Das »Rostocker Modell«

Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Hansestadt Rostock

HANSESTADT ROSTOCK

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	3
1	**Ausgangssituation**	5
1.1	Status der gemeindepsychiatrischen Versorgung	6
1.1.1	Ambulante Angebote	7
1.1.2	Stationäre Angebote	8
1.1.3	Tagesklinische Versorgung	9
1.1.4	Tagesstrukturierende Einrichtungen/Tagesstätten	10
1.1.5	Hilfen zum Wohnen/Betreutes Wohnen	11
1.1.6	Hilfen zur Arbeit und zur beruflichen Rehabilitation	11
1.1.7	Selbsthilfe	11
2	**Hilfeplanung**	12
3	**Gemeindepsychiatrischer Verbund**	14
3.1	Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund	14
3.2	Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund	15
4	**Das Rostocker Finanzierungsmodell**	16
4.1	Regionales Trägerbudget	16
4.2	Rechtliche Grundlagen und Vereinbarungswerk	17
4.3	Personenzentrierte Maßnahmeplanung als primäres Umstellungserfordernis	19
4.4	Berechnung des Minutenpreises	20
4.4.1	Berechnung des Leistungsbudgets	20
4.4.2	Berechnung des monetären Budgets	20
4.5	Steuerung unter den Bedingungen der Budgetfinanzierung	21
5	**Ergebnisse der Finanzierungsumstellung**	22
5.1	Ergebnisqualität der Hilfen	24
5.2	Projekt Wirkungsorientierung	27
6	**Perspektive**	29

Anlagen

Anlage 1	Geschäftsordnung der HPK Rostock	30
Anlage 2	HPK-Protokoll	35
Anlage 3	HPK-Flyer	36
Anlage 4	Mustergeschäftsordnung M-V	37
Anlage 5	Geschäftsordnung des Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbundes	40
Anlage 6	Kooperationsvereinbarung des Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbundes der Hansestadt Rostock	44

Anlage 7 Abschlussbericht des Modellprojektes „Messung der Ergebnisqualität“ 53

Anlage 8 Ergebnisprotokoll zum Besuch der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde in Rostock 57

Anlage 9 Basisstrukturmodell

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem 7
Abb. 2 Ablauf der Hilfeplanung 13
Abb. 3 Hilfeempfängergruppen 19
Abb. 4 Berechnung des Minutenpreises 20
Abb. 5 Flexibilisierung des Gesamtsystems 22
Abb. 6 Entwicklung der Fallkosten 23
Abb. 7 Entwicklung Kosten für den Zeitraum des Projektes 24
Abb. 8 Kostendämpfung 2004 – 2009 24
Abb. 9 Eingliederungsindex 25
Abb. 10 Reha-Zeiträume 26
Abb. 11 Intervall-Reha 26

VORWORT

Sehr geehrte Damen und sehr geehrte Herren,

im Jahre 2002 befand sich die psychiatrische Versorgungslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern in einer gewaltigen Umbruchsituation durch die Verlagerung der Zuständigkeiten des überörtlichen Sozialhilfeträgers in kommunale Verantwortung für den Bereich der Eingliederungshilfe. Diese veränderten Rahmenbedingungen wirkten sich auf unterschiedlichste Tätigkeitsbereiche des damaligen Sozialamtes der Hansestadt Rostock aus und wurden durch verschiedene Projekte begleitet, deren wesentliche Anliegen darin bestanden, zum einen die Umsetzung der durch das Basis-Struktur-Modell für Mecklenburg-Vorpommern beschriebenen fachlichen Standards zu erreichen und zum anderen den gemeindepsychiatrischen Grundgedanken ambulant vor stationär sowie die Umsetzung lebensfeldnaher und personenzentrierter Hilfen in der Versorgungsregion umzusetzen.
Auf Grund der damaligen Situation übernahm das Sozialamt die Koordination dieses Prozesses, um die Bedeutung der Sozialarbeit aufzuzeigen und diese in den Umgestaltungsprozess zu integrieren. Das war eine entscheidende Motivation für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Amtes für Jugend und Soziales der Hansestadt Rostock, das Hilfeplansystem zu verändern. Die Hilfeplankonferenz und der Individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) wurden eingeführt, wodurch wesentliche Vorraussetzungen im Bereich der Steuerung und Planung der Hilfen gegeben waren. Hinzu kam, dass sich in Rostock bereits eine an den Kriterien personenzentrierter Hilfen gemessene gut entwickelte Versorgungsqualität etabliert hatte. So konnten integrierte trägerübergreifende Komplexleistungen jederzeit in Anspruch genommen werden, die sich an den individuellen Lebensverhältnissen und Bedürfnissen der Leistungsberechtigten orientierten.
Mit einem auf Vertrauen und gemeinsame Intentionen begründeten Arbeitsbündnis als Ergebnis einer jahrelangen guten Zusammenarbeit zwischen dem Amt für Jugend und Soziales, dem Gesundheitsamt und dem Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund (GPLV) ist in den letzten fünf Jahren in der Hansestadt Rostock die Umstellung der Eingliederungshilfefinanzierung für seelisch behinderte Menschen von einer pauschalen Platzfinanzierung zu einer personenbezogenen und leistungsgerechten Finanzierung gelungen.
Vor allem die Ergebnisse der sozialpsychiatrischen Versorgungsleistungen der letzten Jahre zeigen, dass schwere psychiatrische Erkrankungen zusätzlich oder alternativ zur medikamentösen Therapie durch Maßnahmen der sozialen Unterstützung heilbar oder

so beeinflussbar sind, dass viele betroffene Menschen dadurch die Möglichkeit erhalten, z.B. einer Arbeit nachzugehen, ein Familien- und soziales Leben zu führen, das ihren Bedürfnissen und ihrer Würde entspricht.
Insofern war die Weiterentwicklung der personenbezogenen Hilfebedarfsermittlung, Hilfeplanung und Personalbemessung folgerichtig, da mit dem standardisierten Hilfeplanverfahren, der einheitlichen Anwendung des IBRP als Gesamtplan nach § 58 SGB XII und der Hilfeplankonferenz die dafür erforderlichen Bedingungen vorhanden waren.
In der Hansestadt ist also über viele Jahre die Einsicht gewachsen, dass die Übernahme von Verantwortung und Steuerung auf kommunaler Ebene ein viel versprechender Weg ist, um Fachlichkeit und Kostendämpfung gemeinsam voranzubringen.
Ich hoffe, dass Ihnen mit dieser Broschüre der Rostocker Arbeitsweg hilfreich beschrieben wird und Sie Anregungen für Umwandlungsprozesse in Ihrer Versorgungsregion erhalten.

Roland Methling
Oberbürgermeister der Hansestadt Rostock

Das Rostocker Rathaus am Neuen Markt

Sitz des Amtes für Jugend und Soziales in der St.-Georg-Str. 109

Sitz des Gesundheitsamtes in der Paulstraße 22

Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Hansestadt Rostock – das »Rostocker Modell«

1. Ausgangssituation

Bis zur politischen Wende, eigentlich bis in die Mitte der neunziger Jahre hinein, reduzierte sich die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen in der Hansestadt Rostock auf die ambulante nervenärztliche Behandlung und die psychiatrische Krankenhausversorgung.
Mit der Vergabe des damaligen Bundesmodellprojektes „Gemeindenahe Psychiatrie“ nach Rostock im Jahre 1992, entstanden in den folgenden 12 Jahren auch in unserer Stadt erste komplementäre Einrichtungen und Selbsthilfeinitiativen. Anders als in anderen Projektregionen, bestand in Rostock keine Altlastenproblematik in Form von ungenutztem Immobilienbestand ehemaliger Anstalten oder Großheime. Somit konnte quasi „auf der grünen Wiese“ eine Landschaft geplant werden, die, angeregt durch die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung (1988), v. a. auf ambulante und teilstationäre Hilfen setzte, die es ermöglichten, dass heute 90 % der Nutzer von psychosozialen Unterstützungsangeboten in eigenem Wohnraum leben. Ein, nebenbei bemerkt, für Deutschland einmaliger Wert (vgl. zit. nach Zechert 2002, S. 18ff).
Bis in das Jahr 2000 ist dann eine umfassende, jedoch an ihren Übergängen nur wenig vernetzte psychiatrische Versorgungslandschaft, entstanden.
Abgesehen vom niedergelassenen Bereich, war diese im Wesentlichen in den Händen dreier Träger:

- Universitätsklinikum - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP)
- AWO-Sozialarbeit Rostock gGmbH - komplementärer Bereich
- Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH - komplementärer Bereich

Schnell wurde klar, dass allein eine Anhäufung von Hilfeangeboten unterschiedlichster Couleur noch keine personenzentrierte psychiatrische Versorgung generiert, denn faktisch handelte es sich um drei miteinander konkurrierende „psychiatrische Welten“, die zwar in sich durchaus vernetzt erschienen, aber miteinander nicht einmal oberflächliche Kooperationsbeziehungen pflegten.
Es fehlte an Konzepten und Instrumentarien, die eine personenzentrierte Erfassung des Hilfebedarfs in den Lebensfeldern ermöglichten und systematische Koordination sozialpsychiatrischer Unterstützungsprozesse beförderten.

Das Entwicklungsziel bestand folglich darin, künftig die Hilfsangebote so zu gestalten, „dass einem akut oder chronisch psychisch kranken Patienten in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird und dass diese Hilfen nach Art und Umfang angemessen, sich am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation bzw. des geringst möglichen Eingriffs in die Lebensverhältnisse orientieren und mit den Nutzern partnerschaftlich abgestimmt werden.“ (Kruckenberg 1999)
Die psychiatrische Versorgungslandschaft befand sich durch die Verlagerung der Zuständigkeiten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe im Jahre 2002 vor zahlreichen Veränderungen. Die dadurch entstandenen veränderten Rahmenbedingungen wirkten sich insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen und auf die unterschiedlichsten Tätigkeitsbereiche des Amtes für Jugend und Soziales (AfJuS) der mit 200 000 Einwohnern zählenden größten Stadt Mecklenburg-Vorpommerns aus.

Patente Lösungen auf die nun anstehenden entscheidenden Fragestellungen zur Integration, Koordinierung, Planung und Bemessung von Hilfen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in einer Region fanden sich schon bald in den aus dem Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ seit 1996 hervorgegangenen personenzentrierten Konzepten und Modellen.
Insbesondere die dort rezipierte personenzentrierte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) in Einheit mit Hilfeplankonferenzen (HPK) sowie die verbundförmige Organisation aller Hilfen bargen die Chance, interdisziplinäre Komplexleistungsprogramme zu fördern und die oben dargestellten Defizite in der Koordination zu überwinden. Deshalb verständigten sich die beteiligten Akteure im Zuge dreier vom Land Mecklenburg Vorpommern finanzierter Modellprojekte auf die Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV), bestehend aus Gemeindepsychiatrischem Steuerungsverbund (GPSV) und Gemeindepsychiatrischem Leistungserbringerverbund (GPLV), die Einführung einer standardisierten Hilfeplanung mit trägerübergreifender HPK sowie der Übernahme einer Versorgungsverpflichtung für die Region.
Mit der erstmaligen Unterzeichnung des trägerübergreifenden Versorgungsvertrages gemäß § 75 SGB XII zwischen der Kommune und dem GPLV über eine zeitbasierte Leistungsfinanzierung auf der Grundlage eines gedeckelten regionalen SGB XII - Psychiatriebudgets im Jahre 2005 konnten Leistungen auch hinsichtlich ihres zeitlichen Umfanges bedarfsgerecht geplant werden. Die individuelle Zuordnung zu einer Hilfebedarfsgruppe, welche den zeitlichen Rahmen vorgibt, sollte es nun auch Menschen mit einem hohen Hilfebedarf ermöglichen, an ihrem selbst gewählten Wohnort versorgt zu werden.

1.1 Status der gemeindepsychiatrischen Versorgung

Bereits die „Analyse zu Versorgungsstrukturen und Prozessabläufen in der Begleitregion Hansestadt Rostock“ des Institutes für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. an der Universität Greifswald (EMAU) aus dem Jahre 2002 und sieben Jahre später die Besuchskommisssion der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG-GPV) konnten einschätzen, dass die Unterstützungslandschaft in der Hansestadt Rostock sehr gut ausgebaut ist, die Angebote sehr differenziert und das Verhältnis von ambulanten/teilstationären zu stationären Unterstützungsformen beispielhaft ausfällt (Anlage 8).

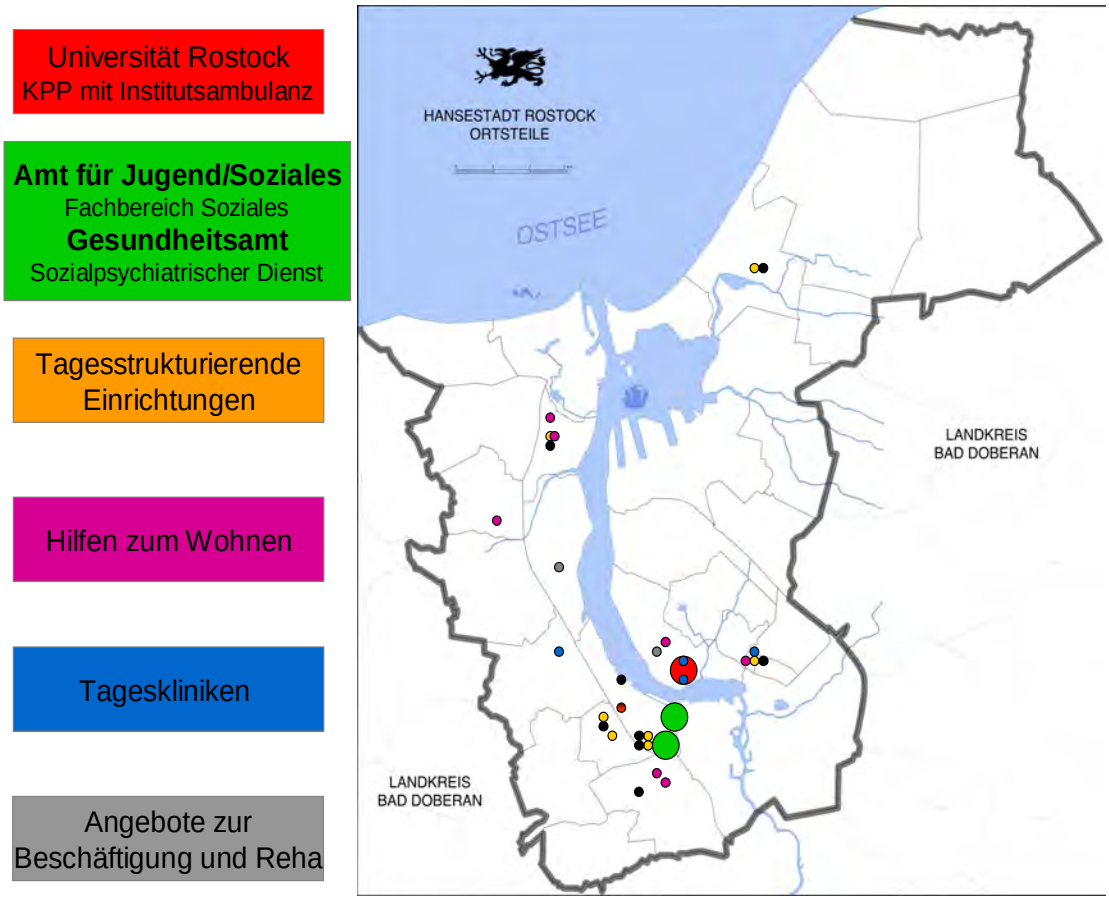


Abb. 1 Gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem

1.1.1 Ambulante Angebote

- Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes mit Angeboten zur Beratung, Vermittlung und Begutachtung psychisch kranker Menschen, die von zwei Fachärzten, einer Psychologin und vier Sozialarbeitern geleistet werden.
- Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte und Psychologische Psychotherapeuten:
  - 19 FÄ für Nervenheilkunde
  - 14 Ärztliche und 41 Psychologische Psychotherapeuten
  - 7 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
  - 1 FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Medizinisches Versorgungszentrum der GGP mbH Rostock: 4 Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und eine Psychologin arbeiten in einer Praxisgemeinschaft zusammen
- Psychiatrischer Fachpflegedienst der GGP mbH: ein Angebot der ambulanten psychiatrischen Fachkrankenpflege nach ärztlicher Verordnung.
- Sozialpsychiatrische Familienhilfe AWO Sozialdienst Rostock gGmbH und GGP mbH Rostock: kombinierte SGB VIII- und SGB XII-Leistung zur Versorgung von Familien mit psychisch erkranktem Elternteil.

1.1.2 Stationäre Angebote

Psychiatrische Krankenhäuser

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ROSTOCK
Zentrum für Nervenheilkunde

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
mit Institutsambulanz
Bettenkapazität:149 Plätze

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter mit Institutsambulanz
Bettenkapazität: 35 Plätze

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Bettenkapazität: 18 Plätze

1.1.3 Tagesklinische Versorgung

In der Hansestadt Rostock existieren neben zwei regionalen Schwerpunkten tagesklinischer Behandlungsangebote für Erwachsene auch tagesklinische Angebote für Kinder und Jugendliche sowie für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen.

GGP mbH Rostock

Psychiatrische Tagesklinik
mit einem Behandlungsangebot für Menschen mit depressiven Erkrankungen, schizophrenen, schizoaffektiven und bipolaren Psychosen sowie somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen.
Bettenkapazität: 36 Plätze

Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
mit einem Behandlungsangebot für Menschen mit schizophrenen, schizoaffektiven und bipolaren Psychosen mit komorbider Suchterkrankung.
Bettenkapazität: 20 Plätze

Tagesklinik für Gerontopsychiatrie u. Psychotherapie
mit einem Behandlungsangebot für ein breites Spektrum gerontopsychiatrischer Erkrankungen, insbesondere depressiver Syndrome, ausgenommen primäre Suchterkrankung und fortgeschrittene dementielle Syndrome.
Bettenkapazität: 20 Plätze

Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
Bettenkapazität: 46 Plätze

1.1.4 Tagesstrukturierende Einrichtungen/Tagesstätten

AWO-Sozialdienst gGmbH Rostock
Tagesstrukturierendes Zentrum 61 „TZ 61“
Psychosoziales Angebot für Menschen mit psychischer Erkrankung/ Behinderung und gerontopsychiatrischen Störungsbildern

AWO-Sozialdienst gGmbH Rostock
Rehabilitative Tagesstätte „Sprungfeder“
Vorbereitung auf berufliche Rehabilitation für Menschen mit psychischer Erkrankung/ Behinderung

AWO-Sozialdienst gGmbH Rostock
Berufsvorbereitende Tagesstätte
Berufsorientierung und Berufsvorbereitung
für Jugendliche und junge Erwachsene
(ab 16-27 Jahre) mit einer psychischen Erkrankung
ohne abgeschlossene Berufsausbildung

GGP mbH Rostock
Kunst-Kreativ-Tagesstätte (KKTS)
Kreativ- und Arbeitsangebot für Menschen
mit psychischer Erkrankung und chronischen
Abhängigkeitserkrankungen

GGP mbH Rostock
Tagesstätte „Tagewerk“
Arbeitsorientiertes Angebot für Menschen
mit psychischen und chronischen Abhängigkeits-
erkrankungen

GGP mbH Rostock
Arbeitstagesstätte „In der Lehmkuhl“
Arbeitsorientiertes Angebot und Speisepilzzüchtung für Menschen mit psychischen und chronischen Abhängig-
keitserkrankungen

Diakonieverein des Kirchenkreises Rostock
Rostocker Stadtmission e.V.
Tagesstätte für alkoholkranke Menschen
„Paulus“
Sozialtherapeutisches Angebot
für erwachsene Suchtmittelkonsumenten

1.1.5 Hilfen zum Wohnen/Betreutes Wohnen

- **GGP mbH Rostock, Wohnverbund**
  Ambulante sozialpsychiatrische Unterstützung in der eigenen Wohnung oder in der Gemeinschaft
- **GGP mbH Rostock**
  Beschütztes Wohnen und Notunterkunft
- **GGP mbH Rostock,**
  AWO-Sozialdienst gGmbH Rostock
  Teilstationäre Betreuung psychosozialer Wohngruppen mit Trainingswohneinheit
- **GGP mbH Rostock**
  Psychiatrisches Pflegewohnheim für psychisch erkrankte Menschen mit Pflegestufe I bis III und/oder einem Unterbringungsbeschluss nach BGB
- **GGP mbH Rostock ,**
  AWO-Sozialdienst gGmbH Rostock
  Ambulant betreute Wohngemeinschaften im ganzen Stadtgebiet für Menschen mit psychischer Erkrankung/ Behinderung

1.1.6 Hilfen zur Arbeit und zur beruflichen Rehabilitation

Derzeit gibt es für die berufliche Rehabilitation folgende Einrichtungen:

- Ambulante berufliche Rehabilitationseinrichtung der Bildungsgesellschaft Hähnlein mBH „Sprungbrett“
- Berufsförderungswerk Stralsund, Außenstelle Rostock
- Gesonderte Abteilungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Zeitlich begrenzte Projektförderung:

- AWO-Sozialdienst gGmbH Rostock: Projekt Motivation Job, eine AGH-Maßnahme des Hanse-Jobcenters für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Vermittlungshemmnissen (unter 25 Jahre)
- Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH: „RoNA 3“ als Aktivierungsmaßnahme gem. SGB II

1.1.7 Selbsthilfe

- Begegnungsstätte für psychisch kranke Menschen „BEGE 20“ des Fördervereins Gemeindepsychiatrie Rostock e.V.
- Selbsthilfekontaktstelle im Netzwerk e.V.
- Selbsthilfegruppe (SHG) Grüner Ring für Menschen mit psychischen Problemen und Psychiatrie-Erfahrene
- SHG Betroffene von Angst und Depressionen, Lebenshilfswerk Rostock e.V.
- SHG „Gegen die Angst“
- 12 Selbsthilfegruppen im Landesverband Psychiatrie-Erfahrener M-V e.V.
- eine Angehörigengruppe in der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie

2. Hilfeplanung

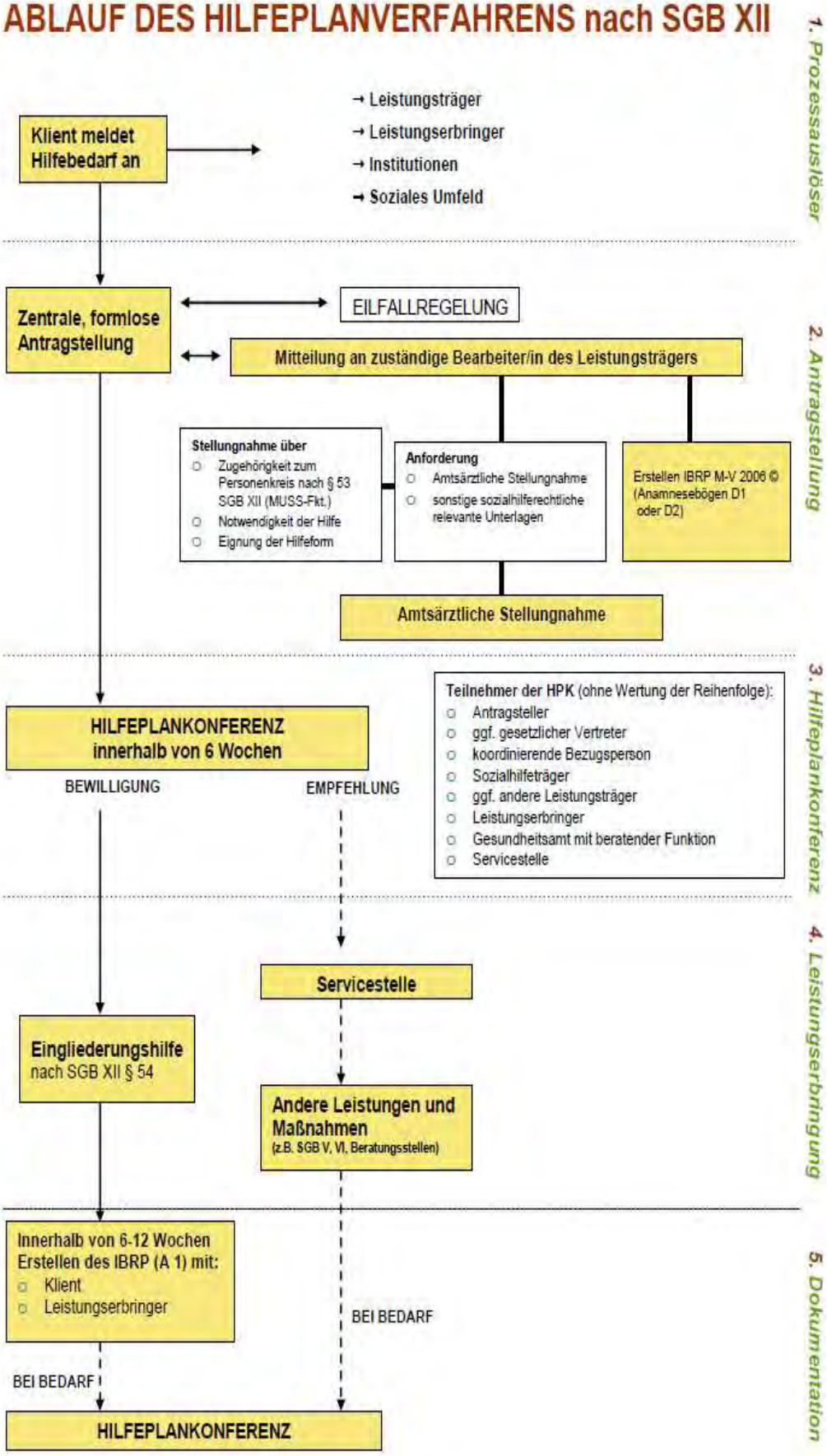
Die Schlüsselfunktion im Prozess der Umgestaltung ist die regionale Hilfeplankonferenz (HPK). Daher wurde die bereits im Jahre 2002 als erste in Mecklenburg-Vorpommern durch den GPSV (seinerzeit noch Psychiatriebeirat) ins Leben gerufene HPK mit einem robusten Mandat (Geschäftsordnung, s. Anlage 1) ausgestattet, um die gewollten Entwicklungen zu befördern.

Im Jahre 2003 erfolgte die Erarbeitung der ersten Geschäftsordnung zur HPK in der Hansestadt Rostock, die im September 2003 von den Geschäftsführern der beteiligten Einrichtungen zur Versorgung psychisch kranker Menschen und der Amtsleiterin des AfJuS unterzeichnet wurde.
Die Rostocker HPK wurde als erste in M-V begründet. Sie wurde paritätisch besetzt (Leistungsträger und Leistungserbringer) und trifft eine fachliche Entscheidung über Art, Inhalt, Ziel und Umfang der erforderlichen Hilfen sowie Zuständigkeit in der Leistungserbringung (CM). Die Geschäftsführung und Moderation der HPK obliegt dem Fachbereich Soziales des AfJuS.
Durch einen regionalen HPK-Arbeitskreis finden regelmäßige Reflektionen und eine Qualitätssicherung der HPK statt, die eine gute Grundlage für eine konstant hochwertige und aktuell agierende HPK sind. Die Struktur der HPK in Rostock ist effizient gestaltet. Es werden ausschließlich Neuanträge und zu prüfende Anträge auf Weiterbewilligung bearbeitet. Die Vernetzung mittels IBRP und Kommunikation der Akteure in der Region funktionieren auf gutem Niveau.

Eine Bestandsaufnahme psychisch kranker Menschen mit ALG-II-Bezug im Rahmen des Projektes „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ (2005-2007) ermöglichte eine konkrete Argumentationsgrundlage hinsichtlich der Teilnahme anderer Kostenträger an der HPK. So nehmen seit 2005 die Mitarbeiter/innen des Hanse-Jobcenters (ARGE) regelmäßig an der HPK teil.
Im Jahre 2009 beteiligten sich in einer achtmonatigen Erprobung Mitarbeiter/innen der Servicestellen der IKK Nord nach § 22 SGB IX an der regionalen Hilfeplanung teil.
Durch die Beteiligung vorrangiger Kostenträger (Servicestelle gem. SGB IX, Jobcenter gem. SGB II, Jugendamt gem. SGB VIII) ist die HPK im Unterschied zu vielen anderen „HPK- Konstruktionen“ in der Bundesrepublik in der Lage, auch trägerübergreifende Komplexleistungen zu planen.
Ein landesweit anerkanntes standardisiertes Hilfeplanverfahren (s. Abb. 2) formalisiert den Verlauf und regelt die Beteiligung der Adressaten und ihrer Angehörigen.

Im Rahmen des Modellprojektes Kostendämpfung in der Eingliederungshilfe (KoDE) untersuchte eine Arbeitsgruppe des Landesverbandes Sozialpsychiatrie im Jahre 2007 die Hilfeplankonferenzen des Landes. Es wurden Hospitationen und Teilnehmerbefragungen durchgeführt. Da sich die Hansestadt an dem Modellprojekt beteiligte, wurde auch die Rostocker HPK untersucht. Die Evaluation attestierte der Rostocker HPK in ihrem Abschlussbericht (s. Anlage 7) eine klare und hochwertige Struktur sowie eine Vernetzung und Kommunikation der Akteure auf hohem Niveau. Außerdem wurde die spürbare Personenorientierung hervorgehoben, welche sich auch in der Teilnehmerbefragung widerspiegelte (S.3 u. S. 8f).

ABLAUF DES HILFEPLANVERFAHRENS nach SGB XII



Stand Oktober 2010

3. Gemeindepsychiatrischer Verbund

3.1 Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund (GPSV)

Im März 2004 erfolgte eine Informationsvorlage für den Oberbürgermeister der Hansestadt Rostock zur Wiedereinberufung des kommunalen Psychiatriebeirates.
Zwei Monate später im Mai 2004 tagte der erste kommunale Psychiatriebeirat seit seiner Schließung vier Jahre zuvor. Die Geschäftsordnung des Psychiatriebeirates der Versorgungsregion der Hansestadt Rostock und des Landkreises Bad Doberan wurde im November 2004 verabschiedet.
Die Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) mit dem Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund (GPSV) und Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbundes (GPLV) wurde im Dezember 2005 im kommunalen Psychiatriebeirat beschlossen und durch die Bürgerschaft der Hansestadt Rostock sowie den Landkreistag des Landkreises Bad Doberan (Geschäftsordnung, s. Anlage 5) bestätigt.
Bei der Gründung eines GPV ging der bestehende Psychiatriebeirat in einen Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund über. Die Repräsentanz aller Anbieter und die Geschäftsführung des GPSV liegen in der Verantwortung der Psychiatriekoordinatorin.
Die Psychiatriekoordinatorin hat die Geschäftsordnung entworfen, die dem Gremium des Psychiatriebeirates vorgestellt und verabschiedet wurde.

Der GPSV ist ein steuerndes und beratendes Gremium aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten unter dem Vorsitz der Psychiatriekoordinatorin mit Empfehlungskompetenz und Rederecht in den jeweiligen Ausschüssen sowie im Kreistag, bzw. für den Gesundheits- und Sozialausschuss der Bürgerschaft zur verbindlichen Steuerung einer bedarfsgerechten und gemeindenahen Versorgung der betroffenen Bürgerinnen und Bürger der Versorgungsregion. Beschlüsse zur Veränderung oder weiteren Entwicklung des Leistungsangebotes sind nicht ohne die vorherige Anhörung eines gewählten Vertreters des GPSV zu treffen.
Der GPSV organisiert, legitimiert und beobachtet die Gremien der Hilfeplankonferenz auf der mittleren Steuerungsebene der Leistungserbringung und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) auf der Ebene der einrichtungsübergreifenden Kooperation.

Im **GPSV** sind folgende Verbände und Vereinigungen vertreten:

Leistungsträger:
- Krankenkassen
- Deutsche Rentenversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Hanse-Jobcenter Rostock (ARGE)
- Fachämter

Leistungserbringer:
- Vertreter niedergelassener Ärzte
- Vertreter niedergelassener Psychotherapeuten
- Versorgungskrankenhaus
- Vertreter des Gemeindepsychiatrischen Leistungsanbieterverbundes (GPLV)
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes

Sonstige Mitglieder:
- Arbeitsgruppe Sucht und PSAG
- Regionale Vertreter/innen von psychiatrieerfahrenen Menschen und Angehörigen

3.2 Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund (GPLV)

In den Folgejahren wurde die Kooperation zwischen den Leistungserbringern zur Sicherstellung von Komplexleistungen verdichtet. Zunächst vereinbarten die KPP und die GGP mbH Rostock ambitionierte Kooperationsbeziehungen, die später auch im Zusammenwirken mit dem GPLV bedeutend werden sollten. Maßgebliche Standards in der Kooperationsvereinbarung sind beispielsweise der gemeinsame Einsatz des IBRP, regelmäßige Klinikfallkonferenzen und die Einsetzung einer trialogisch geführten Vorbereitungsgruppe zur Durchführung von Psychoseseminaren, die es allerdings schon seit 2000 an der Rostocker Volkshochschule gab. Später entstand noch ein gemeinsames Schulprojekt zur Primärprävention im Bereich der psychischen Erkrankungen, an dem sich sowohl die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Rostock als auch Vertreter/innnen der Selbsthilfe und des GPLV beteiligten. Fast zeitgleich im Jahre 2004 einigten sich auch beide Komplementäranbieter (AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH und GGP mbH Rostock) auf einen Kooperationsvertrag (Anlage 6), der im Jahre 2010 modifiziert wurde und heute den GPLV der Stadt begründet. Auch im Kooperationsvertrag ist eine enge partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen beiden Trägern auf der Grundlage des Konzeptes der personenzentrierten Hilfen geregelt.

Diese lässt sich auch mit folgenden Standards beschreiben:

- Einsetzung einer festen koordinierenden Bezugsperson (Case-Manager/ CM)
- Anwendung eines einheitlichen Hilfeplanverfahrens
- Übernahme der regionalen Versorgungsverpflichtung für alle psychisch kranken Bürger einschließlich Bürger mit komplexen Hilfebedarf (Wohnungslose, Patienten aus dem Maßregelvollzug)
- Durchführung der Versorgung soweit möglich ohne Veränderung der Lebenswelt (Normaler Tagesrhythmus, Trennung von Arbeit/ Wohnen/Freizeit), normaler wirtschaftlicher Standard, Integration in die normale Nachbarschaft)
- Sicherstellung einer individuellen und umfassenden Versorgung (Art und Intensität)
- kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und Optimierung der Nutzung der Ressourcen
- Förderung der organisierten Selbsthilfe durch den kontinuierlichen Austausch mit Selbsthilfeorganisationen und die Beförderung von Empowermentprozessen durch eine Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen
- Beteiligung an der regionalen Steuerung psychiatrischer Hilfen durch verbindlichen und kontinuierlichen Austausch im Rahmen des GPSV
- Psychosozialer Krisendienst für alle Nutzer außerhalb der Kernarbeitszeiten des GPLV
- Gemeinsame Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit mit den Zielen Inklusion, Darstellung gemeindepsychiatrischer Verantwortung und Empowerment von Selbsthilfe.

Außerdem werden Schnittstellen im Bereich der Planung und Steuerung durch die Einsetzung eines Sprechers und GPLV-Vollversammlungen geregelt.
Im Unterschied zu GPLVen in vielen anderen Regionen Deutschlands wirken vereinbarte Qualitätsstandards nicht nur in den Bereich des SGB XII (Eingliederungshilfe) hinein, sondern betreffen aufgrund der komplexen Strukturqualität innerhalb des GPLV auch andere Zuständigkeitsbereiche.
Vorbildhaft dürfte die Vernetzung von SGB V-Leistungen, wie tagesklinische Behandlung, ambulante nervenärztliche Behandlung in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und Ambulante Psychiatrische Fachpflege (APP) in Verbindung mit SGB VIII-Leistungen, wie z.B. sozialpsychiatrische Familienhilfe und Frühförderung, SGB XII-Leistungen, beispielsweise sieben Tagesstätten mit unterschiedlichen Konzepten, SGB II-Leistungen, wie Trainingsmaßnahmen und SGB XI-Leistungen in einem Psychiatrischen Pflegeheim sein.
Einzig die KPP und einige kleinere Arbeitsprojekte sind noch nicht dem GPLV beigetreten, woraus sich Zielstellungen für die nächsten Jahre ergeben.
Die exzellente Vernetzung innerhalb des Versorgungssystems beeindruckte im Oktober 2008 auch die Besuchkommission der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV) und wurde durch diese im Ergebnisprotokoll ausdrücklich gewürdigt (s. Anlage 8).

4. Das Rostocker Finanzierungsmodell

4.1 Regionales Trägerbudget

Ausgangspunkt und Grundlage für die Einführung eines personenbezogenen Finanzierungssystems im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen war das Landesprojekt „Kommunale Psychiatrie“, an dem sich die Hansestadt Rostock von 2004 bis 2008 als Begleitregion beteiligte.

Ziel des Projektes war die Weiterentwicklung der ohnehin bereits stark personenzentriert ausgerichteten Versorgungslandschaft in der Hansestadt Rostock. Dazu wurde zuvor im Dezember 2003 eine Zielvereinbarung mit mehreren Schwerpunkten zwischen der Hansestadt Rostock - vertreten durch den damaligen Senatsbereich für Umwelt, Jugend, Gesundheit und Soziales - und dem Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e.V. als Projektträger geschlossen.

Sowohl das Projekt Kommunale Psychiatrie und als auch die Begleitregion Rostock wurden durch einen vom Sozialministerium berufenen Beirat begleitet.

Die Zielvereinbarung konnte im Vorfeld mit dem GPLV abgestimmt werden und erhielt volle Unterstützung.

Einen der drei vereinbarten Arbeitsschwerpunkte bildete die Umstellung der Eingliederungshilfefinanzierung für seelisch behinderte Menschen von einer pauschalen Platzfinanzierung auf eine personenbezogene und leistungsgerechte Finanzierung auf der Basis eines regionalen Trägerbudgets.

Da Modellprojekte im Bereich der Finanzierung von Sozialleistungen immer auch mit Risiken und Gefahren verbunden sind, die nur bei gegenseitigem Vertrauen aller Beteiligten angemessen beurteilt und bewältigt werden können, war bereits Jahre vor der Umstellung ein partnerschaftliches und ergebnisorientiertes Arbeitsbündnis zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern „erkämpft“ worden, das hier als bedeutender Strukturvorteil nicht unerwähnt bleiben soll.

Aus dem regionalen Psychiatriebudget werden seit dem nicht mehr institutionsbezogene, sondern individuelle Leistungen finanziert. Diese neue Finanzierungsform mit ihren „prospektiven, personenbezogenen und zeitbasierten Maßnahmebudgets“ ermöglicht

tatsächlich eine individuelle Leistungserbringung unabhängig von Institutionen oder Immobilien, ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren und ein primäres Controlling der Zielerreichung.
Gegenwärtig fließen über 91 % des Psychiatriebudgets der Hansestadt Rostock direkt in personenbezogene Leistungen.
Ganze 9 % des Budgets beinhalten je zur Hälfte die Finanzierung personenunabhängiger Vorhaltekosten für eine Begegnungsstätte, einen Krisendienst, die Nachtwachen der Intensivbetreuungseinheiten sowie der Notunterkunft auf der einen und der Investitionsbeträge aus den bisherigen Entgelten auf der anderen Seite.
Die Berechnungsgrundlage für das Gesamtbudget war im Konsens aller Beteiligten die Summe aller örtlichen und überörtlichen Aufwendungen aus dem SGB XII unter der Maßgabe, dass zum Zeitpunkt der Budgetbildung mit diesen Aufwendungen eine Bedarfsdeckung im Bereich der Psychiatrie erreicht ist.
Zur Ermittlung der Eckdaten für das Budget, z. B. Belegung, Entgelthöhen, Minutenbudget, wurde als Referenzwert der September 2004 (Stichtagskontrolle) gewählt.
Insgesamt wurde eine Deckelung des Budgets mit einem Korridor von +/- 5 % vereinbart.
Zur Sicherstellung einer möglichen »Rückführung« in die alte Finanzierungssystematik wurde mit hohem zusätzlichem Aufwand die bisherige Systematik der »Tagesentgelte« im ersten Umstellungsjahr parallel fortgeführt und dokumentiert.

Aufgrund von Bedenken der Leistungserbringer hinsichtlich der Stabilität ihrer Finanzierung und aufgrund der unterschiedlichen Kosten- und Angebotsstrukturen, d.h. insbesondere der Gewichtung von ambulanten und stationären Angeboten, wurde das Gesamtbudget in zwei Anbieterbudgets (budgetneutral pro Anbieter zu 2004) berechnet. Diese vertragliche Zusicherung eines festen Budgetanteils sollte beiden Leistungserbringern maximale Sicherheiten geben, ihnen die Ängste vor einer prospektiv einzelfallbezogenen Vergütung nehmen und eine Anpassung ihrer Strukturen an die (ambulante) personenbezogene Leistungserbringung und deren personenbezogene Finanzierung ermöglichen.
Im Vorfeld der Umstellung wurde geprüft, inwiefern andere bisher in der Bundesrepublik Deutschland angewandte zeitbasierte Finanzierungsmodelle übertragbar wären. Aber weder das Berliner Modell der einheitlichen Finanzierung von Leistungstypen mit Hilfe von Zeitstufen noch Lösungen aus Rheinland Pfalz entsprachen gänzlich den Zielvorstellungen und Vorraussetzungen. Daher waren sich die Beteiligten des Rostocker Modells sehr früh darüber im Klaren, eine eigene maßgeschneiderte Lösung zu entwickeln. Im Ergebnis werden nun Leistungen mit einem einheitlichen Minutenpreis finanziert. Das ist eine Besonderheit, als dass die Leistung beispielsweise der Hilfeempfängergruppe 1 in der Tagesstätte genauso teuer ist, wie die Leistung der Hilfeempfängergruppe 1 im Wohnen.
Auch die bestehende Vereinbarung zum regionalen Psychiatriebudget wurde im Jahre 2009 durch besagte Besuchskommission der BAG-GPV als modellhaft bezeichnet und für die Anwendung in anderen Gebietskörperschaften empfohlen.

4.2 Rechtliche Grundlagen und Vereinbarungswerk

Grundlage für das Leistungs- und Finanzierungsrecht sowie für die vertraglichen Beziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern bilden die §§ 75 ff SGB XII. Zur modellhaften Erprobung innovativer Versorgungsansätze und neuer Finanzierungsformen sieht der Landesrahmenvertrag (LRV) gem. § 79 (1) SGB XII, Anlage B.0 für M-V unter bestimmten Vorraussetzungen Öffnungsklauseln vor, wonach das bisherige Verfahren der Hilfebemessung über Leistungstypen durch die Einführung fallgruppenbezogener Leistungsentgelte gem. § 76 (2) SGB XII auf Basis einer individuellen Hilfe- und Maßnahmeplanung (§ 58 SGB XII) abgelöst werden kann.

In Anlehnung an die genannten Rechtsnormen wurde im Verlauf des Projekts eine trägerübergreifende Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarung zwischen dem GPLV und den Trägern der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe entwickelt. Einerseits unterscheidet sich die Vereinbarung inhaltlich erheblich von traditionellen Vereinbarungswerken, als dass sie den Übergang von einer institutionszentrierten zu einer personenzentrierten Versorgung regelt und Grundlagen für die neue zeitbasierte Finanzierung auf der Basis eines Budgets schafft. Andererseits sollte sie das Modell rückführbar halten und konnte sich deshalb des Einrichtungsbezugs in einigen Kapiteln nicht endgültig entledigen.
Inhaltlich verfolgen die Unterzeichner der Vereinbarung, basierend auf einer umfassenden individuellen Hilfeplanung (§ 58 SGB XII), die Passgenauigkeit der Hilfen für den Einzelfall unter Beachtung der §§ 13 ff SGB XII und der personenzentrierten und lebensfeldorientierten Leistungserbringung entsprechend § 3 SGB XII-AG M-V zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierung dieser individuellen Hilfen sicherzustellen. Dazu wurde die Leistungsqualität im Hinblick auf die Gestaltung individueller Komplexleistungsprogramme ausgehend von potenziellen Ansprüchen Leistungsberechtigter an die Eingliederungshilfeangebote der Leistungstypen gem. LRV M-V, Leistungstyp B.1 – B.5 sowie die ambulanten Eingliederungshilfeangebote der örtlichen Sozialhilfe für die Hilfen der Trägergemeinschaft im bereits angeführten standardisierten Leistungskatalog einrichtungsunabhängig beschrieben.

Die zu erbringende Leistung ist nun vereinbarungsgemäß nicht mehr zwingend an die Wohnform des Hilfesuchenden oder an eine Einrichtungsform gebunden, sie kann in Form von Beratung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Anleitung, Förderung bis hin zur stellvertretenden Ausführung erfolgen.
Des Weiteren wurde sich auf das unter 3.3 beschriebene Verfahren zur quantitativen Hilfebemessung geeinigt.
Um Hilfeprozesse zukünftig kontinuierlicher gestalten und die Angebote bei ständig wechselnden Bedarfslagen besser auszulasten sowie der prognostizierten zunehmenden Nachfrage im ambulanten Bereich durch Verlagerung von Ressourcen gerecht werden zu können, einigte man sich in deutlicher Abkehr von traditionellen Leistungsvereinbarungen auf einen einrichtungsübergreifenden Personal- und Ressourceneinsatz.
Aus Gründen der Qualitätssicherung wurden trägerbezogen Kennziffern für die einrichtungsübergreifende Personalvorhaltung vereinbart und eine Fachkraftquote von 80 % definiert.
Die Festlegung auf einen jährlichen „Rehaindex“ (prozentualer Anteil der im absoluten Sinne erfolgreich abgeschlossenen Maßnahmen von der Jahresfallzahl) zur Messung des Wiedereingliederungserfolgs im Kapitel „Ergebnisqualität“ der Vereinbarung zielt im Kern darauf, die Durchlässigkeit des Gesamtsystems sicherzustellen und seine Leistungsfähigkeit zu beurteilen.
Eine weitere Leistungskennziffer ist die jährlich festgelegte durchschnittliche Anzahl der monatlichen Einzelmaßnahmen, die im Rahmen der Versorgungsverpflichtung von den Trägern zu bearbeiten ist.
In der Prüfungsvereinbarung ist die Bildung einer Steuerungsgruppe geregelt, welche die Erprobung der neuen Finanzierungsform begleitet und Verhandlungen veranlasst, wenn sich wesentliche Vorraussetzungen verändern.
In der Vergütungsvereinbarung wurde das Leistungsentgelt in seinen Bestandteilen neu gegliedert, Minuten- bzw. Tagespreise festgelegt und die Form der Abrechnung beschrieben.
Die Festschreibung des prozentualen Verhältnisses zwischen überörtlicher und örtlicher Leistungsfinanzierung in der Vergütungsvereinbarung zielt direkt auf eine Sicherstellung der beidseitigen Finanzierungsverantwortung nach der Ambulantisierung von Versorgungsstrukturen. Zur Minimierung der Risiken der neuen prospektiven Einzelfallfinanzierung wurde für den Zeitraum einer Konvergenzphase als Abrechnungsmodus eine monatliche ratenweise Auszahlung der Trägerbudgets beschlossen.

4.3 Personenzentrierte Maßnahmeplanung als primäres Umstellungserfordernis

Unbedingte Vorraussetzung für eine personenbezogene Finanzierung ist eine personenbezogene Hilfebedarfsermittlung und Hilfeplanung. In der Region Rostock waren durch die Beteiligung an früheren Modellprojekten bereits der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und zum Teil auch eine darauf aufbauende zeitbasierte Maßnahmeplanung (Mapla) etabliert worden.
Die Quantifizierung der individuellen Maßnahmequalität aus dem IBRP erfolgte im Rostocker Modell in zwei Schritten:
Zunächst wurden das geplante individuelle Vorgehen/die einzelnen Hilfsangebote in einen standardisierten Leistungskatalog übersetzt. Dieser Katalog gliedert sich in vier Funktionsbereiche:

- Psychosoziale Grundleistungen
- Leistungen zur Selbstversorgung
- Leistungen zur Tages- und Kontaktgestaltung
- Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung.

Anschließend wurde der zur Erreichung der Ziele notwendige prospektive durchschnittliche Aufwand der Angebote mit Hilfe des Maßnahmeplanungsinstruments in Minuten pro Woche zeitlich bemessen.
Zur Realisierung fallgruppenbezogener Entgelte und zur differenzierten Bedarfsbemessung wurde ferner eine Hilfeempfängergruppen-Systematik gem. § 76 (2) SGB XII (Abb. 3) eingeführt, welcher der ermittelte Gesamtminutenwert dann zugeordnet wurde.
Um den variablen Hilfebedarfslagen in einer Weise gegenzusteuern, die es verhindert, dass bei jeder Veränderung die Planung modifiziert werden muss, wurde jede einzelne Hilfeempfängergruppe in der Systematik mit einem Zeitkorridor angelegt.
Zur Vergütung wurde dann der Mittelwert der erreichten Hilfeempfängergruppe mit dem Minutenpreis multipliziert.

Hilfebedarfsgruppen nach dem Gesamtleistungsmodell

Hilfebedarfsgruppenbildung ausgehend von der geplanten Gesamtleistung (LB 1-4) (N=253)

(13 Hilfebedarfsgruppen (12 Gruppen + 1 Zusatzgruppe)

		Spannweite = 60 Min				Spannweite = 120 Min				Spannweite = 180 Min			
Hilfebedarfs-gruppe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Minuten pro Woche	1 - 240	241 - 300	301 - 360	361 - 420	421 - 480	481 - 600	601 - 720	721 - 840	841 - 960	961 - 1140	1141 - 1320	1321 - 1500	1501 - XX
Gruppenmitte	120	270	330	390	450	540	660	780	900	1050	1230	1410	X
Preis / Woche	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	Indiv. Preis

Abb.3 Hilfeempfängergruppen

4.4 Berechnung des Minutenpreises

4.4.1. Berechnung des Leistungsbudgets

Der Berechnung des Minutenpreises gingen die Berechnungen des Gesamtleistungsbudgets und des monetären Wochenbudgets voraus.
Um das Ziel einer kostenneutralen Umstellung zu erreichen, ließ sich ein letztes institutionszentriertes „Mogeln“ dabei nicht vermeiden, d.h. es musste zur Berechnung der Gesamtleistungszeit von den alten Personalanhaltszahlen (Personalschlüssel) für die einzelnen Einrichtungen ausgehend die Gesamtleistungszeit für den Verbund hochgerechnet werden. Auf dem Weg dahin war das Verhältnis zwischen personenbezogenen und nicht personenbezogenen Leistungen zu bestimmen und der Berechnung zugrunde zu legen. Dabei wurde ausgehend von den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung ein Anteil der personenbezogenen Leistungen von durchschnittlich 60 % angenommen. Schließlich wurde die Leistungszeit über alle Einrichtungen des Verbundes zur Gesamtleistungszeit aufsummiert. (Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg., 1999)

4.4.2. Berechnung des monetären Budgets

Vor der Budgetberechnung mussten zunächst einmal neue Entgeltkomplexe gebildet werden, da bei der gegenwärtigen tradierten Vergütungsaufteilung in Grund-(GP) und Maßnahmepauschale (MP) sowie Investitionsbetrag (IB) die Personenbezogenheit der Kostenanteile unberücksichtigt blieb. Das neue Entgelt (Abb. 4) unterteilt sich deshalb in vier Entgeltkomplexe: Maßnahmepauschale, Investitionsbetrag (IB), Sockelbetrag (SB) und die so genannten Vorhaltekosten (VHK). Insbesondere in den Vorhaltekosten finden sich nicht personenbezogene Entgeltbestandteile, wie Kosten für die Nachtwachen oder Kosten für eine niedrigschwellige Kontaktstelle.

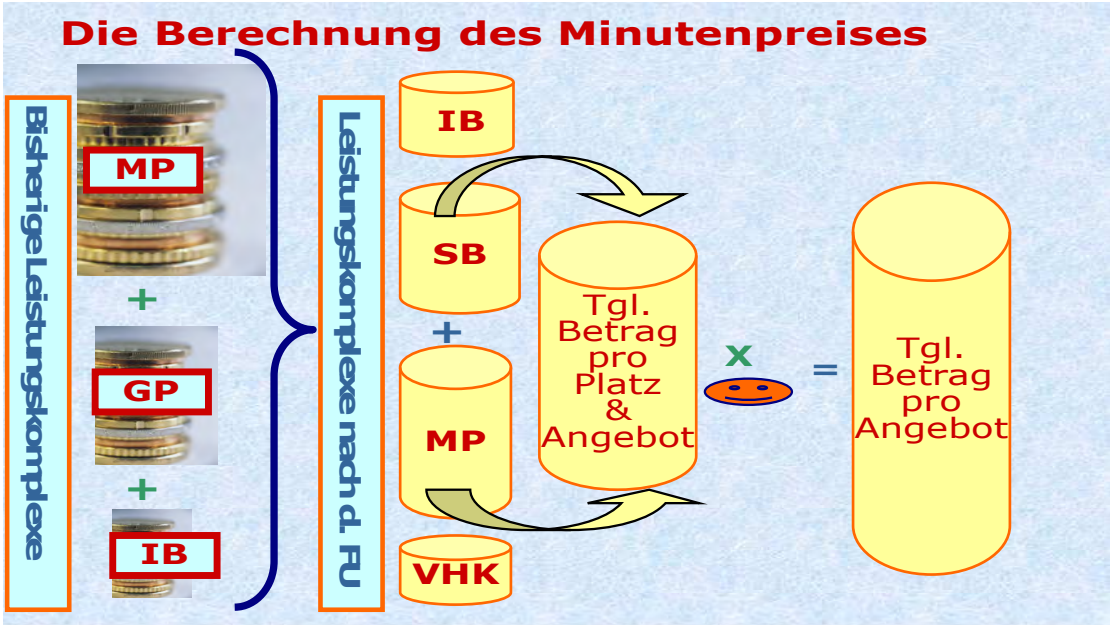


Abb. 4 Berechnung des Minutenpreises

Auf Grundlage der vereinbarten täglichen Vergütung pro Einrichtung wurde eine tägliche Summe, bestehend aus Maßnahmepauschale und Sockelbetrag ermittelt.
Diese tägliche Summe aus Maßnahmepauschale und Sockelbetrag wird dann auf Grundlage der tatsächlichen Auslastung (Referenzwert September 2004) mit dem Multiplikator 365 im Bereich Wohnen und 252 im Bereich Tagesstätten auf eine jährliche Summe hochgerechnet.
Die für die Berechnung des Minutenpreises notwendige Umrechnung auf eine wöchentliche Summe wird durch Division der jährlichen Summe durch Faktor 52,146 erreicht.
In einem weiteren Schritt werden dann die wöchentlichen Beträge pro Angebot für den Anbieterverbund aufsummiert.
Der Minutenpreis errechnet sich schließlich per Division des monetären wöchentlichen Gesamtpsychiatriebudgets durch das wöchentliche Gesamtleistungsbudget.

4.5 Steuerung unter den Bedingungen der Budgetfinanzierung

Die eingangs beschriebene gute Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und der Stadt als örtlichem Sozialhilfeträger über die zu erwartenden Schwierigkeiten der Umstellungsphase zu erhalten, war allen Beteiligten sehr wichtig und einer der Gründe für die Initiation einer Steuerungsgruppe.
Eine wichtige Aufgabe dieser Steuerungsgruppe war insbesondere die Durchführung der formativen Evaluation des Gesamtprojektes. Beginnend mit Budgetkontrollberichten der Träger über die Messung der Ergebnisqualität bis hin zur Leistungserfassung im Einzelfall wurden dazu Daten aus unterschiedlichen Bereichen erhoben und der Gruppe zur Bewertung zur Verfügung gestellt.
Die Gruppe nahm dann eine einheitliche Bewertung vor, ergriff Maßnahmen und intervenierte bei Problemen. Insbesondere wurde über die Auslastung des Budgets innerhalb der vereinbarten 5 % diskutiert.
Eine weitere Aufgabe der Steuerungsgruppe lag in der Prüfung der Bedarfsgerechtigkeit der Hilfen. Diese Aufgabe wurde in enger Zusammenarbeit mit der regionalen HPK und der Psychiatriekoordination bewältigt. Auch hier ergab sich aus Sicht der Steuerungsgruppe in den ersten Jahren kein Handlungsbedarf, weil die Träger selbst sehr schnell auf neue Bedarfssituationen durch Verlagerung von Ressourcen sowie auf strukturelle und konzeptionelle Veränderungen in den Einrichtungen reagieren konnten.
Erst drei Jahre nach der Finanzierungsumstellung im Jahre 2007 wurde das Budget aufgestockt, da die erwarteten Fallzahlsteigerungen nicht mehr zu kompensieren waren.
Weiterhin überwachte die Steuerungsgruppe die Erfüllung vereinbarter Kennziffern. Dabei war zu prüfen, inwiefern das System erfolgreich eingliederte und seiner Pflichtversorgung nachkam, oder ob zunehmende Aufnahmelisten für Einzelangebote entgegenstanden.

5. Ergebnisse der Finanzierungsumstellung

Durch die personenbezogene Finanzierung sind Einrichtungen, die nicht an Bettenplatzkennziffern gebunden sind, in der Lage, mehr Menschen mit den gleichen Ressourcen und zur vereinbarten Qualität zu versorgen.
Das kreative Potenzial der Träger wurde angesprochen und effizient genutzt. So sind z.B. „virtuelle Tagesstätten“ entstanden, welche in der Lage sind, bedeutend mehr Nutzern ein adäquates Angebot zu machen, ohne dass neue Einrichtungen entstehen müssen.
Durch eine höhere Effizienz der Maßnahmen und die Mehrversorgung in den Einrichtungen, konnte ein nicht unerheblicher Kostenanstieg verhindert werden.
Dazu trug auch die verbesserte Leistungstransparenz bei, welche ein optimiertes Belegungsmanagement und damit eine bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen ermöglichte.

Abbildung 5 zeigt die Flexibilisierung des Gesamtsystems:

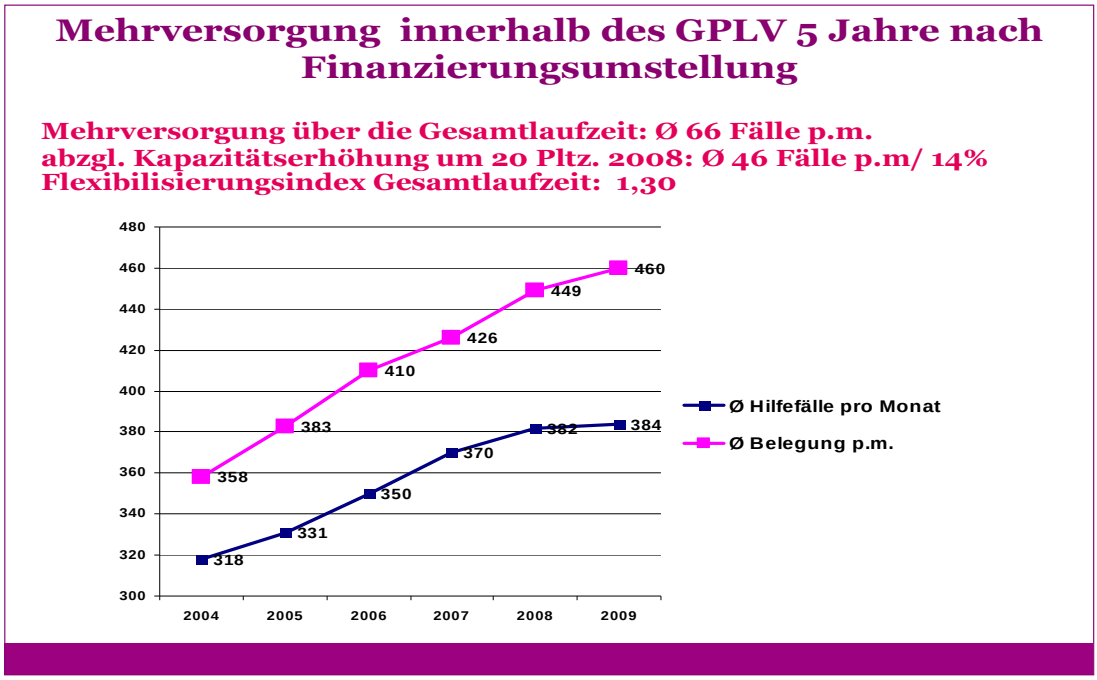


Abb. 5 Flexibilisierung des Gesamtsystems

Die obere Kurve beschreibt den Vergleich zwischen vereinbarten Kapazitäten und der monatlichen durchschnittlichen Belegung zwischen den Jahren 2005 und 2009.
Es zeigt sich, dass im Ergebnis ca. 30 % mehr Maßnahmen pro Monat durchgeführt wurden, als es vor der Finanzierungsumstellung Plätze gab, ohne dass auf der anderen Seite neue Einrichtungen entstanden sind. Dabei ist zu beachten, dass ein Hilfeempfänger zwei Maßnahmen im Rahmen einer Komplexleistung erhalten kann, während die untere Kurve nur gezählte Fälle, d.h., also eine Person gleich ein Hilfefall, wiedergibt. Insofern sind dort die jährlichen Steigerungsraten nicht ganz so augenfällig.
Insgesamt werden heute 66 Menschen mehr pro Monat versorgt als im Jahre 2004. Abzüglich der rechnerischen Kapazitätserweiterung aus dem Jahre 2008 betrifft es immerhin noch 46 Menschen. (s. Abb. 5)

Im Wesentlichen lässt sich dieses Ergebnis auf folgende Entwicklungen zurückführen:

- → bedarfsgerechte Hilfebemessung durch Hilfeempfängergruppen gem. § 76 (2) SGB XII
- → struktureller Umbau („Virtualisierung“) der Tagesstätten
- → Flexibilisierung von Anwesenheitsregelungen in den Tagesstätten
- → verstärkte Verpflichtung vorrangiger Kostenträger
- → bessere Auslastung vorhandener Ressourcen durch aussagefähige Leistungsdaten
- → zufriedenstellende Ergebnisqualität
- → Umwandlung stationärer Heimeinrichtungen.

Ein wichtiger Benchmark für jede Budgetfinanzierung sind die Kosten pro Tag/Fall, welche infolge der Mehrversorgung im Rostocker Hilfesystem, um ca. 3,15 € pro Tag und Fall gemindert werden konnten.

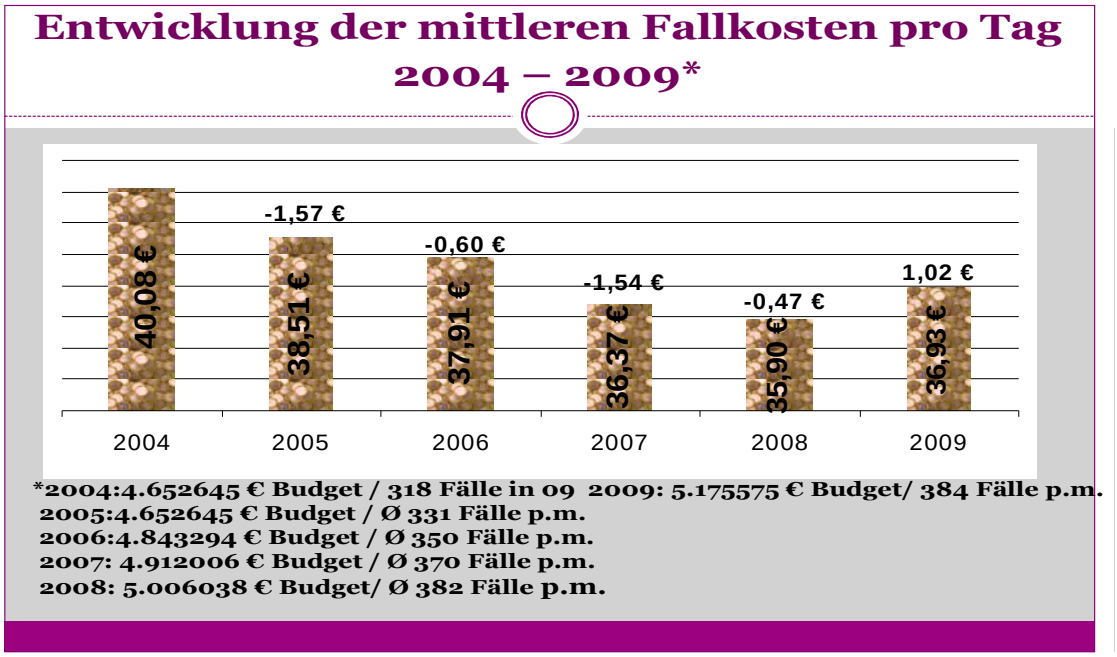


Abb. 6 Entwicklung der Fallkosten

In Abb. 7 ist zu erkennen, dass in 2005 bei gleich bleibendem Mitteleinsatz bedeutend mehr Leistungsberechtigte versorgt werden konnten. Im Jahr 2006 kam es dann aufgrund von Tarifsteigerungen und inflationärem Ausgleich zu einer Anhebung des Budgets um 4 %, gleichzeitig aber auch zu einer erneuten Erhöhung der mittleren Belegung um 9 %.
In der Gesamtschau sind die Kosten im Verlauf des Projektes um 11 % gestiegen, während gleichzeitig 30 % Mehrversorgung generiert wurde.
Weiterhin findet sich eine Darstellung der verhinderten Kostenprognose, aus der unschwer zu erkennen bleibt, dass sich diese kumuliert auf ca. 2.7 Mio. € beläuft (Abb. 8)

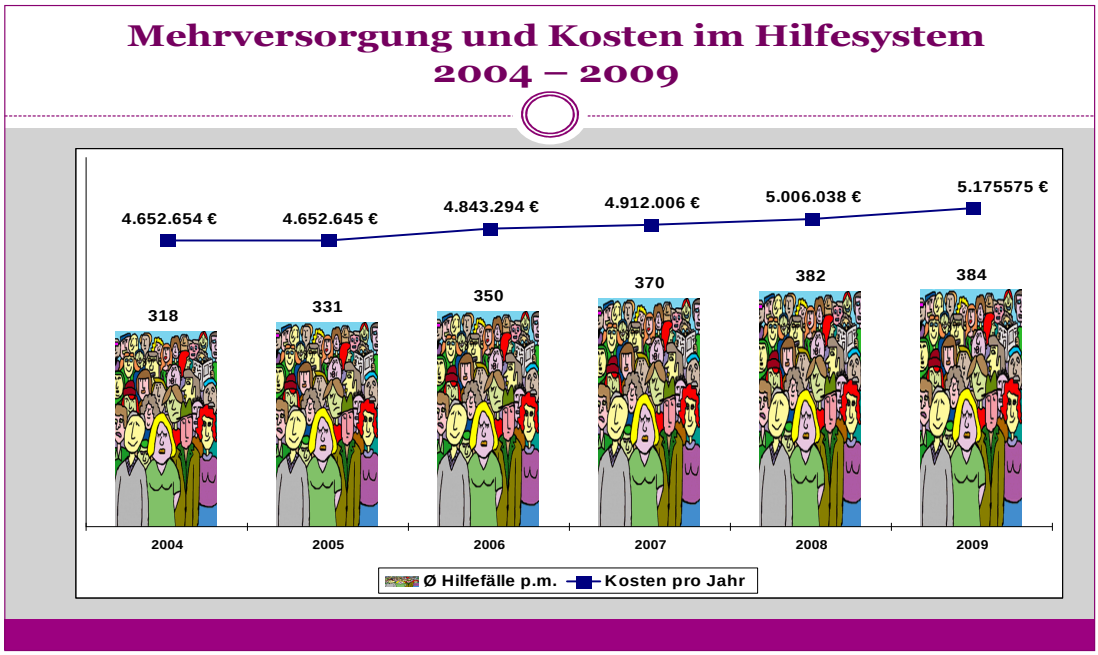


Abb. 7 Entwicklung Kosten für den Zeitraum des Projektes

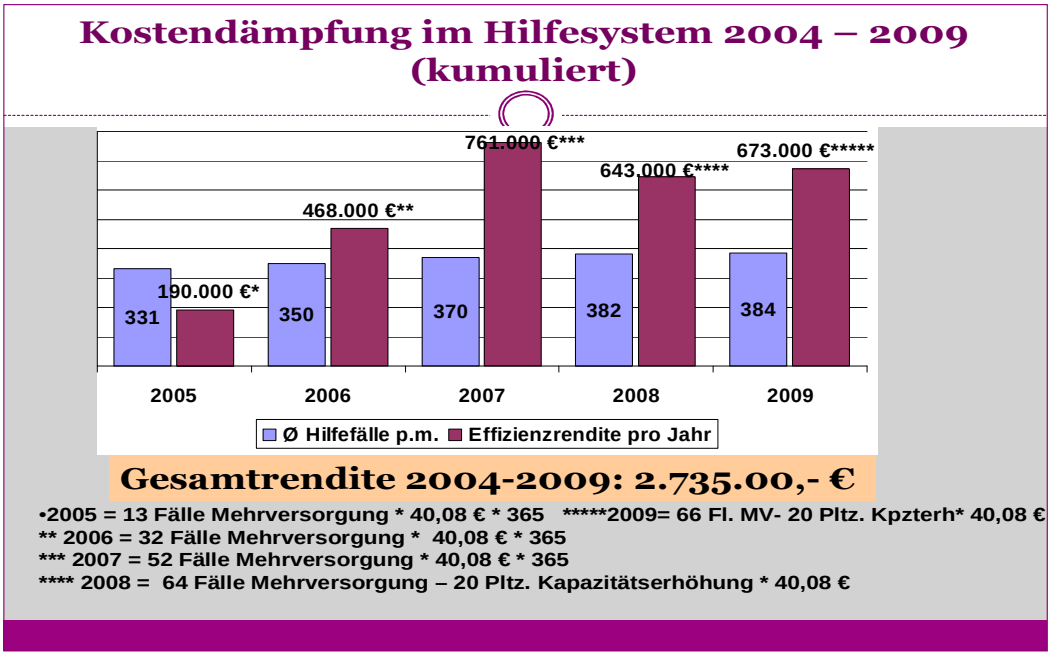


Abb. 8 Kostendämpfung 2004 – 2009

5.1 Ergebnisqualität der Hilfen

Für die Versorgungsforschung existieren generell keine Daten, die die Qualität erbrachter Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe beschreiben. Als ein »hartes Datum« neben den reinen Kosten bzw. Fallzahlen könnte der »Eingliederungsindex« künftig herangezogen werden. D. h., wie viele Fälle sind in einem Jahr erfolgreich im Sinne eines Lebens ohne Zahlungen der Eingliederungshilfe aus dem System »entlassen« worden.

In den Jahren von 2005 bis 2009 sind in Rostock insgesamt 2394 seelisch behinderte Leistungsberechtigte (Abb. 9) innerhalb des Systems versorgt worden.

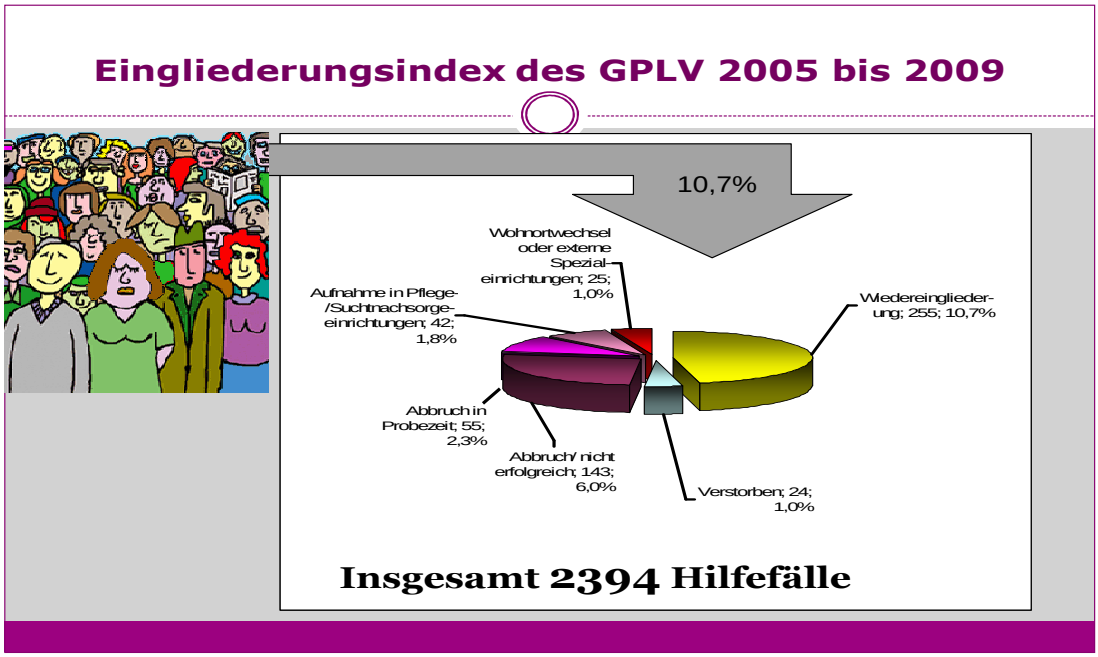


Abb. 9 Eingliederungsindex

Von diesen 2394 Fällen konnten 10,7 %, das entspricht 255 Menschen, soweit sozial rehabilitiert werden, dass sie am Ende der Maßnahme keinen Bedarf mehr auf Eingliederungshilfe hatten und gem. SGB XII eingegliedert wurden.
Bei 143 Hilfeempfängern kam es zu einem Abbruch der Maßnahme und bei 55 Menschen geschah das bereits in den ersten sieben Monaten. In Heimeinrichtungen der Altenhilfe oder in Suchtnachsorge- und Therapieeinrichtungen wurden 42 Hilfeempfänger vermittelt. Bei 25 Nutzern kam zu einem Wohnortwechsel oder bei einigen wenigen zur Verlegung in Einrichtungen mit einem speziellen Versorgungsprofil wie es i.d.R. nur überörtlich vorgehalten wird.
Diese zufriedenstellende Ergebnisqualität ist zum einen auf Aspekte zurückzuführen, die bereits vor Beginn der Finanzierungsumstellung in Rostock umgesetzt wurden, wie die zielführende Planung und Steuerung, das funktionierende Fachcontrolling sowie die Komplexität und Professionalisierung der Hilfen.
Ferner ist die erhöhte Wiedereingliederung in Rostock mit der übernommenen Versorgungsverpflichtung und den Bedingungen einer gedeckelten Budgetfinanzierung zu erklären.
Den pflichtversorgenden Trägern ging es darum, das System durchlässig zu halten und eine Fallzahlsteigerung zu vermeiden, um letztendlich die übernommene Versorgungsverpflichtung auch erfüllen zu können.
Weiterführend wurde auch untersucht, wie viel Zeit es bedarf (Verweildauer) bis ein Mensch mit seelischer Behinderung durch das Rostocker Hilfesystem im Sinne des Gesetzes wiedereingegliedert ist.
Abbildung 10 zeigt, dass zwei Drittel der Hilfeempfänger, die in den beiden Jahren wieder eingegliedert wurden, bis dahin ein bis vier Jahre kontinuierlicher Unterstützung benötigten. Auch hier spiegelt sich die Wirksamkeit der Hilfen wider. Ebenso zeigen die Zahlen, dass auch für Menschen mit einem hohen und dauerhaften Hilfebedarf eine zeitlich angemessene kontinuierliche Unterstützung angeboten werden kann.

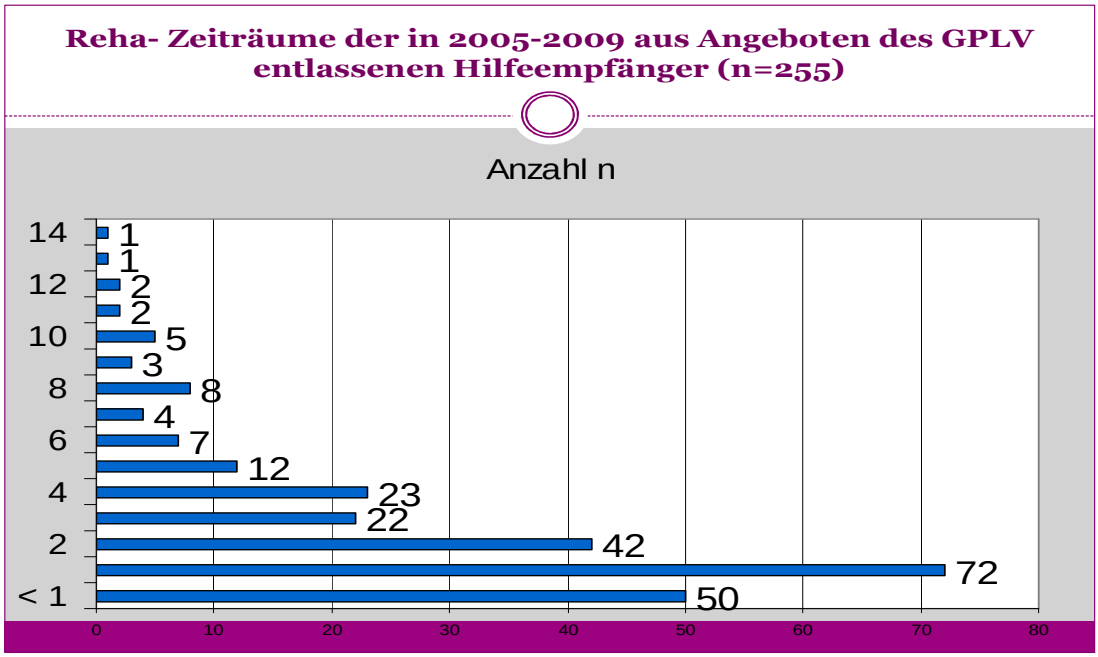


Abb. 10 Reha-Zeiträume

In der Diskussion des Modells wurden ferner immer wieder Zweifel laut, dass die Eingliederungsergebnisse u.U. nicht von Dauer wären und der größte Teil der entlassenen Nutzer schon bald wieder in die Hilfe zurückkäme. Auch diesem Hinweis sind wir nachgegangen und konnten feststellen, dass nicht mehr als 13 % der entlassenen Menschen (Abb. 11) in die Hilfe zurückkamen. Die Hälfte der Rückkehrer war länger als 1,5 Jahre ohne Betreuung. Klar ist dabei, dass allein die Annahme, dass ein behinderter Mensch irgendwann einmal wieder Hilfe benötigt, kaum zu der Entscheidung führen wird, ihm eine Hilfe auf Lebenszeit zu verschreiben. Ähnliche Ansätze der psychiatrischen Intervallbehandlung sind aus der klinischen Versorgungsforschung bekannt.

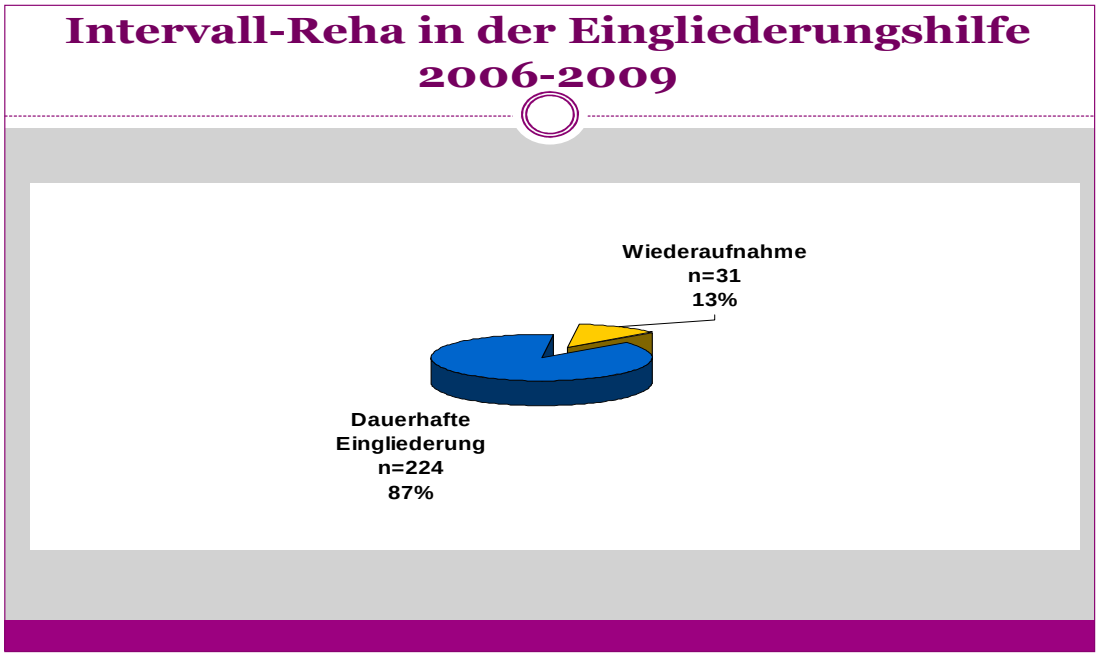


Abb. 11 Intervall-Reha

5.2 Projekt Wirkungsorientierung

Das System der Leistungen der Eingliederungshilfe lässt sich als eine „Black Box“ bezeichnen – abgesehen von regionalen unterschiedlich ausdifferenzierten Statistiken zu den Ausgaben der einzelnen Einrichtungen oder Leistungsbereiche und einer ausdifferenzierten Strukturqualitätsdiskussion (Mitarbeiterschlüssel, Personal-Mix, pro Hilfeempfänger etc.) ist wenig Wissen über die individuellen Ergebnisse der Leistungsinanspruchnahme und die Qualität der einzelnen Leistungen vorhanden. Eine einfache Formulierung hierfür wäre: Was kommt heraus, nachdem ein finanzieller und fachlicher Aufwand in das System hineingegeben wurde? Wie lässt sich das System so „beleuchten“, dass transparent wird, welche Ergebnisse und Qualität mit dem eingesetzten Aufwand verbunden sind?
Vor diesem Hintergrund waren auch wir auf der Suche nach einem Konzept, welches neutral und nutzerorientiert die tatsächliche Qualität der Leistungen im Sinne einer Ergebnisevaluation ermitteln kann.
Folgende Bedingungsfaktoren wollten wir bei einer Konzeptentwicklung zur „Messung“ von Ergebnisqualität“ im Bereich sozialpsychiatrischer Leistungen berücksichtigt wissen:

1. Die Qualität und Wirkung von sozialen Dienstleistungen hängen maßgeblich von personenbezogenen Faktoren ab. Entgegen einer Orientierung am konkret fassbaren hergestellten Produkt in der industriellen Produktion sind im Bereich der sozialen Dienstleistung viele „weiche Faktoren“ zu finden: individuelle Erwartungen des Nutzers, individuelle Krankheitsverläufe, Eigenschaften der Mitarbeiter, Konzept des Anbieters.
2. Die Orientierung an ökonomischen Kriterien (u. a. Senkung der durchschnittlichen Fallkosten durch Unabhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfen („Rostocker-Reha-Index“)) als „Output“ allein reicht nicht aus, um zu erfahren, was einzelne Maßnahmen oder Maßnahmenbündel für die Nutzer tatsächlich leisten und welche Leistungen für den einzelnen Nutzer qualitativ hochwertig sind.
3. Eine personenzentrierte Gestaltung des Versorgungssystems lässt sich nur voll realisieren, wenn das Wissen über die durch den Nutzer definierte Qualität einzelner Leistungen vorhanden ist - was man evtl. verändern muss, damit ein System tatsächlich „passend“ und qualitativ hochwertig wird.
4. Leitideen der Sozialpsychiatrie, wie Personenorientierung und Lebensfeldorientierung müssen mit einem zu entwickelnden Instrument berücksichtigt und unterstützt werden können und weiterhin handlungsleitend sein.
5. Ein Instrument zur Qualitäts-„Messung“ muss in das bestehende Planungsinventar (in der Hansestadt Rostock: IBRP) integrierbar und in der regionalen Hilfeplanung und HPK praktikabel sein.

Ab November 2007 bis 2009 wurde im Rahmen eines praxisbezogenen Pilotprojektes zu dieser Thematik in der Hansestadt Rostock der Versuch gemacht, sich dieser Aufgabe wissenschaftlich im sozialpsychiatrischen Alltag zu stellen.

Am Projekt beteiligten sich:

- AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH
- GGP mbH Rostock
- Modellprojekt „Kostendämpfung in der Eingliederungshilfe (KoDE)“ des Landesverbandes Sozialpsychiatrie M-V e.V.

- Universitätsklinikum Rostock, Zentrum für Nervenheilkunde, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. an der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
- Brücke Schleswig-Holstein gGmbH

Das Pilotprojekt lieferte als ein Schwerpunkt im Landesmodellprojekt „Kostendämpfung in der Eingliederungshilfe“ (KoDE) wesentliche Grundlagen für die Messbarkeit und Dokumentation von Ergebnisqualität.
Ausgehend von einem personenbezogenen Ansatz wurden evaluierte Teilhabeziele der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) in Verbindung mit der subjektiven Teilhabezufriedenheit und objektiven Kriterien als Erfolgsindikatoren verwendet. Diese individualisierten Teilhabeziele wurden mittels Zielerreichungsskalierung (Goal Attainment Scaling, GAS) operationalisiert und transparent gemacht. Die beteiligten Mitarbeiter/innen einschließlich der unabhängigen Rater (Fallmanager des Leistungsträgers) wurden in gemeinsamen Schulungen in der Methode trainiert.
Zur Verbesserung der Reliabilität der GAS-Skala, wie zur Herstellung einer mehrdimensionalen Perspektive der gesamten Erhebung, verwendeten wir mehrere hinreichend validierte Messinstrumente. Die Selbsteinschätzung der individuellen Symptombelastung wurde von den Nutzern zu Beginn und zum Ende der Bewilligungszeit mit dem Fragebogen General Health Questionnaire, GHQ-12 vorgenommen. Die Fremdeinschätzung des globalen psychosozialen Funktionsniveaus der Nutzer erfolgte durch den behandelnden niedergelassenen Facharzt mittels der Global Assessment of Functioning (GAF)-Skala.

Die subjektive Lebensqualität der Nutzer wurde mit der Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) ebenfalls zu Beginn und zum Ende des Bewilligungszeitraums erhoben. Ausschließlich zum zweiten Messzeitpunkt wurde die Zufriedenheit der Nutzer mit dem Angebot erfragt. Dazu haben wir eine veränderte Version des Züricher Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (ZUF-3) eingesetzt.
Insgesamt konnten 51 Fälle in das Projekt einbezogen werden, dass sind ca. 13 % der Gesamtnutzer des GPLV gewesen.
In den Schulungen wurden 68 Teilnehmer/innen des GPLV und Amtes für Jugend und Soziales in der Anwendung der Methode trainiert, das war die Hälfte aller in diesem Bereich tätigen Mitarbeiter/innen.
Ziel der Schulungen war es, die Mitarbeiter/innen über den Ablauf des Projektes zu informieren und die richtige Anwendung der Instrumente zu trainieren.
Der angestrebte Lernerfolg lag klar in der operanten Formulierung von Zielereichungsgraden mittels GAS. Die Mitarbeiter/innen sollten in die Lage versetzt werden, die genannten Zielstufen eindeutig und konkret für beteiligte Dritte zu benennen.
Bei einer parallel zum Projekt durchgeführten Befragung beurteilten 80 % der Mitarbeiter/innen die Methode der GAS im Kontext der Eingliederungshilfe als überwiegend sinnvoll. Insbesondere die gemeinsame Zielformulierung mit den Nutzern wurde als hilfreich erlebt.
In der wissenschaftlichen Begleitstudie des Instituts für Sozialpsychiatrie an der EMAU Greifswald (ISP) wurde zusammenfassend eingeschätzt, dass die Anwendung der GAS im Rahmen der IBRP die Feststellung von Ergebnisqualität über die Messung der individuellen Zielerreichung ermöglichen kann. Darüber hinaus würde die neue Methode den Aushandlungsprozess in den Vordergrund rücken und mehr Transparenz und Konkretheit in der Hilfeplanung schaffen.

6. Perspektive

Leistungsträger und Leistungserbringer des Rostocker Modells arbeiten perspektivisch an der Verwirklichung folgender Ziele:

- Aufhebung des Modellstatus und Aufnahme in den Landesrahmenvertrag M-V gem. § 79 SGB XII als Leistungstyp
- Leistungsökonomie und Flexibilität innerhalb der Eingliederungshilfe
- Akzeptanz und Mut zur Umsetzung des Finanzierungsmodells in anderen Gebietskörperschaften des öffentlichen Rechts
- Weiterführung des Pilotprojektes Wirkungsorientierung in einem größeren Projektrahmen (Gesamtnutzer des GPLV) und möglicherweise Übernahme des Verfahrens als Planungsstandard.

Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz der Hansestadt Rostock für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen

Stand: 1. Oktober 2010

1. PRÄAMBEL

In der Hansestadt Rostock wird eine Hilfeplankonferenz (HPK) für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen gemäß § 58 SGB XII mit dem einheitlichen Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan M-V 2006, Fassung November 2009 (IBRP M-V) praktiziert.
Hierbei werden auch Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die aktuell keine abstinente Lebensweise anstreben, einbezogen.

2. ZIELE

Ziel der HPK ist eine personenzentrierte und lebensfeldorientierte Hilfebedarfsermittlung und Hilfeplanung, die sich am Hilfebedarf und dem Wahlrecht der einzelnen Personen in seiner Komplexität von Wohnen, Arbeit/Tätigsein und Teilhaben am gesellschaftlichen Leben in deren gewohntem Lebensumfeld orientiert.
Die Hilfeplanung und Hilfebedarfsermittlung sowie die Entwicklung personenbezogener Maßnahmen/Komplexleistungen erfolgt unabhängig von Institutionen für eine Person und orientiert sich an den Möglichkeiten der gesamten gemeindepsychiatrischen Versorgung in der Hansestadt Rostock und im Bedarfsfall darüber hinaus. Es gilt der Vorrang der offenen Hilfe nach § 13 SGB XII.

3. AUFGABEN

Mit der HPK soll die personenzentrierte Komplexleistung für den Unterstützungsbedarf von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Hansestadt Rostock gesichert werden.
Ihre Aufgabe ist es, eine fachliche Vorentscheidung über Art, Inhalt, Ziel und Umfang der erforderlichen Hilfen zu geben und die zuständigen Leistungserbringer festzulegen.
Detaillierte Aufgaben sind:

- Erstellung eines IBRP M-V gemäß § 58 SGB XII
- Bei Neuanträgen: Vereinbarung eines „Express-IBRP" als Rahmenrichtlinie im Sinne von § 58 SGB XII und Beauftragung der vorläufig zuständigen Leistungserbringer mit der konkreten Planung im Zeitraum von 6 Wochen
- Erarbeitung einer einzelfallbezogenen, qualifizierten und wirtschaftlichen Empfehlung zur Erbringung der Leistung
- Festlegung der Zuständigkeit für die Leistungserbringung
- Plausibilitätsprüfung des IBRP M-V
- Fachliche Stellungnahme bei strittigen Fragen des Hilfeplanes
- Perspektivenentwicklung
- Einbindung anderer Einrichtungen, Dienste oder Leistungserbringer bei Bedarf
- Begleitung der Maßnahme durch FallmanagerIn des Amtes für Jugend und Soziales
- Empfehlende Stellungnahme an die Kostenträger
- Evaluierung des Hilfeplanes.

4. MITGLIEDER /TEILNEHMER

In der HPK arbeiten die Träger, die gemeindepsychiatrische Versorgung gemäß der §§ 75 ff SGB XII für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen anbieten, mit Vertretern des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes und des Amtes für Jugend und Soziales zusammen.

Teilnehmer sind:

- zwei VertreterInnen des örtlichen Sozialhilfeträgers mit Mandat
- zwei VertreterInnen mit entsprechendem Mandat aus der Gruppe der Leistungserbringer (Maßnahmeträger)
- es soll darauf hingewirkt werden, dass die/der HilfeempfängerIn gegebenenfalls mit BetreuerIn (gem. BGB) und/oder Vertrauensperson an der HPK teilnimmt.

Eine VertreterIn des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes nimmt nach Möglichkeit mit beratender Stimme an allen Sitzungen teil.

Die Psychiatriekoordinatorin kann beobachtend an den Sitzungen teilnehmen.

Nach Bedarf können weitere Personen zur HPK eingeladen werden, z.B. Vertreterinnen und Vertreter:

- des HanseJobCenters
- der Agentur für Arbeit
- einer Servicestelle
- des Fachbereiches Jugend des Amtes für Jugend und Soziales
- des Integrationsfachamtes
- des Integrationsfachdienstes
- der Krankenkassen
- der Rentenversicherungsträger
- oder anderer Dienste und Einrichtungen.

5. ARBEITSWEISE

In der Regel wird in der HPK die Hilfeplanung mit und für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen verhandelt, die vorrangig in Rostock ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort und Hilfe zur Eingliederung in die Gesellschaft nach § 53 SGB XII beantragt haben.

Anträge psychisch kranker/seelisch behinderter Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt außer-halb der Hansestadt Rostock haben und eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Versorgung innerhalb der Hansestadt Rostock wünschen, werden generell in der HPK verhandelt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese betroffene Zielgruppe während der Maßnahme den Kontakt zu ihrem gewohnten Lebensumfeld beibehält und nach erfolgreichem Verlauf der Maßnahme eine Reintegration erfolgt. Es erfolgt eine vorrangige Versorgung der Rostocker AntragstellerInnen.

Psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen oder von ihnen Beauftragte, der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes, die versorgende psychiatrische Klinik oder Tagesklinik wenden sich an die HPK, wenn ein Hilfebedarf der Eingliederungshilfe vermutet wird.

Ansprechpartner ist die Leiterin der HPK des Amtes für Jugend und Soziales.

Auf der Basis einer individuellen Hilfeplanung werden in der HPK die vorliegenden Erkenntnisse dargelegt über:

- aktuelle Problemlage
- Ziele
- Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
- Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie
- vorhandene und aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen.

Die Arbeitsweise ist also durch folgende Arbeitsschritte gekennzeichnet:

Bei Neuanträgen

- Vereinbarung eines „Express-IBRP" als Rahmenrichtlinie im Sinne von § 58 SGB XII und Beauftragung der vorläufig zuständigen Leistungserbringer mit der konkreten Planung im Zeitraum von 6 Wochen.

Bei Kunden des Hanse-Jobcenters

- Im Rahmen der Erstellung des Hilfeplanes mittels des IBRP wird gemeinsam mit der antragstellenden Person die aktuelle Problemlage der Arbeits- und Beschäftigungssituation erfasst.
- Bei vorhandenem Bedarf wird mit der entsprechenden Institution, wie der entsprechenden FallmanagerIn des HanseJobCenters, Kontakt aufgenommen, um eine abgestimmte Planung vorlegen zu können.
- Zur Falldarstellung in der HPK wird die FallmanagerIn eingeladen.

Zusätzlich gilt bei geschlossener Unterbringung von psychisch kranken/seelisch behinderten Menschen folgende Erweiterung der HPK:

- Bei geschlossener Unterbringung nach BGB wird eine erweiterte HPK einberufen, die der qualitätssichernden Beratung und Therapieplanung dient.
- Die erweiterte HPK tagt mindestens einmal im Jahr, um die Hilfeplanung zu evaluieren.
- Bei Neuaufnahmen mit Unterbringungsbeschluss erfolgt nach 8 Wochen die Einberufung der erweiterten HPK mit folgender Zielstellung:
  - Erstellung des IBRP
  - Bestandsaufnahme
  - Verlaufsbeobachtung und Vorschläge zur Therapieplanung
- Mitglieder der erweiterten HPK sind:
  - Leiterin der HPK
  - 1 Arzt des sozialpsychiatrischen Dienstes
  - 1 Arzt der Universitätsklinik, Zentrum für Nervenheilkunde
  - Bezugsbetreuer
  - Leiter des Wohnverbundes der GGP.

Bei Fortschreibung und Auswertung

- Fallvorstellung, einschließlich des aktuellen IBRP. Es folgt eine Evaluierung der Ergebnisqualität.
- Anschließend wird in der HPK der Vorschlag der Einrichtung zur Fortschreibung des IBRP beraten.
- Danach wird eine Stellungnahme der HPK in Form einer Empfehlung für eine oder mehrere Maßnahmen an den Kostenträger gegeben.

- Maßnahmen, die nebeneinander in unterschiedlicher Trägerschaft bzw. durch unterschiedliche Einrichtungen geplant und durchgeführt werden, sind als solche kooperativ zu erbringen und als eine Maßnahme zu planen.

Es sind alle Erstanträge vorrangig zu behandeln.
Für **Eilfälle** bei Erstanträgen wird eine Sonderregelung getroffen.
Bei Weitergewährungsanträgen werden Problemfälle durch die HPK besprochen.

Die Antragstellung erfolgt ebenfalls bei der Leiterin der HPK. Die vorläufige Hilfegewährung erfolgt dann in enger Abstimmung zwischen dem Sozialamt und den Fachärzten des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes. Dabei wird auch der Zeitraum festgelegt, für den die vorläufige Hilfegewährung gilt. Die HPK wird hierüber bei ihrer nächsten Zusammenkunft informiert und entsprechend des Zeitraumes der vorläufigen Hilfegewährung die Vorstellung für eine spätere Konferenz zur Hilfeplanung vorgemerkt.

6. LEITUNG UND SITZUNGFREQUENZ

Die Leitung der HPK in Rostock wird von der Hansestadt Rostock übernommen.
Die Vertretung der Leitung wird innerhalb des Sozialhilfeträgers sichergestellt.
Die HPK ist paritätisch besetzt, bestehend aus jeweils:

- zwei stimmberechtigten VertreterInnen des Kostenträgers und
- zwei stimmberechtigten VertreterInnen der Leistungserbringer.

Ziel der HPK ist, alle Entscheidungen im Konsens zu treffen. Darüber hinaus gilt Mehrheitsstimmrecht.
Sollte kein Einvernehmen hergestellt werden können, entscheidet der Kostenträger im Rahmen seiner Ermessensausübung.
Die HPK tagt regelhaft alle 14 Tage.
Für die Zuordnung der anstehenden Hilfeplanverfahren erfolgt eine Gewichtung nach Hilfesuchenden mit allgemeinpsychiatrischen Erkrankungen und nach Hilfesuchenden mit Abhängigkeitserkrankungen.

7. WAHRUNG DER RECHTE DES BETROFFENEN

Die psychisch kranken/seelisch behinderten Menschen, für die ein Hilfeplan erstellt werden soll, haben das Recht, an der sie betreffenden HPK teilzunehmen und ihr Anliegen zu vertreten.
Datenschutz und Schweigepflicht sind jederzeit zu beachten. Art und Umfang des vorgesehenen und vorgenommenen Austausches sind für den Klienten offen zu legen.
Durch die gemeinsame prozesshafte Erarbeitung des IBRP ist die Beteiligung der betroffenen Menschen an ihrer weiteren persönlichen Hilfeplanung zu sichern.
Diesem Personenkreis ist der Zweck der Datenerhebung mitzuteilen und zu schildern, dass der Hilfeplan in der Konferenz erörtert wird.
Die Zustimmung ist von der/dem Hilfesuchenden oder ihrem/seinem gesetzlichen Vertreter in der Regel schriftlich abzugeben.
Die Mitglieder der HPK werden schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

8. QUALITÄTSICHERUNG

IBRP und HPK sind Instrumente, die günstige Bedingungen für gute Qualität schaffen. Ihre Nutzung garantiert jedoch noch keine gute Qualität.

Deshalb gilt:

- Qualitätskriterien zu formulieren
- Transparenz zur Qualitätskontrolle herzustellen
- Einsatz, evtl. weitere Schulungen und Auswertung des IBRP inhaltlich zu verbessern und ggf. aufgabenspezifisch anzupassen
- Nutzerzufriedenheit
- Beschwerdemanagement.

9. INKRAFTTRETEN UND ÄNDERUNGEN

Die Geschäftsordnung der HPK für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen in der Hansestadt Rostock tritt zum 1. Oktober 2010 verbindlich in Kraft, gleichzeitig tritt die Geschäftsordnung vom 31. Dezember 2005 außer Kraft.
Notwendige Änderungen aufgrund von Änderungsvorschlägen aus der HPK, aufgrund gesetzlicher Bestimmungen, Empfehlungen des Sozialministeriums MV, des Kommunalen Sozialverbandes M-V, Vorschläge der Leistungserbringer oder der Gebietskörperschaften werden durch die Psychiatriekoordinatorin entgegengenommen und bearbeitet. Diese stellt ebenfalls die notwendige Kommunikation zwischen HPK und der Psychosozialen Arbeitsgruppe sicher.

Rostock, den 9. September 2010

Angelika Coors
Leiterin des Amtes für Jugend
und Soziales
Hansestadt Rostock

Torsten Benz
Gesellschaft für Gesundheit
und Pädagogik
Geschäftsführer

Sven Klüsener
AWO Sozialdienst Rostock gGmbH
Geschäftsführer

Vera Blum-Pürckhauer
Diakonieverein des Kirchenkreises
Rostocker Stadtmission e.V.
Geschäftsführerin

Frank Junghans
Hanse-Jobcenter Rostock
Geschäftsführer

Anlage 2 HPK-Protokoll

Vorläufiger Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)
nach § 58 SGB XII

Name:	**Vorname:**
geboren am:	
wohnhaft in:	

In der Hilfeplankonferenz am ..... wurde die Situation des/ der o.g. AntragstellerIn vorgestellt. Aufgrund dieser Schilderung wird seitens der Hilfeplankonferenz folgender Bedarf und Leistungserbringung festgestellt.

Hilfebedarf

Wohnen
Arbeit/ Beschäftigung/ Ausbildung
Tagesgestaltung/ Freizeit/ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Ziele

Einrichtung I / Träger / HEG:

Einrichtung II / Träger/ HEG:

Beginn und Dauer der Maßnahme:

Bemerkungen

Klient anwesend Berufsbetreuer Bezugsbetreuer/ Vertrauensperson nach Aktenlage

Kostenklärung

☐ erfolgt
☐ nicht erfolgt

Aufnahmebestätigung

☐ erfolgt durch den Maßnahmeträger

FB Soziales ja nein _____ **Träger mit Mandat** ja nein _____

FB Soziales ja nein _____ **Träger mit Mandat** ja nein _____

FB Jugend ja nein _____ **Gesundheitsamt zur Kenntnis** _____

ARGE zur Kenntnis _____ **Antragsteller zur Kenntnis** _____

Rostock, d. .....

Zeitraum der HPK

In der Regel findet die HPK alle 14 Tage, am Dienstag statt.

Dauer des Gesprächs: 30 Minuten.

Teilnehmer der HPK

- zwei Vertreter/innen des Amtes für Jugend und Soziales
- zwei Vertreter/innen der Leistungserbringer
- Antragsteller/in, ggf. gesetzlicher Vertreter/in und Vertrauenspersonen wie Angehörige und Betreuer/in
- bei Bedarf Teilnahme eines Vertreters/einer Vertreterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes

Die Psychiatriekoordinatorin kann beobachtend an den Sitzungen teilnehmen.

Nach Bedarf können weitere Personen zur HPK eingeladen werden, z.B. Vertreter/innen aus

- dem Hanse-Jobcenter
- der Agentur für Arbeit
- dem Fachbereich Jugend
- einer Servicestelle
- dem Integrationsamt
- dem Integrationsfachdienst
- den Krankenkassen
- dem Rentenversicherungsträger

oder anderer Dienste und Einrichtungen.

Mitglieder

Amt für Jugend und Soziales Fachbereich Soziales

Ansprechpartnerin:

- Leiterin der Hilfeplankonferenz
  Frau Braatz
  St. Georg Str. 109, Haus II, 18055 Rostock
  Tel. 0381 381-5447

Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP)

Ansprechpartner:

- Bereichsleiter Wohnen
  Herr Paulaeck
  Doberaner Str. 47, 18057 Rostock
  Tel. 0381 1237119
- Bereichsleiter Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur
  Herr Utermark
  Doberaner Str. 47, 18057 Rostock
  Tel. 0381 1237151

AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH

Ansprechpartnerinnen:

- Abteilungsleiterin Sozialpsychiatrie
  Frau Voll
  A.-Tischbein-Str. 48, 18109 Rostock
  Tel. 0381 1270127
- Leiterin des Wohnverbundes
  Frau Schremmer
  Josef-Herzfeld-Str. 18, 18059 Rostock
  Tel. 0381 405360

Diakonieverein des Kirchenkreises Rostock Rostocker Stadtmission e.V. Tagesstätte für Alkoholkranke „Paulus"

Ansprechpartnerin:

- Frau Schwedesky
  Am Güterbahnhof 22, 18055 Rostock
  Tel. 0381 4902132 oder 4902152

Herausgeberin: Hansestadt Rostock, Pressestelle
Redaktion: Gesundheitsamt, Sucht- u. Psychiatriekoordinatorin
Dr. Antje Wroclszewski Tel. 0381 381-5346
Foto: Foto-Disc
Stand: September 2010

Informationen zur Hilfeplankonferenz

HANSESTADT ROSTOCK

Liebe Interessentinnen und Interessenten,

seit 2002 wird in der Hansestadt Rostock eine Hilfeplankonferenz (HPK) für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen mit dem einheitlichen Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) umgesetzt. In diesen Prozess sind auch Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die aktuell nicht abstinent leben, einbezogen.

Im Vorfeld erfolgt mit Ihnen eine umfangreiche Hilfebedarfsermittlung.
Nach Abschluss der Bedarfsermittlung und Besprechung in der HPK stehen Ihnen verschiedene Möglichkeiten der gesamten gemeindepsychiatrischen Versorgung in der Hansestadt Rostock und im Bedarfsfall auch darüber hinaus zur Verfügung.

Es gilt der Vorrang nichtpsychiatrische Angebote sowie der Vorrang ambulanter vor teil-/stationärer Hilfe.

Wir freuen uns auf eine gemeinsame Zusammenarbeit.

R. Braatz

Ramona Braatz
Leiterin der Hilfeplankonferenz

Hilfeplankonferenz

Die HPK ist die Sitzung aller regelhaft an der Hilfeplanung Beteiligten, die eine fachliche Vorentscheidung über Art, Umfang und Dauer der zu erbringenden Leistungen trifft.
Auf der Basis einer individuellen Hilfeplanung werden in der HPK folgende Themenbereiche besprochen:

- aktuelle Problemlage
- Ziele
- Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
- Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie
- vorhandene und aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen.

Ziele

Ziel der Hilfeplankonferenz ist es, Ihnen ein entsprechendes Hilfeangebot zu unterbreiten, das sich an Ihrem gewohnten Lebensumfeld orientiert.
In die Hilfeplanung werden Ihre Fähigkeiten einbezogen, indem Sie aktiv an der HPK-Sitzung teilnehmen und die Hilfeplanung gemeinsam mit dem Sie unterstützenden System gestalten und umsetzen. Hilfeangebote stehen Ihnen in folgenden Bereichen zur Verfügung:

- Wohnen
- Arbeit und Beschäftigung
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Ablauf

Neuantrag einer Hilfe

- Anmelden des Hilfebedarfs beim zuständigen Fallmanager des Amtes für Jugend und Soziales, beim sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, beim Träger des AWO-Sozialdienstes oder der GGP
- **Antragstellung** erfolgt **zentral** und **formlos** bei der Leiterin der HPK, Frau Braatz
- Mitteilung an den Fallmanager des Amtes für Jugend und Soziales
- Erstellen eines IBRP M-V durch Fallmanager des Amtes für Jugend und Soziales oder durch die Sozialarbeiter/innen des Sozialen Dienstes der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Anforderung eines Amtsärztlichen Gutachtens und sonstiger sozialhilferechtlicher Unterlagen

Liegen alle Unterlagen vor, erfolgt die **Einladung zur HPK.**

Weiterbewilligung einer Hilfe

- Antragstellung auf Weiterbewilligung erfolgt zentral und formlos bei der Leiterin der HPK, Frau Braatz
- bei Bedarf erfolgt eine Einladung zur HPK

Anlage 4 Mustergeschäftsordnung HPK

Mustergeschäftsordnung für eine Hilfeplankonferenz (HPK)* für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen

Hilfeplankonferenz (HPK)

Die Hilfeplankonferenz ist die Sitzung aller regelhaft an der Hilfeplanung Beteiligten, die eine fachliche Vorentscheidung über Art, Umfang und Dauer der zu erbringenden Leistungen trifft.

Teilnehmer (ohne Wertung der Reihenfolge)

- Antragsteller
- ggf. gesetzlicher Vertreter
- koordinierende Bezugsperson
- Sozialhilfeträger
- ggf. andere Leistungsträger
- Leistungserbringer
- Gesundheitsamt

Rolle des Gesundheitsamtes innerhalb der Hilfeplanung

Amtsärztliche Funktion des Gesundheitsamtes (möglichst durch Facharzt für Psychiatrie/

Psychotherapie): Stellungnahme über

- Zugehörigkeit zum Personenkreis nach §53 SGB XII (MUSS-Fkt.)
- Notwendigkeit der Hilfe
- Geeignetheit der Form der Hilfe

Arzt und/oder Sozialarbeiter

- Beratende Funktion in der HPK (SOLL-Fkt.)

Sozialarbeiterische Funktion (Sozialpsychiatrischer Dienst):

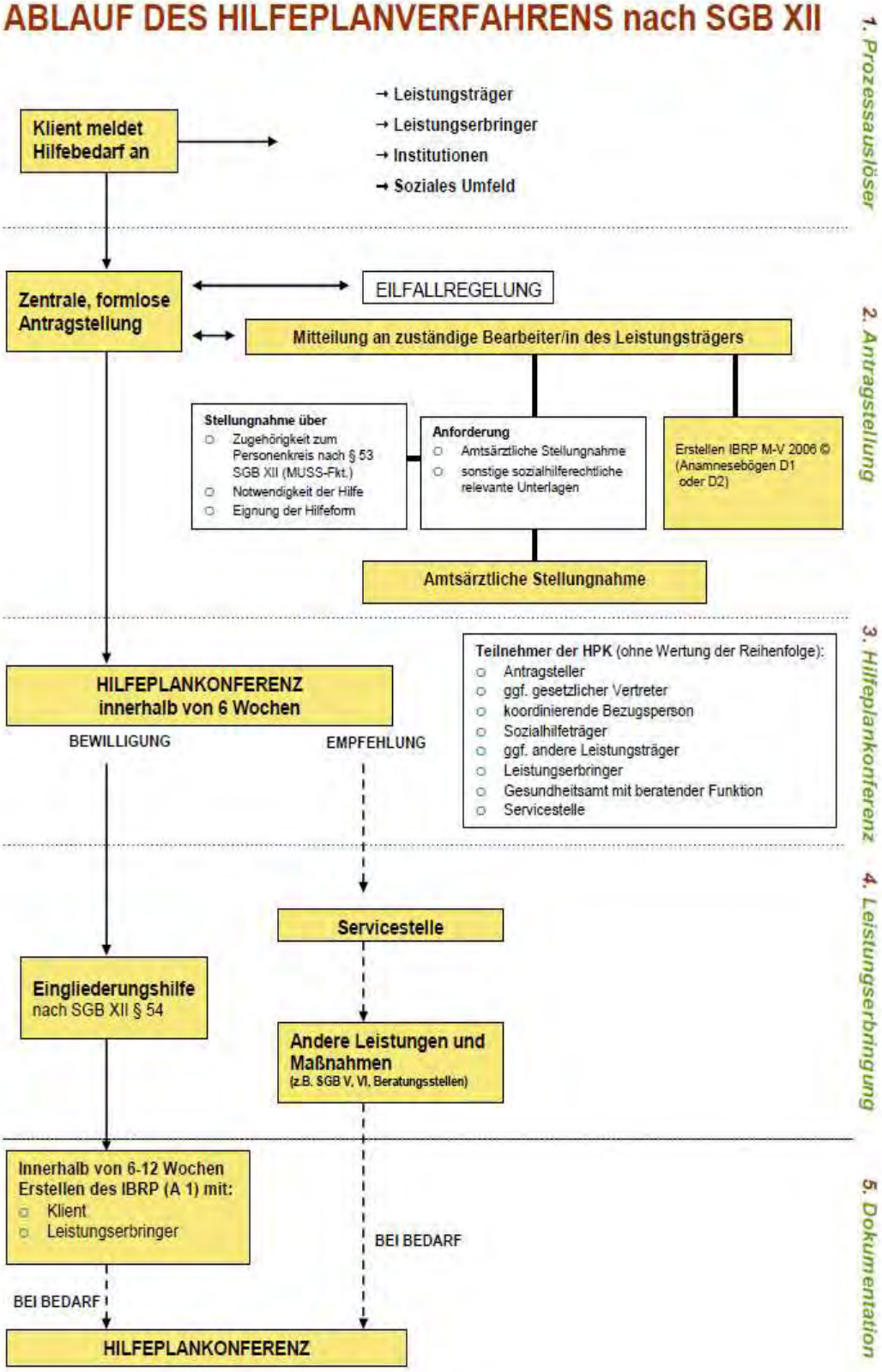
- Antragstellung unterstützen
- Anamnese-Bogen D1 des IBRP erstellen
- IBRP Bogen A1 erstellen
- Einschätzung der Notwendigkeit und Geeignetheit der Form der Hilfe

Frequenz und Dauer

Die HPK tagt regelmäßig. Empfehlenswert ist, dass sie alle 14 Tage mit einer Sitzungsdauer von 30 Minuten pro Antragstellung stattfindet.

**Abgestimmt in der LAG HPK am 26.02.2010*

ABLAUF DES HILFEPLANVERFAHRENS nach SGB XII



Stand Oktober 2010

Erläuternde Bemerkungen zum Ablaufschema

Zu 2. Antragstellung:

Die amtsärztliche Stellungnahme muss vor der HPK erfolgen und geht an den Sozialhilfe-träger zurück.

Die Erstellung des IBRP D1 bei der Erstantragstellung kann durch Leistungserbringer/ spDi/Klinik erfolgen. Die Erstellung des Bogens D2 bei Folgebeantragung erfolgt durch Leistungserbringer. Beide Bögen müssen vor der HPK vorliegen.

Zu 3. Hilfeplankonferenz

Moderationsleitfaden: www.sozialpsychiatrie-mv.de

Abgrenzung Hilfeplankonferenz vom Hilfeplangespräch

Die *Hilfeplankonferenz* findet beim Leistungsträger statt.

Das *Hilfeplangespräch* ist das Gespräch zur Erstellung des IBRP mit dem Klienten und dem Leistungserbringer sowie ggf. gesetzlichem Vertreter.

Organisation und Dokumentation

Die Organisation der HPK ist regional festzulegen.

Die Organisation durch den Sozialhilfeträger hat sich als vorteilhaft erwiesen. Wichtig ist, eine unabhängige Moderation in Betracht zu ziehen.

Die Inhalte der HPK mit Zielen und Maßnahmen der Hilfeplanung werden protokolliert. Das Protokoll wird von der organisierenden Stelle geführt und soll zeitnah aushändigt werden.

Qualitätssicherung

Es wird empfohlen, eine regelmäßige Überprüfung (ca. zwei bis drei Jahre) der HPK - Qualität

mittels einheitlicher Instrumente Checkliste, Einschätzungsskala und Nutzerfragebogen (s. Anlage) durch die Psychiatriekoordinatoren sicher zu stellen.

Die Ergebnisse sind vor Ort gemeinsam zu reflektieren und zu dokumentieren (z.B. in einer

Steuerungsgruppe), der sich daraus ergebende Veränderungsbedarf ist vor dem Hintergrund landesweiter Entwicklung fortzuschreiben.

Sicherung der Wahrung der Rechte der Betroffenen erfolgt durch

- Mitwirkungspflicht des Antragstellers
- Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen
- Klarheit und Transparenz der für die Hilfe relevanten Informationen und deren Weitergabe.

Geschäftsordnung des Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbundes

der Versorgungsregion der Hansestadt Rostock

und

des Landkreises Bad Doberan

Stand: 05. November 2008

Präambel

Auf der Grundlage des § 6 Abs. 3 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (Psychischkrankengesetz, PsychKG M-V) in Verbindung mit dem Psychiatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, lfd. Nr. 7.2, wird in Weiterleitung des Psychiatriebeirates ein Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund (im Textverlauf: GPSV) gegründet.
Der Versorgungsbereich gemäß PsychKG M-V umfasst die kreisfreie Hansestadt Rostock und den Landkreis Bad Doberan.
Die Qualitätssicherung ist Inhalt und Zweck des GPSV.

Die Psychiatrieplanung muss als integrativer Bestandteil der kommunalen Sozial- und Gesundheitsplanung verstanden werden.
Im Einzelnen wird deshalb folgendes festgelegt:

§1 Auftrag und Arbeitsweise

(1) Der GPSV berät über den entsprechenden Entwicklungsbedarf, über Planungsabsichten und Umsetzungsfragen.

(2) Er strebt die Verständigung zwischen allen an der Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligten Gruppen über konzeptionelle, institutionelle und finanzielle Fragen an, deren Klärung für die Ingangsetzung von Einzelvorhaben notwendig ist.

(3) Hinsichtlich regionaler Versorgungserfordernisse und ihrer Bewältigung formuliert der GPSV Empfehlungen an die politischen Entscheidungsträger. Sofern Empfehlungen nicht im Konsens aller Beteiligten ausgesprochen werden, ist die Formulierung sachlich unterschiedlicher Voten und ihre parallele Weiterleitung möglich.

(4) Im Sinne einer Selbstverpflichtung erklären sich die Mitglieder des GPSV bereit, grundsätzlich ihre eigenen Planungsabsichten und -konzepte, soweit sie die Strukturen der psychiatrischen Versorgung der Hansestadt Rostock und des Landkreises Bad Doberan betreffen, im GPSV zur fachlichen Beratung und Stellungnahme einzubringen.

(5) Der GPSV legt die Grundlagen für die Psychiatrieberichterstattung vor der Bürgerschaft der Hansestadt Rostock bzw. im Kreistag des Landkreises Bad Doberan.

(6) Halbjährlich erfolgt eine Berichterstattung im Sozial- und Gesundheitsausschuss der Hansestadt Rostock und des Landkreises Bad Doberan.

§2 Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbundes

(1) Im GPSV sollten folgende Ämter, Institutionen, Verbände und Vereinigungen aus den jeweiligen Gebietskörperschaften vertreten sein:

- Leistungsträger:
  - Krankenkassen
  - Rentenversicherung
  - Bundesagentur für Arbeit
  - Jobcenter der Hansestadt Rostock und des Landkreises Bad Doberan
  - Fachämter der Hansestadt Rostock und des Landkreises Bad Doberan
- Leistungserbringer:
  - Vertreter/innen niedergelassener Ärzte
  - Versorgungskrankenhaus
  - Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung
  - Gesundheitsämter der Hansestadt Rostock und des Landkreises Bad Doberan
- Sonstige Mitglieder:
  - Sucht- und psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
  - Selbsthilfeorganisationen
  - Regionale Vertreter/innen von psychiatrieerfahrenen Menschen und Angehörigen

(2) Der GPSV setzt sich aus ordentlichen Mitgliedern mit Stimmrecht zusammen (s. Anlage).

(3) Jedes ordentliche Mitglied benennt eine bevollmächtigte Vertreterin oder einen bevollmächtigten Vertreter sowie deren Stellvertreterin oder Stellvertreter. Die Stellvertreterin oder der Stellvertreter sind die Verhinderungsvertreter.

§ 3 Leitung und Stellvertreter

(1) Den Vorsitz im GPSV führt die zuständige Senatorin/der zuständige Senator der Hansestadt Rostock oder die/der Beigeordnete des Landkreises Bad Doberan. Sie oder er leitet die Sitzungen, eröffnet und schließt sie. Sie oder er übt das Hausrecht aus und es ist ihre bzw. seine Aufgabe, die Sitzungen gerecht und unparteiisch zu leiten.

(2) Die Geschäftsführung des GPSV obliegt der Kommune, die den Vorsitzenden stellt und wird im Zweijahreswechsel zwischen der Hansestadt Rostock und dem Landkreis Bad Doberan wahrgenommen.
Sie oder er ist Stellvertreterin oder der Stellvertreter der oder des Vorsitzenden.

§ 4 Einberufung

(1) Der GPSV tritt in der Regel 2mal jährlich zusammen. Bei dringendem Bedarf kann auf Antrag von mindestens einem Drittel der ordentlichen Mitglieder unter Angabe des Grundes der GPSV innerhalb von 10 Arbeitstagen einberufen werden.

(2) Die Ladung der Mitglieder des GPSV erfolgt schriftlich spätestens 20 Arbeitstage vor der ordentlichen Sitzung unter Angabe von Ort, Tag, Uhrzeit und der vorgesehenen Tagesordnung. Die Terminfestlegung der nächsten Sitzung erfolgt jeweils im Rahmen der vorangehenden ordentlichen Sitzung.

§ 5 Tagesordnung

(1) In Absprache mit der oder dem Vorsitzenden setzt die Geschäftsführung die Tagesordnung fest.

(2) Die Geschäftsführung muss einen Beratungsgegenstand auf die Tagesordnung nehmen, wenn ein Mitglied es verlangt. Diese Beratungsgegenstände sind schriftlich oder zur Niederschrift an die Geschäftsführung spätestens 30 Arbeitstage vor der Sitzung zu geben.

(3) Zu Beginn der Sitzung kann der GPSV die Tagesordnung um besonders dringliche Angelegenheiten erweitern. Dazu ist ein Beschluss der Mehrheit aller Mitglieder des GPSV erforderlich.

(4) Außerordentliche Beratungspunkte, die nicht schlüssig beraten werden können, sind Gegenstand der nächsten Sitzung.

§ 6 Teilnahme an Sitzungen

(1) Die Mitglieder des GPSV sind verpflichtet, an den Sitzungen des GPSV teilzunehmen. Sie können ihre Vertretung einem anderen Mitglied des GPSV übertragen.
Ein Mitglied des GPSV teilt der Geschäftsführung nach erfolgter Ladung, spätestens vor Beginn der Sitzung mit, wenn es aus dringenden Gründen verhindert ist, zur Sitzung verspätet erscheinen wird oder die Sitzung vorzeitig verlassen muss.

(2) Alle Äußerungen sind zum Zwecke der Wahrung der Offenheit in den Sitzungen grundsätzlich vertraulich zu behandeln. Die Sitzungen sind nicht öffentlich.

(3) Über jede Sitzung erstellt die Geschäftsführung ein Protokoll, in dem die wesentlichen Inhalte, Ergebnisse, Festlegungen und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Sitzung festgehalten werden.

§ 7 Beratung

(1) Anträge auf Beschlussfassung können von allen Mitgliedern des GPSV gestellt werden als
   a) Sachanträge, mit denen die sachliche Erledigung der auf der Tagesordnung befindlichen Beratungsgegenstände angestrebt wird,
   b) Anträge zur Änderung oder Ergänzung der Tagesordnung.

(2) Ein Tagesordnungspunkt ist abgeschlossen, wenn über ihn verfahrensmäßig oder inhaltlich ein Beschluss gefasst wurde.

§ 8 Redeordnung

(1) Die oder der Vorsitzende erteilt das Wort. Es wird in der Regel in der Reihenfolge der Wortmeldungen vorgegangen, wenn die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Die Wortmeldungen erfolgen durch Handzeichen.

(2) Auf Antrag eines Mitgliedes kann der GPSV beschließen, Gäste zu hören. Der GPSV entscheidet über den Antrag unmittelbar vor der Anhörung.

§ 9 Beschlussfähigkeit, Beschlussfassungen

(1) Der GPSV ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder ordnungsgemäß geladen worden und mehr als die Hälfte der Mitglieder des GPSV anwesend sind. Die Beschlussfähigkeit ist zu Beginn der Sitzung durch den Vorsitzenden festzustellen.

(2) Beschlüsse werden mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder gefasst, wenn in der Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt ist.

(3) Die Beschlüsse haben empfehlenden Charakter.

§ 10 Änderung der Geschäftsordnung

Die Änderung der Geschäftsordnung bedarf der Mehrheit von zwei Dritteln aller ordentlichen Mitglieder.

§ 11 Erweiterung des GPSV und Kündigung der Mitgliedschaft

(1) Der GPSV entscheidet über die Aufnahme weiterer Beteiligter unter Berücksichtigung dessen, dass möglichst umfassend alle mit dem Auftrag und der Arbeitsweise der Vereinbarung befassten Einrichtungen und Träger beteiligt werden sollen (§ 1).

(2) Ein Mitglied kann aus dem GPSV nur aus wichtigem Grund austreten. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn das Mitglied seine Arbeit im psychosozialen Bereich einstellt. Eine Kündigung muss der Geschäftsführung innerhalb einer Sitzung mit einer Begründung mitgeteilt werden.

(3) Über den Ausschluss von ständigen Gästen entscheidet der GPSV mit seinen ordentlichen Mitgliedern.

§ 12 Inkrafttreten

Diese Geschäftsordnung tritt nach Beschlussfassung durch die Bürgerschaft der Hansestadt Rostock und den Kreistag Bad Doberan am darauf folgenden Monatsersten in Kraft.

Rostock, den 17.3.09

Doberan, den 20.05.2009

Liane Melzer

Dr. Liane Melzer
Senatorin für Soziales und Jugend, Gesundheit, Schule und Sport, Kultur der Hansestadt Rostock
Vorsitzende des GPSV

Manfred Genth
1. Beigeordneter des Landrates des Landkreises Bad Doberan

4

Kooperationsvereinbarung des Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer-verbundes der Hansestadt Rostock

Kooperationsvereinbarung zwischen der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP) und der AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH

§ 1 Präambel

Der Vertrag hat das Ziel, durch freiwillige Kooperation der an der regionalen Pflichtversorgung in der Hansestadt Rostock beteiligten Leistungserbringer eine passgenaue Versorgung aller Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere derjenigen Menschen mit längeren Psychiatrie-Erfahrungen zu erreichen. Die Vertragspartner vereinen sich somit zum Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund (GPLV).

Der GPLV orientiert sich bei der Ausgestaltung der Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen am Konzept der „personenzentrierten und lebensfeldorientierten Hilfen". Hierbei stehen Begriffe wie „Normalität, gemeindeintegrierte Versorgung, Lebensfeldorientierung, Hilfen zur Selbsthilfe, Stärkung der individuellen Ressourcen z.B. im Rahmen von Empowermentkonzeptionen, Wohnen in der eigenen Wohnung, Anerkennung eines jeden Menschen als personales, soziales und politisches Subjekt" für die zentralen Leitlinien der Kooperationspartner.

Die Grundsätze „Rehabilitation vor Pflege" und „ambulante Hilfen vor stationären Hilfen" bilden ebenso die Handlungsmaxime wie die zentralen Anforderungen an bedarfsorientierte Hilfen, dass Lebensort und Hilfe(intensität) entkoppelt werden müssen und dass die langfristige Kontinuität der Hilfen auch bei wechselndem Hilfebedarf, wechselnder Form der Hilfeleistung und wechselnder Kostenträgerschaft gewährleistet sein sollte.

Hierzu werden sie in ihrem Tätigkeits- und Verantwortungsbereich der Hansestadt Rostock ihre Angebote für psychisch kranke und behinderte Menschen wirksam vernetzen, mit dem Ziel, langfristige Krankenhausaufenthalte und stationäre Unterbringungen zugunsten teilstationärer und ambulanter Betreuungsformen zu reduzieren und ihnen dadurch eine möglichst eigenständige, selbstverantwortliche Lebensführung in weitestgehender Normalität zu ermöglichen.

Die Vertragspartner erklären sich somit im Sinne der Versorgungsverpflichtung und des personenzentrierten und lebensfeldorientierten Ansatzes bereit, ihre Angebote so zu gestalten, „… dass einem akut oder chronisch psychisch kranken Patienten in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt, eine auf seine individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird. Die Hilfen sollen nach Art und Umfang angemessen und am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation bzw. des geringstmöglichen Eingriffs in die Lebensverhältnisse orientiert mit dem Patienten partnerschaftlich abgestimmt sein." (Kruckenberg 1995)

§ 2 Qualitätsstandards

Auf Basis der in der Präambel formulierten Grundsätze lassen sich folgende Qualitätsstandards für den GPLV konstituieren:

1. Steuerung und Strukturqualität

a) Die gemeinsame Sicherstellung von bedarfsgerechter Behandlung und Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen in dem und aus dem Versorgungsgebiet in den folgenden Leistungsbereichen:
   - sozialpsychiatrische Hilfe zur Selbstversorgung/ Wohnen
   - sozialpsychiatrische Hilfe zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
   - sozialpsychiatrische Hilfe im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung
   - sozialpsychiatrische Grundversorgung
   - spezielle Therapieverfahren
   - sozialpsychiatrische Leistungen zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Sinne einer regionalen Versorgungsverpflichtung.

b) Die Sicherstellung der Koordination sozialpsychiatrischer und anderer erforderlicher Leistungen im Einzelfall und im Zusammenwirken der Institutionen, insbesondere Sicherstellung von personenzentrierten einrichtungsübergreifenden integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen (Komplexleistungen), nach gemeinsamer Planung und intensiver fachlicher Kooperation im Verlauf.

c) Die kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und Optimierung der Nutzung der Ressourcen.

d) Die Beteiligung an der regionalen Steuerung psychiatrischer Hilfen durch verbindlichen und kontinuierlichen Austausch im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbundes der Versorgungsregion Rostock/ Doberan.

e) Förderung der organisierten Selbsthilfe durch den kontinuierlichen Austausch mit Selbsthilfeorganisationen und die Beförderung von Empowermentprozessen durch eine Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

2. Einheitliche integrierte und zielorientierte Hilfeplanung und -gestaltung

a) Es wird eine einheitliche Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) in seiner für M-V geltenden Fassung verpflichtend praktiziert. Die Einbeziehung des Klienten in das Hilfeplanverfahren und bei der Auswertung der Zusammenarbeit nach Abschluss der Maßnahme wird sichergestellt.

b) Die Hilfeplanung, -gestaltung und Evaluation erfolgt einrichtungs-, berufsgruppen- und leistungsartenübergreifend (1 IBRP pro Person) im Sinne eines Gesamtplanes gem. § 10 SGB IX. Dabei sollen alle psychiatrischen und suchtspezifischen Hilfen einschließlich der Hilfen von Angehörigen, Freunden und sonstigen Personen des sozialen Umfeldes berücksichtigt werden. Insbesondere die nichtpsychiatrischen Hilfen sollen besondere Beachtung finden. Dieses erfordert eine intensive Kooperation und Abstimmung im Verlauf und eine praktische Beteiligung aller am fortlaufenden Planungsprozess. In schwierigen Fällen sind regelmäßig Einzelfallkonferenzen durchzuführen.

c) Die Hilfeplanung ist an konkreten Zielen orientiert. Die Ziele werden aus der individuell angestrebten Lebensform des betroffenen Menschen abgeleitet und lebensweltbezogen unter der Prämisse des Empowermentgedankens beschrieben. Die Zielbestimmung dient auch der Evaluation der Zusammenarbeit mit dem Klienten.

d) Die Hilfeplanung, -gestaltung und Evaluation erfolgt unabhängig von Einrichtungen und der aktuellen oder angestrebten Wohnform unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der betroffenen Menschen.. Die Grundsätze „Rehabilitation vor Pflege“ und die Vorrangigkeit ambulanter Leistungen sind ebenso Handlungsmaxime wie die zentralen Anforderungen an bedarfsorientierte Hilfen, dass Lebensort und Hilfe(intensität) entkoppelt werden müssen und dass die langfristige Kontinuität der Hilfen auch bei wechselndem Hilfebedarf und wechselndem Ort der Hilfeleistung gewährleistet sein sollte.

e) Im Rahmen der Hilfeplanung wird eine koordinierende Bezugsperson benannt. Diese Person ist für die trägerübergreifende Abstimmung im Verlauf und im Bedarfsfall für die erneute Hilfeplanung und das Einbringen in die Helfer- bzw. Hilfeplankonferenz zuständig. Die Vertragspartner verpflichten sich, die koordinierende Bezugsperson in ihrer Funktion zu unterstützen.

f) Zur Vermeidung diskontinuierlicher krankheitsverstärkender Rehabilitationsverläufe gestatten sich alle im GPLV organisierten Vertragspartner gegenseitige Hospitationen zu ihren jeweiligen Angeboten und Einrichtungen. Aufnahme-, Verlaufs-, und Entlassungsgespräche sind unter Beteiligung aller relevanten Berufsgruppen und Institutionen zu Beginn bzw. vor jeder Erweiterung oder zur Beendigung bzw. nach jeder Einschränkung einer Behandlung oder Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen.

g) Die Leistungserbringer des GPLV wirken in der Hilfeplankonferenz (HPK) zusammen, um die Versorgungsverpflichtung gemeinsam einzulösen. Keine Person soll gezwungen sein, Hilfen außerhalb der Versorgungsregion in Anspruch zu nehmen.

h) Im Rahmen der HPK wird mit einer einheitlichen Hilfeplanung auf der Grundlage des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) gearbeitet.

Die Hilfeplanung und die Vorstellung in der HPK erfolgen unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften.

3. Forschung

Die Vertragspartner des GPLV stellen eine regelmäßige Evaluation ihrer Hilfen in einem gemeinsamen strukturierten Jahresbericht sicher.
Darüber hinaus beteiligen sie sich projektgebunden nach Absprache und Möglichkeit an den wissenschaftlichen Aufgaben. Die Nutzung der Forschungsstrukturen des Institutes für Sozialpsychiatrie M-V e.V. wird angestrebt. Wissenschaftliche Forschungsprojekte werden durch alle Vertragspartner des GPLV ausdrücklich unterstützt.

4. Gemeinsame Personalentwicklung

Die Kooperationspartner des GPLV streben an, gemeinsame Maßnahmen der Personalentwicklung im Rahmen vorhandener finanzieller Mittel durchzuführen.
Das geschieht durch allseitige Einladung zu Weiterbildungsveranstaltungen und Organisation gemeinsamer Weiterbildungen. Kontinuierliche monatliche fall- und teambezogene Supervisionsveranstaltungen mit externen Supervisoren gehören in allen Angeboten des GPLV zum Standard.
Die Partner ermöglichen ihren Mitarbeitern die gegenseitige Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen und Weiterbildungsveranstaltungen:

- um die Einrichtungen und ihr Leistungsspektrum besser kennen zu lernen
- um die Beziehungen zu verbessern.

Ebenso ermöglichen die beteiligten Träger den Mitarbeitern den Zugang zu ihren Bibliotheken.

5. Qualitätssicherung

Grundlagen für die Qualitätssicherung bilden die oben genannten Standards und die Konzeptionen der im Verbund kooperierenden Leistungserbringer, welche weiterentwickelt bzw. fortgeschrieben werden sollten.
Jeder Träger ist für die interne Qualitätssicherung selbst verantwortlich.
Die Kooperationspartner tauschen sich über Qualitätsfragen aus. Langfristig wird eine Harmonisierung der inhomogenen Qualitäts-, Dokumentations-, und Beschwerdemanagementsysteme angestrebt. Dazu können themenbezogene Arbeitsgruppen gebildet werden.

6. Weiterentwicklung der Versorgung

Die Kooperationspartner des GPLV verpflichten sich unter Berücksichtigung ihrer Autonomie und wirtschaftlichen Verantwortlichkeit gemeinschaftlich die Versorgungssituation (inkl. Gerontopsychiatrie) zu beobachten und zu überprüfen, um auftauchende Versorgungsdefizite festzustellen und zu beheben.
Im Sinne einer Selbstverpflichtung erklären sich die Vertragspartner bereit, grundsätzlich ihre eigenen Planungsabsichten und -konzepte, soweit sie die Strukturen der psychiatrischen Versorgung der Hansestadt Rostock betreffen, im GPLV kooperativ zu beraten. Der GPLV unterstützt den Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund mit einer einrichtungsübergreifenden Dokumentation und fachlichen Stellungnahmen in der

kommunalen Psychiatrieplanung und Gesundheitsberichterstattung. Er setzt die Vorschläge des Steuerungsgremiums um, soweit die Ressourcen bzw. die Kostenträger es ermöglichen.

7. Schweigepflicht

Die Kooperationspartner im GPLV werden bei jeglicher Informationsweitergabe die gesetzlichen Geheimhaltungsbestimmungen (Schweigepflicht) beachten.
Die Kooperationspartner sichern sich zu, über alle Informationen, die sie im Rahmen dieser Kooperation über andere Kooperationspartner erhalten haben, Stillschweigen zu bewahren. Diese Geheimhaltungspflicht ist unbefristet und gilt auch nach einem eventuellen Ende der Kooperation oder Ausscheiden eines Kooperationspartners unbeschränkt fort.

§ 3 Aufgaben

Die Vertragspartner wollen mit dem Abschluss und der Erfüllung dieses Vertrages einen gemeinsamen Beitrag zur Verbesserung der Lebensumstände psychisch kranker und behinderter Menschen im Sinne der o.g. Leitlinien und Qualitätsstandards leisten.

Sie verpflichten sich, die Behandlung, Therapie und Unterstützung aller in der Hansestadt Rostock lebenden Bürgerinnen mit psychischen Erkrankungen adäquat zu gewährleisten, die aufgrund ihrer Erkrankung oder ihrer Behinderungen stationäre, teilstationäre und ambulante Hilfe benötigen. Die Vertragspartner verpflichten sich ferner, die im Einzelfall erforderlichen Leistungen im Bedarfsfall als Komplexleistung zu erbringen, d.h. als integrierte Leistung nach gemeinsamer Planung und Abstimmung der beteiligten Leistungserbringer im Verlauf.
Zu diesem Zwecke stimmen sie ihre Angebote und Leistungen wirksam aufeinander ab und tauschen die dazu erforderlichen Informationen aus. Die Träger erklären sich bereit, gemeinsame Vorhaben zu planen und durchzuführen, um die gemeinsame Zielsetzung zu verwirklichen.

Beide Vertragspartner pflegen den kontinuierlichen Austausch mit Selbsthilfeorganisationen und befördern Empowermentprozesse durch eine Beteiligung der Betroffenen und Ihrer Angehörigen an der Hilfegestaltung im Einzelfall sowie an der Steuerung und Entwicklung der regionalen Versorgung.

Die Leistungserbringer verpflichten sich zur gemeinsamen Zusammenarbeit in der regionalen „Hilfeplankonferenz“, in der gemeinsam mit den zuständigen Kostenträgern personenbezogen die Hilfeerbringung optimiert werden soll. Wesentliche Aufgabe der Hilfeplankonferenz ist die Erstellung eines individuellen Gesamtplanes nach § 10 SGB IX sowie die personenbezogene Koordination und Steuerung der Hilfeerbringung innerhalb der Angebote der Kooperationspartner. Als Grundlage für die Erstellung des Gesamtplanes wird der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) in seiner für M-V jeweils gültigen Fassung von allen Kooperationspartnern anerkannt. Die Arbeit der Hilfeplankonferenz regelt eine gesonderte Geschäftsordnung.

Die Erbringung der Hilfeleistung findet statt durch:

- die Nutzung vorhandener Angebote der Leistungsanbieter
- die Kooperation der Einrichtungen im Sinne einer Vernetzung bzw. gemeinsamen Leistungserbringung (Komplexleistung)
- die Bereitschaft, bei fehlenden Angeboten neue Lösungen gemeinsam zu entwickeln und zu verwirklichen.

Die Vertragspartner verpflichten sich insbesondere dazu, im Rahmen ihrer gesetzlichen, fachlichen, finanziellen und zeitlichen Möglichkeiten gemeinsam die im Folgenden aufgeführten Vorhaben zu realisieren.

- Abstimmung und Weiterentwicklung fachlicher Standards/ Qualitätsstandards.
- Reduktion bzw. Vermeidung von Schnittstellenproblemen durch Gewährleistung möglichst durchgängiger Betreuungskontinuität/ Träger- und Einrichtungsübergreifende Komplexleistungsprogramme.
- Möglichkeit von trägerübergreifenden Einzelfallkonferenzen zu spezifischen Themen
- Erhebung von Versorgungsdefiziten zur Qualitätsverbesserung bestehender und Schaffung neuer Angebote (gemeinsame Forderung an Kostenträger),, Differenzierung, Optimierung und Anpassung der Hilfen an den Bedarf.
- Gemeinsame Maßnahmen der Personalentwicklung zu konzipieren und im Rahmen vorhandener finanzieller Mittel durchzuführen.
- Erstellen eines Entwicklungskonzept der sozialpsychiatrischen Versorgung in der Hansestadt Rostock.
- Gemeinsame Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit mit den Zielen Inklusion, Darstellung gemeindepsychiatrischer Verantwortung und Empowerment von Selbsthilfe. Insbesondere die gemeinsame Ausrichtung von jährlichen Veranstaltungsreihen und die Erstellung von Informationsträger zum GPLV sind hier anzustreben.

Die gegenseitige Verpflichtung zur Planung und Durchführung der genannten Vorhaben versteht sich im Rahmen der zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen der Vertragspartner. Diese verpflichten sich darüber hinaus dazu:

- Gemeinsame Verhandlungen mit den Kostenträgern in Bezug auf den personellen und finanziellen Mehraufwand zu führen, die die Vereinbarungen/ Arbeitsziele mit sich bringen.
- Sich um adäquate Fördermittel für diese Vorhaben bei der zuständigen Gebietskörperschaft zu bemühen.

§ 4 Kooperationspartner

An der Kooperation können sich alle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. mit wesentlichen seelischen Behinderungen tätigen Leistungserbringer der Hansestadt Rostock beteiligen. Neben den Anbietern praktischer Hilfen in offenen bzw. ambulanten, teil- und vollstationären Angeboten ist auch das Gesundheitsamt (insbesondere der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi)) Leistungserbringer im Sinne dieser Vereinbarung.

Voraussetzung für die Aufnahme in den GPLV / Beteiligung an der Kooperation ist neben der Tätigkeit im Bereich der psychiatrischen Hilfen des Versorgungsgebietes die Einhaltung der im Verbund entwickelten Qualitätskriterien:

1. Einsatz qualifizierter psychiatrischer Fachkräfte und regelmäßige Fortbildung und Supervision
2. Anwendungskompetenz und Einsatz des IBRP
3. Einbeziehung der Hilfesuchenden in den Prozess
4. Anwendung eines zertifizierten Qualitätsmanagementsystems
5. umfassende personenzentrierte und lebensfeldorientierte Angebotsgestaltung

Mit der Beteiligung an der Kooperation werden die hier formulierten Regelungen und Ziele anerkannt. Die Aufnahme in den Kooperationsvertrag erfolgt auf Wunsch des jeweiligen Anbieters und kann nur aus wichtigem Grund mit einer Mehrheit von zwei Drittel der jeweiligen Vertragspartner versagt werden.

Ein Austritt aus dem Kooperationsvertrag ist schriftlich mit einer Frist von drei Monaten anzuzeigen.

§ 5 Gremien

Zur Wahrnehmung der beschriebenen Aufgaben werden folgende Gremien gebildet:

1. Vollversammlung
2. Arbeitsgruppen
   - AG Q - „Qualität/ Qualitätsstandards in der gemeindepsychiatrischen Versorgung“
   - AG PSK (Arbeitsgruppe Psychosozialer Krisendienst)

§ 5.1 Vollversammlung

Die Vollversammlung wird gebildet aus je 2 Vertretern der am Kooperationsvertrag beteiligten Anbieter. Ggf. können Gäste zu bestimmten Fragestellungen hinzugeladen werden.

Aufgaben der Vollversammlung sind:

- Benennen von aktuellen Versorgungslücken und Qualitätsmängeln und Entwickeln von Lösungsvorschlägen
- Diskussion und Vorschlagen von Lösungen zu Koordinations- und Kooperationsmodalitäten zwischen den Anbietern untereinander
- Vorbereitung der Verhandlungen mit den Kostenträgern
- Diskussion der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen
- Einsatz von Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen
- Wahl eines Sprechers

Die Vollversammlung trifft sich mindestens zweimal im Jahr an im Vorfeld abgestimmten Terminen. Die Moderation der Vollversammlung wird durch den gewählten Versammlungsleiter sichergestellt.

Über die Sitzungen der Vollversammlung ist ein Protokoll anzufertigen und innerhalb von vier Wochen allen Beteiligten zugänglich zu machen.

§ 5.1.1 Sprecher des GPLV

Die Wahl erfolgt einmal im Jahr im Rahmen der Vollversammlung. Der durch die Vollversammlung gewählte Sprecher vertritt den GPLV auf Bundesebene im Rahmen der BAG GPLV. Er ist verpflichtet, die Informationen aus der BAG GPLV an die Kooperationspartner weiterzuleiten.

§ 6 Änderung der Vereinbarung

Änderungen dieser Vereinbarung können nur innerhalb der Vollversammlung beschlossen werden.

§ 7 Schlussbestimmung

Die Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen dieser Vereinbarung lässt die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen unberührt, soweit gesetzliche Vorschriften dem nicht zwingend entgegenstehen. In einem solchen Fall ist die ungültige Bestimmung durch Beschluss der Vollversammlung so umzudeuten, zu ergänzen oder zu ersetzen, dass der mit der ungültigen Bestimmung beabsichtigte Inhalt und die Zielsetzung erreicht werden. Dasselbe gilt, wenn bei Umsetzung und Praxis der Vereinbarung eine ergänzungsbedürftige Lücke offenbar wird.

Rostock, den 11. August 2010

Sven Klüsener
AWO Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH

Torsten Benz
Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik

Evaluation der Hilfeplankonferenz

4. März 2008 Hansestadt Rostock

Ergebnisse der Teilnahme und Fragebögen

Fachliche Bereiche, die eingeschätzt wurden:

1. Atmosphäre
2. Personenorientierte Planung
3. Umfeldorientierte Planung
4. Zielorientierte Planung
5. Hilfesystem überprüfende Planung

ERGEBNISSE DER BEOBACHTUNG BEREICH ATMOSPHÄRE

- Ruhige Atmosphäre
- Gemeinsame Runde
- konstruktive Zusammenarbeit
- Freundlichkeit, Wertschätzung, gleiche Augenhöhe
- auch Hinterfragen kritisch konstruktiv
- genügend Zeit

ERGEBNISSE BEREICH PERSONEN-ORIENTIERUNG:

- Klient ist zentral im Gespräch, Einschätzungen der Betreuer als Ergänzung
- Durch Vorstellung durch Fallmanager individuelles Bild, ohne „Richtungs-Entscheid“
- Erwartungen des Nutzers an die Leistung werden erfragt, auch abweichende Wünsche werden berücksichtigt (Tast-Alternative)
- Empfehlungen Richtung Selbständigkeit (eigene Wohnung / Arbeitsbereich) gegeben
- ruhig noch mehr *offene Fragen*, um auch langfristige Entwicklung anzuden-ken/anzuregen (beantragte Leistung oft im Vordergrund)
- viel mehr eigene Hobbys / Interessen erfragt und Thema -> *da, wo durch IBRP bekannt, ruhig im Gespräch auch mit erwähnen / fragen / in Planung integrieren ins Protokoll / Vorgehen einbeziehen -> aktiver Beitrag der Person selbst*

ERGEBNISSE BEREICH LEBENSBEREICHE UND UMFELD:

- Alle Lebensbereiche bedacht
- Soziale Kontakte viel mehr Thema
- Arbeit und Beschäftigung mit bedacht

- Empfehlungen zum selbständigen Wohnen gegeben (ambulante Leistungen)
- Teilnahme des Gesundheitsamtes war fachliche Bereicherung
- *neben Arge auch andere Kostenträger mit bedenken (amb. Psychotherapie bei einer Klientin möglich?)*

ERGEBNISSE ZIELORIENTIERUNG:

- Ziele wurden im Gespräch mit angesprochen und erfragt
- Gespräch mit Klienten ist insgesamt zielorientierter geworden
- Erwartungen des Nutzers an die beantragte Leistung geklärt:
- was möchte er / sie mit der Leistung erreichen?
- *Ziele könnten ruhig noch etwas losgelöster von der beantragten Leistung erfragt werden (offene Fragen zum „gewünschten Leben“)*
- im Protokoll Ziele sehr umfassend festgehalten, Klient unterschreibt
- *mündliche Ausformulierung der Ziele noch mehr, im Gespräch gegen Ende vielleicht zusammenfassen, Klient mit eigenen Worten nochmal etwas zu den Zielen sagen*
- ausschließlich Neuanträge für die jew. Leistung, also Bereiche der Zielevalution und langfristigen Zielverfolgung nicht eingeschätzt

ERGEBNISSE VERÄNDERUNGSFUNKTION:

- Gemeinsames Überlegen für geeignete Lösung, Abwägen von Alternativen
- Rostock weit entwickelt, Angebotslücken selten, also schwierig einschätzbar, Veränderung der Skala nötig (hohe reg. Ausdifferenzierung ist mehr ein Pluspunkt als Problem)
- In Rostock finden Veränderungen statt, nicht nur durch die HPK …
- Nutzer entscheidet im Nachhinein über Leistungserbringer, Verfahrenstransparenz
- Gemeinsames Überlegen der geeigneten Leistung, versch. Anregungen der Beteiligten
- *-> Situation und Ziele zu Beginn unabhängiger von der beantragten Leistung*
- *Vorschlag: zuerst offene Fragen stellen, was Situation ist / gebraucht wird, dann die beantragte Leistung ansprechen*
- *Schriftliche Dokumentation von „schwierigen Bedarfslagen“ möglich? (gute Informationen für Weiterentwickung des Angebots)*

Skala

Atmosphäre	2
Personenorientierung	1,7
Lebensfeldorientierung	2
Zielorientierung	1,4
Veränderungsfunktion	1,0
Gesamt:	*1,6*

KLIENTEN-FRAGEBÖGEN:

Merkmale der Klienten:

Alter: 25,6

Weiblich: 3

Für alle drei war es die erste HPK

Fragebogen an die Klienten n = 3	**Ja**	**teils/teils**	**Nein**	fehlend
Konnten Sie alles sagen, was Ihnen wichtig war?	**2**	**1**		
Wurden Sie ernst genommen?	**2**			**1**
Konnten Sie dem Gespräch gut folgen?	**3**			
Müssen Sie Ihr gewohntes Leben sehr verändern, um die Hilfe zu bekommen?	**1**	**1**	**1**	
Werden Sie nun mehr den Kontakt zur Familie und zu Freunden suchen?	**1**	**1**		**1**
Haben Sie das Gefühl, dass Sie nun das bekommen, was Sie brauchen?	**3**			
War die Hilfeplankonferenz für Sie anstrengend?	**3**			
Hatten Sie vor der HPK schon einmal mit einem Mitarbeiter über Ihre persönlichen Ziele gesprochen?	**2**		**1**	
Haben Ihre persönlichen Wünsche und Ziele bei der HPK eine wichtige Rolle gespielt?	**3**			
Wissen Sie nun, wer Sie in der Zukunft unterstützen wird?	**2**			**1**
War die Teilnahme an der HPK insgesamt sinnvoll für Sie?	**2**		**1**	

- Wegen kleiner Zahl keine Aussagen möglich
- auffallend: Anstrengung
- Fragebögen können zur Verfügung gestellt werden für weitere Klienten

	17.04.07	04.03.08
Atmosphäre Von super zu super ☺	**2,0**	**2,0**
Personenorientierung Ressourcen, Interessen, Hobbys mehr erfragt	**1,0**	**1,7***
Lebensfeldorientierung Soziale Kontakte berücksichtigt, selbst. Wohnen empfohlen	**0,5**	**2,0**
Zielorientierung Ziele sind mehr im Gespräch mit Nutzern	**0,4**	**1,4****
Veränderungsfunktion Unabhängigkeit / Dokumentation etwas mehr, in Einschätzung anders berücksichtigt	**0,25**	**1,0**
Gesamt: An den beiden Tagen positive Veränderungen im Gespräch / Verfahren beobachtbar	***0,9***	***1,6***

Anlage 8 Ergebnisprotokoll

Ergebnisprotokoll zum Besuch der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV) in Rostock am 6. und 7.10.2008

Teilnehmende für die BAG GPV: Frau Böker-Scharnhölz, Herr Hölzke, Herr Dr. Pörksen, Herr Stille, Herr Wagner, Frau Weißleder

In der BAG GPV besteht eine Arbeitsgruppe, die in jedem Jahr 2-3 Mitgliedsverbünde besucht. Auch durch diese Besuche soll eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Mitglieder erreicht werden. Am Ende der Besuche werden in kollegialer Art und Weise dem jeweiligen Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund Rückmeldungen über die Qualität der Zusammenarbeit im Verbund und Anregungen für die Weiterarbeit gegeben. Zugleich befördern die Besuche die interne Diskussion in der BAG zu ihren Qualitätskriterien; sie überprüfen diese in der Praxis.

Die Besuchsgruppe soll trialogisch besetzt sein. Dies war beim Besuch des GPLV Rostock nicht möglich. Eine Vertreterin der Angehörigen psychisch kranker Menschen konnte nicht teilnehmen.

Der GPLV Rostock ist der dritte GPV, den eine Vertretung der Bundesarbeitsgemeinschaft besucht hat.

Die Teilnehmenden haben in mehreren Untergruppen einzelne Institutionen und Konferenzen besucht. Dabei wurde vor Ort schon über die Eindrücke gesprochen und Rückmeldung gegeben.
Dieses Ergebnisprotokoll bezieht sich auf die Eindrücke der Besuchergruppe zum Verbund insgesamt.

In der Hansestadt Rostock wird für psychisch kranke Menschen ein sehr gutes Netz personenzentrierter Hilfen vorgehalten. Die Kommune hat die Verantwortung für die Versorgung der psychisch kranken Rostocker Bürger und Bürgerinnen übernommen. Sie dominiert allerdings nicht das Versorgungssystem, sondern lässt Spielräume, die für kreative und vielfältige Initiativen genützt werden. Die beteiligten Träger orientieren ihre Arbeit am Ziel der regionalen Versorgungsverpflichtung und investieren Zeit und Geld in Kooperation und Vernetzung. Bei den Kollegen und Kolleginnen, die in den Arbeitsbereichen tätig sind, ist hohe Motivation und großes Engagement zu spüren. Die Grundhaltung, individuelle und bedarfsgerechte Lösungen für die Betroffenen zu finden, ist stark ausgeprägt. Beispielhaft sei hier genannt, dass für einen bestimmten Klienten (so genannter „Systemsprenger“) ein Zuhause in einem Container geschaffen wurde.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist in Rostock weitgehend umgesetzt worden. Ungefähr 70 % der betreuten Menschen leben in eigenen Wohnungen und werden ambulant begleitet. Unterstützt wird dies von dem vorbildlichen System differenzierter überwiegend arbeits- und bildungsorientierter Tagesstätten. Die Realisierung der Forderung der Teilhabe am Arbeitsleben von psychisch kranken Menschen nimmt in Rostock einen hohen Stellenwert ein.

Besonders bemerkenswert ist das Rostocker Finanzierungsmodell für die Eingliederungshilfe. In diesem Bereich wird ein Modell eines Regionalbudgets erprobt. In diesem Zusammenhang haben die Leistungserbringer mit den Leistungsträgern einen einheitlichen Minutenpreis vereinbart, der für alle Leistungsbereiche der Eingliederungshilfe gilt. Durch das Budget wurden Flexibilisierungsgewinne erzielt und Ressourcen freigesetzt (z. B. hat die Belegung in den Tagesstätten um 40 % zugenommen und es fand eine Angebots-flexibilisierung in ambulanten Wohnangeboten statt).

Weiterhin sind bei gleichem Budget 52 Personen zusätzlich ins Hilfesystem gekommen.

Einige Leistungen im SGB V Bereich fehlen in der Region, dazu gehören insbesondere häusliche psychiatrische Hauskrankenpflege und ambulante Ergotherapie. Wenn es Ausfälle im Bereich Soziotherapie gibt, steigen die Anfrage an die Einzelbetreuung im Bereich Wohnen.

In Rostock besteht seit längerer Zeit ein Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund (GPLV) und seit Kurzem ein Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund (GPSV). Dadurch konnten die bestehenden tragfähigen Kooperationsbeziehungen erweitert werden.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die AG „BAG-GPV Besuche“ folgende Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in der Region:

Empfehlungen:

Erweiterung des GPLV um weitere wesentliche Leistungserbringer:
Den GPLV Rostock bilden bislang die Gemeinnützige Gesellschaft für Gemeindepsychiatrie (GGP) und die Arbeiterwohlfahrt Sozialdienst Rostock gGmbH (AWO), die sehr viele unterschiedliche Hilfen für psychisch kranke Menschen anbieten. Neben diesen beiden engagierten Trägern sollte sich darum bemüht werden, weitere psychiatrische Leistungserbringer wie z. B. die Klinik und die Volkssolidarität in den GPLV einzubinden, sofern sie an der Umsetzung der Qualitätsziele für Gemeindepsychiatrische Leistungserbringerverbünde aktiv mitwirken wollen. In diesem Kontext sollte auch überlegt werden, bei den regelmäßigen Teilnehmern der Hilfeplankonferenz diese Leistungserbringer einzubeziehen.

Unabhängige Patientenbeschwerdestelle wieder aktivieren:
In der Vergangenheit bestand eine unabhängige Patientenbeschwerdestelle angesiedelt bei der Stadtverwaltung. Diese hat u. a. aufgrund der geringen Beschwerden ihre Tätigkeit eingestellt, stattdessen gibt es die Möglichkeit, leistungserbringerintern Kritik zu äußern. Diese Beschwerdemöglichkeit reicht nicht aus, denn nicht alle Menschen fühlen sich in der Lage, ihre Kritik denjenigen vorzutragen, von denen sie sich schlecht behandelt oder betreut fühlen. Deshalb sind unabhängige Beschwerdestellen (nach Möglichkeit trialogisch besetzt) ein notwendiger Bestandteil zur Qualitätsverbesserung.

Stärkerer Fokus auf Unterstützung der Psychiatrie-Erfahrenen:
Ein Großteil der Arbeit wird beim Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen durch den hauptamtlichen nicht psychiatrieerfahrenen Geschäftsführer geleistet, vor allem die Vertretung in Gremien. Von den Psychiatrie-Erfahrenen werden diese Kooperationsforen (PSAG, AG Hilfeplankonferenz usw.) als sehr hochschwellig erlebt. Es sollten stärker die Psychiatrie-Erfahrenen wieder selbst ihre Vertretung übernehmen, dazu sollten sie von 1-2 Fachkräften unterstützt werden. Mit dem vorhandenen Budget könnten mehrere psychiatrieerfahrene und nicht psychiatrieerfahrene Personen Tätigkeiten übernehmen und so eine höhere Effizienz erzielen.

Die Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker verbindlicher gestalten:
Bei der Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker besteht Optimierungsbedarf. Positiv hervorzuheben ist die Trialogkonferenz, bestehend aus Vertretern der Klinik, der organisierten Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen. Aber auch hier zeichnet sich ab, dass sich der Angehörigenverband zunehmend zurückzieht.

Vermehrte Einbeziehung nichtpsychiatrischer Hilfen:
Die Einbeziehung nichtpsychiatrischer Hilfen ist verbesserungsbedürftig. Bei niedrigschwelligen Angeboten (z. B. BEGE 20) ist dies vorhanden, aber auch hier besteht noch Entwicklungsbedarf.
Stärkung der Koordinierenden Bezugsperson:
Die Funktion der Koordinierende Bezugsperson, zu deren Aufgaben u. a. gehört zusammen mit dem Klienten die fachgerechte Umsetzung der in Hilfeplan vereinbarten Maßnahmen zu sichern und kontinuierlich mit der hilfebedürftigen Person auch bei Einrichtungswechsel in Kontakt zu bleiben, ist im GPLV Rostock erst schwach entwickelt.
Es reichen für Menschen mit komplexem Hilfebedarf weder gelegentliche Beratungen durch die Fallmanager noch Bezugsbetreuer der betreuenden Einrichtung aus.

Das Trägerübergreifende Persönliche Budget nutzen:
Das Trägerübergreifende Persönliche Budget ist eine besonders geeignete Finanzierungsform für kreative individuelle Lösungen. Bislang wird allerdings das Persönliche Budget von psychisch kranken Menschen in Rostock so gut wie nicht genutzt. Es kann für Ein-gliederungshilfeleistungen, ambulante SGB V - Leistungen, nicht-psychiatrische Leistungen usw. eingesetzt werden. In diesem Kontext ist wichtig, dass die Persönlichen Budgetnehmer umfassend beraten werden und die Leistungserbringer ihre bisherigen Leistungsangebote für diese zugänglich machen.

Sicherstellung der regionalen Pflichtversorgung:
Für einzelne Bereiche bestehen nach wie vor Wartelisten, z. B. für Tagesstätten. Dies hängt mit der Budgetdeckelung des Rostocker Finanzierungsmodells für die Eingliederungshilfe zusammen.

Hilfen für chronisch mehrfachabhängige Menschen mit der Wohnungslosenhilfe stärker vernetzen:
Die Versorgungsstruktur der Rostocker Suchtkrankenhilfe ist weit entwickelt. Für den Personenkreis der chronisch mehrfachabhängigen Menschen (CMA), die auch gerne Angebote außerhalb der Suchtkrankenhilfe in Anspruch nehmen, sollte stärker die Vernetzung mit den Hilfen der Wohnungslosenhilfe erfolgen.

Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke alte Menschen:
Die Stadt Rostock befindet sich bei der Entwicklung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen für psychisch kranke alte Menschen auf einem guten Weg. Es bestehen bereits zahlreiche ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ein Konzept für ein Gerontopsychiatrisches Zentrum liegt bereits vor und soll so bald als möglich umgesetzt werden.
Zugleich kommt es in letzter Zeit verstärkt zum Bau großer stationärer Alten- und Pflegeheime. Es wird daher empfohlen, die Zusammenarbeit zwischen den Ämtern der Stadt Rostock zu intensivieren (z. B. Gesundheitsamt, Amt für Jugend und Soziales, Bauamt), damit alle am gleichen Strang ziehen.

Die Besucher und Besucherinnen erlebten den zweitägigen Besuch des GPLV Rostock als sehr bereichernd und wohltuend. Sie erhielten auch wichtige Anregungen für ihre eigene Verbundarbeit. Die AG „BAG-GPV Besuche“ bedankt sich bei den Kollegen und Kolleginnen des GPLV Rostock für die sehr gute Organisation, ihre hohe Gastfreundschaft und die Bereitschaft sehr bereitwillig Auskunft zu geben.

Bonn, 16.10.2008 und 27.10.2008

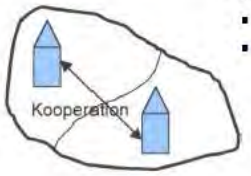
Birgit Weißleder, Mechthild Böker-Scharnhölz

Basisstrukturmodell als Drei-Ebenen-Modell

1. **Ebene**
   - Subsektoren ~ 40.000 - 60.000 Einwohner
   - Basale Hilfen

- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
- Ambulante sozialpsychiatrische Behandlung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

2. **Ebene**
   - Gebietskörperschaft
   - Gemeindepsychiatrischer Verbund



- Hilfsangebote der 1. Ebene
- Tagesklinische Behandlung
- Vollversorgung im Bereich Wohnen

3. **Ebene**
   - Versorgungsregion

Hilfsangebote der 1. und 2. Ebene
Klinisch-stationäre Versorgung
Spezielle medizinische/ berufliche Reha
Spezielle Arbeitsangebote

Literaturangaben

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit: "Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung". Baden Baden: Nomos Verlag, 1999

Kruckenberg, P.: Wollen wir wirklich anders? Personenzentrierte Hilfen - Glaubenswürdigkeitstests für die Sozialpsychiatrie.
In: Soziale Psychiatrie, Jg. 23 (1999), Nr. 1, S. 4-10

Landesrahmenvertrag M-V
Stand 01.07.2007, http://www.ksv-mv.de/phpUNI/unistatisch/7/88/index.htm (aufgerufen am 20.01.2011)

Zechert, C.: Die Datenlage zur Wohnsituation von psychisch erkrankten Menschen in Wohnheimen und im Betreuten Wohnen. In: Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hrsg.): Der Chef bin ich. Vom Versorgungsempfänger zum Auftraggeber. Zur Diskussion um Heime und Nutzerrechte. Bonn: Rass, 2002, S. 18-23

Impressum

Herausgeberin:
Hansestadt Rostock, Presse- und Informationsstelle

Redaktion [Text]:

Gesundheitsamt
Paulstraße 22, 18055 Rostock
Dr. Antje Wrociszewski
Sucht- und Psychiatriekoordinatorin

Amt für Jugend und Soziales
St.-Georg-Straße 109, Haus II, 18055 Rostock

Eleonore Böckler
Abteilungsleiterin der Abt. Finanzen, Förderung, Entgelte

Ramona Braatz
Fachberaterin Eingliederungshilfe für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen nach SGB XII, Leiterin der Hilfeplankonferenz

Bianca Finkel
Sachbearbeiterin Entgelte

Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund

Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH (GGP mbH Rostock)
Doberaner Straße 47, 18057 Rostock

Stefan Paulaeck
Bereichsleiter Wohnen

Thomas Utermark
Bereichsleiter Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur

Dr. Claas Pätow
Referent für SGB V

Arbeiterwohlfahrt-Sozialdienst Rostock gGmbH (AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH)
Albrecht-Tischbein-Straße 48, 18109 Rostock

Kristin Voll
Abteilungsleiterin Sozialpsychiatrie

Fotos:
Fotostudio Hagedorn (7), Gesundheitsamt (4), ©Hansestadt Rostock, Fotoagentur nordlicht (1), fotolia (1), Universität Rostock (4)

Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH GGP

AWO

HANSESTADT ROSTOCK