären die Absicht, eine gemeinsame, unabhängige Beschwerdestelle für den Verbund in der Versorgungsregion Mönchengladbach einzurichten. Sie verpflichten sich, bei der Planung, Konzeptgestaltung, Einrichtung und späteren Betreuung zusammenzuarbeiten und entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

4.6 Dokumentation und Datenschutz

Es besteht Einvernehmen, dass sich die Dokumentation der einzelnen Träger an den im Hilfeplan dargestellten Zielen und Maßnahmen orientieren soll. Den Anforderungen des Datenschutzes ist in der Arbeit eines Verbundes im Besonderen Rechnung zu tragen. Zu jeglicher Aufnahme, Speicherung und Weitergabe von personenbezogenen Daten ist das vorherige Einverständnis der für Nutzerinnen und Nutzer erforderlich. Hierzu ist eine schriftliche Einverständniserklärung einzuholen. Art und Umfang der ausgetauschten bzw. dokumentierten Informationen sind den Nutzerinnen und Nutzern auf Wunsch offen zu legen.

VI. Mitgliedschaft und Stimmrecht

1. Mitglieder

Mitglieder des GPV MG sind Leistungserbringer im Rahmen der psychiatrischen Versorgung in Mönchengladbach, außerdem Vertreterinnen und Vertreter der Nutzerinnen und Nutzer und Angehörigenorganisationen sowie der organisierten Selbsthilfe.

2. Vertreterinnen und Vertreter in der Trägerkonferenz

Die Mitglieder werden durch autorisierte Personen in der Trägerkonferenz des GPV MG vertreten. Das Stimmrecht der Mitglieder in der Trägerkonferenz richtet sich nach der Größe der Organisation, gemessen an der im Versorgungsgebiet beschäftigten Vollzeitstellen. Mitglieder mit weniger als 50 Beschäftigten entsenden eine autorisierte Person in die Trägerkonferenz des GPV MG. Mitglieder mit 50 oder mehr Beschäftigten entsenden zwei autorisierte Personen in die Trägerkonferenz des GPV MG. Jede autorisierte Person hat eine Stimme in der

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

Trägerkonferenz. Das Stimmrecht kann nur durch die vorab autorisierten Vertreterinnen und Vertreter oder benannte Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter wahrgenommen werden. Eine Übertragung des Stimmrechts auf andere Einrichtungen ist nicht zulässig.

3. Beitritt

Den Beitritt zum GPV MG können Organisationen beantragen, die bereit und in der Lage sind, die in diesem Vertrag beschriebenen Ziele, Inhalte und Verfahren mitzutragen und umzusetzen. Die Mitglieder sind verpflichtet, die Ziele und Interessen des Verbunds zu unterstützen.

4. Aufnahmeverfahren

Über die Aufnahme neuer Mitglieder entscheidet die Trägerkonferenz auf Antrag eines neuen Mitglieds.

5. Kooperationsvereinbarung

Diese Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit der Leistungserbringer bei der gemeinsamen Versorgung psychisch kranker und abhängigkeitskranker Menschen im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds. Die rechtliche Selbständigkeit der einzelnen Mitglieder bleibt davon unberührt.

6. Beendigung der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft endet mit Kündigung durch das einzelne Mitglied zum Monatsende oder, bei schwerwiegenden Verstößen gegen diese Vereinbarung, durch Beschluss der Trägerkonferenz mit sofortiger Wirkung.

VII. Organisation des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Mönchengladbach

Die Gremien des GPV MG sind die Trägerkonferenz und die bzw. der von der Trägerkonferenz gewählte Sprecherin bzw. Sprecher des GPV MG.

1. Trägerkonferenz

(1) Der Trägerkonferenz gehören alle autorisierten Personen der Verbundpartner des »Gemeindepsychiatrischen Verbunds Mönchengladbach« an.

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

- (2) Vertreterinnen und Vertreter der Leistungsträger, insbesondere des Landschaftsverbandes Rheinland, werden themenbezogen und bei Bedarf zur beratenden Teilnahme eingeladen.
- (3) Die Trägerkonferenz tagt grundsätzlich monatlich.
- (4) Die Trägerkonferenz fasst Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. Aufnahme und Ausschluss von Mitgliedern sowie Änderungen der Kooperationsvereinbarung bedürfen einer Beschlussfassung mit Zweidrittelmehrheit. Es sind Konsensbeschlüsse anzustreben.
- (5) Die Aufgaben der Trägerkonferenz sind insbesondere:
- Informationsaustausch der Mitglieder des GPV MG
 - Beschlussfassung zu konzeptionellen Fragen des GPV MG
 - Gewährleistung einer dauerhaften Transparenz bzgl. des Leistungsangebots des GPV MG und der einzelnen Mitglieder
 - Organisation der Zusammenarbeit in den einzelnen Leistungsbereichen und Koordination der Angebote in Mönchengladbach innerhalb des GPV MG
 - Koordination, Planung und Ausbau des Leistungsangebots in Bezug auf den GPV MG unbeschadet der Trägerautonomie
 - Weiterentwicklung eines integrierten, personenzentrierten, regionalen Hilfesystems unter Beteiligung der Leistungsträger
 - Enge Zusammenarbeit des GPV MG mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Hilfeplankonferenz und der Regionalkonferenz.
 - Wahl der GPV MG-Sprecherin bzw. des GPV MG-Sprechers und der Stellvertretenden aus dem Kreis der autorisierten Personen.
 - Festlegung der Qualitätsstandards
 - Weiterentwicklung von Leitbild und Zielen für den GPV MG
 - Veränderungen bzgl. der Kooperationsvereinbarung inklusive der Anlagen
 - Aufnahme neuer Mitglieder

Kooperationsvereinbarung

für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

- Ausschluss von Mitgliedern
- Auflösung des GPV MG

(5) Die Trägerkonferenz kann zu bestimmten Themen Arbeitsgruppen einrichten und beauftragen.

(6) Die Trägerkonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung.

2. GPV MG-Sprecherin/ GPV MG-Sprecher

Die Aufgaben der GPV MG Sprecherin bzw. des GPV MG-Sprechers sind insbesondere:

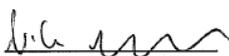
- Organisation der Zusammenarbeit mit Diensten und Einrichtungen, die nicht im GPV MG vertreten sind
- Repräsentation des GPV MG nach außen
- Koordinierung der Zusammenarbeit des GPV MG mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG), der Gesundheitskonferenz und anderen regionalen Gremien
- bei Bedarf Angebot der Unterstützung und Beratung einzelner Mitglieder
- Vorbereitung und Einladung der Trägerkonferenz
- Leitung (Moderation) der Trägerkonferenz
- Sicherstellung des regelhaften Informationsflusses und Austausches zwischen der Hilfeplankonferenz und der Trägerkonferenz des GPV
- Informationsaustausch mit der Regionalkonferenz

Kooperationsvereinbarung

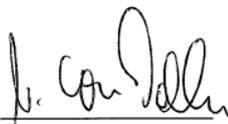
für den

»Gemeindepsychiatrischen Verbund Mönchengladbach«

Mönchengladbach, den 26. Mai 2011



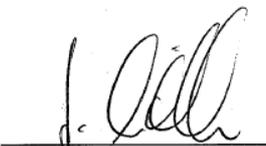
Dieter Schax
Vorstandsvorsitzender
Reha-Verein e. V.



Norbert von Dahlen
Geschäftsführer der
Intres gGmbH



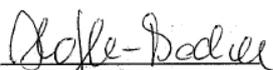
Dr. Stephan Rinckens
Ärztlicher Direktor der
LVR-Klinik Mönchengladbach



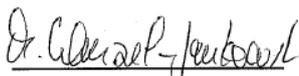
Jochen Möller
Pflegedirektor der
LVR-Klinik Mönchengladbach

Landschaftsverband Rheinland
Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland
In Vertretung

Stadt Mönchengladbach
Der Oberbürgermeister
In Vertretung



Martina Hoffmann-Badache
LVR-Dezernentin



Martina Wenzel-Jankowski
LVR-Dezernentin



Dr. Michael Schmitz
Beigeordneter

7.17 Solingen

7.17.1 Workshop „Wie erreichen wir junge psychisch kranke Menschen?“

Workshop am 31.08.09: Wie erreichen wir junge psychisch kranke Menschen?

Zeit: 14:00 – 18:00 Uhr

Ort: PWH 1 und PWH 3

Einladungen an: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gemeindepsychiatrie und angrenzender Bereiche (z.B. Wohnungslosenhilfe, Suchtberatung, Berufsvorbereitung) in Solingen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen auf den Sektorstationen

Ablauf

- 14:00 – 14:15 Uhr: Dr. Dr. Dielentheis: Begrüßung und Einführung in das Thema
Kurze Vorstellungsrunde der Anwesenden
- 14:15 – 14:45 Uhr: Prof. Dr. Bock: Haben sich die Krankheitsbilder bei jungen psychisch kranken Menschen verändert? Brauchen wir andere therapeutische Zugangswege?
- 14:45 – 15:15 Uhr: Diskussion
- 15:15 – 15:45 Uhr: Dipl.-Sozialpädagogin Haas: Konzeption und Arbeit des Café unplugged.
- 15:45 – 16:15 Uhr: Diskussion
- 16:15 -16:30 Uhr: Kurze Kaffeepause
- 16:30 – 18.00 Uhr: Arbeit in Kleingruppen

Kleingruppen: Die Kleingruppen haben das Ziel, einen Anstoß für Ideen und Konzepte zur Weiterentwicklung der regionalen gemeindepsychiatrischen Arbeit zu geben, um Behandlungs- und Betreuungsangebote an die Probleme und Bedürfnisse junger psychisch kranker Menschen anzupassen. Die Vertiefung und Planungen zur praktischen Umsetzung dieser Überlegungen könnten in einer folgenden entsprechenden Arbeitsgruppe erfolgen.

Die Referenten werden in jeder Kleingruppe etwa 45 Minuten für Fragen zur Verfügung stehen. Danach erfolgt ein Wechsel in die jeweils andere Gruppe.

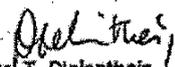
7.17.2 „DBT in der Gemeindepsychiatrie“

Der Ablauf der Veranstaltung ist folgendermaßen geplant:

14.00 bis 14.15 Uhr	Dr. Dr. Thomas Dielenheis, LVR-Klinik Langenfeld: Begrüßung und Einführung in das Thema.
14.15 bis 14.45 Uhr	Frau Dipl.-Psych. Bella Wohl, ProWo e.V., Berlin: Kurzeinführung in die „Dialektisch behaviorale Therapie“ nach LINEHAN.
14.45 bis 15.15 Uhr	Diskussion
15.15 bis 15.45 Uhr	Frau Oberärztin Reka Markus, LVR-Klinik Köln: Netzwerkarbeit bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung – Störungsspezifische Versor- gung nach den jeweiligen Möglichkeiten.
15.45 bis 16.15 Uhr	Diskussion
16.15 bis 16.30 Uhr	Kurze Kaffeepause
16.30 bis 18.00 Uhr	Arbeit zu der Thematik in regionalen Kleingruppen

Zur weiteren Planung wird um Rückmeldung über die Teilnahme bis zum 31.01.2010 gebeten. Entweder über E-Mail an: gabriele.dinkhoff-awlszus@lvr.de oder telefonisch in der Zeit von 08.00 bis 11.30 Uhr unter der Telefonnummer: 02171 / 490180 im Sekretariat bei Frau Paffendorf.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Dr. T. Dielenheis
Chefarzt

G. Dinkhoff-Awlszus
Dipl.-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin
Sektorbeauftragte

7.17.3 Koordinierende Bezugsperson

**Vereinbarung zu einem qualitätssichernden Verfahren im GPV Solingen:
Weiterentwicklung der trägerübergreifenden Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson**

1. Erklärungsbogen für Klienten/innen und Schweigepflichtentbindung

Der Erklärungsbogen für die/den Klienten/in erläutert kurz und in verständlicher Sprache Zielsetzung und Verfahren. Die/der Klient/in erklärt im Rahmen einer Schweigepflichtentbindung ihr/sein Einverständnis mit dem Verfahren und hat ein Einschränkungs- und Widerrufsrecht.

2. Trägerübergreifende Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson

Die koordinierende Bezugsperson hat trägerübergreifend die Aufgabe, Informationen zu sammeln, sie weiter zu geben und eine Einschätzung zu möglichen Risiken bei der Leistungserbringung abzugeben, wenn dabei mehr als ein einzelner Dienst/Einrichtung beteiligt ist. In der Regel ist die koordinierende Bezugsperson Mitarbeiter/in eines Leistungserbringers des GPV. Der gesetzliche Betreuer wird vorrangig als Auftraggeber der Leistung gesehen, sodass er im Regelfall nicht die koordinierende Bezugsperson ist. Gleiches gilt für Angehörige oder andere Personen des Vertrauens aus dem Umfeld. Ausnahmen sollen auf Wunsch der/des Klienten/in aber möglich sein.

Die Leistungserbringer im GPV Solingen erklären sich grundsätzlich bereit, der im jeweiligen Einzelfall koordinierenden Bezugsperson auf Anfrage zu berichten. Die Anfrage erfolgt durch die jeweilige koordinierende Bezugsperson per Mail oder Fax mit Hinweis auf die Schweigepflichtentbindung der/des jeweiligen Klienten/in, die dort schriftlich vorliegen muss. Die Beantwortung ist für die Leistungserbringer im GPV verpflichtend und erfolgt im Regelfall innerhalb einer Woche. Da die einzelnen Dienste/Einrichtungen unterschiedlich dokumentieren, werden in der Erprobungsphase die in den jeweiligen Diensten/Einrichtungen vorhandenen Informationsdokumentationen zu Grunde gelegt. Von der LVR-Klinik Langenfeld liegt der Entwurf eines Überleitungsbogens vor.

3. Helfergespräche oder gemeinsame Fallkonferenzen

Zur Risikoeinschätzung können darüber hinaus Helfergespräche oder gemeinsame Fallbesprechungen stattfinden, die von jedem der beteiligten Dienste/Einrichtungen im Bedarfsfall einberufen werden. Die Leistungserbringer im GPV erklären sich grundsätzlich bereit, an Helferkonferenzen oder Fallbesprechungen teilzunehmen.

4. Wechsel der koordinierenden Bezugsperson

Für einen möglichen Wechsel der Bezugspersonen wird derzeit keine Notwendigkeit der Verfahrensabsprache gesehen, da dies in der Praxis gut funktioniert.

5. Ansprechpartner/in für Anfragen koordinierender Bezugspersonen

Folgende Ansprechpartner/in für Anfragen koordinierender Bezugspersonen wird benannt:

Dienst/Einrichtung	Koordinator/in des Verfahrens (Ansprechpartner/in für Anfragen koordinierender Bezugspersonen)	Telefon	E-Mail	Fax

Wir sind mit dem Verfahren einverstanden und werden dabei mitwirken

Solingen
(Datum)

.....
(Unterschrift für Dienst/Einrichtung)

7.18 Kreis Viersen

7.18.1 Kooperationsvertrag

Kooperationsvereinbarung zur Arbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) im Kreis Viersen

Vertragspartner bzw. Gründungsmitglieder s. Unterschriftzeilen

1. Ziel der Vereinbarung

Durch verbindliche Kooperation und Zusammenarbeit der Anbieter in der Region sollen Hilfen und bedarfsgerechte Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen (analog ICD 10) in und aus dem Kreis Viersen sichergestellt und verbessert werden.¹

Leistungsbereiche im Sinne einer regionalen Versorgungsverpflichtung sind:

- Selbstversorgung/ Wohnen, Tagesgestaltung und Teilhabe, Sozialpsychiatrische Hilfe bezogen auf Perspektiven im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung, sozialpsychiatrische Grundversorgung, sozialpsychiatrische und soziotherapeutische Therapieverfahren, Hilfen für Angehörige z.B. Kinder psychisch Erkrankter
- Die Koordination von Leistungen im Einzelfall insbesondere auch die Erbringung fach- und anbieterübergreifender, personenzentrierter Komplexleistungen soll sichergestellt sein.

Die an der Versorgung beteiligten Anbieter bringen sich in die regionale Planung mit Kommune, Landschaftsverband und ggfls. anderen Kostenträgern strukturiert und aktiv ein. (Beteiligung an der regionalen Steuerung)

2. Aufgaben und Leistungen

- Information, Austausch und Beratung der Mitglieder
 - über das eigene Leistungsangebot, insbesondere Änderungen
 - bzgl. Erkenntnissen zu neuen Bedarfen und Versorgungsmängeln in der Region
- kontinuierliche gemeinsame Überprüfung der regionalen Versorgungssituation
- Austausch mit Kommunal- und Sozialverwaltung
- Wir streben eine trägerübergreifenden regionalen Beschwerdestelle an
- Durchführung von übergreifenden Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeitenden der Kooperationspartner . Öffnung von Inhouse-Fortbildungsveranstaltungen untereinander.

- Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für und mit Betroffenen und Angehörigen
- Unterstützung der regionalen Zusammenarbeit von Beiräten
- Bündelung von Ressourcen über gemeinsame Initiativen (z. B. Wekeln, Internetcafé Dülken)
- Zusammenwirken mit Selbsthilfegruppen
- Zusammenwirken mit Anbietern medizinischer Versorgung (z.B. Kliniken in der Umgebung, niedergelassenen Ärzten, Anbietern von Reha- Maßnahmen)
- Gemeinsame Veranstaltungen z. B. Festivals
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zu abgestimmten Themen

3. Prinzipien und Qualitätsmerkmale der Leistungserbringung

- Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung des psychisch und/oder suchterkrankten Menschen
- Teilhabestärkung
- Planung und Erbringung personenzentrierter Hilfen -bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht abgestimmt und wirtschaftlich
und dies grundsätzlich im Lebensumfeld des jeweils betroffenen Bürgers im Kreis Viersen
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen
- Einsatz von qualifizierten Mitarbeitern für verschiedene fachliche Anforderungen entsprechend der jeweiligen psychischen Beeinträchtigung
- Einzelfallbezogene Kooperation (Fach- und trägerübergreifenden Zusammenwirken im Interesse des einzelnen Betroffenen)
und Erbringung von ggfls. fach- und trägerübergreifenden Komplexleistungen für Betroffene
- Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen
- Beachtung des Datenschutzes und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung

4. Qualitätssicherung

- Fortschreibung der Qualitätsstandards aus dieser Vereinbarung
- Beteiligung an einem regionalen, anbieterübergreifenden Beschwerdemanagement
- Mitwirkung an regionaler Gesundheitsberichterstattung
- Kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Weiterentwicklung des Leistungsspektrums,
- Einbeziehung von Selbsthilfegruppen

Die Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG GPV e.V.) wird angestrebt.

5. Beitritt weiterer Kooperationspartner

Jeder Leistungserbringer der die Grundsätze und Verfahrensweisen dieser Vereinbarung akzeptiert und diese in seinem Verantwortungsbereich angemessen umsetzt, kann einen Antrag auf Mitgliedschaft stellen. Dem B eitritt muss eine 2/3 Mehrheit aller Vereinbarungspartner zustimmen. (Das gleiche Abstimmungsverfahren gilt für einen begründeten Ausschluss)

6. Organisatorische Grundlagen

- Mitgliederversammlungen finden mindestens einmal jährlich statt oder wenn die Einberufung von einem Viertel der Mitglieder unter Angabe von Zweck und Gründen beantragt wird.
- Jedes Mitglied hat in der Mitgliederversammlung 1 Stimme. Jeder Kooperationspartner benennt einen stimmberechtigten Vertreter und einen Stellvertreter.
- Entscheidungen werden mit der einfachen Mehrheit der anwesenden Stimmberechtigten getroffen (Ausnahme: s. Punkt 5 und Punkt 7)
- Der GPV kann sich zur Erarbeitung und Weiterentwicklung bestimmter Themen weitere Gremien geben.
Die Mitgliederversammlung wählt für jeweils 1 Jahr ein Steuerungsgremium, das ggfls. auch Sprecherfunktionen übernehmen kann. Die Aufgaben dieses Gremiums werden in einer gesonderten Aufgabenbeschreibung festgelegt.
- Mitgliedsbeiträge werden nicht erhoben. Die Mitgliederversammlung entscheidet mindestens jährlich über angestrebte Projekte und Beteiligungen. In diesem Rahmen wird jeweils ein Einvernehmen über notwendige Mittel erzielt, die von den Mitgliedern eingebracht werden.

7. Schlussbestimmung

Änderungen dieser Vereinbarung sind nur einstimmig möglich und bedürfen der Schriftform
Kündigungen sind jederzeit schriftlich möglich. Der Verbund wird dann mit den verbleibenden Mitgliedern fortgeführt, sofern diese ihn nicht in gegenseitigem Einvernehmen und in schriftlicher Form aufheben

8. Salvatorische Klausel

Sofern sich relevante gesetzliche Grundlagen ändern, die diesen Vereinbarungsinhalt betreffen, sollen die entsprechenden Passagen auf den aktuellen Stand gebracht werden.

Die Gültigkeit der Vereinbarung bleibt dadurch unberührt.

Die Vereinbarung gilt ab dem 01.12.2009

Literatur

- Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.): Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bericht zum Forschungsprojekt "Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung", Bonn 2006
- Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie, Tagungsband 35, Bonn 2009
- Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.): Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!, Tagungsband 37, Bonn 2010
- Becher, Berthold: Vernetzung und strategisches Verbandsmanagement. Entwicklungstendenzen der Freien Wohlfahrtspflege, in: Dahme, Heinz-Jürgen, Wohlfahrt, Norbert (Hg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb im Sozial- und Gesundheitssektor, Berlin 2000, S. 267-287
- Becker, Thomas; Dammer, Ingo; Howaldt, Jürgen; Killich, Stephan; Loose, Achim (Hg.): Netzwerkmanagement. Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg, Berlin 2007
- BfU Beratungsbüro für Umwelt- und Unternehmensentwicklung: Projekt BeNN – Wissenschaftliche Begleitforschung, Moderation und Coaching regionaler Netzwerke auf dem Gebiet neuer Nutzungsstrategien – Abschlussbericht, Berlin 2005, S. 103
- Borkenhagen, Peter; Jäkel, Lutz; Kummer, Andreas; Megerle, Andreas; Vollmer, Lutz-Michael: Netzwerkmanagement, Manuskriptdruck, Berlin 2004
- Bossong, Horst: Drogenhilfe – Konkurrenz und Kooperation unter verschärften Wettbewerbsbedingungen, in: Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Gesundheit/Heilpädagogische Netzwerke (Hg.): Drogenhilfe – was tun?! Kooperation in Zeiten wachsender Konkurrenz und zunehmender Kommunalisierung, Köln 2009, S. 6-17
- Braun, Timo: Kooperatives Verhalten in interorganisationalen Projekten. Eine konzeptionelle und empirische Weiterentwicklung des OCB-Ansatzes, Diss. FU-Berlin 2013, Köln 2013
- Brederode, Michael van: Das LVR-Programm „Förderung von Verbundkooperationen“, in: Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Gesundheit/ Heilpädagogische Netzwerke (Hg.): Das LVR-Anreizprogramm „Förderung von Verbundkooperationen“. Dokumentation des 1. Interregionalen Arbeitstreffens der Modellregionen am 11.12.2008, unveröff. Ms., Köln 2009, S. 4-10
- Brederode, Michael van: Das psychiatrische Krankenhaus im Gemeindepsychiatrischen Verbund, in: Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 3/2008, S. 11-12

- Brederode, Michael van: Gemeindepsychiatrie und Integrierte Versorgung. Chancen und Grenzen, in: Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Gesundheit/Heilpädagogische Netzwerke (Hg.): Tagungsdokumentation Krankenhaus im Wandel 2007. Integrierte Behandlung – Integrierte Versorgung, Köln 2008, S. 11-31
- Brederode, Michael van: Koordination und Kooperation – Kernaufgaben des Sozialpsychiatrischen Zentrums, in: Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Gesundheit, Heilpädagogische Netzwerke (Hg.): Vom Anspruch zur Wirklichkeit. Das Sozialpsychiatrische Zentrum als Basis des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, Tagungsbericht, Köln 2008, S. 9-21
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn 1988
- Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt (Hg.): Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit. Eine Arbeitshilfe für die Praxis, Bonn 2004
- Dahme, Heinz-Jürgen, Wohlfahrt, Norbert (Hg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb im Sozial- und Gesundheitssektor, Berlin 2000
- Elsholz, Uwe: Strategien zur Verstetigung von Netzwerkarbeit, in: REPORT 29, 4/2006
- European Foundation for Quality Management: Die Grundkonzepte der Excellence, Brüssel 2002
- Greve, Nils: Das Sozialpsychiatrische Zentrum als Motor im Gemeindepsychiatrischen Verbund, in: Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Gesundheit, Heilpädagogische Netzwerke (Hg.): Vom Anspruch zur Wirklichkeit. Das Sozialpsychiatrische Zentrum als Basis des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, Tagungsbericht, Köln 2008, S. 22-39
- Greve, Nils: Kooperation stärken. Gemeindepsychiatrie – ein Beitrag zur Inklusion im Gemeinwesen, in: Soziale Psychiatrie 1/2007, S. 33-35
- Greve, Nils: Zum Stand der Entwicklung Gemeindepsychiatrischer Verbände in der Bundesrepublik Deutschland, in: Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Gesundheit/Heilpädagogische Netzwerke (Hg.): Das LVR-Anreizprogramm „Förderung von Verbundkooperationen. Dokumentation des 1. Interregionalen Arbeitstreffens der Modellregionen am 11.12.2008“, unveröff. Ms., Köln 2009, S. 11-16
- IGES: Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – Abschlussbericht, Berlin 2012

- Jäger, Bernd: Netzwerkmanagement mit Qualitätskriterien, in: Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Gesundheit/Heilpädagogische Netzwerke (Hg.): Das LVR-Anreizprogramm „Förderung von Verbundkooperationen. Dokumentation des 1. Interregionalen Arbeitstreffens der Modellregionen am 11.12.2008, unveröff. Ms., Köln 2009, S. 17-23
- Janßen, Heinz J.: Kooperation und Vernetzung im Gesundheitssystem, in: Dahme, Heinz-Jürgen, Wohlfahrt, Norbert (Hg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb im Sozial- und Gesundheitssektor, Berlin 2000, S.201-215
- Kamiske, Gerd F. (Hg.): Der Weg zur Spitze: mit Total Quality Management zu Business Excellence – der Leitfaden zur Umsetzung, München, Wien 1998
- Kruckenberg, Peter: Gemeindepsychiatrie am Scheideweg – wachsende Vernetzung oder unregelmäßige Konkurrenz, in: Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie, Tagungsband 35, Bonn 2009, S. 99-110
- Kunze, Heinrich: Steuerung des regionalen Angebotes, in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung, Tagungsbericht, Köln 1999, S. 34-50
- Kunze, Heinrich: Verbindliche Steuerung: Zielorientiert und differenziert auf verschiedenen Ebenen, in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden, Tagungsbericht, Bonn 2006, S. 73-87
- Kruse, Peter: next practice – Erfolgreiches Management von Instabilität. Veränderung durch Vernetzung, 2. Aufl., Offenbach 2005
- Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Gesundheit/Heilpädagogische Netzwerke (Hg.): Tagungsdokumentation Krankenhaus im Wandel 2007. Integrierte Behandlung – Integrierte Versorgung, Köln 2008
- Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Gesundheit/Heilpädagogische Netzwerke (Hg.): Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement – NBQM. Verbundentwicklung in der kommunalen psychiatrischen Versorgung, Köln 2008
- LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen (Hg.): Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement – NBQM – Ein Landesmodellprojekt zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchtkrankenhilfe 2006 – 2008, Köln 2009
- LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen (Hg.): Netzwerkmanagement – NBQM - zur Verbesserung von Kooperation und Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Jugendhilfe, Köln 2010
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Landesprogramm gegen Sucht. Teil 1: Illegale Drogen, Alkohol, Medikamente. Eine Gemeinschaftsinitiative, Düsseldorf 1999

- Mrozynski, Peter: Rechtsfragen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, in: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven, Tagungsbericht, Bonn 2003, S. 291-296
- Mutschler, Roland: Kooperation in Netzwerken. Kompetenzanforderung an die Soziale Arbeit und die Bedeutung von Koordinationsstellen am Beispiel der Altenarbeit, in: Dahme, Heinz-Jürgen, Wohlfahrt, Norbert (Hg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb im Sozial- und Gesundheitssektor, Berlin 2000, S. 235-246
- NBQM-Lenkungsgruppe: Netzwerk der Suchthilfe in Mönchengladbach, Mönchengladbach 2011
- Petermann, Astrid.: Qualitätskriterien und Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 3/2004, S. 32-38
- Peukert, Reinhard: Wie lässt sich wirtschaftliche Konkurrenz und fachliche Kooperation verknüpfen. Fragmente einer Rekonstruktion der ökonomischen Austauschprozesse in der Gemeindepsychiatrie, in: Sozialpsychiatrische Informationen 1/2009, S. 6-11
- Rosemann, Matthias: Engagierte Leistungserbringer übernehmen regionale Verantwortung. Qualitätssicherung im Gemeindepsychiatrischen Verbund, in: Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie, Tagungsbericht, Bonn 2008, S. 84-93
- Rosemann, Matthias: Neue Anforderungen an Geschäftsführungen, in: Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven, Tagungsbericht, Bonn 2004
- Rosemann, Matthias: Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände gegründet, in: Psychosoziale Umschau 2/2006, S. 12-13
- Schubert, Herbert (Hg.): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Praxisbeispiele, Wiesbaden 2008
- Wienberg, Günther: Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven, in: Sozialpsychiatrische Informationen 1/2008, S. 2-13

Dokumente

- Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode: Drucksache 7/4200 – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung
- Deutscher Bundestag 14. Wahlperiode: Drucksache 14/9555 – Antrag – 25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung

- Deutscher Bundestag 16. Wahlperiode: Drucksache 16/6339 – Unterrichtung durch die Bundesregierung – Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung
- Landschaftsverband Rheinland: Beschluss 8/32 - Maßnahmen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung
- Landschaftsverband Rheinland: Vorlage 8/112 – Förderung von Kontakt- und Beratungsstellen (Sozialpsychiatrische Zentren)
- Landschaftsverband Rheinland: Beschluss 8/170 - Maßnahmen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung
- Landschaftsverband Rheinland: Antrag-Nr. 12/158 – Gemeindenahe Kooperation stärken
- Landschaftsverband Rheinland: Antrag 12/250 – Zukunft der Rheinischen Kliniken gestalten – gemeindenahe Versorgung verbessern
- Landschaftsverband Rheinland: Antrag-Nr. 12/253 – Rolle der Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ)
- Landschaftsverband Rheinland: Vorlage 12/2223 – Gemeindenahe Kooperationen stärken; hier: Zustimmung des Landschaftsausschusses gemäß § 11 Abs. 2 Landschaftsverbandsordnung
- Landschaftsverband Rheinland: Ergänzungsvorlage 12/2468/1 – Förderung von Verbundkooperationen der Rheinischen Kliniken
- Landschaftsverband Rheinland: Vorlage 12/2808 – Förderung von Verbundkooperationen der Rheinischen Kliniken
- Landschaftsverband Rheinland: Vorlage 12/4098 – Weiterentwicklung von Kooperation und Vernetzung in kommunalen Hilfesystemen
- Landschaftsverband Rheinland: Vorlage 12/4432 – Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen. Aktion Psychisch Kranke: Bericht zum Projekt „Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen“ – 1.3.2008 – 28.2.2009
- Landschaftsverband Rheinland: Antrag-Nr. 13/268 – Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung

Internet

- AKTION PSYCHISCH KRANKE: Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung – Vorläufiger Abschlussbericht, unveröff. Ms., o.O., o.J. (2013)

- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden: Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven – Bericht für die GMK, o.O., 15.03.2012, Download am 28.05.2013
- Armbruster, Jürgen: „Verbindungen und Verbündete in der regionalen Planung. Einige Vorbemerkungen zum aktuellen Kontext des Themas der Kommunalisierung in der Psychiatrie in Baden-Württemberg“ – Vortragsmanuskript für die Tagung „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“ am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen, unter: http://www.uni-siegen.de/zpe/veranstaltungen/fruehere/wirinnrw/vortrag_armbruster_forum_5.pdf, Download am 20.02.2010
- Brocke, Hartmut: Soziale Arbeit als Koproduktion. 10 Empfehlungen zur Nachhaltigkeit kommunaler Strategien sozial(räumlich)er Integration, 2004 unter: http://www.stiftung-spi.de/index_1.html, Stand: 15.04.2010
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände BAG GPV: Anmerkungen und Anregungen zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland“ der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die GMK vom Juli 2007, unter: <http://www.bag-gpv.de/Datenbank/downloads/Anmerkungen%20und%20Anregungen%20zum%20Bericht%20Psychiatrie%20in%20Deutschland-.pdf>, Download am 20.02.2010
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände BAG GPV: Qualitätsstandards für GPVs, unter: <http://www.bag-gpv.de/bag-gpv.asp>, Download am 20.02.2010
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hg.): Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren, Chemnitz 2003, unter: http://www.psychiatrienetz-bw.de/Gesundheitsministerkonferenz_Rueckblick_2003.pdf, Download am 20.02.2010
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hg.): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven, Stuttgart 2007, unter: http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf, Download am 20.02.2010
- Groß, Dirk: Netzwerkarbeit: Ein Schlüsselbegriff moderner Sozialer Arbeit!, unter: http://www.good-practice.de/Vernetzung_als_Schlueselbegriff.pdf, Download am 14.03.2010
- Rosemann, Matthias: „Perspektiven des Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ – Vortragsmanuskript für die Tagung „Wir(r) in NRW!? – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“ am 11./12.10.2007 an der Universität Siegen, unter: http://www.baggpv.de/Datenbank/downloads/Rosemann%20Vortrag%20Perspektiven%20Gemeindepsych_Verbund-1.pdf, Download am 10.12.2008
- Sustainum – Institut für zukunftsfähiges Wirtschaften Berlin, unter: <http://www.netzwerk-kompetenz.de/kultur/index.html>, Download am 14.01.2013
- Wenzel-Jankowski, Martina: Pauschalisiert oder pauschalierend? Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), in: AKP 6/2013, S. 11-13

Glossar

(zum Verständnis häufig verwendeter Begriffe in der Netzwerk-Diskussion)

Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV):

Zusammenschluss der wesentlichen Einrichtungen und Dienste in einer Kommune mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung. Versorgungsverpflichtung und bedarfsorientierte Gestaltung der Hilfen stehen dabei im Vordergrund. Der GPV vereint die Leistungen erbringenden Einrichtungen und Dienste aus allen Bereichen des Hilfesystems und arbeitet an dessen Nahtstellen.

Die BAG GPV differenziert den GPLV – den „Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund“ und den GPSV – den „Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund“ (GPLV + Kommune + Institutionen der SGB-Leistungen + Angehörige + Erfahrene)

Kontrakt:

Schriftliche Absprache zwischen zwei oder mehreren Personen/Organisationen über zu erreichende Ergebnisse/Ziele in einem festgelegten Zeitraum mit vereinbarten Ressourcen und kontinuierlichem Monitoring.

Kooperation:

Zweckgerichtetes Zusammenwirken von Handlungen zweier oder mehrerer Lebewesen, Personen oder Systeme, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen.

Kooperationsmerkmale:

Kooperationen können nach bestimmten Merkmalen unterschieden werden: der Richtung (gleiches Arbeitsfeld), der Ausdehnung (lokal, regional), der Bindungsintensität (Informations- und Erfahrungsaustausch, Abstimmung von einzelnen relevanten Tätigkeiten, Abstimmung aller relevanten Tätigkeiten), der Verbindlichkeit (Absprache, Vertrag), der Dauer (begrenzt, unbegrenzt), der Zielidentität, der Art und Anzahl der kooperierenden Organisationseinheiten.

Kooperation:

Kooperation von konkurrierenden Organisationen.

Monitoring:

Kontinuierliche vergleichende Beschreibung.

Netzwerk:

„Komplexe reziproke, eher kooperative und relativ stabile Beziehungen zwischen rechtlich selbständigen, Organisationen“. (nach Sydow, 1992)
Allgemeines Ziel der Beziehungen im Netzwerk ist es, durch Abstimmung der am Netzwerk Beteiligten Synergieeffekte zu erreichen, die den Nutzen aller Beteiligten mehren.

Netzwerk-Arten:

1. *Primäre Netzwerke* (Familie, Freundeskreis) basieren auf sozialen Ressourcen, sind informell und nicht organisiert. Sie sind geprägt von starken Bindungen und einer relativ hohen zeitlichen Stabilität. Funktionen dieser Netzwerke sind u.a. die Vermittlung von Gefühlen, der Aufbau von Vertrauen und die Mobilisierung von Hilfe und Unterstützung.
2. *Sekundäre Netzwerke* (Vereine, Organisationen) basieren auf sozialen Ressourcen und sind charakterisiert durch eher schwache Bindungen. Funktion ist, einen vielfältigen Zugang zu sozialen Ressourcen im sozialen Umfeld zu ermöglichen.
3. *Tertiäre Netzwerke* (Vernetzung von öffentlichen/sozialwirtschaftlichen/zivilgesellschaftlichen Akteuren im Non-Profit-Sektor) bündeln überwiegend professionelle Ressourcen zur Bildung von Koalitionen und zur Koordination von Aktivitäten. Sie gewinnen die Bedeutung einer Infrastruktur, wenn sie stabil und permanent verfügbar sind.

Netzwerkentwicklung:

Netzwerkentwicklung lässt sich in vier Phasen darstellen: In der Sondierungsphase werden die Chancen ausgelotet. In der Initiierungsphase werden konkrete Aktivitäten begonnen. In der Stabilisierungsphase werden geeignete Arbeitsstrukturen etabliert. In der Verstetigungsphase sind die Ressourcen und Abläufe gesichert.

Netzwerkmanagement:

Das Aufstellen von Regeln der Kooperation, der Abschluss von Verträgen unter mehreren Netzwerkpartnern, das Treffen von gemeinsamen Übereinkünften, die Vereinbarung von Arbeitsformen, die kombinierte Nutzung von Ressourcen.

Netzwerkorganisation:

Ein intelligentes System von Kontrolle und Autonomie, das der Effizienzsteigerung dient.

Organisationskooperation:

Zusammenarbeit einer überschaubaren Zahl selbständiger Organisationen zur Erreichung eines oder mehrerer gemeinsamer Ziele.

Soziales Netzwerk:

Eine gezielte, gewollt lose Form der Organisiertheit von Personen oder Verbänden, die durch das Netzwerk einen Vorteil erfahren oder sich erhoffen.

Verbund:

Gep plante und auf Dauer angelegte freiwillige Kooperation von rechtlich und ökonomisch eigenständigen Organisationen, die finanziell und personell verflochten sind und die ihre Leistungen koordiniert erbringen.

Autorinnen und Autoren

Beginn-Goebel, Ulrike, LVR-Klinik Düren

Bosch, Stephanie, Essener Kontakte e.V.

Burgmann, Christian, LVR-Klinik Bonn

Dahlen, Norbert von, Intres gGmbH, Mönchengladbach

Dielentheis, Thomas, LVR-Klinik Langenfeld

Dinkhoff-Awiszus, Gabriele, LVR-Klinik Langenfeld

Dörter, Eva, Aachen

Geurts, Katrin, LVR-Klinik Bedburg-Hau

Greve, Niels, Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V.

Gros, Stefan, Stadt Mönchengladbach

Hornung, Wilhelm-Peter, LVR-Klinik Bonn

Jäger, Bernd, LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und
Innovationsmanagement, Köln

Knittel, Beret, LVR-Klinik Düren

Marggraf, Ralph, LVR-Klinik Viersen

Möller, Jochen, LVR-Klinik Mönchengladbach

Müller-Kautz, Barbara, LVR-Klinik Köln

Rinckens, Stephan, LVR-Klinik Mönchengladbach

Schax, Dieter, Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V.,
Mönchengladbach

Schmieder, Gerda, LVR-Fachbereich Planung, Qualitäts- und
Innovationsmanagement, Köln

Strauss, Ronald, LVR-Klinik Düren

Withalm, André, Köln

Wolffram, Anne, Papillon e.V., Kleve

Zemlicka, Richard, Düsseldorf