

# **Verlaufsbericht zum Projekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen“ in der Versorgungsregion Kreis Mettmann**

## **Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung in ein „Integriertes personenzentriertes regionales Hilfesystem“**

Ziel des Implementationsprojekts war es, die sozialpsychiatrische Versorgung im Sinne eines „Integrierten personenzentrierten regionalen Hilfesystems“ weiterzuentwickeln. Es sollen beispielhafte Lösungen für Fragen der personenzentrierten Hilfeplanung, der Verbundentwicklung, der Qualitätssicherung, der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen und der Steuerung gefunden werden (siehe Anlage zur Projektvereinbarung)

### **I: Kurzgefaßte Darstellung der regionalen Versorgungsstruktur**

Der Kreis Mettmann im Landesteil Rheinland des Landes Nordrhein-Westfalen hat 507 364 Einwohner auf einer Fläche von 407 m<sup>2</sup> und umfaßt 10 Städte.

Im Hinblick auf die Versorgung von psychisch und suchtkranken Menschen ist er gegliedert in 4 psychiatrische Versorgungsregionen (91.000 bis 158.000 EW) mit:

4 Teams des Sozialpsychiatrischen Dienstes

4 Sozialpsychiatrischen Zentren aus:

- Kontakt- und Beratungsstelle
- ambulant betreutem Wohnen (insg. 189 Plätze)
- Integrationsfachdienst

3 Tagesstätten für psychisch kranke Menschen

2 ambulante psychiatrische Krankenpflegedienste

2 Übergangseinrichtungen mit insg. 38 Plätzen

Wohnheime für psychisch kranke Menschen (4 Träger) mit 246 Plätzen

4 Kontaktläden für suchtkranke Menschen

6 Suchtberatungsstellen

ambulant betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen (insg. 79 Plätze)

Wohnheime für suchtkranke Menschen (2 Träger) mit 59 Plätzen

2 WfbM/pK

4 sektorversorgende Kliniken

23 Nervenärzte

## **II: Darstellung der regionalen Versorgungsqualität zum Zeitpunkt des Projektbeginns:**

Die Ausgangslage zu Projektbeginn wurde ausführlich im „Bogen zur Selbsteinschätzung und Zielplanung für eine personenzentrierte regionale psychiatrische Versorgung“ ReZiPsych für den Stand 25.4.2002 beschrieben und von der PBGr verabschiedet sowie ausführlich kommentiert. Die Ergebnisse des ReZiPsych spiegeln keine objektive Beschreibung des Ist-Zustandes wider, sondern sind der Versuch der Beschreibung subjektiver Eindrücke.

Hier sollen daraus kurz die wichtigsten Punkte zusammengefaßt werden. Für eine differenzierte Darstellung wird auf das Originaldokument verwiesen.

Es wurde im Bereich der sog. vorrangigen Kostenträger hingewiesen auf die unzureichende Vergütung für die Arbeit der niedergelassenen Nervenärzte mit chronisch psychisch kranken Patienten, die unzureichende Finanzierung der ambulanten psychiatrischen Pflege, die ausstehende Umsetzung der Soziotherapie, quantitativ unzureichende Angebote der medizinischen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen und der beruflichen Rehabilitation für suchtkranke Menschen und nur punktuell erreichbare ambulante Arbeitstherapie.

Für alle nach Einzelleistungen vergüteten Leistungserbringer wie die niedergelassenen Nervenärzte gilt, dass die Teilnahme an Hilfeplankonferenzen und Fallbesprechungen nicht vergütet wird.

Im Bereich der psychiatrischen Kliniken ist die de jure weiter gültige PsychPV, die erhebliche Zeitkontingente für die Kooperation im GPV vorsieht, in Folge gedeckelter Budgets de facto nicht mehr umgesetzt.

Im Bereich der steuerfinanzierten Leistungen wurde auf die im Hinblick auf die Erbringung ambulanter Komplexleistungen unzureichende personelle Ausstattung von Kontakt- und Beratungsstellen und ambulant betreutem Wohnens sowie unzureichende niederschwellige Beschäftigungsangebote und fehlenden Krisendienst aufmerksam gemacht.

Im Bereich der Eingliederungshilfe orientierte sich die Vergütung nicht am individuellen Hilfebedarf.

Generell war die Trennung von Wohnen und Betreuung nicht realisiert

Auf der Ebene der Verbundgestaltung bestanden bereits Selbstverpflichtungen der Träger zur zeitnahen Hilfeleistung, es gab jedoch noch keine schriftliche Vereinbarung. Hilfeplankonferenzen unter Einbeziehung der Leistungserbringer und der Kommune waren umgesetzt, jedoch noch ohne Teilnahme der Kostenträger.

Beim Kreis Mettmann wird die Funktion der kommunalen Psychiatriekoordination und Planung aktiv wahrgenommen, ohne allerdings wie im ehemaligen Modellprogramm des Landes diese Aufgabe einer Vollzeitkraft auf einer Stabsstelle zu übertragen.

Mit der Arbeitsgruppe „Einrichtung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz existiert ein Gremium mit Empfehlungskompetenz, das sich mit Fragen der Weiterentwicklung der kommunalen Psychiatrie im Kreis Mettmann befaßt. Ein Psychiatriebeirat existiert nicht. Ebenso gibt es keine einrichtungsübergreifende Beschwerdestelle oder Patientenfürsprecher.

Zu Projektbeginn waren außer der Höhe der kommunalen Fördermittel keine Budgetdaten bekannt.

### **III: Derzeitige Ergebnisse, dargestellt unter Bezugnahme auf die Gliederung der Projektvereinbarung sowie auf den ReZi-Psych:**

#### **Vorbemerkung**

Die grundsätzliche Leitlinie des "personenzentrierten Ansatzes" gibt einen Paradigmenwechsel vor. Es sollen nicht KlientInnen den vorhandenen Angeboten angepaßt werden, sondern die Angebote sollen sich an den Bedarfen vor allem auch chronisch kranker Menschen ausrichten. Dieser "Wandel in den Köpfen" hat in der Projektregion Kreis Mettmann bereits vor dem Implementationsprojekt eingesetzt und wurde weiter vorangetrieben. Der Erhalt des Erreichten und die weitere Entwicklung in diese Richtung ist unbedingt anzustreben.

#### **1.1. Qualitätsmanagement**

##### **1.1.1. Hilfeplanung, Hilfeplanungskonferenz**

Bereits vor Projektbeginn waren in allen vier psychiatrischen Versorgungsregionen Hilfeplankonferenzen eingerichtet und der IBRP als Hilfeplanungsverfahren eingeführt worden.

Im Projektverlauf wurde die Arbeit der Hilfeplankonferenzen verstetigt und die Bereitschaft, tatsächlich personenzentrierte Hilfepläne zu erarbeiten, nahm zu. Mehrere von der PBGr verabschiedete Papiere formulierten den aus der praktischen Erfahrung gewonnenen Konsens über zweckmäßige Abläufe und Aufgaben von Federführender Person und koordinierender Bezugsperson bis hin zur Erarbeitung einer Geschäftsordnung für die Hilfeplankonferenzen.

##### **1.1.1.1/ 2 Einheitliche Hilfeplanung, Einbeziehung der Klientinnen:**

Es wird einheitlich eine personenzentrierte Hilfeplanung auf der Basis des IBRP durchgeführt. Alle bisher vorgelegten Hilfepläne waren mit dem Klienten erarbeitet. Überwiegend wurden nur Hilfebedarfe im Rahmen des „Betreuten Wohnens“ nach dem bisherigen fixen Schlüssel 1:12 geltend gemacht, nur ausnahmsweise intensivere Hilfen, im institutionellen Rahmen zu erbringende Hilfen oder Hilfen in anderen Bereichen als Wohnen.

##### **1.1.1.3/4 Integrierte, zielorientierte Hilfeplanung**

In der Regel werden an konkreten, im Planungszeitraum erreichbaren, überprüfbaren, aus der gewünschten Lebensform abgeleiteten Zielen orientierte Hilfepläne vorgelegt.

##### **1.1.1.5 Hilfeplanung unabhängig von der Wohnform**

Da bis zum 1.8.2003 keine Möglichkeit bestand, von der Wohnform unabhängig Hilfen vergütet zu bekommen, wurden derartige Hilfepläne nicht vorgelegt. Für die Zukunft handelt es sich dabei um ein im ReziPsych benanntes Schwerpunktthema.

##### **1.1.1.6 Einrichtungs – und Berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf**

Zunehmend werden Hilfebedarfe einrichtungs- und berufsgruppenübergreifend beschrieben, es ist aber noch die Tendenz festzustellen, das Hilfeplanverfahren zu benutzen, um wie bisher

BeWo oder Wohnheim unabhängig von schon bestehenden Hilfen wie Tagesstätte oder Werkstatt für behinderte Menschen zu beantragen.

#### **1.1.1.7 Hilfeplanungskonferenz**

Die Teilnehmer der Hilfeplankonferenz nehmen zu Art, Umfang und Dauer der Hilfeleistungen konstruktiv-kritisch Stellung und vereinbaren, wer die Leistung erbringt. Bisher konnten in allen Fällen einvernehmlich Absprachen getroffen werden.

Probleme ergeben sich zum Teil mit der Verbindlichkeit der Beschlüsse, nicht in jedem Fall wird der Hilfeplan tatsächlich zur Basis der Arbeit mit dem Klienten.

#### **1.1.1.8 TeilnehmerInnen der Hilfeplanungskonferenz**

Fester Teilnehmerkreis:

SpD

SPZ (BeWo, Tagesstätte)

Suchtkrankenhilfe (BeWo)

psychiatrische Klinik

psychiatrischer Pflegedienst

Wohnheim

Vertreter der niedergelassenen Nervenärzte

Vertreter des überörtlichen Sozialhilfeträgers

Vertreter des örtlichen Sozialhilfeträgers

Alle anderen Leistungserbringer (wie z. B. WfbM, Integrationsdienst, Ergotherapiepraxen, Psychologische Psychotherapeuten, Wohnungslosenhilfe etc.) nehmen im Bedarfsfall nach Einladung teil.

Die von Leistungserbringern entsandten Teilnehmer sind autorisiert, in der HpK bindende Leistungszusagen zu geben.

In vielen Fällen nehmen die hilfeschuchenden Personen selber an der Hilfeplankonferenz teil. Von der Möglichkeit, sich von einer Vertrauensperson (außer der federführende Person/koordinierenden Bezugsperson) begleiten zu lassen, wurde nur in wenigen Ausnahmefällen Gebrauch gemacht. Die Teilnahme der Betroffenen an der Hilfeplankonferenz stellt einen wesentlichen qualitativen Fortschritt im Sinne der Ermächtigung der Betroffenen dar.

#### **1.1.1.9 Überprüfung des Hilfeplans**

Zum Ende des Befristungszeitraums wurden alle bisher behandelten Hilfepläne fristgerecht wiedervorgelegt, in Fällen, wo der Hilfebedarf bis dahin befriedigt war, wurde darüber kurz berichtet.

Bei wesentlicher Änderung des Hilfebedarfs im Verlauf wurde allerdings nicht regelhaft der veränderte Bedarf der HpK mitgeteilt.

#### **1.1.1.10 Finanzierung**

Bisher wurde das ambulant betreute Wohnen in der Projektregion ausschließlich aufgrund von pauschal finanzierten Personalstellen auf der Basis eines fiktiven Betreuungsschlüssels

von 1:12 (oder 1:6) angeboten, so dass keine Kostenübernahmeentscheidungen des Kostenträgers erfolgen mußten.

Ein über die Hilfeplankonferenz geltend gemachter Bedarf, für den ein Wohnheimträger die Leistungserbringung zugesagt hatte, wurde innerhalb kürzester Frist vom Kostenträger bewilligt.

Es wurden jedoch insgesamt nur wenige Hilfepläne, bei denen eine Kostenzusage des Kostenträgers erforderlich gewesen wäre, eingebracht.

Durch die vorgesehenen Vergütung in Fachleistungsstunden wird sich in Zukunft das Augenmerk verstärkt auf trägerübergreifende Komplexleistungen bzw. auf die Hilfeplanung unabhängig von der Wohnform richten

## **1.1.2 Kooperation und Koordination**

### **1.1.2.1 Kooperation der Beteiligten**

Die Kommunikation und Kooperation zwischen den Beteiligten wurde deutlich verbessert. Trotz bereits in der Vergangenheit guten punktuellen Kooperationsbeziehungen und regelmäßiger gemeinsamer Gremienarbeit wurde im Verlauf des Projekts die Kenntnis über vorhandene Angebote anderer Anbieter der selben Versorgungsregion sehr deutlich verbessert. In der Folge wurden wesentlich stärker als bisher Hilfen anderer Anbieter berücksichtigt.

In Fällen, in denen mehrere Leistungserbringer für einen Klienten tätig wurden, ist der aktive und systematische Austausch sicher noch zu verbessern.

### **1.1.2.2 Koordinierende Bezugsperson**

In allen Fällen wurde eine koordinierende Bezugsperson festgelegt und im Hilfeplan dokumentiert. Nicht immer allerdings wurde sie in ihrer Funktion unterstützt. Es gab Bestrebungen, möglichst den Leistungserbringer mit der Funktion der koordinierende Bezugsperson zu betrauen, um so trägerübergreifende Kommunikation unnötig zu machen.

### **1.1.2.3 Einbeziehung der KlientInnen**

Es haben sich keine Hinweise ergeben, dass bei der Abstimmung der im Hilfeplan festgelegten Maßnahmen im Verlauf die Klienten nicht einbezogen wurden.

### **1.1.2.4 Datenschutz**

Es wurden ausschließlich Hilfepläne in den HpK beraten, wenn die Klienten dem schriftlich zugestimmt hatten. Die angekündigte abschließende Stellungnahme des Datenschutzbeauftragten steht noch aus.

### **1.1.2.5 Dokumentation**

Der SpD organisiert und koordiniert die Hilfeplankonferenzen. Er archiviert ein Exemplar jedes vorgelegten Hilfeplanes. So ist zu einem späteren Zeitpunkt, entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen vorausgesetzt, eine Auswertung möglich.

Ein regionales Konzept der personenzentrierten Dokumentation wird mittelfristig angestrebt

### **1.1.3 Versorgungsauftrag**

#### **1.1.3.1 Pflichtversorgung**

Von den Beteiligten wurde das Ziel, eine Pflichtversorgung für alle psychisch kranken Bürger/innen der Versorgungsregion des Kreises Mettmann zu erreichen, bekräftigt. Über die Hilfeplankonferenzen wurde praktisch versucht, Menschen mit akutem Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf kurzfristig Leistungen anzubieten und insbesondere keinen psychisch kranken Menschen wegen Art und Schwere der Störung abzuweisen. Eine verbindliche Versorgungsverpflichtung im Sinne einer für den Einzelnen gemeinsam wahrgenommenen Versorgungsverantwortung ist Gegenstand der sich in Entwicklung befindlichen schriftlichen Kooperationsvereinbarung.

Da vorwiegend Personen mit einem Hilfebedarf, der im Rahmen des bisherigen pauschal finanzierten betreuten Wohnens zu befriedigen war, vorgestellt wurden, ergaben sich keine systematischen Hinweise auf Versorgungslücken.

#### **1.1.4 Qualitätssicherung**

Wie schon unter 1.1.2.1 erwähnt, kam es zu einer wesentlichen Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen den in der gleichen Region tätigen Anbietern.

Die Entscheidung für eine zielorientierte Hilfeplanung förderte die Transparenz des Hilfesgeschehens sowohl für den Erbringer selber wie auch für den Klienten.

Während des Projektzeitraums erfolgten weitere Schulungen in personenzentrierter Hilfeplanung mit dem IBRP. Es wurden Mitarbeiter aller am Projekt teilnehmenden Einrichtungen für die eigenständige Erstellung von Hilfeplänen mit Klienten und Anleitung von Kollegen, die noch keine Schulung mitgemacht haben, qualifiziert.

#### **1.1.5 Weitere Projektthemen**

Die unter 1.1.5 aufgezählten Themen konnten aus verschiedenen Gründen im Projektzeitraum nicht bearbeitet werden.

### **1.2 Budgetermittlung, Budgettransparenz, Monitoring, Ressourcen, Steuerung**

#### **1.2.1 Ermittlung und Offenlegung der Kostenströme**

Nur aus dem Bereich des SGB V konnten einige Eckdaten zu Kosten und Inanspruchnahme vorgelegt werden. Auch die Ausgaben des Kreises Mettmann für Pflichtleistungen nach dem ÖGDG sind bekannt. Für den Bereich der Eingliederungshilfe liegen keine konkreten Zahlen vor.

#### **1.2.2 Klientenbewegungen**

Falls Aufnahmen/Verlegungen über die Kreisgrenzen hinaus erfolgten, wurden sie nicht der HpK mitgeteilt.

### **1.2.3 Sozialgesetze**

Während des Projektzeitraums kam es nicht zur Umsetzung der angestrebten oder beschlossenen Änderungen der Sozialgesetze.

Der Landesgesetzgeber beschloß eine Rechtsverordnung über die Übertragung der Zuständigkeit für das ambulant betreute Wohnen auf den überörtlichen Sozialhilfeträger. Wegen relativ langer Übergangsfristen werden die Auswirkungen erst nach Projektende erkennbar.

Der überörtliche Sozialhilfeträger führte ein personenzentriertes Hilfeplanverfahren ein, das eine hohe Konvergenz mit dem IBRP aufweist. Er hat erklärt, in Zukunft regelmäßig Sachbearbeiter der Leistungsabteilung in alle Hilfeplankonferenzen zu entsenden.

### **1.3. GPV- Organisation**

Die PBGR beschloß, auf der Basis der Vereinbarung über das Implementationsprojekt über das Projektende hinaus weiter zu arbeiten als „Lenkungsgruppe Gemeindepsychiatrischer Verbund“. Hilfeplankonferenzen und personenzentrierte Hilfeplanung sollen fortgeführt werden. Weiterhin wurde beschlossen, einen Entwurf für eine verbindlichere Kooperationsvereinbarung zu entwickeln.

## **2. Verzahnung der Leistungsbereiche**

Während die Verzahnung von Eingliederungshilfemaßnahmen mit ambulanter Behandlung (ambulanter nervenärztlicher Behandlung und ambulanter psychiatrischer Pflege) verbessert wurde, konnte der Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation nicht in nennenswertem Umfang einbezogen werden.

## **3. Zielgruppe**

Es konnte weitgehender Konsens über den in der Projektvereinbarung definierten Personenkreis der psychisch- und suchtkranken Menschen im Kreis Mettmann mit Hilfebedarf im Rahmen der Rehabilitation und/oder Eingliederungshilfe erreicht werden.

Behandelt wurden in den Hilfeplankonferenzen vorwiegend Personen mit einem Bedarf im Bereich ambulanter Eingliederungshilfe.

## **4. Projektbegleitende Gruppe**

Die unterzeichnenden Dienste und Einrichtungen benannten autorisierte Personen, die ganz überwiegend regelmäßig an der Projektbegleitenden Gruppe teilnahmen

## **5. Überregionale Auswirkungen**

Es entwickelte sich ein intensiver Austausch mit den anderen Projektregionen im Landesprojekt, ganz besonders mit den Regionen Köln, Wuppertal, Solingen und Heinsberg. Im gemeinsamen Dialog mit dem Landschaftsverband Rheinland konnten wesentliche

Erfahrungen aus der laufenden Projektarbeit für die dortigen Planungen zur Umsetzung der durch die Rechtsverordnung des Landes entstandenen Situation fruchtbar gemacht werden.

#### **IV: Zusammenfassende Betrachtung des Projektverlaufs**

Das wesentliche Ziel des Projektes, nämlich Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen zu verbessern durch Umgestaltung der Versorgungsstruktur in ein „Integriertes personenzentriertes Hilfesystem“ konnte in wichtigen Punkten auf der Arbeitsebene realisiert werden.

Auf der Ebene der Organisation der Maßnahmen bedarf es weiterer Verbesserungen.

Auf der Ebene der Anwendung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen konnten wegen fehlender Umsetzung auf Bundes- und Landesebene keine Fortschritte erzielt werden.

Auf der Ebene der Steuerung der Leistungs- und Ressourcenentwicklung konnte eine Vereinbarung über eine Fortführung und Weiterentwicklung der im Projektzeitraum entwickelten Strukturen, Hilfeplankonferenzen und Projektbegleitende Gruppe (in Zukunft Lenkungsgruppe GPV) sowie der personenzentrierten Hilfeplanung erreicht werden.

Der LVR erklärte seinen Entschluß, in Zukunft in allen Hilfeplankonferenzen mit einem Vertreter aus dem Rheinischen Sozialamt vertreten zu sein. Somit konnte das wichtige Ziel der Teilnahme des bedeutendsten Kostenträgers im komplementären Bereich realisiert werden.

#### **V: Ausblick**

Nach Ende des Projektzeitraums wird weiter am Thema Verbundentwicklung und –gestaltung gearbeitet, die PBGR entwickelt hierzu den Entwurf einer verbindlicheren Kooperationsvereinbarung. Es besteht Einigkeit darüber, dass das Ziel ein Gemeindepsychiatrischer Verbund aller im Bereich Psychiatrie und Sucht tätigen erreicht werden soll, einschließlich der Kostenträger. Ob als Organe dieses GPV auch Leistungserbringerverbünde eingerichtet werden sollen, bleibt zu entscheiden. Diese Prozesse wird der „Lenkungsausschuss GPV“ als Nachfolgeorganisation der PBGr, in Zusammenwirken mit der „Regionalkonferenz“ fördern und begleiten.

Ein weiteres wichtiges Thema wird die Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements sein, die bereits abgeschlossenen Vereinbarungen, in denen gemeinsame Überzeugungen und Ziele formuliert sind, bilden hierfür eine gute Grundlage.

Die Möglichkeiten und Grenzen der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen richten sich nicht zuletzt nach Art und Umfang dieser Ressourcen. Die aktuelle Situation und die zukünftige Entwicklung sind in dieser Hinsicht noch unübersichtlich.

Das Thema der Steuerung des „Integrierten personenzentrierten regionalen Hilfesystems“ hängt aber nicht nur vom verfügbaren Budget ab, sondern auch von der Bereitschaft der Kostenträger, regionale Strukturen in ihren Entscheidungen zu berücksichtigen und der Leistungserbringer, sich auch in Zukunft auf regionale Strukturen zu beziehen. Der überörtliche Sozialhilfeträger hat seine Absicht erklärt, die Weiterentwicklung der Behindertenhilfe in seinem Zuständigkeitsbereich über Regionalkonferenzen mit der Gebietskörperschaft, den dort tätigen Leistungserbringern und Vertretern der Selbsthilfe durchzuführen. Er hat weiterhin erklärt, die regional entwickelten Strukturen und Gremien, insbesondere die Hilfeplankonferenzen, aktiv zu nutzen.. Der LVR wird regelmäßig in den



HpK vertreten sein. Die Leistungserbringer haben, wie schon erwähnt, bereits ihren Willen zur weiteren Zusammenarbeit auf der Basis der Leitlinien des Implementationsprojektes bekundet.

Das Projekt hat deutlich gemacht, welche Möglichkeiten eine konsequente Orientierung an den Hilfebedürfnissen der Einwohner einer Region für bedarfsgerechte und paßgenaue Hilfen für die hilfeschenden Menschen bietet.

Es wird darauf zu achten sein, bereits bestehende und zukünftig zu vereinbarende Vergütungsvereinbarungen so weiterzuentwickeln bzw. zu konzipieren, dass die trägerübergreifenden Funktionen der koordinierende Bezugsperson angemessen entgolten werden. Nur so ist die Realisierung ambulanter Komplexleistungen dauerhaft und regelmäßig zu gewährleisten

Konkret wird es wichtig sein in Zukunft am Prinzip der Planung ambulanter Komplexleistungen unabhängig von der Wohnform festzuhalten und auch Eingliederungshilfen, wie sie in Tagesstätten und Wohnheimen erbracht werden, intensiver zu berücksichtigen. Im Projektzeitraum wurde beobachtet, dass die Erbringung komplexer Leistungen in diesem Bereich nicht immer zeit- und gemeindenah zu realisieren war. Weiter gilt es, den Einbezug der Themen Arbeit und Beschäftigung zu erreichen, d.h. am Ziel der kostenträgerübergreifenden Hilfeplanung und Komplexleistung konsequent festzuhalten. Ein wichtiger nächster Schritt hierzu ist die regelmäßige Teilnahme von entscheidungskompetenten Vertretern aus den in SGB V und SGB IX geregelten Bereichen, soweit nicht schon vertreten.

Die „Lenkungsgruppe Gemeindepsychiatrischer Verbund“ wird die von der PBGr anhand des ReZiPsych priorisierten Themen weiter verfolgen:

1. Verbundgestaltung (Bl. 4 Punkt 2 + 4 (schriftliche Vereinbarung über Kooperation auf Klientenebene)
2. Eingliederungshilfe (Bl. 3 Punkt 17-19 (breiterer Ausbau der Hilfearten) Bl. 3a Punkt 2-7 (differenziertere Vergütung), Bl. 4 Punkt 19 (Budget))
3. Krisendienst (Bl. 2 Punkt 17)
4. Trennung von Wohnen und Betreuung (Bl. 1 Punkt 9,10,11,17, Bl. 2 Punkt 10)
5. Hilfeplankonferenz mit Leistungsträgern (Bl 4 Punkt 17)
6. SGB Leistungen (Bl. 3 Punkt 6 (APP), 7 (Soziotherapie), 13 (amb. med. Reha f. psych. Kranke), 15 (berufl. Reha f. Suchtkranke))
7. SGB V (Bl 3a Punkt 12-14 (bessere Vergütung für Nervenärzte), Bl. 3 Punkt 4 (Suchttagesklinik), Bl. 4 Punkt 20, 25 (Budget Kliniken und KV))

**Beschlossen von der Projektbegleitenden Gruppe am 24.9.2003**

**Beschlossen von der AG „Einrichtung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Kreis Mettmann“ der Gesundheits- und Pflegekonferenz am 16.10.2003**