Abschlussbericht des Projekts

Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung

(01. Mai 2000 - 31. Dezember 2002)

Vorgelegt von der
Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	**Das Projekt**	7
1.1	Die Ausgangssituation	7
1.2	Die Ziele des Projekts	8
1.3	Der Ablauf	10
1.3.1	Der Ablaufplan	10
1.3.2	Kriterien zur Auswahl von Projektregionen	11
1.3.3	Das Ausschreibungsverfahren	12
1.3.4.	Die Auswahl der Projektregionen	13
1.3.5	Die regionalen Projektvereinbarungen	15
1.3.6	Das Vorgehen in den Regionen	16
1.4	Die Ergebnisse	21
2.	**Das neue Paradigma: Personenzentrierte Hilfen**	22
2.1	Entstehung	22
2.2	Zielsetzung	22
2.3	Kritik der Reha-Kette	23
2.4	Konsequenzen für das neue Konzept	27
2.5	Therapeutische Arbeit mit den Patienten	29
2.6	Organisation von Einrichtungen und Diensten	29
2.7	Finanzierung	30
2.8	Psychiatriepolitisches Ziel: Integration oder Ausgliederung?	30
3.	**Organisation personenzentrierter Hilfen**	31
3.1	Die Ebenen der Umsetzung	31
3.2	Individuelle Hilfeplanung	36
3.2.1	Das IBRP-Verfahren	36
3.2.1.1	Grundlagen der individuellen Hilfeplanung	36
3.2.1.2	Vorgaben zur leistungsträgerübergreifenden Hilfeplanung	39
3.2.1.3	Ähnliche Instrumente der Hilfeplanung	41
3.2.2	Die Personenkonferenz	42
3.2.3	Auswertung der Hilfeleistungen und Fortschreibung des Hilfeplans	42
3.3	Organisation personenzentrierter Hilfen	42
3.3.1	Die Hilfeplankonferenz	42
3.3.2	Die koordinierende Bezugsperson	44
3.4	Der GPV	45
4	**QM und Steuerung im GPV**	47
4.1	Inhaltliche Anforderungen an Qualität	47
4.2	Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund und Gemeindepsychiatrischer Leistungsanbieterverbund	48
4.2.1	Der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund GPSV	49
4.2.2	Der Gemeindepsychiatrische Leistungsanbieterverbund GPLV	49
4.2.3	Qualitätsanforderungen an Gemeindepsychiatrische Leistungsanbieter-Verbünde	50

4.2.4	Initiative zur Gründung einer BAG GPV	53
4.3	Dokumentation	55
4.4	Der Rezipsych	58
5.	**Der Prozess der Implementation eines personenzentrierten Hilfesystems**	60
6.	**Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen personenzentrierter Hilfeerbringung**	63
6.1	Gleichstellung psychisch kranker und behinderter Menschen	63
6.2	Lernende Gesetzgebung / Berichterstattung	64
6.3	Personenbezogene Hilfeplanung	65
6.4	Vorrang ambulanter Hilfen	66
6.5	SGB IX	67
6.6	Heimgesetz	70
7.	**Finanzierung von Komplexleistungen**	
7.1	SGB V	72
7.1.1	Institutsambulanzen	72
7.1.2	Soziotherapie	73
7.1.3	Häusliche Krankenpflege	75
7.1.4	Medizinische Rehabilitation	76
7.1.5	Integrierte Versorgung	77
7.2	BSHG / SGB XII	78
7.3	Persönliche Budgets	79
7.4	SGB II	80
7.5	SGB VI	81
7.6	Freiwillige Leistungen	81
8.	**Finanzielle Steuerung der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**	83
8.1	Vorgeschichte	83
8.2	Falsche Anreize im traditionellen System	83
8.3	Wettbewerb um gute Qualität	85
8.4	Gemeinsames Interesse von Leistungsträgern und Leistungserbringern: Qualität transparent machen	86
8.5	Steuerungswirkung der Finanzierung	86
8.6	Ermittlung des individuellen Bedarfs	88
8.7	Quantitativer Hilfebedarf	88
8.8	Gruppenbildung und Maßnahmepauschalen	89
8.9	Steuerung der Finanzvolumina	90
9.	**Projektabschluss und Perspektiven**	92
9.1	Bilanz	92
9.1.1	Erreichte Projektziele	92
9.1.2	Notwendigkeit der Weiterführung der Implementationsprozesse	93
9.1.2.1	Problembereich ‚Arbeit und Beschäftigung'	94
9.1.2.2	Problembereich ‚Hilfen für psychisch kranke alte	95

	Menschen'	
9.2	Abschlusstagung und Workshop	96
9.3	Fortlaufende Aktivitäten	99
9.4	Neue Vorhaben zur Förderung personenzentrierter Hilfen	99
9.4.1	Projekt ‚Evaluation der Soziotherapie'	100
9.4.2	Die Initiative BAG „Gemeindepsychiatrischer Verbund"	101
9.4.3	Das Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme"	102
9.4.4	Das Projekt ‚Entwicklung von Handlungsempfehlungen - „Zur Situation von alten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Organisation und Finanzierung von Hilfen"	103
10.	**Projektverlauf in den Regionen**	104
10.1	Verlaufsbericht am Beispiel der Region Kaufbeuren/Ostallgäu	104
10.1.1	Rahmenbedingungen und Ausgangslage der regionalen Versorgungsstruktur	104
10.1.1.1	Allgemeine Angaben zur Region	104
10.1.1.2	Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region zu Beginn des Projektzeitraums	105
10.1.1.3	Regionale Versorgungsqualität	108
10.1.2	Projektvereinbarung	111
10.1.2.1	Prozess der Erarbeitung	111
10.1.2.2	Projektbegleitende Gruppe	112
10.1.2.3	Örtliche Projektkoordination	112
10.1.2.4	Zielgruppe	112
10.1.3	Erfahrungen und Ergebnisse	113
10.1.3.1	Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung	113
10.1.3.1.1	Ausgangslage	113
10.1.3.1.2	Hilfeplanung	113
10.1.3.1.2.1	Einheitliche Hilfeplanung	114
10.1.3.1.2.2	Beteiligung der Klient(inn)en und Bezugspersonen	116
10.1.3.1.2.3	Integrierte Hilfeplanung: einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf	117
10.1.3.1.2.4	Zielorientierte Hilfeplanung	118
10.1.3.1.2.5	Hilfeplanung unabhängig von Wohnformen	118
10.1.3.1.3	Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungserbringung	119
10.1.3.1.3.1	Koordinierende Bezugsperson	120
10.1.3.1.3.2	Organisation der HPK, Beteiligte, Geschäftsordnung etc.	120
10.1.3.1.3.3	Erfahrungen mit der HPK	121
10.1.3.1.3.4	Beteiligung der Klienten	123
10.1.3.1.3.5	Datenschutz	123
10.1.3.1.3.6	Periodische Fortschreibung von Hilfeplänen	124
10.1.3.1.3.7	Dokumentation	124
10.1.3.1.3.8	Finanzierung (Abstimmung auf der Fallebene)	125

10.1.3.1.4	Zusammenfassende Bewertung zur Qualitätssicherung	125
10.1.3.2	Verbundentwicklung	126
10.1.3.2.1	Ausgangslage	126
10.1.3.2.2	Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung	128
10.1.3.2.3	Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen	128
10.1.3.2.4	GPV-Organisation	129
10.1.3.2.5	Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung	130
10.1.3.2.5.1	Deskriptive Ermittlung von Kostenströmen	130
10.1.3.2.5.2	Klientenbewegungen	130
10.1.3.2.5.3	Sozialgesetze	130
10.1.3.2.6	Zusammenfassende Bewertung zum Stand der Verbundentwicklung	131
10.1.4.	Projektdurchführung	131
10.1.4.1	Projektbegleitende Gruppe	131
10.1.4.2	Verantwortlichkeiten	132
10.1.4.3	Leistungen der Leistungserbringer	132
10.1.4.4	Leistungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE	133
10.1.4.5	Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen	133
10.1.4.6	Zusammenfassende Betrachtung des Projektverlaufs: Akzeptanz, spezifische Problemfelder, Dokumentation etc.	134
10.1.5	Ausblick	139
10.1.6	Anhang: Übersicht zur Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben	141
10.2	Verlaufsbericht am Beispiel der Region München-Süd	142
10.2.1	Rahmenbedingungen und Ausgangslage der regionalen Versorgungsstruktur	142
10.2.1.1	Allgemeine Angaben zur Region	142
10.2.1.2	Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region zu Beginn des Projektzeitraums	142
10.2.1.3	Regionale Versorgungsqualität	143
10.2.2	Projektvereinbarung	144
10.2.2.1	Prozess der Erarbeitung	144
10.2.2.2	Projektbegleitende Gruppe	146
10.2.2.3	Örtliche Projektkoordination	147
10.2.2.4	Zielgruppe	147
10.2.3	Erfahrungen und Ergebnisse	147
10.2.3.1	Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung	147
10.2.3.1.1	Ausgangslage	147
10.2.3.1.2	Hilfeplanung	148
10.2.3.1.3	Kooperation und Kooperation bei Hilfeplanung und Leistungserbringung	151
10.2.3.1.3.1	Koordinierende Bezugsperson	151
10.2.3.1.3.2	Hilfeplankonferenz	153
10.2.3.2	Verbundentwicklung	155
10.2.3.2.1	Entwicklung und Ausgangslage	155

10.2.3.2.2	Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung	157
10.2.3.2.3	Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung	157
10.2.4.	Projektdurchführung	158
10.2.4.1	Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen	158
10.2.4.2	Zusammenfassende Betrachtung des Projektverlaufs: Akzeptanz, spezifische Problemfelder, Dokumentation etc.	158
10.2.5.	Ausblick	159
10.2.6.	Anlagen: Übersicht zur Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben	161

1. Das Projekt ‚Implementation des personenzentrierten Ansatzes'

1.1 Die Ausgangssituation

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in den Jahren 1992-96 das Forschungsprojekt „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung" gefördert. Nachdem der Abschlussbericht[1] Anfang 1999 veröffentlicht und im April 1999 auf der Tagung der Aktion Psychisch Kranke daran anknüpfend ‚personenzentrierte Hilfen' gefordert wurden, war das Interesse stark und die Bewertung überraschend positiv.

Das bestehende Hilfesystem war als ‚institutionszentriert', ‚angebotsorientiert', ‚unflexibel' und ‚unwirtschaftlich' sehr grundlegend kritisiert worden. Auf allen Ebenen wurden einschneidende Reformen gefordert, die einem Paradigmenwechsel gleichkommen. Man hätte also einen Aufschrei der Empörung erwarten können, denn wer war nicht beteiligt an den kritisierten Verhältnissen? Statt dessen war der Tenor der Reaktionen ganz überwiegend zustimmend.

Allerdings bezog sich die Zustimmung vor allem auf die Grundkonzeption, die ‚personenzentrierte Haltung', nach der die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse psychisch kranker Menschen sehr viel stärker ins Zentrum der Beachtung gestellt werden sollten. Bezüglich der konkreten Umsetzung beherrschten Ratlosigkeit und Skepsis die Diskussion.

Bei Einrichtungsträgern und auf Seiten der Mitarbeiter in den Einrichtungen und Diensten wurden vor allem folgende Befürchtungen geäußert:
- Sparmaßnahmen und Leistungsabbau
- Verlust von Entscheidungskompetenz, Machtzuwachs der Leistungsträger
- Verlust von Leistungsvielfalt
- Qualitätsverlust durch Aufgabenerweiterung
- Bürokratiezuwachs durch erhöhten Dokumentationsaufwand
- Marktverschiebungen zugunsten von konkurrierenden Trägern

Aus den Reihen der Verantwortlichen für die Finanzierung der Leistungen kamen teilweise spiegelverkehrte Befürchtungen:
- Kostensteigerungen durch Leistungsausweitungen
- Verlust der Richtlinienkompetenz, Machtzuwachs der Anbieterseite
- Unüberschaubarkeit des Leistungsgeschehens
- Qualitätsverlust nach Delegation von Aufgaben
- Überforderung durch Wachsen des Verwaltungsaufwands
- Kompetenzverschiebungen (intern und zu anderen Leistungsträgern)

Gemeinsam waren Befürchtungen bezüglich des Zeitaufwands, des Datenschutzes und der Kompatibilität mit geltenden Gesetzen.

Doch über alle Bedenken hinweg blieb das Interesse an den Empfehlungen stark Psychiatrieerfahrene und Angehörige psychisch Kranker forderten dringlich eine zügige Realisierung. Wesentliche Fachverbände äußerten sich in der gleichen

[1] Autorengruppe Kruckenberg P u. a., Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band 116 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1999; siehe auch Kap. 2.1

Richtung[2]. In zahlreichen regionalen Planungs- und Abstimmungsgremien wurde nach Möglichkeiten der Umsetzung gesucht. Aber auch bei den zustimmen Interessierten wurde deutlich, dass bei aller Bereitschaft zu einer Umgestaltung der Hilfen für psychisch kranke Menschen auch noch viele Fragen offen und positive Beispiele gefragt waren.

Vor diesem Hintergrund entstand bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE die Idee eines Umsetzungsprojekts. In der Folge bewilligte das Bundesministerium für Gesundheit der AKTION PSYCHISCH KRANKE das Projekt »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung« (2000-2002).

Durch wissenschaftliche Beratung und Begleitung bei der Entwicklung personenzentrierter Gemeindepsychiatrischer Verbünde sollte die Umsetzung der Empfehlungen der Kommission »Personalbemessung« in einzelnen ‚Referenzregionen' gefördert werden. Damit war weder eine finanzielle Förderung für Leistungsanbieter oder Regionen als Starthilfe verbunden, noch eine Evaluations- oder Begleitforschung. Das Angebot für interessierte, im Aufbau begriffene Gemeindepsychiatrischer Verbünde bestand im wesentlichen aus dem fachkompetenten Rat einer Arbeitsgruppe[3], dem etwa monatlichen Besuch eines Projektmitarbeiters in der Region und der Chance voneinander zu lernen.

1.2 Die Ziele des Projekts

Das zentrale Ziel der Psychiatriereform besteht weiterhin im Aufbau gemeindeintegrierter Hilfesysteme, die auch chronisch psychisch kranken Menschen mit fortbestehenden schweren Störungen an ihrem Wohnort und in ihrem gewohnten sozialen Umfeld ein Leben entsprechend ihren Neigungen und Fähigkeiten unter möglichst normalen Rahmenbedingungen ermöglichen soll

Bisher werden noch entschieden zu viele psychisch kranke Menschen in oft wohnortfernen Heimen untergebracht, nicht weil sie gerne in großen Gruppen leben, sondern weil die erforderlichen Hilfen ambulant nicht erbracht werden können. Nach Aufnahme der Hilfeleistung führen wechselnde Hilfebedarfe nicht selten zu erzwungenen Einrichtungswechseln mit Verlust der vertrauten Umgebung und der vertrauten Bezugspersonen. Sofern mehrere Hilfearten gleichzeitig erforderlich sind, werden diese von verschiedenen Einrichtungen erbracht. Deren Abstimmung ist oft nicht ausreichend.

Auf der Basis dieser Analyse hat die Kommission Personalbemessung das Konzept der ‚personenzentrierten Hilfen' entwickelt. Dabei stehen folgende Aspekte im Vordergrund:
- die konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf des psychisch kranken Menschen,
- die integrierte Hilfeleistung unter Einbeziehung aller erforderlichen Hilfen und
- der zeitnahe und gesicherte Zugang zu den erforderlichen Hilfen.

---

[2] siehe: Gemeinsame Erklärung der Psychiatrie-Fachverbände'

[3] Mitglieder Arbeitsgruppe: Prof. Dr. Heinrich Kunze [Projektleiter], Ulrich Krüger [Projektkoordinator], Karl-Ernst Brill, Prof. Dr. Petra Gromann, Rainer Hölzke, Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Dr. Niels Pörksen, Dieter Stahlkopf

Zentrale Punkte der Empfehlung der Kommission sind entsprechend:
- eine einrichtungs- und leistungsbereichsübergreifend vereinheitlichte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung mit dem IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan),
- Komplexleitungen bei komplexen Hilfebedarf, insbesondere ambulante Komplexleistungen,
- regionale Pflichtversorgung.

Im Implementationsprojekt ging es weder um eine Weiterentwicklung noch um die *Erprobung* des personenzentrierten Ansatzes, sondern um die Förderung des Prozesses der Umsetzung des Konzepts in drei bis vier ausgewählten Referenzregionen. Die Ergebnisse sollten sowohl für fortgeschrittene Verbundregionen nutzbar sein als auch für solche, in denen das personenzentrierte Konzept erst neu diskutiert wird.

Trotz konsequenter Orientierung an den vorliegenden Empfehlungen der Kommission Personalbemessung konnte es nicht um schematische Übertragungen oder die Schaffung eines Einheitssystems gehen. Bei der Realisierung personenzentrierter Hilfesysteme sollten die regionalen Besonderheiten berücksichtig werden.

Im Rahmen des Projekts sollten Implementationshilfen, (fortlaufende) Überprüfungen, Qualitätsimpulse nach dem Benchmarking-Konzept und Darstellung der Schwierigkeiten bei der Umsetzung positiver Lösungsansätze zu folgenden Aspekten geleistet werden:

- Qualitätssicherung: Umstellung der Hilfeleistungen auf den personenzentrierten Ansatz,

- Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen (Vermeidung von Unter- und Überversorgung in den Bereichen sozialpsychiatrische Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe - jeweils stationär und ambulant),

- Übernahme und Erfüllung von Pflichtversorgungsaufgaben in den Bereichen Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe,

- Wirtschaftlichkeit der Erbringung von Leistungen (auf der Einzelfall- und der regionalen Ebene),

- Dokumentation der Leistungen (Einzelfall, Einrichtung/Funktionsbereich, Region),

- finanzielle Steuerung (Budgetregelungen bzw. Aufstellen und Einhaltung realistischer Finanzplanungsgrößen; Optimierung des Ressourceneinsatzes),

- einrichtungsübergreifende Kooperation und Koordination: Gemeindepsychiatrischer Verbund; Bildung von Funktionsbereichen; Steuerungsinstrumente zur Planung, Abstimmung, Entscheidung und Evaluation,

- leistungsträgerübergreifende Kooperation und Koordination: einheitliche oder zumindest kompatible Hilfeplanungsverfahren und -instrumente; Gesamtplan zur Erbringung der erforderlichen Hilfen in verschiedenen Leistungsbereichen; gemeinsame bzw. angeglichene Begutachtung.

In der im Dezember 1999 verschickten „Projektskizze“[4] heißt es:

Die Kommission hat mit ihrem Projektbericht die *fachlichen* Voraussetzungen für diesen Umsteuerungsprozess geschaffen. Jetzt geht es um ein umsetzungsorientiertes Anschlussprojekt, das nach dem Benchmarking-Ansatz konzipiert ist: Sich entwickelnde Regionen sollen über externe Vergleiche darin gefördert werden, die jeweils besten Problemlösungen von anderen zu übernehmen und in Qualitätsmanagementprozessen (der Einrichtungen sowie der Region) umzusetzen. Gefördert werden soll die Vernetzung der regionalen Umsetzungen, nicht die Dienste in den Regionen.

Damit waren die Projektziele benannt. Es war aber immer wieder wichtig, darauf hin zu weisen, was *nicht* Gegenstand des Implementationsprojekts war:
- Es fließen keinerlei finanzielle Mittel in die Projektregionen oder im Sinne einer Anschubförderung.
- Es gibt keine Aufwandsentschädigung für im Zusammenhang mit dem Projekt geleistete Mehrarbeit.
- Es wird keine Evaluation der regionalen Versorgungssituation oder deren Entwicklung geleistet.
- Außer der Beratung werden keinerlei Leistungen von der Aktion Psychisch Kranke übernommen. Insbesondere muss die Koordination des Projektaktivitäten vor Ort geleistet werden.

Das Angebot für die Regionen war also klar: Es wird eine Menge Arbeit geben, viel Unsicherheit und dafür kein Geld – aber vielleicht die Chance, bei einem Prozess, den man ohnehin vor hat, Unterstützung zu bekommen.

1.3 Der Ablauf

1.3.1 Der Ablaufplan

Das Bundesministerium für Gesundheit ließ sich überzeugen, ein Projekt zu finanzieren,
- bei dem die Projektregionen nicht bekannt waren, noch nicht einmal klar war, ob sich überhaupt Regionen beteiligen;
- und bei dem die konkreten Projektziele unklar waren; diese sollten nämlich jeweils spezifisch ausgehandelt werden.

Wegen der Unsicherheiten wurde zunächst ein „Vorprojekt“ von sechs Monaten vereinbart, an dessen Ende die Entscheidung stehen sollte, ob dann ein dreijähriges „Implementationsprojekt“ zustande kommt.

[4] siehe Anhang und Kap. 1.3, ‚Der Ablauf’

Die erste Projektphase (6 Monate) sollte der Konkretisierung der Projektziele mit regional unterschiedlicher Akzentsetzung dienen. Die Entscheidung, in welchen Regionen die weitere Implementation des personenzentrierten Ansatzes wissenschaftlich begleitet und ausgewertet wird, sollte vom Ergebnis dieser Verhandlungen abhängig gemacht werden. Anschließend sollten verbindliche Vereinbarungen über die Mitwirkung am Projekt mit den beteiligten Leistungsanbietern und Leistungsträgern geschlossen werden.

In der zweiten Projektphase (24 Monate) sollten die regionalen Umgestaltungsprozesse durch Beratung gefördert, kontinuierlich ausgewertet und optimiert werden.

In der dritten Projektphase (6 Monate) sollten Entscheidungen über die Fortsetzung der regionalen Zusammenarbeit herbeigeführt und die gewonnenen Erfahrungen zur Veröffentlichung zusammengefasst werden.

1.3.2 Kriterien zur Auswahl von Projektregionen

Da das Ziel nicht in ‚Entwicklungshilfe' für nicht existierende oder rudimentäre Verbünde, sondern in der Schaffung, Förderung und Darstellung von ‚best-practice'-Beispielen bestand, bildeten bereits entwickelte und hoch motivierte Verbünde die direkte ‚Zielgruppe' des Projekts. Es galt also, fortgeschrittene Regionen mit hoher Bereitschaft zur Verwirklichung personenzentrierter Konzepte zu finden. Die Eignung sollte anhand einheitlicher Kriterien geprüft werden. Die regionalen Verbünde sollten über eine bundesweite Ausschreibung zur schriftlichen Selbstdarstellung aufgefordert und anschließend möglichst verlässlich anhand der eingereichten Unterlagen identifiziert werden. Als erstes wurden daher von der Arbeitsgruppe Kriterien zur Auswahl von geeigneten Regionen ausgearbeitet:

- Einbeziehung der wesentlichen Träger und Leistungserbringer
- Einbeziehung der wesentlichen Leistungsträger (Leistungen der Eingliederungshilfe sollten zumindest in der Region zusammengeführt sein)
- Einbeziehung der Kommune
- Einbeziehung des Landes (ggf. Bezirk)
- ausreichend differenziertes Vorsorgungsangebot in der Region
- Übernahme regionaler Versorgungsverpflichtung der wesentlichen Träger
- Stand oder Absicht: Bildung eines regionales Budgets
- Stand oder Absicht: Falls Einrichtungen entfernt – Regionalisierung, damit angemessen erreichbar
- Stand oder Absicht: IBRP oder analoges Verfahren mit allen Standards die unter ‚Arbeitsebene' genannt sind

Weitere Entscheidungskriterien sollten z. B. sein:
- Übertragbarkeit (keine ausgesprochenen Sonderwege)
- Möglichkeiten der Zusatzfinanzierung und Bereitschaft zur sonstigen personellen Unterstützung
- Kooperation mit Landesprojekten

Unter den grundsätzlich geeigneten Regionen sollte bei der Entscheidung auf Heterogenität in folgenden Bereichen geachtet werden:
- Stadtstaaten / Flächenländer
- geographisch Lage
- Hauptinitiator der Verbundentwicklung
- Städtisch-ländlich
- politische Mehrheitsverhältnisse
- leistungsrechtlicher Akzent (Soziotherapie? ambulante Reha? sonstige Einbeziehung GKV?)

Die Erfüllung dieser Kriterien in Bewerbungsregionen sollte im wesentlichen im Rahmen der Ausschreibung geklärt werden. Dazu wurde der Bogen *„Beschreibung der Versorgungsstruktur“*[5] entwickelt. Darin wurden zu den Realisierungsebenen[6] (Arbeitsebene, Organisatorische Ebene, Steuerungsebene und leistungsrechtliche Ebene) Fragen formuliert, die den Stand der Entwicklung in der Region und die Entwicklungsziele abbildeten.

Über die Ausschreibung wurden „Verbünde“ angesprochen. Gemeindepsychiatrische Verbunde mit Entscheidungskompetenz existierten jedoch kaum. Die Art der Verfasstheit des Verbundes blieb ebenso offen wie der erwartete Kreis der Mitwirkenden („wesentliche“ Leistungserbringer und Leistungsträger). Was bedeutet ‚Einbeziehung’ der Kommune bzw. des Landes? Die Fähigkeit, diese Fragen zu lösen, bot weitere Anhaltspunkte zur Einschätzung der jeweiligen Verbundstruktur.

Der Bogen *„Beschreibung der Versorgungsstruktur“* sollte nicht nur zur einmaligen Verwendung bei der Entscheidung über die Projektteilnahme dienen, sondern generell eine Hilfestellung bei der Selbsteinschätzung des regionalen Entwicklungsstandes geben. Das Instrument wurde im Folgejahr fortentwickelt zum „*Bogen zur regionalen Zielplanung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ (ReZiPsych)* und spielte in dieser Form im weiteren Projektverlauf noch eine größere Rolle[7].

1.3.3 Das Ausschreibungsverfahren

Im Dezember 1999 wurde eine Mitteilung über das Projekt, eine Beschreibung des Projektvorhabens (‚Projektskizze’[8]) und der Bogen zur Beschreibung der Versorgungssituation an die Psychiatriereferenten der Länder verschickt mit der Bitte, die Unterlagen an zur Projektteilnahme geeignete und eventuell daran interessierte Regionen weiterzuleiten. Innerhalb einer gesetzten Frist (drei Wochen) sollten sich interessierte Verbünde bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE melden und sich anschließend mit dem ausgefüllten Bogen um Teilnahme bewerben.

[5] siehe Anhang
[6] siehe Kap. 3.1 ‚Die Ebenen der Umsetzung’
[7] siehe 4.4 ‚Der ReZiPsych’
[8] Ausschreibungsunterlagen: siehe Anhang

Dieses Verfahren hat sich außerordentlich bewährt:

- Das Projektvorhaben wurde bundesweit bekannt: Der personenzentrierte Ansatz ist nicht nur eine Idee, sondern eine konkrete Handlungsempfehlung.
- Das Interesse an konkreten Schritten zur Realisierung personenzentrierter Hilfen wurde gestärkt: Jede Region war gefragt, ob sie sich jetzt diesbezügliche Ziele setzen oder abwarten und beobachten will.
- Informelle Verbundstrukturen wurden weit über den Kreis der (späteren) Projektregionen hinaus gestärkt: Man sah recht gut, wo Informationen ankommen, bzw. wer gezielt und aktiv einbezogen werden muss.
- Die Entscheidungsfähigkeit informeller Verbünde wird geprüft und aktiviert: Eine gemeinsame Entscheidung über die Beteiligung ist erforderlich.
- Eine kritische Selbstbewertung des eigenen Entwicklungsstandes im Vergleich zu anderen Regionen wird angeregt: Wer kann erwarten, als Region mit ‚fortgeschrittener Verbundstruktur' eingestuft zu werden?
- Es werden weit über den Kreis der Projektregionen hinaus Informationen über Verbundentwicklungen gewonnen.
- Das Projektdesign lebt in der Praxis auf: Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hilft nur mit allgemeinen konzeptionellen Empfehlungen und Strukturierungshilfen von außen, alles andere muss eigenverantwortlich und aus eigener Initiative in den Regionen erreicht werden.
- Die Chance, die geeignetsten Regionen zu finden, wurde deutlich erhöht.

Dass in der Folge über die Projektregionen hinaus eine breite Bewegung zum Aufbau regionaler personenzentrierter Hilfesysteme mit diversen Projekten und anderen Aktivitäten entstanden ist, ist sicher nicht zuletzt Folge der breiten und intensiven Auseinandersetzung im Rahmen der Entscheidungsphase über die Teilnahme am Implementationsprojekt.

Diese Form des Projektbeginns ist jedoch zeitintensiv. Durch die Konstruktion ‚Vorprojekt / Hauptprojekt' standen bereits vor dem regionalen Projektsstart die erforderlichen personellen Ressourcen zur Verfügung.

1.3.4 Auswahl der Referenzregionen

Bis Januar 2000 gingen etwa 50 Interessenbekundungen aus 15 der 16 Länder ein – ein mächtiges, sehr ermutigendes Aufbruchsignal.

Es folgte ein sehr aufwändiger, aber höchst interessanter Auswahlprozess, der deutlich machte, in wie vielen Regionen ein hohes Interesse an der Implementierung personenzentrierter Hilfen bestand, aber auch in wie vielen Regionen eine hohe Bereitschaft zur einrichtungs- und trägerübergreifenden Kooperation bestand. Die Psychiatrie nimmt diesbezüglich im Vergleich zum sonstigen Gesundheits- und Sozialsystem sicherlich eine Vorreiterrolle ein.

Die Auswahl war entsprechend schwierig. Letztlich entscheidend war die regionale Verteilung und die letzten beiden Punkte: Projekterfahrung und besondere Rahmenbedingungen, z. B. weitgehende Zusagen der Landesministerien oder Leistungsträger oder zusätzliche Projektmittel.

Für das Implementationsprojekt wurden ausgewählt:
- Berlin-Reinickendorf
- Gera
- Kaiserslautern (Stadt und Kreis)
- Kaufbeuren / Ostallgäu
- Mainz
- München-Süd

In Rheinland-Pfalz war bereits ein Vorläuferprojekt abgeschlossen: In Kaiserslautern und Trier waren unter den Bezeichnung „Wohnverbundprojekt“ für die sozialhilfefinanzierten Betreuungsformen personenzentrierte Verbundstrukturen aufgebaut worden. Dieses Projekt hat dem folgenden Implementationsprojekt auf Bundesebene in vieler Hinsicht als Vorbild gedient. Die beteiligten Regionen und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Rheinland-Pfalz waren so stark an einer Fortführung der Entwicklungsprozesse interessiert, dass eine eigene Zusatzfinanzierung aufgebracht wurde. Dadurch konnte eine zweite Region aus Rheinland-Pfalz als Referenzregion des Bundesprojekts aufgenommen werden.

Durch Zusatzfinanzierung des Bezirks Oberbayern konnte München-Süd als zweite bayerische Region aufgenommen werden. Nun waren sechs Referenzregionen einbezogen.

Rheinland-Pfalz ging aber noch einen Schritt weiter und legte ein an gleichen Zielen orientiertes Landesprojekt „Implementation“ auf, über das auch die folgenden Regionen des Landes, die sich um Teilnahme beworben haben, in ein Implementationsprojekt kamen:
- Bernkastel-Wittlich,
- Stadt Trier, Landkreis Trier-Saarburg,
- Ludwigshafen und
- Pirmasens, Südwestpfalz, Zweibrücken

Den Verbünden, die nicht berücksichtigt werden konnten, wurde angeboten, selbstorganisiert an den Projektzielen zu arbeiten. Sie sollten Informationen aus den Referenzregionen bereits während des Projektverlaufs erhalten und so schnell die dort gewonnenen Erfahrungen für sich nutzen können. Fast alle Bewerbungsregionen haben dies genutzt. Es gab drei gemeinsame Workshops und diverse bilaterale Kontakte.

Viele dieser „selbstorganisierten Projekt-Regionen“ bemühten sich jedoch um eigene Finanzierungen für eine Projektbegleitung. In der Folge hat dies zu einer ganzen Reihe von weiteren Landesprojekten geführt:

Landesprojekt Baden-Württemberg mit vier beteiligten Verbünden
- Bodenseekreis, Ravensburg, Friedrichshafen
- Lörrach
- Reutlingen
- Stuttgart (eigenes Implementationsprojekt)

Landesprojekt Nordrhein-Westfalen mit acht Regionen
Rheinland
- Heinsberg
- Köln-80
- Mettmann
- Solingen
- Wuppertal

Westfalen
- Bochum
- Herford
- Steinfurt

Landesprojekt Hessen mit sechs Regionen (Erweiterung im Jahr 2004)
- Stadt Darmstadt und Landkreis Darmstadt-Dieburg
- Lahn-Dill-Kreis
- Mainz-Kinzig-Kreis
- Wetteraukreis
- Wiesbaden
- Vogelsbergkreis

Die weiteren selbstorganisierten Projektregionen waren und sind teilweise ebenfalls sehr aktiv. Hierzu gehören:

Berlin	Hellersdorf, Marzahn, Mitte, Tiergarten, Wedding, Steglitz-Zehlendorf, Spandau
Bremen	Bremen-Ost, Bremen-Süd
Hamburg	Altona, Bergedorf, Hardorf, Nord
Hessen	Kreis Groß-Gerau
Mecklenburg-Vorpommern	Schwerin
Niedersachsen	Hannover
Saarland	Landkreis St. Wendel
Sachsen	Grimma, Muldentalkreis, Vogtlandkreis
Sachsen-Anhalt	Halle
Schleswig-Holstein	Kreis Pinneberg
Thüringen	Altenburger Land, Weimar

1.3.5 Die regionalen Projektvereinbarungen

In jeder Projektregion wurde eine Projektvereinbarung ausgehandelt.
Im Mittelpunkt der regionalen Projektvereinbarungen stehen in allen Regionen Qualitätsverbesserungen durch
- konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf,
- personenzentrierte Zusammenarbeit der Therapeuten,
- Übernahme regionaler Verantwortung / Beteiligung an regionaler Steuerung.

Die folgenden Eckpunkte und sind ebenfalls übereinstimmend in allen Projektvereinbarungen

- individueller Gesamtplan für Behandlung, und Hilfe zur Teilhabe (IBRP),
- transparente Beschlussfassung über individuellen Hilfebedarf (Hilfeplankonferenz),
- therapeutische Kontinuität und Abstimmung im Verlauf der Hilfen (koordinierende Bezugsperson),
- gemeinsame Verantwortung für regionale Bedarfsdeckung (Pflichtversorgung) – obligatorisches Hilfeangebot in der Region,
- lebensweltbezogene Hilfen weniger stationär – mehr ambulant; weniger psychiatrisch – mehr nicht-psychiatrisch,
- Weniger Sozialhilfe – mehr versicherungsfinanzierte Leistungen,
- Flexibilisierung der Hilfeleistungen,
- gemeinsame Verantwortung für Qualitätsentwicklung und finanzielle Steuerung.

Unterschiede gab es z. B. bei der Zielgruppenbestimmung: Ein- oder (vorläufiger) Ausschluss von suchtkranken Menschen oder psychisch kranken alten Menschen.

Diese Vereinbarungen wurden in öffentlichen Veranstaltungen unterzeichnet, in der Regel mit politischer Prominenz und Presse. Diese kleinen Feste hatten auch pragmatische Gründe: Das Projekt wurde bekannt gemacht und der offizielle Start in der Region markiert. Viel mehr waren sie aber Ausdruck der Freude und des Stolzes über das bereits Erreichte: Dass innerhalb weniger Monate unter Partnern mit stark divergierenden Interessen eine solch weit gehende Übereinkunft über ein gemeinsames Vorgehen erreicht wurde, war schon bemerkenswert.

Bisher traf man sich in ähnlicher Zusammensetzung bei der Eröffnung neuer psychosozialer oder psychiatrischer Einrichtungen. Hier wurde ‚nur' ein Blatt Papier unterschrieben und doch war allen Beteiligten klar: Dies hat mindestens den Wert eines Richtfestes. Denn die vereinbarten Maßnahmen würden sicherlich zu einschneidenden Strukturänderungen führen.

1.3.6 Das Vorgehen in den Regionen

Als erstes wurden in den Projektregionen ‚projektbegleitende Arbeitsgruppen' gebildet, die sich in der Regel vierwöchentlich trafen, in Berlin-Reinickendorf zweiwöchentlich. Sie wurden von den kommunalen Psychiatriekoordinatoren geleitet. Darin trafen sich Vertreter der Leistungserbringer, der Leistungsträger (zumindest der Sozialhilfeträger) und zumeist der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen.

Der weitere Verlauf war in allen Regionen ähnlich:

1. Zunächst wurde die Hilfeplanung mit und nach dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan eingeführt. Dazu gab es Fortbildungen.

2. Dann wurden Hilfeplankonferenzen gebildet, in denen die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung vorgestellt und Beschlüsse über die Hilfeleistungen

getroffen werden.
In den Hilfeplankonferenzen wurden routinemäßig koordinierende Bezugspersonen benannt.
Es wurde von einer regionalen Pflichtversorgung ausgegangen. Auch wenn es dazu noch keine vertragliche Vereinbarung im Sinne eines Sicherstellungsauftrags gab, wurde alles daran gesetzt, für psychisch kranke Menschen aus der Region in der Region Hilfemöglichkeiten anzubieten.

3. Aus der individuellen Hilfeplanung ergab sich die Notwendigkeit einer Flexibilisierung der Hilfeleistungen. In den Regionen wurden bisher standardisierte Hilfen auf die individuellen Hilfebedarfe angepasst: Manchmal weniger, manchmal mehr, oft an einem neuen Ort. Dazu mussten auch die Finanzierungsformen flexibilisiert werden.

4. Das Erreichte sollte über die Projektlaufzeit hinaus erhalten werden. Die formelle Verbundgestaltung wurde im letzten Projektjahr zum zentralen Thema.

5. Benchmarking: Während des gesamten Prozesses war der Austausch mit den anderen Projektregionen von hohem Wert.

Die Hauptinstrumente der Entwicklung personenzentrierter regionaler Hilfesysteme werden nun kurz skizziert. In Kapitel 3. erfolgt eine eingehende Beschreibung.

Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)
Der Schlüssel zur personenzentrierten Hilfeleistung ist die integrierte individuelle Hilfeplanung. Es geht dabei nicht um das Instrument, sondern um das Verfahren, mit dem Klienten einen mit allen beteiligten Therapeuten und Helfern abgestimmten Gesamtplan zu erstellen. Es gibt dabei nur einen Hilfeplan pro Person. Darin sind alle erforderlichen Hilfen behandelt, auch die nicht-psychiatrischen.

Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) ist ein einheitliches Instrument und geeignet zur
- Planung: zielorientiert, lebensweltbezogen, integriert;
- Koordination im Verlauf und
- Evaluation.

Der IBRP war in den Referenzregionen bereits bekannt und wurde teilweise auch schon genutzt. Trotzdem haben die trägerübergreifenden Schulungen eine starke Wirkung entfaltet. Sie schafften die Grundlage für gemeinsame Konzepte und Sprache und haben die Kooperationsbereitschaft ungemein erhöht.

Da die Projektvereinbarungen auf der Leitungsebene verhandelt und beschlossen wurden, waren hier die Mitarbeiter mit all ihren Fragen und auch Zweifeln am Projekt noch nicht beteiligt. Dadurch, dass einzelfallbezogen anhand individueller Hilfeplanungen über mögliche Änderungen gesprochen werden konnte, haben sich auch auf dieser Ebene die Projektziele erschlossen. Auch in der Folge waren es immer wieder die individuellen Hilfeplanungen, die auf Mängel im Hilfesystem aufmerksam machten. Immer wieder wurde festgestellt, dass die Standardangebote

nicht passen. Wenn dann gemeinsam innovative Lösungen gefunden wurden, wussten alle Beteiligten, weshalb sich die Mühe von individueller Hilfeplanung und gemeinsamer Besprechung lohnt.

Die Hilfeplankonferenz
Der Ort der gemeinsamen Besprechung ist die Hilfeplankonferenz (HPK). Dort werden die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung in ca. zehn Minuten vorgestellt und anschließend diskutiert. Auch das soll im Durchschnitt nicht mehr als zehn Minuten in Anspruch nehmen. Falls das nicht reicht, wird beschlossen, eine Personenkonferenz, also eine individuelle Hilfebedarfsbesprechung mit den Beteiligten abzuhalten. Wichtig ist, dass die Teilnehmer der HPK autorisiert sind, damit sichergestellt ist, dass die gefundenen Lösungen anschließend auch umgesetzt werden. Dafür bedarf es keiner formalen Beschlusskompetenz. Die liegt weiterhin beim zuständigen Leistungsträger.

Die Teilnehmer der Hilfekonferenz waren und sind:
- der Psychiatriekoordinator / die Psychiatriekoordinatorin

- (autorisierte) Vertreter der Leistungserbringer darunter:
  - Klinik
  - Sozialpsychiatrischer Dienst
- Leistungserbringer aus den Bereichen Selbstversorgung/Wohnen, Tagesgestaltung/Kontaktfindung, Arbeit/Ausbildung, Grundversorgung und spezielle Therapieverfahren
  - Wohnungslosenhilfe

- Leistungsträger (überall örtlicher und überörtlicher Träger der Sozialhilfe, teilweise: Agentur für Arbeit, Krankenkasse)

- Auf Wunsch:
  - Betroffene,
  - Angehörige,
  - gesetzliche Betreuer

In den Projektregionen hat sich für die Hilfeplankonferenzen ein vierwöchiger Rhythmus entwickelt. Die Dauer soll 2,5 Stunden nicht überschreiten. Dies gelingt noch nicht immer.

Die Leitung der Hilfeplankonferenz erfolgt durch den Psychiatriekoordinator.

Die Hilfeplankonferenz ist *der Dreh- und Angelpunkt der regionalen einzelfallbezogenen Steuerung.* Der Qualitätsgewinn durch die Überprüfung und Ergänzung der individuellen Hilfeplanungen durch ein solch fachkompetentes Gremium ist erheblich. Da alle für die Entscheidung erforderlichen Personen anwesend sind, ist eine sehr zügige und transparente Entscheidung möglich. Lücken im regionalen Hilfesystem werden für alle Beteiligten sofort deutlich.

So wie die Einführung der integrierten individuellen Hilfeplanung mit einen Lernprozess verbunden ist, so müssen auch bei der Einführung einer Hilfeplankonferenz einige Hürden übersprungen werden. Anfangs sind

Hemmungen zu überwinden, die eigenen Überlegungen zur Hilfeplanung offen zu legen. Es könnte etwas vergessen sein oder man fürchtet, die Dramatik des Einzelfalls nicht deutlich genug zu machen. Erste Hilfeplankonferenzen sind oft zu detailliert und dauern daher zu lang. Manchmal werden Diskussionen geführt, die weit über den Einzelfall hinausgehen. Fragen des Datenschutzes, der Finanzierung, der Einbeziehung gesetzlicher Betreuer oder der Gerichte usw. sind natürlich nötig. Sie gehören aber nicht in die Hilfeplankonferenz.

Die koordinierende Bezugsperson

Die koordinierende Bezugsperson ist eine psychiatrische Fachkraft, die mit dem Klienten in kontinuierlichem Kontakt steht und als Ansprechpartner für den Klient und sonstige beteiligte Therapeuten dient. Es ist also kein außenstehender „case-manager“, der nur dirigiert, was andere erledigen.

Die koordinierende Bezugsperson ist:einrichtungsübergreifend und leistungsbereichsübergreifend zuständig (verschiedene Leistungsträger),

- Ansprechpartner für Klient und sonstige beteiligte Therapeuten,
- zuständig für die nächste Hilfeplanung und Einbringen in die HPK,
- nach Beschluss der HPK im Amt, bis der Beschluss aufgehoben wird,
- ohne Entscheidungskompetenz, hat aber Informationsrecht und Recht zur Stellungnahme.

Regionale Pflichtversorgung

Die gemeinsame Verantwortung für die regionale Bedarfsdeckung und Pflichtversorgung beginnt zunächst mit einer Absichtserklärung. Zumindest kann eine klare Zuständigkeit ab der ersten Besprechung in der Hilfeplankonferenz sichergestellt werden, auch in den Fällen, in denen noch nicht sofort die optimale Hilfe geleistet werden kann.

Die Hilfeaufnahme darf sich auch und gerade bei Menschen mit schwankender Motivation, störenden Verhaltensweisen oder komplexem Hilfebedarf nicht verzögern. Dies ist in den Referenzregionen weitgehend gelungen. Die Ausnahmen werden zumindest offen und können so problematisiert werden.

Flexibilisierung der Leistungsangebote

Die flexible Leistungserbringung erfordert spätestens mittelfristig eine flexible Vergütung. In Rheinland-Pfalz, Berlin-Reinickendorf und Gera sind dafür Lösungen gefunden worden. In diesen Projektregionen gibt es Vereinbarungen über flexible Hilfeleistungen

- ohne Platzbegrenzung,
- ohne inhaltliche Festlegung,
- ohne Trägerzuordnung,
- auf der Basis der Entscheidung in der Hilfeplankonferenz, die sich an der individuellen Bedarfserhebung orientiert, nicht an Einrichtungsvorgaben.

Informelle Vernetzung und Benchmarking

Alle Projektregionen berichten von einer deutlich erhöhten Entwicklungsdynamik in der Projektlaufzeit. Dazu hat erheblich der schnelle Informationsfluss zwischen den Regionen beigetragen. Dadurch konnte aus erzielten Ergebnissen auch in anderen Regionen ein schneller Nutzen gezogen werden. Das hat Arbeitsteilungen ermöglicht und viel Mühe erspart. Ein Beispiel: Auch ohne entsprechende Vorgabe ähneln sich die Projektvereinbarungen auffällig. Es war einfach hilfreich, andernorts bereits erzielte Einigungen weitgehend zu übernehmen und nur bei Erfordernis auf die regionalen Besonderheiten anzupassen.

Der Projektkoordinator der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Herr Krüger, nahm an den monatlichen regionalen Projektgruppen teil und leistete einen Teil der Vernetzungsarbeit.

Ein passwortgeschütztes Informationsnetz im Internet stand allen Beteiligten in der Projektregionen zur Verfügung. Gegliedert nach Projektregionen und Themenbereichen wurden zeitnah alle wichtigen Dokumente eingestellt.

Die Themenbereiche waren z. B.:
- Projektvereinbarungen (ggf. mit Zusatzvereinbarungen)
- Projektbegleitende Gruppe (mit allen Protokollen)
- Hilfeplanung (mit abgeschlossenen Geschäftordnungen, Informationen zum Ablauf, Hinweisen zur Dokumentation der Beschlüsse und den Protokollen der Hilfeplankonferenzen)
- GPV-Vereinbarungen (mit Beispielen regionaler Versorgungsverträge und den Vereinbarungen zur Fortsetzung der Zusammenarbeit nach Projektabschluss)
- Datenschutz (mit Formularen zur Schweigepflicht der Teilnehmer der HPK, Einverständniserklärungen der Klienten und Hilfesuchenden und Schriftwechseln mit Datenschutzbeauftragten der Länder)
- Finanzierungen (mit Vereinbarungen zu persönlichen Budgets, Soziotherapie usw.)
- Presse (mit Presseberichten über das Implementationsprojekt)

Parallel zu den Implementationsprojekten war die AKTION PSYCHISCH KRANKE Projektträgerin von zwei weiteren vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten Projekten, deren Thematik jeweils eng mit Fragen der Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes Verbindung gestanden hat und die in enger Verzahnung mit dem Implementationsprojekt auf Bundesebene durchgeführt wurde:
Das Projekt „Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten und kompatiblen patientenorientierten Dokumentationssystems für die verschiedenen Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems einer Modellregion“, und das Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“, bei dem der Schwerpunkt auf den in der Psychiatriereform bislang nur nachrangig behandelten Bereich der „Teilhabe am Arbeitsleben“ gelegt wurde. Die Zwischenergebnisse beider Projekte flossen fortlaufend in die Implementationsprozesse in den Regionen ein.

1.4 Die Ergebnisse

In allen Referenzregionen ist es gelungen, die erzielten Entwicklungsfortschritte abzusichern. Teilweise sind schon entsprechende Vereinbarungen geschlossen worden, teilweise sind sie in Vorbereitung ohne dass die Praxis verändert wurde. Ein nahtlosen Übergang von der Projektlaufzeit zur weiteren Arbeit im Verbund konnte in allen Referenzregionen erreicht werden.

Die Aufgabe, positive Beispiele von personenzentrierter regionaler Verbundstruktur zu schaffen ist in weiten Bereichen geglückt. Die Übertragung der Erfahrungen der Referenzregionen auf andere Regionen ist bereits vielfach gelungen und wird weiterhin fortgesetzt.

Am IBRP orientierte Formen und Instrumente der Hilfeplanung werden in einer Reihe von Ländern als Regelverfahren vorgesehen oder zumindest erprobt. Die neuen Finanzierungsformen über *persönliche Budgets* wurden bundesweit auch im Zusammenhang mit personenzentrierter Hilfe diskutiert und nicht selten in Regionen der Implementationsprojekte erprobt.

Allerdings standen stand bisher die Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Mittelpunkt. Schon jetzt ist eine Ausstrahlung auch auf andere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens festzustellen. Dies muss aber intensiviert werden.

Die Entwicklung zu verbindlichen Verbundstrukturen ist bundesweit erheblich forciert worden. Zur Zeit wird ein Netz *personenzentrierte Gemeindepsychiatrische Verbünde aufgebaut*, die ihre Entwicklung gemeinsam managen und sich dabei an gemeinsamen personenzentrierten Qualitätsstandards orientieren: die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbund (BAG GPV).[9]

[9] siehe Kap 3.3.1 und 9.

2. Das neue Paradigma: Personenzentrierte Hilfen

2.1 Entstehung

Nach In-Kraft-Treten der Psych-PV mit Geltung für stationäre und teilstationäre Behandlung in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen im Jahr 1991 erhielt die Aktion Psychisch Kranke vom Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag zur Entwicklung eines Konzepts zur Personalbemessung im komplementären Bereich. Es wurde eine Kommission (‚Kommission Personalbemessung') gebildet und im Jahr 1998 wurde unter dem Titel ‚Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung' eine umfangreiche Empfehlung zur Umgestaltung der psychiatrischen Hilfestrukturen vorgelegt.

Doch der personenzentrierten Ansatz wurde nicht allein von der Kommission ‚erfunden'. Zur gleichen Zeit organisierten sich ehemalige Patienten (Psychiatrieerfahrene) und Angehörige psychisch kranker Menschen und forderten deutlich eine stärkere Berücksichtigung ihrer Wünsche und Interessen ein. Dies entsprach allgemeinen gesellschaftlichen Tendenzen zu mehr Nutzerbeteiligung bei sozialen Dienstleistungen. In der Betriebswirtschaftslehre und den Managementtheorie wurde der ‚Kunde' entdeckt und in den Mittelpunkt gestellt. In Verwaltungsreformen wurden über Produktbeschreibungen die einzelfallbezogene Leistung thematisiert. Unter den therapeutischen Verfahren gewannen zirkuläre und prozessorientierte Aspekte gegenüber linearen Entwicklungen an Bedeutung.

Mit der Wiener Psychiatrie-Reform wurden schon Anfang der 80er Jahre die Psychosozialen Dienste nach diesen Prinzipien geschaffen: Für Stadtsektoren zuständige multiprofessionelle Teams als ambulantisierte Stationen einer nicht Betten führenden Krankenanstalt
Die Berner Sozialpsychiatrie (seit Ciompi) arbeitet ambulant und lebensfeldzentriert. England hat in den 90er Jahren den sogenannten Care Programme Approach (CPA) allgemein verbindlich eingeführt [2]. In den „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung..." (1988) wurde der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) funktional beschrieben [6].

Die Herausforderung bestand und besteht darin, für die Realisierung von personenzentrierten Hilfen die personellen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen – ausgehend von den gewachsenen Versorgungstraditionen und -strukturen.

2.2 Zielsetzung

Ausgehend von den „Empfehlungen der Expertenkommission ..." (1988) gilt als Maßstab das Ziel, auch den Menschen mit längerfristigen, schweren psychischen Erkrankungen ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Lebensfeld zu ermöglichen. Die Kommission ‚Personalbemessung' hat für den komplementären Bereich die dazu notwendigen Hilfen konzeptualisiert. Sie ist vom Bedarf der einzelnen Personen in ihrem Lebensfeld ausgegangen, statt von entwickelten Einrichtungstypen und den unterschiedlichen Kostenträger-Zuständigkeiten.

Unter Bezug auf das oben genannte Ziel soll die organisatorische Realisierung der Hilfen sowie die Leistungszuständigkeit sich nach dem Bedarf der Menschen richten, statt wie bisher überwiegend umgekehrt: Der Bedarf richtet sich nach vorhandenen Einrichtungen und ggf. vorhandener Kostenzuständigkeit. Das bedeutet einen Perspektiv- und Paradigmenwechsel

- vom einrichtungs- zum personenzentrierten Ansatz,
- vom angebots- zum bedarfsorientierten Ansatz.

Dabei geht es um das Ziel, möglichst bedarfsgemäße und effiziente Hilfen, d. h. auch eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung zu bewirken, um so die „strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen“ zu beenden, die in den „Empfehlungen der Expertenkommission ...“ (1988) angeprangert wurde. Die aufgewandten Ressourcen könnten sinnvoller eingesetzt werden, wenn die bisher einrichtungszentrierten Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen personenzentriert umgebaut werden. Es geht also nicht darum, neben das vorhandene unveränderte System weitere zusätzliche Hilfen aufzubauen, sondern das bestehende einrichtungszentrierte Hilfesystem schrittweise personenzentriert umzusteuern.

2.3 Kritik der Reha-Kette

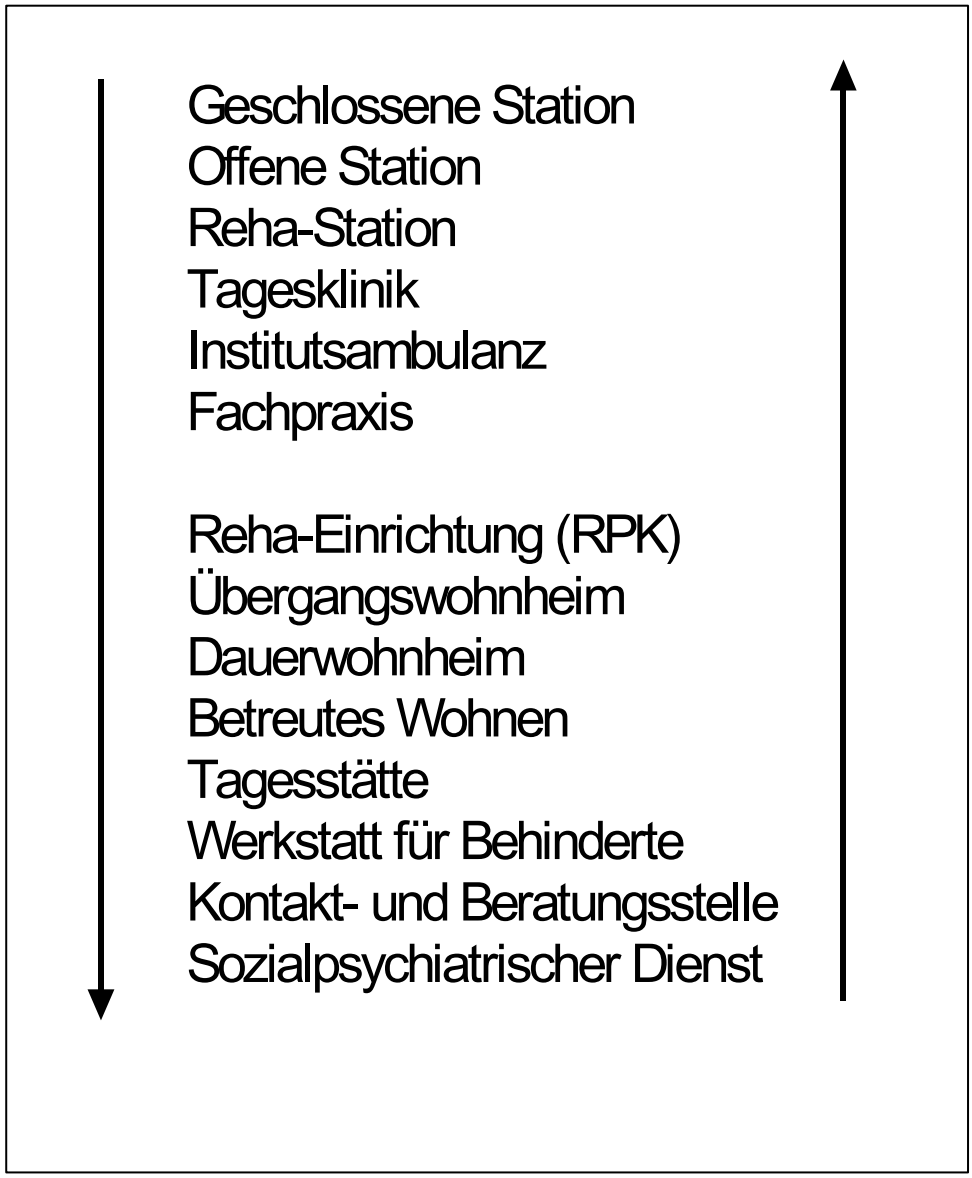
Vom Konzept der Reha-Kette (Abb. 1) beinhaltet ein differenziertes System von Hilfen. Es wurde zwar als Alternative zur alten Anstalt entwickelt und war insofern ein großer Fortschritt. Aber gleichwohl bleibt es einem zentralen Grundprinzip der Anstalt weiter verhaftet: Auch die Bausteine der Reha-Kette sind untereinander verschiedene, aber in sich möglichst homogene Standardpakete für Personen mit im Querschnitt möglichst gleichem Hilfebedarf. In eine herkömmliche komplementäre Einrichtung geht eine Person mit einer chronischen psychischen Erkrankung, wenn sie im eigenen Lebensfeld nicht zurecht kommt, oder die Bezugspersonen mit ihr nicht zurecht kommen, weil ambulante Behandlung und soziale Beratung nicht ausreichen. Bei Veränderung des Hilfebedarfs nach Art und Umfang erfordert dies den Wechsel von einem homogenen Maßnahmekästchen zum anderen, wie früher Verlegungen von einer Station zur anderen in der alten Anstalt.

Wer in diesem Feld arbeitet, kann erfahren, wie der Hilfeprozess fragmentiert wird, wie die therapeutischen Beziehungen, die privaten Beziehungen, die Vertrautheit mit der Situation immer wieder unterbrochen und damit Teilfortschritte im Behandlungs-Prozess wieder zunichte gemacht werden, und wie die Beziehungen im professionellen Vor- und Nachfeld der längerfristigen Behandlung und Betreuung durch diese Fragmentierung abreißen. Dies erzeugt Widerstände gegen Veränderungen im therapeutischen Prozess nicht nur bei Patienten, sondern auch beim therapeutischen Personal.

Die Folgen dieser negativen Effekte sind, dass Menschen entweder immer erneut entwurzelt werden oder in einem institutionellen Platz stecken bleiben. Die Integration in eine Einrichtung macht die Menschen abhängig von ihr durch die Anpassung an die präformierten institutionellen Lebensbedingungen, die Entfremdung vom bisherigen sozialen Kontext. Und die Angehörigen sowie andere relevante Bezugspersonen im privaten Bereich und bei der Arbeit lernen

nicht, mit der chronisch kranken Person zurecht zu kommen, und sie lernen nicht, geeignete Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Abb.1: Konzept der Reha-Kette



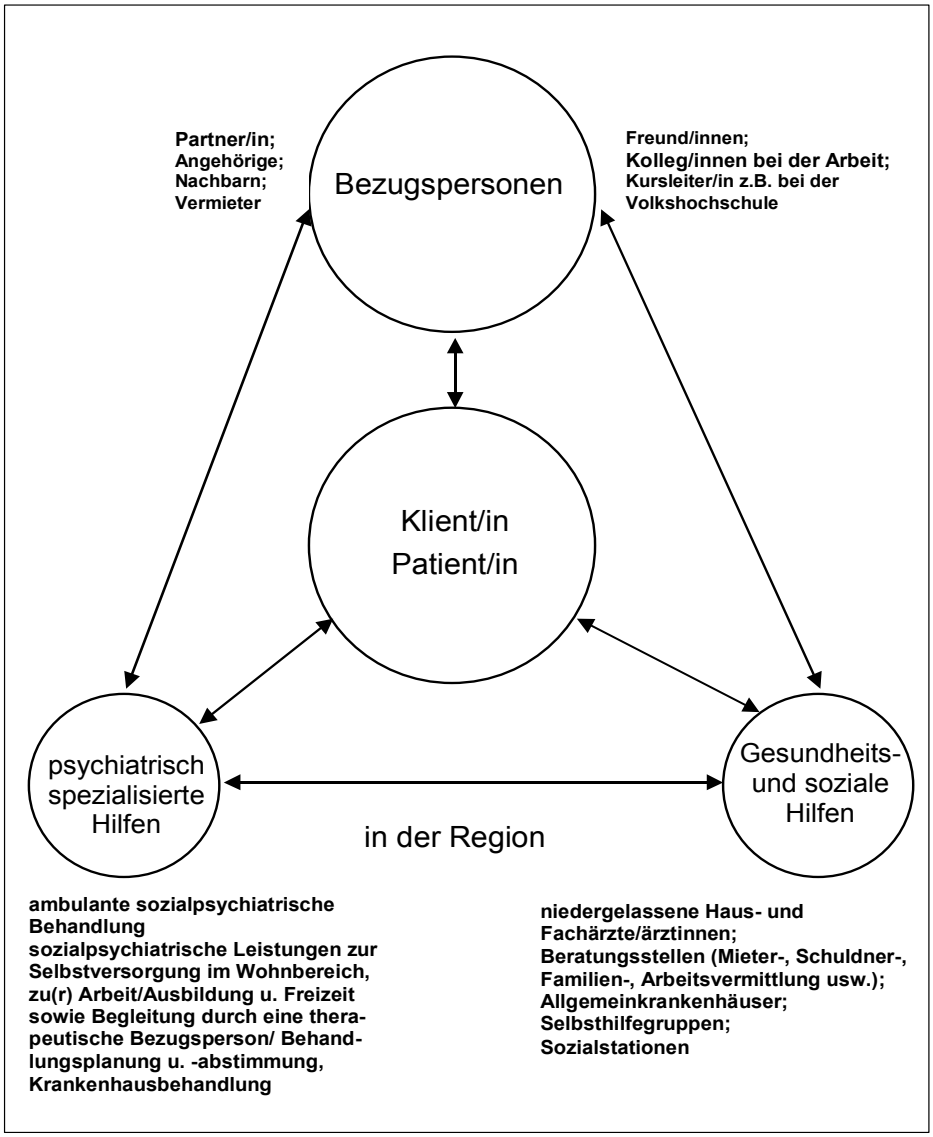
Das Konzept eines Systems von je verschiedenen, jedoch in sich homogenen Hilfepaketen (Stationen in traditionellen psychiatrischen Kliniken, Einrichtungseinheiten der Reha-Kette) in Verbindung mit der Strategie, Patienten von einer Einheit zur anderen weiter zu bewegen, kann verstanden werden als ein Versuch der Reduktion der Komplexität: Für das Personal, für die Institution, und für die Kostenträger. Aber die Patienten sind besonders verletzlich für die oben beschriebenen schädigenden Effekte und sie müssen die Bürde tragen, die sich aus der Reduktion der Komplexität zu Gunsten von therapeutischem Personal, Administrationen und Kostenträgern ergibt.

Entgegen dem allgemein anerkannten Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt in der Realität: „stationär vor ambulant“. Traditionell bedeutet ambulant wenig, stationär viel Hilfe. Wer mit wenig nicht auskommt, muss sich in das Bett einer Einrichtung legen, um viel Hilfe zu erhalten, auch wenn er oder sie eine Wohnung hat und mit Bezugspersonen zusammenlebt. Das führt oft, insbesondere wenn die benötigten Einrichtungen eine Reha-Kette bilden und die Einrichtungen wohnortfern liegen, um so eher zur Ausgliederung aus dem gewohnten Lebensfeld und zur Ausbürgerung aus der Heimatstadt bzw. dem Heimatkreis, je komplexer der Hilfebedarf ist. Die Eingliederung in eine Einrichtung macht abhängig von der Einrichtung. Die Stabilisierung bei fortbestehenden psychischen Störungen ist an das künstliche Lebensfeld in der Institution gebunden und nicht ins eigene Lebensfeld übertragbar.

Traditionell wird das Versorgungssystem geprägt von Eigeninteressen der Kostenträger (die sich jetzt als Leistungsträger definieren) und der Einrichtungen (Leistungserbringer), und der Patient muss seinen Bedarf danach ausrichten**.** Der personenzentrierte Ansatz geht von dem Bedarf der Person aus und fragt erst in der zweiten und dritten Ebene nach der entsprechenden Organisation der Hilfen und ihrer Finanzierung. Wer schon immer primär von den Patienten her seine Arbeit als Therapeut konzipiert hat, kennt die vielfältigen Schwierigkeiten, die ein solcher Perspektiv-Wechsel hervorruft. Aber viele Therapeuten haben die kognitive Dissonanz für sich entschärft, indem sie ihr fachliches Bewusstsein durch das Sein der Finanzierungs- und Organisationsformen bestimmen lassen. Selbst die Versorgungsforschung ist strukturkonservativ, wenn sie die vorhandenen einrichtungszentrierten Versorgungsformen einfach als gegeben hinnimmt und so den modernen Institutionalismus nicht zum Gegenstand wissenschaftlicher Kritik macht.

Personenzentrierte Hilfen haben zum Ziel Integration und Normalisierung bei den in Abb. 2 dargestellten Arbeitsrichtungen: Die psychiatrischen Dienste fördern die eigenen Fähigkeiten des Patienten und seiner Angehörigen, sowie auch die Nutzung von nicht psychiatrischen Gesundheits- und Sozialdiensten.

Abb.2: Integration und Normalisierung als Kooperations-Ziel



2.4 Konsequenzen für das neue Konzept

Die zentrale Folgerung aus dieser Kritik ist, dass Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung dort stattfinden bzw. von dort aus in Anspruch genommen werden, wo ihre Ergebnisse langfristig genutzt werden [4, 7]. Ein besonders beeindruckender Beleg für dieses Prinzip ist eine in den USA von Drake et al (1999) durchgeführte kontrollierte Studie [5], in der die Effektivität von zwei unterschiedlichen Ansätzen der beruflichen Rehabilitation bei Personen mit schweren psychischen Störungen untersucht wurde (Abb. 4). Wenn bei der beruflichen Rehabilitation das Arbeitsfeld zuerst gefunden wird und dort in der realen Arbeitswelt die rehabilitative Intervention stattfindet, so ist dies wesentlich erfolgreicher als wenn in Reha-Institutionen rehabilitiert und die Platzierung in der realen Arbeitswelt erst am Schluss des Reha-Prozesses eingeleitet wird. Drake: Erst platzieren, dann dort rehabilitieren! – Analog sind kontrollierte Studien notwendig zur Wirksamkeit der beiden Strategien im Wohn- und Alltagsbereich: Reha-Kette mit Übergangsheim – Wohnheim – therapeutische Wohngemeinschaft – Betreutes Wohnen... oder früh die eigene Wohnsituation klären mit dem Ziel, sie während und nach Beendigung der Rehabilitation und Eingliederung zu behalten, gemäß dem personenzentrierten Ansatz.

Abb. 3: Erst platzieren, dann dort rehabilitieren (DRAKE)

Rehabilitations-ansatz	**Erreichte Integration in**	
	Allgemeinen Arbeitsmarkt	**Beschützte Beschäftigung**
Betrieblich mit Unterstützung: erst platzieren, dann dort rehabilitieren	**61 %**	**9 %**
Durch Rehabilitations-einrichtungen: erst trainieren, dann in Betrieb platzieren	**11 %**	**71 %**

Die entscheidende strukturelle Voraussetzung für die Realisierung dieser Prinzipien ist, die Räume zum Leben und die professionellen Hilfen zu entkoppeln,
um den Lebensmittelpunkt, die eigene Wohnung mit ihren sozialen Bezügen auch zum Bezugspunkt für alle professionellen Hilfen zu machen: Integration im Lebensfeld statt Institutionalisierung; und Hilfen so flexibel zu organisieren, dass Veränderungen nach Art und Umfang verwirklicht werden können ohne Unterbrechung wichtiger therapeutischer und sozialer Beziehungen: Kontinuität statt Fragmentierung.

So kann die eigene Wohnung Dreh- und Angelpunkt sein: Eine eigene Wohnung zu haben (allein, mit Verwandten oder befreundeten Personen) ist ein menschliches Grundbedürfnis und die entscheidende Voraussetzung für psychische Stabilität und personale Identität. Wohnen ist der spezifische Bezugspunkt für Integration in der Gemeinde, für soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten und Arbeit.

2.5 Therapeutische Arbeit mit den Patienten

Die herkömmliche Steuerung auf der Einzelfallebene funktioniert ganz schlicht: Wenn die psychiatrische Krankenhausbehandlung zu Ende ist und ein Patient nicht in (nur) ambulante Behandlung nach Hause entlassen werden kann, so kann die Klinik ihr Problem lösen, indem sie für diesen Patienten einen Platz in einer Einrichtung sucht. Der Bedarf des Patienten wird definiert gemäss Konzept der Einrichtung, damit ist auch der Leistungsträger zufrieden. Die Einrichtung ist zufrieden, weil ein Platz finanziert wird. Die verschiedenen Hilfen, die der Patient in der Einrichtung erhält, sind durch die zentrale therapeutische Leitung der Einrichtung integriert. Aber: Der institutionelle Kontext für den Hilfeprozess ist so vorab festgelegt und es wird damit sehr schwierig, den institutionellen Kontext selbst zum Gegenstand der Reha-Planung zu machen.

Dagegen geht der IBRP vom Bedarf des Hilfeempfängers aus:

Personenzentrierte Hilfeplanung
- mit Patient verhandelt
- individualisiert und integriert
- Ziel- und lebensfeld-bezogen

übergreifend in Bezug auf im Quer- und Längsschnitt beteiligte
- Berufsgruppen
- Einrichtungen
- Kostenträger

Vorrang haben
- eigene Ressourcen und die von Bezugspersonen (privat, beruflich)
- vor nicht psychiatrischen professionellen Hilfen
- vor psychiatrischen professionellen Hilfen

Die vorbereitete Hilfeplanung wird in der regionalen Hilfeplankonferenz von verschiedenen Seiten geprüft und vervollständigt sowie verabschiedet.

2.6 Organisation von Einrichtungen und Diensten

In den meisten Regionen gibt es einen mehr oder weniger entwickelten Komplementärbereich im Sinne der Reha-Kette bzw. Stufenrehabilitation, d. h. bestehend aus Bausteinen im Sinne von maßnahmehomogenen Kästchen. Hier kann man nicht einfach alles Bestehende einreißen und alles neu aufbauen. Hier muss ein gemeinde-psychiatrisches Bewusstsein entstehen, dass die Mühen der Transformation sich lohnen im Hinblick auf das gemeinsam gewollte Ziel der besseren Versorgung im Sinne von Qualität und Ressourcenschonung. Dieser Prozess kann durch finanzielle Anreize z. B. im Rahmen von Leistungsvereinbarungen (z. B. § 93 f BSHG) [10] der Kostenträger mit den Leistungserbringern befördert werden.

2.7 Finanzierung

Die Fragmentierung des Hilfeprozesses hat ihre entscheidende Ursache in der Fragmentierung der Finanzierungs-Zuständigkeiten in Verbindung mit dem Prinzip, die Zuständigkeit an abgegrenzten Einrichtungen statt an – (einrichtungs- bzw. orts-unabhängigen) Funktionen festzumachen.

Das neue SGB IX versucht dem gegen zu steuern und übergreifende patientenzentrierte Verantwortung im Sozialrecht zu verankern. Ein vorsichtiger Einstieg in Personen-bezogene Kooperation im SGB IX ist das Konzept der Servicestellen. Die Sozialhilfeträger und Jugendhilfe wurden in den Kreis der Reha-Leistungsträger aufgenommen. Dabei konnte sich der Gesetzgeber aber noch nicht entschließen, die Leistungsträger in eine gemeinsame Verantwortung für personenzentriert integrierte ambulante Komplexleistungen (Leistungsträger übergreifend integrierte Leistungserbringung) einzubinden, die für die Betroffenen „aus einer Hand“ (Kontinuität, Integration) kommen und die dann vom Leistungserbringer entsprechend den wechselnden Leistungszuständigkeiten mit verschiedenen Leistungsträgern abschnittsweise oder anteilig abgerechnet werden [4, Band II]. Immerhin hat der Deutsche Bundestag zum Ende der Legislaturperiode 2002 eine programmatische Entschließung zur Psychiatrie-Reform verabschiedet, in der an zentraler Stelle die Forderung nach ambulanten Komplexleistungen steht.[10]

2.8 Psychiatrie-politisches Ziel: Integration oder Ausgliederung?

Das gemeindepsychiatrische Ziel heißt allgemein: Niemand soll deswegen auf Dauer aus seiner Stadt/aus seinem Kreis ausgegliedert werden, weil die Hilfen für diese Person unzureichend sind [1, 4, 7, 8]. An dieser Stelle wird Gemeindepsychiatrie politisch, denn es geht darum, dass dies Ziel politisch gewollt und beschlossen ist und regelmäßig überprüft wird. In diesem Ziel müssen sich alle Beteiligten einig sein: Politik, Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, komplementäre Einrichtungen und Dienste, Kliniken, niedergelassene Ärzte und die Kostenträger.

Früher war die alte Anstalt die Restkategorie, zuständig für all die Personen, für die andere sich selber für nicht zuständig hielten. Die Klinik nach Psych-PV – egal ob Abteilung oder Fachkrankenhaus – hat den Auftrag zu behandeln und sie ist kein Ort zum Leben auf Dauer. So ist von der alten Heil- und Pflegeanstalt die Funktion zu Heilen an die Psychiatrischen Kliniken übergegangen und die Pflegefunktion an die Gemeinde-integrierten Dienste und Einrichtungen [11, 9]. - Aber wenn diese sich angebotsorientiert verhalten, so werden Personen, die in die Angebote nicht passen, in andere Versorgungsbereiche ausgegliedert, die heute die Restfunktion haben: wohnortferne Heime, Obdachlosenhilfe, die forensische Psychiatrie und Gefängnisse. - Das Qualitäts-Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung darf nicht nur für Kliniken gelten, sondern auch für alle anderen regionalen Dienste und Einrichtungen.

[10] Siehe Anhang

3. Organisation personenzentrierter Hilfen

3.1. Die Ebenen der Umsetzung

Der Aufbau personenzentrierter regionaler Hilfesysteme gelingt nur, wenn Fortschritte in mehreren Bereichen erzielt werden:
- bei der individuellen Hilfeplanung und Hilfeleistung,
- bei der einzelfallbezogenen Abstimmung und Koordination der Leistungen und
- bei verbindlichen Regelungen zu den Qualitätsanforderungen, zur Finanzierung der Leistungen und zur Organisation des regionalen Hilfesystems.

Der personenzentrierte Ansatz stellt die bedarfsgerechte Hilfe im Einzelfall in den Vordergrund und zeigt, dass darauf aufbauend auch funktionale Organisationsformen der Leistungserbringung, effizienter Ressourceneinsatz, ergebnisorientierte Planung und Qualitätssicherung entwickelt werden können. Um diese Leitlinie realisieren zu können, sind Entwicklungen auf folgenden Ebenen erforderlich

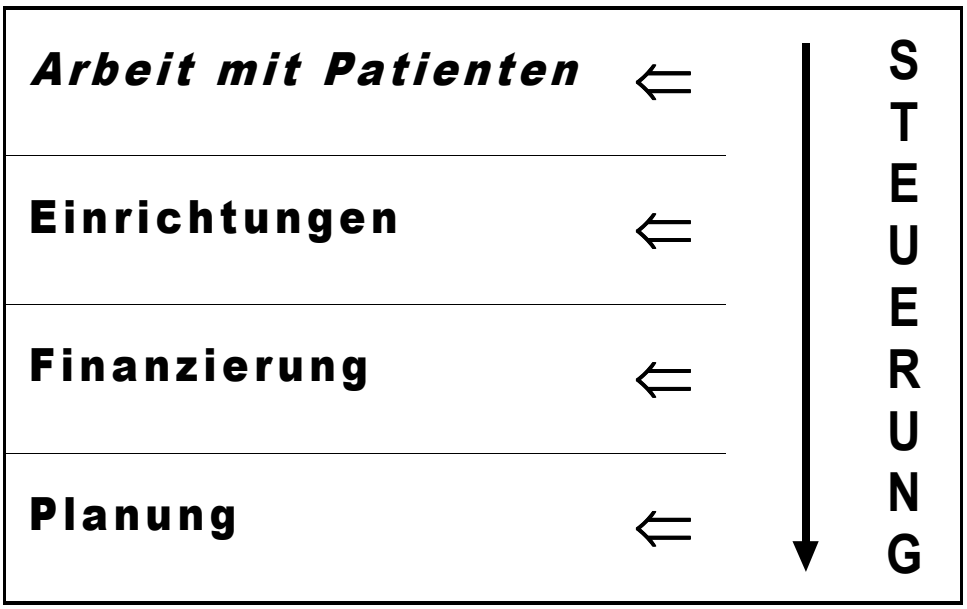
- Arbeitsebene, d. h. Ebene der Leistungserbringung

- Ebene der funktionalen Organisation der Dienste und Einrichtungen in der Kommune

- Ebene Finanzierung und des Sozialrechts

- Ebene der regionalen Steuerung der Ressourcen in einer Region

Abb. 4 Die Ebenen der Umsetzung



Die Entwicklungen auf den verschiedenen Ebenen ineinander hängen in hohem Maße von einander ab. Auf die Dauer lassen sich personenzentrierte Hilfeformen

nur erreichen, wenn auf allen genannten Ebenen Fortschritte erzielt werden. Das erschwert den Prozess und führt zu der hohen Konstanz selbst bei identifizierten Fehlentwicklungen.

Gleichzeitig erhöhen die Zusammenhänge die Chancen: Es ist möglich, konkrete Initiativen auf jeder Ebene einzuleiten, damit sich Fortschritte auf den Ebenen wechselseitig positiv auswirken. Jeder kann also in seinem Zuständigkeits- und Entscheidungsbereich mit Veränderungsprozessen beginnen.

Die verschiedenen Ebenen sollen hier nur skizziert werden.[11]

1. Die Arbeitsebene

Hier geht es um personen- statt einrichtungszentrierte Konzepte und Arbeitsformen auf der Fallebene und die Einordnung des Handelns in einen Gesamtplan (personenbezogen und die Hilfe-Institutionen übergreifend). Personenzentrierte psychiatrische Behandlung und Rehabilitation umfasst

- im Bedarfsfall kurzfristige Hilfeleistung, möglichst im Lebensfeld (ohne erzwungenen Ortwechsel),
- individuelle Hilfebedarfsermittlung in Absprache mit den Hilfesuchenden und wichtigen Bezugspersonen,
- lebensweltbezogene und zielorientierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung,
- integrierte Leistungserbringung,
- Koordination im Verlauf durch eine therapeutische Bezugsperson,
- Einbeziehung nicht-psychiatrischer und nicht professioneller Hilfen,
- regelmäßige Evaluation des Rehabilitations- und Behandlungsprozesses ggf. mit Neubestimmung der Ziele und der Vorgehensweise.

Anforderung:
Ein zielorientiertes integriertes Behandlungs- und Rehabilitationsprogramm, orientiert am individuellen Hilfebedarf des Klienten, ist von allen Beteiligten gemeinsam zu planen, durch zu führen und aus zu werten.

Im Hinblick auf Art, Umfang und Qualität der Maßnahmen sind Verfahren der Begutachtung in allen Leistungsbereichen fortzuentwickeln und teilweise neu zu schaffen. Die Begutachtung soll leistungsträgerübergreifend vereinheitlicht bzw. aufeinander abgestimmt werden. Mehrfachbegutachtungen von psychisch kranken Hilfesuchenden sind zu vermeiden.

Die individuelle Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) spielt eine herausragende Rolle. Ziel ist die Erstellung eines Gesamtplanes, der alle notwendigen Hilfebereiche (ggf. kostenträgerübergreifend) umfasst. Erst wenn die Leistungen dem sich fortentwickelndem Bedarf gemäß eng verzahnt angeboten werden (unter weitgehender personeller und inhaltlicher Kontinuität), lassen sich Rehabilitationsergebnisse optimieren und Ressourcen effektiver nutzen.

[11] Eine ausführlichere Darstellung ist dem Abschlussbericht der Kommission Personalbemessung zu entnehmen: siehe BMG-Schriftenreihe Band 116/1

Den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen entsprechend, müssen Hilfeleistungen integriert unter Berücksichtigung aller bestehenden Bedarfe erbracht werden: Sozialpsychiatrische Komplexleistungen.

Für die Realisierung eines Komplexleistungsprogramms ist entscheidend: Zyklen von Zielbestimmung, Maßnahmeplanung und -durchführung (Inhalt, Zeitressourcen, Verantwortlichkeiten), Überprüfung der Zielerreichung – mit Verlaufs- und Leistungsdokumentation.

2. Die organisatorische Ebene

Bei der Verzahnung der Hilfeleistungen spielt die gemeinsame Hilfeplanung und die Abstimmung im Verlauf eine zentrale Rolle. Allerdings müssen Einrichtungen und Träger auch die institutionellen Voraussetzungen schaffen, um bei einem komplexen individuellen Hilfebedarf eine integrierte Leistung erbringen zu können. Das bestehende Hilfesystem weist strukturellen Mängel auf, die integrierte Leistungen im Lebensfeld des Hilfeempfängers erschweren: Komplexleistungen werden vielerorts nur stationär angeboten oder die Organisation ambulanter Komplexleistungen ist wesentlich aufwendiger und überfordert Klienten und Professionelle bei kurzfristigem Bedarf.

Anforderung:
Die Leistungsangebote sind zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund zu integrieren, damit bedarfsgerechte Angebote für alle Patienten entwickelt werden und die Mitarbeiter an der Basis personenzentriert arbeiten können.

Leistungsanbieter für chronisch psychisch kranke Menschen sollen ambulante Komplexleistungen ermöglichen.

Es soll nicht ein neues Versorgungssystem neben das bisherige gesetzt werden, sondern der vorhandene Komplementärbereich soll in Richtung auf das Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes umgesteuert werden. Für die in einem Kreis/einer Stadt lebenden chronisch psychisch kranken/behinderten Personen müssen grundsätzlich verfügbar sein (Versorgungsverpflichtung):

- ambulante sozialpsychiatrische Behandlung;
  sowie sozialpsychiatrische Leistungen
- zur Selbstversorgung
- zu Arbeit/ Ausbildung/ Beschäftigung
- zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
  sowie
- stationäre und teilstationäre Behandlung.

Auf der Grundlage der Differenzierung der Leistungsbereiche eines Komplexleistungsprogramms wird eine Gliederung der regionalen Versorgung in fünf Funktionsbereiche vorgeschlagen, unter Einbeziehung der stationären und teilstationären Krankenhausbehandlung.

Einrichtungsbetten zum Wohnen kommen hier nicht vor, denn die professionellen Hilfen sind von den Räumen abgekoppelt. Die Wohnformen sind von den Hilfeformen zu trennen.

3. Die Ebene von Finanzierung und Sozialrecht

Im gegebenen Sozialrecht ist es sehr schwierig, Komplexleistungen ambulant zu realisieren[12]. Die Verfügbarkeit von komplexen Leistungen auch in ambulanter Form ist aber eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass auch schwer und chronisch psychisch kranke Personen auf Dauer außerhalb von Institutionen leben können.

Sozialrechtliche Entwicklungen jüngerer Zeit erleichtern und akzentuieren integrierte Leistungserringung. Es ist notwendig, die im Sozialrecht bereits bestehenden Möglichkeiten der Finanzierung von komplexen Leistungen auszuschöpfen und schrittweise auch auszuweiten. Dabei ist es wichtig, von Anfang an die Verzahnung der verschiedenen Leistungsbereiche (Krankenhausbehandlung, ambulante Behandlung, medizinische Rehabilitation, Eingliederungshilfe) sicherzustellen.

Zur Steuerung der regionalen und leistungsträgerspezifischen Kostenauswirkungen, z. B. zur Vermeidung von unerwünschten Zuwächsen oder Verlagerungen der Belastung wegen veränderter Leistungszuständigkeiten sollen neue Formen entwickelt und erprobt werden, die die bisherige Steuerung über Platzzahlen in homogen finanzierten Einrichtungen ablösen (z. B. abgestufte Budgetregelungen, Aufnahmekonferenzen unter Beteiligung der Leistungsträger). Die Erfahrungen bei der Umgestaltung sollen ausgewertet werden, um dem Gesetzgeber fachlich fundierte Vorschläge zur Weiterentwicklung des Sozialrechts zu machen.

Anforderungen:
Das bestehende Sozialrecht muss in Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Leistungsträgern für die Durchführung personenzentrierter Komplexleistungsprogramme angewendet und weiterentwickelt werden.
Die institutionszentrierten, Ressourcen vergeudenden Strukturen mit Über- und Unterversorgung, Bürokratismen und Behandlungsabbrüchen müssen überwunden werden.

Im gegliederten System der sozialen Sicherung liegen die größten Probleme im Schnittstellenbereich verschiedener Zuständigkeiten. Dies führt zu Unter-, Fehl- und Überversorgung. Die leistungsbereichsübergreifende Kooperation der Leistungsträger und der Leistungserbringer muss entwickelt werden mit dem Ziel integrierter Hilfeprogramme in therapeutischer Kontinuität trotz differenzierter leistungsrechtlicher Zuständigkeiten.

Das Konzept der ambulanten psychiatrischen Komplexleistung ist eine Herausforderung an die vorrangigen Leistungsträger, das bisher unzureichende ambulante Leistungsangebot für chronisch psychisch Kranken zu überprüfen. Die fachlichen und rechtlichen Grundlagen dazu liegen vor.

---

[12] Die sozialrechtlichen Aspekte des personenzentrierten Ansatzes wurden in einem gesonderten Projekt untersucht. Die Ergebnisse sind veröffentlicht in: Heinrich Kunze, Peter Kruckenberg, AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band 2**,** Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 116/II, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1999.

4. Steuerung von Leistungs- und Ressourcenentwicklung

Die regionale Steuerung ist insgesamt wenig entwickelt. Sie erfolgt traditionell über die Planung von Betten/Plätzen in Einrichtungen nach bevölkerungsbezogenen Messziffern statt nach Leistungen in bestimmten Funktionsbereichen pro Region (vgl. Verbundkonzept) in Verbindung mit budgetierten Entgelten und der Erfüllung von Qualitätsstandards In den Anfängen stecken die Entwicklung von steuerungsrelevanten Orientierungsdaten (Gesundheits- und Sozialberichterstattung) sowie die Entwicklung von Abstimmungsgremien zur Steuerung auf der Ebene von Kreisen und Städten sowie des Landes unter Einbeziehung der Leistungsträger und der Leistungserbringer.

Anforderung:

Die Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse über die Weiterentwicklung des Hilfesystems in Koordination durch die Kommune und unter Berücksichtigung der Vorgaben auf Landesebene sind für eine verantwortliche Steuerung zu nutzen, die das Ziel einer effizienten bedarfsgerechten Hilfe in der Region realisiert.

Die bisherige grobe Planungsmethode ist durch differenziertere Steuerungsprozesse, die die verschiedenen Ebenen miteinander verzahnen, abzulösen. Völlig in den Anfängen stecken die Entwicklung von steuerungsrelevanten Orientierungsdaten (Gesundheits- und Sozialberichterstattung) sowie die Entwicklung von Gremien zur Steuerung auf der Ebene von Kreisen und Städten sowie des Landes unter Einbeziehung der Leistungsträger und der Leistungserbringer.

Die Steuerung der Versorgung von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen in einer Region muss drei übergreifende Entwicklungsziele anstreben:
- kontinuierliche Anpassung des Leistungsspektrums an den Bedarf,
- kontinuierliche Gewährleistung und Verbesserung der Leistungsqualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität),
- Optimierung der Wirtschaftlichkeit.

Der Entwicklungsprozess des gemeindepsychiatrischen Verbundes erfordert daher das zyklische Ineinandergreifen von Informations-, Abstimmungs-, Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen. Es kommt darauf an, die Verhältnisse auf den Ebenen Organisation, Leistungsrecht und Steuerung so zu verändern, dass die Verwirklichung von personenzentrierten Hilfen (Arbeitsebene) gefördert und nicht mehr behindert wird.

Im Rahmen des Implementationsprojekts wurden alle genannten Ebenen thematisiert. Die Schwerpunkte der jeweiligen Umgestaltung werden im folgenden Text konkretisiert.

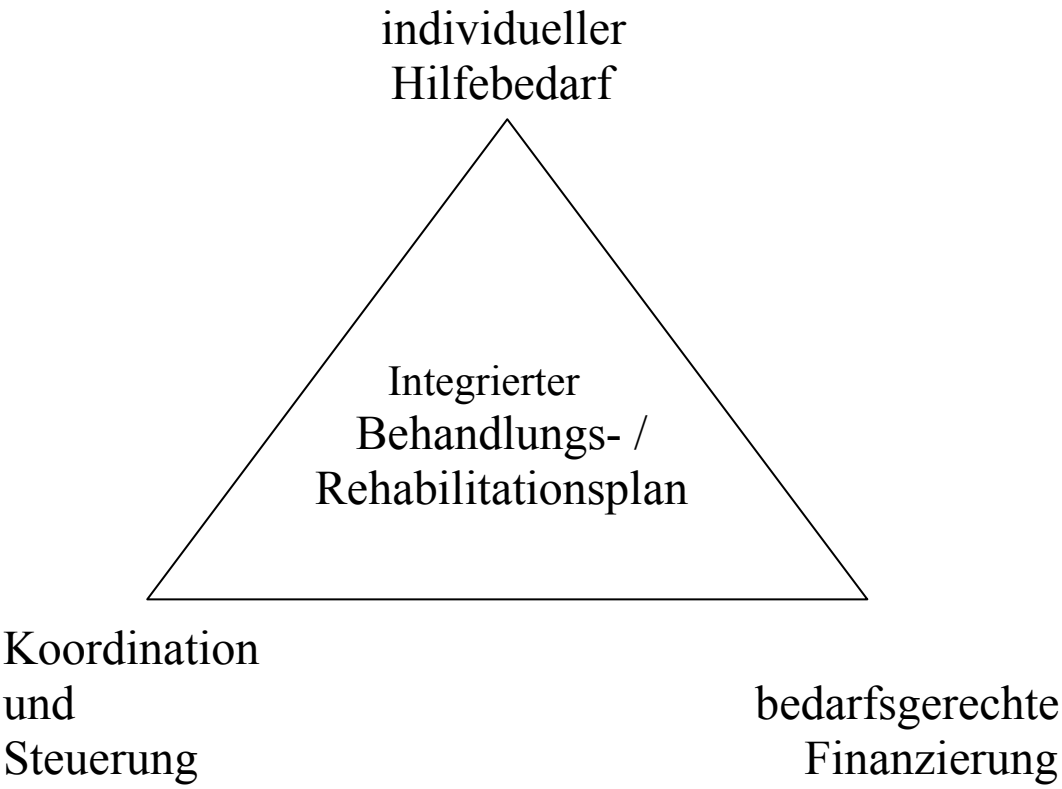
Ebene	Thema	Instrumente
Arbeitsebene	Individuelle Hilfeplanung	IBRP-Verfahren
		Personenkonferenz
		Auswertung der Hilfeleistungen
	Einzelfallbezogene Abstimmung	Hilfeplankonferenz
		Koordinierende Bezugsperson
		Verkürzte Entscheidungswege
	Flexibilisierung der Leistungen	Ambulante Komplexleistung
Organisationsebene	Funktionale Gliederung statt Gliederung nach Finanzierungsform oder Trägerschaft Komplexleistung als Qualitätsstandard	Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) der Leistungserbringer
		Vereinbarungen zur Qualität der Leistungserbringung zwischen Leistungsträgern und GPV
Finanzierungsebene	Finanzierung von Komplexleistungen (ggf. leistungsträgerübergreifend) Finanzierung von integrierter Hilfeplanung und Abstimmung im Verlauf	Persönliche Budgets
		Integrierte Rehabilitation (Beispiel RPK)
		GKV: Finanzierung Integrierter Versorgung, ambulante Soziotherapie
Steuerungsebene	Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse zur Sicherung und Weiterentwicklung des regionalen Hilfesystems	Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund und Federführung der Kommune; Verbindliches regionales Qualitätsmanagement

3.2 Individuelle Hilfeplanung

3.2.1 Das IBRP-Verfahren

3.2.1.1 Grundlagen der individuellen Hilfeplanung

Der Schlüssel zur personenzentrierten Hilfeleistung ist die integrierte individuelle Hilfeplanung. Es geht dabei nicht um das Instrument, sondern um das Verfahren, mit dem Klienten einen mit allen beteiligten Therapeuten und Helfern abgestimmten Gesamtplan zu erstellen. Es gibt dabei nur einen Hilfeplan pro Person. Darin sind alle erforderlichen Hilfen behandelt, auch die nicht-psychiatrischen. Damit wird die Grundlage gelegt für einen zügigen Zugang zu in Bezug auf Art und Umfang bedarfsgerechter Hilfe, zur Abstimmung der Leistung und zur Entscheidung über die Finanzierung.



Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) ist ein einheitliches Instrument und geeignet zur

- Individuellen Hilfeplanung: zielorientiert, lebensweltbezogen, integriert;
- Koordination im Verlauf und
- Evaluation.

Die Notwendigkeit einer individuellen Hilfeplanung ergibt sich aus den Grundprinzipien personenzentrierte Hilfe:

- Welche Hilfen benötigt der Klient?

nicht:

- Welches verfügbare Angebot ist für ihn das geeignetste?

- kein Umzug, um Hilfen zu erhalten

sondern

- bedarfsgerechte Hilfen werden am Lebensort organisiert

- kein Betreuerwechsel bei verändertem Hilfebedarf

sondern

- flexible Anpassung der Hilfen an den Bedarf des Klienten (quanitativ und qualitativ)

Die Hilfen, nach neuerem Sprachgebrauch des SGB IX ‚Hilfen zur Teilhabe' sollen
- zielorientiert,
- lebensfeldbezogen und
- integriert

erbracht werden. Dem entspricht die Hilfeplanung mit dem IBRP.

Die zielorientierte Hilfeplanung orientiert sich an den Fragestellungen:
Welche Fähigkeiten kann und will er/sie entwickeln?
Welche Beeinträchtigungen lassen sich überwinden oder reduzieren?

Allgemeine Zielbestimmungen wie ‚Gesundheit', ‚psychische Stabilisierung', ‚Selbstsicherheit' usw. sind hier nicht hilfereich. Ebenfalls abzulehnen sind institutionelle Zielbestimmung (z. B. ‚Betreutes Wohnen', ‚Tagesstätte' usw.). Es geht um konkrete Zielbestimmungen, deren Erreichung auf der Verhaltensebene überprüfbar ist.

Lebensfeldbezogen ist eine Hilfeplanung, die sich an folgenden Fragestellungen orientiert:
Welche Lebensform strebt der Klient/die Klientin an im Hinblich auf
- die Wohnform
- Arbeit, Beschäftigung
- Tagesgestaltung, Kontakte, Teilnahme am öffentlichen Leben?

Und daraus folgend:
Welche Hilfen sind dort erforderlich?
bzw.
Welche Hilfen sind erforderlich, um dieses Ziel zu erreichen?
Welche Hilfeleistungen von Angehörigen, Freunden/innen und Bekannten sind möglich?

Eine integrierte Hilfeplanung
- umfasst alle erforderlichen Leistungen und
- ermöglicht therapeutische Kontinuität.

Einerseits sollen alle erforderlichen Hilfen, die gleichzeitig nötig sind, tatsächlich auch zusammengefasst werden und gemeinsam in den Blick genommen werden. Es geht aber auch darum, dass über Maßnahmebündel hinaus, oder erst recht über Einzelmaßnahmen hinaus, die therapeutische Kontinuität sehr deutlich verstärkt wird, z. B. bei Einrichtungswechsel. Daher werden die erforderlichen Hilfen nicht einrichtungsbezogen, sondern funktional beschrieben:
- Umgang mit Beeinträchtigungen und Gefährdungen durch die psychische Erkrankung
- Gestaltung persönlicher und sozialer Beziehungen
- Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Arbeit

Das Hilfeplanungsverfahren mit dem IBRP zeichnet sich dadurch aus, dass die verschiedenen Hilfebereiche, in denen psychisch kranke Menschen in Fällen Hilfe benötigen, gemeinsam in den Blick genommen werden. Das ist eine Umstellung, die zunächst erlernt werden muss. Natürlich hat bisher in allen Einrichtungen und Diensten auch ein Aufnahmeverfahren stattgefunden. Dieses war jedoch in der

Regel bezogen auf das Angebot, das man dann aus dem eigenen Ressourcen heraus anbieten kann. Also primär eigentlich ein Prüfungsverfahren, ob hier in der eigenen Einrichtung angebotene Hilfe diesem Menschen nützlich sein kann und ob er bereit ist, sie in Anspruch zu nehmen. Alle anderen Hilfen, die eventuell gleichzeitig oder vor oder nachher erforderlich waren, waren allenfalls sekundär im Blick.

Die integrierte Hilfeplanung bezieht sich auf die Bereiche
- Selbstversorgung im Wohnbereich
- Arbeit/Ausbildung
- Tagesgestaltung, Kontaktfindung, Teilhabe am öffentlichen Leben
- sozialpsychiatrische Grundversorgung
- spezielle Therapieverfahren
- Koordination, Hilfeplanung und Abstimmung
- nicht-psychiatrische Hilfen (Grundpflege, Arbeitsförderung, Haushaltshilfe usw.)
- ggf. weitere

Diese Leistungen sind als Komplexleistung zu erbringen.

3.2.1.2 Vorgaben zur leistungsträgerübergreifenden Hilfeplanung

Im Vordergrund steht die Erkenntnis der Kommission Personalbemessung, dass die komplementären Angebote und die ambulanten Angebote der Behandlung deshalb noch nicht als ausreichende Alternative zur stationären Krankenhausbehandlung angesehen werden können, weil sie zu fragmentiert und zu spezialisiert sind. Und dass es deshalb immer wieder zu Unterbrechungen kommt, auch Schwierigkeiten im Zugang, so dass in kritischen Situationen oder angesichts besonders komplexer Hilfebedarfe wieder die Entscheidung getroffen werden muss: Das kann eigentlich nur die Klinik.

Die Einzelangebote in den bestehenden Einrichtungen für die Klienten, die den Zugang zum Hilfesystem gefunden haben, haben sich vielfach bewährt und sind von keiner Seite ernsthaft bestritten. Probleme setzen ein, wenn es sich bei den Klienten zum aktuellen Zeitpunkt oder grundsätzlich um solche Probleme handelt, die nicht von einem spezifischen Angebot gelöst werden können, sei es, weil sie zu komplex sind, sei es, weil sie zu sehr schwanken.

Ja, jetzt war sehr viel von Hilfe die Rede, ohne dass schon genauer zu spezifizieren. Deswegen hier der Hinweis darauf, dass wir uns mit diesem Projekt: „Implementation des personenzentrierten Ansatzes" nicht als ein reines Sozialhilfeprojekt verstehen, sondern zu jedem Zeitpunkt der größte Wert darauf

gelegt wurde, integrierte Hilfeleistung und Komplexleistung so zu definieren und zu verstehen, dass damit auch Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen, die von anderen Rehabilitationsträgem finanziert werden in den Blick genommen werden. Im SGB IX, welches im letzten Jahr in Kraft getreten ist, ist diese Herangehensweise an integrierte Rehabilitation in Sinne personenzentrierter Hilfeleistung aufgenommen worden und ist insofern jetzt bundesweit Gesetz. Zur Teilhabe werden erbracht, heißt es dort (§ 4 SGB IX, Leistungsgruppen), Leistungen

- zur medizinischen Rehabilitation,
- zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- sowie Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft.

Es heißt weiter im § 12 SGB IX, dass die unterschiedlichen Rehabilitationsarten sehr viel stärker zusammengeführt werden sollen. Die Rehabilitationsträger sind verantwortlich, dass:

(1) Im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen sind Rehabilitationsträger verantwortlich, dass,
   1. die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,
   2. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,
   3. Beratung entsprechend den in §§ 1 und 4 genannten Zielen geleistet wird,
   4. Begutachtungen möglichst nach einem einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden,
   5. Prävention entsprechend dem in § 3 genannten Ziel geleistet wird.

Hier ist vor allem auf Punkt 4 hinzuweisen, wonach Begutachtung möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden sollen. Wenn das so ist, ist es wichtig zu prüfen, was für andere Rehabilitationsbereiche bezüglich der Bedarfsfeststellung bereits Vorgabe ist, z. B. für die medizinische Rehabilitation und die Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Für den Bereich der Rehabilitationsbereich haben die Krankenkassen „Gemeinsame Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a SGB V vom 12.05.1999“ beschlossen. Darin heißt es unter 5.2 „Rehabilitation“:

„Medizinische Rehabilitationsleistungen sind
- komplex
- interdisziplinär und
- individuell
- ausgerichtet. ....’’

> „Die Feststellung der individuellen Rehabilitationsbedürftigkeit bildet die Grundlage der Rehabilitationsleistung. Im Rahmen der rehabilitationsspezifischen Diagnostik liegt der Schwerpunkt auf der Erfassung der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen und berücksichtigt die bestehenden Risikofaktoren und persönlichen Ressourcen."

> „Für jeden Versicherten ist ein individueller Rehabilitationsplan zu erstellen, der als Grundlage die Rehabilitationsziele beinhaltet und sich an einer langfristigen Strategie zur Beseitigung bzw. Verringerung der vorliegenden Schädigungen, Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen orientiert."

> „Der Versicherte ist bei der Erstellung des Rehabilitationsplanes bzw. dessen Anpassung zu beteiligen."

Damit sind in diesen Rahmenempfehlungen von 1999 zentrale Elemente des IBRP-Verfahrens wieder zu finden.

Die Vorgaben zur Planung von Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in jüngerer Zeit konkretisiert worden (und damit nach Projektabschluss. Sie werden daher hier nicht behandelt). Die dabei verwendeten Schlüsselbegriffe ‚individuell' und ‚passgenau' entsprechen ebenfalls vollkommen den Vorgaben der individuellen Hilfeplanung mit dem IBRP.

3.2.1.3 Ähnliche Instrumente der Hilfeplanung

Noch während des Implementationsprojekts wurden in einigen Ländern am IBRP orientierte aber leicht abgewandelte Instrumente entwickelt.

Dabei stand zumeist der Wunsch Pate, ein einheitliches Instrument der Hilfeplanung für alle Gruppen von behinderten Menschen zu nutzen. Es ist bemerkenswert, dass sich die wesentlich größeren Hilfebereiche für geistig und körperlich behinderte Menschen an dem für psychisch kranke Menschen entwickelten IBRP-Verfahren orientierten.

Ob diese zielgruppenübergreifenden Instrumente sich in der Praxis besser bewähren, bleibt abzuwarten. Psychisch kranke Hilfesuchende erleben es oft als kränkend. Mit Fragestellungen konfrontiert zu werden, die sich auf geistig oder körperlich behinderte Menschen beziehen, bei denen oft der Grundpflegebedarf ein größeres oder sogar zentrales Gewicht hat. In der Verwaltung und bei Trägern mit Angeboten für mehrere Zielgruppen wird jedoch die Einheitlichkeit als Vereinfachung angesehen.

3.2.2. Die Personenkonferenz

Das Zeitbudget zur Erörterung einzelner Hilfebedarfe in der Hilfeplankonferenz ist begrenzt. Die integrierte Hilfeplanung sollte daher zum größten Teil bereits im Vorfeld geleistet werden. Dies schließt bei Bedarf Treffen der an der aktuellen Hilfeleistung beteiligten Therapeuten ein. Solche Treffen werden Personenkonferenzen genannt.

Im Unterschied zur Hilfeplankonferenz tagen Personenkonferenzen nur bei Bedarf und werden speziell zur Abstimmung eines einzigen Hilfebedarfs einberufen. Ein Bedarf besteht insbesondere, wenn bei der Hilfeplanung unterschiedliche Positionen verschiedener Beteiligter deutlich werden oder wenn angesichts besonderer Problemlagen Lösungen schwer zu finden sind oder besonders enge Kooperationsformen erforderlich machen.

3.2.3 Auswertung der Hilfeleistungen und Fortschreibung des Hilfeplans

In besondere Weise bewährt sich die zielorientierte Hilfeplanung und einrichtungsübergreifende Erörterung der Hilfebedarfe bei erneuter Vorstellung in der Hilfeplankonferenz vor Ablauf des Bewilligungszeitraums.

Da in der Regel ein Planungszeitraum von 12 Monaten gewählt wird, lässt sich bei der Auswertung der bisherigen Zusammenarbeit mit dem Hilfeempfänger die Zielerreichung überprüfen. Die ermöglicht eine Plausibilitätsprüfung der nun vorgelegten Hilfeplanung auf höherem Niveau. Es lässt sich feststellen, ob die bei der letzten Hilfeplanung beschlossene Vorgehensweise zu einer zumindest teilweisen Zielerreichung geführt hat.

Dieser Einschnitt in den üblichen Hilfealltag schätzen in der Regel auch die Klienten sehr. Gibt es doch dadurch die Möglichkeit, graduelle erfolge zur Kenntnis zu nehmen, auch wenn der erreichte Zustand noch nicht befriedigend ist.

3.3 Organisation personenzentrierter Hilfen

Bei der Organisation personenzentrierter Hilfen geht es vor allem um die einzelfallbezogene Koordination der Leistungserbringung. Die wesentlichen Instrumente der Koordination sind die ‚Hilfeplankonferenz', die ‚koordinierende Bezugsperson' und im Bedarfsfall einzelfallbezogene ‚Personenkonferenzen'.

3.3.1 Die Hilfeplankonferenz

Einer integrierten Hilfeplanung hat als nächster Schritt: die abgestimmte Beschlussfassung über die erforderlichen Hilfen zu folgen. Dazu wird vorgeschlagen, eine Hilfeplanungskonferenz zu bilden, an der teilnehmen autorisierte Vertreter

- der Leistungserbringer für Hilfen zur Teilhabe,
- des sozialpsychiatrischen Dienstes,
- der versorgungsverpflichteten psychiatrischen Klinik(en),

- der Wohnungslosenhilfe,
- der Leistungsträger.

Hilfeempfänger, ihre Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen, gesetzliche Betreuer werden grundsätzlich eingeladen und können auf Wunsch teilnehmen. Ihre Teilnahme ist nicht obligatorisch.

Diese Hilfeplanungskonferenzen tagen in festen Rhythmus alle 2-4 Wochen tagen und werden in der Regel durch den Psychiatriekoordinator geleitet.

Die Hilfeplankonferenzen beschließen einvernehmlich eine Stellungnahme zum Hilfebedarf. Dies ersetzt oder präjudiziert nicht eine Entscheidung des zuständigen Leistungsträgers. Es ist jedoch davon aus zu gehen, dass ein einheitliches Votum eines solchen multiprofessionell besetzten Gremiums nach einhergehender individueller Hilfeplanung ein hohes Gewicht hat.

Oft gibt es noch weitere Klärungen, die dann leistungsträgerspezifisch sind, z. B. die Vermögensprüfung im Rahmen der Sozialhilfe. Insofern ist die Hilfeplanungskonferenz kein abschließendes Entscheidungsgremium. Es ist aber ein – was den inhaltlichen Hilfebedarf anbelangt – äußerst kompetentes und aufgrund seiner heterogenen Zusammensetzung auch relativ unparteiliches Fach-Gremium. Hier sitzen auch Fachleute am Tisch, die an Hilfeplanungen für Menschen mitwirken, für die sie anschließend keine Leistungen erbringen bzw. auch für solche, für die sie nicht die Kosten übernehmen. Dadurch fließen immer auch unabhängige Einschätzungen ein und der gemeinsame Beschluss ist wenig von Partikularinteressen beeinflusst.

Der typische Ablauf gestaltet sich wie folgt:

1. Beschlusskontrolle anhand des Protokoll der letzten Sitzung
2. Aktuelle Informationen aus dem Verbund
3. Auslastung der Einrichtungen (Aufnahmen, Entlassungen, sonstige Veränderungen)
4. Hilfeanliegen werden benannt (ermöglicht Zeitplanung)
5. Vorstellung der Hilfebedarfe mit IBRP (Wohnform; unterschrieben?)
6. ggf. Beschluss über weitere Schritte (Ergänzung der Hilfeplanung)
7. Beschluss über den individuellen Hilfebedarf
8. Einschätzung des quantitativen Hilfebedarfs
9. Festlegung der Zuständigkeit / Erbringung durch
10. Kostenübernahmeantrag bzw. Unterschrift des anwesenden Leistungsträgers

Die Vorstellung eines Hilfebedarfs mit Hilfe des IBRP sollte nicht über 10 Minuten in Anspruch nehmen. Für die anschließende Diskussion stehen ebenfalls durchschnittlich 10 Minuten zur Verfügung. Dadurch soll erreicht werden, dass sämtliche Hilfebedarfe von psychisch kranken Menschen der Region mit komplexem Hilfebedarf in der Hilfeplankonferenz behandelt werden können.

Die Hilfeplankonferenz

- sichert intensivere Hilfeplanung, da die Ergebnisse der Hilfeplanung in einem Fachgremium zur Diskussion gestellt werden,

- ist kompetentes Fachgremium unterschiedlicher Professionen und Spezialisierungen,
- dient der Überprüfung der Prozessstandards zur Hilfeplanung (Klient einbezogen? berufsgruppenübergreifend erhoben? usw.),
- ermöglicht eine inhaltliche Überprüfung der Hilfeplanung,
- hat die Möglichkeit zur Intervention (Änderungen des Hilfeplans, Durchführung einer Personenkonferenz),
- führt zu beschleunigter Entscheidung (alle Akteure an einem Tisch),
- schafft Transparenz über die Entscheidungsfindung,
- dient der Ergebniskontrolle und der Plausibilitätskontrolle auf höherem Niveau bei Wiedervorstellungen in der HPK,
- macht Versorgungslücken transparent.

Die bestehenden Hilfeplankonferenzen leisten auf diese Weise einen erheblichen Beitrag zur Qualitätsverbesserung der regionalen Versorgung: Wenn man die Anfangsschwierigkeiten dieser Form von einrichtungsübergreifenden Besprechungen überwunden hat, ist es enorm, welch ein Qualitätsschub von diesem einem Gremium ausgeht. Es ist nichterforderlich, für die Hilfeplanungskonferenz Standards, Pflichtkataloge und sonstige Festlegungen zu formulieren. Jeder Teilnehmer hat in jedem Einzelfall die Gelegenheit nachzufragen und eigene Anregungen ein zu speisen

3.3.2 Die koordinierende Bezugsperson

Wenn mehrere Dienste, Einrichtungen oder Leistungsbereiche (psychiatrische Behandlung, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, Pflege usw.) an der Hilfeleistung für einen psychisch kranken Mensch beteiligt sind, ist es entscheidend, dass er einen übergreifend ‚zuständigen' Ansprechpartner erhält: die ‚koordinierende Bezugsperson'.

Die koordinierende Bezugsperson ist eine psychiatrische Fachkraft, die mit dem Klienten in kontinuierlichem Kontakt steht und als Ansprechpartner für den Klient und sonstige beteiligte Therapeuten dient. Es ist also kein außenstehender ‚Case-manager', der nur dirigiert, was andere erledigen.

Die koordinierende Bezugsperson ist:einrichtungsübergreifend zuständig
- leistungsbereichsübergreifend zuständig (verschiedene Leistungsträger)
- Ansprechpartner für Klient und sonstige beteiligte Therapeuten
- zuständig für die nächste Hilfeplanung und Einbringen in die HPK
- nach Beschluss der HPK im Amt bis der Beschluss aufgehoben wird
- ohne Entscheidungskompetenz, hat aber Informationsrecht und Recht zur StellungnahmeSie sorgt für das Zustandekommen eines bedarfsgerechten Hilfeprogramms, wertet dieses im Verlauf mit dem Klienten und den beteiligten Diensten und Einrichtungen kontinuierlich aus, sorgt für Änderungen bei gewandelten Hilfebedarf, stellt den notwendigen Informationsfluss und erforderliche Abstimmungen sicher und schafft Kontinuität im Hilfeprogramm,

weil sie auch bei Einrichtungswechsel oder Unterbrechung der Hilfeleistungen trotz fortbestehendem Hilfebedarfs in der Funktion bleibt.

Wenn das funktioniert, stellt es einen enormen Qualitätsfortschritt dar. Selbst eine hochkompetente, äußerst engagierte und vom Klienten gewünschte koordinierende Bezugsperson benötigt jedoch Rahmenbedingungen, die den Erfolg erst ermöglicht:

- Die koordinierende Bezugsperson muss von den beteiligten Diensten und Einrichtungen akzeptiert werden. Es müssen also a) vorher Beschlüsse über die Funktion gefasst worden sein und b) eine Einigung erreicht worden sein, wer diese Aufgabe im konkreten Fall übernimmt.

- Das Hilfeprogramm, das sie koordiniert, muss klar und von allen Beteiligten akzeptiert sein. Vorraussetzung ist also c) eine integrierte individuelle Hilfeplanung und d) eine gemeinsame Abstimmung über diesen Gesamtplan.

- Abstimmung gibt nur Sinn, wenn sie auch zu Veränderungen im Hilfeprogramm führen können. Bei der Hilfe in den beteiligten Einrichtungen und Diensten müssen daher e) Spielräume bestehen, die Leistungen bedarfsgerecht zu variieren.

- Die Finanzierung von einrichtungs- und erst recht von leistungsbereichsübergreifenden Tätigkeiten ist sehr kompliziert, weil es jeweils unterschiedliche rechtliche Voraussetzungen gibt, wer mit welcher Vergütung aufgrund welcher Entscheidung tätig werden darf. Es muss also f) klar sein, dass die koordinierende Bezugsperson die Funktion entweder im Rahmen ihrer sonstigen Tätigkeit erfüllen kann (zum Beispiel im Hinblick darauf, dass sie oder der Dienst in anderen Fällen Entlastung erfährt, weil andere die Funktion übernehmen), oder es muss eine zusätzliche Finanzierung geben (z. B. Leistungsbereich ‚Hilfeplanung und Abstimmung' im Rahmen der Hilfe zur Teilhabe oder Soziotherapie).

3.4 Der GPV

Bei der Umsetzung personenzentrierter, einrichtungs- und leistungsträgerübergreifender Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen nimmt – wie die Erfahrungen aus den Regionen der Implementationsregionen zeigen – der Aufbau und die Entwicklung von verbindlich ausgestalteten Verbundstrukturen eine Schlüsselstellung ein.

Der in den Empfehlungen der Expertenkommission (1988) enthaltene Vorschlag zum Aufbau und zur verbindlichen Ausgestaltung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) ist zwar bereits frühzeitig als ein „Kernstück" der Empfehlungen bezeichnet worden. Die Umsetzung in den Ländern und Regionen erfolgte jedoch sehr unterschiedlich und war weithin von einer letztlich eher unverbindlichen Strukturen geprägt.

In Anbetracht des Fehlens von einheitlichen Mindestanforderungen an einen "Gemeindepsychiatrischen Verbund" und da der Begriff in den Ländern

unterschiedlich verstanden wurde, haben die Psychiatriereferenten der Länder im Herbst 2001 „Mindeststandards zur Realisierung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ (GPV) festgelegt. Erforderlich wurde dies nicht zuletzt, weil die Erbringung bestimmter Leistungen, wie z. B. der „Soziotherapie“, an die Einbringung in einen GPV oder ähnliche Strukturen geknüpft wurde.

Wesentliches Ziel und Aufgabe eines GPV ist die Sicherstellung
- bedarfsgerechter Hilfen (lebensfeldbezogene Hilfen zur Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe) in der jeweiligen Region
- der Kooperation der Leistungserbringer durch Etablierung verbindlicher Kooperationsstrukturen.

Im Rahmen des Projekts „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“ und auf Eigeninitiative wurden in den letzten Jahren in einer Reihe von Regionen intensivierte Formen der Zusammenarbeit bei der Organisation psychiatrischer Hilfen aufgebaut. Es entstanden Gemeindepsychiatrische Verbünde mit regionalen Zuständigkeitsgebieten. Im Mittelpunkt steht die kooperative Organisation psychiatrischer Hilfen. Es handelt sich dabei nicht primär um einen Austausch zwischen Einrichtungen und Trägern (ggf. Leistungsträgern) zur allgemeinen Angebotsstruktur in der Region, sondern um die regelhafte und verbindliche Organisation bedarfsgerechter psychiatrischer Hilfen im Einzelfall.

Diese Zusammenarbeit hat sich außerordentlich bewährt und personenzentrierte Hilfen oft erst möglich gemacht.

In den Projektregionen wurde die Zusammenarbeit mit der schriftlichen Projektvereinbarung und inzwischen zumeist mit Folgevereinbarungen auf eine verbindliche Grundlage gestellt. In anderen Regionen sind die bestehenden Gemeindepsychiatrischen Verbünde jedoch informell und auf recht allgemeinen Absichtserklärungen beschränkt.

4. Qualitätsmanagement und Steuerung im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)

4.1 Inhaltliche Anforderungen an Qualität

In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 wird die Umsetzung der Leitlinien und Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete angemahnt. Wesentliche Ziele sind die gemeindenahe, angemessene Behandlung, Pflege und Betreuung aller Menschen mit psychischen Störungen sowie ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsleben.

An dieser Entwicklung sind zu beteiligen
- Dienste und Einrichtungen innerhalb der kommunalen Gebietskörperschaften, die in der Versorgung psychisch kranker Menschen tätig sind,
- die Kommune im Rahmen ihrer Aufgaben zur Planung, Koordination und Steuerung,
- Dienste und Einrichtungen, die im Rahmen der Daseinsvorsorge für Menschen mit psychischen Störungen tätig sind,
- alle Dienste und Einrichtungen, die für die Teilhabe am Arbeitsleben und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zuständig sind,
- VertreterInnen der Psychiatrie-Erfahrenen,
- VertreterInnen der Angehörigen.

Die Expertenkommission hat als Fundament zukünftiger psychiatrischer Versorgung die Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbünde (GPV) als Verbünde der Leistungsanbieter gefordert. Ziel des GPV ist die Sicherstellung gemeindepsychiatrischer Versorgung aller Patientengruppen innerhalb einer kommunalen Gebietskörperschaft, die unterschiedlichen, psychiatrischen, psychosozialen und komplexen Hilfebedarf haben. Die Expertenkommission hat dabei die Bedeutung kommunaler Steuerung und Koordination stark hervorgehoben.
Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat das Konzept des GPV weiterentwickelt mit dem Ziel der Entwicklung von einem angebotsorientierten und institutionszentrierten zu einem sicherstellenden und personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem. Sie unterscheidet zwischen dem gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund (GPSV) und dem gemeindepsychiatrischen Leistungsanbieterverbund (GPVLV).

Im Rahmen des Implementationsprojekts des personenbezogenen Ansatzes wurden in zahlreichen Gebietskörperschaften und verschiedenen Bundesländern die praktischen Voraussetzungen für die Bildung gemeinde-psychiatrischer Verbünde geschaffen, in dem die konsequente Umsetzung des personenbezogenen und institutionsübergreifenden Ansatzes in der komplexen Hilfeplanung und Hilfegewährung gemeinsam mit den Diensten und Einrichtungen vor Ort, den Kommunen und Leistungsträgern realisiert wurde. Gemeindepsychiatrische Verbünde wurden in zahlreichen Regionen gegründet, die sich zur Sicherstellung der Versorgung verpflichten. Federführend sind in dieser Entwicklung in der Regel die Kommunen und Psychiatriekoordinatoren sowie die Leistungsanbieter, die sich zu Verbünden mit Gewährleistung verbindlicher Versorgung zusammengeschlossen haben.

4.2 Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund und Gemeindepsychiatrischer Leistungsanbieterverbund

Zur Realisierung der genannten Qualitätsziele sind Steuerungsgremien mit den folgenden Funktionen erforderlich:
- Information
- Abstimmung
- Entscheidung und
- Umsetzung

Dabei sind von Bedeutung
- die möglichst vollständige Einbeziehung aller Akteure der regionalen psychiatrischen Versorgung (Nutzung, Planung, Finanzierung und Durchführung von Hilfeleistungen)
- ein möglichst hohes Maß von Verbindlichkeit und Transparenz der Erfüllung der Versorgungsaufgaben

Diese Aspekte sind einander ergänzend beide essentiell: Sie widersprechen sich jedoch in gewisser Hinsicht, weil Vereinbarungen zur Verbindlichkeit und Transparenz umso schwieriger werden, je größer, heterogener und diskontinuierlicher der Kreis der Beteiligten wird.

Aus diesem Grund werden unterschiedliche Ebenen der Steuerung empfohlen:
- Ein breiter Verbund aller Akteure der psychiatrischen Versorgung: der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund(GPSV) mit Verpflichtung der Mitglieder zur wechselseitigen Information und zur Abstimmung von Planung und Durchführung der Weiterentwicklung des Hilfesystems

- Ein auf die qualitätsgesicherte Leistungserbringung konzentrierter Verbund der Leistungsanbieter einer Region mit Verpflichtung der Mitglieder zur Leistung gemäß festgelegter Qualitätsstandards: Der Gemeindepsychiatrische Leistungsanbieterverbund(GPLV).

Formen oder Vorformen des Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbundes existieren bereits in zahlreichen Regionen. Seine Funktionen werden in unterschiedlichem Umfang auch von Psychiatriebeiräten oder Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften übernommen.

Verbünde von Leistungsanbietern zur abgestimmten Übernahme regionaler Pflichtversorgungsaufgaben existieren selten. Sie sind in der Regel beschränkt auf Teilbereiche des Hilfesystems (z. B. Wohnverbundsystem). Im Rahmen des Implementationsprojekts sind solche Leistungsanbieterverbünde im Bereich der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in einigen Projektregionen entstanden und haben sich bewährt. In Berlin-Reinickendorf und Gera haben solche Verbünde exklusive Zugänge zu Budgets für personenzentrierte Hilfeprogramme erhalten.

4.2.1 Der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund - GPSV

Auf der Ebene des Versorgungsgebiets ist ein Steuerungsverbund aller an psychiatrischer Hilfeleistung Beteiligten erforderlich:
- Kommunale Gebietskörperschaften,
- Psychiatriekoordinatoren,
- Psychiatrie-Erfahrene,
- Angehörige psychisch Kranker,
- Leistungsanbieter,
- Leistungsträgern
- sowie nicht fachliche und nichtpsychiatrische Hilfen vor Ort in Verbindung mit allen zuständigen Diensten und Einrichtungen.

Diese sollten gemeindepsychiatrischer Steuerungs-Verbünde auf der Ebene eines Versorgungsgebiets gründen. Es sollte ein Gremium bestehen, in dem entscheidungskompetente Vertreter der Mitglieder des Steuerungsverbundes bindende Beschlüsse über die Zusammenarbeit auf struktureller Ebene fassen.

Dieser übergreifende Steuerungsverbund ist unverzichtbar für die Steuerung psychiatrischer Hilfen auf regionaler Ebene.

4.2.2 Der Gemeindepsychiatrische Leistungsanbieterverbund GPLV

Personenzentrierte Ausrichtung des Hilfeangebots, personenbezogene Kooperation und Beteiligung an einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen regionalen Pflichtversorgung sind die zentralen Qualitätsanforderungen an ein psychiatrisches Hilfesystem. Der Gemeindepsychiatrische Leistungsanbieter-Verbund dient der Organisation personenzentrierter psychiatrischer Hilfen auf der Basis abgestimmter Qualitätsstandards.

Um diese Anforderungen erfüllen bzw. ihre Erfüllung überprüfen zu können, ist ein Verbund *der* Leistungsanbieter erforderlich, die sich auf der Grundlage gemeinsamer Qualitätsstandards verpflichten, im Zusammenwirken bedarfsgerechte Hilfeleistungen für alle psychisch kranken Menschen in und aus der Region anzubieten.

Es muss sichergestellt werden, dass dieser Verbund zur Sicherstellung und Optimierung regionaler Versorgungsaufgaben verpflichtet ist und nicht der Interessenvertretung von Einrichtungsträgern. Maßnahmen dies zu erreichen sind z. B.
- die Verpflichtung des GPLV zur Kooperation mit der Kommune, den Leistungsträgern, den Psychiatrieerfahrenen und den Angehörigen psychisch Kranker sowie weiteren Leistungsanbietern im regionalen Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund,

- die Notwendigkeit der Einbeziehung der kommunalen Psychiatriekoordination,

- die Verpflichtung des GPLV zur Transparenz gegenüber Kommune und Selbsthilfeverbänden,

- die förmliche Anerkennung des regionalen GPLV durch die BAG GPV nach Prüfung der Voraussetzungen zur Mitgliedschaft (Qualitätsstandards),

- die Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsstandards durch die BAG GPV (siehe unten).

4.2.3 Qualitätsanforderungen an Gemeindepsychiatrische Leistungsanbieter-Verbünde

Die Gemeindepsychiatrischen Leistungsanbieterverbünde sollen sich als juristische Person konstituieren mit der Zielsetzung der Sicherstellung der Qualitätsstandards und der Wirtschaftlichkeit im Rahmen einer regionalen Pflichtversorgung. Dies kann in Form eines Kooperationsvertrags, einer Grundsatzerklärung oder einer Vereinssatzung geschehen. Der GPLV soll als juristische Person vertragsfähig sein.
Dabei sollten folgende Kriterien beachtet werden:

1. Der GPLV ist ein Zusammenschluss von Leistungsanbietern einer definierten Versorgungsregion

2. Die Kommune ist in ihrer Funktion ‚Planung und Koordination Psychiatrischer Hilfen' im Rahmen der Daseinsfürsorgeobligatorisches Mitglied des GPLV.

3. Der GPLV dient (mindestens) folgendem Zweck:
   1. Die Sicherstellung von bedarfsgerechter Behandlung und Hilfe in den 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

      und Koordination der Leistungen
      für psychisch kranke Menschen in dem und aus dem Versorgungsgebiet.

   2. Verstärkung und Sicherstellung der Kooperation im Interesse der Patienten bzw. Klienten, insbesondere Sicherstellung von einrichtungsübergreifenden integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen (sozialpsychiatrische Komplexleistungen).

   3. Kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und Optimierung der Nutzung der Ressourcen.

   4. Beteiligung an regionaler Steuerung psychiatrischer Hilfen durch verbindlichen und kontinuierlichen Austausch mit
      - der kommunalen Gesundheits- und Sozialverwaltung

- den Leistungsträgern
- den organisierten Psychiatrieerfahrenen
- der organisierten Angehörigen psychisch Kranker
- weiteren Leistungsanbietern, die nicht Mitglied des GPLV sind.

4. Ein Kooperationsvertrag oder eine beschlossene Grundsatzerklärung regelt die Kooperation der Vertragspartner bei der Erbringung sozialpsychiatrischer Dienstleistungen. Davon unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der Dienste und Einrichtungen, die in den Verbund einbezogen sind. Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsträgern werden von den jeweiligen Rechtsträgern gesondert allein oder in Gemeinschaft geschlossen. Dabei können spezielle Träger-Verbünde gebildet werden (z. B. Verbund der Erbringer von Leistungen der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Soziotherapie, von Hilfen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung usw.).

5. Die Mitglieder verpflichten sich, 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. Vorraussetzung hierzu ist die intensive fachliche Kooperation aller Leistungserbringer.

6. Die Mitglieder verpflichten sich zur wechselseitigen Information und Beratungen über
   - das eigene Leistungsangebot, insbesondere Änderungen des Leistungsangebots,
   - Erkennen neuer Bedarfe oder Versorgungsmängel in der Region.

7. Die Mitglieder legen sich auf folgende gemeinsame Qualitätsstandards fest:
   - personenzentrierte Hilfen, die bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht, abgestimmt und wirtschaftlich erbracht werden, und zwar grundsätzlich im Versorgungsgebiet
   - konsequente Orientierung am individuellen Bedarf
   - Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen
   - Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen
   - Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
   - Fortbildung, Supervision und Qualifizierung
   - Beachtung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen/Datenschutz

8. Die Mitglieder verpflichten sich zur einzelfallbezogenen Kooperation (jeweils Mitwirkung oder Berücksichtigung der Hilfeplanung anderer) bei psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf (Bedarf an multiprofessionellen Hilfen, Leistungen unter Einbeziehung mehrerer Einrichtungen und Dienste, Hilfen zur Teilhabe):
   - Es wird eine regionalen Hilfeplankonferenz gegründet, die Teilnahme an der Hilfeplankonferenz wird geregelt.
   - Es wird eine integrierte, zielorientierte, lebensfeldbezogene individuelle Hilfeplanung (z. B. mit dem IBRP) nach folgenden Prinzipien vereinbart: Einbeziehung des Klienten und seiner Bezugspersonen, zielorientierte,

lebensweltorientierte, integrierte Hilfeplanung (einrichtungsübergreifend, leistungsbereichsübergreifend = 1 Behandlungs- und Rehabilitationsplan pro Person), abgestimmt unter Einbeziehung der aktuellen Therapeuten (multiprofessionell, interdisziplinär).
- Nach erfolgter Hilfeplanung wird eine einvernehmliche Einigung über Hilfeleistungen in Bezug auf Art und, Umfang der Hilfeleistungen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten gefunden.
- Die Stellung bzw. Anerkennung einer koordinierenden Bezugsperson mit einrichtungsübergreifender Zuständigkeit wird definiert.
- Die Bereitschaft zur Teilnahme an Personenkonferenzen bei Bedarf wird vereinbart.

9. Die Mitglieder beteiligen sich an einem gemeinsamen Qualitätsmanagement (neben dem internen QM):
   - Fortschreibung der Qualitätsstandards des GPLV
   - gemeinsames Beschwerdemanagement
   - gemeinsame Initiativen zur Optimierung der Qualität von Behandlung und Hilfe zur Teilhabe
   - Mitwirkung an regionaler Gesundheitsberichterstattung, möglichst auf der Grundlage einer einrichtungsübergreifenden Dokumentation

10. Der GPLV kooperiert mit Gemeindepsychiatrischen Leistungsanbieter-Verbünden anderer Regionen bei der Qualitätssicherung und -optimierung. Dazu gehören auch wechselseitige Besuchskommissionen.

11. Der GPLV ist berechtigt zu Verhandlungen und Gesprächen mit Leistungsträgern und Planungsverantwortlichen (z. B. Stadt, Kreis, Bezirk, Kommunalverband, Land) bei einrichtungsübergreifenden Themen.

12. Die Kommune erhält gesondert geregelte Rechte, z. B.
   - Der Psychiatriekoordinator ist geborenes Mitglied des Vorstands bzw. des Leitungsgremiums des GPLV.
   - Die Kommune erhält ein Mitspracherecht bei Aufnahmen und Ausschlüssen aus dem GPV; die Letztentscheidung trifft der GPV.

13. Die Mitglieder verpflichten sich zur gemeinsamen kontinuierlichen Überprüfung der regionalen Versorgungssituation in Hinblick auf Bedarf, Angebot und Leistung.

14. Die Mitgliedschaft im GPLV ist freiwillig, entsteht durch Aufnahme nach Aufnahmeantrag, endet durch Austritt oder Ausschluss.

15. Das Recht auf Mitgliedschaft besteht für jeden Leistungsanbieter, der die Ziele und die Satzung des GPLV anerkennt und in seinem Verantwortungsbereich angemessen berücksichtigt.

16. Es gibt ein Entscheidungsgremium und einen Vorsitzenden oder Sprecher. Das Nähere regelt eine Satzung oder Geschäftsordnung.

17. Der GPLV pflegt kontinuierlichen Austausch mit Selbsthilfeorganisationen Psychiatrieerfahrener und Angehörigen psychisch Kranker. Vertreter dieser

Selbsthilfegruppen können mit Rederecht an allen Versammlungen des GPLV teilnehmen.

18. Der GPLV verpflichtet sich zur Beteiligung am regionalen Steuerungsgremium unter Einbeziehung der Kommune, der Leistungsträger und der Selbsthilfeverbände der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker.

19. Es können Untergliederungen im GPLV geschaffen werden zur Übernahme spezifischer Versorgungsaufgaben, die regionale Pflichtversorgungsaufgaben übernehmen. Dazu sollen spezifische Vereinbarungen mit den zuständigen Leistungsträgern und der Kommune geschlossen werden. Beispiele für besondere Zusammenschlüsse:

    - Anbieter von medizinischer Rehabilitation,
    - Anbieter von Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
    - Anbieter von Hilfen, zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – ggf. untergliedert in Hilfen zur Selbstversorgung und zur Tagesgestaltung,
    - Leistungserbringer für Soziotherapie,
    - Ergotherapeuten im GPLV,
    - Anbieter von ambulanter psychiatrischer Pflege;
    - psychiatrische Kliniken,
    - niedergelassene Psychiater im GPLV usw.

20. Es können Funktionsbereiche mit eigenen (Teil-)Budgets geschaffen werden. (Bemerkung: gilt nicht allgemein)

4.2.4 Initiative zur Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Versorgung - BAG GPV

Zum Abschluss des Implementationsprojektes wurde eine Initiative zur Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde gestartet. Im Mittelpunkt der Initiative stehen die (ehemaligen) Projektregionen. Mit der Bildung der BAG - GPV soll bundesweit die Entwicklung bedarfsgerechter personenzentrierter gemeindepsychiatrischer Versorgung gefördert werden.

Die BAG soll darüber hinaus

- Qualitätskriterien der Versorgung und Umsetzungsstrategien (benchmarking, Besuchskommissionen etc.) entwickeln und fortschreiben.
- sicherstellen, dass personenzentrierte Erfüllung von regionalen Pflichtaufgaben als Qualitätsstandard definiert, entwickelt und überprüft wird.
- ein möglichst breiter Zusammenschluss Gemeindepsychiatrischer Leistungsanbieterverbünde werden, die definierte Qualitätsanforderungen aufnehmen und erfüllen.
- den Prozess der Entwicklung optimaler Kommunikationsstrukturen zwischen Steuerungs- und Leistungserbringerebene unterstützen.
- die Bildung regionaler Verbünde anregen und fördern.
- eine gemeinsame Interessenvertretung gegenüber Dritten (Politik, Gesundheits- und Sozialverwaltung, Leistungsträgern) ermöglichen. (Die

Verhandlungskompetenz der Trägerverbände und der Träger wird dadurch ergänzt, nicht ersetzt).
- einen verbindlichen und kompetenten Ansprechpartner für die Bundesverbände der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen schaffen.
- die positiven Erfahrungen der Implementationsprojekte verstetigen: Dynamisierung der Verbundaufbauprozesse durch Austausch und Benchmarking auf der Basis gemeinsamer Grundsatzziele.

Als Aufgaben der BAG ergeben sich daraus :

- Öffentlichkeitsarbeit und Hilfe für entstehende Verbünde auf regionaler Ebene,
- Verabschiedung und Fortschreibung einer Grundsatzerklärung, in der Mindeststandards für diese regionalen Verbünde formuliert werden,
- Organisation wechselseitiger Besuche (Besuchskommissionen),
- Aufbau eines Informationssystems (siehe Workshops des Implementationsprojekts, apk-ev.de),
- Abstimmung von Stellungnahmen zu einrichtungstyp- und träger-(verbands) übergreifenden Fragen der regionalen Hilfen für psychisch kranke Menschen
- Institutionalisierter Austausch mit den Selbsthilfeverbänden,
- Organisation von wechselseitigem Austausch und permanenter Information.

Als Diskussionsgrundlage wurden auf dem Abschlussworkshop des Implementationsprojekts folgende Punkte im wesentlichen akzeptiert:

1. Die BAG GPV ist ein Zusammenschluss von Leistungsanbieter-Verbünden, die den ‚Eckpunkten zum Gemeindepsychiatrischen Leistungsanbieterverbund' zustimmen und sich auf regionaler Ebene als formaler Verbund konstituieren.

2. Die BAG GPV ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Es wird ein Vorstand gewählt. Wahlberechtigt sind die Vertreter der regionalen GPLV. Über die Satzung wird festgelegt, dass neben den Vertretern der GPLV auch je ein Vertreter des Bundesverbands der Psychiatrieerfahrenen, des Bundesverbands der Angehörigen , der Psychiatriereferenten der Länder und der AKTION PSYCHISCH KRANKE Mitglied des Vorstands wird.

3. Die BAG GPV dient:
   - der Arbeit und der Weiterentwicklung regionaler Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbünde durch Organisation von Informationsaustausch und wechselseitige Förderung,
   - der Unterstützung beim Aufbau regionaler Gemeindepsychiatrischer Leistungsanbieterverbünde,
   - der Formulierung und Fortschreibung von Qualitätsstandards von Gemeindepsychiatrischen Leistungsanbieterverbünden (Empfehlungen und Anforderungen, die zur Mitgliedschaft berechtigen),
   - der wechselseitigen Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsstandards,
   - der Einrichtungs-, träger- und verbandsübergreifende Interessenvertretung gegenüber Politik und Leistungsträgern, um bedarfsgerechte regionale Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen sicherzustellen,

4. Zu den Aufgaben der BAG gehört auch der Aufbau eines gemeinsamen Besuchs- und Beratungsdienstes der BAG, dessen Aufgabe es ist, die Einhaltung der Mindeststandards in den regionalen Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer-Verbünden zu überwachen und die Qualitätsverbesserung der GPLV voranzutreiben.

5. Die APK übernimmt bis auf Weiteres die Geschäftsführung der BAG. Es ist keine eigene Geschäftsstelle geplant. Perspektivisch kann die Geschäftsführung (ggf. rotierend) von Mitgliedsverbünden übernommen werden.

Es ist geplant, im Frühjahr 2005 die BAG GPV als Verein zu gründen. Ein Satzungsentwurf wurde bereits erarbeitet.[13] Ein Treffen der Vertreter an einer Mitgliedschaft interessierter Verbünde wird zu Zeit vorbereitet.

4.3. Dokumentation

Im Implementationsprozess wurde die Begrenztheit bisheriger Dokumentation noch einmal besonders deutlich. Klientenbezogene Dokumentation ist traditionell einrichtungsbezogen und nicht selten an den Anforderungen der Leistungsträger zur Leistungsdokumentation orientiert. Eine Anpassung der Dokumentation an die Erfordernisse personenzentrierter Leistungserbringung ist aufwendig und schwierig. Daher wurde zu diesem Thema ein gesondertes Projekt vom BMGS gefördert: "Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten und kompatiblen patientenorientierten Dokumentationssystems für die verschiedenen Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems einer Modellregion" Dieses Projekt war eng verzahnt mit dem Implementationsprojekt. Die Leitung beider Projekte lag bei einer gemeinsamen Projektgruppe. Hier werden nur die für das Implementationsprojekt bedeutsamen Aspekte der Ergebnisse der Zusammenarbeit dargelegt.

Das im Jahr 2000 begonnene Projekt zur Bewertung und Entwicklung von Anforderungen an ein integriertes, prozessorientiertes Dokumentationssystem im gemeindepsychiatrischen Verbund wurde im Juli 2003 mit der Vorlage des Abschlussberichts abgeschlossen.
Entsprechend dem Projektauftrag wurden im Rahmen des Vorhabens „erste grundlegende Entwicklungsschritte“ für ein integriertes psychiatrisches Dokumentationssystem (IPDS) geleistet.

Konzeptionellen Ausgangspunkt bildeten dabei der von der APK entwickelte „personenzentrierte Ansatz“ zur integrierten Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen, die auf einem subjektorientierten mehrdimensionalen Konzept von Gesundheit, Krankheit und Behinderung fußen. Daraus ergeben sich spezifische Anforderungen an ein Dokumentationssystem.

Im Rahmen des Projekts wurden zunächst die rechtlichen Vorgaben zur Dokumentation sowie zu Datenschutz und Schweigepflicht zusammengetragen und ausgewertet und die technisch-organisatorischen Rahmenbedingungen der Dokumentation dargestellt.

[13] siehe Anhang

Vor diesem Hintergrund werden die Anforderungen an ein klientenbezogenes integriertes psychiatrisches Dokumentationssystem beschrieben und in einem weiteren Schritt funktional operationalisiert. Hieraus wurde die „Rahmenstruktur" der Dokumentation entwickelt, bei der es um die persönliche Entwicklung, die aktuellen Fähigkeiten, Störungen und Probleme, die persönliche Lebensplanung eines Klienten und um das Umfeld bzw. Kontextfaktoren geht.
Entsprechend der Prozessorientierung der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung („Problemlösezirkel", die ggf. wiederholt zu durchlaufen sind), wurden die im Einzelfall zu erhebenden und zu dokumentierenden Daten in fünf „Dokumentationsblöcken" zusammengefasst:

- Aufnahme: Verwaltungs- und Basisdaten, formaler Auftrag.
- Diagnostik und Abklärung: Aktuelle Situation des Patienten/Klienten unter Berücksichtigung seines Umfeldes und seiner Lebens-/ Krankheitsgeschichte.
- Behandlungsplanung: Ziele, Aufgaben und (sozialrechtliche) Maßnahmen.
- Vorgehen und Verlauf: Konkretisierung der Behandlungsplanung (Detailplanung in den beteiligten Arbeitsbereichen), Leistungs- und Verlaufsdokumentation, Überprüfung des Vorgehens und des Verlaufs.
- Entlassung/Abschluss: Abschlussinformationen.

Im weiteren wurden Umsetzungsschritte zu einem klientenbezogenen integrierten Dokumentationssystem beschrieben (IPDS-K). Hierzu war Ende 2002 eine Zusammenarbeit mit dem Zentrum für angewandte Informationstechnologien der Universität Bremen mit dem Ziel vereinbart worden, ein Konzept zur Einführung des IPDS zu entwickeln. Hierzu wurde im zweiten Quartal 2003 das „Umsetzungskonzept zur Erstellung einer elektronischen Patientenakte der Psychiatrie für die Region Bremen" vorgelegt, dessen Realisierung in drei Phasen erfolgen soll:

In der ersten Phase soll das IPDS zunächst nur im Krankenhaus eingeführt werden. In der zweiten Phase werden weitere psychiatrische Einrichtungen und Dienste der Versorgungsregion einbezogen. Diese beiden ersten Phasen dienen der Erstellung und Erprobung der elektronischen Patientenakte unter Berücksichtigung von Schnittstellen und Verknüpfungen mit vorbestehenden einrichtungsbezogenen Dokumentationssystemen.

Die dritte Phase beinhaltet die Einbeziehung mindestens einer weiteren Region, um die Übertragbarkeit der in Bremen gewonnenen Erkenntnisse und der entwickelten Verfahrensweisen zu überprüfen und zu sichern. (Aktuelle Überlegungen gehen dahin, schon in der ersten Phase mit zwei Krankenhäusern in enger Kooperation zu beginnen).

Das vom Zentrum für angewandte Informationstechnologien der Universität Bremen erarbeitete Umsetzungskonzept ist dem Abschlussbericht im Anhang beigefügt worden.

Ergänzend zu dem klientenbezogenen Dokumentationssystem (IPDS-K) werden der Aufbau eines regionalen integrierten Dokumentationssystems (IPDS-) und die dabei zu berücksichtigenden Anforderungen dargestellt. Diese beiden Komponenten (klienten- und regionenbezogener Teil) sind eng miteinander verbunden, denn die erforderlichen Angaben für die regionale Berichterstattung

sollen nach Möglichkeit direkt aus der klientenbezogenen Dokumentation durch Aggregation der Daten zur Verfügung gestellt werden.

Die für das Dokumentationsprojekt wichtigen Fragestellungen zur Schweigepflicht und vor allem zum Schutz personenbezogener Daten in einem vernetzten Dokumentationssystem wurden in Verbindung mit dem „Implementationsprojekt" erörtert. Neben der zusammenfassenden Darstellung zentraler Aspekte im Abschlussbericht wurde von Dr. Peter Grampp unter Auswertung einer im Rahmen des Projekts erstellten rechtswissenschaftlichen Expertise von Prof. Dr. Rainer Kessler eine umfassende Bestandsaufnahme der rechtlichen Regelungen und deren Bedeutung bei der Erhebung, Dokumentation/Speicherung und Nutzung von Patientendaten erarbeitet; die als Anlage dem Bericht beigefügt wurde[14].

Das im Jahr 2000 begonnene Projekt zur Bewertung und Entwicklung von Anforderungen an ein integriertes, prozessorientiertes Dokumentationssystem im gemeindepsychiatrischen Verbund (IPDS-Psych) wurde im Berichtsjahr 2002 fortgeführt.

Zu Beginn des Berichtsjahres wurde im Januar der Zwischenbericht erstellt, in dem die Arbeiten der Expertengruppe dokumentiert sind. Neben einer grundlegenden personenzentrierten Perspektive wurde ein bereichsübergreifendes Prozessmodell sowie ein Rahmenkonzept zur prozessorientierten Dokumentation entworfen, dass die Grundlagen der Weiterarbeit der Expertengruppe darstellt.

Der Zwischenbericht wurde am 19. Februar auf einem Workshop in Berlin mit zahlreichen Experten der psychiatrischen Dokumentation sowie der Gesundheitstelematik vorgestellt und eingehend diskutiert. Die Ergebnisse der Diskussionen flossen in die weitere Arbeit des Dokumentationsprojektes ein.

Auf der Grundlage des im Zwischenbericht dargestellten Prozessmodells und der Rahmenstruktur sowie der Erfahrungen aus den erfolgten Systembewertungen und des Workshops wurden in der Weiterarbeit zunächst für die unterschiedlichen Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems (klinischer Bereich, außerklinisch-komplementärer Bereich, ambulanter Bereich) konkrete Anforderungen an Informationen bzw. Dokumentation im Sinne von „Itemlisten" sowie Anforderungen an das IPDS-Psych als vernetztes System entwickelt. Im Vordergrund standen die Anforderungen bezüglich Verwaltungs- und Basisdaten, anamnestisch bedeutsamen Daten zur aktuellen Lebenssituation und Lebens- und Krankengeschichte, die Behandlungsplanung, sowie die Verlaufs- und Leistungsdokumentation.

Ergänzt wird dieses Modell durch die Anforderungen, die an eine Psychiatrieberichterstattung gestellt werden. Entscheidend hierbei ist, dass sich die erforderlichen Aussagen auf einer Aggregationsebene unter Berücksichtigung des Datenschutzes direkt aus den dokumentierten Daten der oben genannten Dokumentationskomponenten ergeben sollen.

Neben der Modellierung des Zusammenspiels der Komponenten, die auch Fragen der „Vernetzung" thematisiert, wurde für jede der einzelnen Komponenten eine

[14] siehe Anhang

„Itemliste“ mit den erforderlichen zu dokumentierenden Daten/Informationen konzipiert, um so dem Vernetzungsaspekt Rechnung zu tragen.

4.4 Der Rezipsych

Um zielgerichtete Prozesse des Aufbaus und der Entwicklung regionaler personenzentrierter Hilfesysteme zu unterstützen, wurde der ‚Bogen zur regionalen Zielplanung in der Psychiatrie’ entwickelt – in der Praxis als ‚Rezipsych’ bezeichnet.[15]

Dieser Bogen ist gegliedert nach den Umsetzungsebenen gemäß Kapitel 3.1 und behandelt differenziert die Arbeitsebene, die Organisationsebene, die vorhandenen Ressourcen sowie die Verbundgestaltung. Orientiert am Ablaufschema des IBRP für die individuelle Hilfeplanung wird auch auf der Verbundebene zur Beschreibung von
- aktuellen Themen
- Zielen und
- Vorgehen

Bei zahlreichen angegebenen Aufgaben bereichen wird die Angabe abgefragt, ob Erwartung
- nicht realisiert
- teilweise realisiert oder
- fast vollständig realisiert

sei. Jeweils gesondert wird abgefragt, ob ein Handlungsbedarf gesehen wird.

Bei der Erhebung der in der Region vorgehaltenen Ressourcen wird eine differenzierte Bewertung abgefragt:
1. fehlt im Versorgungsgebiet
2. geplant
3. nicht zugänglich
4. nicht zugänglich wegen zu großer Entfernung
5. nicht zugänglich wegen Selektion, fehlender Versorgungsverpflichtung
6. nicht zugänglich aus anderen Gründen
7. unzureichende Personaldichte
8. eingeschränkte fachliche Ausrichtung
9. fehlende spezielle Qualifikation
10. Mängel in der Abstimmung/Koordination
11. sonstige Probleme
12. angemessen vom Umfang
13. zeitnah realisierbar
14. entfällt, nicht erforderlich

(Mehrfachnennungen möglich)

Der Rezipsych soll ca. einmal pro Jahr im Verbund erarbeitet werden. Als Ergebnis soll eine Abgestimmte Zielplanung für das folgende Jahr mit Prioritätensetzung, Vorgehensweisen und Verantwortlichkeiten erstellt und beschlossen werden.

[15] Rezipsych: siehe Anhang

Der Umgang mit dem Rezipsych erfordert Fortbildung, Anleitung oder Erfahrung. Die Motivation zur Nutzung dieses Instruments stellt sich zumeist nicht spontan ein. Die Verbünde, die Erfahrung mit diesem Instrument gesammelt haben, haben seine Vorteile hoch eingeschätzt.

5. Der Prozess der Implementation eines personenzentrierten Hilfesystems

Die Abläufe bei der Einführung des personenzentrierten Ansatzes waren und sind in allen Regionen ähnlich[16]:

1. Bildung einer Projektbegleitenden Gruppe,
2. Erarbeitung und Unterzeichnung einer Projektvereinbarung,
3. Einführung einheitlicher Hilfeplanung mit bzw. nach dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan.
4. Bildung von Hilfeplankonferenzen
5. Flexibilisierung von Hilfeleistungen
6. Einsetzen koordinierender Bezugspersonen
7. Vorbereitung von Verbundvereinbarungen
8. Austausch und Benchmarking:

Zu 1. Projektbegleitende Gruppe
Dies ist das Forum, in dem die allgemeinen Projektziele erläutert und die Organisatorischen Rahmenbedingungen geklärt werden:
- Kein zusätzliches Geld für die Regionen,
- ca. monatliche Besuche durch die wissenschaftliche Begleitung,
- Arbeitsaufwand: monatliche Treffen der Projektbegleitenden Gruppe, monatliche Treffen der Hilfeplankonferenz, Teilnahme an mindestens einen Treffen pro Jahr mit Vertretern anderer Projektregionen, Teilnahme an Fortbildungen in der Region (vor allem zur Hilfeplanung),
- Regionale Koordination erforderlich: Leitung der Projektbegleitenden Gruppe, Einberufung und Moderation der HPK, Ansprechpartner für die wissenschaftliche Projektbegleitung usw.,
- Transparenz; alle Protokolle, Dokumente, Vereinbarungen im Zusammenhang mit dem Projekt werden unter den Projektbeteiligten veröffentlicht.

Erste Aufgabe der Projektbegleitenden Gruppe ist die Abstimmung einer Projektvereinbarung.

Die Zusammensetzung der Projektgruppe wird im Verlauf erweitert. Oft sind zu Beginn nur die Kommune mit Psychiatriekoordination und Sozialpsychiatrischen Dienst, die wesentlichen Leistungserbringer, und der örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe beteiligt. In der Regel werden gesondert angesprochen:
- Psychiatrieerfahrene
- Angehörige psychisch Kranker

[16] Siehe 1.3.6

- Krankenkassen
- Rentenversicherung
- Kassenärztliche Vereinigung bzw. in bestehenden Gremien vertretene niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten
- Weitere Leistungserbringer (z. B. Ergotherapeuten, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen usw.)

Zu 2: Projektvereinbarung
In einem ersten Schritt wurden in den Regionen jeweils Projektvereinbarungen geschlossen, in denen die angestrebten Ziele fixiert wurden. Eckpunkte dieser Vereinbarungen waren und sind

- die Einführung eines individuellen Gesamtplans für Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe (IBRP);
- eine transparente Beschlussfassung über individuellen Hilfebedarf (Hilfeplankonferenz);
- die Gewährleistung therapeutischer Kontinuität und Abstimmung im Verlauf der Hilfen (koordinierende Bezugsperson);
- die Übernahme einer gemeinsamen Verantwortung für regionale Bedarfsdeckung (Pflichtversorgung);
- die Realisierung lebensweltbezogene Hilfen (einschließlich der Umsteuerung: weniger stationär – mehr ambulant; vorrangige Nutzung natürlicher Hilfspotenziale und allgemeiner sozialer Dienste: weniger psychiatrisch – mehr nicht-psychiatrisch);
- Realisierung der Leistungsverpflichtung vorrangiger Leistungsträger (weniger Sozialhilfe – mehr versicherungsfinanzierte Leistungen);
- die Flexibilisierung der Hilfeleistungen;
- die gemeinsame Verantwortung für Qualitätsentwicklung und finanzielle Steuerung.

Zu 3. Hilfeplanung
Zunächst wird die Hilfeplanung mit und nach dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan eingeführt.

Dazu werden in der Region zweistufige Fortbildungen durchgeführt, in die möglichst viele Mitarbeiter aller Einrichtungen und Dienste einbezogen werden. Diese Fortbildungen dienen:

1. Tag Einführung in personenzentrierte Hilfeplanung,
2. Tag nach einigen Wochen: Auswertung der Erfahrungen mit IBRP-gestützter Hilfeplanung

Einzelne Mitarbeiter werden nach Möglichkeit intensiver geschult. Sie fungieren anschließend als Multiplikatoren zur Einführung des IBRP.

Zu 4. Hilfeplankonferenzen
Zunächst werden einige Hilfebedarfe in der Projektbegleitenden Gruppe dargelegt und besprochen.

Dann wurden Hilfeplankonferenzen gebildet, in denen die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung vorgestellt und Beschlüsse über die Hilfeleistungen getroffen werden.

Zunächst nehmen die Besprechungen in der Regel längere Zeit in Anspruch. Mit der Erfahrung können mehr Fälle besprochen werden. Nach wenigen Treffen der HPK wird vereinbart, ab sofort alle Neuzugänge vor Leistungsaufnahme in der HPK zu erörtern. In der Folge wird ein Zeitplan aufgestellt, nach dem auch Hilfebedarfe von Menschen besprochen werden, die bereits Leistungen in Anspruch nehmen. Zuletzt werden auch psychisch kranke Menschen einbezogen, die zwar aus dem Region stammen, aktuell aber Hilfen außerhalb des Versorgungsgebiets erhalten.

Zu 5. Flexibilisierung von Hilfeleistungen
Aus der individuellen Hilfeplanung ergibt sich bald die Notwendigkeit einer Flexibilisierung der Hilfeleistungen. In den Regionen wurden bisher standardisierte Hilfen auf die individuellen Hilfebedarfe angepasst: Manchmal weniger, manchmal mehr, oft an einem neuen Ort. Dazu mussten auch die Finanzierungsformen flexibilisiert werden.

Zu 6. Koordinierende Bezugsperson
In den Hilfeplankonferenzen wurden routinemäßig koordinierende Bezugspersonen benannt.
Es wird von einer regionalen Pflichtversorgung ausgegangen. Auch wenn es dazu noch keine vertragliche Vereinbarung im Sinne eines Sicherstellungsauftrags gibt, wird alles daran gesetzt, für psychisch kranke Menschen aus der Region Hilfemöglichkeiten in der Region anzubieten.

Zu 7. Verbundvereinbarungen
Das Erreichte soll über die Projektlaufzeit hinaus erhalten werden. Hierbei wird jeweils die formelle Verbundgestaltung zu einem zentralen Ausgangspunkt.

Zu 8 Austausch und Benchmarking
Während des gesamten Prozesses war der Austausch mit den anderen Projektregionen von hohem Wert. Dazu fanden 3 Workshops statt. Darüber hinaus wurden Themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet, z. B. zu den Themen

- Finanzielle Steuerung im Sozialhilfebereich
- Ambulante medizinische Rehabilitation

Zum Abschluss des Bundesprojektes wurden die im Projektzeitraum gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Referenzregionen im Rahmen der Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE am 3. und 4. Juni sowie einem Workshop mit Vertretern aus den Projektregionen am 5. Juni 2003 sowie einem anschließenden Workshop für die Projektregionen zur Diskussion gestellt.

6. Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen personenzentrierter Hilfeerbringung

6.1 Gleichstellung psychisch kranker und behinderter Menschen

Im gegliederten System der sozialen Sicherung haben psychisch kranke Menschen in der Krankenbehandlung, bei Leistungen zur Teilhabe, bei der Pflege sowie bei sonstigen Leistungen grundsätzlich die gleichen Ansprüche wie körperlich erkrankte oder behinderte Menschen.

Allerdings gibt es nach wie vor erhebliche Defizite in der Realisierung dieser Ansprüche vor allem bei der Behandlung und Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen. Für diese Personengruppe sind grundsätzliche Anforderungen wie die Leistungserbringung in Form integrierter Behandlungsprogramme (Komplexleistungsprogramme), der Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen und die Nachrangigkeit der Finanzierung von Leistungen durch den Sozialhilfeträger gegenüber den Sozialversicherungsträgern nicht oder nur ungenügend verwirklicht.

Diese zumindest seit der Psychiatrie-Enquête bekannte Problematik ist teilweise darauf zurückzuführen, dass die Formulierungen im Sozialversicherungsrecht eher auf den Hilfebedarf von somatisch kranken Menschen zugeschnitten sind.
Es wurde aber auch gezeigt, dass Leistungsträger und Leistungserbringer die Möglichkeiten zur Ausgestaltung des Sozialrechts nicht ausgeschöpft haben, indem sie

- an den traditionellen Organisationsformen der Leistungserbringung und der Finanzierung festgehalten haben und
- keine hinreichenden Instrumente zur regionalen bedarfs- und ressourcenorientierten Steuerung entwickelt haben.

Die Empfehlungen der Kommission Personalbemessung

- zur Verknüpfung der Leistungserbringung in Form von integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen (Komplexleistungsprogrammen) mit dem
- Aufbau eines personenzentrierten funktionalen Hilfesystems (Gemeindepsychiatrischer Verbund) durch
- die Finanzierung von Maßnahmeprogrammen zur Krankenbehandlung, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

zeigen einen Weg aus dieser Blockade.

Seit der Vorlage der Empfehlungen der Kommission sind zwischenzeitlich durch Änderung und Weiterentwicklung sozialrechtlicher Regelungen, insbesondere im Zuge der Gesundheitsreform 2000 sowie durch das neue Recht der Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX), die Rahmenbedingungen für integrierte und abgestimmte personenbezogene Hilfen auf der Ebene der rechtlichen Regelungen verbessert worden. Im folgenden wird dargelegt, inwieweit das geltende Sozialrecht Anknüpfungspunkte und Grundlagen zur Implementation personenzentrierter Hilfen bietet.

Rechtliche Regelungen allein bieten jedoch noch nicht die Gewähr dafür, dass die Intentionen des Gesetzgebers auch in die Praxis umgesetzt werden. Hierzu bedarf es weiterer Steuerungsinstrumente. In diesem Zusammenhang kommt der Berichterstattung zentrale Bedeutung zu, um überprüfen zu können, wie und in welchem Umfang Vorgaben des Gesetzgebers umgesetzt werden.

6.2 Lernende Gesetzgebung: Berichterstattung

Anstelle der bisher auf der Grundlage von Beschlüssen des Bundestages vorgelegten „Behindertenberichten“ wurde die Berichtspflicht nun gesetzlich geregelt (§ 66 SGB IX), die zugleich auch der Überprüfung der Umsetzung der Regelungen des SGB IX dienen soll. Danach soll die Bundesregierung bis zum 31.12.2004 einen Bericht über die Lage behinderter Männer und Frauen sowie die Entwicklung ihrer Teilhabe erstellen, der unter anderem eine Darstellung und Bewertung der Aufwendungen zu Prävention, Rehabilitation und Teilhabe enthält. Soweit sich bei der Auswertung Handlungsbedarf zur Erreichung der Ziele des SGB IX ergibt, sollen von der Bundesregierung Vorschläge zu den zu treffenden Maßnahmen gemacht werden.

Für die Erstellung des Berichts haben die Träger von Leistungen und die Einrichtungen die erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die teilweise explizit im SGB IX geregelt wurden. Hierzu gehören die Verpflichtung

- der Rehabilitationsträger zu erfassen, in wie vielen Fällen die in § 14 SGB IX geregelten Fristen zur Zuständigkeitsklärung und Bewilligung von Leistungen nicht eingehalten wurden, zur Entwicklung der Verfahrensdauer und in wie vielen Fällen Kosten für selbst beschaffte Leistungen erstattet wurden (§ 15 Abs. 2 SGB IX);
- der Rehabilitationsträger, ihre Erfahrungen mit den gemeinsamen Servicestellen und die Durchführung und Erfüllung der Aufgaben mitzuteilen (§ 24 SGB IX);
- der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von gemeinsamen Empfehlungen und über die Erfahrungen mit den Empfehlungen jährlich zu berichten, u. a. zur Frage, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung bedingte Behinderung zu vermeiden (§ 13 Abs. 8 SGB IX);
- der Bundesanstalt für Arbeit, jährlich die Ergebnisse ihrer Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben zu veröffentlichen (§104 Abs. 2 SGB IX);
- der Integrationsfachdienste zur Dokumentation von Verlauf und Ergebnis ihrer Bemühungen und jährlich eine zusammenfassende Darstellung zu erstellen (§ 114 SGB IX);
- zur Erfassung der Schwerbehindertenausweise (§ 153 SGB IX).

Mit dem in Kraft treten des Gleichstellungsgesetzes wurde diese Berichtspflicht erweitert und erstreckt sich nunmehr auch auf Auswirkungen der nach dem BGG

Maßnahmen, die nach Alter und differenziert dargestellt und bewertet werden sollen.

Durch die so gestaltete Berichtspflicht eröffnet sich die Perspektive zu einer „lernenden Gesetzgebung“, die auf der Grundlage praktischer Erfahrungen in der Umsetzung Änderungen vornehmen kann.

Die Überprüfung der Vorgabe, nach der den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen Rechnung zu tragen ist (§ 10 Abs. 3 SGB IX, Begründung zu § 4 BGG), setzt allerdings voraus, dass dieser Personenkreis auch in den Berichten gesondert berücksichtigt wird und bei der Erhebung von Daten auch die „Art der Behinderung“ als Merkmal erfasst wird.

Auf die Bedeutung dieses Erhebungsmerkmals ist in den Stellungnahmen der AKTION PSYCHISCH KRANKE zu den Anhörungen zum SGB IX wie auch zum BGG wiederholt hingewiesen worden. In die gesetzliche Regelung oder die Begründung hat dieses Erhebungsmerkmal allerdings keinen Eingang gefunden.

Ein Beispiel für in dieser Zielsetzung unzureichende Berichterstattung ist der erste auf der Grundlage der Vorgaben des SGB IX am 28.06.2003 von der Bundesregierung vorgelegte Bericht zur Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen[17], der keinen Aufschluss darüber ermöglicht, in welchem Umfang die verschiedenen Gruppen von behinderten Menschen Leistungen der Integrationsfachdienste in Anspruch genommen haben. Zwar wird in dem Bericht wiederholt auf die besonderen Belange seelisch behinderter Menschen verwiesen und die insbesondere für diesen Personenkreis geschaffene Möglichkeit der Beauftragung der Integrationsfachdienste durch die Rehabilitationsträger angesprochen; es werden hierzu aber keine Daten vorgelegt. Mithin stellt sich das Problem, dass eine quantitative Überprüfung zur Frage, in welchem Umfang tatsächlich psychisch behinderte Menschen berücksichtigt werden und der Vorgabe des § 10 Abs. 3 SGB IX Rechnung getragen wird, derzeit nicht möglich ist. Dies sollte durch Vorgaben zur gruppenspezifischen Berichterstattung künftig sichergestellt werden.

6.3 Personenbezogene Hilfeplanung

Das Sozialrecht kennt schon seit längerem das Instrument des „Gesamtplans“, das früher im alten Rehabilitationsrecht (§ 5 RehaAnglG) geregelt war und in der Praxis weithin bedeutungslos blieb. Außerdem war und ist der Gesamtplan im Sozialhilferecht (früher § 46 BSHG, jetzt § 58 SGB XII) enthalten, jedoch auch im Bereich der Eingliederungshilfe wenig beachtet worden. Erst in den letzten Jahren – nicht zuletzt im Zusammenhang mit den Projekten zur Implementation des personenbezogenen Ansatzes – ist das Instrument des Gesamtplans in vielen Ländern aktiviert worden. Dabei standen häufig die Erfahrungen in den Projektregionen mit dem Integrierten Rehabilitations- und Behandlungsplan (IBRP) Pate. Der IBRP oder am IBRP-Verfahren orientierte abgewandelte Instrumente (z. B. IHP – Integrierter Hilfeplan in Rheinland-Pfalz, Sozialbericht der Bayerischen Bezirke) wurden zu zentralen Bestandteilen der Gesamtpläne.

[17] Bericht der Bundesregierung gemäß § 160 SGB IX zur Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen, Bundestags-Drucksache 15/1295 vom 28.06.2003

Im neuen Recht der Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) wurde verbindlich geregelt, dass in allen Fällen, in denen verschiedene Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erforderlich sind, ein flexibler Rehabilitationsplan erstellt wird. Darin sind „in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzustellen und schriftlich so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen“ und „entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst“ werden (§ 10 SGB IX).

Zu diesem „Teilhabeplan“ wird derzeit auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation eine gemeinsame Empfehlung (gem. §1 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX) erarbeitet, in der das Verfahren, die Anforderungen und die Fristen zur Erstellung und Anpassung näher konkretisiert werden.

Von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist im Jahr 2003 die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“ auch unter Berücksichtigung der Regelungen des SGB IX überarbeitet und neu aufgelegt worden. Darin wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP“ nicht nur die in Richtlinien der Rehabilitationsträger formulierten Anforderungen an die Rehabilitationsdiagnostik und -planung erfüllt, sondern darüber hinaus ein wichtiges Hilfsmittel beinhaltet, „um im Einzelfall notwendige Hilfen entsprechend dem aktuellen Bedarf zu erbringen und die Kontinuität von Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen – gerade in Anbetracht des gegenwärtig bestehenden institutionell differenzierten Systems von Hilfeangeboten – zu gewährleisten.“ (S. 51/52)

6.4 Vorrang ambulanter Hilfen

Bei der personenzentrierten Hilfeleistung sollen erforderliche Hilfen vorrangig im Lebensfeld des Hilfeempfängers und unter Einbeziehung nicht-psychiatrischer und nicht-professioneller Hilfen erbracht werden. Demgegenüber besteht bei komplexen Hilfebedarfen traditionell ein Übergewicht stationärer Hilfen. Nach und nach hat der Gesetzgeber in allen Sozialgesetzen die Möglichkeiten ambulanter Hilfeleistungen gestärkt und in den meisten Bereichen einen Vorrang eingeräumt.

Inzwischen wird in allen für psychisch kranke und behinderte Menschen wichtigen Leistungsgesetzen wird mit Ausnahme des Rentenversicherungsrechts ambulanten und lebensfeldbezogenen Hilfen ein Vorrang eingeräumt:

So haben im Sozialhilferecht ambulante Leistungen Vorrang vor teilstationären und diese wiederum Vorrang vor stationären (§ 13 SGB XII). Eine ähnliche Stufung findet sich im Krankenversicherungsrecht bezüglich der Krankenbehandlung (§ 39 (1) SGB V) sowie der medizinischen Rehabilitation (§ 40 (1,2) SGB V).

Im Recht der Arbeitsförderung (SGB III) kommt zur beruflichen Qualifizierung und Eingliederung behinderter Menschen zunächst das gesamte Spektrum von Beratungs- Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten der Bundesagentur für

Arbeit in Betracht, wie es auch nichtbehinderten Menschen zur Verfügung steht (§§ 97-101 SGB III). Reichen diese Maßnahmen nicht aus, kommen besondere, auf die Bedürfnisse der behinderten Menschen ausgerichtete Maßnahmen in Betracht (§ 102 SGB III), die durch örtliche Träger oder auch durch Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wie Berufsförderungs- oder Berufsbildungswerke und vergleichbare Einrichtungen erbracht werden können.
Insgesamt ergibt sich dabei vom Grundsatz her ein klarer Vorrang ambulanter und lebensfeldbezogener Hilfen, der im SGB IX aber nicht so eindeutig formuliert wurde. Hier wird bezüglich der Form der Leistungserbringung (ambulant, teilstationär, stationär) auf die Situation des Einzelfalls abgestellt:

„Soweit die Ziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind, werden Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form und gegebenenfalls unter Einbeziehung familienentlastender und -unterstützender Dienste erbracht.“ (§ 19 (2) SGB IX)

6.5 SGB IX

Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber im Rehabilitationsrecht den Paradigmenwechsel hin zu personenbezogenen Hilfen zu Grunde gelegt. Dabei werden die individuellen Teilhabewünsche und Ziele des behinderten Menschen in den Vordergrund gestellt. Weiter hat er der Zugang zu Leistungen der Teilhabe vereinfacht und beschleunigt und die Rehabilitationsträger nachdrücklich zur Kooperation angehalten.
Mit der Kodifizierung und Weiterentwicklung des Rehabilitationsrechts sind große Erwartungen verbunden gewesen, die sich nicht nur auf die Überwindung der Unübersichtlichkeit und Zersplitterung des Rehabilitationsrechts[18], sondern auch auf die Verbesserung der Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch kranke und behinderte Menschen bezogen.[19]

Diese Erwartungen wurden nicht zuletzt durch die „Eckpunkte zum Sozialgesetzbuch IX“[20] bestärkt, in denen als Grundsätze für das Gesetzesvorhaben formuliert wurden:
„Das SGB IX beendet die Divergenz und Unübersichtlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechtes. Es wird angestrebt, dass Regelungen, die für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich sein können, nur an einer Stelle getroffen, Vorschriften, die unterschiedlich sein müssen, nach denselben Gesichtspunkten angeordnet und Begriffe und Abgrenzungskriterien aller einschlägigen Regelungen unabhängig von ihrem Standort vereinheitlicht werden.
Das SGB IX errichtet eine gemeinsame Plattform, auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz ein gemeinsames Recht und

[18] Vgl. hierzu die zusammenfassende Darstellung der Kritik am „alten“ Rechtssystem im Vierten Bericht der Bundesregierung zur Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, Bundestags-Drucksache 13/9514, Ziff. 15.5.
[19] ebd., Ziff. 15.7
[20] Am 28.10.1999 von der Koalitionsarbeitsgruppe Behindertenpolitik vorgelegt und von den Koalitionsfraktionen im Bundestag am 02.12.1999 einstimmig gebilligt.

eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik errichtet werden können.
Das SGB IX organisiert bürgernah den Zugang und die Erbringung von Leistungen, errichtet Strukturen für die Zusammenarbeit von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern und steuert die Leistungen der Rehabilitation und der Eingliederung behinderter Menschen unter Sicherung von Qualität und Effizienz.“[21]

Dabei wurde explizit auch die Verbesserung der Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte „durch
- notwendige psychosoziale Hilfen,
- effektive Vorleistungsregelungen,
- enge Koordinierung der zuständigen Rehabilitationsträger,
- volle Nutzung der schon bestehenden Leistungsmöglichkeiten und
- zielgerichtetes Zusammenspiel medizinischer, beruflicher und sozialer Hilfen“ als Ziel aufgeführt.

Die Verabschiedung des SGB IX ist ein bedeutsamer Schritt, denn das Vorhaben der Kodifizierung des Rehabilitationsrechts und der Einordnung als SGB IX stand bereits in den beiden vorausgegangenen Legislaturperioden im Arbeitsprogramm der Regierungskoalition; die seinerzeit unternommenen Versuche wurden aber jeweils wieder ausgesetzt, weil sie in wesentlichen Leistungsbereichen eindeutige Verschlechterungen mit sich gebracht hätten. In dieser Perspektive erscheint es schon als ein Fortschritt, wenn nicht nur der Status Quo gehalten, sondern in einzelnen Regelungen Verbesserungen erreicht werden konnten. Darüber hinaus eröffnet die Regelung des § 66 SGB IX die Perspektive zur Weiterentwicklung.

Zu den mit dem SGB IX erreichten Verbesserungen gehört insbesondere die
- Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten (§ 9 SGB IX),
- Ablösung des „Gesamtplans“ (§ 5 Abs. 3 RehaAnglG) durch die Vorgaben zur Erstellung eines „flexiblen“, am individuellen Bedarf orientierten Rehabilitationsplans, bei dem die Leistungen entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation anzupassen sind (§ 10 Abs. 1 SGB IX),
- Regelung einer zügigen Zuständigkeitsklärung (§ 14 SGB IX) und
- Klarstellung und Erweiterung des Umfanges der Rehabilitationsleistungen im Hinblick auf die früher als „psychosozial“ bezeichneten medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen (§§ 26 Abs. 3 und 33 Abs. 6 SGB IX).[22]

Die angestrebte Überwindung der Unübersichtlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechts konnte allerdings weithin nicht erreicht werden, denn die Rehabilitationsträger erbringen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auf der Grundlage des SGB IX und den jeweiligen für sie geltenden Leistungsgesetzen (§ 4 Abs. 2 SGB IX). Dabei gelten die Regelungen des SGB IX für Leistungen zur

[21] ebd.
[22] Diese Ergänzung und Klarstellung ist zugleich auch ein Beispiel dafür, dass für die rechtliche Regelung einer Leistungsverbesserung bisweilen ein äußerst langer Atem benötigt wird, denn die in den §§ 26 Abs. 3 und 33 Abs. 6 genannten Hilfen sind nahezu wortgleich bereits in dem Referentenentwurf für ein SGB IX vom 15.11.1993 im Katalog der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als „psychosoziale Leistungen“ aufgeführt worden.

Teilhabe nur so weit, als sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträgern geltenden Gesetzen nichts Abweichendes ergibt (§ 7 SGB IX). Während bei den mit dem Inkrafttreten des SGB IX vorgenommenen Änderungen in den einzelnen Leistungsgesetzen bezüglich der von diesen zu erbringenden Rehabilitations- und Teilhabeleistungen explizit auf die entsprechenden Regelungen des SGB IX verweisen wird, wie z. B. im Recht der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) und dem BSHG, sucht man entsprechende Verweisungen im Krankenversicherungsrecht (SGB V) oder dem Recht der Arbeitsförderung (SGB III) vergebens. Damit bleibt das Rehabilitationsrecht für Menschen, die nicht täglich mit diesem komplexen Gefüge befasst sind, weiterhin unübersichtlich. Gerade für Menschen, die in Folge einer Erkrankung oder Behinderung einen komplexen Bedarf an Hilfen haben, ist eine abgestimmte, koordinierte und auf der fachlichen Ebene integrierte Leistungserbringung von elementarer Bedeutung. Dies trifft insbesondere für Menschen mit einer psychischen Behinderung zu, wie die vorstehenden Ausführungen in Kap. 2.1. gezeigt haben. Diesem Bedarf Rechnung zu tragen, ist eines der zentralen Anliegen des SGB IX.

Die einschlägigen Bestimmungen zur Koordinierung und zum Zusammenwirken sowie zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger in den §§ 10-13 SGB IX, die aber in ihrem Regelungsgehalt nicht über den bereits mit dem RehaAnglG erreichten Stand hinaus gehen. Dabei wird zwar in der Begründung eingehend das Ziel des Gesetzgebers ausgeführt: „Soweit notwendig, sollen die Rehabilitationsträger die im Einzelfall notwendigen Rehabilitationsziele und -leistungen trägerübergreifend so bestimmen, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger wie ‚aus einer Hand' erscheinen."[23]

Dass es sich bei der „Leistung wie aus einer Hand" lediglich um eine „Erscheinung" handelt, ergibt sich zum einen aus den vorstehend bereits angesprochenen Regelungen der §§ 4 und 7 SGB IX, zum anderen aus der Ausführung in der Begründung, in der ausgeführt wird, dass es sich hierbei „um eine interne Koordination [handelt]; eine gemeinsame Bescheidung oder gar eine inhaltliche Modifizierung der Einzelansprüche ist hiermit nicht vorgesehen."[24]

Ein Begriff des SGB IX[25] wurde in dem zum 01.05.2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) zum Schlüsselbegriff: die Barrierefreiheit die bereits als Anforderung Eingang in die Regelungen des SGB IX.

---

[23] Aus der Begründung zu § 10 Abs. 1 SGB IX, Bundestags-Drucksache 14/5074, S. 102. Diese Zielsetzung wird auch in der Begründung zu § 13 wiederholt vorgetragen. Danach geht es bei den von den Rehabilitationsträgern in Ergänzung zu den gesetzlichen Regelungen zu vereinbarenden gemeinsamen Empfehlungen über die für eine reibungslose und koordinierte Zusammenarbeit nicht darum, „Voraussetzungen und Inhalte von Leistungen neu zu bestimmen, sondern im Rahmen des geltenden Rechts eine einheitliche und – bei Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger – eine koordinierte Leistungserbringung zu bewirken; dies soll dazu beitragen, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger wie ‚aus einer Hand' erscheinen, auch wenn sie von rechtlich selbständigen Rehabilitationsträgern eigenverantwortlich erbracht werden."

[24] Begründung zu § 10 SGB IX, a.a.O.

[25] Bei Rehabilitationsdiensten und Einrichtungen (§ 19 SGB IX), Servicestellen (§ 23 SGB IX), Gutachtern (§ 15 Abs. 2) sollen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen; die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, gemeinsame Empfehlungen zur barrierefreien Leistungserbringung (§ 20 SGB IX) vorzulegen.

Mit dem BGG wurde Barrierefreiheit wie folgt definiert: „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“ (§ 4 BGG)

In der Begründung zu dieser Regelung wird ausgeführt, dass mit dieser Definition der Barrierefreiheit die „Begriffe ‚behindertengerecht’ und ‚behindertenfreundlich’“ abgelöst werden, die in der Kombination von „behindert“ und „gerecht“ oder „freundlich“ falsche Assoziationen der besonderen Zuwendung zu behinderten Menschen auslösen können.“[26]
Weiter soll mit dieser Definition „deutlich werden, dass nicht nur die physischen Barrieren wie Treppen, zu schmale Gänge, Stolperstufen, ungesicherte Baugruben usw. gemeint sind, sondern auch die kommunikativen Schranken erfasst werden, denen beispielsweise hörbehinderte Menschen ausgesetzt sind, wenn Gehörlosen zur Verständigung mit Hörenden Gebärdensprachdolmetscher fehlen bzw. Hörgeräteträger keine entsprechenden Höranlagen vorfinden oder mit denen Blinde konfrontiert werden, wenn sie in Sitzungen Schwarzschriftdokumente nicht lesen können und keine Vorlesekräfte zur Verfügung haben. Dabei ist den besonderen Belangen seelisch- und geistig- sowie lernbehinderter Menschen Rechnung zu tragen.“[27]

Während für Menschen mit körperlicher Behinderung oder Sinnesbehinderung (Blinde, Gehörlose) konkrete Regelungen getroffen wurden[28], ergeben sich aus Gesetzestext und Begründung keinerlei Anhalts- oder Orientierungspunkte, wie die besonderen Bedürfnisse seelisch behinderter Menschen Berücksichtigung finden können. Diesbezügliche Definitionen stehen noch aus.[29]

6.6 Heimgesetz

Mit dem Heimgesetz ist ein wichtiger Beitrag zum Schutz von Heimbewohnern geleistet worden. Die Bestimmungen zur individuellen Pflege- und Betreuungsplanung, der Dokumentation der Hilfepläne und der Verpflichtung zum Abschluss jeweils an den Hilfebedarf angepasster Heimverträge entsprechen völlig den Empfehlungen zu einer personenzentrierten Hilfeleistung.

Allerdings ergeben sich aus der auf den Einrichtungstyp spezifizierten Qualitätssicherung einige Folgeprobleme:

1. Der Schutz bezieht sich nur auf Heimbewohner. Sinnvoll wäre ein allgemeines ‚Hilfeempfängerschutzgesetz’.

[26] Begründung zu § 4 BGG, Bundestags-Drucksache 14/7420
[27] Ebd.
[28] Z. B. zum Abbau von Barrieren in den Bereichen Bau und Verkehr und zur Einführung von Kommunikationshilfen, darunter auch der Gebärdendolmetscher für Gehörlose
[29] Vgl. Die Stellungnahme der AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. zur Öffentlichen Anhörung am 23. Januar 2002, Bundestags-Drucksache 14/8331, S. 52 sowie Ausschuss-Drucksache 14/2004

2. Das Heimgesetz erzwingt eine Festlegung der Einrichtungsform: Die Trias ‚Unterkunft – Verpflegung – Betreuung' charakterisiert ein Heim, sofern die Koppelung obligatorisch ist. Ist die Einrichtung als Heim identifiziert, wird daher gelegentlich seitens der Träger auf eine solcherart gekoppelte Dienstleistung gedrungen, auch wenn der individuelle Hilfebedarf Verpflegung, Pflege oder Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft aktuell nicht beinhaltet. In diesem Fall sieht sich der Bewohner gezwungen, entweder nicht bedarfsgerechte oder unerwünschte Leistungen in Anspruch zu nehmen oder die Einrichtung zu verlassen. Beides kann aus rehabilitativer Sicht contraindiziert sein.

3. Das Wohnen im Heim kann zu sozialrechtlichen Ausschlüssen oder Benachteiligungen führen. Z. B. besteht kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege, weil kein eigener Haushalt geführt wird. Andererseits gehört Krankenpflege im Sinne des SGB V nicht zum Standardangebot von Pflege- oder Eingliederungsheimen.

4. Konkrete Vorgaben (z. B. der Heimmindestbauverordnung) entsprechen nicht den Bedarfen psychisch kranker Menschen.

5. Das Risiko der Unterversorgung durch die Einrichtung wird abgewehrt. Das Risiko einer rehabilitationshemmenden Überversorgung spielt jedoch bei psychisch kranken Menschen ebenfalls eine erhebliche Rolle.

In der weiteren Gesetzesentwicklung sollte die einrichtungsbezogene Qualitätssicherung zu einer einrichtungsübergreifend personenbezogenen Qualitätssicherung entwickelt werden.

7. Finanzierung von Komplexleistungen

7.1 SGB V

Bei der Krankenbehandlung handelt es sich um ärztlich angeordnete oder verantwortete Leistungen (§ 15 SGB V) zur Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung oder Linderung der Krankheitsbeschwerden (§ 27 SGB V). Vorrangiger Leistungsträger ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Die Ansprüche der Versicherten auf ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Krankenpflege konnten bis 1999 in der Regel nur in der teilstationären und vollstationären **Krankenhausbehandlung** sowie im ambulanten Bereich nur in der **Institutsambulanz** (§ 118 SGB V) als Komplexleistung erbracht werden.

Außerhalb der Institutsambulanzen waren ambulante Leistungen zur Krankenbehandlung (ärztliche Behandlung, Ergotherapie, häusliche Krankenpflege etc.) nur additiv verfügbar, was gerade dem Bedarf schwer und chronisch psychisch erkrankter Menschen nicht hinreichend Rechnung trägt.

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG, 2003) wurden diese Ansätze verstärkt und weiterentwickelt. Rechtliche Verbesserungen für psychisch kranke Menschen ergeben sich z. B. aus folgenden Ergänzungen des SGB V:

- Stärkung von Prävention und Selbsthilfeförderung
- verstärkte Einbeziehung von Patientenvertretern und von Patienteninteressen verpflichteten Interessenvertretern
- Wahl eines Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten
- Stärkung von Behandlungskontinuität und kooperativen Behandlungsformen
- Schaffung eines unabhängigen Instituts zur Qualitätssicherung
- Verpflichtung zu einrichtungsübergreifender Qualitätssicherung

7.1.1 Institutsambulanzen

Im Abschlussbericht der Kommission Personalbemessung wurde 1998 bemängelt, dass nur psychiatrische Fachkrankenhäuser Anspruch auf Ermächtigung zur Institutsambulanz haben, während psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern an die Bedarfsprüfung des Zulassungsausschusses gebunden sind , was dazu führte, dass nur etwas mehr als ein Drittel der Abteilungen über eine Ermächtigung verfügten.

Da Institutsambulanzen in der Behandlung von psychisch kranken Menschen mit schweren und chronischen Verlaufsformen unverzichtbar sind, wenn dem Prinzip ambulant vor stationär Rechnung getragen werden soll, wurde eine Novellierung des § 118 SGB V vorgeschlagen, die im wesentlichen mit der Gesundheitsreform 2000 umgesetzt worden ist.

Seit dem 01.01.2000 haben nicht mehr nur psychiatrische Krankenhäuser sondern auch Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung einen Anspruch auf Einrichtung einer Institutsambulanz. Die Konkretisierung der

Patientengruppe und des Behandlungsangebotes der Institutsambulanz erfolgte allerdings nicht im Gesetz selbst; diese Aufgabe wurde in § 118 Abs. 2 SGB V den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übertragen, die hierüber eine Vereinbarung geschlossen haben, die zum 01.04.2001 in Kraft getreten ist.

7.1.2 Soziotherapie

Während in der stationären und teilstationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung sowie im Leistungsspektrum der Institutsambulanzen Soziotherapie bereits seit Anfang der 90er-Jahre verankert war, war sie im übrigen Bereich der ambulanten Behandlung nicht möglich.

Diesbezüglich wurde mit der Gesundheitsreform 2000 ein weiterer wichtiger rechtlicher Baustein zur Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke Menschen eingeführt: Die **Soziotherapie** (§ 37 a SGB V), die insbesondere die Koordinierung der im Einzelfall erforderlichen und verordneten Leistungen sowie die Förderung der Motivation von schwer psychisch erkrankten Menschen zur Inanspruchnahme dieser Leistungen umfasst und damit die Möglichkeit zu einer verbesserten Abstimmung und Integration von Behandlungsmaßnahmen eröffnet. Das Ziel einer integrierten und abgestimmten Leistungsbringung spiegelt sich auch darin wieder, dass in den Richtlinien und Empfehlungen zur Soziotherapie als Anforderung an die verordnenden Ärzte sowie die Soziotherapie-Leistungserbringer die Zugehörigkeit zum Gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Strukturen geregelt worden ist.

Der Hilfe beim Zugang zu bedarfsgerechten Hilfen und der Koordination dieser Hilfen kommt bei schwer psychisch beeinträchtigten Menschen eine zentrale Bedeutung bei. Der Wert einer umfangreichen individuellen Hilfeplanung mit dem Klienten unter Einbeziehung der (eventuell) beteiligten Therapeuten und Dienste sowie sonstiger nicht-psychiatrischer Bezugspersonen hat sich immer wieder deutlich gezeigt. Einrichtungsübergreifende personenzentrierte Hilfeplanung und Abstimmung im Verlauf der Hilfeleistungen sind die zentralen und unverzichtbaren Bestandteile personenzentrierter Hilfeleistung. Um dies als Bestandteil von psychiatrischer Behandlung (in der Zuständigkeit der Krankenversicherung) zu kennzeichnen und um die Einbeziehung der ansonsten wegen ihrer Praxisbindung oft an aktiverer Beteiligung an regionaler Kooperation gehinderten niedergelassenen Psychiater sicher zustellen, hat sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE in den 90er Jahren vehement für die Aufnahme der Leistung „Soziotherapie“ in den Leistungskatalog der GLV eingesetzt.

Mit der Einführung der Soziotherapie für chronisch psychisch kranke Menschen in § 37 a SGB V durch die GKV Gesundheitsreform 2000 ist diesen und vielfachen sonstigen Forderungen aus der Fachwelt Rechnung getragen worden. Die Auswertung einer vorherigen modellhaften Erprobung hatte zu einer positiven Einschätzung geführt.[30] Trotzdem wurden vor und nach Beschluss des Gesetzes Befürchtungen geäußert, dass Soziotherapie die gesetzten Ziele nicht erreichen und zu inakzeptablen Kostensteigerungen führen könnte.

[30] siehe: Ambulante Soziotherapie“, Band 115 der Schriftenreihe des BMG

Die Erstellung und Verabschiedung der Richtlinien gemäß § 73 a SGB V und der Empfehlungen gemäß § 132 b SGB V, die erst zum 01.01.2002 in Kraft traten, erforderte mehr Zeit als erhofft. In den Richtlinien zur Soziotherapie ist der anspruchsberechtigte Personenkreis restriktiv definiert worden. Es ist fraglich, ob Soziotherapie in dieser Form integrierter Bestandteil eines komplexen ambulanten Hilfeangebotes werden und zur Unterstützung schwer erkrankter Patienten bei der Inanspruchnahme ihnen zustehender ambulanter Hilfen beitragen kann. Die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen enthalten weitere Einschränkungen, die eine Einbindung an den Gemeindepsychiatrischen Verbund erschweren.

Soziotherapie darf nicht zu einer weiteren isolierten Einzelleistung aufgebaut werden. Der „niedergelassene Soziotherapeut“ in eigener Praxis sollte allenfalls als Ausnahme gelten. Stattdessen muss die Einbindung in den Gemeindepsychiatrischen Verbund sichergestellt und die koordinierende Funktion des Soziotherapeuten im Vordergrund stehen. Erforderlich ist die Präzisierung der Richtlinien nach einer Evaluation der Umsetzung der Gesetzesänderung im § 37 a SGB V durch unabhängige Experten.

Trotz erheblicher Bedenken gegenüber den Richtlinien und den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen hat sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE dafür eingesetzt, zunächst auf der Grundlage dieser Regelungen mit der Soziotherapie zu starten. Gleichzeitig hat sie sich bei der Gesundheitsministerin für eine Evaluation eingesetzt mit der Option, nach Auswertung der ersten Erfahrungen mit Soziotherapie hier Korrekturen vorzunehmen.

Nachdem die AKTION PSYCHISCH KRANKE bereits im Jahr 2001 vorgeschlagen hatte, die Richtlinien zur Soziotherapie und die Empfehlungen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie durch eine Evaluation darauf hin zu überprüfen, ob das durch die Gesetzgebung angestrebte Ziel einer eng ins bestehende Versorgungssystem integrierten Form von Soziotherapie umgesetzt wird, wurde dieses Anliegen in der vom Bundestag am 04.07.2002 mit großer Mehrheit verabschiedeten Entschließung „25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Weiterentwicklung“ aufgegriffen: Darin heißt es:
„In den am 01.01.2002 in Kraft getretenen Richtlinien zur Soziotherapie ist der anspruchsberechtigte Personenkreis restriktiv definiert. Es ist fraglich, ob in der jetzigen Form die Soziotherapie den ursprünglichen Anspruch erfüllen kann, integrierter Bestandteil eines komplexen ambulanten Hilfeangebots zu sein und schwer kranke Patienten bei der Inanspruchnahme ihnen zustehender ambulanter Hilfen zu unterstützen. Soziotherapie darf keine weitere isolierte Einzelleistung darstellen. Der Deutsche Bundestag fordert eine Evaluierung der Umsetzung der Richtlinien von unabhängiger Seite, um eine erfahrungsorientierte Fortschreibung der Regelungen sicherzustellen.“

Im Frühjahr 2003 ist das Vorhaben zur Evaluation der Soziotherapie vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ausgeschrieben worden. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat sich an der Ausschreibung beteiligt und den Auftrag erhalten

7.1.3 Häusliche Krankenpflege

Ein Umsetzungsdefizit ist weiterhin im Bereich der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu verzeichnen, denn der im Jahr 2000 in Kraft getretene und erstmals bundesweit einheitlich geltende Katalog von Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist nahezu ausschließlich an den Bedürfnissen somatisch Kranker ausgerichtet.

Nachdem in den Jahren 1999 und 2000 im Rahmen des von der AKTION PSYCHISCH KRANKE durchgeführten Projekts „Außerstationäre psychiatrische Pflege“ dieser Bereich eingehend erörtert und ein Katalog mit einer fachlich begründeten Beschreibung von Leistungen der psychiatrischen Behandlungspflege (Leistungsbeschreibung gem. § 132 a SGB V) entwickelt wurde, bildeten diese die zentrale Grundlage für die Beratungen einer Arbeitsgruppe der Krankenkassen und der Spitzenverbände der Pflegedienste unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der AKTION.

Der Formulierungsvorschlag der AKTION zu den Leistungsbeschreibungen für psychiatrische häusliche Krankenpflege ist den Vereinbarungspartnern (sowohl für die Richtlinien des Bundesausschusses gem. § 92 SGB V wie für die Empfehlungen gem. § 132 a SGB V) Ende 1999 zugegangen.

Im Frühjahr 2003 wurde dann erstmals vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ein Entwurf zur Ergänzung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen um spezielle Leistungen für psychisch kranke Menschen vorgelegt. Die in dem Leistungsverzeichnis beschriebenen Leistungen entsprechen mit nur unwesentlichen Veränderungen den bereits 1999 von der AKTION vorgelegten. Bezüglich der Voraussetzungen für die Verordnung wie auch des Umfangs und der Dauer der Verordnung enthielt der Entwurf äußerst restriktive Regelungen, die die AKTION PSYCHISCH KRANKE veranlasst haben, hierzu eine Stellungnahme abzugeben, in der der dringende Bedarf zur Überarbeitung des Entwurfs dargelegt wurde.

Aus Sicht der AKTION waren dabei insbesondere
- der Ausschluss der gleichzeitigen Verordnung von Soziotherapie,
- die restriktive Aufzählung von Diagnosegruppen bei der Indikation sowie
- die Begrenzung des Leistungsumfangs auf eine Dauer von bis zu vier Monaten mit maximal 14 Einsätzen pro Woche

bemängelt und konstruktive Änderungsvorschläge unterbreitet worden. Die Stellungnahme der AKTION PSYCHISCH KRANKE vom 11.06.2003 wurde den Mitgliedern des Bundesausschusses und nachrichtlich dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, den Spitzenverbänden der Pflegedienste und Fachverbände übermittelt.

Seither dauert der Fortgang der Beratungen im Bundesausschuss an, ohne dass dieser zu einem weiteren Ergebnis (Vorlage eines überarbeiteten Entwurfs oder Beschlussfassung) geführt hätte. Vor diesem Hintergrund ist die Intransparenz der Vorgehensweise in den Beratungen des Bundesausschusses zu konstatieren und zu problematisieren. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat sich auch 2003 gegenüber Vertretern der Politik und der Selbstverwaltung nachdrücklich und wiederholt

dafür eingesetzt, dass die überfällige Realisierung des Anspruchs psychisch kranker Menschen auf eine ihrem spezifischen Hilfebedarf entsprechend ausgestaltete häusliche Krankenpflege vorangetrieben wird.

7.1.4 Medizinische Rehabilitation

Primärerer Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation ist die Rentenversicherung, sekundärer die gesetzliche Krankenversicherung und nachrangig die Sozialhilfe. Ziele der medizinischen Rehabilitation sind, krankheitsbedingte Fähigkeitsstörungen zu beseitigen und zu mindern, um dauerhafte Beeinträchtigungen im beruflichen und gesellschaftlichen Leben möglichst zu verhindern. Dabei zielt die medizinische Rehabilitation

- in Zuständigkeit der Rentenversicherung vor allem auf die Stabilisierung, Wiedererlangung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und die Eingliederung in das Erwerbsleben,
- in der Krankenversicherung vor allem darauf, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu bessern und eine Verschlimmerung zu verhüten.

Zu den Leistungen gehören (entsprechend den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, 1996; siehe auch Anforderungsprofil zur Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke RPK):

- Behandlung durch Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Arzt für Psychiatrie oder Nervenarzt), ggf. einschließlich der Psychopharmakotherapie
- Psychotherapie durch ärztliche und/oder psychologische Psychotherapeuten, einzeln und in Gruppen
- indikative Gruppen mit Angehörigenbezug, in Bezug auf Arbeit, Krankheitsbewältigung und Therapieverständnis (Psychoedukation)
- Ergotherapie, Arbeitstherapie und Belastungserprobung
- Psychiatrische Krankenpflege
- Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie
- Psychosoziale Hilfen (psychosoziale Betreuung und Rehabilitationsberatung – auch in Fragen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Gesundheitsbildung

Mit dem SGB IX wurde darüber hinaus klargestellt, dass Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
„auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (sind), soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele (Anm.: Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern etc.) zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,

4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.“ (§26, 39; vgl. auch § 33 (1) SGB IX).

Bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hatte sich bereits in der ersten Hälfte der 90er Jahre eine Arbeitsgruppe der Vertragspartner der RPK-Empfehlungsvereinbarung mit dem Ziel konstituiert, Anforderungen an die Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen zu erarbeiten, die – in Fortführung der RPK-Konzeption – Möglichkeiten einer umfassenden und ganzheitlichen, in den konkreten Lebensfeldern der betroffenen Personen ansetzenden Rehabilitation aufzuzeigen. Das in dieser Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Mitgliedern der Kommission zur Personalbemessung erarbeitete Grundlagenpapier »Die Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen – Anforderungen und Qualitätskriterien« (Stand 02.08.1995) ist als Anlage der Langfassung des Kommissionsberichts beigefügt.[31] Die darin erarbeiteten Anforderungen und Qualitätskriterien eröffnen eine sinnvolle Perspektive, ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung miteinander zu verknüpfen und in einem Guss zu gestalten.

Nachdem zwischenzeitlich das ursprünglich nur als stationäre Einrichtung konzipierte Angebot an etlichen Orten flexibilisiert worden ist und auch ambulant (der Leistungsumfang entspricht dabei einem herkömmlichen teilstationären Angebot, wie z. B. im Rahmen der tagesklinischen Behandlung) realisiert wird, hat eine Arbeitsgruppe der BAR eine überarbeitete RPK-Empfehlungsvereinbarung vorgelegt (Stand 04.10.2004) und den Vereinbarungspartnern zur Abstimmung und Unterzeichnung zugeleitet. Darin wird das Konzept einer übergreifend ausgerichteten Rehabilitation zu Grunde gelegt, die

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben integriert,
- ambulant oder stationär erfolgt,
- das berufliche sowie persönliche Lebensumfeld handlungsorientiert einbezieht
- vernetzt arbeitet mit Facharzt/Hausarzt des Rehabilitanden, Therapeuten, wichtigen Helfergruppen im Betrieb sowie Diensten zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen.

7.1.5 Integrierte Versorgung

Hinzuweisen ist schließlich noch auf die ebenfalls mit der Gesundheitsreform 2000 in das Krankenversicherungsrecht neu eingefügte und zum 01.01.2004 weiter entwickelte Regelung zur **integrierten Versorgung** (§§ 140 a ff. SGB V). Diese ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren oder verschiedene Fachgebiete übergreifende Versorgung: Ambulant und stationär unter Einbeziehung der verschiedenen Leistungserbringer im Bereich der Krankenbehandlung, die darüber

[31] Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 116 I, Nomos-Verlag, Baden-Baden

hinaus mit weiteren Leistungserbringern, z. B. aus den Bereichen der Rehabilitation und Teilhabe verknüpft werden kann. Ziel der Regelung ist die Entwicklung integrierter, auf den Bedarf bestimmter Patientengruppen – wie z. B. psychisch kranker Menschen – ausgerichteter Versorgungsstrukturen.

7.2 BSHG / SGB XII

Die am 01.01.1999 in Kraft getretenen die Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte betreffenden Änderungen der §§ 93ff. BSHG gestaltete sich in allen Ländern äußerst schwierig. Nach wie vor ist die Umstellung der Finanzierung bei entsprechenden Rahmenverträgen nicht in allen Ländern realisiert oder nur in Teilbereichen erreicht (oft nur für stationäre Eingliederungshilfe).

Im Rahmen des Implementationsprojekts beteiligte sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE beratend an den Verhandlungen in den Ländern der Projektregionen. Dies führte in der Folge zu einer weitgehenden Übernahme der Empfehlungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE durch die Sozialhilfeträger und die Verbände der Freien Wohlfahrt in Rheinland-Pfalz und Berlin. In Bayern einigten sich die Verhandlungspartner auf eine Erprobung der personenzentrierten Hilfeplanung, die inzwischen mit positivem Ergebnis abgeschlossen wurde. Eine Einigung hinsichtlich einer Umstellung der Finanzierung konnte jedoch noch nicht erzielt werden.

Im Zuge der Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch (SGB XII) wurde die (subsidiäre) Verordnungsermächtigung, die zuvor dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zukam, auf die Ebene der Länderministerien verlagert.

Weitere Änderungen des Sozialhilferechts sind für psychisch kranke Menschen von Bedeutung:

- Die Zuständigkeit nur für Leistungsberechtigte, die weniger als drei Stunden täglich erwerbstätig sein können.
- Der Paragraph 11, der eine Aktivierung und Unterstützung der Sozialhilfeempfänger vorsieht.
- Einheitliche Zuständigkeit für Leistungen der Eingliederungshilfe.
- Einbezug der Grundsicherung für voll Erwerbsgeminderte und über 65-jährige in das Gesetz.
- Überwindung der Benachteiligung ambulanter Hilfen in den Regelungen zur Heranziehung Unterhaltspflichtiger (§ 94 SGB XII).
- Möglichkeit der Leistungserbringung durch ein trägerübergreifendes persönliches Budget mit individuellem Rechtsanspruch ab 2007.

Insbesondere die deutlich verstärkte Möglichkeit von über persönliche Budgets finanzierte Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dürfte in absehbarer Zeit die Flexibilisierung der Leistungen, das Spektrum der Angebotsformen und das Wahlrecht der Hilfeempfänger erheblich verstärken.

7.3 Persönliche Budgets

Mit dem SGB IX wurde das Wunsch- und Wahrecht der Leistungsberechtigten gestärkt. In der Zielsetzung, die Selbstbestimmung behinderter Menschen zu fördern, wurde das persönliche Budget eingeführt. Nachdem die Umsetzung dieser Neuregelung äußerst langsam und nur von wenigen Leistungsträgern – Sozialhilfeträgern in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Hamburg sowie Regionen in Thüringen – aufgegriffen wurde, erfolgte im Zuge der Novellierung des SGB IX zum 01.07.2004 eine Konkretisierung und Weiterentwicklung im SGB IX zum „trägerübergreifenden persönlichen Budget“, zu dem Näheres in der Budgetverordnung geregelt wurde.

Das persönliche Budget soll in der Regel als Geldleistung – ggf. aber auch durch Gutscheine – ausgeführt werden, wobei die Höhe des Budgets so bemessen sein muss, dass der in einem Hilfeplanverfahren (gem. § 10 SGB IX, siehe vorstehend zu 2.3.1) festgestellte Bedarf gedeckt werden kann.

Die Umsetzung des persönlichen Budgets noch so viele Fragen auf, dass eine eingehendere Auseinandersetzung mit dieser neuen Möglichkeit hier den Rahmen sprengen würde. Nach Abschluss der bis Ende 2007 laufenden Erprobung, in deren Rahmen unter anderem Erkenntnisse über Verfahren zur Bemessung des Hilfebedarfs gewonnen werden sollen, wird den Leistungsberechtigten ab 01.01.2008 ein Recht auf Ausführung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (wobei darüber hinaus auch Leistungen der Pflegeversicherung sowie der Integrationsämter einbezogen wurden) in Form eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets eingeräumt wird, sofern die Leistungen nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind. Damit wird eine Chance zur Realisierung personenbezogener Hilfen eröffnet. Im Rahmen der von der AKTION PSYCHISCH KRANKE begleiteten Projekte zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes konnten in etlichen Regionen bereits positive Erfahrungen mit dem persönlichen Budget gesammelt werden.

Die Finanzierung von Hilfen für seelisch behinderte Menschen durch persönliche Budgets ist eine ist ein sehr wirkungsvoller Beitrag zu Schaffung personenzentrierter Hilfeformen. Durch sie finanzierte Leistungen sind flexibel, passgenau, individuell vereinbart und beziehen nicht-psychiatrische Hilfen ein.

Dabei müssen jedoch folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die persönlichen Budgets sind bedarfsgerecht.
   Sie reichen, ggf. in Verbindung mit sonstigen Leistungen, aus, um eine bedarfsgerechte Hilfe sicher zu stellen. Sie sind wirtschaftlicher, weil Leistungen schneller an den Bedarf angepasst werden können und weil nicht-psychiatrische Hilfen optimal einbezogen werden können. Sie dienen nicht dazu, gleiche Leistungen geringer zu vergüten.

2. Sie ermöglichen den Hilfeempfängern Entscheidungen über die Art der Durchführung und die Dienstleister. Persönliche Budgets sind niemals Prämien für Nicht-Inanspruchnahme von notwendigen Hilfeleistungen.

3. Sie berücksichtigen die erforderliche fachliche Qualifikation der Helfer. Nicht-psychiatrische Hilfen genießen Vorrang. Sofern fachliche sozialpsychiatrische Leistungen erforderlich sind, sind diese in der Regel durch anerkannte Leistungserbringer zu erbringen; dies schließt dies den notwendigen institutionellen Overhead ein (siehe Punkt 4.).

4. Indirekt klientenbezogene Leistungen werden bei der Festsetzung der persönlichen Budgets berücksichtigt: kollegialer Fachaustausch, Dokumentation, Fortbildung, Leitung, Kooperation im Gemeindepsychiatrischen Verbund, Urlaub, Krankheit, u.s.w.

5. Sie stehen auch anspruchsberechtigten behinderten Menschen zur Verfügung, die die Verwaltung der persönlichen Budgets nicht selbst übernehmen wollen oder können. In diesem Fall werden Assistenten eingesetzt oder Gutscheine ausgegeben.

6. Es gibt eine regionale Steuerung über Hilfeplankonferenzen oder ähnliches, die (in Verbindung mit entsprechenden Vereinbarungen / Stichwort Gemeindepsychiatrischer Verbund) sicher stellt, dass keine Menschen wegen Art oder Schwere ihres Hilfebedarfs von Hilfeleistungen ausgeschlossen werden. Die wünschenswerte Ausweitung von persönlichen Budgets darf nicht dazu führen, dass Dienste und Einrichtungen mit regionaler Pflichtversorgung so reduziert werden, dass sie diese Aufgabe nicht mehr erfüllen können.

7.4 SGB II

Mit dem vierten Gesetz für moderne Dienstleistung wurde die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe mit einer gemeinsamen Grundsicherung für Arbeitssuchende im SGB II verankert.
Dieser Schritt bedeutet Verbesserungen für psychisch kranke Sozialhilfeempfänger, die mindestens 3 Stunden pro Tag unter üblichen Bedingungen erwerbsfähig sind, z. B.
- Zugang zur allgemeine Arbeitsvermittlung
- Anspruch auf alle Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation
- Verbesserte Zuverdienstmöglichkeiten

Unter jungen psychisch kranken Menschen und langfristig psychisch Erkrankten gibt es einen hohen Anteil von Arbeitssuchenden, die noch nie sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Für diese eröffnen sich neue Chancen.

Es bestehen allerdings diverse offene Fragen hinsichtlich der Umsetzung z. B. in Bezug auf
- das Fortbestehen von Fördermöglichkeiten im sogenannten Zuverdienstbereich,
- Hilfe zur Arbeit im Rahmen der Sozialhilfe für Menschen mit Erwerbsfähigkeit unter 3 Stunden / Tag,
- Verfahren und Zuständigkeit für die Feststellung der Erwerbsfähigkeit,
- Zumutbarkeitsregelungen für psychisch kranke Menschen mit Einschränkungen bei einer grundsätzlich über dreistündigen Erwerbsfähigkeit.

Es sollte (erneut) gesetzlich verankert werden, dass die zu schaffenden Arbeitsgelegenheiten für den Leistungsberechtigten in Bezug auf Umfang, Art und Dauer geeignet sein müssen. Für psychisch Kranke ist die Eignung der Arbeitsmöglichkeit von elementarer Bedeutung **(§ 16 Abs. 3)**.

Die Eingliederungsvereinbarungen sollten aufgewertet werden in Richtung einer Gesamtplanung, wie sie im SGB IX und den entsprechenden Empfehlungsvereinbarungen definiert ist **(§ 15)**.

Die Möglichkeit der Leistungserbringung durch ein persönliches Budget entsprechend zu SGB IX und parallel SGB XII sollte aufgenommen werden.

7.5 SGB VI

Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind vorrangig die Rentenversicherungsträger zuständig (wobei chronisch psychisch kranke Menschen häufig die in § 11 SGB VI geregelten versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllen), sekundär die Bundesagentur für Arbeit sowie nachrangig die Sozialhilfeträger. Außerdem kommen bei als schwerbehindert anerkannten Menschen auch Leistungen der Integrationsämter in Betracht. Ziele bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die Verhinderung des Ausscheidens aus dem Erwerbslebens bzw. eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung.
Berufsfördernde Leistungen der Rehabilitation, z. B. zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme, können allenfalls Teil eines Komplexleistungsprogramms für psychisch kranke Menschen sein, sofern diese Maßnahmen Personal mit psychiatrischer Fachkompetenz erfordern.

Sie sind dann in der Regel mit Leistungen der Krankenbehandlung durch die Krankenkassen oder mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu einem Komplexleistungsprogramm zu verbinden (Teilhabeplan gem. § 10 SGB IX).

Ein Vorbild für die organisatorische Vernetzung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsangeboten für psychisch kranke Menschen beinhaltet die bereits vorstehend angesprochene RPK-Empfehlungsvereinbarung, die aber noch nicht vereinbart und noch weniger bedarfsgerecht umgesetzt worden ist.

7.6 Freiwillige Leistungen

Der größte Teil sozialpsychiatrischer Hilfen kann personell zugeordnet nach den Sozialgesetzbüchern geleistet werden. Darüber hinaus sind im Bereich der Hilfen für psychisch kranke Menschen regional vorgehaltene Hilfen erforderlich, z. B.

- Sozialpsychiatrische Dienste zur Beratung, Krisenintervention, Prävention und Zuführung zu erforderlichen Hilfen,
- Zugehende Hilfsangebote für psychisch kranke ohne Krankheitseinsicht oder Behandlungsbereitschaft,
- Offene, auch anonyme Beratung für psychisch Kranke, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen.

In den Projektregionen haben die Sozialpsychiatrischen Dienste durch eigene Hilfeplanungen und Vorstellungen in der Hilfeplankonferenz, durch aktive Beteiligung an der Abstimmung in der Hilfeplankonferenz sowie durch Leistungen im Rahmen von personenbezogenen Komplexleistungen erhebliche Beiträge zum Projektgelingen geleistet.

Eine flächendeckende Einführung personenzentrierter regionalen Hilfesysteme ist ohne diese Funktion nicht realisierbar.

8. Finanzielle Steuerung der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

8.1 Vorgeschichte

Als im Jahr 1966 durch die Reform des Sozialhilferechts in den §§ 93ff. BSHG das Vergütungssystem grundlegend umgestellt wurde, waren damit seitens der Politik folgende
Ziele intendiert:
- Ausgabenbegrenzung durch Wettbewerb
- Wirtschaftlichkeit durch Preisverhandlungen statt Kostendeckung
- Qualitätssicherung und -verbesserung durch Leistungsbeschreibung und Leistungswettbewerb

Vor allem der erste Punkt rief Befürchtungen auf Seiten der Träger und der Verbände der Freien Wohlfahrt hervor. Die gesellschaftliche Solidarität stand und steht im Zeitgeist ohnehin etwas zurück hinter den Idealen Eigenverantwortung, Eigeninitiative und sonstigem Individualismus. Da die Sanierung des Bundeshaushalts von übermächtigen Schulden unumgänglich geworden war und parteiübergreifend Steuersenkungen in Aussicht gestellt wurden, waren Sorgen um den ungekürzten Bestand der steuerfinanzierten sozialen Sicherung durchaus berechtigt. Insbesondere die Kommunen haben auf die aus ihrer Sicht nicht mehr tragbaren finanziellen Belastungen durch die Sozialhilfe und die erheblichen Steigerungsraten in diesem Bereich hingewiesen. Den größten Anteil daran hatte die Eingliederungshilfe.

Auf diesem Hintergrund ist verständlich, dass Verbände und Träger reserviert reagierten, als die Verhandlungen über die Umsetzung begannen. Zweifellos ist es Aufgabe der Profis und Träger, im Sinne ihrer Klienten und der behinderten Menschen auf bestehende Bedarfe hinzuweisen und als Lobbyisten der sozial Schwachen aufzutreten.

Trotz dieser Befürchtungen vor Veränderungen sollten jedoch nicht übersehen werden, dass das bisherige einrichtungsbezogene Finanzierungssystem erhebliche Mängel aufweist.

8.2 Falsche Anreize im traditionellen System

Das bisherige Finanzierungssystem von Einrichtungen der Eingliederungshilfe basiert auf einrichtungsbezogenen Verhandlungen. Die Vergütung orientiert sich am ‚Platz'. Dem ‚Platz' der Einrichtung ist eine festgelegte Personalausstattung zugeordnet (Personalschlüssel). Die maximale Anzahl der Plätze ist für jede Einrichtung und damit für die Region festgelegt.

In Verhandlungen zwischen Einrichtungsträger und Leistungsträger werden vereinbart
a) eine maximale Platzzahl „Z" für die Einrichtung und
b) eine Vergütung „P" für jede Zeiteinheit eines belegten Platzes, z. B.- Pflegesatz pro Tag.

Wurde ein Tagespflegesatz vereinbart, ergibt das Produkt Z x P x 365 den Maximalbetrag, den der Träger vereinnahmen kann bzw. der Leistungsträger verausgaben muss. Da es sich um Einheitspreise handelt, ist die Verwaltung einfach. Da eine Vollauslastung der Einrichtung vom Leistungsträger klaglos akzeptiert wird, eine finanzierte Überbelegung jedoch quasi ausgeschlossen ist, besteht für beide Seiten Planungssicherheit.

Von dieser platzbezogenen Finanzierung gehen jedoch einige ungünstige Anreize aus:

- Betriebswirtschaftlich empfiehlt es sich, Plätze möglichst vollständig mit möglichst einfach zu betreuenden Klienten zu besetzen. Gut eingewöhnte Klienten mit langer Verweildauer sind unter diesem Blickwinkel oft die erwünschteren. Mitarbeiter in Einrichtungen mit hohen rehabilitativen Bemühungen in Richtung auf Entlassung des Klienten, entsprechend hoher Klientenfluktuation und hohem Anteil akut kranker Menschen handeln aus berufsethischen Gründen gegen wirtschaftliche Vernunft, da die zeitliche und emotionale Inanspruchnahme bei gleicher Bezahlung höher ausfällt als bei einem weniger rehabilitativ ausgerichteten Arbeitsstil.

- Die einheitliche Vergütung legt nahe, den Klienten gleiche Leistungen zukommen zu lassen – eine Tendenz, die bei vorwiegender Gruppenarbeit ohnehin stark wirkt. Sowie ein Klient Teile des „Angebots“ ablehnt, wird dies schnell als Verweigerung und therapeutischer Rückschritt interpretiert. Differenzierte Betreuungsleistungen werden nur bei (unerwünschten) individuellen Krisen geleistet. Der Klient weiß, dass er die Möglichkeit weiterer Betreuung und in Heimen die Wohnmöglichkeit verlieren kann, wenn er auf zu viele Leistungen verzichtet.

- Durch die Koppelung ‚stationär = viel Betreuung’ und ‚ambulant = wenig Betreuung’ wird bei hohem therapeutischen Betreuungsbedarf Druck auf den Klienten ausgeübt, auch Unterkunft und Verpflegung anzunehmen. Nimmt er als Teil der Leistung auch Unterkunft und Verpflegung in Anspruch (stationäre Hilfe), besteht Druck auch hohe therapeutische Leistungen anzunehmen. Das Bedürfnis und die Fähigkeit zum Leben in einer Groß- oder Kleingruppe ist jedoch unabhängig von der Intensität einer psychischen Störungen sehr unterschiedlich ausgeprägt.

- Die einrichtungsbezogene Finanzierung zieht die Notwendigkeit eines Wechsels der Einrichtung bei verändertem Hilfebedarf nach sich. Der Verlust von Bezugspersonen und vertrauter Umgebung ist für schwer psychisch kranke Menschen oft problematisch. Soweit Wechsel aufgrund verändertem Hilfebedarf erzwungen werden, kann dies für den Rehabilitationsverlauf problematisch sein. Wird der Wechsel aus diesem Grund vermieden, kommt es zu Über- und Unterversorgung.

- Die Einrichtungen sind in diesem System nicht nur auf eine weitgehend einheitliche Betreuungsintensität festgelegt, sondern auch auf die ausschließliche Finanzierung durch einen Leistungsträger. Da die Eingliederungshilfe / Hilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zeitlich und inhaltlich am wenigsten begrenzt ist, wird die Sozialhilfe auch bei erkennbarem Bedarf an medizinischer und beruflicher Rehabilitation

vorgezogen, wenn die vom vorrangigen Leistungsträger (Renten- oder Krankenversicherung) finanzierten Leistungen erwartungsgemäß nicht ausreichend sind. Andernfalls wären nach Abschluss der sonstigen Hilfen zur Teilhabe wieder die problematischen Einrichtungswechsel die Folge. Auch ein zeitlich paralleler oder aufeinander folgender Bedarf an Eingliederungshilfe und Pflege kann nur unbefriedigend bedient werden.

Eine Änderung der Finanzierung in Richtung stärkerer Differenzierung, Flexibilisierung und Orientierung an der individuell notwendigen Leistung ist daher dringend geboten. Auf dem Weg von der einrichtungszentrierten zur personenzentrierten Rehabilitation ist eine entsprechende Umstellung der Finanzierung unumgänglich. Die Reform des BSHG in den §§ 93ff. war daher notwendig und sinnvoll.

8.3 Wettbewerb um gute Qualität

Die Änderungen der Finanzierung sollten auf dem genannten Hintergrund vor allem den Interessen der Klienten dienen. Doch auch wenn es um Sparmaßnahmen der Leistungsträger oder allgemeiner der öffentlichen Hand geht, ist es völlig falsch, furchtsam wie das sprichwörtliche Kaninchen vor der Schlange zu erstarren und am Alten festzuhalten. Dass das Gesetz trotz 2 1/2jährigem Vorlauf (Beschluss 1996, in Kraft-Treten 01.01.1999) vielerorts immer noch nicht (vollständig) umgesetzt worden ist, kann und wird nicht so bleiben. Vielmehr geht es Einrichtungsträger darum, die neuen Möglichkeiten als Vereinbarungspartner zu nutzen und dabei

- die qualitativen Aspekte zu betonen,
- günstige Bedingungen für finanzielle Verhandlungen zu schaffen
- und schließlich im Wettbewerb mit (künftigen) Konkurrenten zu bestehen.

Der Kernpunkt ist, dass sich der Wettbewerb nicht auf den Preisvergleich beschränken darf. Stattdessen muss zum Preisvergleich stets der Qualitätsvergleich treten. Andernfalls gerät die Qualität unvermeidlich auf die Rutschbahn. Dies wiederum bedeutet: Die Qualität, das heißt Notwendigkeit, Art und Umfang der Leistung müssen beschreibbar werden.

Als qualitative Anforderungen sind zu nennen:

- individuelle Hilfeplanung unter größtmöglicher Einbeziehung des Klienten
- individuelle Hilfeleistung – zielorientiert, lebensweltbezogen, integriert
- Entkoppelung von Wohnen und Hilfeleistung
- ambulant vor stationär
- Einbeziehung nicht-professioneller Hilfen
- verbindliche Kooperation mit sonstigen Hilfeleistern
- Beteiligung an regionaler Pflichtversorgung
- Transparenz der Leistungserbringung gegenüber Nutzern und Fachwelt

8.4 Gemeinsames Interesse von Leistungsträgern und Leistungserbringern: Qualität transparent machen

Im Hinblick auf die Transparenz gibt es unter Mitarbeitern gelegentlich Abwehrhaltungen. Man befürchtet einengende Kontrolle und Beeinträchtigungen für durch Datenschutz und Schweigepflicht geschützte Vertrauensbeziehungen. Unter den Bedingungen des Wettbewerbs liegt es jedoch sowohl im Interesse der Leistungserbringer wie der Leistungsträger, Qualität transparent zu machen. Während der Leistungsträger darauf zu achten hat, dass die eingesetzten Ressourcen möglichst effizient genutzt werden und sich auf das Notwendige beschränken, sind die Leistungserbringer daran interessiert auszuweisen, dass finanzielle Kürzungen notwendigerweise Leistungseinschränkungen bedeuten. Kein Konkurrent soll ungeprüft behaupten können, er erbringe die gleiche Leistung für weniger Geld.

Die qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringung sollten daher in den Leistungsvereinbarungen möglichst konkret, d. h. überprüfbar festgehalten werden. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Einrichtungen ist die Bereitschaft, auch die schwer gestörten, weniger motivierten oder weniger kooperativen Menschen in die Betreuung aufzunehmen. Dabei reicht kein Lippenbekenntnis. Die meisten Ablehnungen erfolgen nicht explizit, sondern „ergeben sich“ aus den Zugangswegen: Wer zu zeitlich festgelegten Bewerbungsgesprächen erscheinen, seinen Betreuungswunsch glaubhaft darlegen und dann wochenlange Wartezeiten durchstehen kann, gehört vielleicht nicht immer zu den am stärksten beeinträchtigten Menschen. Die Einrichtungen sollen an einer regionalen Pflichtversorgung teilnehmen und auch Zuständigkeit für Klienten übernehmen, die ohne Hilfe den Weg zu ihnen nicht finden.

8.5 Steuerungswirkung der Finanzierung

Die bedarfsgerechte Leistungserbringung setzt eine bedarfsgerechte Finanzierung der Leistungen voraus. Die finanzielle Steuerung muss folgende Aspekte umfassen:

- angemessene Finanzierung der erforderlichen Hilfen im Einzelfall
- Klärung der sachlichen Zuständigkeit
- Steuerung der Ausgaben- bzw. Einnahmenvolumina der Leistungsträger und Leistungserbringer

Die Vergütung soll sicherstellen, dass die Hilfe in Art und Umfang bedarfsgerecht erbracht werden kann und dabei Anreize zu effektivem und wirtschaftlichem Handeln bieten. Das Vergütungssystem muss Möglichkeiten zur regionalen Steuerung bieten, damit Ausgaben und Leistungen planbar bleiben.

Bei den Vergütungssystemen kann man zunächst zwischen retrospektiver und prospektiver Finanzierung unterscheiden. Die retrospektive Finanzierung ist die Bezahlung für bereits erbrachte, daher messbare Leistung. Die prospektive Finanzierung bezieht sich auf künftige Leistungen im Umfang eines erwarteten Hilfebedarfs.

Die Vergütungssysteme haben typische Vorteile und negative Begleiterscheinungen:

A	retrospektiv einrichtungsbezogen (früheres Kostendeckungsprinzip)	Sichere Kostendeckung, dabei unflexibel, hoher Anreiz zur Angebotsausweitung, steigende Kosten
B	retrospektive Finanzierung von Einzelleistung (z. B. niedergelassene Ärzte)	Sichere Kostendeckung, flexibel, dabei hoher Dokumentationsaufwand, Bedarf bleibt unklar
C	prospektiv einrichtungsbezogen	Wirtschaftliche Planungssicherheit, dabei Anreiz zur Leistungseinschränkung, Träger sieht nur Verantwortung für eigene Klienten
D	prospektiv einzelfallbezogen	Flexibel und in besonderem Maße bedarfsorientiert, dabei Unsicherheit über individuelle Bedarfsentwicklung und wirtschaftliche Planungsunsicherheit

Die fachlich sinnvollste Variante ist D. Sie ermöglicht eine flexible einzelfallbezogene Finanzierung unter therapeutischer Kontinuität. Die zu lösenden Problempunkte sind hierbei die Bedarfsermittlung und die Steuerung der Ausgaben. Die Möglichkeiten zu dieser Finanzierung sind im Bereich der Eingliederungshilfe durch die Reform des BSHG von 1996 (§§ 93ff. BSHG) gegeben.

Der Gesetzgeber hat sich im Bereich der Eingliederungshilfe für die prospektive Finanzierung entschieden und sich mit der BSHG-Reform 1996 vom Einrichtungsbezug gelöst. Orientierungspunkt ist dabei nicht die individuelle Einzelleistung, sondern der Bedarf bei „Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf“.

Diese Gesetzesformulierung wird oft zum Begriff „Hilfebedarfsgruppen“ verkürzt. Im nächsten Schritt wird dann ‚Bedarf’ mit Einrichtungstyp gleichgesetzt – und schon ist man wieder beim gewohnten Einrichtungsbezug. Besser ist der Begriff ‚Hilfeempfängergruppen’ mit klarerem Bezug zu den Individuen mit speziellen Hilfebedarfen, die allerdings zur einfacheren finanziellen Abwicklung gruppiert werden.

Zu den genannten Problemen bei einer konsequenten Orientierung am individuellen Bedarf hat die Kommission Personalbemessung bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE Lösungswege entwickelt.

8.6 Ermittlung des individuellen Bedarfs

Bei der Ermittlung des individuellen Bedarfs werden zur Zeit vor allem die Verfahren von Frau Dr. Metzler und der AKTION PSYCHISCH KRANKE diskutiert. Frau Dr. Metzler und die AKTION folgen in ihren Verfahren einer gleichen Grundhaltung der Orientierung am Bedarf von Personen statt Personalbedarf von Einrichtungen.

Allerdings dient das Metzler-Verfahren ausschließlich der Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen, aber nicht zu einer integrierten und zielgerichteten individuellen Hilfeplanung. Der Ansatz der AKTION richtet sich dagegen primär auf die individuelle Hilfeplanung. Zu Beginn steht die inhaltliche individuelle Hilfeplanung mit Festlegung der Ziele, Zuständigkeiten, Abläufe usw. Damit sind auch die Anforderungen nach einem Gesamtplan gemäß § 46 BSHG erfüllt. Die individuellen Bedarfe werden in einem weiteren Schritt Zeitstufen zugeordnet.

Beide Ansätze berücksichtigen bei der Quantifizierung der Bedarfe folgende Grundsätze:
- Die Hilfebedarfe werden individuell und differenziert nach Lebensbereichen erhoben, d. h. nicht nach Einrichtungstypen.
- Die Beschreibung von Aktivitätsniveau und Hilfebedarf wird abgestuft und spezifisch für jeden Lebensbereich/Hilfebereich vorgenommen. Allerdings wird im Metzler-Verfahren ausschließlich eine Gruppenbildung nach Beeinträchtigungsprofilen vorgenommen. Eine Beschreibung der erforderlichen Leistungen erfolgt nicht. Anhaltspunkte zur Preisbildung ergeben sich aus diesen Angaben ebenso wenig wie Möglichkeiten der Evaluation der Leistungserbringung.

8.7 Quantitativer Hilfebedarf

Im Verfahren der AKTION PSYCHISCH KRANKE werden 6 Leistungstypen beschrieben:

Eingliederungshilfe im Bereich...
- Selbstversorgung (Wohnen, Wirtschaften)
- Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- Arbeit und Ausbildung
- Grundversorgung
- spezielle Therapieverfahren
- Koordination durch eine Bezugsperson, Hilfeplanung und Abstimmung mit sonstigen Einrichtungen und Helfern

Im Hilfeplanungsverfahren werden für jeden Leistungstyp individuelle Zeitwerte für direkt klientenbezogene Leistungen pro Woche festgelegt. *Direkt klientenbezogene* Leistungen sind alle Tätigkeiten, die sich *einem speziellen* Klienten zuordnen lassen, z. B.
- direkter Kontakt
- Wegezeiten
- Angehörigengespräche
- Kontakte mit sonstigen Bezugspersonen (z. B. Ärzte, Ämter)
- fallbezogene Dokumentation

- Fallbesprechungen

Diese Zeiten lassen sich auch von Klienten und Außenstehenden beurteilen und überprüfen.

Mit dem Leistungsträger werden pauschale Zuschläge für indirekt klientenbezogene Tätigkeiten, Ausfallzeiten, Verwaltung und ggf. Sachkosten vereinbart. In Rheinland-Pfalz wurden 1999 in einer Arbeitsgruppe des Ministeriums unter Einbeziehung von Leistungsträgern und Leistungserbringern für den Bereich der Eingliederungshilfen für seelisch Behinderte folgende Zuschläge ausgehandelt:

- indirekt klientenbezogene Tätigkeiten (z. B. Leitung, Teamorganisation, Außendarstellung der Einrichtung, Kooperation, allgemeine Rüstzeiten)	40 % des Zeitwerts für direkt klientenbezogene Leistungen
- Ausfallzeiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung)	33% des Zeitwerts für direkt und indirekt klientenbezogene Leistungen
- Sachkosten und Verwaltung (in bezug auf die Maßnahme)	25% des Zeitwerts für direkt klientenbezogene Leistungen

8.8 Gruppenbildung und Maßnahmepauschalen

Bevor aus den Zeitwerten Maßnahmevergütungen berechnet werden, findet die Gruppenzuordnung statt.

Vorschlag der AG ‚Implementation' zur zeitlichen Definition der Hilfeempfängergruppen

Gruppen mit vergleichb. Hilfebedarf	**Zeitbedarf pro Woche in Min** (nur direkt klienten-bezogene Leistungen)	mittlerer Zeitwert	**entspricht etwa Personalschlüssel**
HEG 1	96-135	113	1:12
HEG 2	136-190	160	1:8,7
HEG 3	191-269	226	1:6
HEG 4	270-380	320	1:4,3
HEG 5	381-538	452	1:3
HEG 6	539-761	640	1:2,2
HEG 7	762-1076	905	1:1,5

Die Zeitstufen sind logarithmisch gebildet. Es kann auch ein System mit einer anderen Anzahl von Hilfeempfängergruppen gewählt werden (z. B. 4 Stufen).

Für jede Hilfeempfängergruppe ist nun ein Preis zu vereinbaren. Dies ist dann die Maßnahmepauschale.

Das skizzierte Verfahren ermöglicht:
- Bildung *begründeter* Preise: Der Umfang der zu erbringenden Leistung wird beschrieben.
- Sicherheit für Leistungsträger und Leistungserbringer: Maßnahmen lassen sich einrichtungsübergreifend einheitlich beschreiben.
- Vergleichbarkeit der Preise verschiedener Einrichtungen.
- Schiedsstellenfähigkeit, Widerspruchsfähigkeit.

8.9 Steuerung der Finanzvolumina

Bei ihrem fachlichen Einsatz für hilfebedürftige Menschen benötigen Leistungserbringer wie Leistungsträger eine ausreichende Planungssicherheit. Das regionale Budget und die einrichtungsbezogenen Budgets müssen weiterhin steuerbar bleiben. Die Verhandlungen sollten jedoch nicht über budgetierte Plätze, sondern über Budgets geführt werden. Dieses wäre dann unter Federführung der Hilfeplanungskonferenz bedarfsgerecht zu verteilen. Eine budgetneutrale Umstellung ist möglich.

ungünstigste Lösung	Festschreiben von „Plätzen“ mit definierten Hilfeleistungen (nur für Behinderte einer bestimmten Hilfebedarfsgruppe)
besser	jeweils ein Budget für eine Einrichtung (Flexibilisierung der Leistungen bei wechselnden Klientenzahlen)
besser	jeweils ein regionales Budget für einen Träger von Einrichtungen für mehrere Leistungstypen (Flexibilisierung der Leistungen, Betreuungskontinuität)
besser	jeweils ein regionales Budget für ambulante und stationär/teilstationäre Eingliederungshilfe
besser	ein regionales Budget für ambulante, teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfe
optimal	Verzahnung des regionalen Eingliederungshilfebudgets mit einem Reha-Budget (SGB V und SGB VI)

Bei einer Vereinbarung von Einrichtungsbudgets (bzw. Träger- oder Verbundbudgets) wird die gleiche Planungssicherheit wie bisher (bei Platzzahlbestimmung) hergestellt. Es wird jedoch ein erhebliches Maß an Flexibilität bei der Erbringung hinzugewonnen.

Flexible Hilfeleistungen werden möglicht, wenn statt Plätze mit einheitlichen Leistungen zu besetzen Betreuungseinheiten vergeben werden. Einzelne Klienten können dann eine oder mehrere Bertreuungseinheiten erhalten. Setzt man den Wert der Leistung in der Hilfeempfängergruppe 1 rechnerisch gleich 1 ergibt sich

folgende Systematik (Der Wert 1 wird hier in Anlehnung an die neue europäische Währung ‚Betr-Euro' genannt):

Gruppen mit vergleichb. Hilfebedarf	mittlerer Zeitwert **(pro Woche in Min., nur direkt klientenbezogene Leistungen)**	entspricht folgenden Einheiten („Betreuro")
HEG 1	113	1
HEG 2	160	1,5
HEG 3	226	2
HEG 4	320	2,8
HEG 5	452	4
HEG 6	640	5,7
HEG 7	905	8

Bei 1800 ‚Betreuro' pro Jahr (150 pro Monat) könnte die Belegung einer Einrichtung wie folgt variieren (Angaben für bestimmte Tage oder Monatsdurchschnittswerte):

	Jan	Jan	Feb	Feb	März	März	Apr	Apr	Mai	Mai
	Personen	Betreuro	Pers.	Betreuro	Pers.	Betreuro	Pers.	Betreuro	Pers.	Betreuro
HEG 1	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0
HEG 2	1	1,5	2	3	4	6	4	6	4	6
HEG 3	5	10	4	8	5	10	3	6	4	8
HEG 4	5	14	5	14	6	16,8	5	14	4	11,2
HEG 5	12	48	11	44	12	48	11	44	14	56
HEG 6	10	57	10	57	10	57	11	62,7	11	62,7
HEG 7	1	8	3	24	2	16	2	16	0	0
Summe	36	140,5	37	152	39	153,8	36	148,7	37	143,9

Die Loslösung der Finanzierung vom Einrichtungsplatz ist zwingendes Gebot der Stunde. Die Möglichkeiten der Leistungserbringung müssen dringend flexibilisiert werden. Eine ausschließliche Orientierung am individuellen Bedarf ohne Angaben zu finanziellen Anhaltsgrößen entspricht jedoch weder den ökonomischen Realitäten noch den gesetzlichen Vorgaben (§§ 93 ff. BSHG). Im Sinne einer gemeinsamen Verantwortung für die regionale Versorgung sollten Träger und Leistungsträger über diese Rahmengrößen verhandeln. Den sinnvollen Einsatz des regionalen Budgets kann eine Hilfeplanungskonferenz sicherstellen.

9. Projektabschluss und Perspektiven

9.1 Bilanz

Über die Erfahrungen und Entwicklungen des Implementationsprojekts ist eine äußerst positive Bilanz zu ziehen. Insbesondere ist die Aufgabe, positive Beispiele von personenzentrierter regionaler Verbundstruktur zu schaffen, als in weiten Bereichen geglückt anzusehen. Einschränkungen sind dabei insoweit zu machen, als bei der integrierten Hilfeplanung bisher vor allem die im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz finanzierten Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Mittelpunkt standen. Hierbei ist aber auch zu berücksichtigen, dass im Bereich der gemeindepsychiatrischen Hilfeangebote die Sozialhilfe nach wie vor der wichtigste Leistungsträger ist. Die Entwicklung geht aber weiter:

So wurde mit den zum 01.01.2002 in Kraft getretenen Richtlinien und Empfehlungen zur Soziotherapie erstmals bei einer Leistung der Krankenversicherung die Zugehörigkeit sowohl des verordnenden Arztes wie auch des Soziotherapie-Leistungserbringers zum Gemeindepsychiatrischen Verbund oder ähnlichen Strukturen gefordert. Darüber hinaus ist schon jetzt ist eine Ausstrahlung des Konzepts der Realisierung personenbezogener Hilfen durch eine integrierte und abgestimmte Leistungserbringung auf weitere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens festzustellen.

9.1.1 Erreichte Projektziele

Ziel des Implementationsprojekts war es, in einzelnen Regionen exemplarisch den Aufbau personenzentrierter Hilfesysteme zu begleiten, um gelungenen Beispielen die Verbreitung personenzentrierter Hilfeformen in ganz Deutschland zu fördern.

Das Ergebnis lässt sich wie folgt skizzieren:

- In den vier Referenzregionen des Bundesprojekts konnten wesentliche Elemente personenzentrierter Hilfeleistung für psychisch kranke Menschen im Sinne der Empfehlungen der Kommission Personalbemessung realisiert werden.

- Durch Zusatzfinanzierungen konnten zwei weitere Regionen als Projektregionen des Bundesprojekts aufgenommen werden. Dort wurden vergleichbare Ergebnisse erzielt.

- In allen 6 Referenzregionen wurden die Projektergebnisse so positiv bewertet, dass in den jeweiligen Beschlussgremien die unbefristete Fortsetzung der in den Projektvereinbarungen für die Projektlaufzeit vereinbarten Verfahrensweisen über das Projektende hinaus beschlossen wurden. Dies konnte nahtlos realisiert werden.

- Die Motivation zur Fortsetzung der Implementation personenzentrierter Hilfeformen in den Referenzregionen ist außerordentlich hoch. Teilweise wurden die einbezogenen Zielgruppen im Bereich Psychiatrie ausgeweitet (Aufnahme von Suchtkranken, psychisch kranken alten Menschen oder

Kindern und Jugendlichen), teilweise wurde die Konzeption auf andere Hilfebereiche ausgeweitet (Hilfen für geistig behinderte Menschen, Sinnesbehinderte, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe usw.), teilweise wurden zusätzliche Leistungsbereiche verstärkt einbezogen (Arbeit und Beschäftigung, spezielle Therapieverfahren z. B. Ergotherapie).

- Diverse Regionen, die sich um Teilnahme am Implementationsprojekt beworben haben ohne als Referenzregion berücksichtigt zu werden, wurden durch die Informationen aus den Referenzregionen zusätzlich motiviert, in vergleichbare Prozesse einzutreten.

- Schon während der Projektlaufzeit haben einige Länder (Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern) Projekte zur Implementation personenzentrierter Hilfen aufgelegt. Diese Projekte orientierten sich eng am Vorgehen des Bundesimplementationsprojekts. Es ist immer wieder darauf hingewiesen worden, dass diese Länderprojekte ohne die Vorreiterrolle und die Unterstützung des Bundesimplementationsprojekts nicht vorstellbar gewesen wären.

- Die Fortschritte in den Projektregionen und die daran anknüpfende Diskussion hat bundesweit auch über die an den Implementationsprojekten beteiligten Regionen hinaus zu einer erheblichen Dynamisierung der Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfesysteme geführt.

- Es ist eine breite Bewegung zur Orientierung am Konzept der personenzentrierten Hilfen entstanden. In Publikationen, regionalen Vereinbarungen sowie Rahmenverträgen und Psychiatrieplänen auf Landesebene wird in vielen Fällen die Orientierung am Konzept der personenzentrierten Hilfen in den Mittelpunkt gestellt.

9.1.2 Notwendigkeit der Weiterführung der Implementationsprozesse

Trotz der erheblichen Fortschritte bleiben die Ergebnisse in einigen Bereichen der Hilfeleistung unzureichend. Daraus ergeben sich auch die weiteren Aufgaben in den Regionen und Vorhaben der AKTION PSYCHISCH KRANKE:

- Die Hilfeplanung und die Abstimmung über die Hilfeleistungen sind noch zu stark auf den Sozialhilfe-finanzierten Bereich beschränkt. Notwendig ist die *verstärkte Einbeziehung der Bereiche Behandlung und medizinische Rehabilitation.*

- Die *Koordination* der Leistungen muss weiter verstärkt werden. Das Instrument „Koordinierende Bezugsperson“ muss weiter entwickelt werden.

- Die Hilfeplanung und der Aufwand für Koordination werden oft noch nicht als Leistungsbestandteile angesehen. Notwendig ist eine *bedarfsgerechte Finanzierung* dieser Leistungen.

- Die Projekte waren zumeist beschränkt auf psychisch kranke Erwachsene. Notwendig ist die *Einbeziehung weitere Zielgruppen*: psychisch kranke alte Menschen, Suchtkranke, psychisch kranke Kinder und Jugendliche, ehemalige Forensikpatienten und andere.

- Die Schnittstelle zur Somatik und zur Pflege ist unbefriedigend. Dies macht sich insbesondere bei Hilfen für psychisch kranke alte Menschen hinderlich bemerkbar. Hier sind dringend *integrierte Hilfeprogramme* nötig.

- Der Vorrang ambulanter vor stationärer und teilstationärer Hilfeleistung ist bei weitem nicht realisiert. Haupthindernis ist das Fehlen bedarfsgerechter *ambulanter Komplexleistungsangebote*. Die Anstrengungen zur Realisierung ambulanter Komplexleistungen müssen beibehalten und eher ausgeweitet werden.

- Bei Hilfeplanung und Hilfeleistung ist der Bereich „*Arbeit und Beschäftigung*“ nicht ausreichend beachtet. Es fehlen entsprechende Hilfemöglichkeiten und (insbesondere bezahlte) Beschäftigungsmöglichkeiten. Dieser Bereich muss dringend verstärkt werden.

9.1.2.1 Problembereich ‚Arbeit und Beschäftigung’

Neben der verbesserten Abstimmung über Hilfeleistungen im Einzelfall bringen die Hilfeplankonferenzen einen weiteren wesentlichen Vorteil: Sie zeigen Lücken im Hilfesystem auf. Als herausragender Problembereich hat sich dabei immer wieder die Teilhabe am Arbeitsleben erwiesen.

Es zeigen sich vor allem folgende Probleme:
- Die Beschäftigungssituation von psychisch beeinträchtigten Menschen ist besorgniserregend. Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen sind fast völlig von der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ausgeschlossen.
- Im psychiatrischen Hilfesystem findet das Thema „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ viel zu wenig Beachtung. Bei komplementären Diensten und Einrichtungen stehen Hilfen im Wohnbereich und zur Tagesgestaltung im Vordergrund.
- Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch Kranke erfolgt ganz überwiegend in darauf spezialisierten Einrichtungen. Diese arbeiten unter festen mit den Leistungsträgern vereinbarten konzeptionellen Vorgaben weitgehend angebotsorientiert. Nach Abschluss der jeweiligen „Maßnahme“ verlieren sie die Zuständigkeit für den Klienten.
- Die Hilfeleistungen erfolgen fragmentiert in jeweiliger institutioneller Zuständigkeit. Einrichtungsübergreifende klientenbezogene Abstimmungen sind der persönlichen Initiative der Beteiligten überlassen.
- Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind derzeitig weithin einseitig auf (Wieder-)Herstellung der vollen Erwerbsfähigkeit ausgerichtet. Soweit dieses Ziel (noch) nicht realistisch ist, verbleibt als Hilfsangebot ausschließlich die Werkstatt für behinderte Menschen.
- Es fehlen barrierefreie Arbeitsplätze für psychisch behinderte Menschen. Deren Anforderungen sind weitgehend unbekannt.

- Es fehlen ausreichende dauerhafte Fördermöglichkeiten für die Teilhabe am Arbeitsleben von leistungsgeminderten seelisch behinderten Menschen.

Selbst wenn die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für passgenaue Hilfen gegeben sind, werden diese oft nicht umgesetzt. Sozialrechtsreformen und konzeptionelle Fortentwicklungen („personenzentrierter Ansatz“) schaffen nun Bedingungen für strukturelle Weichenstellungen zur Optimierung der Hilfen zur Teilhabe für psychisch kranke Menschen am Arbeitsleben. Aktuell besteht ein erhebliches Interesse, Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke Menschen weiter zu entwickeln. Während es auf der Ebene einzelner Einrichtungen und Träger diverse positive Beispiele gibt, fehlen bisher regionale, am personenzentrierten Ansatz orientierte Verbundsysteme der Hilfe zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat im Jahr 2003 mit einem Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme“ begonnen. Dabei werden die positiven Erfahrungen im Implementationsprojekt aufgegriffen und im Ablauf erinnert vieles an das Implementationsprojekt:
- bundesweite Ausschreibung,
- Auswahl von Referenzregionen,
- schriftliche Projektvereinbarungen in den Projektregionen,
- Vereinheitlichung der Hilfeplanung und Abstimmung über die Zuständigkeiten,
- Aufbau von Verbundstrukturen für Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen des regionalen GPV.

Natürlich werden auch spezifische Themen des Leistungsbereichs Arbeit und Beschäftigung aufgenommen. Vor allem müssen neuartige Arbeitsverhältnisse geschaffen werden. Dabei wird auf eine finanzielle Förderung zumeist nicht verzichtet werden können. Es versteht sich, dass wir dabei nicht an die Gründung neuer Spezialeinrichtungen denken. Die sozialrechtliche Entwicklung in diesem Bereich ist sehr dynamisch. Am 01.01.2005 treten weitreichende Reformen in Kraft.

Die Projektleitung hat Dr. Niels Pörksen, die Projektkoordination Ulrich Krüger übernommen, beide waren auch am Implementationsprojekt beteiligt.

9.1.2.2 Problembereich ‚Hilfen für psychisch kranke alte Menschen’

In einigen Implementationsregionen war bzw. ist der Bereich „Gerontopsychiatrie“ eingeschlossen, in anderen hat man ihn im ersten Schritt noch ausgeklammert. In allen Regionen ist jedoch deutlich, dass bei den Hilfeleistungen für psychisch kranke alte Menschen besondere Probleme bestehen. Hier zeigt sich die Notwendigkeit personenzentrierter Hilfen im Lebensfeld besonders deutlich: Fast immer bestehen komplexe Hilfebedarfe: psychiatrische und somatische Behandlung, Krankenpflege und Grundpflege, psychosoziale Leistungen und (nicht zuletzt) die Erhaltung bzw. Aktivierung nicht psychiatrischer Hilfen, z. B. durch Angehörige, Nachbarn oder lokale Netzwerke. Besonders ausgeprägt, auch bei einigen hilfebedürftigen Menschen, der Wunsch im vertrauten häuslichen Umfeld

zu bleiben und nicht dorthin ziehen zu müssen, wo Komplexleistungen am leichtesten zu erhalten sind: im Heim bzw. im Krankenhaus.

Die demographische Entwicklung lässt schon jetzt eine Verstärkung der Problematik erkennen, die sich mit Sicherheit zuspitzen wird. Entsprechend besteht Handlungsbedarf. Offensichtlich sind Lösungen auf der Ebene der Selbstverwaltung allein nicht zu erreichen. Hier ist eine politische Initiative erforderlich.

9.2 Abschlusstagung und Workshop zur Auswertung

Den Abschluss des Projekts bildete eine Informationstagung am 3. und 4.Juni 2003 und ein Workshop für Vertreter der Projektregionen am 5. Juni 2003.

Zentrales Anliegen und Ziel der Tagung war, die Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten vorstehend genannten Projekte „Implementation“ und „Dokumentation“ vorzustellen sowie Erkenntnisse aus dem Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation“ zur Diskussion zu stellen und hierüber einen deutlichen Impuls zur Optimierung regionaler psychiatrischer Hilfestrukturen zu geben sowie Konsequenzen für die Weiterführung der Psychiatriereform herauszustellen, insbesondere bezüglich der Themen: Stärkung der Patientenrechte, Erhöhung der Transparenz, Effizienzsteigerung und Steuerung

Die inhaltliche Tagungskonzeption umfasste zwei Komponenten: Eine Informationstagung am 3. und 4. Juni und ein Workshop am 5. Juni. Die Informationstagung richtete sich an eine breite Fachöffentlichkeit und Interessierte aus Politik und Verwaltung. Dabei stand die Präsentation und Diskussion von Ergebnissen und Perspektiven der Projekte im Vordergrund. Der Workshop war für Teilnehmer aus den an den Implementationsprojekten teilnehmenden Regionen reserviert. Hier stand eine Auswertung der Entwicklungen in den Referenzregionen des bundesgeförderten Implementationsprojekts und die Zukunftsplanung im Mittelpunkt.

Am ersten Tag wurde die Grundkonzeption des personenzentrierten Ansatzes, der Verlauf und die positiven Ergebnisse des Benchmarking-Prozesses im Implementationsprojekt und die Bedeutung der Entwicklung von Verbundstrukturen vorgestellt.

In den Parallelsymposien am Nachmittag des ersten Tages wurden anhand von Praxisberichten zu den Themen
- Integrierte Hilfeplanung
- Koordinierte Leistungserbringung
- Umsetzung in den Einrichtungen und
- Gemeindepsychiatrischer Verbund

zentrale Aspekte der Umsetzung personenzentrierter Hilfen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung vertiefend diskutiert. Für Teilnehmer, die mit der Konzeption des personenzentrierten Ansatzes noch nicht so vertraut sind, wurde ergänzend eine Einführung angeboten.

Am zweiten Tag stand im Vormittagsplenum zunächst die Betrachtung des Verhältnisses von personenzentriertem Ansatz Selbsthilfe mit Vorträgen aus der Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen sowie aus Sicht der Angehörigen im Vordergrund. In beiden Vorträgen wurde nachdrücklich die „Philosophie“ des personenzentrierten Ansatzes und dessen Umsetzung gewissermaßen als überfällig eingefordert. Dabei wurde von der Vertreterin der Psychiatrieerfahrenen, Frau Ruth Fricke, sehr eingehend das Spannungsverhältnis von Selbst- und Fremdbestimmung beleuchtet und herausgearbeitet, dass zur Realisierung von personenbezogener Hilfen auch ein Einstellungswandel bei den psychiatrischen Fachkräften notwendig ist, weg vom Denken für einen Klienten und hin zum Denken aus der Perspektive des Klienten.

Als weiterer Themenblock folgte in zwei Vorträgen die Auseinandersetzung mit den sozialrechtlichen und sozialpolitischen Perspektiven. Knut Lehmann gab zunächst einen Überblick zu den aktuellen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und bewertete diese im Hinblick auf die daraus resultierenden Chancen aber auch die (fort-) bestehenden Hindernisse zur Realisierung personenzentrierter Hilfen. Anschließend referierte Regina Schmidt-Zadel über die aktuelle Diskussion über die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme sowie die anstehenden Gesetzesvorhaben und deren Bedeutung für die Psychiatriereform. Diese beiden Referate bildeten zugleich auch eine Grundlage für die nachfolgende Podiumsdiskussion mit Vertretern der Leistungsträger (Kranken- und Rentenversicherung, Bundesanstalt für Arbeit, Sozialhilfe) und der Politik über die Realisierungsmöglichkeiten personenzentrierter Hilfen im gegliederten System der Sozialen Sicherheit. Dabei bestand unter den Podiumsteilnehmern ein weitreichender Konsens, dass einerseits insbesondere für Menschen mit einem komplexen Bedarf an Hilfen die entwickelten Strukturen des gegliederten Systems dysfunktional sind, da je nach Leistungszuständigkeit eines Trägers jeweils nur Segmente des Hilfebedarfs eines Menschen betrachtet werden und der personenzentrierte Ansatz grundsätzlich als wegweisend angesehen wird.

Unterschiedliche Auffassungen wurden bezüglich des einzuschlagenden Weges deutlich: So wurde einerseits darauf hingewiesen, dass durch Weiterentwicklungen im Sozialrecht einerseits wichtige Anknüpfungspunkte zur Realisierung personenbezogener und integrierter Hilfen geschaffen worden sind. Für den Bereich der Krankenversicherung wurden beispielhaft die Einführung der Soziotherapie und die Regelungen zur integrierten Versorgung genannt, für den Bereich der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe die Regelungen des SGB IX zur koordinierten, abgestimmten und dem im Einzelfall bestehenden Bedarf angepassten Leistungserbringung. Andererseits blieben die Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger unangetastet, ebenso die Vorgabe, dass die einzelnen Leistungsträger Mittel jeweils nur für die ihnen übertragenen Aufgaben einsetzen dürfen. In Verbindung mit dem bei allen Leistungsträgern geforderten Bemühen um Ausgabenbegrenzung wird ein „Kirchturmsdenken“ (jeweils bezogen auf die eigene Zuständigkeit) begünstigt, das einer extensiven Auslegung von Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten zugunsten einer personen- und bedarfsorientierten Leistungsgewährung entgegensteht. Vor diesem Hintergrund wurde einerseits dafür plädiert, die bestehenden und durch das SGB IX weiterentwickelten Regelungen zur Kooperation zu nutzen, während andererseits eine „große Lösung“ gefordert wurde, die auf eine Überwindung bzw. starke Vereinfachung der Strukturen des gegliederten Systems der Sozialen Sicherheit zielt.

In den Nachmittagssymposien wurden zum einen Fragen der Finanzierung personenbezogener Hilfen thematisiert, zum anderen Ergebnisse aus parallel laufenden Forschungsprojekten. Schwerpunkte bildeten dabei

- Wege zur Ermöglichung und Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben auf der Grundlage des Projekts „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“;
- Fragen der personenbezogenen Dokumentation, bei der die Erkenntnisse aus dem Projekt "Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten und kompatiblen patientenorientierten Dokumentationssystems für die verschiedenen Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems einer Modellregion" einflossen;
- die Darstellung von Aufgaben der Evaluation und Vorstellung von Ergebnissen von Forschungsprojekten in einzelnen Ländern.

Zum Abschluss der Tagung wurden Perspektiven und weitere aus Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE notwendige Handlungsschritte vorgetragen. Dabei wurden insbesondere die Einbeziehung weiterer Leistungsträger und die Weiterentwicklung von regionalen Verbundstrukturen (Gemeindepsychiatrische Verbünde) angesprochen.

Der Workshop am dritten Tag begann mit einer Podiumsveranstaltung mit den Koordinatoren aus den Referenzregionen des Bundes-Implementationsprojekts (Berlin-Reinickendorf, Gera, Kaiserslautern, Kaufbeuren, Mainz, München-Süd), die über die Entwicklungsprozesse, die dabei aufgetretenen Probleme und gefundene Lösungen in den jeweiligen Regionen berichteten. Strukturiert wurden die Berichte anhand der zentralen Umsetzungsschritte: Einführung einer einheitlichen Hilfeplanung, Einrichtung einer Hilfeplankonferenz, Einsetzung einer koordinierenden Bezugsperson; als letzter Aspekt wurde die Entwicklung von Verbundstrukturen angesprochen, womit zugleich auch eine Überleitung zu den Zukunftsplanung und dem Thema des Nachmittags erfolgte. In allen Regionen der Implementationsprojekte ist die Absicherung und Weiterentwicklung der Verbundstrukturen von zentraler Bedeutung. Hierzu wurden von der AKTION PSYCHISCH KRANKE „Eckpunkte“ vorgelegt, in denen der Gemeindepsychiatrische Verbund als „Qualitätsverbund“ beschrieben und die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde vorgeschlagen wird. Diese Initiative wurde nachhaltig begrüßt und aus dem Kreis der Teilnehmer eine Initiativgruppe gebildet, die sich bereit erklärte, dieses Vorhaben weiter voranzutreiben.

Begleitend zu der Tagung haben über 20 Regionen die Möglichkeit genutzt, in den Fluren der Kasseler Stadthalle an Informationsständen ihre Region bzw. ihre Projekttätigkeiten vorzustellen und den Tagungsteilnehmern in den Pausen auch für Fragen und Gespräche zur Verfügung zu stehen.

Das außerordentlich starke Interesse an der Auseinandersetzung mit den Erfahrungen und Perspektiven des personenzentrierten Ansatzes dokumentiert sich nicht zuletzt in der Teilnehmerzahl. Mit insgesamt rund 900 Teilnehmern (823 Tagungsteilnehmern und 62 Referenten) war es die bislang größte Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE. An dem am dritten Tag durchgeführten Workshop

mit den beteiligten Referenzregionen haben insgesamt 130 Personen teilgenommen.

9.3. Fortlaufende Aktivitäten zur Implementation

Folgende Länderprojekte gehen über die Laufzeit des Implementationsprojekts hinaus:
- Baden-Württemberg,
- Nordrhein-Westfalen,
- Hessen und
- Mecklenburg-Vorpommern.

Weitere Projekte mit Schwerpunkt auf die personenzentrierte quantitative Hilfeplanung in Thüringen und Berlin sind in Vorbereitung.

Der Qualifizierung der Hilfeplanung kommt besondere Bedeutung zu. In Verbindung mit den Fachhochschulen Fulda, Wiesbaden und München besteht zwischenzeitlich ein Schulungsangebot zum IBRP über das Internet. Unter ‚ibrp-online.de' findet sich frei zugänglich eine Einführung in die Hintergründe der personenzentrierten Hilfeplanung und ein Schulungskurs zum IBRP unter Einbeziehung von Video-Beispielen.

Des weiteren wurden in Verbindung mit der Fachhochschule Wiesbaden wiederholt Qualifizierungskurse für Fortbildner als Multiplikatorenschulung zum IBRP durchgeführt. Die Geschäftsstelle der APK bietet auch weiterhin allen Interessenten an Fortbildungen zur integrierten individuellen Hilfeplanung die Vermittlung geeigneter Dozenten an.

Inzwischen werden Multiplikatorenfortbildungen auch zu weiteren Themen der Implementation personenzentrierter Hilfen angeboten:
- Moderation von Aufbauprozessen zu personenzentrierten Gemeindepsychiatrischen Verbünden,
- Regionale Hilfeplanung,
- Koordinierende Bezugspersonen.

Die Vernetzung durch schnellen Informationsaustausch zwischen den Projektregionen wird uneingeschränkt fortgeführt. Unter der Adresse‚www.apk-ev' befindet sich themenspezifisch und nach Regionen gegliedert ein reichhaltiges Informationsangebot, das in der Geschäftsstelle der APK fortlaufend aktualisiert wird. Auch sämtliche Projektregionen von Landesimplementationsprojekten haben Zugang zu diesem Informationsnetz. Eine weitere Öffnung für Gemeindepsychiatrische Verbünde, die Mitglied der BAG GPV werden, ist geplant

9.4 Neue Vorhaben zur Förderung personenzentrierter Hilfen

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE wird sich insbesondere folgenden Themen zuwenden:

- Förderung der Leistung „Soziotherapie“ im Rahmen von Komplexleistung und Gemeindepsychiatrischem Verbund / Das Projekt „Evaluation der Soziotherapie“

- Förderung des Aufbaus Gemeindepsychiatrischer Verbünde / Die Initiative BAG „Gemeindepsychiatrischer Verbund“

- Förderung der Hilfe zur Teilhabe von psychisch kranken Menschen am Arbeitsleben / Das Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme“

- Verbesserung der Hilfeleistungen für psychisch kranke alte Menschen / Das Projektvorhaben: Entwicklung von Handlungsempfehlungen – „ Zur Situation von alten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Organisation und Finanzierung von Hilfen“

Die entsprechende Projektvorhaben sind als direkte Konsequenzen des Implementationsprojekt zu verstehen. Sie werden in der Folge kurz skizziert.

9.4.1 Das Projekt „Evaluation der Soziotherapie“

Das Vorhaben zur Evaluation der Umsetzung von Soziotherapie, das im Sommer 2002 in einer Entschließung des Bundestages zur Verstetigung und Weiterentwicklung gefordert wurde, ist im Frühjahr 2003 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ausgeschrieben worden. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat sich an der Ausschreibung beteiligt und den Auftrag zur Durchführung erhalten.

Im Rahmen der Evaluation sollen als Bezugspunkt Vorgeschichte und Erwartungen des Gesetzgebers an die mit der Gesundheitsreform 2000 eingeführte Leistung „Soziotherapie“ dargestellt werden.

Auf der Grundlage von Datenerhebungen und Expertengesprächen soll eine Bestandsaufnahme zur Entwicklung der Umsetzung des § 37a SGB V Soziotherapie erfolgen, bei der im Einzelnen darzustellen ist, in welcher Form Soziotherapie eingeführt wurde.
Hierzu gehören insbesondere
- die Konkretisierung der Soziotherapie durch die Selbstverwaltung in Richtlinien und Empfehlungen;
- statistische Daten zur Umsetzung (Umfang erbrachter Leistungen, Anträge und Verordnungen, erreichte Zielgruppe, Art der Leistungserbringung, zugelassene Leistungserbringer, Finanzierung etc.);
- eine qualitative Forschung mit strukturierten Interviews von verordnenden Ärzten, Soziotherapie-Leistungserbringern, weiteren Therapeuten im Gemeindepsychiatrischen Verbund sowie Leistungsempfängern und Bezugspersonen zu Erwartungen an Soziotherapie, typischen Verläufen, Ergebnissen, Erfolgen und Schwierigkeiten.

Anhand der erhobenen Daten und Informationen soll eine Überprüfung erfolgen, ob die Umsetzung der Soziotherapie den Intentionen des Gesetzgebers und den rechtlichen Vorgaben entspricht und die (Aus-) Wirkungen von Soziotherapie anhand von kasuistischen Beispielen dargestellt und analysiert werden.

Des weiteren ist die „Schnittstellenproblematik“ und die Frage der Abgrenzung von Soziotherapie zu anderen Leistungen und Leistungserbringern zu diskutieren, insbesondere in Bezug auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege für psychisch kranke Menschen, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste sowie weiteren Leistungserbringern, darunter auch (rechtliche) Betreuer.

Schließlich ist vorgesehen, auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der Bestandsaufnahme Empfehlungen zur Optimierung und Fortschreibung der Regelungen und Richtlinien zur Soziotherapie abzugeben.

Mit Ergebnissen ist im Frühjahr 2005 zu rechnen.

9.4.2 Die Initiative BAG „Gemeindepsychiatrischer Verbund“

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE schlägt vor, die Bildung regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbünde und ihre Zusammenarbeit durch die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV) zu fördern. Die BAG GPV sollte ein Zusammenschluss von bestehenden Gemeindepsychiatrischen Verbünden mit definierten Mindeststandards sein.

Zentrale Aufgaben dieser BAG GPV sollten sein:
- Gegenseitige Unterstützung beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbünde,
- In diesem Zusammenhang auch Formulierung von Qualitätsstandards, die zur Mitgliedschaft in den regionalen GPV berechtigen,
- Formulierung von Qualitätsstandards, die regionale GPV erfüllen müssen, um der BAG beitreten zu können,
- Einrichtungs- und träger- und verbandsübergreifende Interessenvertretung gegenüber Politik und Leistungsträgern, um bedarfsgerechte regionale Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen sicherzustellen,
- Kontinuierliche Qualitätssicherung und Qualitätsoptimierung in Bezug auf regionale Hilfeleistungen.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE möchte den Prozess zum Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbünde und der BAG GPV bei der Gründung und Konsolidierung unterstützen. Sie hat „Eckpunkte zum Gemeindepsychiatrischen Verbund“ vorgelegt und zu einem Workshop am 05.06.2003 eingeladen. Während des Workshops soll eine Initiativgruppe zur Bildung einer BAG GPV gebildet werden, die möglichst bis zum Jahresende
- die Aufgaben der BAG,
- die formale Struktur der BAG und
- die Kriterien der Mitgliedschaft

klärt. Anfang 2004 wurde auf einem weiteren Workshop über die Ergebnisse der Diskussion in der Initiativgruppe berichtet. Zu diesem Workshop wurden eingeladen:
- die Psychiatriereferenten der Länder,
- Psychiatriereferat BMGS,
- die Psychiatriekoordinatoren der Kommunen,
- die Fachverbände im Bereich Psychiatrie,
- BV der Psychiatrieerfahrenen,
- BV der Angehörigen,
- die LIGA der Freien Wohlfahrt,
- die Psychiatriereferenten der Wohlfahrtsverbände,
- die Kassenärztlichen Vereinigungen,
- BVDN, BVDP,
- Kontaktgespräch der Psychiatrieverbände,
- Teilnehmer des Workshops GPV am 05.06.2003 in Kassel,
- BAG überörtlicher Träger der Sozialhilfe,
- sowie Einzelpersonen (vor allem Ansprechpartner sonstiger Verbünde).

Im Jahr 2005 soll es zur Gründung der BAG GPV kommen.

9.4.3 Das Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme“

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat im Jahr 2003 mit einem Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme“ begonnen. Dabei werden die positiven Erfahrungen im Implementationsprojekt aufgegriffen und im Ablauf erinnert vieles an das Implementationsprojekt:
- bundesweite Ausschreibung,
- Auswahl von Referenzregionen,
- schriftliche Projektvereinbarungen in den Projektregionen,
- Vereinheitlichung der Hilfeplanung und Abstimmung über die Zuständigkeiten,
- Aufbau von Verbundstrukturen für Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen des regionalen GPV.

Natürlich werden auch spezifische Themen des Leistungsbereichs Arbeit und Beschäftigung aufgenommen. Vor allem müssen neuartige Arbeitsverhältnisse geschaffen werden. Dabei wird auf eine finanzielle Förderung zumeist nicht verzichtet werden können. Es versteht sich, dass wir dabei nicht an die Gründung neuer Spezialeinrichtungen denken. Die sozialrechtliche Entwicklung in diesem Bereich ist sehr dynamisch. Es sind im laufenden Jahr noch weitgehende Reformen geplant.
Die Projektleitung hat Dr. Niels Pörksen, die Projektkoordination Ulrich Krüger übernommen, beide auch am Implementationsprojekt beteiligt.

9.4.4 Das Projekt ‚Entwicklung von Handlungsempfehlungen - „Zur Situation von alten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Organisation und Finanzierung von Hilfen“

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE möchte mit anderen Fachverbänden und Experten aus dem Bereich Gerontopsychiatrie und Altenhilfe Handlungsempfehlungen erarbeiten, die noch in dieser Legislaturperiode Gegenstand von politischen Verhandlungen werden können und hat einen entsprechenden Projektauftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erhalten.

Es geht darum, Umsetzungshindernisse zu eruieren und durch Entwicklung von politischen Handlungsempfehlungen die strukturellen und rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen
- für personenzentrierte integrierte ambulante Komplexleistungen,
- für die individuelle Leistungserbringung für Personen in ihrem Lebensfeld und
- für die institutionelle Organisation sowie Steuerung der Hilfeleistungen.

Leitgedanke ist dabei die Orientierung am konkreten Bedarf der psychisch erkrankten Person und die Realisierung personenzentrierter integrierter Hilfen, anstatt der bisher vorherrschenden institutionszentrierten und angebotsgesteuerten Organisation von Hilfen. Das Projekt hat zum Ziel die rechtlichen Möglichkeiten zu schaffen, damit die älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- die nicht ins Heim wollen und die oder deren Angehörigen mit den bisherigen ambulanten Hilfemöglichkeiten nicht zurecht kommen, zukünftig weiterhin in ihrem vertrauen Lebensumfeld bleiben können,
- die im Heim leben, dort die notwendigen Hilfen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben erhalten.

Die Projektleitung haben Frau Schmidt-Zadel und Prof. Dr. Kunze übernommen. Auch bei diesem Projekt werden die Erfahrungen des Implementationsprojekts stark einfließen.

10. Projektverlauf in den Regionen

10.1. Verlaufsbericht zur Projektbeteiligung der Region Kaufbeuren/Ostallgäu

10.1.1. Rahmenbedingungen und Ausgangslage der regionalen Versorgungsstruktur

10.1.1.1 Allgemeine Angaben zur Region

In Bayern haben die Bezirke als dritte kommunale Ebene die Aufgabe der Psychiatrieplanung und -steuerung inne (vgl. Zweiter Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter; 8/1990). Die Region Kaufbeuren/Ostallgäu gehört zum **Bezirk Schwaben**; der GPV als qualitätsorientiertes personenzentriertes Instrument regionaler Versorgungsverantwortung wird von den Planungsverantwortlichen (v. a. der Stabsstelle Psychiatrieplanung und -koordination beim Bezirk Schwaben) entsprechend der Rahmenempfehlung des Verbandes der Bayerischen Bezirke von 1997 gefördert. Deutlich wurde seit der GPV-Gründung 1992: eine kontinuierliche und strukturell klug verankerte Zusammenarbeit der regionalen und überregionalen Ebene verbessert und sichert laufend die Qualität und Effektivität psychiatrischer Hilfeerbringung.
Mit Beginn des Modellprojekts und der Beteiligung des Bezirks Schwaben begann die neue Ära inneren Differenzierung von Psychiatrieplanung und -steuerung: die personenzentrierte Steuerung wurde zu großen Teilen in die Region delegiert, die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem GPV auch auf der Ebene der Psychiatrieplanung gefestigt. An der Schnittstelle Qualitätssicherung entstanden erste Kontakte.

Derzeit wird unter Federführung des bayerischen Sozialministeriums der 3. Bay. Landespsychiatrieplan erstellt; drei Vertreter aus der Region werden sich für eine regionale Mitverantwortung bei personenzentrierter Hilfeerbringung und Steuerung einsetzen.

Die psychiatrische Versorgungsregion umfasst die kreisfreie Stadt Kaufbeuren mit ca. 43.000 Einwohnern und den Landkreis Ostallgäu mit ca. 132.000 Einwohnern als eine Versorgungsregion des Bezirks Schwaben. Die Einwohnerzahl veränderte sich in den letzten Jahren kaum. Insgesamt umfasst die Region ca. 175.000 Menschen, eine nach der Empfehlung der Expertenkommission (1988) ideale Größe zur Bildung eines regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbundes.
Die Sozialstruktur des **Landkreises Ostallgäu** unterscheidet sich wesentlich von der Stadt Kaufbeuren.

Der Landkreis Ostallgäu umfasst eine Fläche von 1395 qkm, er zählt bei 45 Städten, Märkten und Gemeinden (10 Einheitsgemeinden, 45 Verwaltungsgemeinschaften) 132.000 Einwohner und ist mit der 93 EW/qkm dünn besiedelt (durchschnittlich Bayern 149 EW/qkm). Erst mit der Gebietsreform Anfang der 70er Jahre bekam der Landkreis die heutige Form. Er erstreckt sich auf einer Länge von über 72 Kilometern und ist an den schmalsten Stelle nur knappe 20 km breit. Drei Kleinstädte verteilen sich gleichmäßig: Buchloe im Norden, die

Kreisstadt Marktoberdorf und im Süden Füssen. Die Ausdehnung von Nord nach Süd hat erhebliche strukturelle Unterschiede zur Folge. Im Nordosten grenzt der Landkreis an den strukturell überaus gut erschlossenen Bezirk Oberbayern und im Norden an den Großraum Augsburg, „Greater Munich“. Prägend für den gesamten Landkreis ist zwar die Landwirtschaft (im nördlichen Landkreis mit Ackerbau und Milchviehhaltung und im Süden mit Milchviehhaltung und Alpwirtschaft), im nördlichen Landkreis gibt es jedoch aufgrund der noch moderaten Mieten eine hohe Anzahl von Pendlern nach Augsburg und München, im südlichen Landkreis gewinnt der Tourismus an Bedeutung (3,8 Mio. Übernachtungen 2003). Die ausgeprägte eigene Identität äußert sich vor allem bei der ländlichen Bevölkerung im eigenen Dialekt, der Heimatverbundenheit und der Verwurzelung in katholischer Tradition und Sinngebung. Der Anteil an eigenem Wohnraum ist sehr hoch. Ein Großbetrieb in der Kreisstadt Marktoberdorf, Maschinenbaufirmen im südlichen Landkreis, milchverarbeitende Betriebe und regionale Zulieferfirmen sorgen für die verhältnismäßig geringe Arbeitslosigkeit von 4,5-5%. Die Pro-Kopf Ausgaben für Sozialhilfe stiegen seit 2002 an und liegen nun auf dem Niveau von 1997, d. h. bei Ausgaben von 21,5 Euro/EW. Durch Hilfe zur Arbeit konnten 125 Hilfesuchende vermittelt werden, 22 Personen nahmen an Qualifizierungsmaßnahmen teil.

Die **Stadt Kaufbeuren** weist kulturell und kommerziell ein gutes Angebot auf, das sowohl auf gewachsenen Strukturen als auch auf hohem bürgerschaftlichen Engagement fußt. Die Bevölkerung weist eine für städtische Regionen übliche Heterogenität auf. Ein Spezifikum ist der Ortsteil Neugablonz – nach dem 2. Weltkrieg ließen sich dort Flüchtlinge aus der Schmuckstadt Gablonz nieder. Die landesweit überdurchschnittliche Zuwanderung russlanddeutscher Aussiedler wirft heute Integrationsprobleme z. B. in Schulen, bei der Arbeitssuche auf.

Der Arbeitsmarkt ist vorwiegend durch mittelständische und kleine handwerkliche Unternehmen geprägt. Der Schwerpunkt liegt auf produzierendem Gewerbe in den Bereichen Maschinen- und Fahrzeugbau, Elektrotechnik, Feinmechanik und Optik, in Neugablonz ist die Schmuckherstellung vorherrschend. In den letzten Jahren schlossen einige der wesentlichen Großbetriebe; die Entwicklung im Einzelhandel ähnelt der in anderen Kleinstädten - alteingesessene Geschäfte schließen, von der gewachsenen Innenstadt fließt die Kaufkraft in die Supermärkte der Großketten am Rand der Stadt. Diese Faktoren ließen die Arbeitslosigkeit in Kaufbeuren auf 6,8 % (Juni 2004) ansteigen. Der Sozialamtsreport von 2003 zeigt auf, dass Kaufbeuren mit 57 Euro Sozialhilfeausgaben pro Einwohner seit dem Jahr 2000 unter dem Durchschnittswert vergleichbarer Städte mit 61 Euro pro Einwohner liegt. Auch bei der Hilfe zum Lebensunterhalt sind unterdurchschnittliche Ausgaben zu verzeichnen, was die Behörde auf gute Sozialberatung und Arbeitsvermittlung im Rahmen der Hilfe zur Arbeit zurückführt.

10.1.1.2 Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region Kaufbeuren/Ostallgäu

Das psychiatrische Hilfesystem zu Beginn des Modellprojekts:
Die **teil-/stationäre Behandlung** im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren:
- 190 akutpsychiatrische Betten
- 50 neurologische Betten

- 90 Plätze in der forensischen Abteilung des BKH Kaufbeuren zur Verfügung

Die **ambulante Behandlung und psychiatrische Grundversorgung** wird geleistet durch:
- Die Institutsambulanz sowie Ambulanzen der einzelnen Fachbereiche
- 12 niedergelassene NervenärztInnen der Region KF/OAL
- 10 ärztliche und nichtärztliche niedergelassene Psychotherapeuten
- je einem Soziapsychiatrischen Dienst in Kaufbeuren und Füssen (Außenstelle) unter Trägerschaft der Diakonie

Der **Funktionsbereich Selbstversorgung/Wohnen** umfasst folgende Einrichtungen und Dienste; einige der Einrichtungen liegen außerhalb der Landkreisgrenze, sind jedoch Mitglieder des GPV KF/OAL:
- Kapazitäten der Projektbeteiligten im **ambulant betreuten Wohnen** nach § 39 BSHG in der Region KF/OAL (gesamt 117 Plätze einschl. 4 Plätze Blaue Blume)
- AWO Haus Wagenseilstr., KF: 3 Wohngemeinschaften für jeweils 4 Menschen mit psychischer Erkrankung (auch Mehrfachdiagnose: Alkohol)
- AWO Haus Wagenseilstr., KF: 12 Plätze Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung (auch Mehrfachdiagnose: Alkohol)
- Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e.V.: Therapeutische Wohngemeinschaft Baisweilerstr., KF; für 10 Menschen
- Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e. V: Langzeit-WG am Kaisergraben, KF; Wohngemeinschaft für 9 Menschen mit längerer Psychoseerfahrung
- Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e. V: Therapeutische Wohngemeinschaft, Mindelheim. Für 8 Menschen mit psychischer Erkrankung
- Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e. V.: Kleinst-WG Kemptener Str., KF; Wohngemeinschaft für 3 Menschen mit psychischer Erkrankung
- Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e.V.: Betreutes Einzelwohnen in der eigenen Wohnung für 3 Menschen
- Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband Ostallgäu: Ambulant betreutes Wohnen des St. Georgshofs, Marktoberdorf für 12 psychisch behinderte Menschen in Wohngemeinschaften und 6 Menschen in der eigenen Wohnung.
- Bezirkskrankenhaus/Eigenbetrieb: Wohngruppe Schlossfeld, KF-Kleinkemnat: Wohngruppe für 8 Menschen mit langer Psychoseerfahrung
- Bezirkskrankenhaus/Eigenbetrieb: Ambulant betreutes Wohnen in Kleinwohngruppen/eigener Wohnung in KF für 7 Personen.
- Bezirkskrankenhaus/Eigenbetrieb: Psychiatrische Familienpflege in KF/OAL – individuelles Wohnen in Familien für 10 psychisch kranke Personen, deren akute Krankheitsphase abgeklungen ist; flexible Hilfeerbringung in Stadt und Landkreis.
- Blaue Blume Schwaben gGmbH, Kaufbeuren: Wohnen für 4 psychisch kranke oder von psychischer Erkrankung bedrohte ältere Menschen.
- Diakonisches Werk Augsburg e. V/Sozialpsychiatrischer Dienst Füssen: Betreutes Einzelwohnen für 4 Menschen in der eigenen Wohnung
- Diakonisches Werk Augsburg e. V/Sozialpsychiatrischer Dienst KF: Betreutes Einzelwohnen für 9 psychisch kranke Menschen in der eigenen Wohnung bzw. in einer Klein-WG.

Angebote der **stationären Eingliederungshilfe** (gesamt: 273 Plätze, zus. 20 Plätze in der Villa Schönblick)

- Bezirkskrankenhaus/Eigenbetrieb: Haus Kemnat, Kolpingstr., Buchloe: für 10 psychisch schwer kranke Menschen mit intensivem Betreuungsbedarf rund um die Uhr (seit Oktober 2003).
- Bezirkskrankenhaus/Eigenbetrieb: Villa Schönblick, Kemnater Str., Kaufbeuren Heilpädagogisches Heim für 20 Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen (Hilfeplanung und Dokumentation mit Metzler-Verfahren; keine regelhafte HPK-Teilnahme)
- BRK-Kreisverband Ostallgäu, BRK-Wohnheim „St. Georgshof", Frankau, Rettenbach: Wohnheim für 60 psychisch kranke Menschen (integrierte Förderstätte s. u.)
- BRK-Kreisverband Ostallgäu; Haus Schimmelreiter, Schimmelreiterweg 7, Wertach: Heim für 39 Menschen mit psychischen Erkrankungen; Beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Angebote im Haus.
- Haas KG; Haus Haas, Oymühlenstr., Oy-Mittelberg: Wohnheim für 43 psychisch behinderte Menschen und chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker
- Haas KG; Oberzollhaus: Heim für 24 psychisch kranke Menschen und mehrfach geschädigte Alkoholiker
- Haas KG; Haus Rheinland, Oy-Mittelberg: Außenwohngruppe für 12 psychisch kranke Menschen und mehrfachgeschädigte Alkoholiker.
- Rotkreuz Sozialservice gGmbH – „Wohnen und Leben mit psychischer Erkrankung", Peter-Dörfler-Str., KF: für 73 Menschen mit psychischer Erkrankung/Alkoholkrankheit. Beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Angebote im Haus.
- Rotkreuz-Sozialservice g GmbH –„Wohnen und Leben mit psychischer Erkrankung", Gablonzer Ring, KF-Neugablonz: für 12 Menschen mit psychischer Erkrankung oder Alkoholkrankheit.
  In der Versorgungsregion gibt es Alteneinrichtungen, welche Wohn- und Betreuungsangebote für psychisch behinderte alt gewordene Menschen im Rahmen der Hilfe zur Pflege aufgebaut haben; eine spezielle Einrichtung der psychiatrischen Pflege ist das Fachpflegeheim BN/BS/Landhaus für alt gewordene chronisch psychisch kranke Menschen, welche viele Jahre in der Klinik gelebt haben (auf dem Klinikgelände mit 70 Plätzen).

Im Bereich **Tagesstrukturierung/Kontaktpflege** finden sich neben den sozialpsychiatrischen Diensten folgende Angebote:

- Bezirkskrankenhaus: Tageszentrum für 30 schwer chronisch psychisch kranke Menschen innerhalb des Klinikgebäudes (mit niederschwelligen Angeboten, Kontaktstellenfunktion und Zuverdienstbereich)
- Blaue Blume Schwaben gGmbH, Kaufbeuren: Zentrum für seelische Gesundheit im Altern -Prävention, Kontakt, Selbsthilfe und Beratung für psychisch kranke oder von psychischer Krankheit bedrohte ältere Menschen.
- Diakonisches Werk Augsburg e. V: Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion und Zuverdienstbereich für 25 Personen.
- Sozialpsychiatrischer Dienst Kaufbeuren/Füssen: Gruppenangebote, Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Bürgerhilfe, Freizeitangebote

Angebote zur **Teilhabe am Arbeitsleben** finden sich folgende Angebote:
- BRK Kreisverband Ostallgäu, St. Georgshof Frankau: Förderstätte für 36 Personen
- Diakonisches Werk Augsburg e.V/SPDi KF: Berufsbegleitender Dienst
- Integrationsfachdienst der Bundesagentur für Arbeit mit Standort in Kempten
- Irseer Kreis e.V., Irseer Kreis Versand gGmbH, Hohe Buchleuthe KF: Integrationsfirma mit 6 Vollzeit-, 10 Teilzeit- und 7 Zuerwerbsarbeitsplätzen sowie einem Ausbildungsplatz für psychisch kranke und behinderte Menschen.
- Wertachtalwerkstätten gGmbH: Darrestr., KF-Neugablonz, WfbM für psychisch kranke und behinderte Menschen sowie für alkoholkranke Menschen mit 45 Plätzen
- Wertachtalwerkstätten gGmbH: Marktoberdorf, WfbM für psychisch kranke und behinderte Menschen sowie für alkoholkranke Menschen mit 36 Plätzen
- Ein Angebot der stationären medizinisch-beruflichen Rehabilitation befindet sich als RPK in Kempten, d. h. in der angrenzenden Region Kempten/Oberallgäu – nur in einzelnen Fällen konnten die rehabilitativen Leistungen ambulant vom Ostallgäu aus erreicht werden, für die übrigen KlientInnen war ein Wohnortwechsel nach Kempten notwendig.

Ambulante Angebote für Suchthilfe werden durch den Caritasverband Kaufbeuren erbracht; er war nicht am Modellprojekt beteiligt.
Des weiteren bestehen vielerlei **Gruppen und Initiativen der Selbsthilfe** für Psychiatrieerfahrene und Angehörige sowie an Bürgerhilfe und Laienhilfe; diese sind in unterschiedlicher Weise in die Arbeit des GPV KF/OAL integriert und in einem Faltblatt Betroffenen, Angehörigen und Professionellen zugänglich.

10.1.1.3 Regionale Versorgungsqualität

Die Versorgungsqualität in der Gesamtregion ist unterschiedlich.
In der Stadt Kaufbeuren kann im Funktionsbereich Behandlung von einem guten Angebot gesprochen werden; sie erfolgt durch das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren als stationäres/teilstationäres Angebot. Niedergelassene Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten, vor allem aber auch die Institutsambulanzen des Bezirkskrankenhauses sichern ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung für psychisch kranke und behinderte Erwachsene.
Seit kurzem wird für den Bereich der Gerontopsychiatrie ‚Integrierte Versorgung' erbracht.
Die Betroffenen im nördlichen Landkreis Ostallgäu können nach Bedarf neben den Angeboten des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren die neue kleine psychiatrische Akutklinik mit den vorhandenen Institutsambulanzen in Landsberg/Lech nutzen.

Problematischer ist die Situation für die Menschen im südlichen Ostallgäu: nicht alle Menschen können durch die Ambulanzen des BKH Kaufbeuren aufgesucht werden, des weiteren bestehen mancherorts Defizite der ambulanten psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung; die Betroffenen müssen aufgrund der mangelnden Verkehrsanbindungen häufig lange Wege in Kauf nehmen.

Insgesamt ist es immer wieder schwierig, eine ambulante Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeuten für chronisch psychisch behinderte Menschen zu finden.

Aufgrund der desolaten Haushaltslage des Bezirks Schwaben konnte trotz ausgiebiger Vorplanung und Konzeption sowie einer Anschubfinanzierung durch den Freistaat Bayern noch kein Krisen- und Notfalldienst installiert werden.

Zum Funktionsbereich Selbstversorgung: stationäre Wohnangebote sind von der Platzzahl her völlig ausreichend – ein Umbau von 10-20% der stationären in ambulante Plätze wird angestrebt. Vor kurzem wurde die Enthospitalisierung des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren abgeschlossen – bereits im Modellzeitraum fanden die Planungen für eine kleine, intensiv betreute Wohneinrichtung für 10 Personen in Buchloe statt, welche im Oktober 2003 in Betrieb gehen konnte.
Es wird die Aufgabe der kommenden Monate und Jahre sein, die Einrichtungen im Rahmen der Weiterentwicklung und Neukonzeptionierung noch genauer folgenden Bedarfen anzupassen:

- Therapeutische Angebote für chronisch mehrfach geschädigte alkoholkranke Menschen (mit möglicher fakultativer Schließung)
- Angebote für Personen mit psychischer und zusätzlich geistiger Behinderung, die pflegebedürftig werden.
- Angebote für intensiv zu betreuende, auch junge psychisch behinderte Menschen
- Angebote für junge psychisch kranke Menschen mit Persönlichkeitsstörungen/Doppeldiagnosen
- Angebote für junge Menschen mit psychischer Behinderung und Lernbehinderung
- Seit langem besteht der Wunsch der Betroffenen, auch bei Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten Umgebung bleiben zu können; eingestreute Pflegeplätze wären deshalb sinnvoll – modellhaft zeigt die Möglichkeit der ‚eigenen Häuslichkeit' im ambulant betreuten Wohnen, dass flexible individuelle Lösungen möglich sind.
- Derzeit gibt es keine Einrichtung, welche ambulante psychiatrische Pflege erbringt, ebenso wird noch keine Soziotherapie erbracht.
  Vielfältige ambulante Wohnformen können in Anspruch genommen werden – sie wurden ausgebaut; stationäre Plätze sollen künftig nach dem Willen des Bezirks Schwaben kostenneutral in ambulante Wohnformen transferiert werden (allerdings nicht additiv, sondern bei gleichzeitigem Abbau stationärer Plätze). Die gewünschte Enthospitalisierung aus Heimen schafft jedoch gleichzeitig einen vermehrten Bedarf an intensiv betreuten ambulanten Wohnplätzen sowie an adäquaten Wohnungen. Der Irseer Kreis e.V. hat sich hier mit der Anmietung von ca. 25 Wohnungen für seelisch behinderte Menschen vorbildlich engagiert.

Die Stadt KF problematisiert immer wieder den Wunsch vieler ehemaliger PatientInnen, sich innerhalb der Stadtgrenzen niederzulassen. Der Wunsch der Betroffenen, in Kaufbeuren zu wohnen ist verständlich, da sich ein Großteil der Hilfen in Kaufbeuren konzentriert. Eine flexiblere Handhabung der vorhandenen Plätze in Stadt und Landkreis wird angestrebt, zudem eine mögliche Anpassung der Betreuungsplätze an den tatsächlichen Betreuungsbedarf sowie eine bedarfsgerechte Möglichkeit der Nachsorge.

Nach und nach sollten qualifizierte, bedarfsentsprechende ambulant betreute Wohnangebote auch im südlichen und nördlichen Landkreis bereitgestellt werden.

Zum Funktionsbereich Tagesgestaltung und Kontaktpflege: problematisch ist, dass die Tagesstätten mit 55 Plätzen auf KF konzentriert sind; Menschen im südlichen und nördlichen Landkreis haben lange Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. Das Tageszentrum des BKH KF mit 30 Plätzen ist gedacht als niederschwelliges Angebot für psychisch behinderte Menschen, die jahrzehntelang in der Klinik waren und auch nach der Enthospitialisierung dieses Umfeld als ihre Heimat betrachten. Wenn dieser Bedarf geringer wird, ist eine Platzzahlreduzierung dieser Plätze und eine Verlagerung in die übrige Versorgungsregion erwägenswert. Die Tagesstätte der Diakonie hat ihren Sitz im Herzen der Stadt und bietet 25 Personen Beschäftigungs- und Kontaktmöglichkeiten. Diese Tagesstätte nimmt im Rahmen der Pauschalfinanzierung häufig zusätzliche Personen auf. Der SPDi KF konnte eine Außenstelle in Füssen errichten, welche neben dem Beratungs-, Kontakt und Selbsthilfeangebot auch ambulant betreutes Einzelwohnen anbietet. Im Rahmen der Kürzungen des Bezirks Schwaben wurden jedoch diese pauschal finanzierten Angebote empfindlich getroffen – an die vor einiger Zeit noch geplante Außenstelle im nördlichen Landkreis (Buchloe) ist derzeit nicht zu denken. Zudem besteht die Gefahr, dass der Charakter der Niederschwelligkeit durch den Druck ökonomischer Faktoren verloren geht.
Im Modellzeitraum wurde immer wieder das Für und Wider der Erbringung von Soziotherapie (§ 37 SGB V) erörtert. Diese vom Gesetzgeber vorgesehene Leistung wird von allen Beteiligten als wünschenswert und sinnvoll erachtet. Die Zulassungsvoraussetzungen zur Erbringung von Seiten der Krankenkassen sind jedoch für Fachkräfte trotz langjähriger Erfahrung mit psychischer Behinderung nur schwer zu erbringen. Derzeit bemühen sich mehrere Antragsteller um Zulassung.

Im Modellzeitraum wurde in KF ebenfalls im Rahmen eines Modellprojekts ein Zentrum für seelische Gesundheit im Alter, die ‚Blaue Blume' eingerichtet. Dort wird ein breites Beratungs-, Kontakt-, Bildungs-, Präventions- und Wohnangebot für ältere Menschen bereitgehalten. Die Finanzierung nach dem Modellzeitraum wird ab Herbst 2004 zu einem großen Teil durch die Erbringung integrierter Versorgung gesichert.
Im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben kann die Region auf einige Erfolge verweisen: Die Wertachtal-Werkstätten gGmbH hat seit vielen Jahren in KF/Neugablonz und Marktoberdorf Werkstätten für psychisch behinderte Menschen, mit derzeit ca. 90 Arbeitsplätzen, eingerichtet. In den letzten Jahren wurden dort vor allem die Bemühungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen integrative Arbeitsplätze in Betrieben der freien Wirtschaft zu bieten, verstärkt und es konnten in 2004 sogar fünf Personen in ein festes Arbeitsverhältnis am ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden. Die erforderliche Nachbetreuung wird über die Werkstätten oder den Integrationsfachdienst gewährleistet. Darüber hinaus nehmen die Werkstätten an dem vom Europäischen Sozialfonds geförderten Programm QUBI (Qualifizieren, Unterstützen, Begleiten, Integrieren), teil, dessen Förderschwerpunkt ebenfalls auf der Vermittlung psychisch kranker Menschen in den ersten Arbeitsmarkt liegt.

Besonders erwähnt werden sollte hier ebenso die Integrationsfirma ‚Irseer Kreis'; seit 1989 hat sie sich als florierender Versandhandel zu einem Arbeitgeber von insgesamt 24 Beschäftigten entwickelt.

Allerdings ist die Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke und behinderte Menschen nach wie vor nicht gesichert: viele suchen eine Möglichkeit des Zuverdienstes in der Stadt und im Landkreis; viele suchen eine Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt bzw. in einer Integrationsfirma. Flexible Lösungen würden dringend benötigt. Derzeit gibt es erste Bestrebungen zur Gründung einer weiteren Integrationsfirma.
Zusammenfassung der bestehenden Probleme

- die Angebote sind in einigen Leistungsbereichen, z. B. Behandlung, Tagesstätten, Integrationsfirma, auf Kaufbeuren konzentriert
- immer wieder werden Menschen mit z. B. mit chronische Mehrfachschädigung bei Alkoholkrankheit in Großeinrichtungen oder Pflegeheimen teilweise außerhalb der Region untergebracht
- Änderungen des Hilfebedarfs bedeuten häufig den Umzug; außerdem verändert sich normalerweise der Leistungserbringer und die Bezugsperson.
- Viele psychisch kranke Menschen suchen Arbeit bzw. die Möglichkeit eines Zuerwerbs.
- Ein Krisen- und Notfalldienst konnte nicht eingerichtet werden
- Pauschale Kürzungen beinhalten die Gefahr, dass die niedrigschwelligen, nah am Bedarf ansetzenden flexiblen Angebote verschwinden und neue, höhere Bedarfe erzeugen

10.1.2. Projektvereinbarung

10.1.2.1 Prozess der Erarbeitung

Die erste Kontaktaufnahme zwischen Projektbegleitung der AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. und dem Sprecherrat des GPV Kaufbeuren/Ostallgäu (in Gründung) in der Region fand im März 2000 statt. In mehreren Sitzungen wurde auf der Grundlage eines durch den örtlichen Projektkoordinator/GPV ausgearbeiteten Entwurfs ein Vereinbarungstext erarbeitet, der von nahezu allen (Caritasverband mit ambulanten Leistungen im Suchtbereich fehlt) Leistungserbringern, den örtlichen und überörtlichen Leistungsträgern und der AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. im Rahmen eines Festakts am 10. Dezember 2001 unterschrieben wurde.

Beteiligt sind:

- Aktion Psychisch Kranke e.V.
- Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Schwaben
- Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit, Sektion Allgäu
- Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband Ostallgäu
- Bayerisches Rotes Kreuz, Landesverband
- Bezirk Schwaben
- Sozialverwaltung
- Eigenbetriebe
- Psychiatriekoordination
- Diakonisches Werk Augsburg
- Haas KG, Oy

- Landkreis Ostallgäu
- Stadt Kaufbeuren
- Wertachtalwerkstätten gGmbH

10.1.2.2 Projektbegleitende Gruppe

Die projektbegleitende Gruppe setzte sich zusammen aus den Geschäftsführern bzw. Leitungen der beteiligten Träger bzw. Einrichtungen, die an der Erarbeitung der Projektvereinbarung beteiligt waren, der Psychiatriekoordinatorin des GPV Kaufbeuren/Ostallgäu und dem das Projekt begleitenden Mitarbeiter der AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V.

10.1.2.3 Örtliche Projektkoordination

Anlass für die Beantragung und Bewilligung einer hauptamtlichen Koordination des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Kaufbeuren/Ostallgäu war das Rahmenkonzept des Verbandes der bayerischen Bezirke vom 24.10.1997 und die Teilnahme am Modellprojekt der APK. Die erste GPV-Koordinatorin Schwabens wurde ab 01.09.2001 mit 30 Wochenstunden tätig und war für zunächst 3 Jahre beauftragt, die regionale Koordinierung und Vernetzung psychiatrischer Hilfeangebote im Gemeindepsychiatrischen Verbund modellhaft zu erproben (vgl. Rahmenkonzept des Verbandes der Bayerischen Bezirke). Zusätzlich übernahm sie die Koordination des Implementationsprojekts ‚integrierte personenzentrierte regionale Hilfen'. Die Ziele dieser beiden Modelle überschnitten sich im Wesentlichen; das Implementationsprojekt der APK bot mit dem IBRP und der Projektbegleitung Module zur konkreten Projektsteuerung und -umsetzung.

10.1.2.4 Zielgruppe

Die Zielgruppe wurde in der Zielvereinbarung wie folgt festgelegt:

- Einbezogen sind alle psychisch kranken Erwachsene, die aus Kaufbeuren oder dem Landkreis Ostallgäu stammen oder psychisch kranke Erwachsene, die in Kaufbeuren oder dem Kreis Ostallgäu Hilfe wünschen, soweit sie Leistungen benötigen, die die Leistungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der niedergelassenen Ärzte überschreiten.
- Suchtkranke und aus dem Maßregelvollzug entlassene KlientInnen sind eingeschlossen.
  Beteiligt sind die Leistungsbereiche klinische Akutversorgung (stationär, teilstationär), Selbstversorgung/Wohnen, Arbeit/Ausbildung, Tagesgestaltung und Kontaktfindung, ambulante sozialpsychiatrische Behandlung und spezielle Therapieverfahren, soweit sie Bestandteil von Komplexleistungen sind.
- Die Bereiche Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sind nicht eingeschlossen.

10.1.3. Erfahrungen und Ergebnisse

10.1.3.1. Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung

10.1.3.1.1 Ausgangslage

Die Vernetzung zwischen klinischem und außerklinischem Bereich in der Region ist traditionell gut. Der seit 1992 existierende GPV hatte sich schon früh freiwillig verpflichtet, im Rahmen der gegebenen Ressourcen die regionale Versorgungsverantwortung wahrzunehmen. Diese Selbstverpflichtung vollzog sich zugleich auf der Ebene der regionalen Versorgungsstruktur und auf der Ebene der personenzentrierten Hilfeplanung.

Die strukturelle Weiterentwicklung der Region erfolgte dadurch, dass sich die leitenden VertreterInnen der regionalen Einrichtungen und Dienste zur Absprache verpflichteten, bevor sie zusätzlich notwendig werdende Hilfsangebote einrichteten. Erst nach Bedarfsfeststellung und Konzeptdarstellung im GPV, dem Nachweis der Fachlichkeit und unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips sollte die Beantragung beim überörtlichen Sozialhilfeträger erfolgen. Die individuelle Hilfeplanung erfolgte bereits auf einer gemeinsamen Grundlage – das gemeinsame Instrument des ‚Rehadiagnostischen Befundberichts' ermöglichte die multiprofessionelle Befund- und Bedarfserhebung und fachlich fundierte Übergaben.

Die Vereinbarung zwischen der Psychiatrischen Versorgungsregion und der AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. war die erste vertraglich vereinbarte verbindliche Form der Zusammenarbeit.

Im Vorfeld der Einführung des IBRP als Instrument integrierter personenzentrierter regionaler Hilfeplanung wurden die Mitarbeiter/innen der Region in zwei großen Veranstaltungen fortgebildet. Eine weitere Vertiefung der Schulungen war aufgrund der Vakanz der Koordinationsstelle nicht möglich.

Die erste Hilfeplankonferenz fand im November 2001 in Begleitung des wissenschaftlichen Mitarbeiters der APK statt.

10.1.3.1.2 Hilfeplanung

Der IBRP wurde von Anfang an bei der Hilfeplanung als obligatorisch vorausgesetzt. Allerdings gab es bereits ein bewährtes Instrument, den ‚Rehadiagnostischen Befundbericht'. Die Regel der generellen IBRP-Nutzung erwies sich deshalb als schwer umsetzbar. Einige MitarbeiterInnen empfanden die Umstellung vom Rehadiagnostischen Befundbericht auf den IBRP als bürokratische Maßnahme und damit als unnötige Arbeitsbelastung. Einige Beteiligte wünschten den Erhalt dieses bewährten Instruments und entwickelten Widerstände bezüglich des IBRP. Misstrauen gab es ebenfalls gegenüber der Absicht, die Sozialhilfeträger in den Prozess einzubeziehen und wegen des Datenschutzes.

Nach zwei großen Einführungsveranstaltungen wurde zur Einführung des neuen Instruments und zur Multiplikation des Modellprozesses der ‚IBRP-Begleitkreis' gegründet, der sich aus erfahrenen PraktikerInnen der beteiligten Einrichtungen und Dienste zusammensetzte. In der Praxis entstehende Fragen konnten hier beantwortet und das gemeinsame Vorgehen mit dem Instrument besprochen werden. Das Angebot, auftauchende Probleme mit dem wissenschaftlichen Begleiter oder der Projektkoordinatorin telefonisch zu klären, wurde häufig genutzt. Weitere Schulungen fanden in einigen Einrichtungen nach Bedarf und auf die konkrete Situation vor Ort bezogen statt. Ein Standard für den Ablauf der Hilfeplanung wurde entworfen und wird im Großen und Ganzen umgesetzt – die standardisierten ‚Bausteine der Hilfeplanung' enthalten: die Hilfeplanung, die Personenkonferenz, bei Bedarf die neutral moderierte Helferkonferenz und abschließend die Hilfeplankonferenz.

Eine regionale, nur in Bayern geltende Besonderheit war das im Spätherbst 2002 beginnende Modellprojekt „Gesamtplanverfahren" (§46 BSHG) des Verbandes der bayerischen Bezirke (VdbB). Dies bewirkte in der Region Unsicherheit bezüglich der auf Dauer gültigen Instrumente der Hilfeplanung (IBRP oder der sog. Sozialbericht). Die SachbearbeiterInnen auf Kostenträgerseite wurden gleichzeitig mit mehreren unterschiedlichen Formen der Kostenbeantragung konfrontiert, es gab Bestrebungen, am althergebrachten Verfahren festzuhalten. Der im Herbst 2001 ausgebaute Sozialpädagogisch-Medizinische Dienst beim Bezirk Schwaben (SMD) übernahm an der Schnittstelle Hilfeplanung-SachbearbeiterInnen wesentliche Schulungs- und Moderatorenfunktion.

Die Evaluation des‚Gesamtplanverfahrens' des VdbB vom Januar 2004 bezog sich auf die Frage, ob die vorgegebenen Ziele erreicht worden seien; ein Vergleich der beiden Verfahrensmodelle wurde nicht vorgenommen. Trotzdem war diese Untersuchung für die Bewertung der regionalen Ergebnisse hilfreich, sie eröffnete die Möglichkeit des Vergleichs der Modellregionen ‚Implementationsprojekt APK' und ‚Gesamtplanverfahren VdbB'. Der Vergleich der Ergebnisse aus der regionalen Dokumentation mit den gesamtbayerischen Ergebnissen aus dem Gesamtplanverfahren wird immer wieder einfließen.

Im Rahmen des Modellprojekts wurde laufend darauf geachtet, den IBRP (vor allem A1, D1) als Element im Prozess des Gesamtplanverfahrens einzubauen – (im Anhang 7.8: der IBRP als Teil des Gesamtplanverfahrens § 46 BSHG).

10.1.3.1.2.1 Einheitliche Hilfeplanung

Die Hilfeplanung wird federführend von dem Dienst durchgeführt, der den Klienten/die Klientin bisher im Rahmen seines Angebots betreut hat. Bei neu in das Hilfesystem kommenden Klientinnen und Klienten übernimmt im Normalfall die abgebende Stelle, selten die gesetzlichen Betreuer/innen, bei Krankenhausbehandlung das zuständige Team des Krankenhauses (federführend meist der Sozialdienst) die Hilfeplanung. Soll ein/e KlientIn von außerhalb der Region Hilfen in KF/OAL erhalten, gibt es zwei Möglichkeiten: der vor Ort zuständige GPV behält die Verantwortung für diese Person und benennt eine koordinierende Bezugsperson oder die abgebende Stelle übergibt in der Hilfeplankonferenz.

Eine Einigung gibt es auch bezüglich der Menschen, welche mit unklarem Eingliederungsbedarf in Einrichtungen außerhalb der Region abgegeben werden müssen, weil sie beispielsweise eine (fakultativ) geschlossene Unterbringung brauchen weil sie (vorübergehend) pflegebedürftig sind oder weil ein passgenaues Angebot in der Region nicht existiert: diese Personen werden in der Hilfeplankonferenz vorgestellt, einerseits um den nicht gedeckten Bedarf offen zu legen, andererseits als Zeichen einer auch künftig wahrgenommenen Verantwortlichkeit der Region und ein Offenhalten der Rückkehroption.

Grundsätzlich ist ein Verstehen der Grundprinzipien des personenzentrierten Ansatzes und eine subjektiv positive Einstellung zur Umsetzung die Voraussetzung für hochwertige und nachhaltige Hilfeplanung und Einbeziehung von KlientInnen. Die Kritik am hohen Zeitaufwand relativierte sich nach der Einführung des IBRP, da deutlich wurde, dass eine zielorientierte, koordinierte Planung einige zeitlich ebenso aufwendigen Umwege erspart.

Derzeit wird der IBRP in der Region genutzt zur Hilfeplanung, zur Kostenbeantragung, zur Vorstellung in der Hilfeplankonferenz, zur einrichtungsübergreifenden Übergabe und zur internen Dokumentation und Fortschreibung der Hilfen; ein gemeinsam entworfenes Verfahren zur Kostenbeantragung stationärer und ambulanter Hilfen sichert die Deckung mit dem Gesamtplanverfahren. Die Zusammenarbeit der unterzeichnenden Beteiligten wird dadurch wesentlich erleichtert, die Transparenz der eigenen Arbeit sichergestellt.

Insgesamt wurde im Vergleich zu den Ergebnissen Modellregionen des Gesamtplanverfahrens in der gesamten Region KF/OAL ein vergleichsweise hoher Qualitätsstandard bei der individuellen integrierter Hilfeplanung erzielt, z. B. wurden ca. 20% weniger Kostenübernahmen für stationäres Wohnen beantragt als in den Projektregionen des Gesamtplanverfahrens. Zu diesem Erfolg trägt sicherlich auch das inzwischen in vielen Orten der Region zufriedenstellend ausgebaute Hilfesystem bei.

Der Modellabschluss war im Rahmen einer Veranstaltungswoche zum ‚Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung' nochmals geprägt von Unterstützungsangeboten und Hilfen rund um die Planung und Durchführung individueller, integrierter, regionaler Hilfen (vgl. im Anhang: Programm der Fachtagung). Zur optimalen Zielerreichung in bezug auf eine vollständige Umsetzung dieses Ansatzes sind jedoch weitere Anstrengungen wie z. B. die laufende Multiplikation, die Schulung und Beratung durch die Mitglieder des Lenkungsausschusses (vor allem in großen Einrichtungen) nötig.

Bei der derzeitigen Unklarheit bezüglich der künftigen verbindlichen Form muss - zumindest was konkret den IBRP angeht - wohl der Entscheid des Verbandes der bayerischen Bezirke im Spätherbst 2004 abgewartet werden.
Zum IBRP als Manual brachte die Region folgende **Verbesserungsvorschläge** ein:
A1:

- Übersichtsbogen: die Bogen sollten unterschiedlich benannt oder durchnumeriert werden – nicht alle 3. Übersichtsbogen

- Psychische Störungen und Fähigkeiten zu deren Bewältigung – gewünschte Ergänzung: ... und darüber hinaus gehende Ressourcen
- 5 Items abcde: statt regelmäßiges individuelles Angebot: regelmäßiges in Klammern; mehrfaches Ankreuzen im Computerprogramm ermöglichen, ein freies Item f einführen (z. B. für schwankende Bedarfe)
- Items 0123; =abcde: abweichende Sichtweisen KlientIn vs. Professionelle sollen auch über das Computerprogramm unterschiedlich gekennzeichnet werden können (Schrifttyp, Farbe)
- Insgesamt größeres Schriftbild wählen
- 2: bisherige und aktuelle Behandlungs-/Betreuungssituation: zu 5. Beteiligung an der Erstellung hinzufügen. Gleich auf der ersten Seite die Wohnsituation/angestrebte Wohnform einfügen, dann können Problemfelder, Ziel, Vorgehen und Erbringer quer gelesen werden (wichtig z.B. für die Vorstellung in der HPK).
  D2:
- statt 3.5.: welche Problemlagen haben sich geändert (im Vergleich zum IBRP A 1)?
- Insgesamt differenzierter: welche Ziele konnten (nicht) erreicht werden/haben sich geändert?
- Vorgesehenes (verändertes) Vorgehen
  Damit käme besser zum Ausdruck, dass sich der D2-Bogen auf den A1-Bogen bezieht, dass also die gesamte Hilfeplanung und –Erbringung ein fortlaufender Prozess ist.

10.1.3.1.2.2 Beteiligung der KlientInnen und Bezugspersonen

„Nicht ohne uns – über uns“ lautete das Motto des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderung 2003; ein Auftrag, den die Zielvorgaben des Implementationsprojekts durch die regelhafte Beteiligung der Betroffenen auf eigene Weise einforderten. Bei der Einbeziehung der KlientInnen in das Hilfeplanungsverfahren wurden in den beteiligten Einrichtungen enorme Fortschritte erzielt. Die Auseinandersetzung der KlientInnen mit dem eigenen Lebensweg während der Planung (i. S. d. § 3 BSHG, § 9 SGB IX) ist Teil des Hilfeprozesses, weshalb von Leistungsträger- und Erbringerseite festgestellt wurde, dass bereits die subjektorientierte Recherche bezüglich des Hilfebedarfs, ebenso die umfassende und integrierte Planung komplexer Hilfen Teil der Leistung ist. In der Praxis war und ist das Ausbalancieren der unterschiedlichen Sichtweisen von Professionellen, KlientInnen und Angehörigen im Verhandlungsprozess für viele Beteiligte ein Lern- und Übungsfeld (s. Fachtagung).

Unklar war anfangs der Zeitpunkt der Einbeziehung: sollen die KlientInnen vor der Hilfeplankonferenz eine Einrichtung besichtigen oder gar Probewohnen oder bedeutet dies eine Festlegung vor der eigentlichen Entscheidung in der HPK. Die Einigung sieht folgendermaßen aus: natürlich sollen alle Möglichkeiten ausgelotet werden; der/die KlientIn wird informiert und wird natürlich durch einen Besuch der möglichen Wohnformen bei der Entscheidung unterstützt. Eine schriftliche Festlegung vor der HPK ist jedoch zu vermeiden – scheint sie z. B. wegen hohem Entlassdruck unvermeidbar, wird sie in der Sitzung des Vormonats angekündigt. Problematisch ist dieser Punkt nur bei Hilfeplanungen, welche die HPK vor

vollendete Tatsachen stellen, so kommt es immer wieder vor, dass eine Wohnung bereits gekündigt wurde und dadurch der Druck zur Aufnahme in einer stationären Wohnform erhöht wird. Solche ‚Not- oder Eilfälle' sollen künftig so weit als möglich vermieden werden.

10.1.3.1.2.3 Integrierte Hilfeplanung: einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf

Die Hilfeplanung wird ausnahmslos integriert im Sinne eines Gesamtplans vorgenommen – es werden für jede Person alle Lebensbereiche berücksichtigt (z. B. Arbeit, Selbstversorgung, ambulante/stationäre Behandlung, Tagesgestaltung, nichtpsychiatrische Hilfen). Anfangs war das Denken – gerade bei sehr komplexem Hilfebedarf -häufig sehr einrichtungszentriert: die Beteiligten mussten lernen, zuerst nach dem konkreten Bedarf und den angestrebten Zielen dieser individuellen Person zu fragen, dann erst nach dem optimalen Vorgehen – ohne von vornherein eine bestimmte Einrichtung im Kopf zu haben. Dieser Lernprozess ist wohl nie abgeschlossen; immer wieder besteht die Gefahr, dass mit der ‚Schere im Kopf' kreative individuelle Lösungen verhindert oder die Möglichkeit nichtpsychiatrischer Hilfen übersehen werden.

Im Hilfeplanungsprozess sind Personenkonferenzen standardisiert und verankert worden, welche sowohl die Zusammenarbeit der Einrichtungen als auch die der Berufsgruppen sichern, nach Möglichkeit unter Einbeziehung der betroffenen Person und ihrer Angehörigen. Das heißt, dass bereits vor der Hilfeplankonferenz zur Planung komplexer Leistungen die Beteiligten von der federführenden Bezugsperson eingeladen werden. Im Rahmen der Personenkonferenz wird eine gemeinsame Situationsdefinition mit Ressourcen und Problemlagen entworfen, Ziele beschrieben und davon ein bedarfsgerechtes Vorgehen abgeleitet. Bei konfliktreichen oder äußerst komplexen Szenarien wird die neutrale Einladung und Moderation durch die Koordinatorin angefragt (ca. 2 x monatlich).

Der interne Kommunikationsfluss und die klare Delegation von Verantwortungen und Zuständigkeiten zwischen den Berufsgruppen – also eine echte Multiprofessionalität im Sinne einer Transprofessionalität – ist vor allem in großen Einrichtungen eine große Herausforderung und teilweise noch zu lösende Aufgabe. Mit dem Projektverlauf erwuchs die Einsicht, dass in großen Institutionen mit vielen Berufsgruppen ein langer Atem nötig ist, bis ein neues Planungssystem installiert ist.

Die abgestimmte Planung gewährleistet eine effektivere Zusammenarbeit aller Leistungserbringer. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Hilfen zur Arbeit und Tagesstrukturierung und auf nichtpsychiatrischen Hilfen im sozialen Umfeld. Damit dies nicht in Vergessenheit gerät, wurde unter den Mitgliedern der HPK eine ‚Beauftragte für Nichtpsychiatrische Hilfen' benannt, welche die Gefahr des Abrutschens in alten Denkschienen auch künftig verringern soll.

Im Hinblick auf die Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfen und größerer Flexibilität hat die Modellregion ihre Offenheit und Kompetenz bezüglich der Einführung eines persönlichen Budgets signalisiert – der Bezirk Schwaben muss hierfür erst noch gewonnen werden.

10.1.3.1.2.4 Zielorientierte Hilfeplanung

Im Bereich der personenzentrierten, zielorientierten Hilfeplanung sind große Lerneffekte bei den Professionellen sichtbar: wo zunächst Grobziele eine allgemeine Entwicklungsrichtung andeuteten, sind nun konkrete, lebensfeldbezogene, nachvollziehbare und nach dem Planungszeitraum auch für KlientInnen überprüfbare Ziele im großen und ganzen Standard geworden.

Diese Entwicklung erfolgte langsam aufgrund regelmäßiger Problematisierung in der HPK durch den wissenschaftlichen Begleiter und die Koordinatorin der Hilfeplankonferenzen, aber auch durch die Mitglieder in der HPK. Immer wieder wurde auf das Prinzip der Zielorientierung hingewiesen und konsequent von den Zielen aus das geplante Vorgehen überdacht.

Wiedervorstellungen beziehen sich grundsätzlich auf die in der vorhergehenden Planung genannten Ziele, d. h. es wird vorgestellt, wo Ziele erreicht wurden, wo sie abgewandelt wurden und wo und warum neue Ziele an die Stelle der alten treten sollen.

10.1.3.1.2.5 Hilfeplanung unabhängig von Wohnformen

Personenzentrierte Hilfeplanung verlangt eine Umorientierung weg von einrichtungsbezogenen Maßnahmen hin zur Formulierung von Zielen und dann zu zielorientierten Maßnahmen. Dies ist ein hoher, vom personenzentrierten Ansatz her jedoch unverzichtbarer Anspruch, der häufig durch die Hilfeplanung vor Ort nicht allein gewährleistet werden kann. Die Metaebene der Personen- und Hilfeplankonferenzen fügt häufig diesen Aspekt hinzu und erweitert die bisher auf Einrichtungen fixierte Haltung. Insbesondere die Erstellung der Hilfeplanung unabhängig von einer bestimmten Wohnform für den Klienten war zunächst nicht ganz einfach.

Eine personenzentrierte Hilfeplanung ist von der tatsächlichen Möglichkeit personenzentrierter Leistungsgewährung abhängig. Eine Differenzierte Hilfeplanung äußert sich in der klaren Beschreibung differenzierter individueller Bedarfe. Die Kluft zwischen den benötigten Hilfen zur weitest gehenden Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und den tatsächlichen Möglichkeiten führt bei aller Konsensbereitschaft in einzelnen Fällen zur Zerreißprobe. Enge Vorgaben bezüglich der Einrichtungstypen und das gegliederte System der sozialen Sicherung behindern immer wieder flexibles Eingehen auf persönliche Bedürfnisse (z. B. Zwang zum Wechsel der Einrichtung bei hinzukommender Pflegebedürftigkeit, Wunsch nach Tagesgestaltung außerhalb der stationären Wohneinrichtung, die pauschale Vergütung unabhängig vom tatsächlichen Hilfebedarf, gleichzeitiger Eingliederungs- und Pflegebedarf, Uneinigkeit der Kostenträger an den Schnittstellen SGB V/BSHG, SGB VIII/BSHG usw.). Es besteht die Gefahr, dass Personen, für welche selbst nach langer Suche keine angemessene Lösung gefunden werden konnte, nicht in der HPK vorgestellt werden bzw. durch Betreuer ohne die Beteiligung der HPK in Einrichtungen außerhalb der Region verlegt werden. Angebots- und einrichtungsorientierte Traditionen kollidieren immer wieder mit dem Wunsch der Betroffenen Die Einführung des persönlichen Budgets bzw. eines regionalen (Teil-) Budgets in der

Region KF/OAL würde sicher den Prozess befördern, die Hilfeplanung unabhängig von der Wohnform zu begreifen.

10.1.3.1.3 Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungserbringung

Personenzentrierte Hilfeplanung kann immer wieder bedeuten, von Einrichtungsinteressen abzusehen. Klar ist: wo personenzentriert geplant und gehandelt wird, geht es nicht darum, möglichst rasch das frei werdende Bett zu belegen. Die Berücksichtigung gemeindepsychiatrischer Leitprinzipien wie der Vorrang ambulanter, gemeindenaher Hilfen bedeutet für die Leistungserbringer immer wieder, für ‚schwierige' Menschen aus der Region eine Lösung zu suchen. Das kann bedeuten, dass Plätze länger als vorgesehen frei bleiben, dass in Einzelfällen wesentlich höhere Personalressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen oder dass komplexe Hilfen außerordentliche Kooperationskompetenz vieler HelferInnen verlangen. Dieser Anspruch ist außerordentlich hoch. Eine Annäherung an dieses Ideal kann nur stattfinden, weil sich alle Beteiligten verbindlich auf die Einhaltung der vereinbarten Standards geeinigt haben. Der Prozess der Leitbildentwicklung hat in den letzten Jahrzehnten zur gemeinsamen Einsicht geführt, dass den gemeindepsychiatrischen Prinzipien auch ohne finanzielle Vorteile zu folgen ist. Die Leistungserbringer der Region wünschen dringend, dass sich die Hilfeplanungsleistungen (§§ 10 SGB IX, 46 BSHG) sowie die zusätzlichen Kooperationsleistungen als Teil der Struktur- und Prozessqualität in Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen niederschlagen (§§ 20, Abs. 2, 21, Abs. 1 Ziffer 1 SGB IX, 93 Abs. 1, Abs. 2 Ziffer 1 BSHG). Der § 93 a BSHG verlangt eine Leistungsvereinbarung, in der auch die „Verpflichtung ... aufzunehmen" zu definieren ist. Eine regionale Versorgungsverantwortung kommt dieser Verpflichtung am nächsten und ist deshalb Teil der Leistungserbringung. Bemerkenswert ist die Beteiligung der WfbM und der Tagesstätten an der Erstellung integrierter Hilfepläne – der Bereich Arbeit und Beschäftigung gerät so nicht aus den Augen.

Soziotherapeutische Leistungen nach § 37a SGB V könnten ein Weg zur Erbringung von einrichtungsübergreifenden Planungs- und Koordinationsleistungen sein, konnten jedoch im Modellzeitraum nicht etabliert werden. Allerdings kommt Soziotherapie nach § 37a SGB V nur für einen Bruchteil (ca. 3-5%) der PatientInnen in Betracht (vgl. Soziotherapie-Richtlinien v. 23.08.01).

Für die Erbringung weiterer einrichtungsübergreifender Koordinationsleistungen müssten dringend neue Wege gegangen werden, beispielsweise über einen regionalen Finanz- bzw. Personal-Pool oder ein personenbezogenes Budget.

Die Leistung integrierter personenbezogener Hilfeplanung wurde von Leistungsträgern und -Erbringern ausdrücklich anerkannt und als Leistung im Rahmen der individuellen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bewertet.

10.1.3.1.3.1 Koordinierende Bezugsperson

Sowohl die Federführung für die konkrete Hilfeplanung als auch die Verantwortlichkeit für die Koordinierung des Hilfeprozesses wird seit Beginn der Projektphase grundsätzlich benannt und nimmt mit der Beauftragung durch die HPK die ihr zufallenden Aufgaben wahr. Ein Faltblatt informiert über die Funktion der Federführung, der Koordinierung und über den Vorstellungsmodus in der HPK (im Anhang 7.2.). Die Beauftragung bzw. Übergabe der Funktion der koordinierenden Bezugsperson innerhalb der Hilfeplankonferenz ist grundsätzlich geregelt.

Die Rolle der gesetzlichen Betreuer und Betreuerinnen wurde in diesem Zusammenhang immer wieder kritisch reflektiert - insbesondere die Frage, inwieweit die Funktion der koordinierenden Bezugsperson von Betreuerseite übernommen werden kann. Eine Einigung kam insofern zu Stande, dass gesetzliche BetreuerInnen im Normalfall nicht mit der Funktion der koordinierenden Bezugsperson betraut werden. Dies gilt einerseits aus fachlichen Erwägungen, besonders aber deshalb, weil bis heute offen ist, ob ihnen für die Zeit der Vertretung ihres/ihrer Betreuten in der HPK die entsprechende Vergütung (ein Urteil des Landgerichts Kempten steht noch aus). Grundsätzlich wurden jedoch die BetreuerInnen der Region in einer Informationsveranstaltung durch die GPV-Koordinatorin über die wesentlichen Neuerungen im Rahmen des Modellprojekts informiert, mit den Betreuungsstellen in Stadt und Landkreis bestand regelmäßiger Austausch und gute Zusammenarbeit.

Das Bewusstsein für die Rückmeldung größerer Veränderungen, nach Abbrüchen von Hilfen oder Übergabe der Koordinationsrolle konnte erst nach und nach hergestellt werden.

Nach wie vor unbefriedigend ist die Koordinationsfunktion über die eigene Einrichtung hinaus – dies würde einrichtungsübergreifende Finanzierungsformen, z. B. ein regionales (Teil-)Budget oder wiederum das persönliche Budget, gesteuert im Rahmen die Hilfeplankonferenz, erfordern. Eine geregelte Übergabe der Koordinationsfunktion ist die im Moment mögliche Notlösung, sie sichert jedoch nicht die persönliche Kontinuität in Krisen und Übergangssituationen. Die Übernahme der Koordinationsfunktion im Falle der Hilfeerbringung in anderen Regionen lässt sich bis jetzt nicht immer befriedigend regeln (die Beauftragung von gesetzlichen BetreuerInnen hat sich nicht immer bewährt).

Die im SGB V ermöglichte Soziotherapie ist inzwischen in der Region beantragt und soll auf Dauer für den in den Richtlinien genannten Personenkreis häufiger Koordinationsleistungen im Sinne des Case-Managements ermöglichen. Für suchtkranke Menschen müssen andere Lösungen gefunden werden.

10.1.3.1.3.2 Organisation der HPK, Beteiligte, Geschäftsordnung etc.

In der monatlich stattfindenden Hilfeplankonferenz der Region KF/OAL wurden ab Mai 2002 monatlich durchschnittlich 8 Personen anhand des IBRP vorgestellt; durchschnittlich zwei Personen monatlich nahmen von dem Recht Gebrauch, ihren Antrag ohne Vorstellung in der HPK direkt vom Sozialhilfeträger bearbeiten zu

lassen. Die Teilnehmer mussten mühsam lernen, die HPK von Personenkonferenzen zu unterscheiden. Erst nach und nach entwickelte sich die heutige Form: die Dauer der Hilfeplankonferenz richtet sich nach den vorliegenden Anmeldungen – pro Vorstellung werden 20 Minuten, bei Kurzvorstellungen 10 Minuten kalkuliert. Die Moderation der HPK wird durch die Psychiatrie-Koordinatorin übernommen. Die organisatorische Abwicklung der HPK (Auskunft, Anmeldungen, Versendung der Tagesordnung und Erstellung des Protokolls) erfolgt durch die Koordinationsstelle (Sozialpädagogin mit 30, Verwaltungskraft mit 8,5 Std./Woche).

Die Geschäftsordnung der HPK liegt dem Anhang bei (7.4).
Zur Unterstützung effizienter Prozesse wurden folgende Instrumente für die HPK entwickelt:
- Ablaufschemata für die Beantragung ambulanter bzw. stationärer Hilfen
- Informationen zur Hilfeplanung und Vorstellung in der HPK für Betroffene und Professionelle
- Formblatt zur Einhaltung des Datenschutzes in der HPK
- Stellungnahme der HPK

Die Hilfeplankonferenz (zusammengesetzt aus dem Betroffenenvertreter, den örtlichen/überörtlichen Leistungsträgern der Sozialhilfe, dem Sozialpädagogisch-Medizinischen Dienst und den Leistungserbringern aus allen Funktionsbereichen) nimmt zum Hilfebedarf, den Leistungen und ihrem Umfang fachlich Stellung und trifft einrichtungsübergreifende Leistungsverabredungen. Die einvernehmliche Empfehlung der HPK ist vorbehaltlich Klärung der sozialhilferechtlichen Anspruchsvoraussetzungen verbindlich. Das Einsetzen und der Fortgang der Hilfen werden ebenso in der HPK verfolgt. Die Koordinierende Bezugsperson wird in der HPK beauftragt. Die Beteiligung der Träger der Sozialhilfe/ des sozialpädagogisch-medizinischen Dienstes an den Hilfeplankonferenzen hat zum einen zu einer schnelleren, effizienteren Bearbeitung der Anträge und zum anderen auch zu einer Verbesserung des gemeinsamen Verständnisses über Situation und Hilfebedarf der Betroffenen geführt.
Bei Doppelungen von Entscheidungsgremien wurden befriedigende Lösungen für die PraktikerInnen entwickelt, um die Einfachheit und Klarheit des Ablaufs zu gewährleisten (z. B. Fachausschuss der WfbM – HPK).
Wünschenswert ist die Verkleinerung der HPK durch die Entsendung einer/s VertreterIn für jeden Funktionsbereich. Vom grundsätzlichen Recht jedes Leistungserbringers zur Teilnahme an der HPK soll jedoch nicht abgewichen werden.

Die Dokumentation der Ergebnisse aus den Hilfeplankonferenzen soll auch künftig die wichtigsten Daten regionaler Hilfen so weit als möglich erfassen.
Die Zufriedenheit der Betroffenen mit dem Instrument der Hilfeplankonferenz wurde nicht erhoben.

10.1.3.1.3.3 Erfahrungen mit der HPK

Anfangs gab es von einigen Seiten Vorbehalte gegenüber der HPK. Befürchtet wurde eine unnötige Bürokratisierung, Verschwendung zeitlicher Ressourcen bzw. die Herstellung einer Rechtfertigungssituation für die Vorstellenden oder die VertreterInnen stationärer Einrichtungen, außerdem ein zu lockerer Umgang mit

persönlichen Daten. Anfangs verfielen die TeilnehmerInnen tatsächlich immer wieder in den Fehler, die Vorstellungen in der HPK in eine Personenbesprechung auszudehnen; dies führte zu unnötigen Wartezeiten – sie sind diesem Problem begegnet, indem jeweils ein Mitglied der HPK die Zeit misst. Neben äußerst hilfreichen Anregungen und Erweiterungen wurden durch der HPK hin und wieder derzeit nicht umsetzbare Ziele und Methoden – so genannte ‚Joker' – entworfen; angesichts der schwierigen Krankheitsverläufe und den damit verbundenen Hilf- und Machtlosigkeitserfahrungen ist dies ein verständlicher Mechanismus. Er birgt allerdings die Gefahr, dass die Betroffenen diese Ziele abwehren und dass den MitarbeiterInnen Ungenügen signalisiert wird.
Aus ökonomischen Gründen wurde immer weder eine Eingrenzung der Hilfen auf sogenannte ‚besonders schwierige Personen' vorgeschlagen, also z. B. für KlientInnen, für die keine angemessene Hilfe gefunden werden kann. Bisher hielten diese Vorschläge jedoch den praktischen Anforderungen nicht stand:

- Es fehlen Kriterien, welche ‚schwierige' von ‚überaus schwierigen Hilfefällen' klar trennen, während die bisherige Eingrenzung auf Psychisch kranke und behinderte Menschen mit komplexem Hilfebedarf bereits einen Personenkreis kennzeichnet.
- Das Herausfiltern ‚besonders schwieriger Personen' würde die Gefahr der Konzentration auf stationäre Hilfen mit sich bringen; ambulante Komplexleistungen würden aus dem Auge geraten
- Ein regionaler Bedarf lässt sich nicht an den ‚allerschwierigsten' festmachen, sondern aus der in Punkt 2.4 genannten Zielgruppe.
- Ein Hauptziel der HPK ist die Vermeidung von Chronifizierung durch zeitnahe, abgestimmte und regionale Hilfen: eine Vorstellung zum Zeitpunkt der eingetretenen Chronifizierung ist selbstverständlich nötig, soll jedoch genau nicht die Regel sein.
- Ein weiteres Ziel der HPK ist, Hilfeverläufe transparent zu machen, Veränderungen sichtbar werden zu lassen. An Beispielen gelungener Hilfeprozesse kann gelernt werden – dies ist nur möglich bei einem breiten Spektrum von Vorstellungen.

Im Ergebnis werden nach wie vor **alle Komplexleistungen** vorgestellt – im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben als integrierte Leistungen i. d. R. von dem Fachausschuss.

Nach und nach konnte ein Klima der Akzeptanz und der gegenseitigen Wertschätzung hergestellt werden; für die Beschränkung des Austausches auf die tatsächlich benötigten Daten in der HPK ist im Besonderen ein Beauftragter zuständig.
Die freiwillige Bindung der Leistungsträger bzw. ihre Beteiligung an der fachlichen Stellungnahme der HPK ermöglichte mehrmals eine unverzügliche Hilfegewährung und im Normalfall eine Gewährung zum angestrebten Zeitpunkt.

Bei der flexiblen, bedarfsgerechten Finanzierung von Hilfen wurden Fortschritte erzielt; eine klar strukturierte Hilfeplanung hilft, den Bedarf bei den Leistungsträgern nachvollziehbar zu machen. Allerdings muss festgestellt werden, dass flexible personenzentrierte Steuerung auf der Ebene der Leistungsträger in Zeiten der Sparzwänge nicht immer die vorhandenen Spielräume für die Individuen nutzt (vgl. stationäres Wohnen und Tagesstruktur außerhalb der Einrichtung, Einzelfalllösungen zugunsten ambulanter Wohnformen). In der

Anfangsphase des Modellprojekts konnten immer wieder unkonventionelle, phantasiereiche Lösungen unter Mithilfe der Leistungsträger gefunden werden – die derzeitige desolate Finanzsituation und politische Entscheidungen blockieren den individuellen Entscheidungsspielraum und lenken fast unbemerkt das Denken wieder in die alten Gleise. Die Geldnot zementiert eher bestehende Strukturen (z. B. wurden zuerst Einsparungen im ambulanten Bereich vorgenommen, während die Ausgaben für den stationären Bereich immer noch stiegen). Pauschalfinanzierung allein scheint die Existenz bestehender Dienste und Einrichtungen im ambulanten Bereich nicht zu sichern, da der individuelle Anspruch bei niedrigschwelligen Diensten nicht geltend gemacht werden kann – das persönliche Budget könnte hier als Steuerungsinstrument dienen.
Hilfreich war immer wieder das Engagement einzelner Mitglieder der HPK: personenzentriertes Denken drückte sich immer wieder dadurch aus, dass 'untypische', kreative Leistungsverabredungen zu Stande kamen wie z. B. Unterstützung bei der Durchführung von Personenkonferenzen, tagesstrukturierende Leistungen in der künftig aufnehmenden Einrichtung trotz teilstationärem Aufenthalt in der abgebenden Einrichtung, befristete Verdoppelung des Stundenkontingents für eine besonders intensive ambulante Betreuung oder Schaffung eines Zuerwerbsarbeitsplatzes in einer Einrichtung des GPV.

10.1.3.1.3.4 Beteiligung der KlientInnen

Grundsätzlich haben KlientInnen im Rahmen der Hilfeplanung Subjektstellung, d. h. sie sind zu beteiligen. Dies gilt im Besonderen bei Personenkonferenzen im Vorfeld der Hilfeplankonferenzen.
Die KlientInnen haben ein Recht auf Teilnahme an der HPK. Ein Flyer informiert über die Zusammensetzung der HPK und über das Verfahren, beispielsweise die Dauer sowie die Möglichkeiten und Grenzen dieses Gremiums (Materialanhang 7.5). Bereits im Vorfeld haben die Betroffenen die Möglichkeit, die Anwesenheit einzelner Mitglieder oder Gäste abzulehnen. Ca. 10-15% der Betroffenen nehmen an der HPK teil; sie vertreten häufig sehr geschickt ihr Anliegen. Ebenso häufig werden die Betroffenen durch den/die gesetzliche/n BetreuerIn vertreten.
Die Anwesenheit der Betroffenen verlangt im Besonderen eine ressourcenorientierte, feinfühlige Präsentation der Situation und der angestrebten Ziele – unter Berücksichtigung der Auffassungsmöglichkeiten des/der KlientIn. Dies erfordert von den Vorstellenden einen gelebten subjektorientierten Ansatz und hohe Kommunikationsfähigkeit.

10.1.3.1.3.5 Datenschutz

Das Formblatt zur Einhaltung des Datenschutzes lässt sowohl anonyme Vorstellung in der Hilfeplankonferenz als auch den herkömmlichen Weg über die Sachbearbeitung zu. Die KlientInnen haben folgende Wahlmöglichkeiten: sie unterschreiben eine Einwilligungserklärung zum Austausch der für die Hilfeplanung relevanten Daten innerhalb der HPK, sie lassen die Hilfeplanung anonymisiert vorstellen oder sie lehnen die Vorstellung in der Hilfeplankonferenz ab (letztere Möglichkeit nehmen ca. 20% der Betroffenen wahr). Dies kann teilweise auf Befürchtungen der Datenweitergabe forensischer PatientInnen zurückgeführt werden; außerdem verweigerten immer wieder diejenigen Personen

(vor allem aus dem Suchtbereich) ihre Zustimmung, welche gegen ihren Willen einer Zwangmaßnahme zugeführt werden mussten (dieser Personenkreis wurde nicht in die Dokumentation aufgenommen). Mehr als die Hälfte der Vorzustellenden wollten ihre Anonymität gewahrt wissen. Vermutlich spielt die Beratung der federführend hilfeplanenden Person eine große Rolle: je klarer und sinnhafter die HPK den KlientInnen vermittelt wird, desto geringer werden im Allgemeinen die Widerstände und Ängste.
Innerhalb der Hilfeplankonferenz wurde eine Person bestimmt, welche besonders auf den sensiblen Umgang mit personenbezogenen Daten achtet.

10.1.3.1.3.6 Periodische Fortschreibung von Hilfeplänen

Die Hilfeplankonferenz hat sich auf einen Gewährungszeitraum von höchstens zwei Jahren geeinigt – spätestens zum Ablauf der Befristung, im Bedarfsfall häufiger, wird der Hilfeplan überprüft. Grundsätzlich wird die Kostenzusage an die vereinbarte Wiedervorstellung in der HPK geknüpft. Der Zeitraum bis zur Wiedervorlage wird in der HPK einvernehmlich festgelegt. Die Überprüfung der Hilfeplanung ist ein wichtiges Instrument, um längerfristig Verläufe transparent zu machen, vermeidbare Prozesse der Chronifizierung zu verhindern oder gemeindeferne Hilfen wieder in der Region anzusiedeln. Die Kurzvorstellung bei Fortschreibungen nach Zielerreichung oder ohne große Veränderungen bzw. bei Personen, wo ein Fähigkeitserhalt die Teilhabe sichert, soll eingeübt werden – auch im Hinblick auf die Menschen mit unbefristeten Kostenzusagen, welche im Abstimmung mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger voraussichtlich ab Anfang 2005 nach und nach in einer kleinen Auswahl der HPK vorgestellt werden.

10.1.3.1.3.7 Dokumentation

Monatlich dokumentiert wird der Funktionsbereich „Wohnen“, also die Anzahl der Entlassungen, der freien Plätze und Aufnahmen (aus der Region und von außerhalb, vgl. Anlagen 7.6). Die Dokumentation der örtlichen Sozialhilfeträger über die erfolgten Kostenübernahmen ermöglicht inzwischen einen Abgleich der Zahlen. Dem überörtlichen Kostenträger ist derzeit eine Dokumentation der Kostenübernahmen für psychisch kranke und behinderte Menschen nicht möglich.

Eine Dokumentation der vereinbarten Ziele und Beschlüsse findet durch die monatlichen Protokolle des Lenkungsausschusses statt; die Zusammenfassung der gemeinsamen Beschlüsse wird fortlaufend der Geschäftsordnung beigefügt.

Jede Vorstellung in der HPK mündet in einer einvernehmlichen Stellungnahme, welche die Zugehörigkeit zum Personenkreis festhält und Art, Umfang und Maß der Leistungen kurz beschreibt. Diese wird dem Leistungsträger, dem/n Leistungserbringer/n und der Koordinierenden Bezugsperson ausgehändigt.

Die GPV-Koordination erfasst nach und nach die Daten der vorgestellten Personen und führt eine anonymisierte Statistik aller Hilfeplanungen und Wiedervorstellungen. Wie oben erwähnt, finden Personen, welche die Vorstellung verweigern, bisher keinen Eingang in die Statistik.

10.1.3.1.3.8 Finanzierung (Abstimmung auf der Fallebene)

Flexible Leistungserbringung wurde in einzelnen Fällen gewährt. Die Sensibilität für die Beteiligung vorrangiger Leistungsträger wurde nach und nach geweckt – innerhalb der HPK wird grundsätzlich die mögliche Beteiligung weiterer vorrangiger Leistungsträger erwogen.
Die vom SGB IX gewünschten neuen Finanzierungsformen (z. B. persönliches Budget) könnten durch die bisher erarbeiteten Standards jederzeit individuell, integriert und zeitnah umgesetzt werden. Ein regionales (Teil-)Budget könnte modellhaft individuell und bedarfsgerecht eingesetzt werden.

10.1.3.1.4 Zusammenfassende Bewertung zur Qualitätsentwicklung

Im Rahmen des Modellprojekts wurden verbindlich etabliert
- Qualitätskriterien zur integrierten, personenzentrierten regionalen Hilfeplanung und -erbringung, zur Vorstellung in der Hilfeplankonferenz.
- die ‚Bausteine der Hilfeplanung' (Hilfeplanung, Personen-/Helferkonferenz, Hilfeplankonferenz) als Bestandteil des ‚integrierten personenzentrierten regionalen Hilfesystems' (IPRH).
- die Multiplikation des IBRP in den Einrichtungen über Beauftragte – die Ergebnisse bezüglich der Operationalisierung in den Einrichtungen sind unterschiedlich – abhängig von Strukturen, Ressourcen usw.
- der einheitliche Ablauf der Beantragung ambulanter und stationärer Hilfen (vgl. Material 7.8) in Abstimmung mit den Erfordernissen des Gesamtplanverfahrens § 46 BSHG

Die vorgehaltene Leistung aller Beteiligten bezüglich der personenzentrierten Hilfeplanung und Dokumentation wurde in allen Prüfberichten der Qualitätsbeauftragten des Bezirks Schwaben als Qualitätsmerkmal gewürdigt; die regionale Kooperationsleistung wurde als weitere Qualitätskomponente bestätigt; eine Verankerung der Kooperationsleistungen in Leistungsbeschreibung und Vergütungsvereinbarung ist anzustreben.

Flexible Leistungserbringung wurde in einzelnen Fällen durch die Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungsleistungen gewährt (z. B. die befristete Verdoppelung der Stundenzahl zur Vermeidung einer stationären Verlegung oder die befristete Verlegung eines Platzes der Stadt Kaufbeuren zum Landkreis Ostallgäu bzw. umgekehrt); die Möglichkeit flexibler Hilfeerbringung soll weiter ausgebaut werden.

Grundsätzlich wird innerhalb der HPK die mögliche Beteiligung weiterer vorrangiger Leistungsträger erwogen (z. B. nach SGB V, XI) und sollte auch weiter forciert werden.

Bei Einbeziehung von Hilfemaßnahmen mit unbefristeten Kostenzusagen ist die Modellregion Vorreiter im Bezirk Schwaben – so kann die derzeit durchschnittliche Aufenthaltsdauer von ca. 18 Jahren (schwäbische Heimenquete von 2003) in stationären Wohneinrichtungen gesenkt werden und einer qualifizierten Fortschreibung Platz machen.

Die im Bogen G des IBRP vorgelegte Möglichkeit der Personalbemessung bzw. Erhebung der Hilfebedarfsgruppen nach § 93 BSHG wurde nicht wahrgenommen – aus oben genannten Gründen: das bayerische Gesamtplanverfahren sieht die Bildung von Hilfebedarfsgruppen nicht vor und die Leistungserbringer können aufgrund der desolaten Haushaltslage auch bei höherem Hilfebedarf nicht auf Erhöhung der Vergütung hoffen.

Die vom SGB IX (und künftig SGB XII) gewünschten neuen Finanzierungsformen (z. B. persönliches Budget) könnten durch die bisher erarbeiteten regionalen Standards jederzeit individuell, integriert und zeitnah umgesetzt werden. Ein regionales (Teil-) Budget könnte individuell und bedarfsgerecht eingesetzt werden, wenn die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Aus regionaler Sicht ist wünschenswert, dass sich diese höhere Qualität niederschlägt in den künftigen Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen sowie in der Vergabe von Leistungen (§ 93 BSHG); besonders um Anreize zur Erbringung von personenbezogenen Kooperationsleistungen zu schaffen.
Einige Hoffnung bezüglich der Verankerung personenzentrierter Kooperationsziele und Formen liegt derzeit bei den Arbeitsgruppen, welche den 3. Bayerischen Landespsychiatrieplan erarbeiten.

10.1.3.2 Verbundentwicklung

10.1.3.2.1 Ausgangslage

Die klinische Versorgung für die gesamte Region und teilweise darüber hinaus wird und wurde durch das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren (BKH) sichergestellt. Noch 1972 umfasste das Aufnahmegebiet des damaligen ‚Nervenkrankenhauses' 5 Landkreise und 4 kreisfreie Städte. In diesem Aufnahmegebiet lebten ca. 870 000 Einwohner, 1213 davon in der Klinik. Seit Anfang der 80er Jahre entwickelten sich gemeindepsychiatrische Strukturen; im Rahmen der Dezentralisierung wurde die Gründung kleiner regionaler psychiatrischer Kliniken in Kempten, in Memmingen (als Teil des Allgemeinkrankenhauses), in Landsberg und in Lindau (als Tagklinik) forciert. Für die Menschen des obengenannten Aufnahmegebiets stehen nunmehr 190 akutpsychiatrische Betten, 50 neurologische Betten und 90 Plätze in der forensischen Abteilung des BKH Kaufbeuren zur Verfügung. Nach und nach entstand eine Institutsambulanz mit ca. 2.500 PatientInnen pro Quartal (2003), außerdem weitere zugehende Strukturen wie Fachambulanzen in allen Fachbereichen.

In der Region Kaufbeuren/Ostallgäu hat die inzwischen erreichte Vernetzung Tradition. Bereits 1980 gründete sich die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des regionalen Versorgungsgebietes Kaufbeuren, welche sich für das gesamte Allgäu (Kaufbeuren, Kempten, Memmingen, Lindau, Landkreise Lindau, Ober-, Unter-, Ostallgäu) verantwortlich fühlte. Die PSAG wusste sich als psychiatriepolitisches Organ nach dem 1. Bayerischen Landespsychiatrieplan dem Ziel verpflichtet, eine ‚in allen Landesteilen gleichwertige und optimale psychiatrische Versorgung sicherzustellen. Aufgabe dieser Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ist es u. a., Bestandserhebungen vorzunehmen sowie Bedarfsermittlungen und Lösungsvorschläge auszuarbeiten und durch koordinierte

Zusammenarbeit die Versorgung für psychisch Kranke und psychisch Behinderte zu verbessern' (aus der Einladung zur Gründungsversammlung). Unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Dienste und Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich sollte bereits damals in Abstimmung mit den Trägern der psychiatrischen Versorgung eine realisierbare Konzeption für eine gemeindenahe und patientengerechte Versorgung psychisch kranker und psychisch behinderter Menschen erarbeitet werden.

In der Folge entwickelten sich vier Versorgungsregionen: Landkreis Unterallgäu/Memmingen, Landkreis Oberallgäu und Kempten, Landkreis Lindau und Stadt Lindau, Landkreis Ostallgäu und Kaufbeuren mit jeweils eigenem Vertrauensleutegremium und dem regelmäßigen Allgäu weiten Austausch.

Durch die Ausrichtung auf die gesamte Angebotsstruktur in bezug auf das regionale Versorgungsgebiet war die strukturelle Grundlage für den Gemeindepsychiatrischen Verbund Kaufbeuren/Ostallgäu geschaffen.

Ergänzend dazu entwickelte sich ein vertiefter Blick auf individuell bedarfsgerechte Hilfen. Klar war: nur abgestimmte und vernetzte Angebote konnten bei komplexen Bedürfnislagen greifen. Im sogenannten „Teamgespräch" mit den Teilnehmern der Werkstatt für seelisch Behinderte, SPDi, klinische Institutsambulanz, klinischer Sozialdienst, einem niedergelassenen Nervenarzt und einer therapeutischen Wohngemeinschaft wurde ab 1984 festgestellt, dass das Hauptziel vor allem die Vermeidung der so genannten Umhospitalisierung ist. Der Arbeitskreis Psychosoziale Hilfen entstand.

Parallel dazu rückten ab 1980 mit dem Einzug der Sozialpsychiatrie in das inzwischen Bezirkskrankenhaus genannte Fachkrankenhaus die Reformziele Dezentralisierung, Enthospitalisierung und Normalisierung mehr und mehr in den Vordergrund. Ab 1987 wurden in den sogenannten ‚Internen Reha-Konferenzen' alle Langzeitkranken vorgestellt, für die neue Lebensperspektiven gefunden werden sollten (innerhalb von 6 Jahren insgesamt 250 Personen). Dabei wurde ein erheblicher Bedarf an ambulanten Hilfen festgestellt.

Bei einem ersten Treffen der ‚Externen Reha-Konferenz' im September 1992 wurde die Personenbesprechung um die berufliche Rehabilitation erweitert. Darüber hinaus sollte ein Gemeindepsychiatrischer Verbund für einen Rahmen sorgen, in dem verbindliche Entscheidungen über nächste Schritte zu treffen sind, die sich vorrangig und eindeutig an den Bedürfnissen und dem Bedarf des/der PatientIn zu orientieren haben. Organisatorisch bedeutete dies ein monatliches Treffen mit allen Beteiligten zur Entscheidungsfindung bezüglich individueller Gesamt-Reha-Pläne. Darüber hinaus sollte auch die Analyse des regionalen Versorgungssystems sowie dessen Weiterentwicklung betrieben werden.

Bis zum Beginn des Modellprojekts fanden auf der Grundlage dieses Auftrags 110 Sitzungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Kaufbeuren/Ostallgäu statt.

10.1.3.2.2 Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung

Die Kooperationsvereinbarung zum Modellprojekt enthält die verbindliche Erklärung der Beteiligten zur Übernahme der gemeinschaftlichen Pflichtversorgung für die Region KF/OAL, soweit sie über den Sicherstellungsauftrag der niedergelassenen Ärzte hinausgeht. Dies beinhaltet die Bereitschaft, Menschen mit akutem Behandlungs- bzw. Rehabilitationsbedarf kurzfristig Leistungen anzubieten und insbesondere keinen psychisch kranken Menschen wegen Art oder Schwere der Störung abzuweisen. Abweichungen von den gemeinsamen Planungen bei fortbestehendem Hilfebedarf müssen in der HPK mit allen Beteiligten abgestimmt werden.

Von externen Besuchern der HPK wurde immer wieder bestätigt, dass die grundsätzliche Bereitschaft und das Bewusstsein der Notwendigkeit regionaler Hilfen bei allen Beteiligten verankert sind. Abweichungen vom Ziel der regionalen, zeitnahen Verantwortlichkeit wurden durch die HPK dokumentiert, um nach und nach Klarheit über den weiteren bedarfsgerechten Aus- bzw. Umbau des bestehenden Hilfesystems herzustellen. Schwierigkeiten, den oben genannten Zielen gerecht zu werden, entstehen vor allem an den Schnittstellen zur Pflege, zur Kinder- und Jugendhilfe und im Bereich (fakultativ) geschlossener Unterbringungen. Die derzeitige desolate Haushaltslage des Bezirks Schwaben ermöglicht wenig Flexibilität bezüglich einer bedarfsgerechten Umstrukturierung für die oben genannten Personengruppen – in einigen Fällen konnten deshalb keine regionalen Hilfen angeboten werden.

10.1.3.2.3 Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen

Das Einüben einer Integrierten Hilfeplanung unterstützte das einrichtungs- und leistungsträgerübergreifende Denken und Handeln. Immer wieder konnten durch die verbesserte Abstimmung der einzelnen Hilfen ambulante Komplexleistungen durchgeführt werden, die ohne diese Möglichkeit in einer stationären Versorgung gemündet wären. Die Leistungen der Eingliederungshilfe wurden weiter mit sonstigen Rehabilitations- und Behandlungsleistungen verzahnt – Entwicklungsbedarf besteht noch in den Bereichen Soziotherapie, medizinische/integrierte Rehabilitation (es besteht kein Versorgungsvertrag mit den Kassen und Rentenversicherungsträgern), der Kooperation mit niedergelassenen Psychiatern sowie ärztlichen und nichtärztlichen PsychotherapeutInnen. Die Kassen und die Bundesagentur für Arbeit sind nach wie vor nicht aktiv beteiligt.

Rückschritte waren im Bereich der differenzierten Heimentgelte zu verzeichnen: bisher war es unbürokratisch möglich, dass Menschen die stationär wohnten, die Tagesstätte besuchten, wenn das Heim auf das Entgelt der Tagesstruktur verzichtete. Künftig sollen nach dem Willen des Bezirks Schwaben nur noch die KlientInnen die Tagesstätte besuchen dürfen, welche in absehbarer Zeit das ambulant betreute Wohnen anstreben.

Dringendes Ziel ist die Ermöglichung ambulanter Nachsorge nach einem Heimaufenthalt durch die vertrauten Bezugspersonen – die Kontinuität der Betreuung könnte auch für lang hospitalisierte Personen eine Chance der

Rehabilitation in einem normalen Wohnumfeld mit sich bringen – eine Leistungsvereinbarung für ambulant betreutes Wohnen wird von allen Erbringern stationärer Leistungen in der Region angestrebt.

10.1.3.2.4 GPV-Organisation

Die Strukturen des GPV wandelten sich während der Projektphase erheblich. Dem ursprünglichen GPV-Plenum kam neben der personenzentrierten Vernetzung die Funktion der Information und Bewusstseinsbildung zu. Gab es vor der Modellphase einen monatlichen jour fix, verlagerte sich das Interesse und die Entscheidungskompetenzen zunehmend in die von autorisierten Vertretern besetzten Gremien Hilfeplankonferenz und Projektbegleitende Gruppe; das GPV-Plenum traf sich nur noch vierteljährlich. Für die praktische Umsetzung personenzentrierter Hilfeplanung war der IBRP-Begleitkreis zuständig.

Erhalten wurde für die Zeit der Modellphase bis zur Schaffung gültiger Strukturen der ‚Sprecherrat', ein kleines, flexibles Gremium regionaler EinrichtungsleiterInnen, welches die Koordinatorin berät und inhaltliche Schwerpunkte setzt (künftig sollte ein Vereinsvorstand diese Funktion wahrnehmen).

Auch die bisherige Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) erfuhr Veränderungen. Sie spezialisierte sich nach der Gründung des GPV vorwiegend auf die Gestaltung der Strukturverbesserung im Rahmen der politischen Gremien – nachdem jedoch die Arbeit des Planungs- und Koordinierungsausschusses des Bezirks Schwaben ab 2001 zum Erliegen kam, stellte sich die Frage nach dem Sinn von zwei regionalen Gremien. Anfang 2003 wurde die PSAG Kaufbeuren/Ostallgäu aufgelöst. Aufgabe der Zukunft wird es sein, den GPV einerseits hin zu einem regionalen Steuerungsverbund zu erweitern, andererseits, die Kommunikation und strukturelle Verankerung der Region in den Planungs- und Koordinationsgremien des Bezirk Schwaben zu sichern.

Als Gremium der ‚Basis', also der engagierten MitarbeiterInnen aller psychosozialen Felder war in der PSAG außerdem Begegnung der Professionellen möglich; die PSAG sah sich auch als kritische Instanz gegenüber den Leistungsträgern und -erbringern. Diese Funktion wird durch einen GPV nicht automatisch übernommen; die gegenseitige Offenlegung und Transparenz der Arbeit in der HPK soll regionale Qualitätssicherung ermöglichen. Offen ist noch, ob und in welchem Rahmen künftig Begegnung, Fortbildung und Bewusstseinsbildung für alle Professionellen stattfinden soll und in welcher Form sie auch von den Trägern der Einrichtungen unterstützt wird.

Wesentliche Weichenstellungen für die Zukunft trifft die Trägerkonferenz der Region: am 20.02.03 wurden folgende Beschlüsse zur Weiterführung des begonnenen Prozesses getroffen:

- Der IBRP soll zur Hilfeplanung verwendet werden, bis die bayerischen Bezirke im Zusammenwirken mit den Spitzenverbänden zu einer gemeinsamen Lösung finden.
- Ein Lenkungsausschuss mit autorisierten Personen der Leistungsträger und Leistungserbringer soll im Rahmen der Implementationsvereinbarung die

regionale psychiatrische Versorgung vorbehaltlich einer endgültigen Klärung im Kooperationsvertrag steuern.
- Funktionale Strukturen sollen effizient weiter entwickelt werden.
- Die Träger geben zum bestehenden Kooperationsvertrag bis zum 15.April 2003 Rückmeldung an die Koordinatorin.

Derzeit wird in Zusammenarbeit mit dem Sprecherrat eine Vereinssatzung (funktionale Strukturen!) für einen GPV der Leistungserbringer entworfen, nach Fertigstellung wird von der Trägerkonferenz darüber beraten und abgestimmt.

10.1.3.2.5 Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung

10.1.3.2.5.1 Deskriptive Ermittlung von Kostenströmen

Erste Anläufe bezüglich einer Klarheit über die regionalen Aufwendungen für psychisch kranke und behinderte Menschen wurden unternommen. Der Landkreis Ostallgäu und die Stadt Kaufbeuren liefern eine monatliche Aufstellung über Hilfen, welche ohne die HPK gewährt wurden (Anzahl, Leistungserbringer, Beantragung durch). Zusammen mit der Wohnplatzbörse ermöglicht dies einen guten Überblick über die ambulanten Hilfen.
In der Bezirksverwaltung stellt sich die regionale Untergliederung bezüglich der Finanzströme und Klientenbewegungen in stationären Einrichtungen noch schwierig dar. Möglichkeiten der Erfassung und die erforderlichen Kriterien werden derzeit durch die schwäbische Psychiatriekoordination eruiert.

10.1.3.2.5.2 Klientenbewegungen

Während des Modellzeitraums mussten immer wieder chronisch psychisch kranke Menschen Hilfen außerhalb der Region in Anspruch nehmen, zum Teil auf Wunsch ihrer gesetzlichen Betreuer, zum Teil deshalb, weil adäquate Hilfen in der Region nicht zur Verfügung standen. Umgekehrt erhielten einige Hilfe suchenden Personen aus anderen Regionen Hilfen im Versorgungsgebiet.

10.1.3.2.5.3 Sozialgesetze

Die Möglichkeiten der neuen Sozialgesetzgebung wurden in der Region nur zögerlich in Anspruch genommen: einerseits wurden für die Erbringer hohe Hürden bezüglich der Kompetenz künftiger Soziotherapeuten festgelegt, ebenso war die Vergütung lange Zeit ein umstrittenes Thema. Derzeit gibt es zwei Antragsteller in der Region (Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit, Sozialpsychiatrischer Dienst der Diakonie Augsburg), eine Erbringung der Soziotherapie und damit einer besseren Versorgung des betroffenen Personenkreises in nächster Zukunft steht also nichts mehr entgegen.
Es soll jedoch nicht verschwiegen werden, dass der Rückzug der Kassen aus der pauschalen Finanzierung sowie die 5%ige Kürzung der Sozialpsychiatrischen Dienste durch den Bezirk Schwaben nicht durch die Erbringung von Soziotherapie ausgeglichen werden kann, da diese Leistung eingegrenzt ist auf eine bestimmte Personengruppe. Außerdem erübrigt diese Leistung nicht die niedrigschwelligen

offenen Angebote des SPDi. Aus anderen Regionen wird zudem berichtet, dass Kassen sich bei der Erbringung eines Komplexleistungsprogrammes (z. B. Soziotherapie und häusliche Pflege oder Institutsambulanz) ihrer Verantwortung entziehen.

10.1.3.2.6 Zusammenfassende Bewertung zum Stand der Verbundentwicklung

Funktionale Strukturen wie die eingeführten Standards zur personenzentrierten Hilfeplanung mit Personen/Helferkonferenzen, Hilfeplankonferenz, sowie die steuernde Projektbegleitende Gruppe (nach dem Modellzeitraum als Lenkungsausschuss bezeichnet) erleichtern dem Gemeindepsychiatrischen Verbund die Zusammenarbeit auf der strukturellen und individuellen Ebene. Insgesamt ist die bereits bisher vertrauensvolle Kooperation verbindlicher geworden – auch wenn finanzielle Situation der öffentlichen Hand zur Sorge Anlass gibt, dass Trägerinteressen wieder stärker in den Vordergrund rücken.

Laut Trägerbeschluss vom 20.02.2003 sollen die in der Projektphase entwickelten Gremien erhalten und funktional ausgebaut werden. Der Lenkungsausschuss soll im weiteren Verlauf auftretende Fragen behandeln und die Weiterentwicklung des GPV bis zum Beschluss einer Kooperationsvereinbarung begleiten. Die in der Projektvereinbarung benannten Themen NutzerInnenzufriedenheit und Beschwerdemanagement sollen nach Möglichkeit in den Vertrag eingearbeitet werden.

Geplant ist im Frühjahr 2005 die gleichzeitige Unterzeichnung der Vereinssatzung und des Kooperationsvertrags für einen Leistungserbringerverbund.

10.1.4 Projektdurchführung

10.1.4.1 Projektbegleitende Gruppe

Die Projektbegleitende Gruppe bestand aus den Leitungen der beteiligten Leistungserbringer und den Leitern bzw. autorisierten Beauftragten der Kostenträger, der regionalen Psychiatrie-Koordinatorin und dem beratenden Mitarbeiter der AKTION PSYCHISCH KRANKE. Sie traf sich einmal monatlich, und behandelte alle relevanten Themen der Projektentwicklung, sie wertete den Verlauf der HPK aus und bildete so Verfahrensregeln für die Hilfeplankonferenz und eine Geschäftsordnung der HPK aus.

Die Verzahnung zwischen der Fallebene und der strukturellen Ebene wurde im Besonderen durch die Erarbeitung des ‚Rezipsych' (Bögen zur regionalen Selbsteinschätzung und Zielplanung in der Psychiatrie, Material 7.8) erreicht. In diesen Prozess der Problemerkennung und Beschreibung flossen die Erfahrungen aus den individuellen Hilfeplanungen ein. Veränderungsziele und Handlungsbedarf konnten systematisch aufgezeichnet und abgearbeitet werden. Ein systematisierter Überblick machte die Stärke der Region deutlich, zeigte jedoch auch auf, wo Versorgungslücken sind (z. B. häusliche psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, ambulante medizinische Rehabilitation als SGB-V-

Leistungen sowie ein Krisendienst mit fachkompetenter Gehstruktur, außerdem fehlen Zuerwerbsmöglichkeiten und koordinierte Angebote am Wochenende).

Gemeinsam wurden Prioritäten der zu bearbeitenden konkreten Themen, Verantwortliche und Termine ihrer Behandlung festgelegt (z. B. wie sichern wir die vorrangige Berücksichtigung nichtpsychiatrischer Hilfsmöglichkeiten bei der Hilfeplanung? oder: können wir die personelle Kontinuität bei einem Einrichtungswechsel sicher stellen?). Eine strukturierte Sitzungsmoderation und ein zielgerichtetes, nachhaltiges Arbeiten wurden so wesentlich vereinfacht. Die Verbesserung der Versorgungsstrukturen wie z. B. die Einführung einer koordinierenden Bezugsperson, eine gemeinsame, ressourcenorientierte Sprachregelung konnten so erzielt werden. Insgesamt erscheint der Rezipsych als hilfreiches Instrument der regionalen Selbsteinschätzung und Zielplanung und bildet somit die Grundlage für regionale Steuerung.

10.1.4.2 Verantwortlichkeiten

Die Verantwortlichkeiten wurden wie in der Vereinbarung vorgesehen geregelt. Die Projektbegleitende Gruppe traf sämtliche Entscheidungen im Konsens. Die regionale Projektkoordinatorin organisierte die HPK sowie die Projektbegleitende Gruppe und beriet die verantwortlich Hilfeplanenden im Vorfeld der HPK (Verfahrensregeln, IBRP, Einbeziehung der KlientInnen, Durchführung von Personen-/Helferkonferenzen). Sie moderierte mit Unterstützung des Projektbegleiters der APK die Hilfeplankonferenzen und vertrat dort zusammen mit den Mitgliedern die Ablaufprinzipien und die Verfahrensregeln, die durch die Projektbegleitende Gruppe festgelegt worden waren. Der Austausch mit den TeilnehmerInnen der HPK und die ständige Anpassung des Verfahrens und der Instrumente an die regionalen Erfordernisse waren unabdingbar für die Akzeptanz des Projekts in der Region.

Ein Reibungspunkt war die Schnittstelle Projektbegleitende Gruppe und IBRP-Begleitkreis – erst nach einiger Zeit wurden die Informations- und Entscheidungswege geklärt.

Verändert hat sich die Rolle der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG): nachdem sich der GPV während des Modellprojekts auch die strukturelle Planung und Steuerung zu Eigen machte, löste sich die regionale PSAG auf. Im Rahmen der Einsparungsdiskussionen wurde eine Doppelung von Gremienstrukturen von unterschiedlichen Seiten als ökonomisch unsinnig bewertet. Trotzdem bleiben Fragen offen: derzeit werden Überlegungen angestellt, auf welche Weise die Hauptfunktionen der PSAG wie Begegnung, Wächterfunktion, Rückkopplung der strukturellen Erfordernisse in die Entscheidungsgremien des Bezirks Schwaben in die künftige Gremienstruktur implementiert werden können.

10.1.4.3 Leistungen der Leistungserbringer

Die Träger der Einrichtungen für psychisch kranke Menschen in der Region brachten vereinbarungsgemäß ihre VertreterInnen in die Sitzungen der Projektbegleitenden Gruppe ein und entsandten je eine/n leitende/n MitarbeiterIn

ihrer Einrichtungen und Dienste in die Hilfeplankonferenz. Betriebliche Engpässe durch Krankheit, Vakanz oder Weiterbildung wirkten sich jedoch direkt auf die Möglichkeit der Teilnahme und damit der Einbindung in Entscheidungsprozesse aus.

Im Laufe der Modellphase hat sich erwiesen, dass die Qualität der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes und seiner Instrumente klar mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen zusammenhängt. Der strukturelle Rahmen (z. B. klare Delegation und Autorisierung, Besetzung der Planstellen) bedingt direkt den Prozessverlauf. Besonders deutlich wird dies bei (Nicht-)Freistellung für Multiplikationsarbeit in großen Einrichtungen und den damit verbundenen Schulungs- und Beratungsleistungen.

10.1.4.4 Leistungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V.

Die vereinbarten Leistungen wurden vollinhaltlich erbracht, die wissenschaftliche Begleitung in allen Projektbereichen wurde zuverlässig sichergestellt. Der Projektbegleiter der ‚AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V.' nahm an allen Sitzungen der Projektbegleitenden Gruppe sowie an den Hilfeplankonferenzen teil. Er war beteiligt an der Erarbeitung der Implementationsvereinbarung, an der Einführungsveranstaltung zum Modellprojekt, an der Auftaktveranstaltung, teilweise auch an innerbetrieblichen Schulungen und an der regionalen Tagung zum Abschluss der Modellphase. Die Diskussionen zur Verankerung von Kooperationsleistungen in Leistungsbeschreibungen begleitete er ebenso wie die Suche nach funktionalen Gremienstrukturen im Gemeindepsychiatrischen Verbund der Zukunft. Er informierte über die Entwicklungen in den übrigen Modellregionen und mögliche Auswirkungen und Umsetzungsmöglichkeiten des neuen SGB IX. Als prozessorientierter Berater brachte er mit seinem Fachwissen wesentliche Impulse zur Weiterentwicklung ein. Er förderte den Umgang mit den neuen Planungsinstrumenten, unterstützte die Reflexion des Umsetzungsprozesses und den Austausch mit anderen Referenzregionen und ließ doch die Entscheidungskompetenz bei den Beteiligten des Modellprojekts.
Sein Betrag bildete eine Säule für das Gelingen der Einführung des ‚IPRH' (integriertes personenzentriertes Hilfesystem) in der Region Kaufbeuren/Ostallgäu.

10.1.4.5 Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen

Das regionale Projekt beteiligte sich mit der regionalen Projektkoordinatorin und zwei Einrichtungsleitern am Benchmarking der 6 bundesweiten Projektregionen, an der Abschlussveranstaltung des Bundesprojekts zur Implementation des Personenzentrierten Ansatzes und an den Diskussionen zum Aufbau einer Bundesarbeitsgemeinschaft GPV. Intensiver Austausch wurde gepflegt mit der Partnerregion in Gera, Ravensburg und den ‚Vorreitern' in Mainz und Kaiserslautern – verhalf zur Reflexion des eigenen Standorts, zeigte neue Wege auf und ließ eigene Erfolge deutlich werden.

Die Projektarbeit der Region wurde landesweit wahrgenommen. Es fanden zahlreiche Besuche von Delegierten anderer Regionen statt, z. B. München Süd, München Ost, Augsburg, Kempten/Oberallgäu, Mittelfranken.

Im Projektverlauf wurden Schnittstellenprobleme bei Übergaben in andere Regionen bzw. bei Aufnahmen aus anderen Regionen ausgemacht. Inzwischen wurden mit den Nachbarregionen gemeinsame Regelungen entworfen, z. B. bezüglich überregionaler Übergaben.

Der Informationsaustausch innerhalb der Psychiatrieplanung des Bezirks Schwaben ist gesichert; in den Gremien des Bezirkstags wurde vom Projektverlauf berichtet. Klar ist zum jetzigen Zeitpunkt die unbefristete Weiterführung der zunächst modellhaft eingerichteten Koordinationsstelle; die Einrichtung von zwei weiteren Koordinationsstellen im Bezirk Schwaben wird angestrebt. Bewährte Elemente der bisherigen Verbundentwicklung sollen mit dem Ziel einer nachhaltigen Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems in andere Regionen des Bezirks Schwaben unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen multipliziert werden.

10.1.4.6 Zusammenfassende Betrachtungen des Projektverlaufs: Akzeptanz, spezifische Problemfelder, Dokumentation etc.

Die Leitlinie des „personenzentrierten Ansatzes“ gibt einen Paradigmenwechsel vor. Nicht die KlientInnen sollen den vorhandenen Angeboten angepasst werden, sondern die Angebote sollen sich an den Bedarfen vor allem auch chronisch kranker Menschen ausrichten. Im Rahmen der Hilfeplanung gilt das Prinzip der Subsidiarität: Selbsthilfe vor Fremdhilfe, nichtfachliche vor fachlicher Hilfe, nichtpsychiatrische vor psychiatrischer Hilfe, Normalisierung, Selbstbestimmung und Teilhabe vor ‚Versorgung’, ambulant vor stationär.

Obengenannte Leitlinien wurden seit langem immer wieder postuliert: in Gesetzen, in Verlautbarungen und Zielvorgaben des Verbandes der Bayerischen Bezirke und des Bezirks Schwaben; trotzdem blieb der Bezirk Schwaben weit hinter seinen Zielen zurück: die höchste Dichte an stationären Wohnplätzen innerhalb Bayerns verursachten immense Mehrausgaben in der Sozialhilfe. Diese Problematik entstand nicht durch das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse; sie ist ein Ergebnis langfristiger, von Politik, Leistungsträgern und -erbringern zu verantwortenden Entwicklungen. Eine direkte Einwirkung auf die Einrichtungen der Eingliederungshilfe wurde zwar durch eine 5%ige pauschale Kürzung versucht, der individuell einklagbare Anspruch der einzelnen Person bleibt jedoch bestehen. Eine strukturelle Änderung wird nicht erzielt, eher ein ängstliches Festhalten am Bestehenden. Dass für einen langsamen, nachhaltigen Umbau keine Möglichkeiten gesehen werden, rächt sich – die Gesetzmäßigkeit von Systemen zeigt sich ganz praktisch: der Systemerhalt wird u. U. über den eigentlichen Systemzweck, nämlich das Eingehen auf den individuellen Hilfebedarf der hilfesuchenden Person gestellt. ‚Bequeme’ BewohnerInnen bleiben auch heute noch jahrelang in Heimen (laut der schwäbischen Heimenquete durchschnittlich 18,3 Jahre), während schwerst kranke und behinderte Menschen teilweise außerhalb der Region Hilfen suchen müssen – die teilweise überaus hohen Kosten werden in diesen Fällen übernommen. Dieser Trend wird sich verstärken, wenn

Kürzungen unabhängig vom Hilfebedarf wirksam werden. Von allen Beteiligten sollte darauf hingewirkt werden, dass die Fehlentwicklungen der vergangenen Jahrzehnte in gemeinsamer Verantwortung und geordnet umgesteuert werden.

Damit sind Leistungsträger und -erbringer auf andere wirksame Steuerungsmodelle verwiesen, welche nachhaltig, effektiv und effizient die Angebotslandschaft den individuellen Bedarfen anpassen. Die gemeinsame regionale Verantwortung für ein adäquates personenzentriertes Hilfesystem muss im Bewusstsein aller verankert werden. Immer wieder neu wurde die Frage gestellt, worum es geht: ‚es geht um Menschen'.

Dieser „Wandel in den Köpfen" hat in der Modellregion Kaufbeuren/Ostallgäu lange vor Beginn des Modellprojekts eingesetzt und wurde im Rahmen des Projektes weiter entwickelt. Selbst in der derzeit schwierigen Situation mit Kürzungen in allen Bereichen und einer Stagnation des Ausbaus bedarfsgerechter Strukturen durfte mit großem Engagement der Projektbeteiligten gerechnet werden – es wurde deutlich, dass der Aufbau einer personenzentrierten (Zusammen-)Arbeit und der damit verbundene zeitliche Mehraufwand eine lohnende Zukunftsinvestition für *alle* Beteiligten darstellt. Der Erhalt des Erreichten und die weitere Entwicklung in diese Richtung sind unbedingt anzustreben. Als Weichenstellungen im Bezirk Schwaben können durchaus die unbefristete Weiterführung der Koordinationsstelle und die geplante hauptamtliche Koordination in zwei weiteren Regionen gewertet werden, ebenso die Stärkung der schwabenweiten Psychiatrieplanung im ambulanten Bereich und der begonnene Dialog zwischen dem Bezirk Schwaben und den VertreterInnen der freien Wohlfahrtspflege.

Im Ergebnis hat der Modellprozess in der Region Kaufbeuren/Ostallgäu zur Erreichung wesentlicher Ziele geführt:

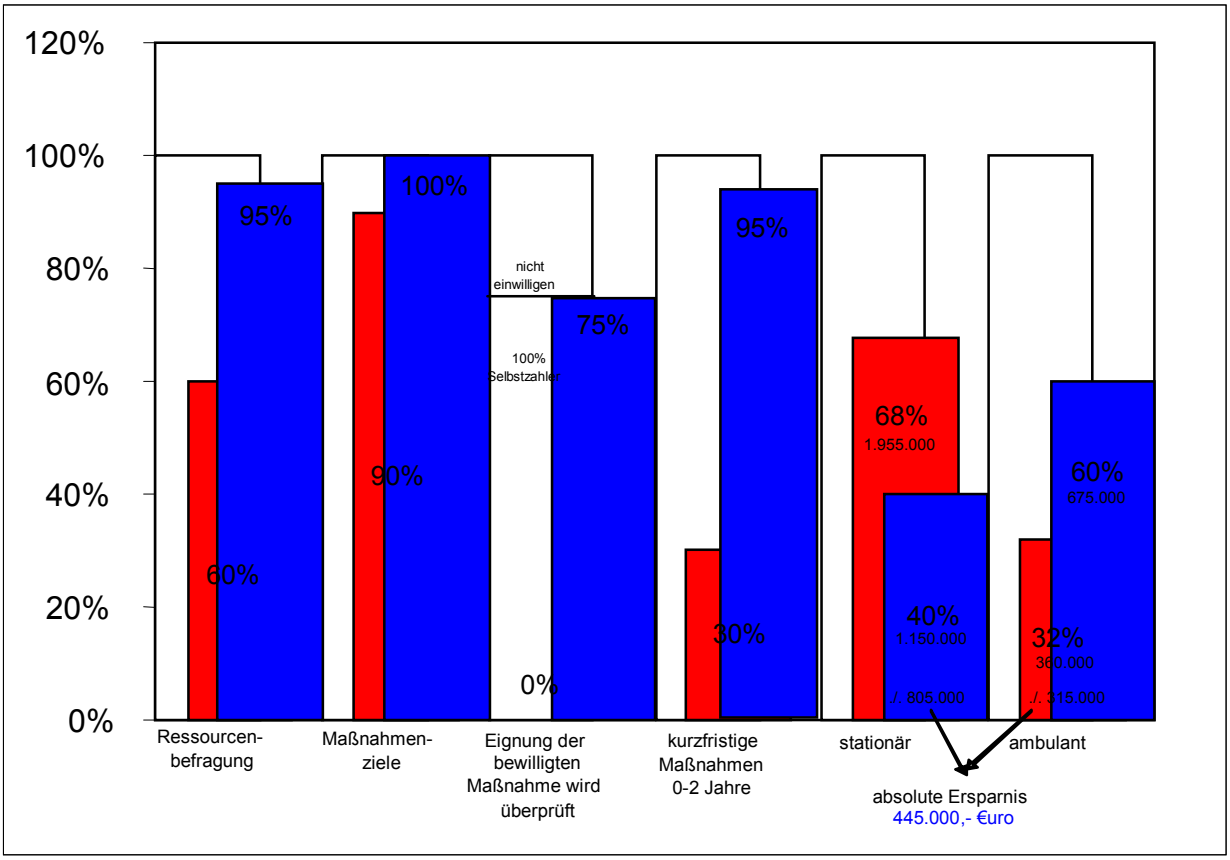
- Das gemeinsame Hilfeplanungsinstrument IBRP wurde eingeführt, Personenkonferenzen wurden standardisiert, als Helferkonferenzen teilweise extern moderiert.
- Die Hilfeplankonferenz wurde eingerichtet und ermöglichte regionale Qualitätssicherung und Dokumentation.
- Oberste Leitlinie war die Planung von Komplexleistungen für den individuellen Bedarf (subsidiär, unter Einbeziehung des/der Expertin in eigener Sache).
- Die klare Verantwortung der koordinierenden Bezugsperson wurde festgelegt
- Gegenseitige Transparenz und regionale Selbstkontrolle führte zu hoher Qualität der Hilfeplanung und zu klaren Leistungsverabredungen.
- Die Zusammenarbeit der Leistungsträger und -erbringer hat sich verbessert.
- Die Gremienarbeit hat sich nicht ausgeweitet.
- Mit der projektbegleitenden Gruppe wurde nach und nach regionale Steuerung umgesetzt.
- Nicht zuletzt wird die unbefristete Weiterführung der Koordinationsstelle die Aufrechterhaltung der regionalen Qualität unterstützen und die Entwicklung des Hilfesystems in weiteren Regionen vorantreiben.
  Aus Sicht der Region Kaufbeuren/Ostallgäu ist es bedauerlich, dass die Evaluation des Gesamtplanverfahrens des Verbandes der Bayerischen Bezirke keinen Vergleich der Modellprojekte Gesamtplanverfahren – integrierte personenzentrierte Hilfen angestellt hat. Regionale Zahlen aus der

Dokumentation der HPK lassen sich mit der Evaluation des Gesamtplanverfahrens nach § 46 BSHG für seelisch behinderte Menschen vergleichen (Evaluation des Gesamtplanverfahrens/Zusammenfassung der Ergebnisse/VdbB, Dezember 2003).
In einer kleinen Tabelle soll der Vergleich auf folgendem Hintergrund hergestellt werden (Material 7.10):

- Messzahl Gesamtplanverfahren: 32 % der 358 Sozialberichte = 134 Fälle aus ganz Bayern
- Messzahl Kaufbeuren/Ostallgäu: 125 Personen, welche 1-3 x in der HPK vorgestellt wurden (ohne Einbeziehung der Personen, welche nicht vorgestellt werden wollten); in der Zeit von Mai 2002 bis Januar 2004. Gravierende Vorteile gegenüber den Projektregionen des VdbB sind neben der Erhöhung der subjektiven Lebensqualität vor allem, dass die Region KF/OAL einen schonenden Umgang mit den vorhandenen finanziellen Ressourcen pflegt. Sie überprüft **vor** Beginn einer Maßnahme Art, Umfang und Maß der Hilfen und überprüft die Eignung der Maßnahme regelmäßig in kurzen Abständen von höchstens 2 Jahren. Die in der Region beteiligten Leistungserbringer haben sich verpflichtet, ihre Hilfeleistungen weit über die bilaterale Zusammenarbeit hinaus zu koordinieren und integrierte Hilfen zu erbringen. Dies ergibt im Vergleich zu den Projektregionen § 46 BSHG einen wesentlich höheren Anteil ambulanter Hilfen – die Projektregionen des Gesamtplanverfahrens beantragten 68 % stationäre Hilfen, während die Modellregion KF/OAL 40 % stationäre Hilfen beantragte. Bei vom VdbB angenommenen Kosten von 13.000 € jährlich (der Bezirk Schwaben nimmt für einen Heimplatz die dreifache Summe, also 30.000 € jährlich an!) bedeutet dies eine Ersparnis von 445.000 € pro Jahr – bei höherer, weil personenzentrierter Qualität. Die regionalen Leistungserbringer übernehmen die Versorgungsverpflichtung für ihre Region, indem sie ihre Strukturen den Bedarfen anpassen und ihre Angebote differenzieren.

Auf der personenzentrierten Ebene werden mit Hilfe des IBRP immer auch die vorhandenen Ressourcen in die Hilfeplanung einbezogen, es werden nichtpsychiatrische Hilfen bedacht und in allen Fällen konkrete Maßnahmeziele entwickelt. Die Teilnahme der betroffenen Personen und ihrer Bezugspersonen an der individuellen Entwicklung künftiger Perspektiven ist selbstverständlich geworden; die Akteure der psychiatrischen Hilfe in Kaufbeuren/Ostallgäu sind dem Ziel der ‚Maßgeschneiderten Hilfen' ein Stück näher gekommen.

Folgende Folie soll die Ergebnisse des Modellprojekts personenzentrierte Hilfen im Vergleich mit dem Gesamtplanverfahren nach § 46 nochmals verdeutlichen (blau: KF/OAL, rot: Gesamtplanverfahren § 46):



Auch wenn unterstellt wird, dass das bereits vorhandene gemeindepsychiatrische Netz eine reichhaltigere Angebotsstruktur bietet als andere Regionen, wäre doch interessant gewesen, ob eine vergleichende Untersuchung tragfähige Grundlagen für die bayernweite Einführung des in der Modellregion praktizierten Verfahrens ergeben hätte.
Nichtsdestotrotz: an einer weiteren Verbesserung des Verfahrens und des Hilfesystems muss auch in der Modellregion dringend gearbeitet werden.
Unbefriedigende Situationen entstanden in folgenden Bereichen:

- Chronisch mehrfach geschädigte alkoholabhängige Personen mussten immer wieder in benachbarte Regionen verwiesen werden – vor allem beim Bedarf (fakultativer) Schließung.
- Bei psychisch kranken, pflegebedürftigen Menschen in Eingliederungseinrichtungen.
- Zwei Personen mit ausdrücklichem Bedarf an niederschwelligster Eingliederungshilfe mussten in ein Pflegeheim gegeben werden.
- Für psychisch kranke/behinderte Menschen mit Intelligenzminderung fehlen bedarfsgerechte Angebote.
- Psychiatrische Hilfeangebote konzentrieren sich auf die Stadt Kaufbeuren; es ist immer wieder schwierig, den individuellen Hilfebedarf im Norden und Süden des Landkreises adäquat zu decken.
- Ein differenzierter Tagessatz (z. B. für Wohnung, Versorgung mit Essen, Tagesstruktur) ist nur selten verhandelt, eine Kombination unterschiedlicher Angebote damit kaum möglich – damit ist eine bedarfsgerechte Verknüpfung unterschiedlicher gemeindenaher Hilfen kaum möglich (z. B. Wohnen im Heim, Essen und Beschäftigung in der Tagesstätte, Pflege).
- Bisweilen waren die Beteiligten bei allem guten Willen überfordert mit den Aufgaben, welche die HPK an sie stellte: so sollte ein Leistungserbringer gegen seine eigenen Interessen einen Hilfeplan für einen Selbstzahler entwerfen, welcher die Einrichtung möglicher weise erübrigt hätte. Ähnlich gelagerte Aufgaben sollten künftig an eine neutrale, von den Mitgliedern der HPK akzeptierte Stelle delegiert werden.
- Trotz einer Förderung durch das Land Bayern konnte der konzeptionell durchdachte und beantragte Krisen- und Notfalldienst nicht installiert werden – unnötige Klinikaufenthalte sind die Folge.
- Weder Psychiatrieerfahrene noch Angehörige sind verbandlich organisiert und deshalb nur über Einzelpersonen bei Entscheidungen vertreten.
- Die Hilfeplankonferenz sollte auch von Leistungsträgerseite gestärkt werden in ihrer Verantwortung für kreative individuelle Lösungen: klar ist, dass der personenzentrierte Ansatz immer wieder kollidieren wird mit allgemeinen politischen Beschlüssen oder ‚üblichen' Standards, welche oft einengend wirken.
- Die permanente Anpassung der Angebote an den Bedarf erfährt derzeit wesentliche Einschränkungen durch bestehende Unklarheiten bei Umsetzung des § 93 BSHG.
- Ursprünglich war geplant, den quantitativen Hilfebedarf individuell festzulegen (z. B. über Hilfebedarfsgruppen). Nachdem der Verband der Bayerischen Bezirke derzeit an der Pauschalfinanzierung festhält, fehlt für die Leistungserbringer der Anreiz zur Aufnahme dieser arbeitsintensiven Angaben.

- Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben fehlen außerhalb der WfbM für psychisch kranke/behinderte Menschen – hier muss nach kreativen Lösungen individueller und struktureller Art gesucht werden.

10.1.5 Ausblick

Die Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung in ein ‚Integriertes personenzentriertes regionales Hilfesystem' ist Projektphase erfolgreich angestoßen und in weiten Teilen umgesetzt worden. Die angestrebte Kostenneutralität des Modells konnte durch den überdurchschnittlichen Einsatz aller Beteiligten nicht nur eingehalten werden; es ergaben sich durch Kooperation und damit durch Vermeidung von Fehlleistungen immer wieder finanzielle Vorteile für den Leistungsträger – bei besseren, weil individuell angepassten Leistungen.

Nahezu alle Träger von Einrichtungen und Diensten für chronisch psychisch kranke Menschen sowie die Sozialverwaltungen der Stadt Kaufbeuren, des Landkreises Ostallgäu und des Bezirks Schwaben waren einbezogen und sind bereit zur Verfolgung weiterer Ziele. Die personelle Kontinuität an der Koordinationsstelle erlaubt die nahtlose Fortsetzung des begonnenen Prozesses und die Multiplikation der gewonnenen Erkenntnisse andere Regionen des Bezirks Schwaben.

Erneute Schulungs- und Umstellungsleistungen müssen erbracht werden, wenn die Manuale des Gesamtplanverfahrens des Verbandes der Bayerischen Bezirke landesweit eingeführt werden sollen (voraussichtlich zum 01.04.05).

Die Hilfeplankonferenz kann voraussichtlich modellhaft erhalten werden; die Abstimmung erfolgt zusammen mit dem Bezirk Schwaben (Sozialverwaltung, Psychiatriekoordination) und dem Lenkungsausschuss und abschließend mit der Trägerkonferenz.

Die Trägerkonferenz hat eine Weiterführung und den funktionalen Ausbau der bisherigen Gremien bis zur Schaffung einer konsensfähigen Vereinbarung beschlossen. Diese Vereinbarung soll die Versorgungsverpflichtung im Rahmen der gegebenen Ressourcen beinhalten. Zu klären ist ebenfalls im Vorfeld die strukturelle Verankerung des GPV in den Planungsgremien des Bezirks Schwaben.

Eine Vereinssatzung für einen Gemeindepsychiatrischen Verbund als Leistungserbringerverbund und die gleichzeitig zu unterzeichnende Kooperationsvereinbarung liegen im Entwurf vor.
Im Rahmen der GPV-Bildung soll außerdem die Einrichtung eines einrichtungsübergreifenden Beschwerdemanagements für Betroffene angestrebt werden.

Überlegungen zur Möglichkeit einer ambulanten medizinischen Rehabilitation unter Einbeziehung weiterer Leistungsträger sollten weitergeführt werden. Die Soziotherapie soll eingeführt und verankert werden.

Die Erfahrungen in der Projektphase haben gezeigt, dass der Umbau der Hilfen von stationären auf ambulante Leistungen die logische Folge der Einführung des personenzentrierten Ansatzes in der Region ist. Aufgrund der seit einiger Zeit stattfindenden Verhandlungen von Leistungsbeschreibungen und Vergütung konnten nur wenige Hilfen individuell angepasst werden. Hier wäre es der große Wunsch der Region eine höhere Flexibilität in der Umsetzung personenzentrierter (anstatt institutionszentrierter) Hilfen zu ermöglichen, z. B. durch ein regionales Teilbudgets und die regelhafte Einführung des Persönlichen Budgets. Anstatt einer allgemeinen Absenkung von Standards könnte so wirksam und sparsam gesteuert werden, ohne den Zweck und das Ziel der gesamten Arbeit aus den Augen zu verlieren: „ES GEHT UM MENSCHEN!“ (Leitspruch des GPV-Kaufbeuren/Ostallgäu)

„Die von uns geschaffene Welt ist das Resultat einer überholten Denkweise. Die Probleme, die sich daraus ergeben, können nicht mit derselben Denkweise, durch die sie entstanden sind, gelöst werden“ (Albert Einstein).

Mit dem Modellprojekt zur ‚Umgestaltung des Vorsorgung in ein integriertes personenzentriertes regionales Hilfesystem’ (IPRH) ist ein praxisorientiertes Vorgehen mit innerer Logik entstanden. In der Modellregion wurde deutlich, dass die großen Ziele Verbindlichkeit, Effizienz, Nachhaltigkeit, Qualität, personenzentrierte Steuerung nur unter Berücksichtigung aller Komponenten (Koordination, Kooperation, Organisation…) erreicht werden kann. Der Grund für ein sich selbst steuerndes System auf der Grundlage des personenzentrierten Paradigmas ist gelegt.

10.1.6 Anhang: Übersicht zur Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben

Region: Kaufbeuren/Ostallgäu

Thema	Weiteres Verfahren	Beschlossen am/durch
Hilfeplanung, Anwendung des IBRP	Die Verwendung des IBRP für die Hilfeplanung wird bis zur Entscheidung des VdbB in der bisherigen Form weitergeführt.	Trägerkonferenz 20.02.2003
Hilfeplankonferenz	Die Hilfeplankonferenzen werden in der bisherigen Form weitergeführt.	Trägerkonferenz 20.02.2003
	Die Verfahrensabsprachen werden in einer Geschäftsordnung zusammengefasst.	GO in Kraft seit 21.11.2002
Zukunft der Projektsteuerungs-gruppe, GPV-Entwicklung	Die Projektbegleitende Gruppe wurde vom Lenkungsausschuss abgelöst, welcher die Aufgabe hatte, eine verbindliche Form der weiteren Kooperation zu verfolgen.	Trägerkonferenz 20.02.2003, seit Juli 2003
	Der Entwurf einer Vereinssatzung GPV e.V. für einen Leistungserbringerverbund soll nebst einer Kooperationsvereinbarung von den Trägern unterzeichnet werden.	Trägerkonferenz Frühjahr 2005
Regionale Zielplanung	Aufbau ambulanter medizinischer Rehabilitation Einführung eines einrichtungsübergreifenden Beschwerdemanagements	Vorstand des GPV e.V. ab Frühjahr 2005
Veranstaltungen zum Projektab-schluss	13.10.2003: Fachtagung: ‚Gemeinsam Verantwortung übernehmen – integrierte personenzentrierte Hilfen in der Praxis' im Rahmen einer durch den GPV organisierten Veranstaltungswoche zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung vom 10.10.-17.10.2003	Veranstaltungswoche und Fachtagung vom 10.10.-17.10.2003

10.2 Verlaufsbericht zur Projektbeteiligung am Beispiel der Region München-Süd

10.2.1 Rahmenbedingungen und Ausganglage der regionalen Versorgungsstruktur

10.2.1.1 Allgemeine Angaben zur Region

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) im Versorgungssektor München-Süd begann als ein Modellprojekt des Bezirks Oberbayern, das zunächst über einen Zeitraum von 3 Jahren (- von Oktober 1999 bis zum September 2002 -) installiert wurde. Der Planungs- und Koordinierungsausschuß des Bezirks Oberbayern hatte hierzu ein Rahmenkonzept zum GPV und die Einrichtung von insgesamt drei Modellregionen (München-Süd, München-Ost, Region 10) verabschiedet. Inzwischen ist die regelhafte Fortführung der Verbünde politisch beschlossen und ein weiterentwickeltes GPV-Rahmenkonzept des Bezirks Oberbayern in Vorbereitung.

10.2.1.2 Psychiatrische Versorgungsstruktur im Versorgungssektor München-Süd

Einzugsgebiet des Gemeindepsychiatrischen Verbundes München-Süd ist der Versorgungssektor München-Süd mit ca. 350000 Einwohnern.

Versorgungskapazitäten im Versorgungssektor Mü.-Süd

Versorgungskapazitäten im Versorgungssektor Mü.-Süd stehen wie folgt bereit (Stand: 2003):

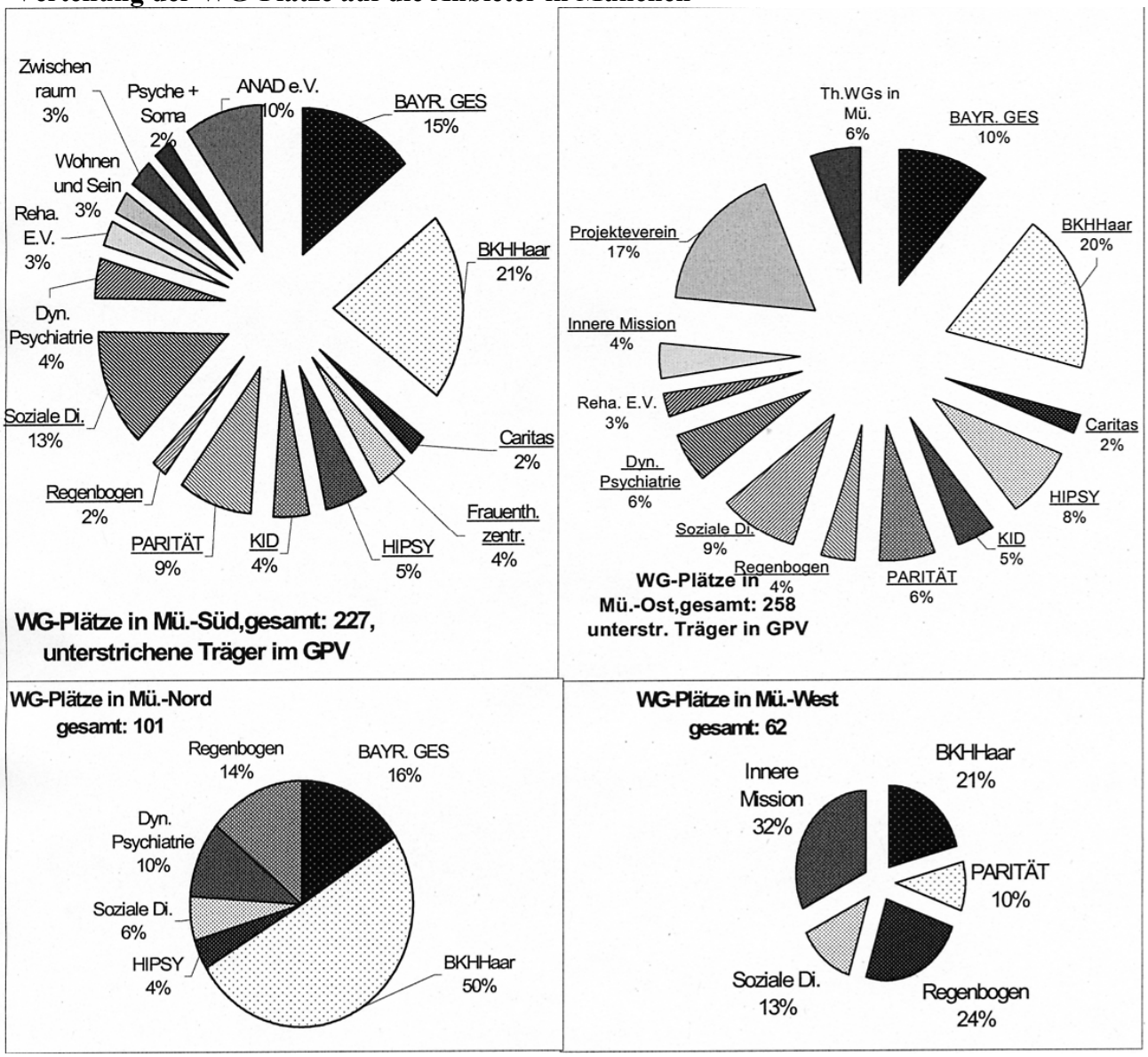
	Anzahl	**Zahl der Plätze**	**Klienten pro Jahr**
Klinische Betten (Bezirk)		ca. 149	Aufnahmen: 1.260
Tagklinische Betten		85	
Nachtklinische Betten		4	
Niedergelassene Nervenärzte/ Psychotherapeuten	ca. 40		
Institutsambulanzen	1		ca. 650 Scheine pro Quartal
Sozialpsychiatrische Dienste	2		ges. ca. 900-1.000
Gerontopsychiatrische Dienste	1		
Krisenzentrum	1		
mobiler Krisendienst	1		
Stationäres Wohnen-Plätze	2	112	
Ambulantes Wohnen-Plätze		WG 239/BEW ca. 70	
Familienpflege		2	
Tagesstätten/Clubhäuser	3	ca. 100	
Integrations-/Selbsthilfefirmen	1		
allgemeine Beratungsstellen	ca. 10		
Ergotherapeutische Praxen	5		
Selbsthilfe	5		

10.2.1.3 Regionale Versorgungsqualität

Zur Entwicklungsgeschichte der psychiatrischen Versorgung in München:
In München arbeitet die überwiegende Mehrheit der Anbieter (außer den SPDis und 1-3 Wohnanbietern) nicht regionalisiert.
Auch die in München 1993 vom BKH Haar eingeführte Aufteilung eines vormals großen in 4 „kleinräumige“ Versorgungssektoren (je ca. 300.000 bis 380.000 Einwohner) hat bisher wenig an den sich über die Jahrzehnte etabliert habenden und etablierten meist stadtweiten Versorgungskreisläufen (z. B. der bevorzugten stationären Kooperation der ambulanten Anbieter mit allen Nervenkliniken im Stadtgebiet anstelle des Bezirkskrankenhauses 30 km vor der Stadt mit seinen (de facto pseudo-) sektoralen Strukturen) geändert.
Auch die Einführung **sektoraler** psychosozialer Arbeitsgemeinschaften und die Verpflichtung der Anbieter, sich dort eine positive Stellungnahme für neue Angebote einzuholen, hat nicht zu einer regionaleren Ausrichtung der Angebote der ambulant-komplementären Versorgung in München geführt.
Erst im Jahr 2003 wurde vom überörtlichen Sozialhilfeträger über Leitlinien und Standards zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung in therapeutischen Wohngemeinschaften (TWG´s) und Betreutem Einzelwohnen für Menschen mit seelischer Behinderung „das Einzugsgebiet – einschließlich der regionalen Versorgungspflicht - ... jeweils definiert. Es entspricht **in der Regel** der im GPV zusammengeschlossenen soziographischen Region.“ (- Die Verabschiedung von Leitlinien und Standards zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung in Langzeit- und Übergangseinrichtungen steht noch aus -).

(Zur näheren Erläuterung zu Anzahl und Verteilung der Anbieter in den Einzugsgebieten dienen nebenstehend folgende Diagramme zur Verteilung der WG- Plätze in München, Stand 2003, s. nächste Seite):

Verteilung der WG-Plätze auf die Anbieter in München



10.2.2 Projektvereinbarung

10.2.2.1 Prozess der Erarbeitung

Folgende Beteiligte hatten im Rahmen des BMG- geförderten Forschungsprojekts „Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“ eine Zusammenarbeit (01.01.2001 bis 31.12.2002) vereinbart:

- die Arbeitsgruppe „Personenzentrierter Ansatz“ der AKTION PSYCHISCH KRANKE
- das BKH Haar als (teil-)stationärer Partner des GPV Mü.-Süd
- der Ambulant-Komplementärer Verbund Mü.- Süd

- die Sozialhilfeverwaltung des Bezirks Oberbayern als überörtlichem Träger der Sozialhilfe

und im Mai 2001 eine Kooperationsvereinbarung zur „Implementation personenbezogener Hilfen“ unterzeichnet.

Zur Umsetzung wurde eine projektbegleitende Gruppe zum APK-Vertrag gebildet, die sich in der Folge kontinuierlich 4-wöchig traf (s. S. 6 ff.).
Schwerpunkte bei der Umsetzung der Inhalte der Kooperationsvereinbarung mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE waren (und sind):
Auf der Arbeits- und Organisationsebene:

* **die Einführung und Verwendung personenzentrierter Hilfeplanung in der Region (auf der Basis des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans)** (s. S. 7 ff.)
* **die Einrichtung von Hilfeplan-Konferenzen unter Miteinbezug des/der Kostenträger/s** (s. S. 10 ff.)
* **die Bereitstellung koordinierender Bezugspersonen** (s. S. 11 ff.)

Auf der Ebene der sozialrechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen:

* **die Budgetermittlung** (s.S.17 ff.)

10.2.2.2 Projektbegleitende Gruppe

Zu Beginn geplante und dann regelmäßige Teilnehmer/innen an der projektbegleitenden Gruppe waren:

		Zu Beginn geplante Teilnehmer/innen an der projektbegleitenden Gruppe:	**Regelmäßige Teilnehmer/innen der projektbegleitenden Gruppe:**
Caritas/Soziale Dienste e.V.	Sprecherin des Ambulant-Komplementären Verbundes (AKV-Mü.-Süd)	Frau Wettengl/Braunisch	Frau Wettengl/Braunisch
Soziale Dienste e.V./Caritas	Stellv. Sprecherin des Ambulant-Komplementären Verbundes (AKV-Mü.-Süd)	Braunisch/Holzapfel	Braunisch/Holzapfel
Bezirk Oberbayern	Sachbearbeitung Übergangseinrichtungen	Frau Gruber	Frau Gruber
		Zu Beginn geplante Teilnehmer/innen an der projektbegleitenden Gruppe:	**Regelmäßige Teilnehmer/innen der projektbegleitenden Gruppe:**
Bezirk Oberbayern	Abt. Sozialplanung der Sozialverwaltung	Frau Ungar	-
Bezirk Oberbayern	Gesch.führung der Bez.ARGE	Herr Filesch	-
Bezirk Oberbayern	Sachbearbeitung Langzeiteinrichtungen	Frau Langner	Frau Langner
Bezirk Oberbayern	Leitung des Ref.32 (Planung)	Hr. Brinckmann	-
Bezirk Oberbayern	Rechtsabt. d. Sozialverwaltung	Frau Gilsdorf	-
BKH Haar	Leitender Verwaltungsdirektor	Herr Spuckti	-
BKH Haar	Ärztlicher Direktor	Herr Prof. Bender	-
BKH Haar - Fb Allgemeinpsychiatrie IV - Süd		Herr Dr. Hüttl	Herr Dr. Hüttl
Sozialreferat der LH München	Sozialamtsleitung	Frau Romahn	Frau Romahn
Wissenschaftliche Beratung des APK-Projekts im GPV Mü.-Süd		Herr Prof. Peukert	Herr Prof. Peukert
Wissenschaftliche Begleitforschung	des GPV i. G. München-Süd	Herr Prof. Cramer	Herr Prof. Cramer bis Dez.2002
Bezirk Oberbayern	Krisenzentrum Atriumhaus	Herr Dr. Welschehold	Herr Dr. Welschehold

Mit folgenden weiteren Leistungsträgern wurden Gespräche zur Beteiligung am Projekt geführt:

- Mit dem Arbeitsamt München: hier wurde eine vertragliche Zusammenarbeit und eine Teilnahme an Hilfeplankonferenzen zunächst in Aussicht gestellt; den Einladungen zur projektbegleitenden Gruppe wurde jedoch im Anschluss an die Gespräche nicht gefolgt.
- Mit der AOK: nachdem im Gespräch deutlich wurde, dass durch die Projektbeteiligung nur Kosten entstehen würden, die durch die Teilnahme eines Mitarbeiters/in am Projekt entstanden wären, wurde ein grundsätzliches Interesse an einer Beteiligung signalisiert. Den Einladungen zur projektbegleitenden Gruppe wurde jedoch im Anschluss an die Gespräche nicht gefolgt.
- Mit ärztlichen Vertretern/innen der Kassenärztlichen Vereinigung: Bereitschaft zur Mitarbeit wurde hier signalisiert, wenn es hier Möglichkeiten der Abrechnung für die Nervenärzte, ggf. bzw. vor allem auch über andere Leistungsträger gäbe. Darüber hinaus wurde der Vorschlag gemacht, über den personenzentrierten Hilfeansatz bei den ärztlichen Fort- und Weiterbildungsinstituten (Bay. Landesärztekammer, Fortbildungsakademie

der bayr. Nervenärzte, Lindauer Psychotherapietage, Verband der bayr. Bezirke Kloster Irsee etc.) zu informieren.

10.2.2.3 Örtliche Projektkoordination

Die GPV-Koordination München-Süd wurde ab 01.10.1999 mit 38,5 Wochenstunden tätig und war für zunächst 3 Jahre beauftragt, die regionale Koordinierung und Vernetzung psychiatrischer Hilfeangebote im Gemeindepsychiatrischen Verbund modellhaft zu erproben. In diesem Zusammenhang wurde sie mit der Projektkoordination für das APK-Projekt beauftragt.

10.2.2.4 Zielgruppe

Die Beteiligten wollten sich besonders bemühen um die Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen mit dem Ziel, sie zu einer möglichst eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung in einem überschaubaren und vertrauten Lebens- und Sozialraum zu motivieren und zu befähigen.
Dies bezog sich auf alle Leistungen für psychisch kranke Erwachsene, die aus dem Versorgungssektor München-Süd stammen oder psychisch kranke Erwachsene, die im Versorgungssektor München-Süd Hilfe wünschen (Nicht eingeschlossen: gerontopsychiatrische, suchthilfeerkrankte Menschen und die Kinder- und Jugendpsychiatrie).
Beteiligt waren die Leistungsbereiche Selbstversorgung/Wohnen, Arbeit/Ausbildung Tagesgestaltung/Kontakte, sozialpsychiatrische Grundversorgung und spezielle Therapieverfahren, soweit sie Bestandteil von Komplexleistungen sind.
Ausdrücklich eingeschlossen waren Leistungen für psychisch kranke Erwachsene aus dem Versorgungssektor München-Süd, die außerhalb der Sektorgrenzen versorgt werden.

10.2.3 Erfahrungen und Ergebnisse

10.2.3.1 Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung

10.2.3.1.1 Ausgangslage

Von Beginn des GPV-Modellprojekts an wurde im GPV-Mü.-Süd im Zusammenhang mit der anstehenden Umsetzung des §§ 93 ff. BSHG über den IBRP als einem in diesem Zusammenhang verwendbaren Instrument der Hilfeplanung und Personalbemessung kontrovers diskutiert. Die beteiligten Träger im Verbund haben sich nach langen Diskussionen am 18.05.2000 einstimmig für die Einführung personenzentrierter Hilfeplanung auf der Grundlage des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) in ihren Einrichtungen entschieden. Hierzu wurde ein IBRP-(Weiterbildungs-) Curriculum (s. Anlage 3 (1) und 3 (2)) erarbeitet, das die Anbieter im GPV

- zur **effektiven und effizienten Anwendung des IBRP** sowie

- zu **Multiplikatoren für die weitere trägerinterne Einführung des IBRP**

befähigen und schulen sollte.
Die vom Bezirk Oberbayern finanzierten Schulungsmaßnahmen, 5 Begleitkreise á 3 Stunden und 3 Grundschulungstage á 6 Stunden begannen im Januar 2001 und wurden im Dezember 2001 abgeschlossen. Die immer wieder aufflammende Begleitdiskussion um die Verwendung des IBRP im Kostenträgerzusammenhang (§ 93 ff. BSHG) und die durch eine Multiplikatorin immer wieder eingebrachte Grundsatzdiskussion („IBRP ja oder nein“) konnten eine insgesamt positive Bewertung der Schulungsmaßnahmen nicht verhindern. (Eine Zusammenfassung der Inhalte sowie eine Auswertung (Teilnehmerbefragung) der Schulungsmaßnahmen liegt vor (s. Anlagen 4 und 5).

Da für die IBRP-Multiplikatoren der Bedarf erkannt wurde, sich weiter in einem kontinuierlichen Prozess über die IBRP-Verwendung in den Diensten und Einrichtungen auszutauschen, wurde im Januar 2002 beschlossen, einen IBRP-Qualitätszirkel einzurichten. (Information zu Zielsetzungen und Aufgaben dieses Zirkels in Anlage 6). Dieser traf sich im Jahr 2002 insgesamt 6 x á 2 Stunden zum gegenseitigen fachlichen Austausch und trifft sich im Jahr 2003 ebenfalls insgesamt 6 x á 2 Stunden.

10.2.3.1.2 Hilfeplanung
IBRP und ambulanter Bereich

Die im IBRP-Qualitätszirkel erarbeiteten Lösungen/ Defizitanalysen/ Bedarfsmeldungen bei der IBRP-Hilfeplanung in den Diensten und Einrichtungen werden über die Sprecherin des Zirkels kontinuierlich in die Trägerversammlung eingebracht.
Im Zirkel erfolgt ein Überblick über den aktuellen Sachstand der IBRP-Einführung und Anwendung bei den Diensten und Einrichtungen sowie der Austausch über unterschiedliche Formen der Begleitung und IBRP-Schulung der Mitarbeiter/innen bei der IBRP-Anwendung. Im Einzelnen wurden darüber hinaus Lösungen für folgende Themenschwerpunkte gesucht und z. T. gefunden:

- Zur Verwendung des Übersichtsbogens A:
  - Notwendigkeit der Eingrenzung von Problemlagen und Zielen (3-6)
  - Notwendige Festlegung von Fern- und einigen operrationalisierbaren (überprüfbaren) Nahzielen
  - Differenzierte Beschreibung der therapeutischen Maßnahmen
- Zur Rolle und Funktion der koordinierenden therapeutischen Bezugsperson:
  - Berücksichtigung der diesbezüglichen Maßnahmen im Hilfeplan
- Zum Spannungsfeld Kostenbeantragung – personenzentrierte Hilfeplanung
  - Grob beschriebene Maßnahmebündel (12-24 Monate) und/oder konkreter Förderplan (3-6 Monate)
- Unterschriftsleistung bei psychisch schwerer erkrankten Menschen

Bedarfsmeldungen für die Trägerversammlung waren:

- Weiterbildung in Konfliktmoderation für Helferkonferenzen
  - IBRP-Grundschulungstag für neu eingestellte Mitarbeiter/innen

Bedarfsmeldungen für die projektbegleitende Gruppe zum APK-Projekt waren:

* Berücksichtigung der Hilfebedarfe psychisch kranker Eltern mit gesunden Kindern im IBRP

Im Jahresverlauf 2002 signalisierten die AKV-Vertreter/innen in der projektbegleitenden Gruppe, dass die Gefahr bestünde, dass die weitere Einführung und Verwendung des IBRP ins Stocken geraten könnte, wenn der nächste notwendige Schritt, die Einbettung des IBRP auch in Kostenträgerzusammenhänge nicht in Angriff genommen würde. Für die Leistungserbringer wurde als erste Maßnahme ein Info-Blatt zur Anwendung des IBRP in der Region erstellt und verteilt (s. Anlage 7) und an den örtlichen wie überörtlichen Sozialhilfeträger die Aufforderung gerichtet, den IBRP nunmehr als Grundlage der Entscheidung zur Kostengewährung anzufordern.

IBRP und Leistungsträger

In der Folge wurden im Februar 2003 mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den 2 Langzeiteinrichtungen des GPV-Mü.-Süd (noch einmal) je einzeln Kooperationsvereinbarungen zur Verwendung des IBRP als Grundlage zur Kostengewährung (und nach Vorstellung in der Hilfeplankonferenz) unterzeichnet. In einer ganztägigen IBRP-Schulungsmaßnahme am 20.03.2002 waren Teilnehmer/innen des Langzeit- und Übergangseinrichtungsbereiches der Sozialhilfeverwaltung über Reformhintergründe, Standards personenbezogener Hilfeplanung und auch quantitativer Leistungsbemessung informiert worden (- der Langzeiteinrichtungsbereich organisierte im Sommer 2002 auch intern noch einmal eine IBRP/GPV-Informationsveranstaltung).
Bezüglich der verbindlichen Verwendung des IBRP im Kostenträgerzusammenhang mit dem für die (vom überörtlichen SH-Träger delegierte) Sachbearbeitung bzgl. Betreutem Einzelwohnen und Wohngemeinschaften zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger wurde, nach längeren juristischen Klärungsversuchen zwischen örtlichem und überörtlichem SH-Träger, von der Sozialamtsleitung im Mai 2003 ein AHB(Arbeitshandbuch)-Blitz-Info für die für den GPV Mü.-Süd zuständigen Sozialämter erstellt, das die verbindliche Verwendung des IBRP zur Kostenbeantragung festlegt. (s. Anlage 8). Einige Auszüge daraus:
„*...Durch die Vereinbarung von Qualitätsstandards zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ist mit der Vorlage des IBRP die Notwendigkeit und Geeignetheit der Maßnahme nachgewiesen. Eine amtsärztliche Begutachtung entfällt in diesen Fällen somit grundsätzlich...*
...Soweit die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen (Zuständigkeit, Prüfung von Einkommen und Vermögen) nicht entgegenstehen, erfolgt die Genehmigung hinsichtlich der erforderlichen Maßnahme und des Genehmigungszeitraumes entsprechend dem IBRP.
...Angesichts der erheblichen Fallzahlen kann es vorkommen, dass bei Verlängerungsanträgen eine Vorstellung in der Hilfeplankonferenz nicht bis zum Ablauf des Genehmigungszeitraumes möglich ist. Die Kosten sind in diesen Fällen in der bisherigen Form bis zur tatsächlichen Vorlage des IBRP weiterhin zu übernehmen.“
Durch die Kostenträgerbeteiligung wurden Fragen nach dem Überbrückungszeitraum aufgeworfen, der entsteht, wenn vom bisher vom SH-

Träger geforderten Entwicklungsbericht (retrospektiv x Jahre zurück) auf die IBRP-Hilfeplanung (prospektiv) umgestellt wird. Dafür wird im Bereich Langzeiteinrichtung nun einmalig für den Überbrückungszeitraum der D2 Bogen eingesetzt.
Örtlicher wie überörtlicher Sozialhilfeträger haben sich bisher allerdings noch nicht konkreter der Erarbeitung von verbindlichen Kriterien gewidmet, nach denen näher Art und Umfang therapeutischer Leistungen wie von ihm gewünscht, beschrieben werden sollen.

Richtlinien bzgl. der Verwendung eines Hilfeplans gäbe außerdem der überörtliche SH-Träger laut Frau Gilsdorf, der am Projekt Beteiligten aus der Rechtsabteilung der Sozialhilfeverwaltung solange nicht heraus, solange nicht aufgrund der Ergebnisse der Projekte zum bayernweit erprobten Gesamtplanverfahren (nach § 46 BSHG) ein Vorgehen beschlossen sei.
(Obwohl sich der GPV Mü.-Süd. durch seinen Entwicklungsstand als Region zur Erprobung des in allen bayerischen Bezirken geplanten Gesamtplanverfahrens nach § 46 BSHG angeboten hätte, wurde es diesbezüglich von den hierfür Verantwortlichen des Bezirks Oberbayern nicht berücksichtigt und für den Bezirk Oberbayern die Region Traunstein als diesbezügliche Projektregion ausgewählt).

IBRP und stationärer Bereich
Im Zusammenhang mit der Organisation und Durchführung von Hilfeplankonferenzen an der stationären Ausgangstür wurden mit dem Fachbereich Süd des BKH Haar zusätzlich zum IBRP-Curriculum 3 gesonderte IBRP-Grundschulungstage für Mitarbeiter/innen des Fachbereichs Süd verabredet und durchgeführt. Ein für den FB Süd vom BKH Haar freigestellter Schnittstellenkoordinator ergänzte ab 2002 die bisher von einer (kurz vor Ihrer Berentung stehender) Sozialdienst-Mitarbeiterin wahrgenommene Funktion der IBRP-Multiplikatorin.
Dieser Koordinator organisierte auch nach dem Scheitern der Hilfeplankonferenzen (s. u.) an der stationären Ausgangstür weitere IBRP-Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter/innen des Pflegepersonals und des Sozialdienstes. Nach wie vor wird vom BKH Haar bzgl. der IBRP-Einführung und Anwendung in den diesbezüglichen Steuerungsrunden hohes Interesse signalisiert.
Die bisher gemachten Erfahrungen mit dem IBRP in stationärem Kooperationszusammenhang zeigen, dass

- noch kein IBRP bei Aufnahme ins Krankenhaus eingegangen ist und deshalb berücksichtigt werden konnte und kann (und damit dessen Verbindlichkeit unklar bleibt).
- es im Zusammenhang mit der Entlassplanung noch keine durchgängig auf „multiprofessioneller“ Basis erarbeitete Hilfeplanung auf IBRP-Basis gibt, sondern nur eine vom Sozialdienst erstellte, die durch aktuelle Planungen der gesetzlichen Vertretung, der zuständigen Stationsärzte, der Angehörigen, der Bezugspersonen aus dem ambulanten Versorgungsbereich etc. immer wieder schnell hinfällig wird.

10.2.3.1.3 Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungsbringung

10.2.3.1.3.1 Koordinierende Bezugsperson Koordinierende therapeutische Bezugspersonen und ambulanter Bereich

Die Aussage einer Mitarbeiterin des Case-Management – Projekts im GPV Mü.-Süd hinsichtlich der Einführung dieser Funktion lautete:

„Es hat sich als hilfreich erwiesen, einen Hilfeplan zu Beginn der Betreuung zu errichten, in dem schriftlich einzelne Aufgaben und Verantwortungsbereiche einzelnen Personen zugeordnet sind. Nebeneffekt kann hierbei sein, dass alle Beteiligten sich bei diesem Treffen persönlich kennen lernen können. Dem/der CmlerIn wird hier schriftlich die Koordinationsaufgabe zugeordnet. Dadurch ist das Mandat des Cmlers für den Klienten allen Beteiligten klar. Sie akzeptieren „schriftlich“ diese zugewiesene Rolle.“

Aufbauend auf diesen Erfahrungen der Mitarbeiter/innen des Case-Management-Projekts des GPV Mü.-Süd (- mit deren Zielgruppe der chronisch psychisch erkrankten Menschen mit einem sehr hohen Betreuungsbedarf durch professionelle Helfer sowie der umfassenden Koordination des Betreuungsnetzes für diesen Personenkreis -), als den federführend für die Hilfeplanung und -erbringung koordinierenden therapeutischen Bezugspersonen, setzte sich der GPV Mü.-Süd schon vor Beginn des APK-Projektes mit der Funktion der einrichtungs- und trägerübergreifenden Abstimmung und Koordinierung der Hilfen in verschiedenen psychiatrischen Leistungsbereichen auseinander.

Am 07.11.02 wurde in der AKV-Trägerversammlung ein Verfahren zur Festlegung koordinierender therapeutischer Bezugspersonen ausgehend vom Leistungsbereich Wohnen und Selbstversorgung vorgestellt, diskutiert und verabschiedet (s. Anlagen 11, 12 und 13 zu Aufgaben, Verfahren und Einverständniserklärung). Bis Ende Januar 2003 sollte eine Rückmeldung der Anbieter an die GPV-Koordination über die Anzahl der koordinierenden therapeutischen Bezugspersonen erfolgen. Der aktuelle Sachstand bzgl. der Wahrnehmung der Funktion ist, dass bei einigen Wohnanbietern die einrichtungsinterne Übernahme dieser Funktion erfolgt ist und einige (wenige) von diesen Anbietern auch mündliche Verabredungen zur Übermittlung der Funktion mit Mitarbeitern/innen anderer Einrichtungen getroffen haben.

Laut Frauentherapiezentrum kommt es bei der Versorgung psychisch kranker Mütter mit Kindern zu einer Konkurrenzsituation mit dem ASD bzgl. der Funktion der Koordination und Abstimmung.

Hinsichtlich der Rolle und Funktion der gesetzlichen Vertretung kommt es ebenfalls zu einer Konkurrenzsituation: Die gesetzliche Vertretung besitzt – im Gegensatz zu den koordinierenden Bezugspersonen – das juristische Mandat zur Koordinierung von Hilfeleistungen. Das psychosoziale Fachwissen um therapeutische Langzeitbetreuungsstandards und aktuell vorhandene Ressourcen der Versorgungsregion sowie ausreichende (v. a. zeitliche) Kapazitäten liegen hingegen bei den Mitarbeitern/innen aus dem ambulant-rehabilitativen Versorgungsbereich. Diese Überschneidung von Aufgaben in Teilbereichen führt immer wieder zu massiven Kooperationskonflikten in der ambulant-rehabilitativen

Versorgung insbesondere aber auch im Konfliktfeld der stationären Entlassplanung.

Anhand der bis heute geführten Diskussion über Zielgruppe, Aufgaben und Anzahl der koordinierenden therapeutischen Bezugsperson im GPV Mü.-Süd wurde und wird Folgendes deutlich:

- Aufgrund der weit verbreiteten Versorgungsstruktur im GPV Mü.-Süd, Leistungen zur Unterstützung bei der Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Arbeits- und Ausbildungsgestaltung, ambulanter therapeutischer Betreuung durch eine/n Mitarbeiter/in im Bereich Wohnen bereitzustellen, wird die Funktion zur Koordination und Abstimmung von Hilfen bisher nur bei wenigen Klienten/innen für notwendig erachtet. (Laut BMG-Studie des Atriumhauses zu Leistungsprofilen und Kosten psychiatrischer Versorgung im ambulant-komplementären Versorgungsbereich werden für den Leistungsbereich Koordination und Abstimmung der Hilfen im GPV Mü.-Süd durchschnittlich 2,2 Minuten wöchentlich verwendet).
- Hinsichtlich der Übernahme der Funktion scheinen doch bei aller Professionalität größere Ängste vor den möglichen auftretenden Konflikten mit Kooperationspartnern bzgl. der Hilfeplanung zu bestehen: dies zeigte sich am deutlich signalisierten Bedarf an Weiterbildung im Bereich der Konfliktmoderation, der im IBRP-Qualitätszirkel geäußert wurde.
- Die Übernahme der Funktion erhöht die namentliche Verbindlichkeit und Verantwortlichkeit der eigenen therapeutischen Arbeit und führt zu mehr Transparenz, da die koordinierende Bezugsperson meist als Federführung für die Rehaplanung fungiert und in der Hilfeplankonferenz ihre Hilfeplanung vorstellt und überprüfbar macht. Das ist etwas Neues und löst wohl ebenfalls Ängste aus.

Koordinierende therapeutische Bezugspersonen und stationärer Bereich

Das vom Leistungsbereich Wohnen und Selbstversorgung ausgehende Verfahren zur Festlegung der koordinierenden therapeutischen Bezugsperson hat bisher keine/n im (teil-)stationären Bereich tätigen Mitarbeiter/in ermittelt, der diese Funktion ausübt.

Der Grad der Anerkennung der Funktion der im ambulanten Bereich angesiedelten koordinierenden therapeutischen Bezugspersonen hat sich seit Beginn des Projektzeitraums bis heute nicht verändert: An der stationären Eingangstür endet zumeist die Zuständigkeit der ambulanten Bezugsperson für die weitere Behandlungs-/Hilfeplanung. Trotz intensiver Bemühungen im Rahmen des ambulant-stationären Kooperationsvertrags hat sich auch an der stationären Ausgangstür hinsichtlich der Zuständigkeit der ambulanten Bezugsperson für die weitere Behandlungs-/Hilfeplanung wenig geändert. Der Miteinbezug ambulanter Bezugspersonen in die Entlassplanung ist nach wie vor stark davon geprägt, mit welchem/r Mitarbeiter/in des stationären Bereiches man es gerade zu tun bekommt.

Im Zusammenhang mit den seit etwa einem Jahr unklaren zukünftigen stationären Versorgungszuständigkeiten im Versorgungssektor Mü.-Süd (mögliche Übernahme der Pflichtversorgung/Bereitstellung von 60 Betten durch die

Uniklinik Nußbaumstr.) ist zu befürchten, dass der Miteinbezug ambulanter Bezugspersonen z. B in die Entlassplanung noch weniger Berücksichtigung finden wird.

Koordinierende therapeutische Bezugspersonen und Leistungsträger

Die beteiligten Projektmitglieder des örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgers befürworteten die Funktion der koordinierenden therapeutischen Bezugspersonen einhellig und sahen durch die Benennung eines verbindlichen Ansprechpartners auch für sich mögliche Arbeitserleichterungen.

10.2.3.1.3.2 Hilfeplankonferenz

Hilfeplankonferenz und ambulanter Bereich

Aufbauend auf der Projektskizze zur Organisation und Durchführung von Hilfeplankonferenzen an der stationären Ausgangstür und nach ausführlicher Diskussion berechtigter Fragen (z. B. ist das bestehende Versorgungssystem insgesamt schon soweit, dass es seine Hilfeplanungen einem Fachgremium vorstellen kann?) insbesondere zur organisatorischen Umsetzung (u. a.: lassen sich alle Verlängerungs- und Neuanträge der Anbieter des AKV MÜ.-Süd durch diese Konferenzen schleusen (112 Plätze Lz.einrichtung, 70 Plätze BEW, 150 Plätze WG) wie sehen die Beantragungsabläufe aus ? Wird dadurch eine Effektivierung der Verwaltungsabläufe erreicht?) wurde in der AKV-Trägerversammlung am 30.01.2003 folgende Vorgehensweise vereinbart:

„Im Zusammenhang mit der Neu- und Wiederbeantragung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe (§§ 39 ff. BSHG) wird der jeweils in der Hilfeplankonferenz des GPV Mü.-Süd vorgestellte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als wesentliche Grundlage zur Entscheidung der Kostenübernahme herangezogen (und diesbezüglich von den zuständigen Sachbearbeiterin des örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgers angefordert). Um Erfahrungen hinsichtlich der Anzahl der Hilfeplanvorstellungen zu gewinnen, wird folgende Abstufung festgelegt:

Beginn ab Februar/März 2003 im Bereich psychiatrische Langzeiteinrichtungen

- *Ab Juni 2003 im Bereich Einzelbetreuten Wohnens des GPV Mü.-Süd*
- *Ab Oktober 2003 im Bereich Wohngemeinschaften des GPV Mü.-Süd“*

In der AKV-Trägerversammlung am 22.05.2003 wurden die Aufgaben der Trägerdelegierten in der Hilfeplankonferenz festgelegt (insbesondere die Legitimation zur Leistungszusage) und ein Ablaufmodell zur Hilfeplankonferenz verabschiedet. (s. Anlage 14) Um die Konferenz noch effektiver und effizienter zu machen, ist geplant, zukünftig Leistungsbereichsdelegierte (Ambulante psychiatrische Behandlung, Tagesgestaltung, etc.) statt Trägerdelegierte (derzeit 13) in die Konferenz zu entsenden.

Eine Einverständniserklärung zur Weitergabe von Informationen in der Hilfeplankonferenz wurde erarbeitet, das die Funktion der HPK, die fest benannten Teilnehmer/innen sowie die Einverständniserklärung zur Weitergabe von Informationen an diese beinhaltet (s. Anlage 15).

Die Hilfeplanerstellung im Vorlauf zur Konferenz bestätigte, dass der mit dem IBRP eingeführte Standard der träger- und einrichtungsübergreifenden Hilfeplanung, wenn er berücksichtigt wird, mangelnde oder fehlende Absprachen

sehr transparent machen kann. Bereits bei der zweiten Konferenz wurde diese in diesem Zusammenhang ihrer Funktion als Bewegungsmelder für Defizite in (der Absprache) der Versorgung gerecht. Als Folge eines durch das neue Hilfeplan-Verfahren sichtbar gewordenen Kooperationskonflikts wurde in der Trägerversammlung am 22.05.2003 ein Fachausschuss zur Entwicklung eines standardisierten Aufnahmeverfahrens für WGs im GPV Mü.-Süd eingerichtet.

Hilfeplankonferenz und Leistungsträger
Grundsätzlich kann aus Sicht beider SH-Träger, aufgrund des gesetzlichen Auftrags der Prüfung der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen, in der Hilfeplankonferenz keine Kostenzusage, sondern nur eine Kostenübernahmeerklärung vorbehaltlich der Prüfung von Einkommen und Vermögen erfolgen.
Darüber hinaus wird die Funktion der Hilfeplankonferenz von den Projektteilnehmern örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger unterschiedlich bewertet:

- Der örtliche Sozialhilfeträger (Sozialamtsleitung) in München besitzt ein hohes Interesse an einem regelmäßig verfügbaren Begutachtungsgremium für Hilfeplanungen, die als Grundlage zur Entscheidung über die Kostengewährung der Eingliederungshilfe nach § 39,40 ff. BSHG für die Bereiche Einzelbetreutes Wohnen und Wohngemeinschaften dienen. Bei frühzeitiger Übermittlung von Informationen zur Zuständigkeitsklärung und der geplanten Hilfeplanung ist laut Sozialamtsleitung eine regelmäßige Anwesenheit der Sachbearbeiter des örtlichen Sozialhilfeträgers in der HPK nicht zwingend erforderlich (ganz abgesehen von der Schwierigkeit/Unmöglichkeit, dies mit ca. 15-20 für den GPV Mü.-Süd zuständigen Sozialamtsmitarbeitern/innen zu organisieren). Deshalb erließ die Sozialamtsleitung die schon erwähnte AHB (Arbeitshandbuch) Blitz-Info zur Einführung personenzentrierter Hilfeplanung auf Basis des IBRP.

- Die beteiligten Projektmitarbeiter/innen des Langzeiteinrichtungsbereichs des überörtlichen Sozialhilfeträgers halten, aufgrund ihres hohen quantitativen Sachbearbeitungsumfangs den zeitlichen Aufwand durch die Teilnahme an der Konferenz für den in den Konferenzen leistbaren Bearbeitungsumfang (derzeit 5-7, zukünftig 10-12 Hilfeplanvorstellungen pro Konferenz) für zu hoch und damit nicht effizient. (Es ist jedoch nicht anzunehmen, dass der überörtliche Sozialhilfeträger auf die weitere Konferenzteilnahme verzichten wird und sich im Gegensatz zum örtlichen zu einer ähnlich weitreichenden Anerkennung der Begutachtungsfunktion der Hilfeplankonferenz (ohne seine Anwesenheit) durchringen kann, obwohl dies seine zeitlichen Engpässe in der Sachbearbeitung beheben helfen würde).

Von den Beteiligten des Langzeit- und Übergangseinrichtungsbereichs wurde im Verlauf des Projekts signalisiert, dass generell in naher Zukunft im Zusammenhang mit der Umstellung der Finanzierung (§ 93 ff.BSHG) und des Gesamtplanverfahrens (§46 BSHG)/bzw. IBRP-Projekts ein hoher Steuerungs- und Koordinationsbedarf im Bereich organisationeller Veränderungen der

Verwaltung bestünde (Stichwort: Regional-Manager), dieser Steuerungsaufwand mit den aktuellen Ressourcen aber nicht leistbar sei.

Schon nach den ersten Konferenzen wurden übrigens Defizite des bestehenden Finanzierungssystems in der Eingliederungshilfe transparent, z. B. hinsichtlich der Bereitstellung tagesgestaltender Maßnahmen außerhalb einer Langzeiteinrichtung in den übrigen Einrichtungen der Tagesgestaltung im GPV Mü.-Süd, die i. S. der Eingliederungshilfe aus fachlich-therapeutischen Erwägungen anzustreben sind, jedoch u. U. bisher im Pflegesatz der Langzeiteinrichtung enthalten sind.

10.2.3.2 Verbundentwicklung

10.2.3.2.1 Entwicklung und Ausgangslage

Verbundstrukturen des AKV Mü.-Süd
Bereits am 12.05.1999 haben Trägervertreter eines Ambulant-Komplementären Verbundes (AKV) im Versorgungssektor München-Süd untereinander einen Kooperationsvertrag geschlossen, in dem sie sich zum Aufbau und Betrieb eines gemeindepsychiatrischen Verbundes verpflichteten (Anlage 1). Ziel dieses Verbundes ist es, schwerer und chronisch psychisch kranke Menschen zu einer möglichst eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung in ihrem überschaubaren und vertrauten Lebens- und Sozialraum zu motivieren und zu befähigen.
Dabei wurde es aus juristischen wie fachlichen Gründen für notwendig erachtet, die (freiwillige) Übernahme einer (rechtsverbindlichen) **Verpflichtung zur Bereitstellung und Erbringung von Hilfeleistungen** innerhalb des psychiatrischen Versorgungssektors München-Süd vertraglich zu regeln. In diesem Vertrag wurden

- die **Zielsetzung** und der **Verpflichtungscharakter** des Verbundes,
- die **Rechtsform** (- einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit Haftungsbeschränkung -),
- seine **Organe** (Trägerversammlung, Fallkonferenz, Sprecher/in, Koordination, Fachausschüsse) sowie
- das Verhältnis zur regionalen **psychosozialen Arbeitsgemeinschaft**

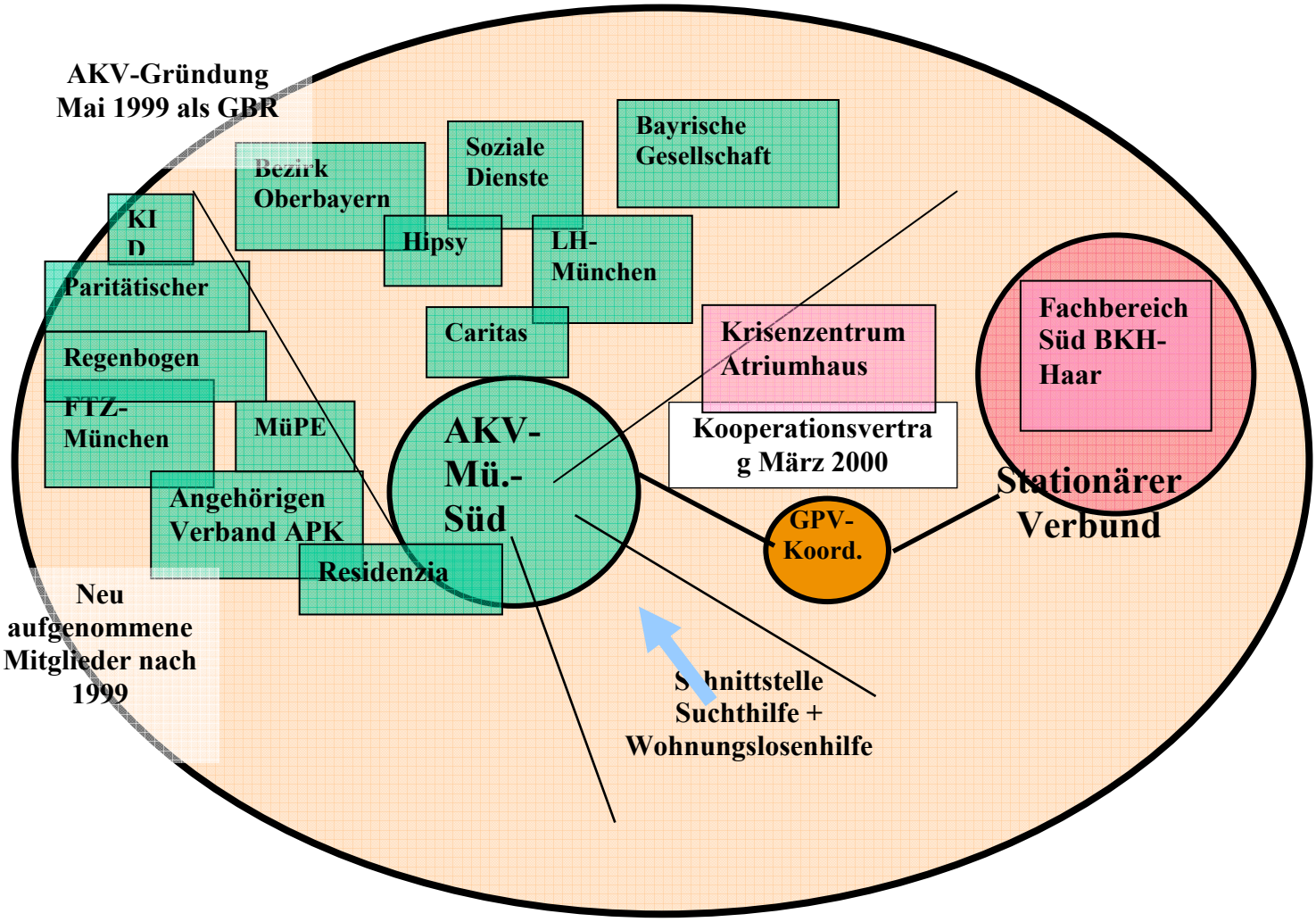
festgelegt.
Im Ambulant-Komplementären Verbund Mü.-Süd wurden über eine Geschäftsordnung (s. Anlage 2) Regelungen

- zur **Neuaufnahme weiterer Mitglieder,**
- zur **Haftung der Mitglieder,**
- zur evtl. notwendig werdenden **Schlichtung von Konflikten** und
- zur **Rolle und Funktion von AKV-Sprecher/in** und **GPV-Koordination** des Verbundes

getroffen.

Auf der Grundlage der Geschäftsordnung konnten zu den 6 Gründungsträgern 7 weitere Mitglieder (- darunter Vertreter der organisierten Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen -) hinzustoßen, wie nachstehend verdeutlicht (s. nächste Seite):

Organisationsstrukturen gemäß Umsetzung des GPV-Rahmenkonzepts des Bezirks Oberbayern (1999)



Das wesentlich entscheidungsbefugte Gremium des ambulant-komplementären Verbundes, die 6-wöchig tagende **Trägerversammlung** behandelte und behandelt Fragen

- zur Umsetzung der Projekte des AKV (Mobiler Krisendienst, Case-Management, Infostelle Wohnen),
- zu den vertraglich definierten Arbeitsvorhaben zur stationären Kooperation,
- zum Kooperations-Projekt mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE zur Einführung personenzentrierter Hilfen im Versorgungssektor

und erarbeitete u. a. im Projektzeitraum fachliche sozialpolitische Stellungnahmen zur Ansiedlung ambulanter Soziotherapie im Verbund und zur zukünftigen stationären Kooperation mit der Uniklinik Nußbaumstraße (u. a. IBRP-Verwendung etc.).

10.2.3.2.2 Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung

Die in der Kooperationsvereinbarung mit der APK unter Punkt 3.1.3.1 Versorgungsverpflichtung gewählten (aus dem o. g. AKV-Vertrag übernommenen) Formulierungen bilden den aktuellen (- „verpflichten sich zur wechselseitig, verbindlichen Übernahme von Patienten unter Berücksichtigung der Tätigkeitsschwerpunkte der einzelnen Einrichtungen (die beiliegenden Konzepte geben den Rahmen wieder, in dem die konkrete Ausgestaltung bestimmter Versorgungsaufgaben und -verpflichtungen möglich ist -) und gewünschten (- „wird sukzessive eine Pflichtversorgung angestrebt“ -) Grad der regionalen Versorgungsverpflichtung im GPV-Mü.-Süd ab. Die Diskussion über die Umsetzung der regionalen Versorgungsverpflichtung hat das Projekt über zwei Jahre begleitet. Die Bereitschaft der Anbieter, ihre Angebote regionalisiert(er) bereitzustellen, hat sich geringfügig zu Gunsten der regionalen Ausrichtung verändert. Ein Wohn-Anbieter (Soziale Dienste e.V.) von insgesamt 10 war und ist von Anfang an bemüht (gewesen), alle seine Leistungen wann immer dies umsetzbar war und ist, den im Versorgungsgebiet lebenden psychisch erkrankten Menschen zur Verfügung zu stellen.
(Ein verbindlicherer vom Planungs- und v. a. Leistungsträger vorgegebener regionaler vertraglicher Verpflichtungscharakter ist mit der Verabschiedung des reformierten GPV-Rahmenkonzepts des Bezirks Oberbayern zu erhoffen).

10.2.3.2.3 Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung

Die erste konkrete Aufgabe bzgl. der Budgetermittlung hätte in der Ermittlung des Geldanteils für die Betreuungsleistungen innerhalb des Versorgungssektors bestanden.

Laut Aussage von Frau Gilsdorf von der Rechtsabteilung der Sozialhilfeverwaltung des Bezirkes Oberbayern war es dem Bezirk nicht möglich, die Daten der für den Versorgungssektor geleisteten Zahlungen an Betreuungsgeldern zu erheben. Es sei eher für die Träger und Anbieter möglich, an einem Stichtag die eingegangenen Zahlungen (und die zahlenden Kostenträger) zu ermitteln.

Dazu hätten die Einrichtungen die Herkunft ihrer Klienten und die Höhe ihres Einrichtungsbudgets ermitteln müssen. Dies war für die Anbieter nach eigener Einschätzung zum Zeitpunkt des Projekts nicht leistbar: der AKV-Mü.-Süd engagierte sich in vielen weiteren Projekten (z. B. Infostelle Wohnen und Selbstversorgung, Case-Management, Mobiler Krisendienst), die für die Träger einen höheren Stellenwert hatten und deren Konsolidierung eine höhere Priorität besaß als die Budgetermittlung.

Bezüglich der engen Kooperation mit weiteren im und für den Versorgungssektor München-Süd tätigen Forschungsvorhaben wurde versucht, über Herrn Melchinger in Hannover als Ansprechpartner einer BMG Studie zur Ermittlung eines Gesamtbudgets in der psychiatrischen Versorgung Daten zum BSHG-Budget im GPV Mü.-Süd zu bekommen, was nicht gelang, weil dieser sie nicht hatte.

Die Studie der wissenschaftlichen Begleitforschung des Krisenzentrums Atriumhaus zu Kosten und Leistungsprofilen der ambulant-rehabilitativen Versorgung im GPV Mü.-Süd befand sich im Projektzeitraum erst in der Durchführungsphase und bezog sich zudem auf eher zukünftig relevante Bemessungsparameter (direkte Klientenbetreuungsleistungen ohne Grund- und Investitionspauschalen).

10.2.4 Projektdurchführung

10.2.4.1 Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen

Das regionale Projekt beteiligte sich mit der GPV-Koordination und den AKV-Mü.-Süd-Sprecherinnen am Benchmarking der 6 bundesweiten Projektregionen und an der Abschlussveranstaltung des Bundesprojekts zur Implementation des Personenzentrierten Ansatzes. Intensiver Austausch wurde gepflegt mit den Partnerregionen in Kaufbeuren, Berlin und Kaiserslautern – er verhalf zur Reflexion des eigenen Standorts, zeigte neue Wege auf und ließ eigene Erfolge deutlich werden.

10.2.4.2 Zusammenfassende Betrachtung des Projektverlaufs Persönliche Einschätzung der GPV-Koordination zur Beteiligung der Projektteilnehmer/innen am APK-Projekt und zum Projekt selbst

Von den delegierten Mitarbeiterinnen der Sachbearbeitung im Bereich Langzeit- und Übergangseinrichtungen der Sozialverwaltung des Bezirks Oberbayern erfolgte im Rahmen ihrer Kompetenzen eine engagierte und zielorientierte Mitarbeit am Projekt. Sie führte zu konstruktiven Lösungen bei der Übernahme und Verwendung eines neuen Hilfeplaninstrumentes in die diesbezüglich geltenden Kostengewährungsabläufe. Eine intensivere Auseinandersetzung mit den im Projekt auftretenden Fragen z. B. zu verbindlichen Kriterien des Kostenträgers, nach denen näher Art und Umfang therapeutischer Leistungen beschrieben werden sollen oder der Problematik von Doppelfinanzierungen (Tagesgestaltung in der Langzeiteinrichtung und einer Tagesstätte im GPV Mü.-Süd) blieb jedoch aus.
Durch die kontinuierliche und sachkundige Mitarbeit der Sozialamtsleitung der LH Mü. am Projekt konnten unbürokratische und effektive Lösungen für die Bereiche IBRP und Hilfeplankonferenz als Grundlage zur Kostengewährung in den Bereichen Einzelbetreutes Wohnen und Wohngemeinschaften im GPV Mü.-Süd gefunden werden. Die diesbezüglichen kontextübergreifenden Kooperationserfahrungen zwischen Leistungsträgern und -erbringern haben die Hoffnung genährt, dass die Implementation des personenzentrierten Ansatzes auch im Leistungsträgerzusammenhang gelingen kann.
Die Mitarbeiterin der Sozialplanung der Sozialverwaltung (Entgelte/Pflegesätze) des Bezirks Oberbayern entschuldigte ihre weitere Teilnahme am Projekt mit der Begründung, dass es „hier ja nicht um die Bedarfsplanung von Einrichtungen und Diensten gehe“.
Bezüglich der Teilnahme der Rechtsabteilung der Sozialverwaltung am Projekt wurden im Verlauf starke Rückzugstendenzen spürbar, obwohl mit dem für den Bezirk Oberbayern ausgewählten und von der Sozialhilfeverwaltung begleiteten

Projekt zum Gesamtplanverfahren nach § 46 BSHG in Traunstein ein wertvoller Austausch im Sinne des bench-markings sinnvoll gewesen wäre. Trotz der offiziellen Teilnahme der Rechtsabteilung musste darüber hinaus bzgl. der Kooperation mit dem Langzeiteinrichtungsbereich der Sozialverwaltung des Bez. Obb. zusätzlich zu dem mit der Sozialverwaltung (und dem GPV-Mü.-Süd) geschlossenen APK-Kooperationsvertrag eine (eigentlich überflüssige) weitere schriftliche Kooperationsvereinbarung zur Verwendung des IBRP für die beiden Langzeiteinrichtungen im GPV Mü.-Süd geschlossen werden.

Die fehlende Beteiligung von Verantwortlichen für die Steuerung der finanziellen Ressourcen führte u. a. dazu, dass es zu keiner intensiveren Beschäftigung mit diesem in der Kooperationsvereinbarung als Schwerpunkt benannten Thema (Budgetermittlung) kommen konnte. Ebenso wenig war dadurch die im Vertrag aufgeführte konstruktive Suche nach geeigneten Lösungen bzgl. neuer Finanzierungsformen im BSHG-Bereich möglich, die zum Ziel gehabt hätte, ein Steuerungsverfahren zu entwickeln, das die im ambulant-rehabilitativen Bereich so dringend benötigte flexible Leistungserbringung ermöglichen würde.

Die Mitarbeit des BKH Haar an der projektbegleitenden Gruppe erfolgte regelmäßig. Die dort gemachten Defizitanalysen zur Umsetzung der Vertragsinhalte (IBRP-Einführung und Verwendung, organisatorischer Rahmen für die HPK an der stationären Ausgangstür) zeigten aber insgesamt wenig Wirkung im weiteren Verlauf. Durch den Abzug der Ressourcen des stationären Schnittstellenkoordinators und die Unklarheit bzgl. der weiteren stationären Versorgungszuständigkeit für den Versorgungssektor verlor auch der Versuch der Umsetzung der Projektinhalte im Krankenhaus entscheidend an Gewicht.

Die kontinuierliche und engagierte Teilnahme der Sprecherinnen des AKV-Mü.-Süd und des Delegierten des Krisenzentrums Atriumhaus an der projektbegleitenden Gruppe führte zu einer dauerhaften inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem personenzentrierten Hilfeansatz im Verbund. Die durch sie der (AKV)Trägerversammlung (mit derzeit 13 Mitgliedern) vermittelten Entscheidungen der projektbegleitenden Gruppe zur weiteren Vorgehensweise wurden von deren Mitgliedern, (oft mit größerer zeitlicher Verzögerung), in unterschiedlicher Intensität und Verbindlichkeit mitgetragen und umgesetzt.
Die fachliche Beratung und Begleitung des Projekts durch Herrn Prof. Peukert wurde von allen Beteiligten als sehr engagiert und sachkundig erlebt und sehr geschätzt.

10.2.5 Ausblick

Im Einzelnen sind die Fortführung folgender bestehender und weiterer Projekte geplant:

Weitere Einführung und Anwendung des IBRP und der Funktion der koordinierenden therapeutischen Bezugsperson (Monitoring über IBRP-Qualitätszirkel und Trägerversammlung) auch bei (noch) Nicht-Mitgliedern des GPV Mü.-Süd

In Ablösung der projektbegleitenden Gruppe, die zum Juli 2003 endet, Einrichtung eines die Hilfeplankonferenz begleitenden Qualitätszirkels, der sich mit der inhaltlichen und organisatorischen Weiterentwicklung der Konferenz beschäftigen soll (Stichworte: Weiterentwicklung des Qualitätssicherungssystems für personenzentrierte Hilfeplanung, Effektivierung von Verwaltungsabläufen, Modifikation der Vorstellungen bei Verlängerungsanträgen mit gleichbleibendem Hilfebedarf, Organisation der Hinzunahme des WG-Bereiches ab Okt 2003).

Unter Umständen Start eines Teilprojekts zur quantitativen Leistungsbemessung mittels IBRP in einer Langzeiteinrichtung des GPV Mü.-Süd i. A. der AG 2 zum Gesamtplanverfahren nach §46 BSHG.

Unter Umständen Start eines Disease-Management-Projekts mit Budgetfinanzierung (Kassen und BSHG-Kostenträger) im AKV Mü.-Süd
Mittelfristig: Abschluss von Versorgungsverträgen mit dem BSHG-Leistungsträger gem. reformiertem GPV-Rahmenkonzept des Bezirks Oberbayern.

Im Rahmen immer knapper werdender Ressourcen für die psychiatrische Versorgung wird sich auch im GPV Mü.-Süd zeigen müssen, inwieweit neben den zukünftig vermehrt anfallenden Aufgaben bzgl. der Sicherstellung der Finanzierung auch die Aufgaben zur Sicherstellung der Qualität psychiatrischer Versorgung weiter Beachtung finden werden.

10.2.6 Anlagen

10.2.6.1 Kooperationsvertrag des Ambulant-Komplementären Verbundes (AKV) im Psychiatrischen Versorgungssektor München-Süd

10.2.6.2 Geschäftsordnung des Ambulant-Komplementären Verbundes (AKV) Mü.-Süd

10.2.6.3 (1) Curriculum zur Multiplikatorenschulung „Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP)

10.2.6.3 (2) Übersicht zum Curriculum zur Multiplikatorenschulung „Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP)“

10.2.6.4 Zusammenfassung der Schulungsmaßnahmen zur Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP)

10.2.6.5 Auswertung der Schulungsmaßnahmen zur Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP)

10.2.6.6 Zielsetzung und Aufgaben des IBRP-Qualitätszirkels

10.2.6.7 Info-Blatt zum IBRP

10.2.6.8 Arbeitshandbuch Blitzinfo für die Sozialämter zur Verwendung des IBRP

10.2.6.9 Projektskizze zur Hilfeplankonferenz an der stationären Ausgangstür

10.2.6.10 Bilanzierung der Hilfeplankonferenz an der stationären Ausgangstür

10.2.6.11 Aufgaben der koordinierenden therapeutischen Bezugsperson im GPV-Mü.-Süd

10.2.6.12. Verfahrensweise zur Festlegung der koord. th. Bezugsperson im GPV- Mü.-Süd

10.2.6.13 Einverständniserklärung für die koord. th. Bezugsperson zur Infoweitergabe

10.2.6.14 Organisationsschema zur Hilfeplankonferenz im GPV-Mü.-Süd

10.2.6.15 Einverständniserklärung zur Infoweitergabe in der Hilfeplankonferenz im GPV-Mü.-Süd

Anlage 10.2.6.1

Kooperationsvertrag des Ambulant-Komplementären Verbundes (AKV) im Psychiatrischen Versorgungssektor München-Süd

1.

Einleitung

Die Psychiatrie-Enquete (1975), das Modellprogramm der Bundesregierung (1980-1995) sowie die Empfehlungen der Expertenkommission (1988) hatten das Reformziel, **die** Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass insbesondere chronisch psychisch kranke Menschen die Hilfen und Lebensbedingungen erhalten, die sie benötigen, um in ihrem Heimatbereich auf Dauer leben zu können. Dieses Ziel umfasst, die Qualität der regionalen Versorgung zu sichern und die gesetzlichen Finanzierungsgrundlagen den Notwendigkeiten anzupassen.

Der 2. Bayerische Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter (Oktober 1990), der Psychiatrieplan des Bezirks Oberbayern (1995) und das Entwicklungskonzept des Bezirkskrankenhauses Haar (1992 und 1997) konkretisieren diese Inhalte für ihr jeweiliges Zuständigkeitsgebiet.

Das Modellvorhaben „Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)“ des Bezirks Oberbayern, das zunächst für einen Zeitraum von drei Jahren mit der Option zur Verlängerung installiert wird, zielt ab auf eine umfassende, gemeinsam abgestimmte und bedürfnisorientierte Versorgung durch alle an der Versorgung Beteiligten, also

- die psychiatrische Klinik (einschl. Tagklinik und Institutsambulanz)
- die niedergelassenen Fachärzte (Psychiater, Neurologen)
- die ambulant-komplementären Dienste und Einrichtungen

- nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ -. Dazu sollen wechselseitig verbindliche Kooperationsvereinbarungen der GPV-Partner geschlossen werden.

Durch die Unterzeichnung des folgenden Kooperationsvertrags der Träger im ambulant-komplementären Versorgungsbereich, der eine (freiwillige) Versorgungsverpflichtung beinhaltet, schaffen diese die rechtsverbindliche

Grundlage zum Abschluss von Kooperationsverträgen mit den übrigen GPV-Partnern.

2.

Verpflichtung

Die unterzeichneten Träger psychiatrischer Einrichtungen in der Region München-Süd verpflichten sich gegenseitig für diese Region einen Ambulant-Komplementären Verbund (AKV) als Bestandteil eines zukünftigen Gemeindepsychiatrischen Verbundes aufzubauen und zu betreiben.

3.

Zielsetzung

Dieser Ambulant-Komplementäre Verbund beinhaltet folgende Ziele und Aufgaben:

Er bemüht sich besonders um die Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen mit dem Ziel, sie zu einer möglichst eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung in einem überschaubaren und vertrauten Lebens- und Sozialraum zu motivieren und zu befähigen.

Dazu stellt er eine quantitativ ausreichende psychiatrische Versorgung im ambulant-komplementären Bereich seiner Region sicher, die sich an folgenden fachlichen Standards orientiert:

* wohnortnahe Bereitstellung der notwendigen Hilfen
* personenzentrierte Struktur der Angebote und Organisation der Hilfeleistungen
* „Normalisierungsprinzip“, d. h. weitestgehender Erhalt möglichst normaler Lebensverhältnisse auch für psychisch schwer und chronisch Kranke
* Vorrang des Grundsatzes: ambulant vor stationär

Er tut dies, indem er, soweit die zur Erfüllung dieser Standards notwendige Finanzierung gesichert ist,

* die dazu erforderlichen Leistungen erbringt, sie dokumentiert und ihre Qualität sichert
* die Versorgungssituation laufend beobachtet und überprüft und dabei auftauchende Versorgungsdefizite feststellt

* Versorgungslücken schließt und qualitative Defizite behebt
* den Kostenträgern gegenüber eine verbindliche Versorgungsverpflichtung übernimmt

Es sollten keine Hilfeempfänger der genannten Zielgruppe aus der Versorgungsregion aufgrund der Schwere der Behinderung/Krankheit von der Versorgung ausgeschlossen werden.
Diese Aufgabe erfüllt er gemäß dem Subsidiaritätsprinzip über die ihm angeschlossenen Träger und ihre Einrichtungen, deren Tätigkeit er dabei unterstützt, koordiniert und anregt, und, in Einvernahme mit ihnen, durch die Schaffung neuer Angebote und Einrichtungen. Der AKV bemüht sich darüber hinaus auch um eine enge Zusammenarbeit mit denjenigen Leistungserbringern des Sektors, die nicht vertraglich am AKV-Süd teilnehmen.
Der AKV wird nur aktiv, sofern und soweit die Angebote des allgemeinen Gesundheitssystems nicht ausreichen.

4.

Verhältnis AKV-PSAG

Während der AKV sich primär an den Bedürfnissen des einzelnen Klienten/Patienten orientiert und sich von daher der Koordination und dem Ausbau der Angebote der ihm angeschlossenen Träger und Einrichtungen widmet, sieht er in der PSAG das kompetente Gremium, das sich um eine Koordination und Kooperation sämtlicher psychiatrischer Einrichtungen und Initiativen in der Region bemüht und insbesondere die Sicherung der Versorgung auf der verbands-, kommunal- und landespolitischen Ebene vorantreibt und die dazu erforderlichen, an die Öffentlichkeit und die zuständigen politischen Gremien und Instanzen gerichteten Aktivitäten initiiert und koordiniert. Daraus ergibt sich als gemeinsame Aufgabe beider Organisationen die Erhebung und die Fortschreibung des quantitativen und qualitativen Bedarfs an Hilfebausteinen für eine klientengerechte Versorgung (in Form von Plätzen, Maßnahmen und Einrichtungen) in der Region.

Diese Aufgaben erfordern eine umfassende und regelmäßige wechselseitige Information sowie eine verbindliche, transparente Kooperation zwischen beiden Organisationen.
Der AKV verpflichtet sich in diesem Zusammenhang, die PSAG über jede von ihm geplante Neueinrichtung zu informieren und ihr Votum dazu einzuholen.
Bisher in der Region bestehende Arbeitskreise werden in gemeinsamer Absprache weitergeführt und, soweit gewünscht, vom AKV koordiniert.

5.

Inhalte der Verpflichtung

Die unterzeichnenden Träger verpflichten sich unter Erfüllung der unter Ziffer 3 formulierten Zielsetzung zu einer engen Zusammenarbeit auf Träger- und Einrichtungsebene, insbesondere zur

* wechselseitig, verbindlichen Übernahme von Patienten unter Berücksichtigung der Tätigkeitsschwerpunkte der einzelnen Einrichtungen (die beiliegenden Konzepte geben den Rahmen wieder, in dem die konkrete Ausgestaltung bestimmter Versorgungsaufgaben und -verpflichtungen möglich ist),
* Teilnahme ihrer Einrichtungen an den Fallkonferenzen,
* Einrichtung einer hauptamtlichen Koordinationsstelle und der erforderlichen Verwaltungskapazität bei gesicherter Finanzierung durch den Kostenträger
* Teilnahme an den Sitzungen der PSAG-Süd
*

6.

Organisationsstruktur

Der Ambulant-Komplementäre Verbund (AKV) gibt sich folgende innere Ordnung: Organe des Verbundes sind:

* **die Trägerversammlung**
* **der/die Sprecher/in**
* **der/die GPV-Koordinator/in**
* **die Fallkonferenz**
* **verschiedene Fachausschüsse**

Oberstes Organ ist die **Trägerversammlung**. Sie trifft sich regelmäßig zum Austausch über die Zusammenarbeit und zu deren Überprüfung und Weiterentwicklung. An ihr nehmen teil:

* je ein/e bevollmächtigte/r stimmberechtigte/r Vertreter/in der angeschlossenen Träger
* der/die Vorsitzende der PSAG-Süd (ohne Stimmrecht)
* der/die **GPV-Koordinator/in** (ohne Stimmrecht)

Außerdem können bei Bedarf Vertreter einzelner Einrichtungen hinzugezogen werden.
Die Trägerverteter/innen und erforderlichenfalls je ein/e Stellvertreter/in sollten von den Trägern für jeweils ein Jahr fest benannt werden.
Die ausschließlich der Versammlung vorbehaltenen Aufgaben sind:

* Veränderung dieses Vertrages und der Zielsetzung des AKV
* Neuaufnahme und Ausschluss von Kooperationspartnern
* Entscheidung über neue Einrichtungen und über eine Veränderung des Leistungsprofils von AKV-eigenen Einrichtungen
* Wahl eines/r **Sprechers/in**
* Anstellung von Personal
* Verabschiedung des Haushalts
* Beschlussfassung über relevante Außenkontakte und -aktivitäten

Zur Geschäftsführung und zu den laufenden Angelegenheiten fasst die Versammlung ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der anwesenden Trägervertreter. Bei Veränderungen dieses Vertrages und der Zielsetzung des Verbundes, bei Entscheidungen über neue Einrichtungen und über die Veränderung des Leistungsprofils von AKV-Einrichtungen sowie über die Neuaufnahme und den Ausschluss von Vertragspartnern sind nur Beschlüsse ohne Gegenstimme wirksam. Enthaltungen dagegen sind möglich. Bei Anträgen auf Ausschluss eines Partners ist dieser nicht stimmberechtigt. Abwesende Vertragspartner können zu Beschlüssen nach Satz 2 dieses Absatzes innerhalb einer Woche nach Zugang des Protokolls ihr Votum abgeben. Hat ein Partner den Eindruck, dass die Kooperations- und Entscheidungsfähigkeit des Verbundes durch Gegenstimmen bei solchen zentralen Beschlüssen blockiert ist, kann er eine

Schlichtung durch eine(n) neutrale(n) Moderator/in beantragen. Über diesen Antrag wird mit einfacher Mehrheit befunden.

Der/die **Sprecher/in** wird von der Versammlung auf ein Jahr gewählt. Er/sie vertritt den Verbund nach außen. Das Nähere, insbesondere die Frage, welche Geschäfte vorab mit den Gesellschaftern zu behandeln sind, regelt eine Geschäftsordnung. In der Geschäftsordnung sind auch haftungsrechtliche Probleme zu klären. Bis zur Erstellung und Verabschiedung der Geschäftsordnung besitzen die durch den/die Sprecher/in vorgenommenen Rechtsgeschäfte keine Rechtsverbindlichkeit.

Der/die **GPV-Koordinator/in** hat folgende Aufgaben:

* Mitwirkung an der Vorbereitung von Kooperationsvereinbarungen mit den psychiatrischen Kliniken und den Niedergelassenen Nervenfachärzten
* Gewährleistung und Überprüfung der Umsetzung von Entscheidungen zwischen den AKV-Partnern
* Organisation und Durchführung von Abstimmungsgesprächen und Fallkonferenzen
* Unterstützung bei der Etablierung eines Dokumentationssystems
* Vorbereitung und Durchführung von Sachberichten und Anträgen aus dem AKV an Gremien, Träger, Verhandlungspartner etc.
* Koordination weiterer den AKV betreffenden Arbeitstätigkeiten (Arbeitskreise, Fachausschüsse etc.)
* Ansprechpartner für Leistungsanbieter, Kostenträger und sonstige Dritte

Die Weisungsbefugnis und Fachaufsicht gegenüber dem/der **GPV Koordinator/in** wird einvernehmlich mit dem Bezirk Oberbayern als Anstellungsträger geregelt.

Die **Fallkonferenz** wird aus Vertretern der einzelnen Einrichtungen der Kooperationspartner gebildet und trifft sich regelmäßig in wechselnden Einrichtungen. Ihre Aufgabe ist – neben der aktuellen personenzentrierten Planung und Sicherstellung von Hilfen - die Überprüfung und Erhebung des Bedarfs im Versorgungssektor München-Süd.

Fachausschüsse zur inhaltlichen Zuarbeit von Vertretern/innen der Fachbasis für die Steuerungsgremien im Versorgungssektor werden bei Bedarf, in Absprache mit der PSAG-Süd gebildet.

.....

Für die Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit

.....

Für den Bezirk Oberbayern

.....

Für die Landeshauptstadt München, Ref. f. Gesundheit u. Umwelt

.....

Für den Caritasverband München, Caritas-Zentren München

.....

Für den Verein Soziale Dienste e.V.

.....

Für den Verein Hilfe für psychisch Kranke e.V.
München, den 12.05.1999

Anlage 10.2.6.2

Ambulant-Komplementärer Verbund der Versorgungsregion München-Süd

Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit beschränkter Haftung

Geschäftsordnung

Der Ambulant-Komplementäre Verbund München-Süd (AKV München-Süd), konstituiert durch die Vertragsunterzeichnung vom 12.05.1999, gibt sich auf der Grundlage des unterzeichneten Kooperationsvertrages folgende Geschäftsordnung:

§ 1

Ziele und Aufgaben

Es wird auf § 3 des Kooperationsvertrags (Ziele und Aufgaben des AKV-München-Süd) verwiesen.

§ 2

Organe

Die Organe des AKV-München-Süd sind:

* die Trägerversammlung (§§ 3,4)
* der/die Sprecher/in (§ 5)
* der/die GPV-Koordinator/in (§ 6)
* die Fallkonferenz (§7)
* verschiedene Fachausschüsse (§ 8)

§ 3

Trägerversammlung (Mitglieder und Aufgaben)

1) Zu den Mitgliedern der Trägerversammlung gehören Träger der psychiatrischen Versorgung im Sektor Süd. Stimmberechtigt sind

- der/die beauftragte Trägervertreter/in und
- der/die vom Träger beauftragte Stellvertreter/in bei Abwesenheit

(Im Anhang zur Geschäftsordnung sind die aktuell legitimierten Trägervertreter/innen aufgeführt).

2) Nicht stimmberechtigte Mitglieder sind:

- der /die Vorsitzende der PSAG-Süd
- der/die GPV-Koordinator/in

3) Einrichtungsvertreter/innen des Versorgungssektors werden nach Bedarf zu den Sitzungen geladen. Sie bleiben ohne Stimmrecht.
4) Sachverständige können vom Sprecher – nach Beschlussfassung der Trägerversammlung mit einfacher Mehrheit - geladen werden.
5) Die Trägerversammlung entscheidet über folgende Aufgaben wie folgt: Einstimmig zu fassende Beschlüsse sind über nachfolgende Aufgaben notwendig:
   * Veränderung des Kooperationsvertrages und der Zielsetzung des AKV
   * Neuaufnahme und Ausschluss von Kooperationspartnern
   * Entscheidung über neue Einrichtungen
   * Veränderungen der Geschäftsordnung

Beschlüsse mit einfacher Mehrheit werden zu folgenden Aufgaben gefasst

* Wahl eines/r Sprechers/in
* Verabschiedung des Haushalts
* Beschlussfassung über relevante Außenkontakte und -aktivitäten
* Anstellung von Personal
* Einrichtung und Auflösung von der Trägerversammlung initiierten Fachausschüssen
* Beantragung eines Schlichtungsverfahrens

§ 4

Trägerversammlung (Sitzungen, Beschlussfähigkeit)

1) Sitzungen der Trägerversammlung

Die Trägerversammlung beschließt in Sitzungen. Diese finden mindestens zwei Mal pro Jahr statt und sind nicht öffentlich, soweit nicht die Trägerversammlung einzelne Sitzungen oder Teile von Sitzungen für öffentlich erklärt. Über die Sitzungen wird ein Protokoll gefertigt. Zu den unter § 3 (5), Satz 2 genannten einstimmig zu fassenden Beschlüssen können abwesende Träger innerhalb einer Woche nach Zugang des Protokolls ihr Votum abgeben. Nicht abgegebene Voten sind dabei als Zustimmung zu werten. Die mit einem ablehnenden Votum versehenen Beschlüsse kommen in der darauffolgenden Trägerversammlung zur Wiedervorlage.

2) Beschlussfähigkeit

Die Trägerversammlung ist beschlussfähig, wenn sämtliche Träger ordnungsgemäß geladen und die Mehrheit der stimmberechtigten Träger anwesend ist.

§ 5

Neuaufnahme von Trägern

1) Jeder Träger, der sich mit seiner/n Einrichtung/en im Versorgungssektor München-Süd an der Erfüllung der unter Punkt 3 des Kooperationsvertrags des AKV München-Süd genannten Ziele und Aufgaben beteiligt oder beteiligen will, kann in den AKV München- Süd aufgenommen werden.
2) Träger, die dem AKV-München-Süd beitreten wollen, stellen beim/bei der GPV-Koordinator/in einen schriftlichen Antrag und fügen die Konzeption/en derjenigen Einrichtung/en bei, die sie im Verbund vertreten sehen wollen.
3) Die GPV-Koordination und der/die Sprecher/in laden die antragstellenden Träger daraufhin zu einem Aufnahmegespräch, in dem die Aufnahmevoraussetzungen geklärt werden. Zur notwendigen einstimmigen Beschlussfassung informieren die GPV-Koordination und der/die Sprecher/in die AKV-Trägervertreter/innen in der nächstmöglichen Trägerversammlung über die Ergebnisse des Aufnahmegesprächs. Ist aufgrund dieses Berichtes kein einstimmiger Beschluss zur Aufnahme zu fassen, wird der antragsstellende Träger zur nächsten Trägerversammlung zur persönlichen Stellungnahme eingeladen. Der antragstellende Träger wird im Anschluss schriftlich durch die GPV-Koordination über das Abstimmungsergebnis in Kenntnis gesetzt. Bei positiver Bescheidung des Aufnahmeantrags erhält er von der GPV-Koordination eine Beitrittserklärung zur Ratifizierung. (Die Beitrittserklärung befindet sich im Anhang zur GO). Die neu aufgenommenen Träger werden in einem Anhang zur GO dokumentiert.

§ 6

Schlichtungsverfahren

1) Hat ein Träger den Eindruck, dass die Kooperations- und Entscheidungsfähigkeit des Verbundes durch Gegenstimmen bei den einstimmig zu fassenden Beschlüssen blockiert ist, kann er eine Schlichtung durch eine(n) neutrale(n) Moderator/in schriftlich beim/bei der GPV-

Koordinator/in beantragen. Über diesen Antrag wird mit einfacher Mehrheit befunden.

2) Über die formale Ausgestaltung des Schlichtungsverfahrens (z. B. bzgl. der Anzahl der Beteiligten) verständigt sich die Trägerversammlung im Einzelfall.
3) Die organisatorische Abwicklung des Schlichtungsverfahrens obliegt dem/der GPV-Koordinator/in. Das Schlichtungsverfahren selbst muss innerhalb von 3 Monaten abgeschlossen sein. Über das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens wird in der nächstmöglichen darauffolgenden Plenarsitzung berichtet. Dort wird mit einfacher Mehrheit über das Ergebnis beschlossen.

§ 6

Austritt eines Trägers

Der/die Trägervertreter/in informiert über den GPV-Koordinator schriftlich über den Austritt.

§ 7

Ausschluss eines Trägers

Ein oder mehrere Trägervertreter/innen leiten einen Antrag mit schriftlicher Stellungnahme bzgl. des Ausschlusses eines oder mehrerer Träger schriftlich an den GPV-Koordinator. Der GPV-Koordinator leitet dieses an den/die betroffenen/n Träger weiter und bittet um eine Stellungnahme. Der GPV-Koordinator lädt innerhalb von 14 Tagen die beteiligten Trägervertreter/innen zu einem klärenden Gespräch ein. Wird keine Einigung erzielt, erhalten sämtliche Trägervertreter/innen vom GPV-Koordinator die verfassten Stellungnahmen zugeschickt. In der darauffolgenden Trägerversammlung ist über diesen Antrag zu beschließen.

§ 8

Sprecher/in

1) Die stimmberechtigten Träger wählen aus ihrer Mitte eine/n Sprecher/in für die Dauer eines Jahres.
2) Der/die Sprecher/in des AKV-München-Süd ist dem AKV-München-Süd und seinen Organen verpflichtet. Er/Sie ist verantwortlich für die notwendig zu gestaltenden Außenkontakte. Dazu gehören die Vornahme von rechtsverbindlichen Geschäften auf der Grundlage der Beschlüsse der Trägerversammlung, die Funktion eines/r Ansprechpartners/in für

Leistungsanbieter, Kostenträger und sonstige Dritte sowie die öffentliche Außendarstellung.

3) Der/die Sprecher/in bereitet zusammen mit dem/r GPV-Koordinator/in die Trägerversammlung vor und moderiert diese. Er/sie beruft im Bedarfsfall außerordentliche Trägerversammlungen ein.
4) Im Verhinderungsfall übernimmt der/die GPV-Koordinator/in die Aufgaben des/r Sprechers/in kommissarisch.
5) Der/die Sprecher/in kann ihre Befugnisse im Einzelfall schriftlich an eine/n andere/n Trägervertreter/in oder den/die Koordinator/in delegieren.

§ 9

GPV-Koordinator/in

Die Träger des AKV-München-Süd, insbesondere deren Sprecher/in, verpflichten sich, den/die GPV-Koordinator/in bei der Erfüllung seiner/ihrer im Kooperationsvertrag formulierten Aufgaben zu unterstützen.

§ 10

Fallkonferenz

1) Die Mitglieder des AKV München-Süd verpflichten sich zur Entsendung von Mitarbeitern ihrer Einrichtungen in die Fallkonferenz.
2) Aufgabe der Fallkonferenz ist – neben der aktuellen personenzentrierten Planung und Sicherstellung von Hilfen – die Überprüfung und Erhebung des Bedarfs im Versorgungssektor München-Süd.
3) Fallkonferenzen werden vom/von der GPV-Koordinator/in oder weiteren Koordinationsbeauftragten einberufen und finden mindestens zwei Mal pro Halbjahr statt. Die Fallkonferenzen sind nicht öffentlich.

§ 11

Fachausschüsse

1) Fachausschüsse sind themenbezogene Expertenforen zur inhaltlichen Zuarbeit.
2) Erachten Träger- oder Einrichtungsvertreter/innen des AKV Mü.-Süd die Einschaltung von Fachausschüssen zur inhaltlichen Zuarbeit für erforderlich, werden entsprechende Fachausschüsse gebildet oder bestehende Fachausschüsse herangezogen.

3) Die von der Trägerversammlung eingesetzten Fachausschüsse sind der Trägerversammlung gegenüber berichtspflichtig.

§ 12

Haftung

1) Die Haftung der Gesellschaft (bürgerlichen Rechts) nach außen ist auf das Gesellschaftsvermögen beschränkt. Dem gemäß bezieht sich die Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis des/r Sprechers/in nur auf das Gesellschaftsvermögen. Das Gesellschaftsvermögen beträgt 500.- DM. *Jeder der Gründungsträger hat schriftlich (im Anhang zur GO) seine Bereitschaft erklärt, im Haftungsfall der Gesellschaft mit dieser Summe zu haften.*

Die Gründungsträger sind:

- die Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit
- der Bezirk Oberbayern mit seinen ambulanten Einrichtungen am Bezirkskrankenhaus Haar/FB-München-Süd u. dem Atriumhaus
- die Landeshauptstadt München Referat für Gesundheit
- der Caritasverband München
- der Verein Soziale Dienste e.V.
- der Verein Hilfe für psychisch Kranke e.V.

Anlage 6.2.

1) Beim Ausscheiden eines oder mehrerer Gründungs-Träger legt die Trägerversammlung eine neue (fixe) Haftungssumme fest. Dies geschieht mit einem einstimmig zu fassenden Beschluss der Träger.
2) Bei Auflösung der Trägerversammlung wird das neben dieser Einlage bestehende Vermögen nach Abzug sämtlicher Verbindlichkeiten zu gleichen Teilen an die Trägergruppe verteilt.
3) Der/die Sprecher/in der Gesellschaft ist verpflichtet, bei jedem Rechtsgeschäft auf die Beschränkung seiner Vertretungsmacht hinzuweisen und Rechtsgeschäfte nur unter Beschränkung der Haftung auf das

Gesellschaftsvermögen abzuschließen. Die persönliche Haftung der Gesellschafter muss dabei jeweils durch eine individualvertragliche Vereinbarung ausgeschlossen werden.

4) Die Kosten für den AKV-München-Süd übernehmen, solange dieser noch keinen eigenen Haushalt aufweist, zunächst einzelne Träger, die dafür allen Trägern eine entsprechende Umlage in Rechnung stellen.

§ 13
Inkrafttreten

Diese Geschäftsordnung tritt am 02. März 2000 in Kraft.
(Einstimmiger Beschluss der Trägerversammlung)

Anlage 10.2.6.3 (1)

Curriculum zur Multiplikatorenschulung „Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP)

Zielsetzung

Ziel ist die erfolgreiche Einführung systematischer individueller Hilfeplanung mit Hilfe des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) in der Region und dem dort entstehenden gemeindepsychiatrischen Verbund

- zur Befähigung für die Einrichtungen und Träger der Regionen
- als Instrument zur Verbesserung vernetzten Arbeitens in der Region

Rahmenbedingungen:

- Verpflichtung der Träger zur verbindlichen Einführung des IBRP innerhalb ihrer Einrichtungen
- Miteinbezug/Einladung (an) alle(r) Träger außerhalb des regionalen Trägerverbundes (diese verpflichten sich dann zur verbindlichen Teilnahme (Benennung und Freistellung eines IBRP-Moderators/in)
- (langfristig: Belohnung, Gratifizierung durch das Finanzierungssystem)
- Abschluss von Rahmenvereinbarungen auf der Strukturebene mit Trägern und Leistungsträgern (Hilfeplan- bzw. Aufnahmekonferenzen)

Erste Maßnahmen:

Benennung von IBRP-Beauftragten (auf Mitarbeiterebene) bei möglichst allen Trägern der jeweiligen Region und Befähigung dieser Mitarbeiter/innen zur effektiven und effizienten Anwendung des IBRP sowie Schulung dieser Mitarbeiter/innen zu Multiplikatoren

Benennung von IBRP-Prozeßbegleitern für die Region und Bildung eines Qualitätszirkels

Bausteine des Curriculums

Notwendige Bausteine des Curriculums zur erfolgreichen Implementation des IBRPs in der Region sind:

- Vermittlung notwendiger inhaltlicher Schwerpunkte zur Befähigung der IBRP-Beauftragten zur Implementation des IBRP in der Region
- Vermittlung notwendiger didaktischer Elemente zur Befähigung der IBRP-Beauftragten zur Implementation des IBRP in der Region

Folgende weitere Maßnahmen sind zur Implementierung des IBRP in einer Region nötig:

Grundschulungstage (Plenumveranstaltungen)

1. Tag:

- Einführung zum Paradigmenwechsel von der institutionszentrierten zur personenzentrierten Hilfeplanung (2 Stunden)
- Qualitätskriterien für Langzeitbehandlung und -begleitung sowie Qualitätskriterien für Komplexleistungen (2 Stunden)
- Systematik des Vorgehens (2 Stunden)

2. Tag:

Einführung in die Bögen des IBRP und Beschäftigung mit den Bögen A, C und D1 und (wurden zur Verbreitung verschickt)

- Beschäftigung mit diesen Bögen im Plenum (3 Stunden)
- Kleingruppenarbeit zum Übersichtsbogen (3 Stunden)
  Bestandteil der Beschäftigung sind Aussagen zu folgenden thematischen Schwerpunkten

- Abgrenzung der Anwendbarkeit:
- Definition von für die Anwendung des IBRP geeigneten Fallgruppen und Verhandlungssettings (Fall- oder Aufnahmekonferenzen etc.)
- Sowie Aussagen zur Anwendung in den einzelnen psychiatrischen Funktionsbereichen wie: im Funktionsbereich Wohnen gut möglich, im Funktionsbereich ambulante psychiatrische Behandlung nicht für alle Langzeitbetreuungen zu machen. Vorschlag hier:
  - Für neue Klienten/innen in der Anfangszeit,
  - Für diejenigen Betreuten, für die eine Veränderung ansteht,
  - Für diejenigen Betreuten, die stabil über einen längeren Zeitraum betreut worden sind zur Überprüfung der Behandlungsziele;
    oder die Aussage: der IBRP ist keine Konkurrenz zu einrichtungsinternen Therapieplanungsinstrumenten).
- Aussagen zu Verbindlichkeit und Umfang der Bögen und zur Möglichkeit der Verbesserung/Veränderung der Bögen (Notwendigkeit der diesbezüglichen regionalen Abstimmung und Verabschiedung auf Trägerebene)
- Konkretes Üben an einem realen Fall mit Modellcharakter (Verständigung über eine Klienten, den man kennt) oder einer fiktiven Fallkonstruktion
- Aussagen zur rechtlichen Thematik (Datenschutz, Schweigepflicht): z. B. durch Ausarbeiten und Präsentation einer Mustervorlage
- Aussagen zum Miteinbezug des Betroffenen
- Aussagen zur Funktion der koordinierenden Bezugsperson
- Informationen zum Verbund (Basics)

3. Tag (Plenumveranstaltung)
Vermittlung notwendiger inhaltlicher Schwerpunkte zur Möglichkeit der Personalbemessung mit Hilfe des IBRPs
§ 93 ff. BSHG, Metzler-Verfahren, IBRP Ziel hierbei nicht unbedingt die Vermittlung der angeeigneten Kenntnisse (beide Verfahren führen zu einer systematischen Bildung von Hilfebedarfsgruppen, der IBRP ermöglicht darüber hinaus individuelle Bedarfs- und Hilfeplanung)
Elemente der Multiplikatorenschulung:

- Projektmanagement (Befähigung zur Steuerung des Prozessverlaufs)
- Moderationstechniken
- Praxiserfahrung und Erfahrungen im Anwenden des IBRPs als Vorraussetzungen („engagierte Naturtalente, die sich Sicherheit für die Vermittlung holen von Fachleuten, die darin bereits Erfahrung haben)
- Schulungsmaterialien (Materialienband der D.G.S.P.)
- Verhandeln, Rollenspiele, Zieledefinition

Der IBRP-Begleitkreis
Der IBRP-Begleitkreis (als Peer-Gruppe, Supervisionsbegleitung, Qualitätszirkel mit max. 12 Teilnehmer/innen) bietet unter Anleitung des IBRP-Prozeßbegleiters einen Erfahrungsaustausch mit anderen „Profis“, d. h. regionalen IBRP-Beauftragten anderer Einrichtungen der Region hinsichtlich inhaltlicher und didaktischer Fragestellungen zur Implementierung der Bögen.

Er trifft sich alle 4-8 Wochen (insgesamt 5 Treffen à 2-3 Stunden innerhalb von 9-12 Monaten) zur bogenthematischen Abarbeitung (differenzierte Behandlung der Bögen B, D2 und I1-3 und Beantwortung von Fragen zu den Bögen A, C und D1).

Der erste Termin findet nach den 2 Grundschulungstagen, die innerhalb von 14 Tagen stattfinden sollten, also nach 1-2 Monaten statt.

Nach dem 3. Treffen des Begleitkreises erfolgt die dritte Plenumsveranstaltung zur Vermittlung von Fähigkeiten im Bereich der Moderation und Prozesssteuerung sowie zu Fragen der Personalbemessung (§ 93ff. BSHG).

Der konkrete Vermittlungsbeginn in die Einrichtungen, also Start der Arbeit der Multiplikatoren erfolgt nach dieser dritten Plenumsveranstaltung.

Unterstützendes Management im Parallelprozess:

Neben diesen Maßnahmen sind integrierende und vermittelnde Maßnahmen zur Integration des Prozesses in das regionale Verbundsystem erforderlich:

Zu Beginn: Informationsveranstaltungen für Träger und Kostenträger der Region

IBRP-Prozeß als regelmäßiger TOP im regionalen Trägerverbund (Beitrag zur Qualitätssicherung im Versorgungssektor, Zertifizierungen möglich): ein oder mehrere Delegierte aus dem IBRP-Begleitkreis übermitteln die für den GPV relevanten Erkenntnisse (z. B. zur Kooperation der Einrichtungen) in den Trägerverbund

Anlage 10.2.6.3 (2)

Anlage 3(2) zum Projektbericht des APK-Projekts "Implementation personenbezogenerHilfen"

Organigramm zum Curriculum "Multiplikatorenschulung zur Einführung des Integrierten Behandlungs- und Rehaplans (IBRP) in der Versorgungsregion"

IBRP-Maßnahme	Benennung von IBRP-Beauftragten der Einrichtungen und IBRP-Prozeß-begleitern	Grundschulungs-tag 1	Grundschulungs-tag 2	IBRP-Begleitkreis	weitere IBRP-Begleit-kreise (2x)	Plenums-veranstaltung	weitere IBRP-Begleit-kreise (2x)
diesbzgl. Maßnahmen im/für den GPV	• Verpflichtung der Träger zu vbdl. Einführung d. IBRP • Miteinbezug aller Träger der Region	• Info-Veranstaltung für Träger u. Kosten-träger (Qualitätssi-cherung im Verbund)		• Delegierter des Kreises berichtet im Trägerverbund		• gesamter Prozeß als regelmäßiger TOP im Trägerver-bund	
Inhalt der Maßnahme	• Befähigung der Mitarbeiter zur effektiven und effizienten An-wendung d. IBRP • Schulung zu Multiplikatoren	• Einführung zum Paradigmenwechsel • Qualitätskriterien für Komplexleistung und Langzeitbehandlung • Strategien zur Sys-thematik des Vor-gehens • Miteinbezug d. Betroffenen • Datenschutz • Infos zum GPV	• Üben mit den Bögen des IBRP: – Bogen A (Plenum) – Bögen C und D1 (Arbeitsgruppen) Aussagen zu: • relevanten Fall-gruppen • Verhandlungs-settings • Verbindlichkeit u. Umfang • Funktion d. koord. Bezugsperson	Qualitätszirkel unter Anleitung d. IBRP-Prozeßbegleiters • Bearbeitung – inhaltlicher und – didaktischer Fragen zur Implementierung der Bögen • bogenthematische Abarbeitung: differenziert: Bögen B, D2 und I 1-3 Fragen zu Bögen A, C und D1		• Personal-bemessung: –Metzler-Verfahren –IBRP (Bogen G) •Schulungs-material • Projekt-management • Moderations-techniken • Rollenspiele zur Zieldefinition	
Teilnehmer	• Trägerverbund • Träger der Region • Kostenträger	• IBRP-Beauftragte der Region • IBRP-Prozeß-begleiter	• IBRP-Beauftragte der Region • IBRP-Prozeß-begleiter	• maximal12 IBRP-Beauftragte • IBRP-Prozeß-begleiter • GPV-Koordination		• IBRP-Beauftragte der Region • IBRP-Prozeß-begleiter	
Zeitschiene		innerhalb von 14 Tagen		1-2 Monate nach Grundschulungstag 2		ca. 6 Monate nach Tag 2	innerhalb v. 3 Monaten
Dauer		3x2 Stunden	3x2 Stunden	3 Stunden	2x3 Std.	3x2 Stunden	2x3 Stunden

Anlage 10.2.6.4

Kurze Zusammenfassung der im IBRP-Curriculum des GPV Mü.-Süd behandelten Themenschwerpunkte

1. *Grundschulungstag*
   - Paradigmenwechsel von der einrichtungsorientierten zur personenzentrierten Hilfeplanung und -erbringung
   - Vom Reha-Kettenmodell zur personenzentrierten Hilfeplanung und -erbringung
   - Qualitätsstandards therapeutischer Langzeitbehandlung und -betreuung
   - verschiedene Funktionen des IBRP in den unterschiedlichen Versorgungskontexten

2. Grundschulungstag
   - Vorstellung und gemeinsame Erarbeitung der Bögen
   - Arbeitsgruppen, Rollenverteilung (Informationsträger, Protokollant, Time-Keeper) zur gespielten Praxiserprobung der Bögen B und C, D2, in Vorbereitung Bogen A
   - Vorstellung und gemeinsame Erarbeitung des Bogens A
   - Praxisbeispiel aus dem Wohnverbund Reutlingen

3. Grundschulungstag:
   - Grundinformationen zur Personalbemessung mittels Bogen G des IBRP zur Personalbemessung
   - Bilanzierung und perspektivische Gestaltung der weiteren IBRP-Einführung im GPV Mü.-Süd

1.- 5. Begleitkreis:

- **Kernaufgabe des IBRP: Therapeutische Behandlungsplanung**
  - Rückmeldungen/Fragen zu zu den Bögen des IBRP
  - Rückmeldungen/Fragen zu Trockenübungen mit dem Übersichtsbogen A
  - Rückmeldungen/Fragen zu ersten Hilfeplanungsgesprächen mit Klienten/innen, Rückmeldung erster Erfahrungen (Hr. Thiede, Residenzia)
  - Der Begriff der „Haltung“, die therapeutische Bezugsperson als Vertragspartner, Assistent, Verhandeln statt Behandeln, („wie schaffe ich eine positive zukunftsgerichtete Atmosphäre für den gemeinsamen Prozess“)
  - IPRP und schwerer psychisch erkrankte Menschen
- **Gemeinsame trägerübergreifende Hilfeplanung**
  - vertrauensvolle Beziehung zwischen den Mitarbeitern von Einrichtungen
  - Reflexion der Praxis der Zusammenarbeit
  - Inhalt und Organisation von Helferkonferenzen
  - Wechsel/Übergabe der koordinierenden Bezugspersonen-Funktion an eine Mitarbeiter/in einer anderen Einrichtung
- **Vermittlung von Kompetenzen für die trägerinterne IBRP-Implementierung**
  - Rolle und Funktion des/der Moderators/in
  - Rolle und Funktion des/der IBRP-Multiplikators/in: „Wie gestalte ich einen guten Qualitätszirkel in meiner Einrichtung ? Qualitätszirkel als In Gang-Bringen eines Prozesses (Feedback-Schleifen)
  - Problemlagen des/der Moderators/in
  - Problemlagen des/der IBRP-Multiplikators/in: „ Was benötigt es an guten Rahmenbedingungen für die trägerinterne Moderation?“

- **Ergänzung noch nicht besprochener Themen**
  - Überprüfung des Hilfeplans (IBRP als regelmäßige indiv. Nutzerbefragung)
  - Abstimmung des IBRP mit der Pflegeplanung des stationären Bereiches
  - Datenschutz
  - Vertretungsfunktion der koordinierenden Bezugsperson
  - Monitoring der IBRP-Einführung im GPV Mü.-Süd

- **AKV-Trägerversammlung**
  - (Regelmäßiger TOP): Sachstandsberichte der Träger zum Stand der Umsetzung
- **2+2-Runde zur Kooperation stationär/ambulant im GPV Mü.-Süd**
  - Verabredung von 3 gesonderten Grundschulungstagen im FB Süd des BKH Haar
  - Beschluss des GPV und diesbezüglich Brief an alle Mitarbeiter/innen im GPV Mü.-Süd zur Würdigung und Unterstützung der Funktion koordinierender Bezugspersonen
- **Projektbegleitende Gruppe zum Vertrag mit der APK**
  - Einrichtung von Hilfeplankonferenzen zur standardisierten Vorstellung und Verabschiedung von IBRPs

Feedback zum im GPV Mü.-Süd durchgeführten IBRP-Curriculum

Was an den durchgeführten Maßnahmen war gut und wertvoll für mich ?

-Gute Info-vermittlung über Hintergründe der Einführung (7x)

-Arbeit mit den Bögen an Beispielen aus der Praxis (7x)

-Art der Vermittlung des Hauptmoderators (5x)

Was an den durchgeführten Maßnahmen war weniger gut für mich, hat gefehlt ?

-Ermüdende Grundsatzdiskussion, ob IBRP ja oder nein (7x)

-Politische und finanzielle Tragweite für die Zukunft der Träger fehlte (6x)

-Zu wenig Übungsmöglichkeiten an praktischen Beispielen (5x)

-Kürzere Abstände zwischen den Grundschulungstagen (4x) **Was benötige ich für die weitere Umsetzung meines Auftrages als IBRP-Multiplikator/in :**

- **persönlich (Know-how, weitere Kompetenzvermittlung etc.):**

-Vernetzung und Austausch mit Multiplikatoren der anderen Einrichtungen (8x) mehr Zeit (4x)

- **Von meinem Anstellungsträger:**

-Zeit (2x)

- **vom Verbund:**

-regelmäßiger Informationaustausch/Auswertung über Weiterentwicklung/Umsetzung, Kooperation IBRP im GPV Mü.-Süd (7x)

-regelmäßige Informationen zum aktuellen Finanzierungs- und politischen Steuerungskontext (4x)

Anlage 10.2.6.6

Zielsetzung und Aufgaben des IBRP-Qualitätszirkels (nicht der IBRP-Einführung):
Zielsetzung:
Die IBRP-Beauftragten können sich hinsichtlich des IBRP-Einführungs- und Anwendungsprozesses in ihren Diensten und Einrichtungen regelmäßig Unterstützung bei den Teilnehmern/innen des Kreises holen zu:

- Auftauchenden Fragen und Problemen aus dem laufenden Einführungsprozess (...)
- Fragen und Problemen der organisatorischen und inhaltlichen Gestaltung (welche Inhalte vermittle ich in welcher Abfolge und wie, mit welchen Mitteln, Instrumentarien, Organen gestalte ich den Prozess am besten weiter ?)

Durch die Darstellung der Einführungsprozesse werden Schwächen und Stärken abgebildet, deren Analyse für die weitere Gestaltung der Prozesse der übrigen Beauftragten hilfreich ist (bench-marking).
Damit werden/sind die IBRP-Beauftragten befähigt, die Qualität ihrer weiteren IBRP-Einführung und Anwendung zu sichern.
Aufgaben des IBRP-Qualitätszirkels:
1. Aktuelle Sachstandsberichte (- was läuft warum gut ?, was läuft warum schlecht ? -) zu Art, Umfang und Inhalt der IBRP-Einführung und Anwendung. Im Einzelnen:
   1.1. Zum Transport der Kenntnis der Bögen
   2.2. Zum Transport der Anwendung der Bögen:
   2.2 a) Zur Hilfeplanerstellung mit dem/der Klienten/in (hilfreiche Elemente dabei, etc.)
   2.2 b) Zur Hilfeplanerstellung mit weiteren am Hilfeprozess Beteiligten (u. U. Helferkonferenz, Hilfeplankonferenz)
   2.2 c) Zur Überprüfung/Veränderung der Hilfeplanung

- Formulieren, Präzisieren und Dokumentieren der Schwierigkeiten der
- Mitarbeiter/innen bei der IBRP-Hilfeplanung
- Gemeinsame Erarbeitung von Lösungsvorschlägen
- Aufgaben der Sprecherin des IBRP-Qualitätszirkels:
  - Transfer der erarbeiteten Lösungen/Schwierigkeiten bei Hilfeplanung
  - Transfer der Bedarfsmeldungen zur Trägerversammlung
  - Transfer der Rückmeldungen der Trägerversammlung
- Woran erkenne ich die erfolgreiche Einführung und Anwendung des IBRP in den Diensten und Einrichtungen, für die ich mit der IBRP-Einführung beauftragt bin?
- Bzgl. der Kenntnis der Bögen:
  - die unterschiedlichen Instrumentarien (Bögen A, B, C, D etc.) (- inkl. Verwendungszwecken und Zusammenhängen etc.) sind Allen gut bekannt und werden selbständig und zielsicher zur Hilfeplanerstellung herangezogen.
  - Rückfragen an mich als IBRP-Beauftragte thematisieren nur noch sehr individuelle und spezielle Problemstellungen und nicht mehr allgemeine, grundsätzlichere (Verständnis-) Fragen zur Kenntnis und zum Verwendungszweck der einzelnen Bögen

Anlage 10.2.6.6.

Bzgl. der Hilfeplanerstellung (und -fortschreibung) mit dem/der Klienten/in

∗ die vorrangige für eine IBRP-Hilfeplanerstellung in Frage kommende Zielgruppe, psychisch schwerer erkrankte Menschen mit einem Hilfebedarf in mehreren Lebensbereichen (psychiatrische Grundversorgung, Selbstversorgung, Tagesgestaltung und Kontaktfindung, Arbeit und Ausbildung) ist Allen bekannt. Der IBRP wird vorrangig/(ausschließlich) für diesen Personenkreis verwendet.

∗ Die Kenntnis der Prozesshaftigkeit (in) der gemeinsamen Hilfeplanerstellung (auf dem Wege zu einer Hilfeplanerstellung, Hilfeplanerstellung selbst, Fortschreibung) ist bei Allen sichtbare Grundlage und Ausgangspunkt für die IBRP-Erstellung.

∗ Rückfragen an mich als IBRP-Beauftragte thematisieren nur noch sehr individuelle und spezielle Problemstellungen und nicht mehr allgemeine, grundsätzlichere (Verständnis-) Fragen zur gemeinsamen Hilfeplanerstellung mit dem/der Klienten/in.

Bzgl. der Hilfeplanerstellung (und -fortschreibung) mit weiteren am Hilfeprozess Beteiligten

∗ Allen für die Hilfeplanerstellung und -fortschreibung Verantwortlichen ist der Qualitätsstandard personenbezogener Hilfen „die kontinuierliche Begleitung durch eine „haltende“, Realität vermittelnde, koordinierende Bezugsperson“ als Voraussetzung von Hilfeplanung nach dem IBRP bekannt. Der Standard: verantwortliche Festlegung einer Bezugsperson und deren Vertretung“ ist ebenfalls Allen bekannt und wird umgesetzt.

∗ Alle für die Hilfeplanerstellung Verantwortlichen können die unten aufgeführten Verfahrensschritte
- Benennung der koordinierenden therapeutischen Bezugsperson
- Abklärung der Funktionsübernahme
- Vermittlung der Funktionsübernahme
- IBRP-Erstellung im Anschluss an die Funktionsübernahme
- IBRP-Vorstellung in der Hilfeplankonferenz selbständig einleiten (weil sie die dafür notwendigen Instrumentarien „Einverständniserklärung des Betroffenen“, Info-Schreiben zur Übernahme der Funktion“ besitzen) und durchführen (weil sie von den übrigen Anbietern des Sektors in dieser Funktion unterstützt werden).

∗ Allen für die Hilfeplanerstellung und -fortschreibung Verantwortlichen sind die im bestehenden System noch notwendigen Verfahrensabläufe zur Übergabe dieser Funktion an Betreuer anderer Einrichtungen bekannt.

∗ Rückfragen an mich als IBRP-Beauftragte thematisieren nur noch sehr individuelle und spezielle Problemstellungen und nicht mehr allgemeine, grundsätzlichere (Verständnis-) Fragen zur Hilfeplanerstellung (und -fortschreibung) mit weiteren am Hilfeprozess Beteiligten.

Anlage 10.2.6.7

Information zur Anwendung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) im GPV München-Süd

Wegen einer lückenhaften Versorgung

- aufgrund der Unübersichtlichkeit und Zergliederung des Sozialleistungssystemes und des darauf aufbauenden Versorgungssystems,
- einer zu stark institutionszentrierten Sicht, d.h. einer mangelnden Orientierung am tatsächlichen individuellen Hilfebedarf v.a. schwerer psychisch erkrankter Menschen
- und aufgrund einer fehlenden Abstimmung der benötigten Hilfen

forderte bereits im Jahr 1988 eine damals zur Einleitung von Reformschritten in der Psychiatrie eingesetzte Expertenkommission (die „Aktion Psychisch Kranke"):

- die Einführung einer **personenzentrierten** und **funktionalen** (nach psychiatrischen Leistungsbereichen gegliederten) **Betrachtungsweise**
- die **regionale Vernetzung** und **Integration der Hilfeangebote** (im Sinne eines GPV)
- Die **verbindliche gemeinsame Planung und Koordination der Versorgung auf kommunaler Ebene**

Die „Aktion Psychisch Kranke" hat nun zu diesem Zweck einen Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) erarbeitet, der helfen soll,

- eine gemeinsame Sprache in der Versorgung zu entwickeln
- die Zusammenarbeit und Abstimmung im Versorgungs- und Verbundrahmen zu optimieren sowie
- die konkrete Versorgung vor allem psychisch erkrankter Menschen mit komplexerem Problemlagen zu verbessern.

Leitfragen des über diesen IBRP transportierten personenzentrierten Hilfeansatzes sind:

- Welche **Fähigkeiten**, welche **Ressourcen**, welche soziale Unterstützung hat die Person?
- Welche **nicht-psychiatrischen, medizinischen und / oder sozialen Hilfen** kann die Person in ihrem Lebensfeld in Anspruch nehmen?
- Welche **psychiatrischen Hilfen** sind dann noch zusätzlich notwendig?

Der individuelle Hilfebedarf von Personen mit schwer und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen soll mit diesem IBRP, **zielorientiert, integriert und lebensfeldbezogen** ermittelt werden.

Zielorientiert meint:

- Welche Fähigkeiten kann und will der/die Klient/in entwickeln?
- Welche Beeinträchtigungen lassen sich überwinden oder reduzieren?

b.w.

Integriert meint:

- in Zusammenarbeit mit dem/der Klienten/in unter dem Motto:"Verhandeln statt Behandeln"
- in Abstimmung mit dem gesetzlichen Betreuer
- unter Beteiligung weiterer professioneller Betreuer
- unter Einbeziehung der Angehörigen,

Lebensfeldbezogen meint:

Anlage 10.2.6.7

Absendende Dienststelle:
Sozialreferat
Sozialamt Leitung
Orleansplatz 11
81667 München

- vorrangig ambulant
- möglichst dort, wo der Hilfeempfänger über die Dauer der Massnahme hinaus wohnen möchte, bzw. wohnen kann
  (- Welche Lebensform strebt der Klient, die Klientin an ? -)
- Welche Hilfen sind dort erforderlich?, bzw. welche Hilfen sind erforderlich um dieses Wohnziel zu erreichen?
- Welche Hilfeleistungen von Angehörigen, Freunden/innen und Bekannten sind möglich?

Im Wesentlichen findet diese Form der Hilfeplanung über den **Übersichtsbogen A** aus dem IBRP-Instrumentarium statt. (Neben diesem Bogen A gibt es weitere unterstützende Hilfeplanungsinstrumente, z.B. zur Tages-/Wochengestaltung, zur angestrebten Wohnform, zur Anamnese, zu eingetretenen Veränderungen etc.): Bogen A fragt nach

- der **angestrebten Lebensform**
- den **aktuellen Problemlagen/Situation**
- den **Zielen** (bzgl. der Veränderung der Lebenssituation, bzgl. dem Erringen von Kompetenzen, bzgl. der Besserung der Befindlichkeit)
- **der Einschätzung von Fähigkeiten und Beeinträchtigungen** (ggf. mit einem Zusatzbogen)

Mit dem Bogen A sollen weiter:

- **konkrete und realistische Ziele** formuliert/verhandelt
- ein **zeitlicher Rahmen zur Umsetzung dieser Ziele** festgelegt
- **aktivierbare nicht-psychiatrische Hilfen und psychiatrische Hilfen** definiert
- **die Zuordnung der notwendigen Hilfen** vorgenommen
- die **Durchführungsverantwortung** festgelegt
- **der Prozessverantwortliche** ermittelt/bestimmt werden sowie
- eine **Einschätzung des Zeit- und Personalbedarfs** vorgenommen werden

Die über den Bogen A vorgenommene **integrierte Hilfeplanung** wird also als ein fließenden **Prozess** verstanden, de – eingedenk des sich verändernden Hilfebedarfes des/der Klienten/in – einer kontinuierlichen Überprüfung, Bewertung und ggfs. Veränderung bedarf.

Anlage 10.2.6.8

Blitz-Info

Datum	Zeit
29.06.2009	14:04
Telefon-Nr. (089)	
233 - 25251	
Telefax-Nr. (089)	
233 - 2 79 44	
Sachbearbeitung	
Frau Romahn	
Unser Zeichen (bei Antwort bitte angeben)	
S-I-RI	

☐ **Vorblatt zum folgenden Blitz-Info Telefax**

Die Anzahl der Seiten beträgt inklusive diesem Vorblatt 2 Seiten
Bitte verständigen Sie uns umgehend über Telefon, Telefax oder E-Mail, wenn Sie nicht alle Seiten richtig empfangen haben.

☐ **Blitz-Info über Telefax- mit 1 Anlage**

AHB-Info folgt ☐ ja ☐ nein

Zutreffendes ist angekreuzt bzw. ausgefüllt

An alle Außenstellen und Sozialbürgerhäuser

Betreff des übermittelten Blitz-Infos

Betreutes Einzelwohnen und Therapeutische Wohngemeinschaften, AHB BSHG 40-5

mit der Bitte um ☐ weitere Bearbeitung ☒ Kenntnisnahme ☐ Prüfung und Stellungnahme ☐ Rückruf/Rücksprache ☐ Weitergabe/Info an alle Mitarbeiter/innen

Für Betreutes Einzelwohnen wird ab 01.06.2003 und für Therapeutische Wohngemeinschaften ab 01.10.2003 in der Planungsregion München-Süd (= Stadtbezirke 1, 2, 6, 7, 8, 19 und 20) im Rahmen eines Modellprojektes **verbindlich** der „Integrierte Rehabilitations- und Behandlungsplan“ (IBRP) eingeführt. Der IBRP ersetzt den Entwicklungsbericht und den Maßnahmeplan. Durch die Vereinbarung von Qualitätsstandards zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ist mit der Vorlage des IBRP die Notwendigkeit und Geeignetheit der Maßnahme nachgewiesen. Eine amtsärztliche Begutachtung entfällt in diesen Fällen somit grundsätzlich.
In allen anderen Stadtbezirken haben die Leistungsanbieter die Möglichkeit, freiwillig den IBRP zu verwenden. Bei entsprechenden Nachfragen steht Herr Mendel, Bezirk Oberbayern, Tel. 2198-3232, e-mail gerd.mendel@bezirk-oberbayern.de als Ansprechpartner zur Verfügung.
Soweit die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen (Zuständigkeit, Prüfung von Einkommen und Vermögen) nicht entgegenstehen, erfolgt die Genehmigung hinsichtlich der erforderlichen Maßnahme und des Genehmigungszeitraumes entsprechend dem IBRP.
Angesichts der erheblichen Fallzahlen kann es vorkommen, dass bei Verlängerungsanträgen eine Vorstellung in der Hilfeplankonferenz nicht bis zum Ablauf des Genehmigungszeitraumes möglich ist. Die Kosten sind in diesen Fällen in der bisherigen Form bis zur tatsächlichen Vorlage des IBRP weiterhin zu übernehmen.
Als Anlage wird eine Übersicht über den Ablauf des Hilfeplanungsverfahrens (sowie das Formblatt des IBRP und die Anlage D 2 zum IBRP per Mail an alle Gruppenpostfächer) übermittelt. Der D 2 – Bogen wird einmalig mit dem IBRP ausgefüllt, wenn laufende Fälle in das Hilfeplanungsverfahren übernommen werden.
Gertraud von Gaessler

Anlage 10.2.6.9

Inhaltliche und formale Voraussetzungen für die Organisation und Durchführung von Hilfeplanungskonferenzen im GPV Mü.-Süd:

Überleitungskonferenz:
(Oktober 2001)

- **Zielgruppe**
  - Alle Klienten/Patienten die neu im teil-/stationären Versorgungssystem auftreten und bei denen eine derzeit noch **BSHG finanzierte Leistung** im Rahmen der weiterführenden Behandlung und Betreuung (Rehabilitation) notwendig wird. Dazu werden im Rahmen der Hilfeplanung (Gesamtplan) alle Rehaleistungen aller Rehaträger abgebildet.
  - Die Konferenz ist konzipiert zur **Neuvorstellung** und zur Wiedervorstellung von Patienten aus dem ambulanten sowie stationären Versorgungsbereiches des GPV-Mü.-Süd. Im Zeitraum von April bis Juli 2002 wird mit den Neuvorstellungen aus dem stationären Versorgungsbereich (im Sinne einer Testphase) begonnen.
  - Wiedervorstellung bei:
    - Veränderungen des Hilfebedarfs innerhalb der vereinbarten Maßnahmengenehmigung aller Rehaträger soweit die neue Hilfebedarfslage anderweitige/neue Leistungsvereinbarungen notwendig macht.
      Die Sektor 0 Patienten (stationärer Bereich) des Fachbereiches Süd werden innerhalb der Hilfeplanungskonferenzen vorgestellt.

      Regelfall ist die Leistungsvermittlung über die Hilfeplanungskonferenz. Sollte es zu Leistungsvereinbarungen zwischen verschiedenen Anbietern außerhalb des Rahmens der Hilfeplanungskonferenz kommen (z. B. kurzfristige Leistungsbereitstellung aufgrund Entlassdruck) sollte eine Rückmeldung in der nächst stattfindenden Hilfeplanungskonferenz erfolgen. (Erprobung in der Testhase Jan.-April 2002). Ziel ist eine Leistungs- und Bedarfserfassung für das Gesamtversorgungsgebiet zu sichern.

- **Organisation der Konferenz**
  Mind. jeden zweiten Donnerstag im Monat / nach Bedarf häufiger.
  Beginn 10.00 Uhr
  Zeitrahmen ist offen und abhängig von der Zahl der Vorstellungen sowie der Dauer der Lösungsfindung für die Vorstellungen.
  - Ort
  - BKH-Haar
  - Teilnehmer
    - Die Leistungserbringer (regelmäßige, verbindliche Teilnahme autorisierter Trägerdelegierter des Verbundes München-Süd, die Überblickskompetenz über die jeweils zur Verfügung stehenden Leistungsangebote besitzen)

- die koordinierende Bezugsperson, falls bereits benannt
- GPV-Koordinator als Moderator der Sitzungen
- Betroffene selbst (soweit therapeutisch sinnvoll) / ?(falls vorhanden seine/ihre gesetzliche Vertretung)

- Autorisierung
  Die Teilnehmer der Konferenzen sind legitimiert/autorisiert rechtsverbindliche Beschlüsse zu fassen
  - Die Leistungsträger (örtliche/überörtliche Sozialhilfeträger);
    Örtliche/Überörtliche: als beschlusslegitimierte Sachbearbeiter per Delegationsprinzip für die verschiedenen Sozialämter/Sachgebiete (inkl. Vertretungsregelung)
  - GPV-Koordinator als Moderator der Sitzungen
  - Betroffene selbst (soweit therapeutisch sinnvoll) / ?(falls vorhanden seine/ihre gesetzliche Vertretung)
- Autorisierung

Die Teilnehmer der Konferenzen sind legitimiert/autorisiert rechtsverbindliche Beschlüsse zu fassen.

- **Rahmenbedingungen (s. Anlage: „Vertragliche Rahmenbedingungen zur Einrichtung von Hilfeplanungskonferenzen im GPV Mü.-Süd“)**
- Verbundebene
- Versorgungsverpflichtung
- Kurzfristige und wechselseitige verbindliche Übernahme von Patienten (Bereitstellung vorhandener Ressourcen) im Rahmen des jeweiligen Versorgungsauftrages.
- Vorrang der regionalen Aufnahme (Versorgungssektor) vor der Überregionalen
- Versorgungsplanung/Ressourcen
- Bedarfsdeckung und Versorgungsplanung als prioritäre Aufgabe des Verbundes (AKV/2+2-Runde)

- Kostenträgerebene
- Instrument der Hilfeplanungskonferenz zur Bestimmung des Hilfebedarfes und zur Maßnahmenfestlegung anerkennen
- Die im Gesamtplanverfahren vorgesehene Alternative (IBRP+ Zusatzbögen) wird für den Versorgungssektor anerkannt.
- **Instrumente zur Maßnahmenbestimmung und -genehmigung:**
- Hilfeplanung
- Bögen
- Übersichtsbogen A, inkl. Leistungsbedarfsbeschreibung
- Zusatzformulare aus dem Gesamtplanverfahren nach §46 BSHG, sobald dies möglich ist
- Formular „Ärztliches Zeugnis“ oder
- Formular ärztlicher Befund / für den Pflegebereich
- -Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe / Formular 702
- Begleitende Anträge (Einkommensüberprüfung, derzeit nicht notwendig)
- Schulung und Implementierung im Versorgungssystem

- Leistungsträger und Leistungserbringer sind mit den für die Hilfeplanungskonferenz notwendigen Instrumenten, Methoden und Verfahren vertraut/geschult.
- Erstellung:
  Das Erstellen/Ausfüllen der notwendigen begleitenden Instrumentarien (Einleitung beschriebener Maßnahmen der Hilfeplanung) obliegt grundsätzlich dem Sozialdienst des FB Süd des BKH Haar.
  - Bei bereits bestehenden Bezugspersonen sind diese in der Verantwortung (ambulanter Bereich) der Hilfeplanweiterführung
  - bei noch nicht verankerten Bezugspersonen obliegt dem stationären Bereich die Sicherstellung einer „Initiierung der Hilfeplanerstellung (IBRP)“ und Unterstützung durch eine im ambulant komplementären Bereich angesiedelte Bezugsperson, die vorwiegend aus dem Funktionsbereich der „sozialpsychiatrischen Grundversorgung“, d. h. Institutsambulanzen und SPDi´s kommen soll.

  Datenschutz
  Einverständniserklärung des Patienten liegt vor a) zur Vorstellung in der Konferenz (Schweigepflichtsentbindung) b) zur eventuellen Weitergabe von Daten an die weiterführenden Leistungserbringer durch die federführende koordinierende Bezugsperson.
  In der Konferenz gefertigte schriftliche Notizen, müssen vor Abschluss der Konferenz vernichtet werden.
  Form der Dokumentation
  Statistik/Evaluation
  Die GPV-Koordination erarbeitet eine Statistik zu bedarfs- und versorgungsplanerischen Datenerfassung
  Protokoll/Ergebnissicherung
  Ergebnissicherung der Konferenz durch ein Protokoll, dass bei der GPV-Koordination verbleibt.

Anlage 10.2.6.10

Bilanzierung der Hilfeplanvorstellungen des (teil-)stationären Versorgungsbereiches in den 3 Hilfeplankonferenzen von April bis Juli 2002 unter den Gesichtspunkten:

Zielgruppenidentifikation für die Konferenz:
- bei 3 von 10 ging es um klare neu, aufgetretene BSHG-Bedarfe,
- bei 7 handelte es sich um die Zielgruppe von sehr schwer zu versorgenden, häufig stationär wiederaufgenommenen (im FB-Süd: 25%), schwer psychisch erkrankten Menschen mit noch nicht eindeutig zuordenbaren Bedarfen

IBRP-anwendung und -qualität (Helferkonferenz/Leistungsverabredung)
- IBRP wurde 10 Mal angewendet, ausgefüllt, mal sehr gut, mal sehr schlecht, mal so lala, mit keinem einzigen hätte man aber Leistungen mit dem Kostenträger verabreden können
- 6 von 10 Mal erfolgte **in der Vorstellung** keine Orientierung am IBRP, oft, weil nicht die Ersteller, sondern andere den Patienten (- und nicht den Hilfeplan -) vorstellten.
- 1x in der Konferenz im Sinne einer Helferkonferenz Hilfeplan komplett geändert, (zuerst SPDi-Anbindung, dann Pflegeheim)

Benennung/Ausfindigmachen therapeut. (koordinierender) Bezugspersonen aus dem ambulanten Feld
- Versuch einer Anbindung an den Funktionsbereich ambulante psychiatr. Behandlung: 4 x
- Benennung einer ambulanten therapeutischen Bezugsperson: 1x
- Ungeklärt/offen geblieben: 3x
- Verlegung in (sektorferne) Wohn- Einrichtung: 2x

Abstimmung der Hilfeplanerstellung (wann ambulant, wann stationär?):
- 10x stationär, also keine ambulante oder gemeinsame Erstellung

Ermittlung steuerungsrelevanter Informationen (z. B. wie viel BSHG-Bedarfe monatlich, Bedarfsfeststellungen etc.)
- Erfassung neu auftretender BSHG-Bedarfe im stationären Bereich nicht erfolgt
- Der Zielgruppenerfassungsbogen wurde nicht durchgängig angewendet

Effizienter Ressourceneinsatz (wie viele Vorstellungen pro Konferenz?)
- 3-4 sind zu wenig, Effizienz stellt sich erst bei 6-8 Vorstellungen ein

Verbindlichkeit (Kostenträgerzusage, Leistungserbringerzusage)
- Die Kostenträger benötigen laut eigener Aussage **annähernd** den Umfang der Betreuung, z.B. ergänzende Beschreibungen zur Unterstützung in der Alltagsbewältigung, die beispielsweise im BEW weniger geleistet wird als in einer Übergangseinrichtung
- Ambulanter Anbieter konnte aufgrund der vorgestellten Informationen 2 mal keine Zusage machen.

Geeigneter Zeitpunkt in der Entlassplanung für die Hilfeplanvorstellung
- Es wurde vom stationären Bereich als schwierig beschrieben, anstehende Entlassungen und den Konferenztermin aufeinander abzustimmen.

Anlage 10.2.6.11

Informationsblatt zur koordinierenden Bezugsperson im Zusammenhang mit der Festlegung dieser Funktion im Bereich Wohnen und Selbstversorgung
im AKV-München-Süd

Präambel

Der AKV Mü.-Süd hat beschlossen, ab sofort damit zu beginnen, für alle im Leistungsbereich Wohnen und Selbstversorgung versorgten und neu zu versorgenden Klienten eine Person zu benennen, die die koordinierende Bezugsperson wird.

Die nachfolgende Aufgabenliste soll eine Hilfestellung sein, um im Einzelfall den Überblick zu behalten, an welche Bereiche gedacht werden müsste / könnte.
Die ausführenden Personen sollen verantwortlich darauf achten, dass sich das Prinzip der personenbezogenen Hilfeplanung umsetzt und dass die Aufgabenbereiche angemessen berücksichtigt und umgesetzt werden. Die Umsetzung soll nicht Wort **für** Wort im Sinne einer Abarbeitung der nachfolgenden Liste verstanden werden.
Wenn sich in der Zukunft herausstellt, dass die Zusammenarbeit nicht klappt, müssen die verantwortlichen Personen dies ansprechen.
Letztlich tragen alle Mitarbeiter im Betreuungssystem dafür die Verantwortung, dass im Sinne der personenbezogenen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung gearbeitet wird
Allen Kollegen muss klar sein, dass die verantwortlichen Personen nur tätig werden können, wenn sie von allen anderen Profis akzeptiert, gestützt und, vor allen Dingen, informiert werden.
Nur wenn diese Akzeptanz vorhanden ist, können die koordinierenden Bezugspersonen angemessen ihre Tätigkeit ausüben.
Wenn anschließend im Text davon die Rede ist, Verantwortung zu übernehmen, meint dies nicht, dass die koordinierende Bezugsperson alle Aufgaben selbst erledigen muss.
Es geht darum, den Überblick zu behalten und die verschiedenen Aufgaben an die zuständigen Stellen zu delegieren.
Verantwortung kann nicht delegiert werden, aber die einzelnen notwendigen Tätigkeiten.

Bitte wenden

Anlage 10.2.6.11

Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson (KB)

- Die KB kommt aus dem Bereich des professionellen Hilfesystems, sollte eine gute Beziehung zum Klienten haben und psychiatrische Fachkompetenz besitzen.
- Der Klientenwunsch hat Priorität bei der Benennung der KB.
- Die KB muss für die trägerübergreifende Abstimmung im Verlauf sorgen und im Bedarfsfall eine erneute Hilfeplanung und Wiedereinbringung in der Hilfeplankonferenz veranlassen.
- Die KB achtet im weiteren Verlauf auf die Einhaltung der Reha-Planung.
- Die KB überwacht die festgesetzten Termine zur Überprüfung des Hilfeplanes und beruft rechtzeitig neue Fallkonferenzen ein bzw. bringt die Anliegen des Klienten in die Hilfeplankonferenz ein.
- Die KB achtet darauf, dass der Klient und wichtige Bezugspersonen bei allen Planungen einbezogen und informiert werden.
- Die KB achtet darauf, dass die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz eingehalten wird.
- Die KB informiert den Klienten regelmäßig darüber, wann und wo geplant ist, über ihn zu sprechen und holt die Zustimmung des Klienten ein.
- Der KB obliegt die Entscheidung, wie sie Informationen verbreitet, austauscht und verknüpft, ebenso die Entscheidung, ob bei Änderungen eine neue Fallkonferenz einzuberufen ist, oder ob eine telefonische Absprache mit den anderen Beteiligten ausreicht.
- Die KB achtet darauf, dass wichtige Personen (z. B. Angehörige und gesetzliche Betreuer) über Auswirkungen event. geplanter Änderungen informiert werden.
- Die KB muss aktiv Informationen einholen, gleichzeitig aber auch von allen Beteiligten am Verfahren über Änderungen und weitere Entwicklungen auf dem Laufenden gehalten werden.
- Die KB ist zuständig, egal, wo sich der Klient gerade befindet.
- Die Zuständigkeit wechselt erst, wenn dies im Rahmen einer Helferkonferenz / Fallkonferenz als sinnvoll erachtet und beschlossen wird bzw. wenn der Klient eine andere KB wünscht.
- Die Reha- und Behandlungsplanung muss der KB vorliegen.
- Die KB hat bei Änderungen in der Reha-Planung die Verantwortung für die Kostenregelung der Maßnahmen gem. den §§ 39/40 BSHG.
- Die KB hat keine alleinige Entscheidungsmacht, sondern soll dafür sorgen, dass alle Beteiligten voneinander wissen und das Handeln insgesamt aufeinander abgestimmt ist.

Anlage 10.2.6.12
Verfahrensregelung zur Benennung und Festlegung koordinierender therapeutischer Bezugspersonen im GPV Mü.-Süd

Als Voraussetzung von Hilfeplanung nach dem IBRP ist „die kontinuierliche Begleitung durch eine „haltende", Realität vermittelnde, koordinierende Bezugsperson" erforderlich. Es ist notwendig, diese koordinierende therapeutische Bezugsperson und deren Vertretung verantwortlich festzulegen und im Versorgungssektor transparent zu machen.

Aufgaben der koordinierenden therapeutischen Bezugsperson sind im Einzelnen:

* Einschätzung der Problemlage und Erhebung des Hilfebedarfs
* Gemeinsame Zielformulierung und Hilfeplanung
* Erschließung der erforderlichen Hilfeangebote und Vereinbarung über Zuständigkeiten
* Koordination und Überprüfung des Hilfeprozesses hinsichtlich vereinbarter Maßnahmen und Ziele (laufen die Hilfen wie geplant ? Sind sie bedarfsgerecht ? Gibt es neue Ziele, die einrichtungsübergreifend verabredet werden müssen ?)
* Evaluation und Überprüfung weiterer Notwendigkeit bzw. Übergabe der Fallsteuerung (bin ich bei Abbruch und Unterbrechung der Hilfen weiter Ansprechpartner für die Koordination und Abstimmung der Hilfen? Wer dann?) (s. auch Anlage 3: Informationsblatt zur Funktion der koord. th. Bezugsperson)

Zur Benennung und Festlegung koordinierender therapeutischer Bezugspersonen im GPV Mü.-Süd werden folgende Verfahrensregeln umgesetzt:

1. **Allen im Leistungsbereich Wohnen und Selbstversorgung zu versorgenden Klienten/innen** mit einem vielschichtigen komplexen Hilfebedarf (Hilfebedarfe in den Leistungsbereichen Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Kontaktfindung, Arbeit, Ausbildung, psychiatrische Behandlung) **soll eine koordinierende therapeutische Bezugsperson zugeordnet werden**.
   * Anhaltspunkt für einen komplexen Hilfebedarf **kann** die Anzahl der notwendigen nichtpsychiatrischen und psychiatrischen Hilfeerbringer sein (z. B. Nervenarzt/ärztin + gesetzliche/r Vertreter/in + Angehörige/r + Wohnanbieter + Tagesgestaltungsanbieter +...). Sind außer dem Wohnangebot 2 weitere nichtpsychiatrische und psychiatrische Hilfeanbieter beteiligt, empfiehlt sich die Festlegung einer koordinierenden therapeutischen Bezugsperson.

2. Hierzu wird für den GPV Mü.-Süd festgelegt, dass dies **zunächst immer die im Leistungsbereich Wohnen und Selbstversorgung betreuende Person** sein soll.

Anlage 10.2.6.12

3. Die im Leistungsbereich Wohnen und Selbstversorgung tätigen Mitarbeiter/innen **klären mit** den in Frage kommenden **Klienten** mit einem vielschichtigen komplexen Hilfebedarf, ob diese mit der **Übernahme der Funktion** durch sie einverstanden sind (oder ob es ggf. weitere/andere in Frage kommende koordinierende Bezugspersonen gibt).

- Wo der/die Klient/in die Übernahme dieser Funktion ablehnt, ist dies zu akzeptieren.
- Gegebenenfalls holen sich die Mitarbeiter/innen im Leistungsbereich Wohnen und Selbstversorgung vom Klienten eine Erlaubnis für einen Anruf bei den anderen Leistungsanbietern zur Klärung der Frage oder berufen eine Helferkonferenz ein, in der diese Frage spätestens geklärt wird.
- Falls es immer noch zu keiner einvernehmlichen Klärung dieser Funktion gekommen ist, kann dies in eine Helfer-Konferenz eingebracht werden.

4. Im Anschluss an diese Klärung **informiert die koordinierende** Bezugsperson die aktuell am Hilfeleistungsprozess Beteiligten **schriftlich über die Wahrnehmung dieser Funktion** (inkl. Erklärung der Funktion) mit der Möglichkeit einer befristeten Rückmeldung für die aktuellen Leistungserbringer. (Dazu kann der im Anhang befindliche Entwurf verwendet wenden).

5. Nach der Festlegung der Funktion der koordinierenden Bezugsperson ist es günstig, im Anschluss auch die **einrichtungsübergreifende Hilfeplanung mittels IBRP vorzunehmen**.

6. Das Gesprächsergebnis zur Festlegung der Funktion der koordinierenden Bezugsperson muss im IBRP festgehalten werden (- auf der letzten Seite des Übersichts-Bogens A).
Der IBRP-Erstellung folgt eine **Hilfeplanvorstellung** in der **Hilfeplankonferenz**.

Das beschriebene Vorgehen gilt als verbindlich und wird von den Mitgliedern des GPV Mü.-Süd aktiv unterstützt.

i. A. des AKV Mü.-Süd, GPV-Koordination München-Süd

Anlage 10.2.6.13

Benennung einer koordinierenden therapeutischen Bezugsperson
im Rahmen der Koordination und Abstimmung der Hilfen auf der Grundlage des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP)
Über die Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Informationen im Rahmen der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sowie dessen Durchführung bin ich informiert worden. Mit diesen Verfahren bin ich einverstanden und entbinde widerruflich die beteiligten Mitarbeiter/innen (wie unten aufgelistet) von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Erstellung und Durchführung des Integrativen Behandlungs- und Rehabilitationsplans erforderlich ist.

Bezugsrahmen:

Name Vorname

Straße

Postleitzahl Wohnort

☐ Erster Behandlungs-/Rehabilitationsplan.....
☐ Fortschreibung des Plans vom .....
Für den Zeitraum vom bis .....
Erstellt am: .....

Koordinierende Bezugsperson

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass

Frau/Herr _____ _____

ggf. Institution

für mich die Aufgabe der Koordination und Abstimmung der für mich geplanten Hilfen übernimmt. Ziel ist, die jeweils erforderlichen Hilfen/Leistungen, die eventuell von unterschiedlichen Leistungserbringern (Organisationen) erbracht werden, gut aufeinander abzustimmen um Ihnen die bestmögliche Unterstützung zu bieten.

Bitte wenden

Anlage 10.2.6.13

Einverständniserklärung

Zur notwendigen Abstimmung der Hilfen im Rahmen der Koordination und Abstimmung der Hilfen entbinde ich

Frau/Herrn _____ _____

ggf. Institution

und Frau/Herrn _____ _____

Frau/Herrn _____ _____

Frau/Herrn _____ _____

untereinander von der Schweigepflicht.

Folgende Personen/Einrichtungen untersage ich die Weitergabe von Informationen im Rahmen der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sowie die Kontaktaufnahme bzw. Einbindung zur Erstellung und Durchführung:

_____

_____

_____

München, den _____

_____

Unterschrift - Klient/in

_____

Unterschrift – ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in

Organisationsmodell zur Hilfeplankonferenz im GPV Mü.-Süd

Anlage 14 zum Projektbericht des APK-Projekts "Implementation personenbezogenerHilfen"

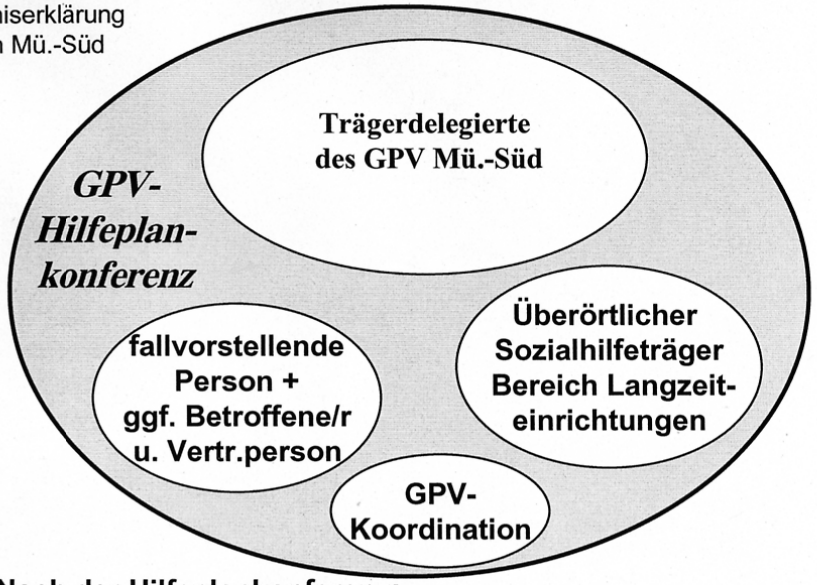
Vor der Hilfeplankonferenz:

- (nur bei Neuantrag) Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe
- (nur bei Neuantrag) Konzept und ärztliches Kurzattest
- IBRP Bogen A incl. Einverständniserklärung für die koordinierende Bezugsperson
- einmalig IBRP Bogen D2 quasi als letztem Entwicklungsbericht
- Übermittlung dieser Unterlagen an den Kostenträger 10-14 Tage vor der Hilfeplankonferenz
- Übermittlung des IBRP Bogen A/ incl. Einverständniserklärung für die Hilfeplankonferenz an die GPV-Koordination Mü.-Süd

In der Hilfeplankonferenz:

Die koordinierende therapeutische Bezugsperson referiert wie folgt (- wenn irgend möglich, anonymisierte Vorstellung):

- kurze Übermittlung der **Sozialdaten**
- **Gesetzliche Vertretung** besteht/besteht nicht
- kurze **bisherige Behandlungs- und Betreuungssituation**
- Zusammenfassende Beschreibung der **aktuellenSituation/Problemsituation**
- Beschreibung der (gemeinsam ermittelten) **Ziele** der Hilfeplanung
- Beschreibung der notwendigen **therap.-rehabilitativen Maßnahmen und der nichtpsychiatrischen Hilfen**
- Beschreibung der **Erbringung der Hilfen**
- **Ergänzungen/Korrekturen/Verabschiedung**
- **Kostenzusage vorbehaltlich der Prüfung von Einkommen u. Vermögen**



Nach der Hilfeplankonferenz:

- Einarbeitung der IBRP-Ergänzungen in die Stellungnahme der HPK
- Übermittlung der von Leistungserbringer und –träger unterschriebenen Stellungnahmen (Maßnahmeempfehlungen) der Hilfeplankonferenz an die Beteiligten (durch die GPV-Koordination)
- bei Bedarf: Nachbesprechung zu Ablauf und Ergebnis der Konferenz, zu den IBRPs etc.
- Ergebnistransfer zum/r Klienten/in durch die fallvorstellende Bezugsperson

Anlage 10.2.6.15

Informationen zur Hilfeplankonferenz im Gemeindepsychiatrischen Verbund München-Süd

Was ist die Hilfeplankonferenz?

In der Hilfeplankonferenz wird der mit einem Hilfeplanungsinstrument (IBRP) erfasste Hilfebedarf eines Klienten/einer Klientin vorgestellt und mit allen Beteiligten abgestimmt. Dabei ist das Ziel:

- Ziele und Vorgehensweise der Hilfeerbringung verbindlich abzusprechen,
- festzulegen, wer die Hilfeleistungen in welchem Umfang erbringt,
- eine Entscheidung zur Finanzierung der benötigten Hilfen zu bekommen,
- die benötigten Hilfebedarfe für eine bedarfsgerechte Versorgung zu dokumentieren,
- in schwierigen Situationen gemeinsam nach neuen Alternativen zu suchen.

Wer ist in der Hilfeplankonferenz?

In der HPK werden alle Leistungsanbieter sowie die relevanten Kostenträger der Region versammelt. Im Einzelnen nehmen deshalb teil:

- alle für die Hilfeerbringung in Frage kommenden Leistungserbringer der Region (s. Rückseite),
- Vertreter/innen der Kostenträger, die aktuell für die Finanzierung der ambulant-rehabilitativen Maßnahmen zuständig sind,
- der Koordinator des GPV Mü.-Süd als Moderator der Konferenz.

Dazu kommen für die Hilfeplanvorstellung:

- der Klient/die Klientin, wenn er/sie dies wünscht und es sinnvoll ist,
- die Anbieter, die bereits jetzt für den jeweiligen Klienten Leistungen erbringen,
- vertraute Bezugspersonen bzw. gesetzliche Vertreter,
- die psychiatrische Abteilung, das psychiatrische Krankenhaus, wenn der Klient derzeit dort ist oder vor kurzem dort war,
- andere Dienste, Einrichtungen, ambulant behandelnde Ärzte, die wesentlichen Bezug zum Klienten haben.

Schweigepflicht und Datenschutz

Vor der Konferenz ist zwischen dem/der Klient/in und der derzeit betreuenden Institutionen eine Verständigung darüber erfolgt, wer die Hilfeplanung gemeinsam durchführen wird.

Die Klienten erklären dabei mit der beigefügten Einverständniserklärung schriftlich ihr Einverständnis mit dem Verfahren der Hilfeplanung und entbinden alle beteiligten Einrichtungen und Dienste von ihrer Schweigepflicht gegenüber der koordinierenden Bezugsperson und umgekehrt. Die koordinierende Bezugsperson informiert alle beteiligten Einrichtungen und Dienste schriftlich mit der Kopie der Schweigepflichtentbindung über die Funktionsübernahme. Umseitig befindet sich die Einverständniserklärung zur Weitergabe von Informationen in der Hilfeplankonferenz.

Wann ist die Hilfeplankonferenz?

Die Hilfeplankonferenz im GPV-Mü.-Süd findet jeden zweiten Donnerstag im Monat ab 10 Uhr im SPDi Mitte, Schwanthalerstr. 106, 80339 München statt.

Anlage 10.2.6.15

Einverständniserklärung
Die unten aufgeführten Teilnehmer/innen sind im Zusammenhang mit der Vorstellung und Verabschiedung für mich vorgesehener Hilfemaßnahmen in der Hilfeplankonferenz des GPV-Mü.-Süd von der Schweigepflicht entbunden.
München, den _____

_____
Unterschrift - Klient/in

_____
Unterschrift – ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in

Auflistung der Leistungserbringer-Delegierten für die Hilfeplankonferenz im GPV Mü.-Süd

Trägername:	**IBRP-Beauftragte/r:**
➢ Bezirk Oberbayern (Sozialpsychiatr. Zentrum)	Frau Nuding
➢ Bezirk Oberbayern (Einrichtungen Atriumhaus)	Frau
➢ Landeshauptstadt München	Herr Hering/Herr Rödig
➢ Caritasverband der Erzdiozöse München und Freising (als Träger v. Einrichtungen)	Frau Harris
➢ Verein Soziale Dienste e.V.	Frau Augmann-Pfeiffer
➢ Verein Hilfe für psychisch Kranke	Frau Vogel
➢ Bayrische Gesellschaft für psychische Gesundheit	Herr Melchior
➢ Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (als Träger e.V. Einrichtungen)	.....
➢ Frauentherapiezentrum München	Frau Kapke/Frau Schaupp
➢ K.I.D. e.V.	(Nur bei Bedarf).....
➢ Residenzia GmbH	Herr Kaltwasser/Herr Franke
➢ Regenbogen gGmbH	Bei Bedarf: Frau Thomaser
➢ MÜPE e.V.	Herr Deisenhofer
➢ Aktionsgemeinschaft der Angehörigen Psychisch Kranker	Frau Fuchshuber/Frau Stein

Auflistung der Leistungsträger-Delegierten in der Hilfeplankonferenz im GPV Mü.-Süd

➢ Überörtlicher Sozialhilfeträger Psychiatrische Langzeiteinrichtungen	Frau Dach

In Einzelfällen nehmen Gäste als Hospitanten an der Hilfeplankonferenz teil.