

Abschlussbericht des Projekts
**Implementation des
personenzentrierten Ansatzes
in der psychiatrischen Versorgung
in Baden-Württemberg**

Berichtsteil



Baden-Württemberg
SOZIALMINISTERIUM

Implementation des personenzentrierten Ansatzes
in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, daß dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Autoren:

Georg Schulte-Kemna
Ulrich Krüger
Prof. Dr. Heinrich Kunze
(Aktion Psychisch Kranke e.V.)

Verlaufsberichte aus den vier Projektregionen

- Landkreise Ravensburg/Bodenseekreis: Dr. Michael Konrad
- Landkreis Reutlingen: Uwe Köppen
- Landkreis Lörrach: Reiner Faller
- Landeshauptstadt Stuttgart: Rosel Tietze

Herausgeber:

Sozialministerium
Baden-Württemberg
Schellingstraße 15
70174 Stuttgart

Telefon: (07 11) 1 23-0

Telefax: (07 11) 1 23-39 99

Internet: www.sozialministerium-bw.de

Juni 2004

**Abschlussbericht des Projekts
Implementation des
personenzentrierten Ansatzes
in der psychiatrischen Versorgung
in Baden-Württemberg**

(1. April 2001 - 31. März 2004)

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

Vorwort

Psychisch Kranke benötigen oft komplexe Hilfen in verschiedenen Lebensbereichen. Der Hilfebedarf betrifft meist unterschiedliche Leistungserbringer und Kostenträger. Wirksame Hilfe richtet sich nicht an Einrichtungen aus, sondern am Patienten. Sie erfolgt über institutionelle Grenzen hinweg und berücksichtigt den sich ändernden individuellen Bedarf. Dem trägt der „personenzentrierte Ansatz“ Rechnung.

Der „Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg“, den die Landesregierung am 25. Juli 2000 beschlossen hat, gibt Personenzentrierung vor. Nicht das Angebot, das die Maßnahmeträger vorhalten, sondern der konkrete Bedarf der Betroffenen soll die Hilfe bestimmen. Dies gibt den psychisch Kranken die Chance, ein möglichst eigenständiges Leben zu führen.



Im vergangenen Vierteljahrhundert hat sich die Versorgung vom ausgrenzenden Hospitalismus zur integrierenden Gemeindepsychiatrie gewandelt. Psychisch Kranke leben mit uns und unter uns. Das setzt ein verändertes Hilfesystem voraus. Angesichts der gewachsenen Vielfalt im gegliederten Versorgungssystem erhebt sich die Forderung nach Koordination und Bündelung der Angebote. Mehr Steuerung ist gefragt: sowohl strukturell in der institutionenübergreifenden regionalen Fachplanung als auch fallbezogenen in der Hilfeplanung für die betroffenen Menschen.

Konkret heißt das: ein chronisch psychisch Kranker hat heute sehr viel bessere Aussichten, nicht auf Dauer aus seiner Umgebung gerissen zu werden. Durch personenzentrierte Hilfeplanung und entsprechende Planung der Einrichtungen und Dienste können die Betroffenen verstärkt in der gewohnten Lebenswelt bleiben und trotzdem die wegen ihrer psychischen Krankheit oder Behinderung notwendigen Hilfen erhalten: z.B. Unterstützung in der Selbstversorgung zu Hause oder Moderation im Berufsumfeld.

Personenzentrierte Hilfevermittlung ist nicht nur eine Frage der Versorgungsqualität, sondern auch der wirtschaftlichen Nutzung vorhandener Ressourcen. Ambulante Hilfen sind tendenziell kostengünstiger und bekommen dem Betroffenen meist besser als langdauernde stationäre Unterbringung. Beides zusammen, höhere Versorgungsqualität und Effizienz des Mitteleinsatzes, spricht für den personenzentrierten Ansatz.

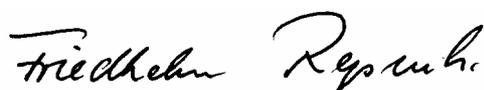
Wie ist der personenzentrierte Ansatz in die Lebenswirklichkeit der psychiatrischen Versorgung zu implementieren, also einzuführen und zu verankern? In welcher Weise muss die Umsetzung der Personenzentrierung notwendig mit der Verwirklichung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) korrespondieren, in dem die Leistungsanbieter einer Region zusammenarbeiten und sich abstimmen? Wie sind Hilfeplankonferenzen praktisch zu bewältigen, um den komplexen Hilfebedarf für die einzelnen Menschen auszuhandeln? Wie bekommen die Stadt- und Landkreise gewährleistet, dass die erforderlichen Einrichtungen und Dienste in ihrem Zuständigkeitsgebiet tatsächlich vorhanden und bezahlbar sind? Mit diesen Fragen befasst sich das Projekt, um das es im vorliegenden Bericht geht.

Als die Aktion Psychisch Kranke e.V. in ausgewählten Regionen Deutschlands das Projekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“ mit Bundesförderung begann, holte das Sozialministerium das Projektmodell nach Baden-Württemberg. Die Aktion Psychisch Kranke wurde beauftragt, das Projekt durchzuführen. Vier Projektregionen haben sich beteiligt: die Landkreise Ravensburg und Bodenseekreis gemeinsam sowie jeweils die Landkreise Reutlingen und Lörrach, schließlich die Landeshauptstadt Stuttgart. Die Kosten der wissenschaftlichen Projektbegleitung und -auswertung hat das Sozialministerium übernommen. Nach dreijähriger Laufzeit endete das Projekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ am 31. März 2004.

Der vorliegende Abschlussbericht dokumentiert den Verlauf und die Ergebnisse des Projekts. Er bietet fachliche Analysen und vor allem Erfahrungsberichte, die zum Nachmachen und Übertragen anregen. Das Sozialministerium veröffentlicht den Bericht der Aktion Psychisch Kranke in der vorliegenden Broschüre.

Mancher Handlungsvorschlag mag in den verschiedenen Stadt- und Landkreisen unterschiedlich aufgenommen und diskutiert werden. Nicht alles ist überall in gleicher Weise anwendbar. Es geht auch nicht darum, vorschnell landesweite Vorgaben einheitlich festzuschreiben. Wertvoller erscheint es, die Fülle praxisnaher Anregungen vorzulegen und eine sorgfältige Diskussion in der Fachöffentlichkeit zu führen.

Der Aktion Psychisch Kranke e.V. spreche ich Anerkennung für ihre Arbeit aus. Ich danke auch den am Projekt beteiligten Stadt- und Landkreisen. Ihr Vorbild soll andere Kommunen ermutigen, sich dieser Thematik zuzuwenden.



Dr. Friedhelm Repnik MdL
Sozialminister des Landes Baden-Württemberg

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Teil I: Allgemeiner Teil	17
1 Die Grundkonzeption des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung	19
1.1 Ausgangssituation	19
1.2 Problemlage	19
1.3 Perspektiven der regionalen psychiatrischen Versorgung	20
1.3.1 Arbeitsebene	20
1.3.2 Einrichtungsebene	20
1.3.3 Steuerungsebene	21
1.3.4 Sozialrecht und Finanzierung	21
1.4 Projektziele und Vorgehen.....	21
1.5 Das Bundesprojekt und die Landesprojekte.....	22
2 Das Implementationsprojekt Baden-Württemberg	23
2.1 Vorgeschichte, Vorbereitung, Vorlauf.....	23
2.2 Klärung der Projektteilnehmer	24
2.3 Auftaktveranstaltung mit Sozialminister Dr. Friedhelm Repnik MdL	25
2.4 Rahmenbedingungen für das Landesprojekt und Auswirkungen auf den Projektverlauf.....	26
2.4.1 Die Haltung der Landeswohlfahrtsverbände und der Freien Wohlfahrtspflege zum personenzentrierten Ansatz und zum IBRP	26
2.4.1.1 Landesrahmenvertrag zu § 93 d BSHG	26
2.4.1.2 Liga-Projekt „Personenzentrierung in der Praxis“	29
2.4.2 Die Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	31
2.4.3 Das Gemeindepsychiatrische Zentrum und die Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.....	32
2.4.4 Die Neuordnung der Zuständigkeit in der Sozialhilfe.....	32

3	Durchführung, Projektmanagement	33
3.1	Differenzierung von Umsetzungsebenen	33
3.2	Entwicklung einer regionalen Zielvereinbarung.....	34
3.3	Regionale Umsetzungsverantwortung	34
3.3.1	Einrichtung einer regionalen Projektsteuerungsgruppe.....	34
3.3.2	Klärung der Koordinationsverantwortung.....	35
3.4	Externe Beratung.....	37
3.5	Austausch zwischen den Regionen	37
3.5.1	Austausch auf Landesebene.....	37
3.5.2	Austausch auf Bundesebene	38
3.6	Begleitende Expertengruppe	38
3.7	Fortbildung.....	39
3.8	Einbeziehung der Betroffenen	40
4	Umsetzung: Erfahrungen, Problemfelder, Empfehlungen	41
4.1	Individuelle Hilfeplanung	41
4.1.1	Verständigung auf den IBRP	41
4.1.2	Erfahrungen bei der Anwendung des IBRP	42
4.1.2.1	Akzeptanz.....	42
4.1.2.2	Handhabung	43
4.1.2.3	Notwendigkeit fortlaufender Qualitätssicherung	44
4.1.3	Zum Status des IBRP gegenüber dem Leistungsträger	45
4.2	Regionale Koordination von Hilfeplanung und Leistungserbringung	47
4.2.1	Die koordinierende Bezugsperson.....	47
4.2.1.1	Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson	47
4.2.1.2	Notwendige Klärungen im Prozess der Einführung	48
4.2.1.3	Persönliche Kontinuität der Begleitung	50
4.2.2	Die Hilfeplankonferenz	50
4.2.2.1	Zusammensetzung.....	51
4.2.2.2	Beteiligung der Leistungsträger	53
4.2.2.3	Geschäftsordnung.....	54
4.2.2.4	Welche Fälle sind „HPK-pflichtig“?.....	55
4.2.2.5	Arbeitsweise der Hilfeplankonferenz.....	56
4.2.2.6	Die Beteiligung der Betroffenen; Datenschutz	57
4.2.2.7	Rolle der kreiskommunalen Verwaltung	58
4.2.2.8	Qualitätssicherung des Verfahrens.....	59
4.2.2.9	Dokumentation.....	60
4.2.3	Personenzentrierte Leistungserbringung	60
4.2.3.1	Intensive ambulante Hilfen an sieben Wochentagen	62
4.2.3.2	Flexibilisierung von Heimstrukturen	62

4.3 Die Steuerung der Versorgung im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes	63
4.3.1 Die Übernahme von Versorgungsverantwortung	65
4.3.1.1 Bestandsaufnahme, regionale Zielplanung	67
4.3.1.2 Themen in den Regionen	68
4.3.2 Die Weiterentwicklung von Steuerungsstrukturen.....	70
4.3.2.1 Diskussion um die Funktion des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV)	70
4.3.2.2 Anpassungsprozesse in den Regionen	72
4.3.3 Die Rolle der kreiskommunalen Verwaltung	75
4.4 Finanzierung, Sozialrecht.....	76
4.4.1 Fortschritte und Probleme auf dem Weg zur ambulanten Komplexleistung....	76
4.4.1.1 Ambulante psychiatrische Behandlung, sozialpsychiatrische Grundversorgung	76
4.4.1.2 Ambulante medizinische Rehabilitation	79
4.4.1.3 Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege.....	79
4.4.2 Umsetzung SGB IX.....	80
4.4.2.1 Zusammenwirken der Leistungsträger.....	80
4.4.2.2 Persönliches Budget.....	80

5 Perspektiven der Fortführung personenzentrierter Umgestaltung der psychiatrischen Hilfen..... 83

5.1 Ausgangssituation für die Fortführung personenzentrierter Umgestaltung	83
5.1.1 Vorliegende Projekterfahrungen.....	83
5.1.2 Rahmenbedingungen in Baden-Württemberg	83
5.1.2.1 Verwaltungsstrukturreform.....	83
5.1.2.2 Verbundentwicklung.....	84
5.1.3 Bundespolitische Aspekte.....	84
5.1.3.1 Erweiterte Erprobung des persönlichen Budgets	84
5.1.3.2 Integrierte Versorgung	85
5.2 Ansatzpunkte für personenzentrierte Umgestaltung	85
5.2.1 Vertiefung der personenzentrierten Umgestaltung.....	85
5.2.1.1 Individuelle Hilfeplanung	85
5.2.1.2 Koordination von Hilfeplanung und Leistungserbringung	86
5.2.1.3 Regionale Steuerung im Verbund.....	86
5.2.1.4 Finanzierung.....	86
5.2.2 Verbreitung des personenzentrierten Ansatzes.....	86
5.3 Unterstützung bei der Weiterführung personenzentrierter Umgestaltung	87
5.3.1 Information	87
5.3.2 Schulung	87

5.3.3 Externe Beratung bei der Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV)	88
5.3.4 Austausch mit anderen Regionen	88
6 Zusammenfassung: Wesentliche Ergebnisse und Erfahrungen des Projekts.....	89
Teil II: Verlaufsberichte aus den Projektregionen.....	91
7 Verlaufsbericht zur Projektbeteiligung der Landkreise Ravensburg/Bodenseekreis.....	93
7.1 Rahmenbedingungen und Ausgangslage der regionalen Versorgungsstruktur	93
7.1.1 Allgemeine Angaben zur Region	93
7.1.2 Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region zu Beginn des Projektzeitraums	94
7.1.3 Regionale Versorgungsqualität.....	95
7.2 Projektvereinbarung	97
7.2.1 Prozess der Erarbeitung	97
7.2.2 Projektsteuerungsgruppe	97
7.2.3 Örtliche Projektkoordination	97
7.2.4 Zielgruppe.....	97
7.3 Erfahrungen und Ergebnisse	98
7.3.1 Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung.....	98
7.3.1.1 Ausgangslage	98
7.3.1.2 Hilfeplanung.....	98
7.3.1.2.1 Einheitliche Hilfeplanung	99
7.3.1.2.2 Beteiligung der Klient(inn)en und Bezugspersonen	99
7.3.1.2.3 Integrierte Hilfeplanung: einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf.....	99
7.3.1.2.4 Zielorientierte Hilfeplanung.....	100
7.3.1.2.5 Hilfeplanung unabhängig von Wohnformen.....	100
7.3.1.3 Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungserbringung.....	100
7.3.1.3.1 Koordinierende Bezugsperson	100
7.3.1.3.2 Organisation der Hilfeplankonferenz, Beteiligte, Geschäftsordnung etc.	101
7.3.1.3.3 Erfahrungen mit der Hilfeplankonferenz	101
7.3.1.3.4 Beteiligung der Klienten, Datenschutz	102
7.3.1.3.5 Periodische Fortschreibung von Hilfeplänen.....	103
7.3.1.3.6 Dokumentation.....	103

7.3.1.3.7	Finanzierung (Abstimmung auf der Fallebene)	103
7.3.1.4	Zusammenfassende Bewertung zur Qualitätsentwicklung	103
7.3.2	Verbundentwicklung	104
7.3.2.1	Ausgangslage	104
7.3.2.2	Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung	104
7.3.2.3	Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen... ..	105
7.3.2.4	GPV-Organisation.....	105
7.3.2.5	Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung	106
7.3.2.5.1	Deskriptive Ermittlung von Kostenströmen	106
7.3.2.5.2	Klientenbewegungen.....	106
7.3.2.5.3	Sozialgesetze	106
7.3.2.6	Zusammenfassende Bewertung zum Stand der Verbundentwicklung.....	106
7.4	Projektdurchführung	107
7.4.1	Projektbegleitende Gruppe	107
7.4.2	Verantwortlichkeiten	107
7.4.3	Leistungen der Leistungserbringer	107
7.4.4	Leistungen der Aktion Psychisch Kranke e.V.....	107
7.4.5	Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen	108
7.4.6	Zusammenfassende Betrachtung des Projektverlaufs: Akzeptanz, spezifische Problemfelder etc.....	108
7.5	Ausblick	108
7.6	Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben in den Landkreisen Ravensburg und Bodenseekreis	110
8	Verlaufsbericht zur Projektbeteiligung des Landkreises Reutlingen	111
8.1	Rahmenbedingungen und Ausgangslage der regionalen Versorgung	111
8.1.1	Allgemeine Angaben zur Region	111
8.1.2	Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region bei Projektbeginn	111
8.1.3	Zur regionalen Versorgungsqualität bei Projektbeginn.....	112
8.2	Projektvereinbarung	113
8.2.1	Beteiligte.....	113
8.2.2	Projektsteuerungsgruppe	113
8.2.3	Örtliche Projektkoordination	113
8.2.4	Zielgruppe.....	113
8.3	Erfahrungen und Ergebnisse	114
8.3.1	Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung.....	114
8.3.1.1	Ausgangslage bei Projektbeginn.....	114
8.3.1.2	Hilfeplanung.....	114
8.3.1.2.1	Einheitlichkeit der Hilfeplanung.....	114
8.3.1.2.2	Beteiligung der Klienten und anderer Bezugspersonen.....	114

8.3.1.2.3	Integrierte Hilfeplanung: einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf.....	115
8.3.1.2.4	Zielorientierte Hilfeplanung.....	115
8.3.1.2.5	Hilfeplanung unabhängig von der Wohnform	116
8.3.1.3	Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungserbringung.....	116
8.3.1.3.1	Koordinierende Bezugsperson	116
8.3.1.4	Einführung und Organisation der Hilfeplankonferenz: Beteiligte, Geschäftsordnung, Akzeptanz.....	116
8.3.1.4.1	Erfahrungen mit den Hilfeplankonferenzen.....	117
8.3.1.4.2	Beteiligung der Klienten, Datenschutz	118
8.3.1.4.3	Periodische Fortschreibung von Hilfeplänen.....	119
8.3.1.4.4	Dokumentation.....	119
8.3.1.4.5	Finanzierung: Abstimmung mit Leistungsträger auf der Fallebene, Erfahrungen mit Servicestelle	119
8.3.1.5	Zusammenfassende Bewertung zur Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung im Projektzeitraum.....	119
8.3.2	Verbundentwicklung	120
8.3.2.1	Ausgangslage bei Projektbeginn.....	120
8.3.2.2	Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung	120
8.3.2.3	Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen...	121
8.3.2.4	GPV-Organisation.....	121
8.3.2.5	Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung	121
8.3.2.5.1	Deskriptive Ermittlung von Kostenströmen	121
8.3.2.5.2	Klientenbewegungen.....	121
8.3.2.5.3	Sozialgesetze	122
8.3.2.6	Zusammenfassende Bewertung zum Stand der Verbundentwicklung bei Projektende	122
8.4	Projektdurchführung	122
8.4.1	Projektbegleitende Gruppe	122
8.4.2	Verantwortlichkeiten	122
8.4.3	Leistungen der Leistungserbringer	123
8.4.4	Leistungen der Aktion Psychisch Kranke e.V.....	123
8.4.5	Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen	123
8.4.6	Zusammenfassende Bewertung des Projektverlaufs	123
8.5	Ausblick	123
8.6	Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben im Landkreis Reutlingen	125

9	Verlaufsbericht zur Projektbeteiligung des Landkreises Lörrach.....	127
9.1	Rahmenbedingungen und Ausgangslage der regionalen Versorgung	127
9.1.1	Allgemeine Angaben zur Region	127
9.1.2	Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region	127
9.1.3	Zur regionalen Versorgungsqualität bei Projektbeginn.....	127
9.2	Projektvereinbarung	129
9.2.1	Prozess der Erarbeitung, Beteiligte	129
9.2.2	Projektsteuerungsgruppe	129
9.2.3	Örtliche Projektkoordination	129
9.2.4	Zielgruppe.....	129
9.3	Erfahrungen und Ergebnisse	130
9.3.1	Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung.....	130
9.3.1.1	Ausgangslage bei Projektbeginn	130
9.3.1.2	Hilfeplanung.....	130
9.3.1.2.1	Einheitlichkeit der Hilfeplanung.....	131
9.3.1.2.2	Beteiligung der Klienten und anderer Bezugspersonen.....	131
9.3.1.2.3	Integrierte Hilfeplanung; einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf.....	131
9.3.1.2.4	Zielorientierte Hilfeplanung.....	132
9.3.1.2.5	Hilfeplanung unabhängig von der Wohnform	132
9.3.1.3	Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungserbringung.....	132
9.3.1.3.1	Koordinierende Bezugsperson	133
9.3.1.3.2	Einführung und Organisation der Hilfeplankonferenz: Beteiligte, Geschäftsordnung, Akzeptanz.....	133
9.3.1.3.3	Erfahrungen mit der Hilfeplankonferenz	134
9.3.1.3.4	Beteiligung der Klienten, Datenschutz	135
9.3.1.3.5	Periodische Fortschreibung von Hilfeplänen.....	135
9.3.1.3.6	Dokumentation.....	136
9.3.1.3.7	Finanzierung.....	136
9.3.1.4	Zusammenfassende Bewertung zur Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung im Projektzeitraum.....	136
9.3.2	Verbundentwicklung	137
9.3.2.1	Ausgangslage bei Projektbeginn	137
9.3.2.2	Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung	138
9.3.2.3	Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen...	139
9.3.2.4	GPV-Organisation.....	139
9.3.2.5	Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung	139
9.3.2.5.1	Deskriptive Ermittlung von Kostenströmen	140
9.3.2.5.2	Klientenbewegungen.....	140

9.3.2.6	Zusammenfassende Bewertung zum Stand der Verbundentwicklung bei Projektende	141
9.4	Projektdurchführung	141
9.4.1	Projektbegleitende Gruppe	141
9.4.2	Verantwortlichkeiten	141
9.4.3	Leistungen der Leistungserbringer	142
9.4.4	Leistungen der Aktion Psychisch Kranke e.V.	142
9.4.5	Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen	142
9.4.6	Zusammenfassende Bewertung des Projektverlaufs	143
9.5	Ausblick	143
9.6	Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben im Landkreis Lörrach	144
10	Verlaufsbericht zur Projektbeteiligung der Stadt Stuttgart.....	145
10.1	Rahmenbedingungen und Ausgangslage: Zur regionalen Versorgungsstruktur ...	145
10.1.1	Allgemeine Angaben zur Region.....	145
10.1.2	Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region.....	145
10.1.3	Die regionale Versorgungsqualität zum Zeitpunkt des Projektbeginns.....	145
10.2	Projektvereinbarung.....	147
10.2.1	Prozess der Erarbeitung der Projektvereinbarung, Beteiligte.....	147
10.2.1.1	Vereinbarung zwischen der Aktion Psychisch Kranke e.V. und der Stadt Stuttgart über die assoziierte Teilnahme am Projekt.....	148
10.2.1.2	Vereinbarung zwischen den Krankenhäusern und den Trägern von Einrichtungen und Diensten der Psychiatrie- versorgung im Bereich Wohnen sowie der Stadt Stuttgart zur assoziierten Teilnahme am Projekt.	148
10.2.2	Projektsteuerungsgruppe.....	148
10.2.3	Örtliche Projektkoordination	149
10.2.4	Zielgruppe	149
10.3	Erfahrung und Ergebnisse.....	149
10.3.1	Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung	150
10.3.1.1	Ausgangslage.....	150
10.3.1.2	Hilfeplanung.....	150
10.3.1.3	Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungserbringung.....	150
10.3.1.3.1	Koordinierende Bezugsperson	150
10.3.1.3.2	Organisation der Hilfeplankonferenz, Beteiligte, Geschäftsordnung.....	151
10.3.1.3.3	Beteiligung der Klienten, Datenschutz.....	151
10.3.1.3.4	Periodische Fortschreibung von Hilfeplänen	151

10.3.1.3.5	Dokumentation	151
10.3.1.3.6	Zusammenfassende Bewertung zur Qualitätsentwicklung.....	152
10.3.2	Verbundentwicklung.....	152
10.3.2.1	Ausgangslage.....	152
10.3.2.2	Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung.....	152
10.3.2.3	Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen.....	152
10.3.2.4	GPV-Organisation.....	152
10.3.2.5	Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung.....	153
10.3.2.6	Zusammenfassende Bewertung zum Stand der Verbundentwicklung	153
10.4	Projektdurchführung	153
10.4.1	Projektbegleitende Gruppe.....	153
10.4.2	Verantwortlichkeiten.....	153
10.4.3	Leistungen der Leistungserbringer	154
10.4.4	Leistungen der Aktion Psychisch Kranke e.V.	154
10.4.5	Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen	154
10.4.6	Zusammenfassende Betrachtung des Projektverlaufs.....	154
10.5	Ausblick.....	154
10.6	Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben in der Stadt Stuttgart.....	155
Anhang: Materialien.....		157
Vorbemerkung zum Anhang		159
A Allgemeine Materialien.....		161
	Expertengruppe und Arbeitsgruppe der Projektregionen.....	161
	Erläuterung zum Verfahren der Hilfeplanung.....	162
	Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan (IBRP).....	166
	Merkblatt zum Verfahren der Hilfeplanung für Menschen mit psychischer Erkrankung	172
	Einwilligungserklärung zum Verfahren der Hilfeplanung.....	176
	Vorstellung von Hilfeplänen in der Hilfeplankonferenz.....	177
	Bogen zur regionalen Zielplanung in der Psychiatrie (ReZiPsych).....	180
	Aktion Psychisch Kranke e.V.: Einladung zum GPV-Workshop 2003 in Kassel	188
	Aktion Psychisch Kranke e.V.: Eckpunkte zum Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)	190

B	Materialien der Projektregion Ravensburg/Bodenseekreis	193
	Projektvereinbarung Ravensburg/Bodenseekreis.....	193
	Geschäftsordnung für die Hilfeplankonferenz im GPV Bodenseekreis	201
	Merkblatt für die koordinierende Bezugsperson im GPV Bodenseekreis	205
	Evaluationsbogen Hilfeplankonferenz	206
	Gesellschaftsvertrag Gemeindepsychiatrisches Zentrum Friedrichshafen gGmbH.....	208
C	Materialien der Projektregion Reutlingen.....	217
	Projektvereinbarung Reutlingen.....	217
	Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenzen im Landkreis Reutlingen.....	226
	Leitlinien der IBRP-Koordinationsgruppe im Landkreis Reutlingen	231
D	Materialien der Projektregion Lörrach	233
	Projektvereinbarung Lörrach	233
	Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz Lörrach.....	242
	Rahmenvereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund im Landkreis Lörrach.....	246
E	Materialien der Projektregion Stuttgart.....	251
	Projektvereinbarungen Stuttgart.....	251
	Vereinbarung zur Hilfeplanung: Personenzentrierte Hilfe in begleiteten Wohnformen in Stuttgart.....	257
	Abkürzungen	263

Teil I:

Allgemeiner Teil

1 Die Grundkonzeption des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung

Das Projekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ war Teil eines größeren Projektverbundes zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes. Dieser Verbund bestand aus einem Bundesprojekt, finanziert aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit, und Landesprojekten in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Hessen. Zur Einordnung und zum Hintergrund wird nachstehend eine Kurzfassung der Projektskizze wiedergegeben, die Grundlage aller Projekte war.

1.1 Ausgangssituation

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in den Jahren 1992-1996 das Forschungsprojekt „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ gefördert. Der Abschlussbericht wurde im April 1999 veröffentlicht¹. Die konzeptionellen Empfehlungen der Kommission „Personalbemessung“ fanden breite Zustimmung. Hinsichtlich der Umsetzung bestanden jedoch Unklarheiten. Es fehlten Regionen mit Vorbildfunktion, in denen der personenbezogene Ansatz eingeführt worden war. In einem Implementationsprojekt sollte die regionale Realisierung in einigen Referenzregionen begleitet, gefördert und der Fachöffentlichkeit auf den Ebenen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, der Leistungsanbieter und der Leistungsträger bekannt gemacht werden. Die Ergebnisse sollten für die Weiterentwicklung des Sozialrechts aufgearbeitet und nutzbar gemacht werden.

1.2 Problemlage

Ziel der Psychiatriereform war und ist es, die Voraussetzungen zu schaffen, dass auch schwer und chronisch psychisch kranke Menschen möglichst in ihrer eigenen Lebenswelt und integriert in die Gemeinde leben können statt auf Dauer in einer Einrichtung institutionalisiert zu werden. Seit der Psychiatrie-Enquête ist viel erreicht worden. Von der Verwirklichung des Prinzips „ambulant vor stationär“ in den Bereichen Behandlung, Rehabilitation, Eingliederung und Pflege kann aber noch keine Rede sein.

Zur Ursachendefinition hieß es in einem Diskussionspapier des „Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung“ unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (Entwurf vom 30. März 1998): „Gleichwohl sind verbreitet Mängel in der psychiatrischen Versorgung zu konstatieren, deren Gründe in strukturellen Defiziten wie finanzierungsrechtlichen Unsicherheiten ebenso wie in der mangelnden Verantwortungsbereitschaft auf der Planungs-, Bereitstellungs- und Durchführungsebene zu suchen sind.“ Die Fortführung der Psychiatriereform ist daher nicht primär an quantitative (insbesondere finanzielle) Zuwächse gebunden, sondern von konzeptioneller Umgestaltung und intelligenter Steuerung abhängig, die finanziellen wie fachlichen Aspekten Rechnung trägt.

¹ Autorengruppe Kruckenberg P. u.a., Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band 116/1 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1999.

Der Abschlussbericht der Expertenkommission „Personalbemessung im komplementären Bereich“ geht von dem Hilfebedarf von Personen aus und nicht von vorhandenen Einrichtungen und Finanzierungsformen. Die Kommission wollte nicht den Bedarf psychisch kranker Menschen dem entwickelten System von Einrichtungen und Finanzierungsformen anpassen, sondern umgekehrt. Im Kommissionsbericht wird deutlich herausgearbeitet, wie die entwickelten Versorgungsformen, insbesondere im komplementären Bereich, die Rehabilitation und Eingliederung von Personen behindern mit der Konsequenz der „institutionalisierten Verschwendung therapeutischer Ressourcen“ (Empfehlungen der Expertenkommission 1988).

1.3 Perspektiven der regionalen psychiatrischen Versorgung

Wenn man konsequent vom Hilfebedarf von Personen ausgeht, ergibt sich die Notwendigkeit des Umbaus des Versorgungssystems hin auf das Ziel personenzentrierter Hilfen. Dies ist ein längerer, komplizierter Prozess, der auf verschiedenen Ebenen vorangetrieben werden muss, zwischen denen Wechselwirkungen bestehen.

1.3.1 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

- kurzfristige Hilfeleistung im Bedarfsfall,
- 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.

Dies führt zu effektiver und effizienter Versorgung. Als Planungsinstrument hat sich der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (IBRP) der Kommission Personalbemessung bewährt.

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.

1.3.2 Einrichtungsebene

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 individuellen Hilfebedarf entsprechend bedienen zu können. Alle Leistungsanbieter für chronisch psychisch kranke Menschen sollen ambulante Komplexleistungen ermöglichen. Ziel ist es, die im Kommissionsbericht formulierten Leistungsanforderungen an den Gemeindepsychiatrischen Verbund zu erfüllen.

1.3.3 Steuerungsebene

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. Angestrebt werden zunehmend aufeinander bezogene und zunehmend verbindlicher werdende Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse mit dem Ziel der Schwerpunktverlagerung vom stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich. Die bisherige grobe Planungsmethode ist durch differenziertere Steuerungsprozesse, die die verschiedenen Ebenen miteinander verzahnen, abzulösen. 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.

1.3.4 Sozialrecht und Finanzierung

Im gegebenen Sozialrecht ist es sehr schwierig, Komplexleistungen ambulant zu realisieren². 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.

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.

1.4 Projektziele und Vorgehen

Die Kommission hatte mit ihrem Projektbericht die fachlichen Voraussetzungen für diesen Umsteuerungsprozess geschaffen. Zur Umsetzung wurde ein Anschlussprojekt konzipiert, das auf dem Benchmarking-Ansatz aufgebaut ist: Sich entwickelnde Regionen werden über externe Vergleiche darin gefördert, die jeweils besten Problemlösungen von anderen zu übernehmen und in Qualitätsmanagementprozessen der Einrichtungen sowie einrichtungsübergrei-

² 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.

find in der Region umzusetzen. Gefördert werden sollte die Vernetzung der regionalen Umsetzung, nicht die Dienste in den Regionen.

Über ein Ausschreibungsverfahren mit festgelegten Anforderungskriterien wurden Versorgungsregionen ausgewählt. Dabei sollten die Kommune, das Land, die wesentlichen Leistungserbringer und Leistungsträger in der Region einbezogen sein.

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 Versorgung auf den personenzentrierten Ansatz,
- Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen (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,
- 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 nötigen Hilfen in verschiedenen Leistungsbereichen;
 - gemeinsame bzw. angegliche Begutachtung,
- Dokumentation der Leistungen (Einzelfall, Einrichtung/Funktionsbereich, Region),
- Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Erbringung von Leistungen (auf der Einzelfall- und der regionalen Ebene),
- Entwicklung von geeigneten Formen finanzieller Steuerung (Budgetregelungen bzw. Aufstellen und Einhaltung realistischer Finanzplanungsgrößen; Optimierung des Ressourceneinsatzes).

Die erste Projektphase dient der Konkretisierung der Projektziele mit regional unterschiedlicher Akzentsetzung. In der zweiten Projektphase werden die regionalen Umgestaltungsprozesse durch Beratung gefördert, kontinuierlich ausgewertet und optimiert. In der dritten Projektphase werden Entscheidungen über die Fortsetzung der regionalen Zusammenarbeit herbeigeführt und die gewonnenen Erfahrungen zur Veröffentlichung zusammengefasst.

1.5 Das Bundesprojekt und die Landesprojekte

Auf der Grundlage der beschriebenen Projektkonzeption haben am Bundesprojekt im Zeitraum 2000–2003 insgesamt sechs Referenzregionen teilgenommen: Mainz, Kaiserslautern, Kaufbeuren/Ostallgäu, München-Süd, Berlin-Reinickendorf und Gera. Die Landesprojekte in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Hessen haben zeitlich versetzt dazu im Zeitraum von 2001 bis 2003 begonnen. Auch den Landesprojekten lag der oben beschriebene Konzeptrahmen zugrunde.

2 Das Implementationsprojekt Baden-Württemberg

2.1 Vorgeschichte, Vorbereitung, Vorlauf

Die Arbeit der Aktion psychisch Kranke e.V. an dem Projekt „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ war auch in Baden-Württemberg über die Jahre mit Interesse verfolgt worden.

- Auf der Ebene der einzelfallbezogenen Hilfeplanung und -abstimmung gab es in einzelnen Regionen bereits Ende der 90er Jahre Bestrebungen, den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan als einrichtungsübergreifenden Standard der Kooperation einzuführen (z.B. im Landkreis Reutlingen).
- Auf der Ebene der Regionalversorgung³ gab es eine bis Anfang der 90er Jahre zurückreichende Diskussion um die Weiterentwicklung von Strukturen verbindlicher regionaler Kooperation im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Dieser landesweite Diskussionsprozess hatte bereits 1999 zu einer Fachtagung „Gemeindepsychiatrischer Verbund, Psychriatriebudget und personenzentrierter Ansatz in Baden-Württemberg“ in Zusammenarbeit mit dem Landeswohlfahrtsverband Baden, dem Sozialministerium Stuttgart und der Aktion psychisch Kranke e.V. geführt⁴.

Aspekte des personenzentrierten Ansatzes waren darüber hinaus auch Gegenstand in anderen Projekten im Lande gewesen:

- Der Landeswohlfahrtsverband Baden hatte bereits 1996 mit dem Sozialpsychiatrischen Hilfsverein Rhein-Neckar ein Modellprojekt „Klientenbudget“ gestartet, in dem mit einem Volumen von 30 Plätzen neue, personenbezogene Finanzierungsformen im Bereich der Eingliederungshilfe erprobt wurden⁵.
- Im Zeitraum vom 1. November 1996 bis 1. August 1998 hatte das Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim ein Forschungsvorhaben im Auftrag des Sozialministeriums durchgeführt zum Thema „Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund“⁶. In diesem Zusammenhang wurde intensiv auch die Kompatibilität des zu erarbeitenden Dokumentationsinstrumentariums mit dem damals gerade neu entwickelten Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan diskutiert.

Im Winter 1999/2000 wurde das vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte Projekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“ bundesweit über die Psychiatriereferenten der Bundesländer ausgeschrieben. Über 50 Regionen bewarben sich daraufhin um eine Teilnahme. Vorgesehen war die Teilnahme von zunächst

³ Wenn in diesem Bericht von Regionen bzw. Regionalversorgung die Rede ist, so ist durchgängig der Landkreis bzw. der Stadtkreis als Versorgungsregion gemeint.

⁴ Aktion psychisch Kranke e.V. (Hg.): Gemeindepsychiatrischer Verbund, Psychriatriebudget und personenzentrierter Ansatz in Baden-Württemberg. Dokumentation des Workshops in Karlsruhe am 22.7.1999, Bonn 2001.

⁵ Siehe dazu Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim: Versorgungslage und Lebensqualität enthospitalisierter chronisch psychisch Kranker bei Finanzierung durch bedarfsorientierte Pflegesätze. Evaluation des Modellvorhabens „Klientenbudget“, Abschlussbericht vom 25.7.2002.

⁶ Siehe dazu den Schlussbericht: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.): Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Stuttgart 1999.

vier, dann sechs Regionen, in denen der personenzentrierte Ansatz modellhaft umgesetzt werden sollte und die damit als Referenzregionen dienen sollten. Der Auswahlprozess ergab, dass darunter eine Region aus Baden-Württemberg nicht vertreten war⁷.

Das führte dazu, dass eine kleine Gruppe von Vertretern von Regionen, die an dem Projekt interessiert gewesen waren, nach Wegen suchte, ein eigenes Landesprojekt zum personenzentrierten Ansatz in Baden-Württemberg in enger Verbindung mit dem Bundesprojekt auf den Weg zu bringen. Daraus entstand eine vorläufige Skizze für ein Landesprojekt. Als Ergebnis dieser im Laufe des Jahres 2000 geführten Gespräche stellte das Sozialministerium in Stuttgart im Jahr 2001 Mittel bereit, um ein solches Projekt zu ermöglichen. Um den gewünschten engen Zusammenhang mit dem Bundesprojekt sicherzustellen, wurde die Aktion psychisch Kranke e.V. mit Vertrag vom 29. März 2001 beauftragt, das Projekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ durchzuführen.

Die zeitliche Gestaltung wurde wie folgt vereinbart:

- Projektzeitraum: 1. April 2001 bis 31. März 2004
- Vorphase: 1. April bis 31. August 2001: Ausschreibung des Projektes und Auswahl von Projektregionen. Die Fortführung des Projektes war an die Bedingung geknüpft, dass sich in der Vorphase drei Regionen zur Teilnahme am Projekt finden.
- Hauptphase: 1. September 2001 bis 31. Dezember 2003
- Auswertung: 1. Januar bis 29. Februar 2004

2.2 Klärung der Projektteilnehmer

Die Ausschreibung zur Teilnahme am Projekt erfolgte durch das Sozialministerium unter dem 18. Mai 2001 an einen Verteiler von neun kommunalen Gebietskörperschaften. Von diesen hatte das Sozialministerium durch Kontakte in der Vorgeschichte bereits Anhaltspunkte für ein Interesse an der Projektteilnahme. Es handelte sich dabei um die Städte Mannheim und Stuttgart sowie die Landkreise Esslingen, Reutlingen, Ravensburg, Bodenseekreis, Tübingen, Lörrach und Rastatt. Dabei wurde eine Frist für Interessenbekundungen bis zum 15. Juni 2001 gesetzt.

Von den angesprochenen Kreisen bekundeten im Laufe des Juni 2001 die Stadt Stuttgart sowie die Landkreise Reutlingen, Tübingen, Ravensburg, Bodenseekreis und Lörrach ihr Interesse an einer Beteiligung.

Mit allen Regionen wurde unverzüglich Kontakt aufgenommen. Mit den jeweils zuständigen Dezernenten bzw. den von diesen benannten Stellen innerhalb der Verwaltung wurde zunächst das weitere Klärungsverfahren besprochen. Mit allen interessierten Regionen war es möglich, einen ersten persönlichen Kontakt noch vor der Sommerpause herzustellen. Die eigentlichen Klärungsprozesse konnten aber in allen Regionen wegen der Sommerpause erst im Zeitraum von Mitte September bis November 2001 stattfinden. Alle Regionen nutzten für diesen regionalen Entscheidungsprozess bestehende Gremien, die in ihrer Zusammensetzung durchaus unterschiedlich waren.

Zu den Rahmenbedingungen für die Beteiligung gehörte:

⁷ Am Bundesprojekt teilgenommen haben die Regionen Berlin-Reinickendorf, München-Süd, Mainz, Kaiserslautern, Kaufbeuren und Gera.

- Die Regionen erhalten Beratung und Unterstützung durch die Aktion psychisch Kranke e.V. und Zugang zum Austausch mit anderen Regionen im Rahmen des Projektverbundes, aber keinerlei finanzielle Unterstützung oder Ausgleich für ihren Aufwand.
- Die Regionen müssen eine Projektkoordination in der Region sicherstellen durch ein Gremium, das die Aufgabe einer regionalen Steuerungsgruppe übernimmt und durch eine Stelle, die die notwendigen Geschäftsführungsaufgaben wahrnimmt. Dabei geht es insbesondere auch darum, dass die Durchführung von Hilfeplankonferenzen in ihren organisatorischen Voraussetzungen abgesichert sein muss.

Das bedeutete, dass den Regionen durchaus ein gewisser Aufwand abverlangt wurde. Wesentlicher Inhalt dieses Klärungsprozesses war es deshalb, mit den interessierten Regionen eine Projektvereinbarung zu entwickeln, deren wesentlicher Bestandteil eine auf die Verhältnisse und Bedürfnisse der Region angepasste Zielvereinbarung für die Projektteilnahme war. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass es in der Region eine möglichst große Identifikation mit den Inhalten des Projektes gab. Gleichzeitig wurde den Regionen der Charakter des Projektes als Umsetzungsprojekt verdeutlicht. Es sollte darum gehen, die von der Aktion psychisch Kranke e.V. entwickelte Konzeption zur Entwicklung eines personenzentrierten Hilfesystems in einer auf die Belange und Interessen der Region angepassten Weise umzusetzen. Die Regionen sollten sich insbesondere nur Dinge vornehmen, die sie auch wirklich wollten und die damit bei Bewährung auch Aussicht auf weiteren Bestand über die Projektlaufzeit hinaus haben würden.

Ergebnis dieser Phase intensiver Gespräche mit den Regionen über mögliche regionale Arbeitsvorhaben war eine Klärung der Teilnahme wie folgt:

- In den Landkreisen Lörrach, Reutlingen, Ravensburg und Bodenseekreis wurde eine Einigung zur Projektteilnahme erzielt. Ravensburg und der Bodenseekreis entschieden sich in diesem Zusammenhang, eine gemeinsame Projektregion zu bilden. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei den beiden Landkreisen um die vollständige Versorgungsregion des Zentrums für Psychiatrie Weissenau handelt, schien das sehr sinnvoll.
- In Stuttgart wurde das grundsätzliche Interesse an einer Teilnahme von einer großen Gruppe von Akteuren bekundet. Aufgrund der Besonderheiten der Landeshauptstadt, insbesondere der Größe des Versorgungsgebiets war ein längerer Klärungsprozess erforderlich, der bis 2003 dauerte. Im Ergebnis konnte eine Beteiligung mit einem eingeschränkten Programm vereinbart werden („assoziierte Teilnahme“).

Damit haben vier Landkreise in drei Projektregionen in vollem Umfang sowie die Stadt Stuttgart mit einem eingeschränkten Programm am Projekt teilgenommen.

2.3 Auftaktveranstaltung mit Sozialminister Dr. Friedhelm Repnik MdL

Die Eingrenzung des Projekts auf konkrete Versorgungsregionen sollte nicht zu regionalen Sonderwegen führen. Es ging darum exemplarisch für alle Stadt- und Landkreise des Landes Baden-Württemberg aufzuzeigen, wie unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten Wege zur Entwicklung personenzentrierter Hilfesysteme beschritten werden können. Daher kam der überregionalen Transparenz der Prozesse in den Projektregionen eine große Bedeutung zu. Es sollten auch Planer und Verantwortliche anderer Regionen sowie

Fach- und Interessenverbände in die Diskussion einbezogen werden, die überregional organisiert sind.

Daher lud das Sozialministerium zu einem frühen Zeitpunkt zu einem landesweiten Workshop ein, auf dem über die Projektziele und die Vorgehensweise in den Regionen berichtet wurde. Am 27. Juni 2002 fand im Haus der Wirtschaft in Stuttgart diese Informationsveranstaltung zum Implementationsprojekt statt.

Die Veranstaltung wurde eingeleitet mit einem Vortrag des Sozialministers Dr. Friedhelm Repnik MdL zur Entwicklung psychiatrischer Hilfen in Baden-Württemberg. Prof. Dr. Heinrich Kunze und Ulrich Krüger stellten den personenzentrierten Ansatz vor und erläuterten die damit verbundene Konzeption des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Vertreterinnen und Vertreter der Projektregionen stellten mit unterschiedlichen Schwerpunkten die Projektvorhaben in den einzelnen Regionen vor. Im Anschluss konnten die Teilnehmer Fragen stellen und Kommentare abgeben.

Da die Veranstaltung zu einem Zeitpunkt stattfand, als in allen Regionen bereits die Projektaktivitäten in vollem Gange waren, konnten die Projektvorstellungen sehr anschaulich und konkret sein. An der Veranstaltung nahmen ca. 90 Personen teil, darunter in erfreulich großer Zahl Vertreterinnen und Vertreter von Regionen, die am Projekt selbst nicht beteiligt waren. Viele Teilnehmer äußerten sich positiv zur Projektinitiative des Sozialministeriums, die frühe und ausführliche Information und das große Interesse des Ministers.

2.4 Rahmenbedingungen für das Landesprojekt und Auswirkungen auf den Projektverlauf

Das Implementationsprojekt hatte eine Vorgeschichte und fand in einer konkreten Situation statt. Diese Rahmenbedingungen haben den Projektverlauf nicht unerheblich mitbestimmt. Die thematische Nähe der verschiedenen Umstellungsprozesse zu Empfehlungen im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes hat das Interesse am Projekt zweifellos erhöht. Gleichzeitig wachsen in Umbruchphasen oft Befürchtungen, Verunsicherung und in der Folge Abwehrhaltungen. Es ist sehr bemerkenswert, dass das Projekt in den beteiligten Regionen gleichwohl mit großem Engagement durchgeführt werden konnte.

2.4.1 Die Haltung der Landeswohlfahrtsverbände und der Freien Wohlfahrtspflege zum personenzentrierten Ansatz und zum IBRP

Zum personenzentrierten Ansatz gab es bereits in den Jahren vor Projektbeginn im Lande eine lebhaft und in Teilen durchaus auch kontroverse Diskussion. Daran waren auch die Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern als überörtliche Sozialhilfeträger auf der einen Seite und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf der anderen Seite wesentlich beteiligt.

2.4.1.1 Landesrahmenvertrag zu § 93 d BSHG

Der größere Zusammenhang, in dem diese Auseinandersetzungen in Baden-Württemberg stattfanden, war der Verhandlungsprozess zu den nach § 93d Abs. 2 BSHG notwendigen Rahmenverträgen auf Landesebene, hier zunächst für den stationären Bereich. Von psychiatrischen Fachorganisationen bzw. –gremien innerhalb der Freien Wohlfahrtspflege war in diesem Zusammenhang vorgeschlagen worden, den IBRP entsprechend seinem ursprünglichen

Verwendungszweck („Personalbemessung im komplementären Bereich“) nicht nur als Instrument der Hilfeplanung, sondern auch als Instrument der quantifizierenden Bedarfsbemessung einzusetzen. Von der Seite der Landeswohlfahrtsverbände wurde dem nicht zugestimmt. Die Eignung des IBRP als Instrument für die Hilfeplanung wurde nicht in Frage gestellt, für die Zwecke der quantifizierenden Bedarfsbemessung, d.h. der Zuordnung der Hilfeempfänger zu Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf, wurde aber am Metzler-Verfahren festgehalten.

Da auch innerhalb der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Positionierung zugunsten des IBRP-Verfahrens nicht unumstritten war⁸, konnte im Landesrahmenvertrag zum stationären Bereich⁹ lediglich eine vage formulierte Option offen gehalten werden. In § 1 Abs. 4 heißt es dort: „Fachlich-konzeptionelle Weiterentwicklungen (z.B. zum Gemeindepsychiatrischen Verbund oder personenzentrierten Hilfeansatz) werden durch diesen Rahmenvertrag nicht beeinträchtigt. Die Vorschriften des Rahmenvertrages sind so auszulegen, dass sie mit der Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung psychisch kranker Menschen übereinstimmen.“ In einer Protokollnotiz zu § 14 Abs. 2 (Maßnahmepauschale) heißt es ergänzend: „Die Hilfeempfängergruppen und die Zuordnung der Hilfeempfänger, die Hilfen nach § 40 BSHG erhalten, werden zunächst nach dem Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs nach Dr. Metzler vorgenommen. Das Verfahren wird nach den Erfahrungen aus dem Modellversuch, der durchgeführten Plausibilitätsprüfung und der zu erwartenden Kenntnisse aus der Umstellung weiterentwickelt. Für den Bereich der Psychiatrie wird eine weitergehende Überprüfung vorbehalten.“

In den Jahren 2001/2002 (d.h. etwa parallel zum ersten Jahr des Implementationsprojektes) hat eine Unterarbeitsgruppe der Vertragskommission unter Federführung des Landeswohlfahrtsverbands Baden getagt und versucht, die bestehenden Differenzen zu klären. Im Rahmen dieses Diskussionsprozesses fand im Frühjahr 2002 auch eine Sitzung dieser Untergruppe unter Beteiligung von Frau Dr. Metzler und Vertretern der Aktion psychisch Kranke e.V. statt, in der die beiden Verfahren in ihrer jeweiligen Reichweite eingehend erörtert wurden. Die Vertreter der Landeswohlfahrtsverbände als Leistungsträger blieben bei ihrer Ablehnung des Personalbemessungsverfahrens der Aktion psychisch Kranke e.V. für Zwecke der quantifizierenden Bedarfsbemessung. Die Landeswohlfahrtsverbände haben im Rahmen der Unterarbeitsgruppe ihre Ablehnung wie folgt begründet:

- *„Das IBRP-Verfahren ist ein ausgearbeitetes Verfahren zur Hilfeplanung. Es wurde nachträglich um Instrumente zur Gruppenbildung nach Zeitanteilen ergänzt.*

Das HMB-W-Verfahren ist ein Instrument zur Bildung von Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf. Es setzt eine Hilfeplanung voraus. Die Festlegung von Zielen zur Erhebung des Hilfebedarfs ist wesentlicher Bestandteil bei der Anwendung des Verfahrens. Es kann deshalb auf jedes Hilfeplanverfahren folgend angewendet werden.

Es ist also möglich, eine Hilfeplanung mit dem IBRP durchzuführen und die Erhebung des Hilfebedarfs und die Bildung von Gruppen mit dem HMB-W-Verfahren vorzunehmen. Die Erhebung des Hilfebedarfs erfolgt nur zusammen mit dem Hilfeempfänger. Der Hilfebedarf wird individuell (personenzentriert) ermittelt und bewertet.

⁸ Insbesondere von Seiten der Einrichtungen für geistig behinderte Menschen wurde das Metzler-Verfahren vorgezogen.

⁹ Rahmenvertrag nach § 93d Abs. 2 BSHG vom 15. Dezember 1998 zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG für Baden-Württemberg für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen.

Die mit dem IBRP erhobenen Hilfebedarfe sind nicht eindeutig den Leistungen nach dem BSHG zuzuordnen. Demgegenüber erfasst das HMB-W-Verfahren eindeutig die Hilfebedarfe nach dem BSHG. Weitere individuelle Bedarfslagen (z.B. Pflege, Therapien) werden im Gesamtplan berücksichtigt. Die Zuordnung einzelner Hilfebedarfe zum Leistungsträger muss dagegen im IBRP gesondert durch den jeweiligen Leistungsträger entschieden werden.

Die Festlegung des Umfangs der zu erbringenden Leistung erfolgt im HMB-W-Verfahren mittelbar. Durch Ausdifferenzierung in ein System nicht abschließend definierter Leistungstypen mit Hilfebedarfsgruppen ist im Rahmenvertrag eine Abkehr von der Institutionsorientierung vollzogen worden.

- *Das HMB-W-Verfahren ist ein punktwertgestütztes Verfahren während der IBRP sich auf Zeitwerte stützt.*

Der entscheidende Unterschied des IBRP gegenüber dem HMB-W-Verfahren besteht allerdings nicht in diesem Konstruktionsunterschied, sondern darin, dass die Beschreibung der Inhalte der Hilfe nicht mit einem bestimmten Zeitwert gekoppelt sind, sondern der subjektiven Schätzung des Mitarbeiters der Einrichtung überlassen bleibt. Dies stellt einen erheblichen Nachteil dar.

Ein Nachvollziehen und Überprüfen anhand von standardisierten und nachvollziehbaren Kriterien durch den Leistungsträger ist damit nicht gegeben (fehlende Objektivierbarkeit). De facto lässt es sich nur als Selbstabrechnungssystem umsetzen. Die Einführung von Regionalbudgets würde daran nichts ändern, aber weitere rechtliche Probleme schaffen (Abkehr vom individuellen Rechtsanspruch).

Eine Lösung könnte allenfalls darin liegen, dass durch den Leistungsträger jeweils aufwendig der individuelle Hilfebedarf ermittelt und Einzelentscheidungen getroffen werden, die maßgeschneidert auf den Einzelfall hin getroffen und fortgeschrieben werden müssten. Der Verwaltungsaufwand hierfür ist um ein Vielfaches höher als bisher.

- *Neben diesen entscheidenden konstruktionsbedingten Unterschieden sind noch folgende Punkte für eine Bewertung von Bedeutung:*
 - *Erfahrungen aus anderen Bundesländern zur Gruppenbildung mit dem IBRP sind nicht bekannt.*
 - *Der IBRP ist bisher ausschließlich in seiner Funktion als Hilfeplanungsinstrument praktisch angewandt worden.*
 - *Zum HMB-W-Verfahren liegen inzwischen gute Erfahrungen über seine praktische Handhabung sowie die einheitliche Anwendung des Instruments in der Praxis vor.*
 - *Das IBRP-Verfahren ist bisher hinsichtlich seiner Praktikabilität als Instrument zur Feststellung des Hilfebedarfs noch nicht erprobt.*
 - *Mit dem HMB-W-Verfahren können inzwischen zufriedenstellende Ergebnisse auch bei der Einstufung psychisch kranker Menschen erreicht werden.*
- *Sollte der IBRP eingeführt werden, muss zudem eine Umstellung erfolgen, die nicht ohne verfahrenstechnisch bedingte Verschiebungen in den Hilfebedarfen abgehen wird. Da der IBRP keine Koppelung von Inhalt der Hilfe mit einem bestimmten Zeitwert kennt, ist eine Umrechnung der Punktwerte in Zeitwerte nicht möglich. Eine Umstellung würde eine aufwendige Neueinstufung aller Hilfeempfänger erfordern. Eine budgetgleiche Umstellung kann der Logik des IBRP entsprechend nur auf der Ebene von Regionalbudgets er-*

folgen, was zwangsläufig auf der Ebene des Dienstes bzw. der Einrichtung zu beträchtlichen Verschiebungen führen kann.

- *Eine Einführung des IBRP kann deshalb zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht empfohlen werden, weil*
 - *er nur in einem Selbstabrechnungssystem durch die Leistungserbringer praktikabel umzusetzen wäre;*
 - *die Einführung von Regionalbudgets im Widerspruch zu den rechtlichen Vorgaben des BSHG (Abkehr vom individuellen Rechtsanspruch) steht;*
 - *praktische Erfahrungen über seine Handhabung als Instrument zur Bildung von Hilfebedarfsgruppen und zur Bestimmung des Hilfebedarfs nicht vorliegen;*
 - *eine Neueinstufung aller Hilfeempfänger notwendig wäre, die zwangsläufig im Einzelfall zu anderen Bewertungen im Hilfebedarf führen könnte und einen beträchtlichen Aufwand bedeuten würde;*
 - *die Nachteile durch den Einsatz von zwei unterschiedlichen Verfahren zur Bildung von Hilfebedarfsgruppen durch die eventuell möglichen Vorteile bei der Hilfeplanung durch den IBRP nicht aufgewogen werden;*
 - *die Vorteile des IBRP bei der Hilfeplanung auch bei Einsatz des HMB-W-Verfahrens genutzt werden können;*
 - *die Personenorientierung beim HMB-W-Verfahren gleichermaßen gegeben ist.*
- *Es wird ferner vorgeschlagen, die jetzt anstehenden Anwendungen des IBRP in Rheinland-Pfalz und Bayern abzuwarten und in zwei Jahren eine Neubewertung vorzunehmen.“*

Diese Situation hatte Auswirkungen auf das Implementationsprojekt:

- Da eine Anwendung des Personalbemessungsverfahrens der Aktion psychisch Kranke e.V. nur im Einvernehmen mit dem zuständigen Leistungsträger möglich gewesen wäre, wurde im Implementationsprojekt Baden-Württemberg darauf verzichtet. Der IBRP wird jedoch wie geplant zum Zweck der fachlich-qualitativen Hilfeplanung verwendet.
- Parallel muss bei allen stationären Hilfen eine Einstufung nach dem Metzler-Verfahren erfolgen. Diese wird mittlerweile durch den zwischenzeitlich eingerichteten Medizinisch-Pädagogischen Fachdienst der Landeswohlfahrtsverbände vorgenommen. Obwohl die beiden Verfahren unterschiedliche Zielrichtungen haben und insbesondere eine Einstufung nach dem Metzler-Verfahren eine individuelle Hilfeplanung voraussetzt und nicht etwa ersetzt, wird das Nebeneinander beider Verfahren von den Fachkräften an der Basis teilweise als aufwendig und unplausibel kritisiert.

2.4.1.2 Liga-Projekt „Personenzentrierung in der Praxis“

Wie schon erwähnt gab es auch innerhalb der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege Unterschiede in der Bewertung des IBRP-Verfahrens und seiner möglichen Auswirkungen. Deswegen hatte sich die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg bereits 1999 zu einem eigenen (und aus eigenen Mitteln finanzierten) Projekt entschlossen. Darin sollte erprobt werden, wie auf der Basis des personenzentrierten Ansatzes und des Einsatzes des IBRP in Verbindung mit dem Personalbemessungsbogen der Aktion psychisch Kranke e.V. die entsprechend den Anforderungen des § 93d BSHG notwendige Zuordnung zu Hilfeempfängergruppen vorgenommen und die entsprechenden Vergütungen ermittelt werden könnten.

Das Projekt wurde im Zeitraum von Anfang 2000 bis Frühjahr 2002 durchgeführt, der Schlussbericht Ende 2002 vorgelegt.¹⁰ Auf die Ergebnisse des Liga-Projekts muss im vorliegenden Zusammenhang nicht im Einzelnen eingegangen werden. Die Eignung des Verfahrens IBRP in Verbindung mit der Personalbemessung der Aktion psychisch Kranke e.V. für eine überprüfbare qualitative und quantitative Hilfebedarfsermittlung bei psychisch kranken Menschen und die Möglichkeit zur budgetneutralen Umstellung wurde dabei nachgewiesen. Die Mitgliederversammlung der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg fasste am 3. April 2003 zum Projektbericht folgenden Beschluss:

„1. Die Mitgliederversammlung nimmt den Projektbericht zustimmend zur Kenntnis und dankt den Mitgliedern der Projektgruppe für die geleistete Arbeit, den beteiligten Organisationen und vor allem den Betroffenen für ihre Bereitschaft zur Mitwirkung.

2. Die Mitgliederversammlung ist der Meinung, dass das Prinzip Personenzentrierung für die Psychiatrie die Antwort auf den Paradigmenwechsel in der gesamten Behindertenhilfe darstellt. Danach wird der Bürger mit Hilfebedarf nicht mehr in erster Linie als Empfänger von Fürsorge betrachtet, sondern als Subjekt ernst genommen und als Partner bei der Bewältigung seiner Problemlagen einbezogen.

Sie spricht sich nachdrücklich dafür aus, den Personenzentrierten Ansatz als Leitbild der Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen zu verfolgen.

3. Sie ist ferner der Ansicht, dass die Ergebnisse des Projekts die Annahme bestätigen, dass mittels IBRP die vom Gesetzgeber in § 93a Abs. 2 BSHG geforderte Bildung von Hilfebedarfsgruppen möglich und sinnvoll ist. Sie hält es für geboten, ein auf dem Instrumentarium IBRP aufgebautes Finanzierungssystem für den Bereich Psychiatrie zu realisieren.

4. Die Mitgliederversammlung beauftragt die Liga-AG Psychiatrie, ein Umsetzungsszenario (zunächst bezogen auf das Implementationsprojekt) vorzulegen, das mit den vom Thema betroffenen Ausschüssen, insbesondere „Rehabilitation“ und „Finanzen“, abgestimmt ist. Das Szenario sollte im Sinne eines Flussdiagramms die wesentlichen Schritte zur Umsetzung aufzeigen und bereits konkrete Vorschläge enthalten, wie z.B. zur Anpassung des Rahmenvertrags.

5. Die Mitgliederversammlung stimmt der Veröffentlichung des Berichts im Grundsatz zu mit der Maßgabe, dass die Ausschüsse ‚Finanzen‘ und ‚Rehabilitation‘ der zu veröffentlichten Fassung ihre Zustimmung erteilen.“

Wichtig für das Implementationsprojekt war allein schon die Tatsache, dass sich die Liga mit der Durchführung ihres Projektes selbst eindeutig für eine erprobende Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes positioniert hatte. In allen psychiatrisch tätigen Verbänden hatte es in diesem Zusammenhang eine Beschäftigung mit dem personenzentrierten Ansatz gegeben, im Einzelnen wohl mit unterschiedlicher Intensität, aber jedenfalls mit dem Ergebnis einer positiven Grundhaltung, teilweise aber auch mit sehr aktivem Interesse. Diese im Vorfeld bereits vorhandene positive Grundeinstellung zum personenzentrierten Ansatz hat die Durchführung des Implementationsprojektes in den Projektregionen spürbar erleichtert.

(Weiter zur Verwendung des IBRP in der Hilfeplanung siehe unten Kap. 4.1.3)

¹⁰ Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg: Personenzentrierung in der Praxis – die Grundlage für die zukünftige Versorgungs- und Vergütungsstruktur. Projektbericht, Stuttgart Dezember 2002

2.4.2 Die Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste

Zentraler Bestandteil des personenzentrierten Ansatzes ist die systematische, fallbezogene Koordination von Hilfeplanung und Leistungserbringung für Personen mit komplexem Hilfebedarf. In der praktischen Umsetzung spielen dabei die Sozialpsychiatrischen Dienste als ambulanz-aufsuchend tätige Fachdienste eine zentrale Rolle.

Indirekt stark berührt wurden die Sozialpsychiatrischen Dienste zunächst von bundesgesetzlichen Änderungen zum 1. Januar 2000: der Einführung der neuen Kassenleistung Soziotherapie (§ 37a SGB V) und der Neuregelung der Einrichtung von psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V). Solche Institutsambulanzen hatte es in Baden-Württemberg bislang nicht gegeben. Sie wurden ab April 2002 von den psychiatrischen Krankenhäusern und den psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser im Land aufgebaut. Die Verfügbarkeit von Institutsambulanzen mit ihren multiprofessionellen Teams bedeutet eine deutliche Verbesserung in den ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für chronisch psychisch Kranke. Freilich löste ihre Einführung auch Unsicherheiten aus hinsichtlich der Auswirkungen im Gefüge der übrigen ambulanten Hilfen.

Die Krankenkassen strichen in Folge der bundesgesetzlichen Neuerungen zum 1. Juli 2002 ihren bisher gewährten pauschalen Förderungsanteil für die Sozialpsychiatrischen Dienste. Im Gegenzug setzte sich das Sozialministerium dafür ein, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste die Möglichkeit erhalten, Leistungen der Soziotherapie gemäß § 37a SGB V erbringen zu können. Dies ist gelungen und mit Wirkung ab 1. Juli 2002 in einem landesweiten Rahmenvertrag zur Versorgung mit Soziotherapie zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Liga der freien Wohlfahrtspflege sowie dem Städtetag und dem Landkreistag Baden-Württemberg vereinbart worden. Damit erhielt dieser Leistungsanteil der Sozialpsychiatrischen Dienste eine gesetzliche Grundlage als individuelle Anspruchsleistung der Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen.

Dies war allerdings für die Sozialpsychiatrischen Dienste mit der Notwendigkeit verbunden, sich an die einschlägigen Leistungsvoraussetzungen anzupassen¹¹. Außerdem war und ist dieser Umstellungsprozess verbunden

- mit wirtschaftlicher Unsicherheit für die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste, weil zunächst einmal unklar ist, ob die mit Soziotherapie erzielbaren Einnahmen die wegfallende Pauschalförderung werden ersetzen können (die verfügbare Kapazität vor Ort ist nicht mehr institutionell gesichert und die Arbeitsplatzsicherheit der beschäftigten Fachkräfte unklar),
- mit fachlicher Unsicherheit, weil die Leistungsvoraussetzungen für Soziotherapie nur auf einen Ausschnitt des von den Sozialpsychiatrischen Diensten betreuten Klientels zutreffen (befürchtet wird, dass die übrige Klientel nicht mehr angemessen versorgt werden kann).

In diesen Umstellungsprozess kam im November 2002 der Beschluss der Haushaltsstrukturkommission der Landesregierung, im Rahmen eines umfassenden, alle Ressorts betreffenden Einsparkonzepts auch die Förderung für die Sozialpsychiatrischen Dienste zu kürzen. Die

¹¹ Vgl. dazu (Landes-)Rahmenvertrag nach § 132b SGB V über die Versorgung mit Soziotherapie vom 17. Juni 2002, in der die Rahmenbedingungen für die Erbringung von Soziotherapie durch die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg festgelegt werden, ferner die Begutachtungs-Richtlinien Ambulante Soziotherapie (§ 37a SGB V) vom 27. November 2002, in denen Indikationsstellung, Behandlungskonzept, Verordnungs- und Genehmigungsverfahren und Dokumentation ausführlich geregelt sind.

Halbierung der Landeszuschüsse trat zum 1. Januar 2003 in Kraft. Die Umsetzung der Mittelkürzung hat zwischenzeitlich vor Ort zu Reduzierungen in der Personalkapazität geführt und dabei vor allem den Anteil niedrigschwelliger ambulant-aufsuchender Hilfen an der psychiatrischen Versorgung verringert.

Festzuhalten im Hinblick auf die Rahmenbedingungen des Implementationsprojektes ist hier, dass das Projekt in einer Phase der Verunsicherung und Schwächung der Sozialpsychiatrischen Dienste stattgefunden hat und dass es vor diesem Hintergrund umso wichtiger und bemerkenswerter ist, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste in allen Projektregionen aktiv am Projekt mitgewirkt haben.

2.4.3 Das Gemeindepsychiatrische Zentrum und die Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

In der Diskussion um die im vorigen Abschnitt angesprochene Neubestimmung des Verhältnisses der verschiedenen ambulanten Leistungen und Dienste spielt seit Anfang 2003 das Konzept des Gemeindepsychiatrischen Zentrums eine Rolle. Der Kern der Idee ist, durch ein engeres Zusammenrücken von (mindestens) Sozialpsychiatrischem Dienst, Tagesstätte und Institutsambulanz, möglichst aber auch von weiteren Fachdiensten fachlich die fallbezogene Zusammenarbeit zu verbessern und wirtschaftlich zu Synergieeffekten zu kommen. Gegenwärtig wird auf Initiative des Sozialministeriums im Rahmen des Landesarbeitskreises Psychiatrie an einer Konzeption für Gemeindepsychiatrische Zentren gearbeitet. Damit ist ein Signal verbunden im Sinne einrichtungsübergreifender Fallsteuerung, möglichst integrierter Leistungserbringung und verbindlicher Ausgestaltung gemeindepsychiatrischer Verbundstrukturen.

2.4.4 Die Neuordnung der Zuständigkeit in der Sozialhilfe

Im April 2003 hat die Landesregierung einen umfassenden Prozess der Verwaltungsstrukturreform eingeleitet, der auch eine Neuordnung der Zuständigkeiten im Bereich der Sozialhilfe beinhaltet. Die bisher dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe zugeordneten Aufgaben im Abschnitt 3 BSHG (Hilfen in besonderen Lebenslagen) sollen künftig (voraussichtlich ab 1. Januar 2005) umfassend durch den örtlichen Träger wahrgenommen werden. Dadurch wächst der kreiskommunalen Ebene eine weitreichende Gestaltungsverantwortung für den Bereich steuerfinanzierter Leistungen für psychisch kranke Menschen zu.

Auf kreiskommunaler Ebene wird es künftig möglich, aber auch nötig sein, eigene Steuerungsstrukturen zu entwickeln. Unklar ist dabei noch, welche Rolle der künftige Kommunalverband für Soziales und Jugend spielen wird. Das Implementationsprojekt hat wichtige Hinweise geliefert, wie auf der kreiskommunalen Ebene die Steuerung psychiatrischer Hilfen hinsichtlich der Einzelfälle ebenso wie hinsichtlich der Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden kann.

3 Durchführung, Projektmanagement

Dem Implementationsprojekt lag kein „Idealmodell“ von personenzentrierter Versorgung zugrunde, das nur noch umzusetzen gewesen wäre. Auch als Ergebnis des Implementationsprojekts sollte sich ein solches Idealmodell zur gefälligen Übernahme durch andere Regionen nicht ergeben. Das zentrale Anliegen des Implementationsprojekts war es vielmehr, den Projektregionen bei selbst gewählten Entwicklungszielen im Rahmen der globalen Ziele des personenzentrierten Ansatzes für einen bestimmten Zeitraum Unterstützung zu vermitteln und dadurch bereits vorhandenen Ansätze und Absichten mehr Dynamik zu verleihen. Implementiert wurden Instrumente für einen Umgestaltungsprozess nach personenzentrierten Gesichtspunkten. Wenn man sich an der Aufgliederung von Qualität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität orientiert, dann stehen im Mittelpunkt Veränderungen in der Prozessgestaltung der Versorgung. Diese Veränderungen in der Prozessgestaltung lösen Veränderungen auch in der Gestaltung der Strukturen aus. Beides zusammen soll Folgen für die Ergebnisqualität haben.

So liegt auch die Lernmöglichkeit für andere Regionen nicht darin, dass man sagen könnte: „diese oder jene Region kommt dem Idealzustand am nächsten – das sollte man so übernehmen“. Es gibt nicht die eine richtige Lösung, sondern es gibt außerordentlich unterschiedliche regionale Ausgangssituationen und Rahmenbedingungen und daraus resultierend auch unterschiedliche Entwicklungswege. Zu lernen wäre vielmehr in erster Linie von der Prozessgestaltung. Deswegen werden in diesem Kapitel die wesentlichen Elemente der Prozessgestaltung vorgestellt.

3.1 Differenzierung von Umsetzungsebenen

Dem Projekt und dem darin verfolgten Beratungsansatz liegt eine Ausdifferenzierung von Umsetzungsebenen zugrunde, auf denen das Leitbild der Personenzentrierung relevant wird:

- Ebene der individuellen Hilfeplanung: Hier geht es vor allem um die Einführung einer personenzentrierten Hilfeplanung und deren einrichtungsübergreifend einheitliche Anwendung auf der Basis des IBRP.
- Ebene der Koordinierung von Hilfeplanung und Leistungserbringung: Das beinhaltet die Abstimmung der Leistungserbringung auf der Grundlage der erstellten Hilfeplanung sowie deren im Prozess horizontal wie vertikal koordinierte Umsetzung. Das berührt auch notwendige Umgestaltungen im Bereich der beteiligten Leistungserbringer (z.B. Flexibilisierung von Hilfen im Bereich des Wohnens und der Selbstversorgung).
- Ebene der Steuerung der regionalen Versorgung durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund: Ausgehend vom Grundsatz der regionalen Pflichtversorgung geht es um die Vervollständigung der verfügbaren Hilfen unter der Prämisse der Personenzentrierung und gleichzeitig um die Steuerungsstrukturen als solche, nämlich die Stärkung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.
- Ebene der Finanzierung: Das meint Annäherungsschritte an die Finanzierung von Komplexleistungsprogrammen - durch bessere Ausschöpfung bestehender sozialrechtlicher Möglichkeiten, durch Erprobung neuer, personenbezogener Finanzierungsformen (z.B.

personenbezogene Budgets), letztlich auch durch Vorschläge zur personenzentrierten Weiterentwicklung des Sozialrechts.

3.2 Entwicklung einer regionalen Zielvereinbarung

Grundlage für die Projektteilnahme und für die Begleitung durch die Aktion psychisch Kranke e.V. war eine Vereinbarung mit den wesentlichen Akteuren in der Region zu den Zielen, die im Rahmen des Projektes verfolgt werden sollten. Dabei wurde den Regionen im Rahmen der Beratung empfohlen, sich nur solche Ziele vorzunehmen, die in der Region bereits auf der Tagesordnung stehen.

Sinn eines solchen ausdrücklichen und ausführlichen Zielvereinbarungsprozesses war es,

- die explizite Sicherung der Mitwirkung der relevanten Akteure in der Region auf Seiten der Leistungserbringer sowie der kreiskommunalen Seite zu erreichen,
- die Präzisierung von solchen Zielen zu bewirken, für die die Zustimmung aller Beteiligten möglich ist, um eine Identifikation mit dem Prozess und seinen Ergebnissen auch über die Projektlaufzeit hinaus zu gewährleisten und damit
- die tatsächliche Umsetzung auf der Basis von Selbstverpflichtung zu ermöglichen.

Wenn ein Arbeitsbündnis in diesem Sinne nicht zustande kommt, wird jede externe Beratung oder Projektentwicklung als fremd und übergestülpt erlebt und nicht angenommen werden können.

Im Rückblick war dieser Klärungsprozess entscheidend für den weiteren Projektverlauf. Über die Arbeit an der regionalen Zielvereinbarung wurden die Weichen gestellt für die Zusammenarbeit im Rahmen des Projektes. Unter anderem beinhaltete dies die Klärung der zu beteiligenden Einrichtungen und Dienste; das hat beispielsweise in den Regionen Ravensburg/Bodenseekreis und Lörrach dazu geführt, dass Einrichtungen einbezogen wurden, die in der bis dahin bestehenden Vernetzung so nicht einbezogen gewesen waren, was in sich bereits von allen Beteiligten als fruchtbares Zwischenergebnis empfunden wurde.

Diese Klärungsphase hat in den Landkreisen jeweils vier bis sechs Monate gedauert. In Stuttgart hat es angesichts der wesentlich größeren Komplexität des Hilfesystems, der größeren Zahl der zu beteiligenden Akteure und der bestehenden Auffassungsunterschiede insbesondere zwischen dem klinischen und dem außerklinischen Versorgungsbereich ca. anderthalb Jahre gedauert, bis man sich auf ein gemeinsames Arbeitsvorhaben verständigt hatte. Diese Verständigung selbst ist ein wesentliches Zwischenergebnis der Projektbeteiligung.

3.3 Regionale Umsetzungsverantwortung

In Konkretisierung der Selbstverpflichtung war es wichtig, dass von Anfang an völlig klar war, dass die volle Umsetzungsverantwortung auf der regionalen Ebene blieb und dass dazu die erforderlichen Arbeitsabsprachen zu treffen waren. Dabei waren zwei Elemente so wichtig, dass sie zur Teilnahmebedingung geworden sind:

3.3.1 Einrichtung einer regionalen Projektsteuerungsgruppe

Die Konkretisierung und Umsetzung des Projektes lag in allen Projektregionen bei einer örtlichen Projektsteuerungsgruppe, bestehend im Kern aus den Vertretern der psychiatrisch in der Region tätigen Leistungserbringer bzw. ihrer Träger sowie der kreiskommunalen Ebene, teil-

weise unter Beteiligung auch von Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen sowie einzelner Leistungsträgervertreter. Diese Projektsteuerungsgruppen wurden überall ausgehend von vorhandenen Arbeitsgremien neu gebildet:

- In Ravensburg/Bodenseekreis wurde die Projektsteuerungsgruppe durch Erweiterung einer bereits bestehenden sozialpsychiatrischen Trägerkonferenz gebildet. Diese Projektsteuerungsgruppe hat durchgängig ohne Leistungsträgervertreter, aber mit den zuständigen Sozialplanungsfachkräften der beiden Landratsämter getagt.
- In Reutlingen entstand die Projektsteuerungsgruppe durch Erweiterung der bestehenden sozialpsychiatrischen Trägerkonferenz bei gleichzeitigem Übergang der Federführung an die Sozialdezernentin im Landratsamt. Von den Leistungsträgern waren nur die Sozialhilfeträger beteiligt.
- In Lörrach wurde die Aufgabe von der bereits bestehenden AG Psychiatrieplanung übernommen. Diese Projektsteuerungsgruppe war die einzige, an der auch mehrere Leistungsträger vertreten waren (beide Sozialhilfeträger, die AOK, die Landesversicherungsanstalt und die Arbeitsverwaltung).
- In Stuttgart wurde aus der Planungsklausur Psychiatrie heraus als Untergruppe die AG Implementationsprojekt als Steuerungsgruppe eingerichtet, die wiederum eine kleinere Arbeitsgruppe als fortlaufendes Arbeitsgremium eingerichtet hat. Auch hier waren Leistungsträger nicht vertreten.

Die Projektsteuerungsgruppen haben im Schnitt etwa alle zwei Monate getagt, die einzelnen Umsetzungsschritte vereinbart und die Erfahrungen damit reflektiert.

3.3.2 Klärung der Koordinationsverantwortung

Bedingung für die Projektteilnahme war ferner, dass in der Region eine Lösung für die Wahrnehmung der anfallenden Geschäftsführungsaufgaben gefunden wurde. Dabei ging es insbesondere um die Geschäftsführung und Moderation der Projektsteuerungsgruppe, aber auch um die Organisationsaufgaben in Zusammenhang mit den geplanten Hilfeplankonferenzen. Dabei war klar, dass daran die kreiskommunale Ebene wesentlich beteiligt sein musste. Im Einzelnen wurden in den Regionen dafür unterschiedliche Lösungen gefunden:

- In Lörrach hat diese Anforderung dazu geführt, den ohnehin bereits im Raum stehenden Wunsch nach einer Psychiatriekoordinationsstelle im Landratsamt zu verstärken. Das hat schließlich bewirkt, dass im Landratsamt tatsächlich eine Koordinationsstelle für Psychiatrie und Behindertenhilfe geschaffen und Mitte 2002 auch besetzt wurde. Diese Stelle führt die Geschäfte der Projektsteuerungsgruppe und koordiniert auch die Hilfeplankonferenz. Die Projektsteuerungsgruppe wurde anfangs vom zunächst zuständigen Krankenhausdezernenten, dann regelmäßig vom Sozialdezernenten moderiert.
- In Reutlingen hat das Projekt ebenfalls dazu geführt, dass der von Seiten der örtlichen Wohlfahrtsverbände bereits seit längerem geäußerte Wunsch nach einer deutlicheren Wahrnehmung von Koordinationsaufgaben in der Psychiatrie durch das Landratsamt aufgegriffen und mit der Einrichtung einer eigenen Koordinationsstelle für Psychiatrie, Sucht und Behindertenhilfe umgesetzt wurde. Die Stelle konnte Mitte 2003 besetzt werden. Diese Stelle moderiert auch die Hilfeplankonferenzen, die bis dahin durch die Sozi-

aldezernentin geleitet wurden. Die Projektsteuerungsgruppe wird von der Sozialdezernentin geleitet.

- In der Projektregion Ravensburg/Bodenseekreis wurde die örtliche Projektkoordination durch einen Einrichtungsvertreter (den Leiter des Heimbereichs am Zentrum für Psychiatrie Weissenau) wahrgenommen, der die Projektsteuerungsgruppe leitete, an der die für die Psychiatriekoordination in den beiden Landratsämtern zuständigen Fachkräfte auch teilnahmen. Die Hilfeplankonferenzen werden in beiden Landkreisen von der jeweiligen Koordinationsfachkraft moderiert. Die Vor- und Nachbereitung der Hilfeplankonferenzen erfolgt durch Fachkräfte, die dafür durch eine Trägerumlage finanziert werden.
- In Stuttgart wurde die Projektsteuerungsgruppe von der Psychiatrie-Koordinationsstelle im Gesundheitsamt moderiert. Die Hilfeplankonferenz, die in Stuttgart erst nach Abschluss der Projekthauptphase Anfang 2004 startete, wird koordiniert und moderiert durch zwei je zu 50 % beschäftigte Fachkräfte beteiligter freier Träger, deren Tätigkeit für einen längeren Zeitraum aus Stiftungsmitteln finanziert werden kann.

Im Rückblick betrachtet hat es sich als unbedingt notwendig und richtig erwiesen, hier von Anfang an für klare Regelungen zu sorgen. Organisationsentwicklungsmaßnahmen bedingen zunächst einmal einen gewissen Mehraufwand, auch wenn (wie im vorliegenden Fall) nichts Zusätzliches geschaffen, sondern eine Arbeit, die ohnehin ständig stattfindet – nämlich individuelle Hilfeplanung - neu und besser organisiert werden sollte. Dieser Aufwand wird – zumal in der gegenwärtigen Situation überall angespannter Haushalte – nur akzeptiert, wenn das Ziel wirklich gewollt ist.

In der Initiierung und Durchführung dieser Organisationsentwicklung hat sich die aktive Wahrnehmung der Koordinationsrolle durch die Kreise (und dort vor allem die engagierte Mitwirkung der Psychiatrie-Koordinationsstellen und die Unterstützung durch die Sozialdezernenten bzw. –dezernentinnen) als wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Arbeit gezeigt.

Die Mitwirkung der kreiskommunalen Ebene ist unverzichtbar, weil die Entwicklung eines personenzentrierten Hilfesystems zentral mit der regionalen Koordination und Planung der Versorgungsstrukturen zusammenhängt. Eine Qualifizierung und Vereinheitlichung von Hilfeplanung könnte man sich auch als selbstorganisierte Aktivität der Leistungserbringer vorstellen. Die in diesem Zusammenhang sich als notwendig ergebende Anpassung der Strukturen an die Erfordernisse personenzentrierter Leistungserbringung bedarf aber unverzichtbar der sozialplanerischen Moderation. Dabei geht es wesentlich darum, dass auch die unterschiedlichen Perspektiven von Leistungserbringern und Nutzern (den Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen) zur Sprache gebracht und etwaige Interessenkonflikte zwischen Leistungserbringern in transparenter Weise bearbeitet werden.

Die Mitwirkung der kreiskommunalen Verwaltung wird unter dem Vorzeichen der bevorstehenden kommunalen Übernahme der Aufgabe des Leistungsträgers im Bereich der Eingliederungshilfe noch wichtiger werden: die kreiskommunale Ebene ist dann nicht nur in ihrer allgemeinen Sozialplanungsverantwortung im Zusammenhang kommunaler Daseinsvorsorge angesprochen, sondern auch in ihrer Rolle als gesetzlicher Rehabilitationsträger mit Infrastrukturverantwortung. Aus der Tatsache der im Verhältnis zu den anderen Rehabilitationsträgern nachrangigen Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers ergibt sich ein besonderes Interesse daran, dass eine koordinierte Strukturentwicklung unter angemessener Beteiligung der gesetzlich vorrangigen Leistungsträger stattfindet.

3.4 Externe Beratung

Die Aktion psychisch Kranke e.V. hat den Prozess in allen Regionen beratend begleitet. Kern dieser Aufgabe war die regelmäßige Beteiligung des Projektbegleiters an den Sitzungen der Steuerungsgruppen sowie an einem großen Teil der Hilfeplankonferenzen. Ergänzend fanden je nach Bedarf in der Region zusätzliche Beratungsgespräche in unterschiedlichen Konstellationen sowie Vorstellungen des Projektes in Gremien (örtlicher Psychiatrie-Arbeitskreis, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Sozialausschuss) statt. Durch die Projektbegleitung wurden auch der Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Regionen organisiert und ergänzende Materialien zur Verfügung gestellt. In allen Regionen gab es mindestens einen Beratungsbesuch durch ein Mitglied der AG Personenzentrierung der Aktion psychisch Kranke e.V. In einer Region (Lörrach) wurde ergänzend eine Informationsveranstaltung über die Erfahrungen im Implementationsprojekt in Rheinland-Pfalz und die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes am Beispiel der Stadt Mainz organisiert.

Nicht zu unterschätzen ist in diesem Zusammenhang der symbolische Effekt der externen Begleitung. Schon die Tatsache der Begleitung von außen als solche trägt zu einer Erhöhung von Verbindlichkeit bei. Darüber hinaus wird dadurch sozusagen institutionalisiert, dass für den Zeitraum der Projektteilnahme auch tatsächlich eine Außenwahrnehmung formuliert wird und werden darf, dass damit eben auch Themen angesprochen werden können, die von den örtlich Beteiligten selbst nicht ohne weiteres formuliert werden.

Für Regionen, die sich selbstorganisiert auf den Weg einer personenzentrierten Umgestaltung machen wollen, kann es sehr hilfreich sein, sich unter solchen Gesichtspunkten für einen begrenzten Zeitpunkt eine Art externes „Coaching für die Verbundentwicklung“ zu organisieren.

3.5 Austausch zwischen den Regionen

3.5.1 Austausch auf Landesebene

Um dem Erfahrungsaustausch zwischen den Regionen einen regelmäßigen Ort zu verschaffen, wurde im Rahmen des Landesprojektes eine Arbeitsgruppe der Projektregionen eingerichtet. An dieser Arbeitsgruppe haben teilgenommen

- je zwei Vertreter pro Region (und dabei je ein Vertreter der kommunalen Seite und der Leistungserbringer, darunter auf jeden Fall die koordinationsverantwortliche Person in der Region)
- die Aktion psychisch Kranke e.V. (immer der für das Landesprojekt zuständige Projektbegleiter sowie meistens zusätzlich ein oder zwei Mitglieder der Arbeitsgruppe Personenzentrierung und ein Mitglied des Vorstandes der Aktion Psychisch Kranke e.V.) sowie
- das Sozialministerium.

Diese Arbeitsgruppe hat insgesamt acht ganztägige Treffen reihum in den Projektregionen gehabt. Diese Treffen dienten im Schwerpunkt dem Austausch im Rahmen des Landesprojektes, darüber hinaus aber regelmäßig auch der Information über Entwicklungen in den Projekten der anderen Bundesländer und im Bundesprojekt sowie der Diskussion über aktuelle, für den Projektzusammenhang wichtige sozialpolitische Entwicklungen.

Zusätzlich wurden im Jahr 2003 zwei ganztägige Workshops durchgeführt, an denen jeweils größere Gruppen aus den Regionen (je fünf bis zehn Personen) teilgenommen haben. Damit sollte auch für interessierte Mitglieder der örtlichen Projektgruppen und der Hilfeplankonferenzen eine Möglichkeit geschaffen werden, an den Erfahrungen der jeweils anderen Regionen unmittelbar teilzuhaben.

Die dadurch hergestellte Vernetzung der Regionen hat ferner die Aufnahme bilateraler Kontakte zum Austausch in Einzelfragen und zur kollegialen Beratung bis hin zu Besuchen in anderen Regionen gefördert. Die Möglichkeit der Teilnahme an den Entwicklungen in anderen Regionen war immer wieder wichtig, um den Blick für Vor- und Nachteile unterschiedlicher Lösungsvarianten zu schärfen. Die Projektregionen beabsichtigen wegen der produktiven Wirkungen des Austauschs die Weiterführung von Arbeitstreffen.

3.5.2 Austausch auf Bundesebene

Ergänzend zu den Möglichkeiten im Rahmen des Landesprojektes gab es auf Bundesebene

- 2002 einen bundesweiten Workshop in Kassel für das Bundesprojekt und die Landesprojekte zum Austausch über die verschiedenen Umsetzungsebenen, insbesondere im Bereich der Hilfeplanung und deren regionaler Koordination, ferner
- im Juni 2003 den großen Abschlusskongress des Bundesprojektes in Kassel, an dem auch Vertreter aller Projektregionen des Landesprojektes teilgenommen und sich als Region präsentiert haben, mit dem thematischen Schwerpunkt der Verbundentwicklung, schließlich seither
- einen Diskussionsprozess zur Präzisierung der Kriterien für den Gemeindepsychiatrischen Verbund und zur Vorbereitung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände, um die Vernetzung zwischen den Verbänden zu intensivieren.

Schließlich steht für den Austausch von Materialien im Rahmen des Projektes auch eine eigene Internet-Seite der Aktion psychisch Kranke e.V.¹² zur Verfügung.

3.6 Begleitende Expertengruppe

Zur unterstützenden Begleitung des Projektes und zur Erörterung der damit verbundenen Grundsatzfragen wurde eine Expertengruppe gebildet unter Beteiligung von Vertretern der Versorgungspraxis, der freien Wohlfahrtspflege, der Krankenkassen, der Landeswohlfahrtsverbände, des Landkreistages und des Sozialministeriums. Diese Expertengruppe hat bis Projektende sechs Sitzungen gehabt.

Schwerpunkte waren dabei die Erörterung des jeweils aktuellen Sachstandsberichtes der Projektbegleitung sowie die Diskussion von für das Projekt wichtigen grundsätzlichen Fragen. Dazu gehörte insbesondere die oben bereits angesprochene Kontroverse hinsichtlich der Bewertung des IBRP-Verfahrens auch für Zwecke der Leistungsbemessung. In diesem Zusammenhang konnte ein Konsenspapier zur Anerkennung des IBRP für Zwecke der Hilfeplanung verabschiedet werden¹³. Ein weiterer Schwerpunkt war die Diskussion über die Auswirkun-

¹² Es handelt sich um die Seite www.apk-ev.de. Diese Seite ist bisher passwortgeschützt und nicht öffentlich zugänglich. Den Regionen stand diese Seite zur Verfügung, um dort Konzeptpapiere, Vereinbarungstexte, wichtige Protokolle etc. abzulegen bzw. entsprechende Unterlagen anderer Regionen einzusehen. Im Rahmen der geplanten BAG GPV soll diese Seite breiter zugänglich gemacht werden für den Materialaustausch.

¹³ Dazu ausführlicher siehe Kapitel 4.1.3.

gen der Kürzungen bei den Sozialpsychiatrischen Diensten sowie über das Konzept eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums als Möglichkeit der verbindlicheren Verknüpfung der ambulanten psychiatrischen Fachdienste.

3.7 Fortbildung

Bestandteil der Begleitung der Regionen war es schließlich auch, notwendige Fortbildungsangebote zu machen bzw. zu vermitteln. Das hat in verschiedenen Formen und für verschiedene Zielgruppen stattgefunden:

- Einführungsschulungen zur Handhabung des IBRP, teils durch den Projektbegleiter (Lörach), teils durch andere Fachkräfte (Ravensburg/Bodensee, Stuttgart).
- Reflexion der Erfahrungen mit der Handhabung des IBRP in zeitlichem Abstand zu bereits erfolgter Einführungsfortbildung (durch den Projektbegleiter in Zusammenarbeit mit dem Koordinationskreis zum IBRP in der Projektregion Reutlingen).
- Zwei Durchgänge von Multiplikatorenschulungen für Fachkräfte aus den Regionen, die bereits Erfahrung in der Handhabung des IBRP haben und qualifiziert werden sollen, ihrerseits fortbildend tätig zu werden. An beiden Durchgängen haben jeweils auch Fachkräfte aus den Projektregionen im Lande teilgenommen. Diese Schulungen finden in Zusammenarbeit zwischen der Aktion psychisch Kranke e.V. und der Fachhochschule Wiesbaden in Wiesbaden statt.
- Schließlich steht zur Unterstützung hinsichtlich der Handhabung des IBRP auch ein Angebot im Internet bereit¹⁴.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass es problematisch ist, die in Verbindung mit dem personenzentrierten Ansatz notwendige Fortbildung auf eine bloße Einweisung in einen Fragebogen zu reduzieren. Die Fragebogengestalt des IBRP könnte ein solches Verständnis nahe legen – aber das wäre ein fatales Missverständnis. Der IBRP ist Ausdruck einer bestimmten Grundhaltung von Professionellen gegenüber psychisch kranken Menschen. Der qualitätsentwickelnde Impuls, der mit seiner Einführung beabsichtigt ist, wird nur zum Tragen kommen, wenn im Kontext der Einführungsschulung eben diese Ebene der Grundhaltung auch tatsächlich erreicht und reflektiert werden kann.

Die Gestaltung der Fortbildungsangebote muss deshalb den Erfahrungshintergrund der Teilnehmenden aufnehmen und Raum für die Bearbeitung von Anwendungssituationen bieten. Die Schwierigkeiten in der Handhabung des IBRP liegen ja nicht in der Technik des Fragebogensausfüllens, sondern darin, die durch den IBRP aufgeworfenen Fragen in der Begegnung mit „schwierigen Menschen“ zu klären. Deswegen sollte nicht der Eindruck erweckt werden, als könnte die Handhabung personenzentrierter Hilfe allein aus Fachliteratur oder aus den Internet-Materialien gelernt werden.

¹⁴ Es handelt sich um die Seite www.ibrp-online.de. Diese Seite wurde aufgebaut von den Fachhochschulen Wiesbaden, Fulda und München in Zusammenarbeit mit der Aktion Psychisch Kranke e.V. Vorgehalten werden Schulungsmaterialien zur Einführung in die Arbeit mit dem IBRP selbst sowie zum thematischen Umfeld von Hilfeplanung und Gemeindepsychiatrischem Verbund. Die Schulungsmaterialien richten sich in der didaktischen Ausgestaltung in erster Linie an Studierende einschlägiger Studiengänge der Fachhochschulen, können aber auch berufserfahrenen Praktikern nützlich sein. Über diese Adresse können auch alle mit dem IBRP in Zusammenhang stehenden Bögen und Manuale herunter geladen werden. Die Seite ist frei zugänglich.

3.8 Einbeziehung der Betroffenen

Der personenzentrierte Ansatz strebt an, bei der Gestaltung der Hilfe vom individuellen Hilfebedarf auszugehen und die Bedürfnisse der Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen. Diese Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen muss natürlich auch bei der Ausgestaltung der Strukturen und Prozesse ihren Niederschlag finden. Für die Prozessgestaltung von Hilfeplanung waren im Rahmen des Projektes folgende Aspekte wichtig:

- Die Erstellung der individuellen Hilfeplanung soll mit dem betroffenen Menschen und nicht über ihn erfolgen. Dabei geht es nicht darum – dieses Missverständnis taucht gelegentlich auf –, dass der IBRP mit der Hilfe suchenden Person als Formular Punkt für Punkt in der Art eines Fragebogens durchgesprochen wird. Der IBRP repräsentiert vielmehr einen Gesprächsleitfaden, eine innere Systematik von Hilfeplanung, die nötigenfalls auch ohne Benutzung des Formulars gesprächsweise (und womöglich über einen längeren Zeitraum) bearbeitet und dann nachträglich in dem Formular zusammengefasst werden kann.
- Jede Art der fachdienstübergreifenden Abstimmung der Hilfeplanung und der Weitergabe der Ergebnisse bedarf des Einverständnisses der Hilfe suchenden Person.
- Die Hilfe suchende Person kann an dem sie betreffenden Teil der Hilfeplankonferenz teilnehmen und sich durch eine Person ihres Vertrauens begleiten oder vertreten lassen; ggf. kann auch die gesetzliche Betreuungsperson teilnehmen.
- Die Beteiligung von Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen als feste Mitglieder der Hilfeplankonferenzen wurde in einigen Regionen kurz diskutiert, dann aber nicht weiter verfolgt. Auch da, wo es organisierte Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen gibt, wurde eine solche Beteiligung bisher nicht für sinnvoll gehalten, von der Leistbarkeit einmal ganz abgesehen.

Wichtig war im Projekt die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen an der Projektsteuerungsgruppe. Dabei ist ein solches Mitwirkungsangebot allerdings konfrontiert mit dem örtlich je unterschiedlichen Organisationsgrad von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen. Insbesondere der Organisationsgrad der Psychiatrie-Erfahrenen ist in den Landkreisen gering.

- Nur in der Großstadt Stuttgart war es möglich, dass beide Gruppen durchgehend an der Projektsteuerungsgruppe beteiligt waren.
- In Reutlingen und Lörrach sind Vertreterinnen der Angehörigen jeweils beteiligt, während organisierte Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen bisher nicht benannt werden konnten.
- In der Region Ravensburg/Bodenseekreis sind Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen nicht als feste Mitglieder der Projektsteuerungsgruppe beteiligt. Es finden aber zweimal jährlich erweiterte Sitzungen dieser Projektsteuerungsgruppe statt, an denen dann jeweils auch mehrere Vertreter bzw. Vertreterinnen von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen teilnehmen. Ergänzend sind daran auch Patientenfürsprecher beteiligt. Ausgelöst durch die Diskussion dieser Partizipationsthematik sind im Bodenseekreis außerdem spezielle Aktivitäten gestartet worden, um die Selbstorganisation der Psychiatrie-Erfahrenen von Seiten des Landratsamtes zu unterstützen.

4 Umsetzung: Erfahrungen, Problemfelder, Empfehlungen

Im Folgenden werden die einzelnen Umsetzungsschritte, die Erfahrungen und Probleme sowie sich daraus ergebende Empfehlungen vorgestellt. Dabei wird Bezug genommen auf die bereits erwähnten Umsetzungsebenen. Diese Ebenen sind nicht als starres Nacheinander vorzustellen, sondern es bestehen vielfältige Wechselbeziehungen, und es gibt parallele Entwicklungsarbeit auf den verschiedenen Ebenen. Gleichwohl kann man sagen, dass in der ersten Hälfte des Projektes der Schwerpunkt in allen Regionen bei der individuellen Hilfeplanung und deren regionaler Koordination und Umsetzung lag, während in der zweiten Hälfte zusätzlich die verbundbezogenen Aspekte mehr Raum einnahmen.

4.1 Individuelle Hilfeplanung

Grundgedanke des personenzentrierten Ansatzes ist es, sowohl auf der Ebene des Einzelfalls wie auf der Ebene der regionalen Versorgung vom individuellen Hilfebedarf auszugehen. Daraus sollen die notwendigen Hilfeformen entwickelt und bemessen werden. Die bis heute weithin praktizierte „Zuordnung“ von Hilfe suchenden Personen zu einer Einrichtung, die „am ehesten“ zu passen scheint, soll abgelöst werden durch ein passgenau zusammengestelltes Bündel von Einzelmaßnahmen. Diese sollen als Komplexleistung koordiniert, idealtypisch aus einer Hand bzw. „wie aus einer Hand“ gewährt und in Hinblick auf ihre Wirkung periodisch kontrolliert und fortgeschrieben werden. Damit wird es notwendig, sich in einer Region (und dann auch mit den Leistungsträgern) auf ein Verfahren zu einigen, wie man sich über Hilfebedarf verständigen (und dann auch diesen bemessen) will.

4.1.1 Verständigung auf den IBRP

Der erste Schritt besteht also darin, sich zwischen den zusammenarbeitenden Einrichtungen und Diensten auf ein Verfahren der Hilfeplanung zu verständigen, das von allen Beteiligten akzeptiert wird. Dabei ist dann auch zu klären, für welchen Personenkreis es Anwendung finden soll. Im Rahmen des Projekts ist als Verfahren der IBRP vorgesehen.¹⁵ Diese Einigung auf ein einheitliches „Verständigungsverfahren“ ist als solche bereits ein erheblicher qualitativer Sprung in der regionalen Kooperationskultur.

¹⁵ Wenn hier von der Einführung des IBRP die Rede ist, dann ist immer der Bogen A1 (Übersichtsbogen) gemeint. Dies ist der eigentliche Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan. Ergänzend dazu hat die Kommission Personalbemessung seinerzeit weitere Bögen entwickelt, die alle als ergänzende Arbeitshilfen zu verstehen sind. So gibt es einen Bogen B zur Beschreibung der gegenwärtigen bzw. der angestrebten Wohnsituation, einen Bogen C zur Beschreibung der Tages- und Wochengestaltung und der dabei angestrebten Veränderungen, einen Bogen D als Leitfaden zur Erhebung der sozialen Situation und der Biographie (Anamnesebogen), den Bogen G zur Personalbemessung, den Bogen H zur klientenbezogenen Leistungsdokumentation und Bögen zur Klientenzufriedenheit, zur Lebensqualität und zur Charakterisierung des psychiatrischen Hilfesystems in Hinblick auf Patientenbedürfnisse. Das ganze Spektrum der Instrumente wird ausführlich erläutert in Volker Kauder/Aktion psychisch Kranke e.V. (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychosoziale Arbeitshilfen 11, Psychiatrie-Verlag Bonn 1997. - Der IBRP (Bogen A1) ist im Anhang des vorliegenden Berichts unter „Allgemeine Materialien“ abgebildet.

In den Projektregionen waren Ausgangssituation und Verlauf dieses Klärungsprozesses durchaus unterschiedlich:

- In Reutlingen und Ravensburg/Bodenseekreis hatte es in der Vorgeschichte bereits eine intensive Beschäftigung mit dem IBRP gegeben. Einführungsschulungen zum IBRP hatten in diesem Zusammenhang bereits vor Projektbeginn stattgefunden. Beteiligte Träger hatten bereits für sich entschieden, im internen Gebrauch den IBRP einzuführen. Die mit der Projektvereinbarung erfolgende förmliche Entscheidung für die übergreifende Einführung des IBRP war hier unkompliziert.
- In Lörrach gab es bei den örtlichen nicht-klinischen Fachdiensten ebenfalls eine Vorkenntnis des IBRP. Schulungen hatten hier noch nicht stattgefunden. Daher wurde hier zunächst durch den Projektbegleiter für die Fachkräfte eine mehrtägige Einführungsschulung (in zwei parallelen Gruppen) durchgeführt.
- In Stuttgart war die Verständigung auf den IBRP außerordentlich schwierig und lange strittig. Der Informationsstand über das Verfahren war zunächst enorm unterschiedlich. Während der IBRP bei den außerklinischen Fachdiensten überwiegend auf Zustimmung stieß und teilweise auch bereits gute Erfahrungen aus der internen Anwendung vorlagen, gab es vor allem bei den Kliniken und der Rehabilitationseinrichtung zunächst erhebliche Vorbehalte. Erst nach einem längeren Diskussionsprozess kam es zu einer Verständigung auf die Verwendung des IBRP „in der Regel“. Eine Einführungsschulung für eine größere Gruppe von Fachkräften konnte im Herbst 2003 stattfinden, eine weitere ist geplant für Frühjahr 2004.

Im weiteren Projektverlauf zeigte sich in allen Regionen, dass die Einführung des IBRP durch Trägerentscheidung und die Durchführung von Schulungen eine Sache sind und die tatsächliche und regelhafte Anwendung eine andere. Auch in den Regionen Reutlingen und Ravensburg/Bodenseekreis kam die regelhafte Anwendung des IBRP erst durch die Verknüpfung von IBRP und Hilfeplankonferenz in Gang. Durch die Hilfeplankonferenzen wurde der IBRP auch tatsächlich im übergreifenden Austausch der Fachdienste benutzt und eingefordert. Dadurch wurde in der Folge jeweils auch eine größere Zahl von Fachkräften mit der Notwendigkeit konfrontiert, mit dem IBRP umzugehen. Daraus ergab sich die Erfordernis von ergänzenden Schulungen, die sowohl in Reutlingen wie auch in Ravensburg/Bodenseekreis stattgefunden haben.

4.1.2 Erfahrungen bei der Anwendung des IBRP

Aus den Projekterfahrungen lassen sich einige Themenbereiche benennen, die bei Einführung vereinheitlichter Hilfeplanung auf Grundlage des IBRP besonders berücksichtigt werden sollten. Dabei sind zwei Komplexe zu unterscheiden:

4.1.2.1 Akzeptanz

Als eine wesentliche Erfahrung aus dem Projekt lässt sich festhalten, dass in keiner der Projektregionen fachlich-inhaltliche Einwände gegen die mit dem IBRP verfolgte Art der Hilfeplanung erhoben wurden. Vielmehr wurden regelmäßig von den Fachkräften, die bereits eine gewisse Umgangserfahrung mit dem Instrument erworben hatten, bestätigt, dass die Verwendung des IBRP zu einer qualitativen Verbesserung der Erfassung von Hilfebedarf führe und sich auf die Fachteams positiv auswirke.

Soweit Vorbehalte gegen die Akzeptanz des IBRP geäußert wurden, formulierten sie den Vorwurf der Bürokratisierung eines funktionierenden Systems von Hilfeplanung und machten sich vor allem am (befürchteten bzw. so erlebten) Mehraufwand fest. Nun ist unbestreitbar, dass der IBRP in der Einübungsphase einen gewissen Mehraufwand verursacht. Freilich ist dieser Aufwand gerade dadurch verursacht, dass eine bestimmte Systematik sowie die Einbeziehung verschiedener Beteiligter notwendig ist, also durch die qualitativen Anforderungen des Verfahrens. Eine integrierte, d.h. alle Lebensbereiche berücksichtigende Hilfeplanung ist zweifellos aufwendiger als eine bloße Weitervermittlung.

Für den Prozess der Einführung entscheidend ist zunächst einmal, dass jedenfalls für eine Mehrzahl der beteiligten Fachkräfte der tatsächliche praktische Nutzen eines integrierten und in der Region vereinheitlichten Verfahrens plausibel wird. Dazu gehört, dass ein etwaiger relativer Mehraufwand in der Phase der Hilfeplanung in Beziehung gesetzt werden kann zu erspartem Aufwand durch erleichterte Kooperation und bessere Mitwirkung aller Beteiligten im weiteren Verlauf. Damit ist auch schon eine potentielle Konfliktstelle umschrieben, denn diese Einsicht ist natürlich immer dann leichter möglich, wenn die Fachkraft, die die Hilfeplanung durchführt, auch am weiteren Verlauf beteiligt ist und den Nutzen unmittelbar erfährt. Demgegenüber empfanden beteiligte Kliniksozialdienste teilweise die Anforderungen des Hilfeplanungsverfahrens als zugemuteten Mehraufwand angesichts von erheblichem Entlassungsdruck, ohne dass sie im weiteren Verlauf auch selbst eine Entlastung durch geordnetere Abläufe erfahren konnten.

Die Frage nach dem Aufwand ist berechtigt und notwendig. Freilich muss ein unterstellter (und dann gelegentlich auch bis zur Karikatur übertriebener) Mehraufwand bisweilen auch dazu herhalten, einen Widerstand zu begründen, der erkennbar auch noch andere Hintergründe hat. Die Einführung des IBRP und seine Verwendung in der übergreifenden Zusammenarbeit macht die Arbeitsweisen nicht nur der beteiligten Fachdienste, sondern auch ganz konkret der beteiligten Fachkräfte transparent und setzt sie auch ausgesprochenen oder unausgesprochenen Bewertungen aus. Das kann (und soll ja auch!) einen anspornenden Effekt haben, indem es die Anstrengung mobilisiert, den angestrebten Qualitätsmerkmalen der Arbeit tatsächlich zu entsprechen. Das kann aber auch kippen, als Bloßstellung erlebt werden und Widerstand gegen das Verfahren wecken. Daraus ergeben sich insbesondere Anforderungen an die „klimatische Ausbalancierung“ der Hilfeplankonferenzen.

4.1.2.2 Handhabung

Die Einführung des IBRP erfordert eine Einführungsschulung, die über die bloße Erläuterung des Bogens deutlich hinausgeht. Der IBRP ist in seiner Ausgestaltung erst verständlich vor dem Hintergrund der Philosophie des personenzentrierten Ansatzes und kann daher nicht einfach nur instrumentell angeeignet werden.

Wünschenswert ist es, die Anwendung des Verfahrens anhand von Fallbeispielen aus der Praxis einzuüben und es damit in die Gestaltung von Begegnungs- und Beratungssituationen zu integrieren. Notwendig ist es ferner, nach erster eigener Erfahrung in der Anwendung eine Gelegenheit zur Reflexion dieser Erfahrungen und zur Klärung von aus der Anwendung entstandenen Fragen zu geben.

Manche Unsicherheiten in der Handhabung des IBRP lassen erkennen, dass es in Wirklichkeit nicht um das Instrument geht, sondern dass das Instrument lediglich zu Tage fördert, dass grundlegendere Unsicherheiten in der Gesprächsführung oder in der Beziehungsaufnahme zu

Klientinnen und Klienten mit bestimmten Störungsbildern bestehen. Das muss die Gestaltung von Fortbildung berücksichtigen. Eine reine Einweisung in die Formular-Handhabung greift zu kurz.

Eine der größten Schwierigkeiten scheint darin zu liegen, sich wirklich auf eine zielorientierte Hilfeplanung einzustellen und zu verstehen, dass das Ziel nicht die Maßnahme ist. Notwendig ist zunächst die Formulierung von auf die Lebenswelt bezogenen Zielen auf einer Konkretisierungsebene, dass sie in einem vorzuschlagenden Zeitrahmen auch tatsächlich überprüfbar werden. Dieser Schritt wird leicht übersprungen durch die bloße Benennung einer Maßnahmeform in Verbindung mit der Benennung von Zielen auf einer Abstraktionsebene, die immer richtig ist („Betreutes Wohnen zur Verbesserung der Selbständigkeit“).

Ein anderes Missverständnis kommt auch vor: der IBRP wird als ein Fragebogen verstanden, der systematisch von vorne bis hinten, vollständig und womöglich in einer Sitzung auszufüllen sei. Dies ist dann meist verbunden mit dem Einwand, dass einem solchen Verfahren die meisten Klientinnen und Klienten nicht gewachsen seien. Damit wird freilich der Sinn des IBRP als verdichteter Gesprächsleitfaden verfehlt. Der IBRP ist die Konkretisierung einer Grundhaltung zu einem (nur scheinbar technischen) Instrument. Wenn dieses Instrument eingeführt wird, kann (und darf) es nicht ausbleiben, dass auch die dahinter stehende Grundhaltung zum Thema wird; andernfalls besteht die Gefahr, dass der IBRP auf ein Formularschema reduziert und zu einer Karikatur seiner selbst wird.

4.1.2.3 Notwendigkeit fortlaufender Qualitätssicherung

Die Tatsache, dass die Einführung des IBRP durchaus auch Probleme zutage fördern kann, zeigt, dass er tatsächlich das wirksame Instrument der Qualitätsentwicklung ist, als das er ja auch gemeint ist. Die Einführung von Qualitätsstandards muss, wenn sie wirksam sein soll, auch „Reibung“ auslösen und soll Anpassungsprozesse anstoßen. Damit wird auch deutlich, dass es mit der bloßen Einführungsentscheidung nicht getan ist. Personenzentrierte Hilfeplanung in der Region erfordert auch nach der Einführung Maßnahmen zur weiteren Entwicklung bzw. Erhaltung der Qualität der Arbeit.

Diese Erkenntnis hat in zwei Projektregionen bereits dazu geführt, dass dafür Arbeitsformen gefunden wurden.

- In Reutlingen war bereits in der Vorgeschichte ein Arbeitskreis von Einrichtungsvertretern gebildet worden, der sich mit Fragen der IBRP-Anwendung befasste. Dieser Arbeitskreis wurde im Jahr 2002 so vervollständigt, dass alle Einrichtungen und Dienste in der Region vertreten waren. Dieser Arbeitskreis wurde von der Projektsteuerungsgruppe als „Koordinationskreis IBRP“ beauftragt, sich um die Einheitlichkeit der Handhabung der Hilfeplanung und die dazu erforderlichen Fortbildungsaktivitäten zu kümmern¹⁶. Er hat unter anderem auch einen eigenen Leitfaden zur Handhabung des IBRP¹⁷ zusammenge-

¹⁶ Die Leitlinien für die Arbeit des Koordinationskreises finden sich im Anhang dieses Berichtes (Materialien der Projektregion Reutlingen).

¹⁷ Manfred Kober, Dierk Otto, Wolfgang Trauner, Gustav-Werner-Stiftung zum Bruderhaus und Haus am Berg gGmbH (Hg.): IBRP-Leitfaden für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Betreuungs- und Pflegedienst zur praktischen Anwendung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans IBRP. September 2003. Dieser zunächst nur für Reutlingen entwickelte Leitfaden steht zwischenzeitlich auch den anderen Projektregionen zur Verfügung.

stellt auf der Grundlage der vorliegenden Arbeitshilfen der Aktion psychisch Kranke e.V.¹⁸ sowie von verschiedenen Schulungsmaterialien.

- Für die Region Ravensburg/Bodenseekreis wurde im Jahr 2003 ebenfalls durch die dortige Projektsteuerungsgruppe ein solcher Koordinationskreis initiiert.

4.1.3 Zum Status des IBRP gegenüber dem Leistungsträger

Der IBRP als Instrument der Hilfeplanung wird ergänzt durch ein Instrument zur Leistungsbemessung (Personalbemessungsbogen). Das darin vorgeschlagene Verfahren der Leistungsbemessung erfolgt nicht über einrichtungsbezogene Leistungstypen, sondern über funktionsbezogene Leistungstypen und Zeitklassen. Wie oben schon kurz erwähnt hat sich das Implementationsprojekt in Baden-Württemberg wegen der fehlenden Akzeptanz für das Instrument der Leistungsbemessung bei den Landeswohlfahrtsverbänden auf die Einführung des IBRP als Instrument der qualitativen Hilfeplanung beschränkt.

In den Regionen hat das zur Folge, dass parallel zur Hilfeplanung mit dem IBRP zusätzlich auch eine Einstufung des Hilfebedarfs mit dem Formblatt Hb („Hilfebedarf“) erforderlich ist, das dafür den „Erhebungsbogen nach Dr. Metzler“ enthält¹⁹. Diese Einstufung erfolgt zwischenzeitlich zwar nicht mehr durch die psychiatrischen Fachdienste, sondern durch die Fachkräfte des Medizinisch-pädagogischen Fachdienstes der Landeswohlfahrtsverbände. Gleichwohl führt das zu einer zusätzlichen „Verfahrensschleife“. An der Basis erforderte diese Situation immer wieder die Erläuterung des Nebeneinanders der beiden Verfahren. Dabei besteht bei der vorgenommenen Beschränkung der Anwendung des IBRP auf die qualitative Hilfeplanung eigentlich kein Widerspruch zwischen den beiden Verfahren; von Frau Dr. Metzler selbst ist immer wieder betont worden, dass die Anwendung ihres Verfahrens eine Hilfeplanung nicht ersetzt, sondern voraussetzt.

Vor diesem Hintergrund wurde das Verhältnis der beiden Verfahren in der begleitenden Expertengruppe des Projektes erörtert. Es wurde dazu ein Konsenspapier erarbeitet und in der Sitzung am 10. Juli 2003 einvernehmlich verabschiedet. Der Text lautet wie folgt:

„1. Vergleich der Instrumente

Das HMB-Verfahren und der IBRP folgen einer gleichen Grundhaltung der Orientierung am Bedarf von Personen statt am Personalbedarf von Einrichtungen.

Das HMB-Verfahren dient der Gewinnung von Anhaltspunkten zur quantitativen Bestimmung des Bedarfs an Hilfen zur Teilhabe an der Gesellschaft durch Zuordnung zu einer Gruppe von

¹⁸ Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Publikationen: Volker Kauder/Aktion psychisch Kranke e.V. (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychosoziale Arbeitshilfen 11, Psychiatrie-Verlag Bonn 1997 sowie Petra Gromann, Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung – ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Psychosoziale Arbeitshilfen 17, Psychiatrie-Verlag Bonn 2001; ferner die Internet-Seite www.ibrp-online.de.

¹⁹ Formblatt Hb in der Fassung von 05/1999, im Bereich des LWV Württemberg-Hohenzollern im Jahr 2003 in Gebrauch. Das Verfahren wurde entwickelt zur Zuordnung zu einer Hilfebedarfsgruppe von Frau Dr. Metzler, Universität Tübingen, daher vielfach auch abgekürzt als Metzler-Verfahren bezeichnet. Offiziell ist die Abkürzung HMB-Verfahren in Gebrauch (**H**ilfebedarf von **M**enschen mit **B**ehinderungen), die aber im Formblatt Hb nicht auftaucht. Eine Weiterentwicklung des Instrumentes (Version 2/2000) heißt „HMB-W“: **H**ilfebedarf von **M**enschen mit **B**ehinderung. Fragebogen zur Erhebung im Lebensbereich **W**ohnen/Individuelle Lebensgestaltung.“

Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf gemäß § 93d BSHG, aber nicht einer integrierten und zielgerichteten individuellen Hilfeplanung bzw. Gesamtplanung.

Der IBRP richtet sich primär auf die leistungsbereichsübergreifende qualitative individuelle Erhebung des Hilfebedarfs und die Hilfeplanung. Er ist ein Instrument zur fachlichen Hilfeplanung und leistungsträgerübergreifenden Hilfebedarfserhebung. Er dient in Baden-Württemberg nicht der Beschreibung des Umfangs der erforderlichen Hilfeleistungen bzw. der Zuordnung zu Hilfeempfängergruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf.

2. Individueller Hilfeplan

Zu einer individuellen Hilfeplanung im Bereich der Hilfe zur Teilhabe an der Gesellschaft ist eine umfassende Hilfeplanung notwendig, die leistungsbereichsübergreifend über

- *die aktuelle Problemlage bzw. Situation,*
- *die Ziele,*
- *die aktivierbaren Hilfen im Umfeld,*
- *das Vorgehen und*
- *die Zuständigkeit für die Leistungserbringung*

Auskunft gibt. Diese Bereiche werden im IBRP berücksichtigt.

Übereinstimmend wird der IBRP als vorbildliches Instrument zur Unterstützung der Gesamtplanung angesehen, das auch richtungweisend für andere Leistungsbereiche ist.

3. Zuordnung zu einer Gruppe von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf gemäß § 93d BSHG

Die Zuordnung zu einer Gruppe von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf erfolgt gemäß Rahmenvereinbarung gemäß § 93d BSHG in Baden-Württemberg nach dem HMB-Verfahren. Dieses ersetzt jedoch nicht eine individuelle Hilfeplanung gemäß Punkt 2, sondern benötigt eine fachliche individuelle Hilfeplanung als Grundlage.

4. Kompatibilität

Ein paralleler Einsatz der Verfahren HMB und IBRP ist möglich, da die eingesetzten Instrumente jeweils unterschiedliche Funktionen erfüllen.“

Damit ist klargestellt, dass der IBRP in der Form, in der er in Baden-Württemberg verwendet wird, die Funktion des Gesamtplans (siehe auch § 46 BSHG) hat und dass die beiden Verfahren sich in diesem Sinne ergänzen und nicht in einem Konkurrenzverhältnis stehen oder eine unnötige Verdoppelung von Aufwand darstellen.

Der Dissens, der sich auf die weitergehende Verwendung des IBRP auch als Instrument der Personalbemessung bezieht, besteht freilich fort. Als Haupteinwand gegen die Verwendung des IBRP auch für die Leistungsbemessung wurde von Vertretern der Landeswohlfahrtsverbände bisher vorgetragen, dass der IBRP in dieser Hinsicht nicht ausreichend objektiv sei, weil nicht sichergestellt sei, dass verschiedene Beurteiler im selben Fall auch zum selben Ergebnis hinsichtlich der Quantifizierung des Hilfebedarfs kommen würden. Dem wird entgegengehalten, dass der IBRP nicht entwickelt wurde als Verfahren der Fremdbegutachtung, sondern als Grundlage für eine diskursive Hilfeplanung, in deren Mittelpunkt die Klärung steht, welche Hilfen die Hilfe suchende Person jeweils gerade benötigt und auch bereit ist anzunehmen. In Verbindung mit dem Verfahren der Erörterung der Hilfepläne in der Hilfeplankonferenz entsteht ein Höchstmaß an Transparenz und Nachvollziehbarkeit.

Wünschenswert wäre es, wenn diese Auffassungsunterschiede geklärt werden könnten im Rahmen einer gemeinsam von Leistungserbringern und Leistungsträgern verantworteten Erprobung in einer oder mehreren Regionen. Dies entspricht auch dem Vorschlag, der sich aus dem Abschlussbericht des Liga-Projektes ergibt. Von der Seite der Landeswohlfahrtsverbände wird eine solche Erprobung bisher abgelehnt.

4.2 Regionale Koordination von Hilfeplanung und Leistungserbringung

Die Vereinheitlichung von personenzentrierter Hilfeplanung in der Region ist Mittel zum Zweck. Sie soll letztlich zu einer personenzentrierten und koordinierten Leistungserbringung führen. Dazu ist erforderlich

- die Begleitung der Hilfe suchenden Personen sowohl bei der Klärung ihres Hilfebedarfs als auch bei dem Prozess der Leistungsgewährung selbst, der wiederum zyklisch zu einer Überprüfung und Modifikation der Hilfeplanung führt (das ist die Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson),
- die Abstimmung der Leistungserbringung auf der Basis einer vorliegenden Hilfeplanung (das ist die Aufgabe der Hilfeplankonferenz),
- die tatsächliche Sicherstellung einer passgenauen Leistungserbringung (das ist Aufgabe der Leistungserbringer).

4.2.1 Die koordinierende Bezugsperson

4.2.1.1 Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson

Menschen mit komplexem Hilfebedarf benötigen koordinierende Unterstützung in zweierlei Hinsicht, sofern sie die notwendige Koordination verschiedener Einzelhilfen aus Gründen der psychischen Erkrankung zeitweise oder dauernd nicht selbst wahrnehmen können:

- Koordination im Querschnitt, d.h. Koordination der parallel in den verschiedenen Lebensbereichen notwendigen Hilfen,
- Koordination im Längsschnitt, d.h. Koordination der verschiedenen aneinander anschließenden Hilfen im zeitlichen Verlauf. Anzustreben ist, dass dies verbunden ist mit persönlicher Kontinuität der Begleitung. Freilich scheitert dies häufig noch an den institutionellen Grenzen, die z.B. verhindern, dass Fachkräfte übergreifend ambulant und stationär tätig werden können. Mindestanforderung ist in dieser Situation, dass es eine Kontinuität des Roten Fadens gibt.

Diese Koordinationsleistungen sind umso wichtiger, als dem Hilfesystem eine Tendenz zu immer weiterer Spezialisierung und damit verbunden auch Fragmentierung innewohnt, die die Orientierung selbst für Fachkräfte erschwert, das Zusammenwirken verschiedener Einzelhilfen behindert und damit auch ökonomisch problematische Auswirkungen hat. Dieser Tendenz ist mit einer Integrationsanstrengung entgegenzuwirken. Vor diesem Hintergrund sind regionale Vereinbarungen über die Koordinationstätigkeit von Bezugspersonen bedeutsam.

Im ersten Schritt geht es darum, dass die beteiligten Einrichtungen und Dienste sicherstellen, dass Hilfe suchende Personen eine für sie klar erkennbare Ansprechperson haben, auf die sie sich beziehen können („Bezugsperson“) und von der sie unterstellen können, dass sie sich mit ihrer Geschichte und ihrem Anliegen vertraut macht, dass sie die jeweils relevanten Leistungen selbst erbringt bzw. bei der Ermittlung und Realisierung notwendiger weiterer Leistungen

unterstützt. Dieses „Bezugspersonenprinzip“ ist mittlerweile als Konzept weitgehend Allgemeingut und unstrittig, was aber nicht bedeutet, dass es in der Praxis immer gelebt wird.

Unproblematisch und selbstverständlich scheint die Handhabung überall da zu funktionieren, wo Hilfe in Maßnahmeform geleistet wird (z.B. Betreutes Wohnen, Wohnheim etc.). Problematisch wird es vor allem dann, wenn hilfebedürftige Personen von sich aus eher ambivalent oder ablehnend auf Unterstützungsangebote reagieren und von sich aus den Kontakt nicht halten. Dies passiert insbesondere leicht beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich. Gerade hier soll die Vereinbarung einer Bezugsperson für eine klare Zuständigkeit sorgen, falls weitere Unterstützung erforderlich ist. Denn es besteht die Gefahr, dass bei den Fachdiensten das „Zuständigkeitsgefühl“ sonst abreißt. Freilich stößt Fallkoordination gerade in den Fällen, in denen sie besonders wichtig und niedrigschwellig-nachgehend notwendig wäre, an Kapazitätsgrenzen bei den dafür in erster Linie zuständigen Sozialpsychiatrischen Diensten.

Immer dann, wenn Leistungen von verschiedenen Stellen erbracht werden, wenn also auch verschiedene Bezugspersonen beteiligt sind, ist es notwendig, dass zwischen diesen Bezugspersonen geklärt wird, wer die Koordination übernimmt. Diese Koordination beinhaltet vor allem die Federführung für die Erstellung und Fortschreibung der Hilfeplanung, die Abstimmung der Hilfeplanung mit den relevanten Fachdiensten und dem persönlichen Umfeld der Hilfe suchenden Person und den fortlaufenden Kontakt zu den Beteiligten im Prozess der Leistungserbringung. Das ist gemeint mit der Funktion „koordinierende Bezugsperson“.

4.2.1.2 Notwendige Klärungen im Prozess der Einführung

Im Prozess der Einführung der Funktion „koordinierende Bezugsperson“ kommt es hier bisweilen zu Missverständnissen und Unklarheiten:

- „Zusätzliche Aufgabe“

Bei genauer Betrachtung handelt es sich hier keineswegs um eine zusätzliche Aufgabe. Vielmehr ist es eigentlich eine Selbstverständlichkeit, dass Fachkräfte im Interesse ihrer Klientinnen und Klienten und natürlich auch im eigenen fachlichen Interesse daran interessiert sein müssen, welche Ziele andere Personen (seien es andere Fachkräfte oder „nicht-psychiatrische Bezugspersonen“ wie Angehörige, Lebenspartner, Vorgesetzte und Kollegen am Arbeitsplatz usw.) verfolgen, die im selben Einzelfall tätig bzw. beteiligt sind. Alle Beteiligten müssen eigentlich daran interessiert sein, dass die Aktivitäten anderer Beteiligter dem eigenen Handeln nicht entgegenlaufen, sondern gleichsinnig wirken.

Es geht hier nicht bloß um organisatorische Absprachen, sondern um die Herstellung eines „ausgerichteten Kräftefeldes“, um die Herstellung eines gemeinsamen affektiv-kognitiven Bezugssystems im Sinn von Ciompi²⁰. In diesem Sinne ist die Tätigkeit der koordinierenden

²⁰ Ciompi hat dies in verschiedenen Publikationen bereits in den 80er Jahren sehr hervorgehoben. Vgl. dazu beispielsweise Luc Ciompi: Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie: Konvergierende neue Konzepte. In: W.Böcker/H.D.Brenner (Hg.): Bewältigung der Schizophrenie, Bern 1986, S. 47-61. Dort fasst Ciompi zusammen: „In Schizophrenen und um sie herum, d.h. bei Angehörigen, Betreuern usw. herrscht meistens ein affektiv-kognitiv hochgradig verwirrliches Durcheinander von widersprüchlichen Vorstellungen, Meinungen, Hoffnungen und Befürchtungen. Dieses konfuse und deshalb kontraproduktive Umfeld soll durch alle oben angeführten Maßnahmen entspannt, beruhigt und sowohl kognitiv wie affektiv ähnlich wie ein magnetisches Kraftfeld auf gemeinsame Erwartungen und Ziele hin sozusagen „polarisiert“ werden. Dadurch entsteht ein nicht nur äußerlich, sondern auch inner-

Bezugsperson fallbezogen nicht nur kein Mehraufwand, sondern im Interesse einer wirksamen und ökonomischen Arbeit geradezu zwingend notwendig. Koordinierte Tätigkeit ist eine Sparmaßnahme, kein Mehraufwand.

- „Aufgabe eines speziellen Fachdienstes“

Es soll keineswegs ein spezieller Fachdienst für die Fallkoordination geschaffen werden. Es ist auch nicht sinnvoll, einen speziellen Fachdienst dafür als generell zuständig zu erklären (z.B. den Sozialpsychiatrischen Dienst), denn das würde unnötige Doppelstrukturen schaffen. Sinnvoll ist, dass eine Bezugsperson, die ohnehin mit umfassender bzw. längerfristiger Perspektive im Einzelfall tätig ist, auch die Koordinationsaufgabe übernimmt. Das kann je nach Einzelfall sinnvollerweise eine Fachkraft aus dem Betreuten Wohnen, dem Wohnheim, dem Pflegedienst usw. und natürlich auch aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst sein. Immer dann, wenn ein Kontakt zu einem außerklinischen Fachdienst mit einem weiterreichenden Unterstützungsangebot nicht oder noch nicht besteht, ist die Begleitung und nötigenfalls die Einleitung weitergehender Hilfe genuine Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der in diesem Sinne eine Art „Auffangzuständigkeit“ in der Region hat.

- Verhältnis zur Fallsteuerung des Leistungsträgers

Die Sozialleistungsträger entwickeln zunehmend eigene Formen des Fallmanagements. Die Aufgaben des Fallmanagements durch den Leistungsträger und die Tätigkeit der koordinierenden Bezugsperson können sich wechselseitig nicht ersetzen, sondern sollten sich gegenseitig ergänzen. In der Praxis spielt das Fallmanagement durch den Leistungsträger im Bereich der Sozialhilfe bisher eine mehr oder weniger auf das Erteilen von Leistungszusagen begrenzte Rolle, was zweifellos auch wesentlich mit der fehlenden Präsenz der Leistungsträgerverwaltung in den Versorgungsregionen zu tun hat. Dieses Thema wird sich zweifellos mit dem Zuständigkeitsübergang auf die kreiskommunale Ebene mit neuer Deutlichkeit stellen. Teilweise werden auch die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger gemäß SGB IX als potentielle Fallsteuerungsinstanzen gesehen. Nach den Erfahrungen aus den Projektregionen beschränken sich diese Stellen aber bisher auf Auskunft, Beratung und Verweisung. Von der Wahrnehmung einer weitergehenden, aktiven Fallsteuerung sind Ansätze jedenfalls in den Projektregionen bisher nicht erkennbar.

Im Rahmen des Projektes ging es in den Projektregionen darum, klare Vereinbarungen zur Handhabung in der Region zu treffen, insbesondere auch zu der oben beschriebenen Auffangzuständigkeit. Dass diese im Zweifelsfall von der Systematik her dem Sozialpsychiatrischen Dienst zukommt, war in den Regionen dabei unstrittig, gleichzeitig wurde deutlich, dass diese Aufgabe angesichts der begrenzten und durch die Kürzung der Landesförderung noch weiter reduzierten Kapazität real nicht so wahrgenommen werden kann, wie es notwendig wäre. Das gilt vor allem für die nicht wenigen Fälle, in denen der erkennbare Hilfebedarf und die subjektive Bereitschaft zur Annahme von Hilfe sich nicht entsprechen und ein aktiv-aufsuchendes Tätigwerden eines ambulanten Fachdienstes notwendig ist, um den Kontakt als Bezugsperson überhaupt herzustellen bzw. zu halten.

In Reutlingen gab es bereits aus der Vorgeschichte eine Vereinbarung über die Einführung der koordinierenden Bezugsperson, die im Rahmen des Projektes überprüft wurde. In Ra-

psychisch ordnend und klärend wirkendes, einheitliches „therapeutisches Gefälle“ in der erwünschten Richtung“ (S. 57 f.).

vensburg/Bodenseekreis wurde gegen Ende des Projektes eine Aufgabenbeschreibung erstellt.²¹

Die Einführung der Rolle der koordinierenden Bezugsperson ist in allen Projektregionen erfolgt. Tatsächlich sichergestellt ist, wenn Hilfeplanungen in der Hilfeplankonferenz erörtert werden, dass jeweils für alle Beteiligten klar ist, wer als koordinierende Bezugsperson zuständig ist. Dies ist ein wichtiger Qualitätsfortschritt.

4.2.1.3 Persönliche Kontinuität der Begleitung

In einem nächsten Schritt geht es darum, dass nicht nur die Koordination im Längsschnitt wie im Querschnitt funktional sichergestellt ist, sondern dass dies auch mit einer tatsächlichen persönlichen Kontinuität in der Begleitung verbunden ist. Solche weitergehenden Ziele lassen sich bisher allerdings nur begrenzt realisieren. Insbesondere der Wechsel der Hilfeform von ambulant nach stationär zieht in der Regel auch einen Wechsel der koordinierenden Bezugsperson nach sich; gerade in einer solchen Phase schwerwiegender Veränderung für Klienten bzw. Klientinnen wäre Betreuungskontinuität sehr wünschenswert. Bei Wechsel in der umgekehrten Richtung, also von stationär nach ambulant, scheint die Kontinuität der Bezugsperson leichter sicherzustellen zu sein, vor allem wenn es sich um Einrichtungen desselben Trägers handelt.

4.2.2 Die Hilfeplankonferenz

Ein Herzstück des Projektes war die Einführung von Hilfeplankonferenzen in den Projektregionen. Herzstück deswegen,

- weil erst die Hilfeplankonferenz den einrichtungsübergreifenden Gebrauch des vereinbarten Instrumentes (des IBRP) als Grundlage für die Verständigung über Hilfebedarf institutionalisiert und
- weil die Hilfeplankonferenz die Verknüpfung darstellt zwischen der Ebene des Einzelfalls und der Ebene des regionalen Hilfesystems: indem der Einzelfall auf die Möglichkeiten des Hilfesystems bezogen wird, werden dessen Schwierigkeiten deutlich, bestimmte Hilfebedarfe angemessen zu beantworten. Daraus ergeben sich sehr konkrete Impulse zur Weiterentwicklung des Hilfesystems.

Die Hilfeplankonferenz ist „die Hand am Puls der Versorgung“: das Instrument, das sich der Gemeindepsychiatrische Verbund schafft, um die von ihm übernommene Versorgungsaufgabe zu bewältigen. Erst wenn es einen Ort gibt, an dem es möglich ist, Versorgungsanforderungen einzelfallbezogen zu konkretisieren, wird die Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung (die ja bei der gegenwärtigen Rechtslage lediglich eine kollektive Selbstverpflichtung ist) praktisch nachvollziehbar und überprüfbar. Die im Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenwirkenden Leistungserbringer bringen sich damit selbst in einen fruchtbaren Handlungszwang hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Strukturen.

Die Etablierung der Hilfeplankonferenzen in den einzelnen Projektregionen sah wie folgt aus:

- In der Projektregion Ravensburg/Bodenseekreis gab es bereits eine Aufnahmekonferenz des Wohnverbundes und damit auch Vorerfahrung in der einrichtungsübergreifenden und

²¹ Siehe Merkblatt für die koordinierende Bezugsperson im Anhang, Materialien der Projektregion Ravensburg/Bodenseekreis.

einzelfallbezogenen Abstimmung. Diese Aufnahmekonferenz wurde bereits im Februar 2002 zur Hilfeplankonferenz umgewandelt und gleichzeitig entlang der Sektorenaufteilung des Zentrums für Psychiatrie Weissenau aufgeteilt. Im Landkreis Ravensburg besteht je eine Hilfeplankonferenz für die Sektoren Ravensburg-West (entspricht etwa dem Altkreis Ravensburg, tagt im Zentrum für Psychiatrie Weissenau) und Ravensburg-Ost (entspricht etwa dem Altkreis Wangen, tagt in Wangen). Für den Bodenseekreis hat sich eine Unterteilung angesichts niedrigerer Fallzahlen bisher nicht als notwendig erwiesen; hier besteht eine Hilfeplankonferenz, die in Friedrichshafen tagt. Die Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz erfolgt durch Koordinatorinnen, die im Umfang einer 25%-Stelle pro Kreis durch eine Umlage von den beteiligten Trägern finanziert werden; dabei handelt es sich in beiden Fällen um Fachkräfte, die im übrigen zum Sozialdienst des Zentrums für Psychiatrie gehören. Die Moderation der Hilfeplankonferenz erfolgt durch den kreiskommunalen Psychiatriekoordinator (Bodenseekreis) bzw. die Psychiatriekoordinatorin (Kreis Ravensburg).

- In Reutlingen wurden die Hilfeplankonferenzen im Juli 2002 konstituiert. Es bestehen zwei Versorgungssektoren, denen je eine Hilfeplankonferenz zugeordnet ist. Der Sektor Reutlingen/Umland umfasst den städtischen Ballungsraum um Reutlingen und mit ca. 200.000 Einwohnern auch den größten Teil der Bevölkerung, während der Sektor Alb/Oberes Ermstal den wesentlich dünner besiedelten, aber flächenmäßig weitläufigen ländlichen Teil des Landkreises mit ca. 80.000 Einwohnern umfasst. Die Geschäftsführung erfolgt durch das Landratsamt, die Moderation erfolgte im ersten Jahr durch die Sozialdezernentin, seit Besetzung einer eigenen Stelle für Sozialplanung und Koordination in den Bereichen Psychiatrie, Sucht und Behindertenhilfe im Landratsamt durch diese Stelle.
- In Lörrach hat die Hilfeplankonferenz ihre Arbeit im Oktober 2002 aufgenommen. Eine Sektorisierung des Landkreises besteht bisher nicht, die Frage einer Aufteilung der Hilfeplankonferenz hat sich bisher nicht gestellt. Die Geschäftsführung und Moderation erfolgte von Anfang an durch die neu eingerichtete Fachstelle für Koordination im Bereich Psychiatrie und Behindertenhilfe im Landratsamt.
- In Stuttgart hat sich eine Hilfeplankonferenz für die ganze Stadt im Januar 2004 konstituiert. In der Vorgeschichte gab es drei regionale Aufnahmegremien, die nun durch die Hilfeplankonferenz ersetzt werden. Angesichts der zu erwartenden Fallzahlen wird hier die Frage einer Aufteilung zweifellos anhand der Erfahrungen noch zu diskutieren sein. Die Geschäftsführung und Moderation erfolgt durch eine Geschäftsstelle beim Sozialpsychiatrischen Dienst, die gemeinsam von Evangelischer Gesellschaft und Caritas organisiert und getragen wird. Die beiden Verbände haben für den Aufwand in der Startphase eine Förderung aus Stiftungsmitteln beantragt und zwischenzeitlich erhalten.

In den folgenden Abschnitten werden wichtige Themen im Prozess der Einführung von Hilfeplankonferenzen vorgestellt.

4.2.2.1 Zusammensetzung

Die Hilfeplankonferenzen setzen sich aus Vertretungspersonen der an der Versorgung psychisch kranker Menschen in der Region beteiligten Einrichtungen und Dienste zusammen. Da alle Regionen sich zunächst auf die Allgemeinpsychiatrie konzentriert haben, sind die für diesen Bereich relevanten Einrichtungen und Dienste vertreten. Das schließt sowohl die eher

abgebenden Einrichtungen (insbesondere die Kliniken) wie auch die eher aufnehmenden bzw. übernehmenden Fachdienste ein. Dabei ergibt sich gleichzeitig eine multiprofessionelle Zusammensetzung.

In allen Regionen haben die beteiligten Träger Fachkräfte als feste Mitglieder benannt, die auch befugt sind, hinsichtlich der Aufnahme bzw. Übernahme im Einzelfall Entscheidungen zu treffen. Beides, sowohl die Benennung fester Mitglieder wie deren geklärtes Mandat, sind Voraussetzungen für die Funktionsfähigkeit des Gremiums. Dadurch entsteht ein Gremium, in dem ein hohes Maß an Sachverstand und fachlicher Verbindlichkeit gebündelt ist.

Für die Hilfeplankonferenz kann sich in diesem Zusammenhang vor allem in Regionen mit einem sehr ausdifferenzierten Hilfesystem ein Zielkonflikt zwischen Vollständigkeit der Beteiligung und Arbeitsökonomie ergeben. Die Abstimmung integrierter Hilfeplanung erfordert, dass die wesentlichen Leistungsbereiche und fachlichen Blickwinkel auch in der Hilfeplankonferenz repräsentiert sind. Nur auf einer solchen Grundlage sind nötigenfalls auch Modifikationen von Hilfeplanungen überhaupt möglich. Einzelne Fachdienste entwickeln von sich aus das Interesse, auch selbst in der Hilfeplankonferenz vertreten zu sein und sich nicht durch einen „Bereichsvertreter“ repräsentieren zu lassen. Freilich kann so eine relativ große Konferenzrunde entstehen und die Frage nach dem angemessenen Aufwand nahe legen. Hier musste in den Regionen jeweils nach tragfähigen Lösungen gesucht werden. Die Erfahrung zeigt, dass nach der anfänglichen Phase der Vertrauensbildung Lösungen in der Weise möglich werden, dass Vertreter benannt werden, die jeweils eine gewisse Bandbreite abdecken können (sei es für einen bestimmten Träger oder auch für eine bestimmte Hilfeform, z.B. für das betreute Wohnen mehrerer Träger).

Was die Mitwirkung der verschiedenen Fachdienste und Einrichtungen in der Hilfeplankonferenz betrifft, gibt es lediglich eine durchgängige Ausnahme: die niedergelassenen Psychiater sind nirgendwo in der Hilfeplankonferenz vertreten, weil die Eigengesetzlichkeiten des Praxisbetriebs offenbar eine solche regelmäßige Mitwirkung (für die es ja auch keine eigene Abrechnungsmöglichkeit gibt) nicht zulassen.

Dabei ist es wichtig, dass die Hilfeplankonferenzen in ihrer Zusammensetzung auch die Multiprofessionalität psychiatrischer Hilfen wenigstens annäherungsweise abbilden, da sie ja umfassende Empfehlungen zur Leistungserbringung abgeben sollen. So wurde in Reutlingen angesichts der fehlenden Mitwirkung eines im ambulanten Bereich tätigen Psychiaters ausdrücklich dafür gesorgt, dass auch ein Facharzt aus der Münsterklinik Zwiefalten zusätzlich zum Sozialdienst regelmäßig an den Hilfeplankonferenzen teilnimmt, und zwar nicht in erster Linie als Vertreter der Klinik, sondern zur Wahrnehmung der ärztlich-psychiatrischen Perspektive.

Klärungsbedürftig war jeweils die Frage, in welcher Weise bzw. in welchem Umfang Vertreter für den Bereich von Beschäftigung und Arbeit einbezogen werden können bzw. sollen. In allen Regionen (außer Stuttgart, wo man sich verständigt hat auf den Schwerpunkt Wohnen) sind die örtlichen Werkstätten für psychisch Behinderte beteiligt. Die Beteiligung der weiteren Fachdienste war jeweils zu diskutieren und, je mehr sie auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet und damit nicht allein auf psychisch kranke Menschen spezialisiert sind, desto schwieriger zu regeln. In Reutlingen haben sich zwischenzeitlich die Vertreter des Arbeitsbereichs zusammengefunden und sind im Begriff, eine gemeinsame Vertretung des Funktionsbereichs Arbeit in den Hilfeplankonferenzen zu organisieren.

4.2.2.2 Beteiligung der Leistungsträger

Die Hilfeplankonferenz wird verstanden als ein Fachgremium derjenigen, die in der Region Versorgungsverantwortung übernommen haben, mit der Aufgabe, einen fachlich begründeten Vorschlag für die Leistungserbringung untereinander abzustimmen und dem zuständigen Leistungsträger weiterzugeben. Die Mitwirkung der Leistungsträger wird angestrebt. Dabei ist wichtig, dass die unterschiedlichen Rollen nicht verwischt werden.

- Die Hilfeplankonferenz gibt als Fachgremium eine fachliche Empfehlung an den Leistungsträger und kann dessen Entscheidung vorbereiten. Der Leistungsträger kann sich dieses Sachverständes bedienen und dadurch das Verfahren beschleunigen und vereinfachen; er ist gleichzeitig frei, bei Auffassungsunterschieden seinen eigenen Fachdienst zusätzlich einzuschalten.
- Auch wenn der Leistungsträger an der Konferenz teilnimmt, bleibt die Erteilung einer Leistungszusage ein gesonderter Vorgang, der im günstigen Fall in der Konferenz angekündigt werden kann, der aber in jedem Fall außerhalb der Sitzung und als Verwaltungsakt autonom von Seiten des Leistungsträgers stattfindet.

Da es sich bei den für chronisch psychisch kranke Menschen relevanten Hilfen zu einem ganz erheblichen Teil um solche Hilfen handelt, die nach wie vor im Zuständigkeitsbereich der Sozialhilfe stattfinden, wurde nach einer Anlaufzeit der Hilfeplankonferenzen zunächst in allen Regionen die Beteiligung des überörtlichen Sozialhilfeträgers angestrebt. Zwischenzeitlich gibt es in allen Regionen Vereinbarungen mit dem zuständigen Landeswohlfahrtsverband über dessen Teilnahme, wobei von dort aus Kapazitätsgründen nicht in allen Fällen die Teilnahme an jeder Sitzung zugesagt werden konnte. Es gibt mittlerweile aber überall feste Ansprechpartner in der Leistungsverwaltung. In der Region Ravensburg/Bodenseekreis ist die Leiterin des Referates Eingliederungshilfe für die Region an allen Hilfeplankonferenzen in den Sektoren beteiligt. Unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der notwendigen Leistungserbringung können dadurch schnell und in der Regel einvernehmlich gelöst werden. Kostenzusagen haben sich vereinfacht. In Reutlingen und in Ravensburg/Bodenseekreis nimmt teilweise auch die zuständige Fachkraft des Medizinisch-Pädagogischen Fachdienstes teil.

Hinsichtlich der Beteiligung der weiteren Rehabilitationsträger hat es in allen Landkreisen Kontaktaufnahmen mit der jeweils zuständigen Servicestelle nach SGB IX gegeben und eine Vorstellung der Servicestelle in der Hilfeplankonferenz. Damit existiert ein persönlicher Kontakt zwischen der Servicestelle und der Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz; eine weitergehende Zusammenarbeit hat sich bisher nicht entwickelt. Vertreter einzelner Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger nehmen bisher an den Hilfeplankonferenzen nicht teil. Bemerkenswert ist, dass sich in Lörrach im Jahr 2003 die regelmäßige Teilnahme einer Fachkraft des örtlichen Arbeitsamtes ergeben und als sehr hilfreich erwiesen hat.

Die Hilfeplankonferenzen in der im Projekt erprobten Form sind also bisher keine Veranstaltungen eines oder mehrerer Leistungsträger, sondern eine fachliche Koordinationsveranstaltung im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds. Das ist wichtig zu betonen, weil es hier bei manchen Ähnlichkeiten auch einen deutlichen Unterschied gibt zum Hilfeplanverfahren im Rahmen der Jugendhilfe, das vom Leistungsträger selbst im Rahmen eines ausdrücklichen gesetzlichen Auftrages durchgeführt wird. Es wird zu klären sein, ob bzw. wie sich der Charakter der Hilfeplankonferenzen verändern wird, wenn der örtliche Sozialhilfeträger umfassend zuständig für die Eingliederungshilfe ist.

4.2.2.3 Geschäftsordnung

Die Einführung der Hilfeplankonferenzen war begleitet von der Empfehlung der Aktion Psychisch Kranke e.V., sich in der Anfangsphase hinsichtlich der Verfahrensweise lediglich auf die wichtigsten Aspekte pragmatisch zu verständigen und die nötigen weiteren Geschäftsordnungsregelungen im Prozess der Umsetzung schrittweise nach Erfordernis zu vereinbaren.

Dieses Verfahren hat sich in den Landkreisen sehr bewährt. Verfahrensabsprachen waren jeweils relativ leicht möglich, größere Kontroversen tauchten dabei nicht auf. Erst gegen Ende der Projektlaufzeit, d.h. im zweiten Halbjahr 2003 wurden die gefundenen Verfahrensweisen und Absprachen zu einem förmlichen Geschäftsordnungstext zusammengefasst. Dieses Verfahren hat den Hilfeplankonferenzen selbst und den örtlichen Projektsteuerungsgruppen die Gelegenheit gegeben, die Arbeit der Hilfeplankonferenz im Sinne einer Zwischenbilanz zu reflektieren und dabei auch die nötigen Vereinbarungen zum Fortwirken über die Projektlaufzeit hinaus zu treffen. In Lörrach wurde eine Geschäftsordnung in diesem Sinne im Herbst 2003 verabschiedet, in Reutlingen im Februar 2004. Auch in Ravensburg und im Bodenseekreis wurden Geschäftsordnungen beschlossen.²²

In Stuttgart war es auf Grund der unterschiedlichen Auffassungen der beteiligten Leistungserbringer notwendig, einen Geschäftsordnungsrahmen bereits im Vorfeld auszuarbeiten, um die Mitwirkung der gewünschten Beteiligten zu erreichen. Eine entsprechende Vereinbarung konnte im Sommer 2003 erreicht werden.

Ein wesentlicher Punkt in der Aushandlung der Geschäftsordnung ist die Bestimmung der Reichweite der Hilfeplankonferenz oder, mit anderen Worten, das Verhältnis von Trägerautonomie und Beschlusskompetenz der Hilfeplankonferenz. In Lörrach wurde dafür die Formel gefunden und akzeptiert: „Die Autonomie der beteiligten Leistungserbringer hinsichtlich Aufnahmeentscheidungen bleibt unberührt. Sie verpflichten sich, diese im Rahmen der Hilfeplankonferenz auszuüben und ihre Entscheidungen dort zu vertreten.“ Die Geschäftsordnungen in Reutlingen und Stuttgart haben dies sinngemäß übernommen.

Die Hilfeplankonferenz hat hier faktisch die Funktion eines Konsultationsorgans, in dem nicht förmliche Mehrheitsentscheidungen getroffen werden können, in dem insbesondere Klientinnen und Klienten nicht einzelnen Leistungserbringern gegen ihren Willen zugewiesen werden können, durch das aber ein hohes Maß an Transparenz und verbindlicher Zusammenarbeit erreicht wird. Dem entspricht als Arbeitsweise bei wirklich kontroversen und in der Sitzung nicht zusammenzuführenden Bewertungen, dass die zu klärenden Fragen formuliert bzw. mögliche Klärungsschritte vereinbart werden und eine erneute Befassung in der nächsten Sitzung erfolgt.

Diese förmliche Garantie der Trägerautonomie ist zumal in der Startphase zweifellos eine sinnvolle Lösung. Der Start der Hilfeplankonferenz und damit die Transparenz von Aufnahmeentscheidungen ist auch mit vielfältigen Befürchtungen verbunden, insbesondere mit der Befürchtung, überfordert zu werden. Die Hilfeplankonferenzen müssen deshalb alle auch einen Prozess der Vertrauensbildung durchmachen. Die beteiligten Einrichtungen und Dienste bzw. die hinter den Mitgliedern der Hilfeplankonferenz jeweils stehenden Teams müssen die Erfahrung machen, dass mit Anforderungen und Belastungen sorgfältig umgegangen wird.

²² Die Geschäftsordnungen sind im Anhang bei den Materialien der jeweiligen Projektregion abgedruckt.

Im weiteren Prozess wird es dann möglich, dass Beteiligte nach und nach ein Stück ihrer Autonomie an die Hilfeplankonferenz übergeben. Beispielsweise sehen die Geschäftsordnungen für Ravensburg und den Bodenseekreis vor, dass vor der Kündigung eines Heim- oder Betreuungsvertrages durch den Leistungserbringer eine Vorstellung in der Hilfeplankonferenz notwendig ist, wenn ein weiterer Hilfebedarf noch besteht. Damit unterwerfen die Beteiligten nicht mehr nur die Aufnahmen, sondern auch etwaige einseitige Beendigungen von Betreuungsverhältnissen aus disziplinarischen Gründen einer fachlichen Kontrolle.

Damit wird zweierlei sichergestellt: im Sinne der Personenzentrierung wird gewährleistet, dass auch bei im Einzelfall unabweisbaren disziplinarischen Maßnahmen erforderliche Hilfen stattfinden und die Verantwortlichkeit nicht abreißt; gleichzeitig werden vor allem die Einrichtungen und Dienste, die eine Auffangzuständigkeit haben, davor geschützt, dass sie durch einseitige Akte vor vollendete Tatsachen gestellt werden.

4.2.2.4 Welche Fälle sind „HPK-pflichtig“?

In allen Regionen waren Vereinbarungen zu treffen, in welchen Fällen die Koordination über die Hilfeplankonferenz (HPK) stattfinden soll. Die allgemeinste Bestimmung ist: Bei Personen mit komplexem Hilfebedarf, die die für sie notwendigen Hilfen nicht in eigener Regie organisieren können. Komplexer Hilfebedarf meint einen Hilfebedarf in mehreren Funktionsbereichen und/oder notwendige Leistungen von mehreren Leistungserbringern.

Für die Anfangsphase wurde eine weitere Operationalisierung entwickelt. Grundsätzlich werden zunächst einmal diejenigen Fälle in der Hilfeplankonferenz besprochen, in denen eine Maßnahme der Eingliederungshilfe oder eine Heimaufnahme im Rahmen der Hilfeplanung für erforderlich gehalten oder erwogen wird. Im Einzelfall werden auch Hilfeplanungen mit anderen Bedarfskonstellationen besprochen. Begonnen wurde mit den Fällen, in denen es um eine neu beginnende Maßnahme ging. In den einmal vorgestellten Fällen wird die Hilfeplanung dann auch in vereinbarten Zeiträumen fortgeschrieben. Erweitert wird nach und nach auch auf solche Fälle, in denen Maßnahmen bereits seit längerer Zeit laufen. In dem Maße, in dem dies erfolgt, wirkt die Hilfeplankonferenz wesentlich mit an Enthospitalisierungsprozessen in den Einrichtungen der Region bzw. daran, dass die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden, um Enthospitalisierung zu ermöglichen. Letztlich muss im Steuerungsgremium des Gemeindepsychiatrischen Verbundes jeweils reflektiert und entschieden werden, für welche Personengruppen bzw. Hilfebedarfskonstellationen das Verfahren angewandt werden soll.

Umgekehrt ist auch kontinuierlich zu überprüfen, ob Einzelfälle aus der vereinbarten Zielgruppe an der Hilfeplankonferenz vorbei gehen. Von besonderer Bedeutung (und gleichzeitig letztlich nur bei Mitwirkung des Leistungsträgers wirklich kontrollierbar) ist dabei die Anforderung, dass niemand aus der Region nach auswärts vermittelt wird, ohne dass die Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort geprüft worden sind. Dabei geht es nicht darum, das Wahlrecht der Betroffenen einzuschränken. Es soll vielmehr sichergestellt werden, dass ein angemessenes Unterstützungsangebot in der Region gemacht werden kann, sodass eine Entscheidung der Hilfe suchenden Person für eine andere Region auch wirklich eine Wahlentscheidung sein kann, nämlich eine Entscheidung zwischen Alternativen. Für den Fall, dieses wäre nicht möglich, muss das Konsequenzen hinsichtlich der Anpassung des regionalen Hilfesystems haben.

Von ganz besonderem Interesse ist die Frage nach etwaigen Versorgungslücken, die durch die Notwendigkeit von auswärtigen Vermittlungen sichtbar werden, für solche Regionen, die in

Teilbereichen Überversorgung (bezogen auf den Bedarf der Region selbst) aufweisen. Das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung ist für das deutsche Gesundheitswesen in den letzten Jahren ja vielfach diagnostiziert worden und berührt natürlich auch die Psychiatrie.

In Reutlingen besteht eine besondere Situation dadurch, dass sich dort gemessen am tatsächlichen Bedarf der Region selbst eine erhebliche Überkapazität im Heimbereich befindet. Diese Kapazitäten versorgen anteilig andere Regionen. Das Problem kann angesichts der Größenordnung nicht dadurch gelöst werden, dass individuelle auswärtige Aufnahmeanfragen durch die Hilfeplankonferenz geprüft und abgelehnt werden, sondern hier sind sozialplanerisch zu moderierende mittelfristige Umstrukturierungen in der regionalen Kapazitätsverteilung notwendig. Hinzu kommt, dass die Hilfeplankonferenzen in Reutlingen überfordert wären mit der Beurteilung, ob das Hilfesystem in der jeweiligen Herkunftsregion eine angemessene Hilfe leisten könnte, denn dies kann potentiell alle anderen Regionen im Lande und darüber hinaus berühren. Hier wurde deshalb vereinbart, dass auswärtige Aufnahmen vorläufig nicht in den Hilfeplankonferenzen behandelt, sondern lediglich mitgeteilt werden; gleichzeitig haben sich die Träger verpflichtet, intern auch in diesen Fällen eine personenzentrierte Hilfeplanung durchzuführen. Eine Einbeziehung auch dieses Personenkreises in das HPK-Verfahren ist für einen späteren Zeitpunkt in Aussicht gestellt.

4.2.2.5 Arbeitsweise der Hilfeplankonferenz

Die wichtigste Aussage zur Arbeitsweise der Hilfeplankonferenz ist: Die Hilfeplankonferenz ist nicht der Ort, wo die Hilfeplanung erstellt wird, sondern der Ort, wo eine im Vorfeld erstellte Hilfeplanung vorgestellt und auf Plausibilität überprüft wird. Auf dieser Grundlage ist dann ihre Hauptaufgabe die Klärung der personenzentrierten, d.h. möglichst passgenauen Leistungserbringung.

Zur Vorbereitung ist eine Hilfeplanung auf der Grundlage des IBRP notwendig. Diese erfordert ihrerseits meist eine Serie von bilateralen Kontakten der die Hilfeplanung erstellenden Bezugsperson mit anderen im Einzelfall beteiligten Helfern (derjenigen im persönlichen Umfeld ebenso wie der professionellen) - jeweils unter Einbeziehung der Hilfe suchenden Person natürlich. Ergänzend kann eine personenbezogene Konferenz der speziell an diesem Einzelfall beteiligten Helfer notwendig sein. Für letzteres haben sich Begriffe wie „Helferkonferenz“ oder „Personenkonferenz“ eingebürgert. Es ist grundlegend wichtig, diese beiden Ebenen des Verfahrens sauber auch terminologisch auseinander zu halten, weil sonst die Orientierung für die Betroffenen und Beteiligten schwierig wird und die Arbeitsfähigkeit der Hilfeplankonferenz verloren geht.

Der Ablauf der Hilfeplankonferenz sieht so aus:

- Vorzustellende Hilfeplanungen werden einige Tage vor der Konferenz der geschäftsführenden Stelle mitgeteilt, die auf dieser Grundlage einen Ablaufplan für die Sitzung vorbereitet. Dies ist notwendig, damit die vorstellenden Bezugspersonen, die ja in der Regel nur zur Vorstellung einer einzelnen Hilfeplanung kommen, nicht unverhältnismäßige Wartezeiten haben.
- Von der koordinierenden Bezugsperson wird die Hilfeplanung mündlich vorgestellt. Sofern die Hilfe suchende Person, eine Vertrauensperson und/oder die gesetzliche Betreuungsperson anwesend sind, können sie diese Zusammenfassung selbst ergänzen bzw. werden zu ihrer Sichtweise gefragt.

- Die Hilfeplanung wird unter Plausibilitäts Gesichtspunkten diskutiert; in vielen Fällen können Mitglieder der Hilfeplankonferenz dabei auf eigene Kenntnis der Person zurückgreifen.
- Schwerpunkt der Beratung ist die Passgenauigkeit der vorgeschlagenen Hilfe. Im Fall von Kapazitätsproblemen bei angefragten Leistungserbringern geht es jeweils auch um Überbrückungen und Zwischenlösungen. In der Regel kann Übereinstimmung erzielt werden über die Bewertung der notwendigen Hilfen.
- Daraus ergibt sich ein Vorschlag zur Leistungserbringung, der dann auch dem Leistungsträger als Empfehlung weitergegeben wird.
- Sofern eine Verständigung nicht möglich ist, werden zu klärende Fragen formuliert und eine Fortsetzung der Beratung in der nächsten Sitzung vereinbart.
- Abschließend wird der Zeitraum für die Fortschreibung der Hilfeplanung festgelegt (in der Regel sechs bis zwölf Monate, sehr selten mehr, in unklaren Fällen weniger) sowie die koordinierende Bezugsperson für den bevorstehenden Zeitraum benannt.

Die Hilfeplankonferenzen in den Projektregionen haben sich alle auf einen monatlichen Tagungsrythmus verständigt und tagen über zwei bis drei Stunden. Anfangs gab es Bedenken, ob ein solcher Rhythmus ausreicht. Es gibt überall die Vereinbarung, dass in dringlichen Fällen kurzfristige Eilaufnahmen bereits vor Behandlung in der Hilfeplankonferenz möglich sind, dass aber damit keine langfristigen Vereinbarungen verbunden sein sollen und dass die Besprechung der Hilfeplanung in der nächstmöglichen Hilfeplankonferenz stattfindet.

Die Handhabung des Eilverfahrens ist ein Balanceakt: einerseits wäre ein schematisches Beharren auf vorheriger Behandlung in der Hilfeplankonferenz mit dem Prinzip der Personenzentrierung nicht vereinbar, auf der anderen Seite wäre eine Häufung von Eilverfahren ein Indiz für ein Unterlaufen der Hilfeplankonferenz bzw. für deren Fehlfunktion. Die Erfahrung zeigt, dass Eilfälle zwar vorkommen, aber relativ selten und viel weniger als anfangs befürchtet. Freilich hängt dies auch wesentlich von rechtzeitiger Einleitung der Hilfeplanung ab, was bisweilen vor allem aus dem klinischen Bereich heraus angesichts immer kürzer werdender Verweildauern ein Problem sein kann.

4.2.2.6 Die Beteiligung der Betroffenen; Datenschutz

Oben wurde bereits erläutert, dass die Einbeziehung der Betroffenen in allen Stadien des Verfahrens das Kernanliegen des personenzentrierten Ansatzes ist. In der Praxis hat das einige Fragen aufgeworfen:

- Zur Einbeziehung der Klientinnen und Klienten bei der Hilfeplanung

Der oben schon zitierte, vor allem in der Einführungsphase gelegentlich zu hörende Einwand, der IBRP sei mit manchen Klienten überhaupt nicht besprechbar, hat offensichtlich vor allem mit Handhabungsunsicherheit zu tun. Die Art und Weise, wie der Bogen bearbeitet wird, hängt wesentlich von der Beziehung zwischen der Hilfe suchenden Person und der Fachkraft ab. Es kann sinnvoll sein, den Bogen selbst als Gesprächsgrundlage zu nehmen, es kann aber auch sinnvoller sein, Gespräche ganz ohne den Bogen, aber natürlich orientiert an seinen Fragestellungen zu führen und den Bogen nachträglich auszufüllen. Wichtig ist, dass die Hilfe suchende Person am Ende dem Ergebnis und der Weitergabe zustimmt. Wichtig für die Beratung in der Hilfeplankonferenz ist in diesem Zusammenhang, dass deutlich wird, ob und wo

es Differenzen in der Sichtweise der Hilfe suchenden Person selbst, ihrem Umfeld und den beteiligten Fachkräften gibt. Dies gilt umso mehr, wenn die förmliche Zustimmung im Rahmen einer gesetzlichen Betreuung ersetzt wird und damit scheinbar unproblematisch gesichert erscheint.

- Zur Einbeziehung der Klientinnen und Klienten in die Hilfeplankonferenz

An den Hilfeplankonferenzen können auf Wunsch die Hilfe suchende Person selbst und/oder eine von ihr benannte Vertrauensperson und/oder ihre gesetzliche Betreuungsperson teilnehmen. Die Erfahrung zeigt, dass dies für die Kultur der Hilfeplankonferenz außerordentlich wichtig ist; dies ist nicht nur der Eindruck des externen Beobachters, sondern auch immer wieder die Rückmeldung der Mitglieder der Hilfeplankonferenzen selbst. Die Teilnahme von Klientinnen und Klienten an der Hilfeplankonferenz schärft vor allem das Bewusstsein für den dialogischen Charakter des Prozesses: dass es immer wieder neu und zentral darum geht, solche Schritte zu finden, die die Hilfe suchende Person auch tatsächlich gehen will bzw. zumindest mitzugehen bereit ist. Sie erfordert auch eine bewusste Einstellung aller Beteiligten auf die Anwesenheit der Person, über die gesprochen wird, und dabei auch auf eine Sprachebene, auf der eine Verständigung weitgehend ohne Fachvokabular möglich ist.

Es ist nicht das Anliegen, die Teilnahme an der Hilfeplankonferenz in jedem Einzelfall zu propagieren. Vielmehr gehört es im Prozess der Hilfeplanung zwischen Bezugsperson und Klientin bzw. Klient besprochen, ob eine Teilnahme an der Hilfeplankonferenz (und ggf. in welcher Begleitung) sinnvoll ist oder gewünscht wird. Das erfordert, dass auch der Belastungsaspekt einer solchen Vorstellungssituation angemessen gewürdigt wird. In der Praxis hat sich als ein vorläufiger Erfahrungswert in Ravensburg, im Bodenseekreis und in Reutlingen ergeben, dass in etwa 10-20 % der Fälle die Hilfe suchende Person selbst teilnimmt. In Lörrach hat es sich bisher um wenige Einzelfälle gehandelt. Selbstverständlich ist, dass Angehörige nur mit Einwilligung der Hilfe suchenden Person teilnehmen können.

Zu einer angemessenen Einbeziehung der Betroffenen gehört selbstverständlich auch, dass die Anforderungen des Datenschutzes sorgfältig beachtet werden. Die zentrale Anforderung ist, dass die Weitergabe personenbezogener Daten der vorherigen Einwilligung bedarf und dass diese Einwilligung nur wirksam ist, wenn sie eine informierte Einwilligung ist, d.h. wenn die einwilligende Person erkennen kann, was Inhalt und Reichweite dieser Einwilligung ist.

In diesem Zusammenhang wurde im Rahmen der Projektbegleitung eine Einwilligungserklärung für die Verwendung des IBRP und für das Verfahren der Hilfeplankonferenz sowie ein zugehöriges Informationsblatt für die Klientinnen und Klienten entwickelt, mit dem Landesbeauftragten für den Datenschutz inhaltlich abgestimmt und den Regionen zur Verwendung empfohlen.²³ Die Einwilligungserklärung wurde von allen Regionen übernommen, das Informationsblatt überwiegend ebenfalls; für die Verwendung in Ravensburg und im Bodenseekreis wurde es überarbeitet.

4.2.2.7 Rolle der kreiskommunalen Verwaltung

Die Hilfeplankonferenz ist die Schnittstelle zwischen Einzelfall und Hilfesystem: es wird in der HPK unweigerlich deutlich, wo das Hilfesystem Schwierigkeiten hat, einen individuellen Hilfebedarf angemessen zu beantworten. In solchen Fällen wird die Wahrnehmung der Ver-

²³ Das Merkblatt und die Einwilligungserklärung zum Verfahren der Hilfeplanung sind im Anhang, Allgemeine Materialien, abgedruckt.

sorgungsverantwortung besonders aktuell. Hier geht es darum, dem Einzelfall gerecht werdende Konstruktionen zu finden und das Leistungsangebot weiterzuentwickeln. Insofern gibt es eine natürliche Verknüpfung mit den Aufgaben der kreiskommunalen Ebene in der Sozialplanung bzw. Psychiatriekoordination. Die Hilfeplankonferenz ist sozusagen „die Hand am Puls“ des Hilfesystems. Vor diesem Hintergrund wurde in den Projektregionen angestrebt, dass die sozialplanerisch verantwortlichen Fachkräfte der kreiskommunalen Ebene sich an der Durchführung der Hilfeplankonferenzen beteiligen.

In den Landkreisen ist die für die Psychiatriekoordination zuständige Stelle im Landratsamt während der Projektlaufzeit jeweils an der Hilfeplankonferenz moderierend und teilweise auch geschäftsführend beteiligt gewesen. In Lörrach, Reutlingen und dem Bodenseekreis wird dies auch nach Projektende so weitergeführt. In Ravensburg übergibt das Landratsamt diese Rolle nach Projektende zeitlich befristet an die Patientenfürsprecherin. In Stuttgart ist die Stadtverwaltung nicht selbst an der Durchführung der Hilfeplankonferenz beteiligt; hier ist aber eine enge Zusammenarbeit zwischen der Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz und der Psychiatriekoordinationsstelle im Gesundheitsamt hinsichtlich der sozialplanerisch relevanten Ergebnisse der Hilfeplankonferenz vereinbart.

Im Zuge der Verwaltungsstrukturreform zum 1. Januar 2005 steht in Baden-Württemberg der Übergang der meisten Zuständigkeiten des überörtlichen Sozialhilfeträgers auf die örtliche Ebene bevor. Die kreiskommunale Verwaltung ist dann nicht mehr nur in der koordinierenden Rolle, sondern auch in der Rolle des Leistungsträgers. In diesem Zusammenhang wird die Rolle der kreiskommunalen Verwaltung in der Hilfeplankonferenz neu zu bestimmen sein.

4.2.2.8 Qualitätssicherung des Verfahrens

Die Anwendung des IBRP und das Verfahren der Hilfeplankonferenz bedürfen der fortlaufenden Reflexion, damit das kritische Potential des personenzentrierten Ansatzes erhalten bleibt. Das Ziel ist ja, der Verfestigung von institutionellen Verfahrensweisen und Strukturen entgegenzuwirken und sie durch das Prinzip der Personenzentrierung zu flexibilisieren bzw. flexibel zu halten. Dazu gibt es folgende Ansätze:

- Einrichtung eines Koordinationskreises für das Hilfeplanverfahren: Die Einrichtung von Koordinationskreisen in den Regionen Reutlingen und Ravensburg/Bodenseekreis wurde oben bereits beschrieben.
- Selbstevaluation: In der Region Ravensburg/Bodenseekreis wurde Ende 2002 und Ende 2003 mit einem kleinen Fragebogen jeweils eine Umfrage unter den beteiligten Fachkräften durchgeführt und für die drei Hilfeplankonferenzen getrennt ausgewertet²⁴. Die Rating-Fragen beziehen sich vor allem auf die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Arbeitsweise. Diese kleinen Befragungen waren von überschaubarem Aufwand und haben dazu beigetragen, dass die beteiligten Fachkräfte das Verfahren wirklich auch als das ihre betrachten.
- Betroffenenbefragungen: Die Aktion Psychisch Kranke e.V. hat in Zusammenhang mit dem personenzentrierten Ansatz als eine Evaluationsmöglichkeit auch Befragungen der Psychiatrie-Erfahrenen selbst vorgeschlagen. Freilich ist dies mit einem gewissen methodischen und praktischen Aufwand für Vorbereitung, Durchführung und Auswertung ver-

²⁴ Der „Evaluationsbogen Hilfeplankonferenz ist im Anhang dieses Berichtes unter den Materialien der Projektregion Ravensburg/Bodenseekreis dokumentiert.

bunden. In den Projektvereinbarungen konnten solche Befragungen deshalb auch nicht eingeplant werden. Eine erste Annäherung an das Thema gibt es in Ravensburg/Bodenseekreis, wo sich die Steuerungsgruppe zweimal jährlich mit Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen trifft und sich ausführlich über das Projekt Personenzentrierung austauscht.

4.2.2.9 Dokumentation

Die Hilfeplankonferenz ist die Schnittstelle zwischen individueller Hilfeplanung und Versorgungsplanung. Es wird deshalb notwendig sein, eine Form der Routine-Dokumentation zu entwickeln

- zur Unterstützung der Geschäftsführung: Fortschreibung von Hilfeplanungen, Wiedervorlageliste, Protokollschemata usw.,
- zur Zusammenführung und Auswertung von Daten für Zwecke der Berichterstattung und Sozialplanung.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Implementationsprojektes in Rheinland-Pfalz begonnen mit der Entwicklung einer EDV-Arbeitshilfe zur Erfassung und Verwaltung der Ergebnisse von Hilfeplankonferenzen²⁵. Dieses Instrument steht auch den Projektregionen in Baden-Württemberg zur Verfügung und wird zwischenzeitlich erprobt.

4.2.3 Personenzentrierte Leistungserbringung

Die Einführung von IBRP und Hilfeplankonferenz führt zu Fortschritten hinsichtlich der Individualisierung von Hilfeplanung, je mehr es gelingt, bei der Hilfeplanung wirklich auch den individuellen Bedarf zu formulieren, bevor eine Zuordnung zu institutionalisierten Formen der Leistungserbringung erfolgt („Betreutes Wohnen“, „Wohnheim“ etc.). In diesem Prozess wird deutlich, dass die institutionalisierten Leistungspakete einerseits Leistungen beinhalten können, die im Einzelfall nicht angemessen - weil überversorgend - sind, und dass andererseits bestimmte Aspekte des Bedarfs nicht abgedeckt werden können. Einige Beispiele aus Hilfeplankonferenzen:

- Frau X ist Ende 50 und schwer depressiv. Im Hilfesystem ist sie seit vielen Jahren bekannt und bisher ambulant betreut worden. Mittlerweile wird deutlich, dass sie sehr viel mehr Präsenz benötigt. Es schält sich heraus, dass die ambulante Betreuung unter den gegebenen Bedingungen an ihre Grenzen gekommen ist und dass diesen Bedürfnissen wohl am ehesten im Psychiatrischen Pflegeheim am Ort Rechnung getragen werden könnte. Freilich wird dabei deutlich, dass Frau X eigentlich im Bereich der Selbstversorgung noch durchaus über Fähigkeiten verfügt und in diesem Bereich auch aktivierbar ist – was ja die beste antidepressive Therapie wäre. Im Pflegeheim gibt es aber weder eine für die Bewohner zugängliche Waschmaschine noch die Möglichkeit von Selbstversorgung im Bereich der Ernährung. Weil Frau X sehr viel mehr Kontakt benötigt (und damit dann auch Klinikaufenthalte vermindert werden können), muss sie Selbständigkeit aufgeben, die zu erhalten wichtig wäre. Depressiv wie sie ist, protestiert sie natürlich nicht dagegen. Im Heim wird man sich dann bemühen, sie mit Ergotherapie zu aktivieren.

²⁵ HPK-Doku, Version 3.2, Stand September 2003. Es handelt sich um eine Anwendung auf Basis von Microsoft Access; zu finden unter www.apk-ev.de.

- Herr Y ist ein junger Mann, der allein lebt und immer wieder mit durchbruchhafter Aggressivität auffällig wird. Er ist im Hilfesystem überall bekannt, geht Mitpatienten und Personal auf die Nerven, strapaziert die Hausordnungen, wird insbesondere Frauen gegenüber äußerst zudringlich und übergriffig. In einem offenen Treff hat er deshalb seit längerem Hausverbot. Es ist evident und unstrittig: der junge Mann braucht Hilfe, aber alle sind ratlos. Im Gespräch in der Hilfeplankonferenz schält sich heraus, dass es männliche Fachkräfte gibt, die mit ihm einen leidlichen Kontakt halten können und dass häufige Kurzkontakte, durchaus auch telefonischer Art, offensichtlich jedenfalls zu einer kurzzeitigen Verminderung seiner inneren Spannung und seines aggressiven Auftretens führen. So gibt es zumindest einen Ansatz für „Schadensbegrenzung“. Es gibt aber im Bereich der ambulanten Fachdienste bisher keinen Rufbereitschaftsdienst, der auch am Wochenende ein Mindestmaß an Kontakt aufrechterhalten könnte.
- Herr Z ist Mitte 40 und seit vielen Jahren wegen einer Psychose in psychiatrischer Behandlung. Zwischen den häufigen Krankenhaushalten lebt er nach wie vor im Haushalt der Eltern und wurde dort bisher rundum versorgt, wodurch er ziemlich unselbständig ist. Die Eltern gehen mittlerweile auf die 80 zu und sind zunehmend überfordert mit der Bewältigung der Situation, können sich aber auch nicht abgrenzen. Allseits wird eine regelmäßige ambulante Betreuung für notwendig gehalten, um einen Kontakt aufzubauen, die Eltern zu entlasten und perspektivisch eine andere Wohnsituation für den Sohn vorzubereiten. Der Sozialpsychiatrische Dienst kann die notwendige Regelmäßigkeit und Intensität nicht leisten, deshalb wird Ambulant Betreutes Wohnen vorgeschlagen. Nach den Richtlinien für Ambulant Betreutes Wohnen aber ist dies in der Herkunftsfamilie nicht möglich.

Diese Beispiele sollen hier lediglich illustrieren, dass eine individualisierte Hilfeplanung ihre Entsprechung in einer individualisierten Leistungserbringung finden muss und dass dies die Leistungsanbieter und die Leistungsträger mit neuen Anforderungen konfrontiert. Dabei geht es zunächst um die flexiblere Gestaltung von Vorhandenem und erst dann unter Umständen auch um den Aufbau neuer Angebote.

Es macht Sinn, mit einer Individualisierung von Hilfeplanung zu beginnen, weil dadurch die Erfordernisse einer Flexibilisierung unmittelbar evident werden. Wenn aber eine zunehmend individualisierte Hilfeplanung auch weiterhin nur beantwortet werden kann mit dem Verweis auf drei oder vier „Schubladen“, dann verliert auch diese verfeinerte Hilfeplanung wieder ihre Plausibilität, führt eher zu einer Verstärkung von Frustration, weil die Diskrepanz zwischen dem, was eigentlich notwendig wäre, und dem, was möglich ist, zugespitzt ins Bewusstsein tritt.

Personenzentrierte Leistungserbringung erfordert einerseits eine Flexibilisierung bestehender Paketlösungen, andererseits auch eine Zusammenführung bisher vielfach getrennt nebeneinander stehender Fachdienste. Das erfordert auch Veränderungen in Organisationsstruktur und Finanzierung. Manche dieser Veränderungen sind bereits unter den gegebenen Rahmenbedingungen durch Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern möglich. Hier gibt es in allen Regionen positive Entwicklungen.

Andere Veränderungen erfordern auch eine Anpassung der Finanzierungssystematik, die nur durch Mitwirkung des zuständigen Leistungsträgers möglich ist. Es ist festzustellen, dass in diesem Bereich das Projekt an eine Grenze gekommen ist, die in seiner Anlage begründet ist. Aus den oben beschriebenen Gründen war eine Eingrenzung auf den Bereich der qualitativen

Hilfeplanung erfolgt und eine Umsetzung in quantifizierende Leistungsbemessung sowie die Verfügbarkeit über entsprechende Vergütungsformen nicht gegeben. Wenn das Projekt eines personenzentrierten Umbaus des psychiatrischen Hilfesystems weiter verfolgt werden soll, liegt in diesem Bereich die nächste zentrale Aufgabe.

Im Folgenden sollen beispielhaft zwei Herausforderungen angesprochen werden, die in diesem Zusammenhang zu bearbeiten sind und die in allen Projektregionen Thema geworden sind. In beiden Themenbereichen geht es um die Veränderung bestehender Fachdienste. Weitergehende Möglichkeiten einer individualisierten Leistungserbringung ergeben sich mit neuen Finanzierungsformen, wie sie insbesondere im Rahmen des persönlichen Budgets möglich werden. Diese Formen eignen sich insbesondere auch dazu, ganz unorthodoxe, aber im Einzelfall passende Konstruktionen insbesondere auch unter Einbeziehung von nicht spezifisch psychiatrischer Hilfe und von Personen aus dem Umfeld der Hilfe suchenden Person zu finanzieren.

4.2.3.1 Intensive ambulante Hilfen an sieben Wochentagen

Die Kluft zwischen der Betreuungsdichte, die mit einem Personalschlüssel von 1:10 im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens möglich ist, und der Betreuungsintensität in einem Heim ist riesig. Das gilt nicht nur für die Projektregionen: es ist in Baden-Württemberg gegenwärtig sehr viel leichter, für jemanden eine Betreuung 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche zu organisieren als eine ambulante Betreuung, die über einen längeren Zeitraum verlässlich und an sieben Tagen in der Woche ein bis zwei Stunden aufsuchenden Betreuungskontakt in Verbindung mit telefonischer Rufbereitschaft über 24 Stunden hinweg sicherstellt. In den Hilfeplankonferenzen wird nachvollziehbar, dass deswegen immer wieder Heimaufnahmen stattfinden, die nicht erforderlich wären, wenn es hinreichend intensive und verlässliche ambulante Betreuung gäbe. Dass dies weder fachlich noch im Sinne einer wirtschaftlichen Mittelverwendung sinnvoll ist, liegt auf der Hand.

Notwendig wäre insbesondere

- die Verknüpfung der Leistungserbringung eines herkömmlichen Fachdienstes für Betreutes Wohnen mit einem Pflegedienst, weil es sich bei der intensiven ambulantaufsuchenden Betreuung sozialrechtlich teilweise um Leistungen der Behandlungspflege und in bestimmten Fällen auch der Grundpflege handeln kann und Betreutes Wohnen als Sozialhilfeleistung nachrangig ist,
- die Flexibilisierung von Betreuungsschlüsseln im Betreuten Wohnen, besser noch deren Ablösung durch eine Vergütung auf Zeitbasis,
- die organisatorische Zusammenführung bisher getrennter Teams zu einem größeren und multiprofessionell zusammengesetzten Team, das auch von seiner Größe her in der Lage ist, Dienst sowie Rufbereitschaft an sieben Tagen in der Woche routinemäßig und zu für die Fachkräfte akzeptablen Bedingungen durchzuführen.

4.2.3.2 Flexibilisierung von Heimstrukturen

Ein großes Problem bei den gegebenen Heimstrukturen ist die Tatsache, dass ein bestimmtes Wohnsetting (in der Regel Wohngruppen in einer durch die Baulichkeit vorgegebenen Größe) mit einem bestimmten Betreuungsrahmen (Gruppenorientierung, festgelegte Mischung von Zentralversorgung und Selbstversorgung in den Bereichen Verpflegung, Wäsche, Reinigung) mehr oder weniger fest verknüpft ist. Diese feste Verknüpfung ist in vielen Einzelfällen, wie gerade auch in der Hilfeplankonferenz sinnfällig wird, eigentlich unangemessen. Unnötige

Überversorgung kann in der Psychiatrie, wie spätestens seit der psychiatrischen Hospitalismus-Forschung der 50er und 60er Jahre bekannt ist, ebenso schädliche Nebenwirkungen haben wie Unterversorgung.

Heimversorgung sollte nicht länger für eine primär durch bauliche Gegebenheiten definierte Betreuungsform stehen, sondern sollte funktional verstanden werden als besonders intensive Form der Unterstützung. Zentral kommt es deshalb darauf an, dass die Differenzierungen hinsichtlich des im Einzelfall bekömmlichen Wohnsettings (Einzelwohnung bzw. Appartement, Wohnen als Paar, Wohnen in einer kleinen Gruppe etc.) einerseits und die Differenzierung der notwendigen Unterstützungsleistungen andererseits getrennt voneinander möglich sind.

Das erfordert neue, stark dezentralisierte Heimkonzepte mit einer nur noch kleinen Kerneinheit als „Mutterschiff“ und ausgelagerten Teilen nach dem Satellitenprinzip, mit denen unterschiedliche Wohnformen zwischen Einzelwohnung und Gruppe möglich sind. Diese ausgelagerten Teile sollten dann auch nicht aus Gründen der Investitionsförderung fest mit der Kerneinheit verbunden sein, sondern sie sollten angemietet sein, damit die Bewohner und Bewohnerinnen nicht ausziehen müssen, wenn der Betreuungsbedarf geringer wird und eine ambulante Betreuungsform womöglich genügt.²⁶

In dieser Hinsicht gibt es in den Projektregionen bereits sehr positive Entwicklungen und Beispiele, die zeigen, dass eine stark dezentralisierte Heimorganisation auch praktisch und wirtschaftlich möglich ist. Gleichzeitig gibt es die Notwendigkeit, die Vorgaben des Leistungsträgers hinsichtlich Organisation und Finanzierung solcher Einrichtungen so weiterzuentwickeln, dass diese sehr viel flexiblere Form der Unterstützung breite Anwendung finden kann.

4.3 Die Steuerung der Versorgung im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

Dem personenzentrierten Ansatz liegt der Gedanke zugrunde, dass vom persönlichen Hilfebedarf auszugehen ist - nicht nur auf der individuellen Ebene von Hilfeplanung und Leistungserbringung, sondern auch bei der Gestaltung des regionalen Versorgungssystems. Auf der regionalen, d.h. in der Regel auf der kreiskommunalen Ebene, sind Verbundstrukturen notwendig, in denen die Zusammenarbeit der Leistungserbringer und die Anpassung der Versorgung an den sich entwickelnden Bedarf koordiniert wird.

Nachdem bereits die Psychiatrie-Enquête von 1975 Kategorien regionsbezogener Planung eingeführt hatte, hat vor allem der Expertenbericht von 1988 das Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ausformuliert²⁷. Hintergrund waren die Erfahrungen der ersten Jahre der Psychiatriereform, die gezeigt hatten, dass eine Vermehrung von Einrichtungen in Verbindung mit der Tendenz zu immer weiterer fachlicher Spezialisierung nicht zwangsläufig zu einer wirklichen Verbesserung der Versorgung führt. Insbesondere die Versorgung chronisch

²⁶ Die Gestaltung psychiatrischer Heime im Zeichen der Personenzentrierung wird seit einigen Jahren lebhaft in den psychiatrischen Fachorganisationen diskutiert. Einen guten Überblick über Themen und Modelle geben Lisa Schulze Steinmann u.a. (Hg.): Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime. Psychiatrie-Verlag Bonn 2003, sowie Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen (Hg.): „Der Chef bin ich“ – Vom Versorgungsempfänger zum Auftraggeber. Zur Diskussion um Heime und Nutzerrechte. Bonn 2002.

²⁷ Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn 11.11.1988, hier insbesondere die Kapitel C.5 und C.6, S. 295-325.

psychisch Kranker wird unter solchen Bedingungen vernachlässigt. Daher soll ein Verbund als „regionale Verantwortungsgemeinschaft“ die Einrichtungen und Dienste in die Pflicht nehmen, um die Versorgung der chronisch psychisch kranken Menschen in einer Gemeinschaftsleistung sicherzustellen.

In Baden-Württemberg wurde 1986 eine Landesförderung für Sozialpsychiatrische Dienste als freiwillige Leistung eingeführt. Bereits in diesem Zusammenhang war den Stadt- bzw. Landkreisen als Vorbedingung für die Förderung die Wahrnehmung von Koordinationsaufgaben²⁸ sowie die Einrichtung eines Beratungsgremiums abverlangt worden. Damit war ein erster Impuls zur regionalen Koordination gesetzt. In den 90er Jahren wurden dann die Forderungen der Expertenkommission aufgegriffen mit dem Ziel, die regionalen Kooperationsstrukturen verbindlicher auszugestalten. Im Rahmen des vom Sozialministerium koordinierten Landesarbeitskreises Psychiatrie wurden Arbeitspapiere zur Konzeption, zum Aufbau und zur Ausgestaltung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) erarbeitet und in den Jahren 1994-1996 verabschiedet²⁹. Dabei handelt es sich freilich um Empfehlungen, die in den Versorgungsregionen im Lande sehr unterschiedlich aufgegriffen wurden.

In der erwähnten Konzeption heißt es: „Der GPV stellt ein Netzwerk von Einrichtungen und Diensten für psychisch Kranke und seelisch Behinderte dar, die untereinander eng kooperieren und gemeinsam, in Abstimmung mit der Landesplanung, eine vertragliche Versorgungsverpflichtung für einen definierten Personenkreis in einem geographisch begrenzten Gebiet übernehmen.“³⁰ Dem örtlichen Psychiatrie-Arbeitskreis wurde in diesem Zusammenhang ausdrücklich die fachliche Koordination des Verbundes zugeordnet.

Die Intention dieser Verbundentwicklung über Empfehlungen ist es, möglichst viel Spielraum zu lassen für örtlich unterschiedliche Gestaltungen; das Problem ist freilich die geringe Verbindlichkeit. Im Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg heißt es dazu im Sinne einer kritischen Zwischenbilanz: „Trotz ermutigender Entwicklungen in einzelnen Kreisen zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass die Einrichtung eines umfassenden Verbundes häufig bereits an den noch immer bestehenden Vorbehalten unter den Beteiligten scheitert. Die Stadt- und Landkreise sind im Rahmen ihrer allgemeinen Daseinsvorsorge aufgerufen, hier die Initiative zu ergreifen.“³¹ Weiter unten wird in Zusammenhang mit Fragen der regionalen Bedarfsplanung festgestellt, dass in den einzelnen Kreisen „unterschiedliche Grade in der gemeinsamen Beratung und Planung erreicht“ sind, und es wird die Notwendigkeit einer landesgesetzlichen Regelung erwogen.³²

Bezogen auf das Projekt ist festzustellen, dass jedenfalls in den Projektregionen die bestehenden Psychiatrie-Arbeitskreise nach Aussage der örtlichen Akteure nirgendwo die ihnen zuge-

²⁸ Noch heute gilt: „Sozialpsychiatrische Dienste werden gefördert, wenn sie sich in eine Planung auf der Ebene des Stadt- oder Landkreises einfügen und der Stadt- oder Landkreis auf freiwilliger Basis die Aufgaben der (Bedarfs-)Planung, Koordination und finanziellen Abwicklung wahrnimmt.“ Richtlinien des Sozialministeriums für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten vom 12. Dezember 2002, Zif. 4.2.1.

²⁹ Die Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) fand Eingang in den Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg, der am 25. Juli 2000 von der Landesregierung beschlossen worden ist (S. 91 ff.).

³⁰ Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.): Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg, Teil 1: Rahmenplanung. Beschluss der Landesregierung vom 25. Juli 2000, hier S. 91.

³¹ Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg, a.a.O., S. 42.

³² Psychiatrieplan 2000 Baden-Württemberg, a.a.O. S. 44: „Ob für eine weiter gehende Verbindlichkeit eine spezielle landesgesetzliche Regelung erlassen werden soll, bedarf noch der eingehenden fachlichen und politischen Prüfung, insbesondere im Hinblick auf den dann erforderlichen Finanzausgleich.“

dachte Steuerungsfunktion wirklich erfüllt haben bzw. erfüllen. Es handelt sich dabei offensichtlich um Gremien, die zu heterogen, zu groß und zu unverbindlich sind, um eine Steuerungsaufgabe ernsthaft bewältigen zu können. In allen am Projekt teilnehmenden Landkreisen wurden die Psychiatrie-Arbeitskreise als reine Orte des Informationsaustauschs beschrieben, die zudem nur unregelmäßig und in großen Abständen tagen. Stattdessen bzw. ergänzend dazu haben sich in den Regionen Strukturen entwickelt, die diesen Mangel – mehr oder weniger erfolgreich – zu kompensieren versuchen. (Einzelheiten zu den Regionen siehe unten: Verlaufsberichte aus den Regionen.)

Für alle beteiligten Landkreise war die Weiterentwicklung der Verbundstrukturen im Rahmen des Projektes vor diesem Hintergrund ein wichtiges Ziel. Diese Weiterentwicklung hat zwei Aspekte:

- die inhaltliche Konkretisierung der Verbundaufgabe, nämlich die Übernahme von Versorgungsverantwortung, ferner
- die Weiterentwicklung der Verbindlichkeit der Zusammenarbeit und der Steuerungsstrukturen.

4.3.1 Die Übernahme von Versorgungsverantwortung

Für die Verbundentwicklung ist es von zentraler Bedeutung, ob die Übernahme von Versorgungsverantwortung konkretisiert und vereinbart wird bzw. werden kann. In der psychiatriepolitischen Diskussion wird in diesem Zusammenhang teilweise auch der Begriff der Pflichtversorgung gebraucht. Dabei handelt es sich um einen Begriff, der ursprünglich im Kontext der psychiatrischen Krankenhausversorgung gebraucht wurde. Den psychiatrischen Krankenhäusern sind Versorgungsregionen zugeordnet, d.h. Regionen, für die das jeweilige Krankenhaus insbesondere hinsichtlich der Aufnahme von Zwangsunterbringungen zuständig ist.³³ Im Prozess der Psychiatriereform hat dieses Prinzip eine ausgesprochen fruchtbare Wirkung gehabt, weil sich daraus eine Verantwortungsbeziehung zwischen Krankenhaus und Region ergab; viele psychiatrische Krankenhäuser haben dadurch Initiativen entwickelt, auch die außerklinische Versorgung in „ihrer“ Versorgungsregion weiterzuentwickeln.

Komplementär dazu haben in den meisten Bundesländern Psychiatriegesetze den Kommunen die Einrichtung Sozialpsychiatrischer Dienste auferlegt. Deren Aufgabe ist im Sinne einer subsidiären Sicherstellungspflicht die vorsorgende und nachgehende ambulante Hilfe insbesondere für diejenigen psychisch Kranken, die sich von sich aus nicht ohne weiteres in Behandlung begeben. Das Ziel ist eine möglichst weitgehende Vermeidung von Zwangsmaßnahmen.

Daraus ergab sich bereits in den 80er Jahren die psychiatriepolitische Forderung, das Prinzip der Pflichtzuständigkeit für eine definierte Region auch auf die übrigen ambulanten und komplementären Einrichtungen und Fachdienste zu übertragen, wobei von vorneherein klar war,

³³ In Baden-Württemberg ist das allerdings nicht im Unterbringungsrecht geregelt. Das Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker (UBG) kennt keine zur Aufnahme verpflichteten Krankenhäuser. In § 2 UBG wird lediglich festgestellt, welche Einrichtungen für die Durchführung einer Unterbringung anerkannt sind. Der Umfang der Aufnahmeverpflichtung ergibt sich aus § 28 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz (LKHG). Die Zuordnung von Versorgungsgebieten erfolgt im Rahmen des Krankenhausplans des Landes. In § 6 Abs. 1 UBG heißt es außerdem: „Die Ausführung der vom Gericht angeordneten Unterbringung, insbesondere die Auswahl einer geeigneten Einrichtung, obliegt der unteren Verwaltungsbehörde. Bei der Auswahl der anerkannten Einrichtung sollen die Wünsche des Betroffenen und therapeutische Gesichtspunkte und der Grundsatz der Gemeindenähe angemessen berücksichtigt werden.“

dass angesichts der zunehmenden Spezialisierung diese Zuständigkeit nur gemeinsam durch zu vereinbarende Verfahrensweisen und Standards würde wahrgenommen werden können, eben durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Gesetzlich gibt es allerdings nur wenige weitere Konkretisierungen. Es gibt in der ambulanten ärztlichen Versorgung den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen. Es besteht die Infrastrukturverantwortung der Rehabilitationsträger, die als regionale zwar allgemein benannt, aber nicht weiter konkretisiert ist³⁴. Schließlich gibt es die Daseinsvorsorge als Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltung.

Das Thema „regionale Pflichtversorgung“ ist also mehr eine politische als eine planungsrechtliche oder gar sozialrechtliche Kategorie. Der politische Gestaltungsimpuls zur regionalen Pflichtversorgung speist sich „von unten her“ vor allem

- aus den Erwartungen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen von psychisch kranken Menschen, die klare Zuständigkeiten auch für schwierige Problemlagen einfordern,
- aus der Identifikation der Fachkräfte vor Ort mit den am meisten beeinträchtigten bzw. am schwierigsten zu versorgenden Menschen.

Eine seit Jahrzehnten immer wieder belegte Erfahrung zeigt: wo sich angebotsorientierte Spezialisierung als fachliches Organisationsprinzip sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen durchsetzt, entwickeln sich massive Selektionsmechanismen, die Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigungen oder vermeintlich schlechten Prognosen benachteiligen. Diese Selektionswirkung wird noch verschärft, wenn die Spezialisierung zusammenkommt mit einer einseitigen Marktorientierung, was die Preisfindung betrifft.

Es geht also darum, in einem gesetzlich nicht genauer geregelten Raum eine Verantwortungsgemeinschaft zur Sicherstellung einer Versorgungsaufgabe und einer bestimmten Versorgungsqualität zu bilden. Niemand soll wegen der Art seiner psychischen Störung oder wegen des Umfangs des daraus sich ergebenden Hilfebedarfs gezwungen sein, seine Heimatregion zu verlassen. Die Wahlfreiheit von Hilfe suchenden Menschen ist damit nicht berührt.³⁵ Es handelt sich vielmehr um eine Selbstbindung aus fachlicher Einsicht, die zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern zu vereinbaren ist.

Das Postulat „regionale Pflichtversorgung“ hat eine hohe sozialetische und sozialpolitische Plausibilität, aber es trifft auf sozialrechtlich und wirtschaftlich durchaus widersprüchliche und unübersichtliche Rahmenbedingungen. Es kann sich dabei für beide Seiten durchaus ambivalent darstellen und als bestimmten wirtschaftlichen Interessen jedenfalls vordergründig widersprechend erscheinen:

- Für die Leistungserbringer bedeutet es eine Einschränkung ihrer Aufnahmepolitik: einen Verzicht auf immer weitere Spezialisierung und überregionale Aufnahmestrategien zugunsten einer Auseinandersetzung mit dem in der Region sich ergebenden Hilfebedarf.

³⁴ „Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten sie darauf, dass für eine ausreichende Zahl solcher Rehabilitationsdienste und –einrichtungen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen.“ § 19 Abs. 1 SGB IX.

³⁵ Die Zustimmung psychisch kranker Menschen zu einer auswärtiger Unterbringung ist unter den gegenwärtigen Bedingungen in vielen Regionen nicht Ergebnis einer Wahlentscheidung, sondern mehr oder weniger Folge eines Sachzwangs: Hilfe auswärts oder keine bzw. keine ausreichende Hilfe am bisherigen Lebensort.

- Für die Leistungsträger bedeutet es entsprechend den Verzicht auf eine Fallsteuerung einseitig nach der Devise „wo ist die billigste geeignete Einrichtung?“ und ein Umdenken in Kategorien der regionalen Sicherstellung. In anderen Bereichen des Gesundheitswesens insbesondere im Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherungsträger ist das nicht selbstverständlich. Hier geht das Prinzip überregionaler Spezialisierung teilweise sehr weit.

Mit dieser Spannung zwischen dem Bemühen um Sicherstellung einer bestimmten Versorgungsqualität und den begrenzten Gestaltungsmöglichkeiten hatten sich auch die Projektregionen auseinanderzusetzen. Alle Projektregionen haben sich als Ziel auch die verbindliche Wahrnehmung der regionalen Versorgung vorgenommen.

4.3.1.1 Bestandsaufnahme, regionale Zielplanung

Wenn ein Gemeindepsychiatrischer Verbund die regionale Versorgungsverantwortung übernehmen und dabei die Grundsätze personenzentrierter Hilfe umsetzen will, dann folgt daraus unmittelbar die Notwendigkeit, sich Klarheit zu verschaffen darüber, in welchen Bereichen diese Aufgabe aktuell wahrgenommen werden kann und in welchen Bereichen Schwierigkeiten bestehen. Dafür gibt es zwei Zugänge, die sich wechselseitig ergänzen:

- die Erfahrungen der Hilfeplankonferenz, die einzelfallbezogen zeigen, welcher individuelle Bedarf nicht oder nur unzureichend beantwortet werden kann,
- die systematische Bewertung des vorhandenen Hilfesystems in Hinblick auf Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung sowie in Hinblick auf Vollständigkeit der notwendigen sozialrechtlichen Leistungspalette.

Für Letzteres wurden den Regionen im Rahmen des Projektes möglichst zu Beginn eine Bestandsaufnahme und eine daraus zu entwickelnde regionale Zielplanung vorgeschlagen. Als Instrument wurde der Bogen zur Selbsteinschätzung und Zielplanung für eine personenzentrierte regionale psychiatrische Versorgung (ReZiPsych) verwendet, der von der Aktion psychisch Kranke e.V. für diesen Zweck entwickelt worden ist.³⁶

Die Planung von Versorgungsleistungen setzt eine bewertende Bestandsaufnahme der gegebenen Situation voraus. Die Auflistung verfügbarer Angebote ergibt aber auch bei differenzierter Erfassung von Quantitäten nur ein unvollständiges Bild. Bezugspunkt für Psychiatrieplanung muss vielmehr eine qualitätsorientierte Bewertung der Versorgungssituation sein. Dabei sind die verschiedenen Dimensionen von Qualität (Struktur, Prozess, Ergebnis) zu berücksichtigen. Der Focus ist dabei nicht so sehr das Optimieren einzelner Bestandteile, sondern das Zusammenwirken der Beteiligten.

Angesichts der Tatsache, dass Hilfen für psychisch kranke Menschen nicht ein System aus einem Guss darstellen, sondern sowohl als Leistungsträger wie auch bei der Leistungserbringung eine Vielzahl von jeweils autonomen Akteuren daran beteiligt ist, kann eine qualitätsorientierte Bewertung und Weiterentwicklung

- nur in einem diskursiven Verfahren und
- nur in einem zyklischen Planungsmodell erfolgen.

Der Bogen wendet damit das Modell, das dem IBRP für die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs zugrunde liegt, auch auf die Ermittlung des regionalen Hilfebedarfs an. Das beinhaltet

³⁶ Der Bogen zur regionalen Zielplanung in der Psychiatrie (ReZiPsych) ist im Anhang dieses Berichts, Allgemeine Materialien, abgedruckt.

tet: die gegenwärtige Situation erfassen – Ziele der Beteiligten einbeziehen – Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen des Hilfesystems erfassen und bewerten – Prioritäten für Veränderungsbedarf klären – weiteres Vorgehen festlegen – Umsetzung evaluieren.

In Prozessen der Psychiatrieplanung sind also zu verknüpfen

- Daten der psychiatrischen Gesundheitsberichterstattung,
- die Verständigung über qualitative fachliche Versorgungsstandards (z.B. Grundsatz der regionalen Pflichtversorgung, Grundsätze personenzentrierter Hilfe),
- die Bewertungen der beteiligten Akteure zum Veränderungsbedarf in der regionalen Situation, in die deren Erfahrungen, aber auch Interessenlagen einfließen.

Die Bewertung von Aufgabenerfüllung und Entwicklungsbedarf eines regionalen Versorgungssystems ergibt sich also nicht allein aus statistischen Kennziffern, sondern letztlich erst durch Prozesse der bewertenden Selbstevaluation.

Der ReZiPsych-Bogen ist eine Arbeitshilfe für die Gestaltung derartiger Psychiatrieplanungsprozesse. Er bietet eine Übersicht von Merkmalen und Ausprägungsgraden zu Aspekten der Struktur- und Prozessqualität psychiatrischer Versorgung an. Diese Übersicht geht vom globalen Ziel eines personenzentrierten Hilfesystems aus und systematisiert relevante Merkmale auf verschiedenen Ebenen:

- Ebene der individuellen Hilfeplanung,
- Ebene der Organisation der Leistungserbringung,
- Ebene der Ressourcen, unterteilt nach sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen und Organisationsformen,
- Ebene der Verbundgestaltung.

Er enthält eine Spalte zur Hervorhebung von vordringlichem Klärungsbedarf sowie den Ebenen zugeordnet jeweils Felder für ergänzende Problembeschreibung, für die Formulierung von Zielen und für Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen.

Der Bogen kann verwendet werden

- als Vorbereitung für den weiteren Klärungsprozess durch die beteiligten Akteure zur Präzisierung ihrer jeweiligen Einzelbewertungen sowie
- als Ergebnisdokumentation des regionalen Abstimmungsprozesses zur Gesamtbewertung zu einem bestimmten Zeitpunkt und damit auch als Grundlage für periodische Fortschreibung und als Themenspeicher.

In den Projektregionen Ravensburg/Bodenseekreis, Reutlingen und Lörrach wurde jeweils eine solche regionale Zielplanung durchgeführt, die zur Fokussierung und Prioritätensetzung in der Region beigetragen hat.

4.3.1.2 Themen in den Regionen

Alle Projektregionen haben ihre eigenen Entwicklungsthemen. Aspekte davon werden an verschiedenen Stellen dieses Berichtes behandelt, außerdem finden sich dazu im Teil II die Verlaufsberichte aus den Regionen. Nachstehend mag deshalb ein knapper Überblick über die Schwerpunktthemen in den Regionen genügen, um einen Eindruck davon zu vermitteln, worum es bei einer regionalen Zielplanung, die sich auf die Wahrnehmung regionaler Versorgungsverantwortung ausrichtet, gehen muss:

- In der Region Ravensburg/Bodenseekreis existiert bereits ein sehr differenziertes klinisches und außerklinisches Hilfesystem. Das Entwicklungsthema ist die Dezentralisierung der Kapazitäten, die sich historisch vor allem im westlichen Teil des Landkreises Ravensburg und insbesondere in Ravensburg selbst und der unmittelbaren Umgebung gebündelt haben. Die Dezentralisierung bezieht sich sowohl auf die klinische Versorgung (Tageskliniken in Friedrichshafen und Wangen, psychiatrische Satellitenstation am Krankenhaus Wangen) als auch auf den außerklinischen Bereich (Gemeindepsychiatrische Zentren im Bodenseekreis soeben geschaffen, für den Landkreis Ravensburg in Planung). Ein gewichtiges Thema ist in diesem Zusammenhang insbesondere die regionale Verlagerung von Heimkapazitäten aus dem Sektor Ravensburg–West in die übrigen Versorgungssektoren.
- In Reutlingen steht die klinische Versorgung vor einer Neuordnung dadurch, dass aus dem bestehenden Heinrich-Landerer-Krankenhaus der BruderhausDiakonie und verlagerten Betten des Zentrums für Psychiatrie Zwiefalten ein neues, größeres psychiatrisches Krankenhaus in gemeinsamer Trägerschaft entstehen wird. Dieses wird dann auch Pflichtversorgungsaufgaben für den städtisch geprägten Raum Reutlingen übernehmen. Im Übrigen ergibt sich das zentrale Entwicklungsthema der Region aus der Ausstattung der Region mit Heimplätzen in einer Größenordnung, die weit über den regionalen Bedarf hinausgeht, die sich überwiegend in den sehr ländlichen Teilen des Kreisgebietes befinden und die Versorgungsbeiträge für andere Regionen erbringen. Hier wird über mittelfristige Umstrukturierungs- und Anpassungsprozesse nachgedacht. Gleichzeitig hat die regionale Zielplanung mit dem ReZiPsych-Bogen deutlich gemacht, dass es neben dieser Überversorgung auch Lücken gibt vor allem im Bereich Tagesstrukturierung und Beschäftigung.
- Lörrach ist im Vergleich zu den beiden vorgenannten Regionen in vieler Hinsicht ein Gegenstück, weil der Landkreis in psychiatrischer Hinsicht eindeutig zu den unterversorgten Regionen im Lande gehört. Das gilt für die klinische Versorgung: es gibt in Lörrach bis heute kein psychiatrisches Krankenhausbett. Die Versorgung erfolgt schwerpunktmäßig durch das relativ weit entfernte Zentrum für Psychiatrie Emmendingen und im Übrigen unter Beteiligung verschiedener Kliniken in der weiteren Umgebung. Das gilt auch für den außerklinischen Bereich: im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe sind die Kapazitäten begrenzt, im stationären Bereich müssen Hilfe suchende Personen aus dem Landkreis Lörrach teilweise weiträumig vermittelt werden. Damit sind die beiden Entwicklungsthemen benannt, die für die Übernahme der regionalen Versorgungsverantwortung im Landkreis Lörrach von vorrangiger Bedeutung sind, nämlich die Ermöglichung psychiatrischer Krankenhausbehandlung vor Ort und der Aufbau differenzierter Hilfen im Bereich Wohnen und Selbstversorgung, damit Auswärtsvermittlungen perspektivisch erübrigt werden können
- Stuttgart hat sich selbst als Entwicklungsthema die bedarfsgerechtere Ausgestaltung der Hilfen im Bereich Wohnen und Selbstversorgung vorgenommen. Die Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass vor allem von Seiten der Kliniken ein größerer Bedarf an ambulanter und stationärer Weiterbetreuung angemeldet wird als mit den verfügbaren Kapazitäten zu befriedigen ist und dass deswegen weiterhin Vermittlungen einerseits in auswärtige Einrichtungen und andererseits in Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe stattfinden. Gleichzeitig leidet das psychiatrische Hilfesystem unter einem engen Woh-

nungsmarkt, der die Entlassungsmöglichkeiten aus den stationären Einrichtungen und den Ausbau ambulant betreuter Wohnangebote erheblich behindert.

4.3.2 Die Weiterentwicklung von Steuerungsstrukturen

Um die regionale Versorgungsverantwortung als Gemeinschaftsaufgabe wahrnehmen zu können, bedarf es einer verbindlichen Form der Zusammenarbeit. Deshalb gehörte es in den Projektregionen zu den Projektzielen, die vorhandenen Verbundstrukturen in Richtung auf mehr Verbindlichkeit weiterzuentwickeln. Wesentliche Anregungen dafür ergaben sich aus der Schlussphase des Bundesprojektes und dessen bundesweiter Abschlusstagung in Kassel im Juni 2003.

4.3.2.1 Diskussion um die Funktion des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV)

Die Verbindlichkeit und Steuerungsfähigkeit des GPV hat sich in allen Projektregionen im Bundesprojekt und in den Landesprojekten als Thema gestellt. Allerdings ist dies nicht einfach nur eine projektinterne Diskussion gewesen. Die mangelnde Verbindlichkeit von GPV-Strukturen ist in einzelnen Bundesländern bereits Anlass gewesen, Regelungen dazu im jeweiligen Psychiatriegesetz zu treffen.³⁷

In den Jahren 2001/2002 hat sich auch die Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden mit diesem Thema beschäftigt und am 25./26. April 2002 folgenden Beschluss gefasst:

„Die Umfrage im Auftrag der Arbeitsgruppe Psychiatrie in den Ländern zur Realisierung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) hat gezeigt, dass der Begriff GPV in den Ländern keinesfalls einheitlich angewendet wird. Sowohl Zusammensetzung als auch Aufgaben und Verbindlichkeit der Zusammenarbeit variieren stark. Vor diesem Hintergrund erscheint es den Psychiatriereferentinnen und -referenten der Länder unabdingbar, einvernehmliche Mindeststandards für GPV's zu definieren. Mit dieser Definition von Mindeststandards sollen andere Formen der Kooperation zwischen Leistungserbringern nicht erschwert werden. Es sollte aber Klarheit bestehen, dass nur bei Erfüllen dieser Mindeststandards von einem GPV gesprochen werden kann.

GPV ist ein Zusammenschluss von Leistungsanbietern, die für einen definierten räumlichen Sektor durch den Aufbau fachlich vernetzter Versorgungsangebote (Übernahme der Versorgungsverpflichtung) die Versorgung psychisch Kranker in allen Stadien einer Erkrankung gemeindenah sicherstellen sollen.

Dafür sind folgende Grundvoraussetzungen zu fordern:

- *Die Versorgungsverpflichtung bindet ausschließlich die Leistungsanbieter.*
- *Die räumliche Zuständigkeit des GPV ist klar definiert.*
- *Mitglieder eines GPV sind zumindest das für die Region zuständige Krankenhaus, die Einrichtungen/Träger der außerklinischen Versorgungsangebote der Eingliederungshilfe, die zuständigen sozialpsychiatrischen Dienste, ggf. der ÖGD [Öffentliche Gesundheitsdienst].*

³⁷ In Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen gibt es landesgesetzliche Regelungen für den Gemeindepsychiatrischen Verbund.

- *Erstrebenswert ist die Einbeziehung weiterer Anbieter, insbesondere der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen, von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation.*
- *Betroffene und Angehörige werden in den GPV einbezogen.*
- *Die zu versorgende Personengruppe ist ebenfalls klar definiert, in der Regel sollte es sich um alle psychisch Kranken der Region handeln. Ausnahmen können GPV's für ausgewählte Personengruppen sein wie Suchtkranke, psychisch kranke alte Menschen oder Kinder und Jugendliche. Die notwendigen Kooperationspartner müssen dann entsprechend angepasst werden (z.B. Altenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe etc.).*
- *Zwischen den Kooperationspartnern müssen verbindliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit bestehen.*
- *Gemeindepsychiatrische Verbände berichten in regelmäßigen Abständen den zuständigen kommunalen Gremien bzw. Landesbehörden über quantitative und qualitative Aspekte in ihrer Region.“*

Damit sind zentrale Merkmale benannt, die einen GPV ausmachen. In der Schlussphase des Bundesprojektes hat die Aktion Psychisch Kranke e.V. diese Merkmale konkretisiert und um weitere wesentliche Gesichtspunkte ergänzt, die sich aus den Projekterfahrungen ergeben haben. Die daraus gewonnenen Anforderungen an einen GPV hat sie in einem Eckpunkte-Papier³⁸ im Frühjahr 2003 zur Diskussion gestellt.

Die Aktion Psychisch Kranke e.V. hat das verbunden mit der Initiative zur Gründung einer „BAG Gemeindepsychiatrischer Verbände“. Damit soll nicht nur der im Rahmen der Implementationsprojekte hergestellte lernende Kontakt zwischen den Projektregionen über die Projektlaufzeit hinaus ermöglicht werden, sondern ganz allgemein der Austausch zwischen Gemeindepsychiatrischen Verbänden, die sich auf die Prinzipien der Personenzentrierung und der regionalen Versorgungsverantwortung verpflichtet haben. Es soll insbesondere die Diskussion über die wesentlichen Merkmale, die einen Gemeindepsychiatrischen Verbund wirksam machen, angeregt werden. Diese Diskussion wurde in einer separaten Tagesveranstaltung im Anschluss an die Kasseler Abschlusstagung des Bundesprojektes am 5. Juni 2003 mit zahlreichen Vertretern Gemeindepsychiatrischer Verbände aus allen Teilen Deutschlands begonnen. In einem daraus sich ergebenden Arbeitsgruppenprozess wurden die Eckpunkte für einen GPV überarbeitet und in einem Workshop am 22. Januar 2004 erneut in einer größeren Runde vorgestellt.

Kernanliegen des von der Aktion Psychisch Kranke e.V. angestoßenen Diskussionsprozesses ist es, den GPV deutlicher zu profilieren. Es werden zwei Steuerungsebenen empfohlen:

- ein Steuerungsgremium unter Federführung der Kommune und unter Einbeziehung von Leistungserbringern, Leistungsträgern, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen (Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund – GPSV) und
- ein Verbund der Leistungsanbieter auf der Grundlage eines definierten Leitbildes von Versorgungsqualität, das ausgehend von den Schlüsselbegriffen „Pflichtversorgung“ und

³⁸ Aktion psychisch Kranke e.V.: Eckpunkte zum Gemeindepsychiatrischen Verbund. Diskussionsvorschlag, Stand 8. März 2003. Seither mehrere überarbeitete Fassungen. Die Fassung vom 8. März 2003 wird dokumentiert im Anhang dieses Berichts (Allgemeine Materialien).

„Personenzentrierung“ formuliert wird (Gemeindepsychiatrischer Leistungsanbieterverbund - GPLV).

Damit wird die Zugehörigkeit zum GPLV zu einem Qualitätsmerkmal, das Unterscheidungen ermöglicht. Einem Verbund in diesem Sinne gehört man nicht automatisch an, sondern durch ausdrückliche Willenserklärung auf der Grundlage der überprüfbaren Selbstverpflichtung zu bestimmten Qualitätsanforderungen. Dazu gehört dann zwangsläufig, dass sich ein GPLV in diesem Sinne per Vereinbarung bzw. Vertrag bzw. Satzung in einer Rechtsform konstituiert³⁹ und damit als Rechtsperson handlungsfähig wird, einen Sprecher bzw. eine Sprecherin sowie eine Adresse hat. Handlungsfähigkeit heißt vor allem, dass der Verbund der Leistungserbringer ansprechbar wird auf seine (gemeinsam erbrachten) Leistungen, dass er zu einem gestaltenden Subjekt und zum kollektiven Gegenüber wird für die Planungsverantwortlichen in den zuständigen Behörden und bei den Leistungsträgern sowie für die Interessenvertreter von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen.

Dieses Verständnis von Verbund geht dezidiert einen Schritt über das bisher vorherrschende Verständnis hinaus, das ein rein deskriptives ist. Danach gehören zum Verbund die Einrichtungen und Dienste, die an der Versorgung psychisch kranker Menschen tatsächlich beteiligt sind und die im Interesse einer besseren Versorgung zusammenwirken sollen.⁴⁰

4.3.2.2 Anpassungsprozesse in den Regionen

Im Folgenden soll ein knapper Überblick über die Veränderungen im Bereich der GPV-Strukturierung in den Regionen gegeben werden:

- Ravensburg/Bodenseekreis

In Ravensburg und im Bodenseekreis gab es zu Projektbeginn eine Konferenz an der Versorgung beteiligter Träger unter Beteiligung der zuständigen Sozialplaner der beiden Landratsämter. Diese Runde traf sich einmal bis zweimal jährlich als „Regio-Besprechung“ mit den Sozialdezernenten der beiden Landkreise. Der erstgenannte Kreis wurde hinsichtlich der beteiligten Träger vervollständigt sowie um die Koordinatorinnen der Hilfeplankonferenzen ergänzt und fungierte während der Projektlaufzeit als Projektsteuerungsgruppe.

Für Ravensburg und den Bodenseekreis gemeinsam bestanden zu Projektbeginn ferner bereits

- ein Leistungsverbund im Bereich Wohnen (Wohnverbund) unter Beteiligung aller stationären und ambulanten Wohnangebote für psychisch kranke Menschen in der Region sowie der Tagesstätten, der die Funktionsbereiche Selbstversorgung und Tagesgestaltung beinhaltet, ferner
- ein Leistungsverbund im Bereich Arbeit (Werkstättenverbund), in dem die Werkstätten für psychisch kranke Menschen in der Region zusammenarbeiten.

Während der Projektlaufzeit kam hinzu der

³⁹ Sei es als Gesellschaft des bürgerlichen Rechts oder als Verein, oder sei es auch als (gemeinnützige) GmbH, wenn man gleichzeitig auch bestimmte Dienste in gemeinsamer Trägerschaft betreiben will.

⁴⁰ Beispielhaft sei hier verwiesen auf die „Bestandserhebung Gemeindepsychiatrischer Verbund“ der Stadt Stuttgart von 1997. Es handelt sich um eine sehr sorgfältige und umfassende Bestandsaufnahme aller psychiatrischen Angebote in der Stadt Stuttgart und eine Bewertung aus der Perspektive der kommunalen Sozialplanung. Fragen der Zugehörigkeit zum Verbund und der Selbststeuerung bzw. der Steuerungsfähigkeit des Verbundes werden nicht behandelt.

- Verbund der Ambulanten psychiatrischen Dienste (APD), in dem der Sozialpsychiatrische Dienst, die Institutsambulanz, die psychiatrischen Pflegedienste und das Ambulant Betreute Wohnen beteiligt sind. Der Sozialpsychiatrische Dienst erbringt auch Leistungen der Soziotherapie. Die APD sind sektoral organisiert und in allen vier Sektoren der Versorgungsregion vertreten (im Sektor Wangen ohne Psychiatrischen Pflegedienst).

In einem weiteren Schritt der Integration konnten für den Bodenseekreis im Jahr 2003 Gemeindepsychiatrische Zentren in Friedrichshafen und in Überlingen eingerichtet werden,⁴¹ in denen jeweils Werkstatt-Plätze, Tagesstätte, Büros für die Ambulanten psychiatrischen Dienste und die dezentralen stationären Wohngruppen auch räumlich zusammengeführt werden. In Friedrichshafen dient die Tagesstätte als tagesstrukturierendes Angebot auch für die Bewohner und Bewohnerinnen der dezentralen stationären Wohngruppen. Die Tagesstätte wird auf diesem Wege durch Personalkapazität der Wohngruppen ergänzt und kann dadurch ein qualitativ zufrieden stellendes Angebot gewährleisten. Für Ravensburg und Wangen befindet sich je ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum mit ähnlicher einrichtungs- und trägerübergreifender Ausrichtung in der Planung.

Aus den Erfahrungen in der Region und aus der oben erwähnten Diskussion um die Funktion des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Rahmen der Aktion Psychisch Kranke e.V. ergibt sich schließlich mit Projektende als weiterer Schritt, pro Landkreis einen eigenen Gemeindepsychiatrischen Verbund zu bilden und darüber auch eine förmliche Vereinbarung abzuschließen. Nach der Projektphase, in der Grundsätze der Hilfeplanung und Verbundsteuerung gemeinsam entwickelt werden konnten, erscheint es sinnvoll, bei der weiteren Verbundentwicklung nun die Struktur und Dynamik des jeweiligen Landkreises zu betonen. Dabei wird auch die Differenzierung zwischen dem Leistungserbringerverbund und dem Steuerungsverbund aufgegriffen. Mit dieser Vereinbarung wird die Weiterführung der im Projekt entwickelten Strukturen und Verfahrensweisen über die Projektlaufzeit hinaus geregelt. Ein ausformulierter Entwurf für eine solche Vereinbarung liegt zwischenzeitlich vor und soll im März 2004 unterzeichnet werden.

- Reutlingen

In Reutlingen gab es in der Vorgeschichte eine Trägerkonferenz Sozialpsychiatrie ohne Beteiligung des Landratsamtes und einen Psychiatrie-Arbeitskreis. Bereits Mitte der 90er Jahre kam es zu einem Zusammenschluss der im ambulanten psychiatrischen Bereich tätigen Träger im Rahmen des Zentrums für Gemeindepsychiatrie. Im Rahmen dieses Zentrums, angesiedelt mitten in Reutlingen, arbeiten der Sozialpsychiatrische Dienst, der ambulante psychiatrische Pflegedienst, Fachdienste für ambulant und stationär betreutes Wohnen, die Tagesstätte und der Integrationsfachdienst in räumlicher Einheit und organisatorischer Vernetzung bei fortbestehenden unterschiedlichen Trägerschaften eng zusammen.

Die Wahrnehmung einer über die Geschäftsführung des Psychiatrie-Arbeitskreises hinausgehenden Koordinationsfunktion durch das Landratsamt war in der Vorgeschichte über Jahre hin von der Trägerkonferenz erfolglos gefordert worden.

Für das Projekt wurde eine Projektsteuerungsgruppe unter Moderation durch die Sozialdezerntin eingerichtet. In diesem Zusammenhang wurde auch eine Fachstelle für Sozialplanung

⁴¹ Der Gesellschaftsvertrag des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Friedrichshafen ist im Anhang, Materialien der Projektregion Ravensburg/Bodenseekreis, abgedruckt.

mit dem Aufgabenbereich Psychiatrie, Sucht und Behindertenhilfe im Sozialdezernat eingerichtet und im Frühjahr 2003 besetzt.

Bereits zu Beginn des Projektes wurde eine Unterteilung des Landkreises in zwei Sektoren vereinbart, denen jeweils eine Hilfeplankonferenz zugeordnet wurde.

Ergebnis des Projektes ist in Reutlingen die Absicht, die im Projekt entwickelten Arbeitsformen weiterzuführen und den bestehenden Formen der Zusammenarbeit einen verbindlicheren Rahmen zu geben durch eine Rahmenvereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund. Ein erster Entwurf dazu liegt vor. Nach einem Beschluss des Sozialpsychiatrischen Arbeitskreises vom März 2004 soll die bisherige Steuerungsgruppe in der erprobten Weise weiterarbeiten und die Neuorganisation der Steuerungsstrukturen weiterführen. Gleichzeitig wird ein Handlungskonzept für die Arbeit an den vordringlichen Versorgungsproblemen der Region entwickelt. Dafür wird im Rahmen des GPV eine Arbeitsgruppe unter Federführung des Psychiatriekoordinators beauftragt.

- Lörrach

In Lörrach hatte es – nach jahrelangem Stillstand in Fragen der Psychiatrie-Entwicklung und angesichts erheblicher Unzufriedenheit in der Region - kurz vor Projektbeginn auf Einladung des Landrates eine Klausurtagung zur Psychiatrie auf Kreisebene gegeben. Ein Ergebnis war die Bildung einer Psychiatrieplanungsgruppe gewesen, die deutlich kleiner war als der bestehende, selten tagende und als wenig effektiv beurteilte Psychiatrie-Arbeitskreis. Ihr gehörten Trägervertreter und Vertreter von Leistungsträgern an. Diese AG Psychiatrieplanung unter Federführung des Sozialdezernenten hat gleichzeitig die Projektsteuerung wahrgenommen.

Auch in Lörrach werden die im Projekt entwickelten Strukturen weitergeführt. Es ist zwischenzeitlich eine Rahmenvereinbarung zur Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes zwischen den Leistungserbringern in der Region abgeschlossen worden.⁴² Eine Arbeitsgruppe unter Federführung des Psychiatriekoordinators zur Erarbeitung eines Handlungskonzeptes für den Problembereich Wohnen/Selbstversorgung hat zwischenzeitlich ihre Arbeit aufgenommen.

- Stuttgart

Stuttgart hat als Großstadt am deutlichsten eine politische Steuerung etabliert. Der Gemeinderat hat einen eigenen Gesundheitsausschuss, der auch die Funktion des Psychiatrie-Arbeitskreises an sich gezogen hat und mehrmals im Jahr mit psychiatrischem Schwerpunkt tagt. Eine Ebene darunter gibt es eine Planungsklausur aller relevanten Leistungserbringer, die vom Gesundheitsamt, das seinerseits über eigene Fachstellen für Sozialplanung verfügt, moderiert wird. Auf der Ebene darunter gibt es verschiedene Fachgremien.

Die Weiterentwicklung der Verbundsteuerung war in Stuttgart wegen des begrenzten Vorhabens kein Schwerpunkt im Rahmen des Projektes. Gleichwohl ist zum Ende der Projektlaufzeit mit Installation der Hilfeplankonferenz für alle Beteiligten deutlich geworden, dass eine Überprüfung der vorhandenen Koordinationsstrukturen mit dem Ziel von Bündelung und größerer Verbindlichkeit notwendig ist; eine Neuordnung des Gremienwesens ist eingeleitet.

⁴² Die Rahmenvereinbarung zum GPV ist im Anhang, Materialien der Projektregion Lörrach, dokumentiert.

4.3.3 Die Rolle der kreiskommunalen Verwaltung

Die Erfahrungen im Projekt zeigen, dass der kreiskommunalen Verwaltung im Rahmen des hier behandelten Implementationsprozesses eine große Bedeutung zukommt. Die kreiskommunale Verwaltung, hier konkret die Sozialdezernentin bzw. der Sozialdezernent, im Alltag vertreten durch die für die Psychiatrie im größeren Zusammenhang der Sozialplanung zuständige Fachkraft, macht sich zum Anwalt des Gesamtversorgungsinteresses und fungiert damit als Motor für die notwendigen Klärungsprozesse. So wichtig es ist, dass die Leistungserbringer sich im Verbund auf die Wahrnehmung der regionalen Versorgungsaufgaben verständigen, so wichtig ist auch, dass dieser Verbund ein Gegenüber bekommt. Dieses Gegenüber sind im Rahmen der regionalen Steuerungsstrukturen insbesondere die Vertreter der Nutzer (d.h. der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen), die Leistungsträger und die politischen Gremien im Landkreis, insbesondere hier der zuständige Ausschuss des Kreistages. Aufgabe der kreiskommunalen Verwaltung ist es, den Diskurs über die bedarfsgerechte Ausgestaltung der Hilfen für psychisch kranke Menschen in diesem Spannungsfeld zu führen.

Die kreiskommunale Verwaltung kann in drei verschiedenen Rollen an der hier verhandelten Thematik beteiligt sein:

- als Träger von Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung (z.B. in Stuttgart als Träger von Sozialpsychiatrischen Diensten und einer psychiatrischen Klinik, in Lörrach als Träger eines großen Pflegeheims mit psychiatrischen Angeboten),
- als planende und koordinierende Stelle mit Blick auf die Gesamtversorgung in Wahrnehmung kommunaler Daseinsvorsorge (das beinhaltet vor allem die Zusammenführung der beteiligten Akteure und das Hinwirken auf abgestimmte Wahrnehmung der Versorgungsaufgaben durch sozialplanerische Aktivitäten - Beispiel: der Landrat in Lörrach veranstaltet einen Workshop zur psychiatrischen Versorgung im Landkreis und sorgt anschließend dafür, dass es in der Verwaltung einen „Kümmerer“ gibt, sprich eine Fachstelle, die sich sozialplanerisch mit diesem Bereich befasst),
- als Leistungsträger (diese Rolle war in der Vergangenheit im Hintergrund, weil die Zuständigkeiten für ambulante und stationäre Eingliederungshilfe nahezu vollständig beim überörtlichen Sozialhilfeträger angesiedelt waren; sie wird mit dem bevorstehenden Zuständigkeitsübergang zentral werden und auch die Wahrnehmung der Sozialplanungsaufgaben berühren, denn als Rehabilitationsträger hat der Sozialhilfeträger eine eigene Infrastrukturverantwortung und als nachrangig zuständiger Rehabilitationsträger ein Interesse daran, dass die vorrangig relevanten Leistungen auch tatsächlich verfügbar sind).

Es hat sich gezeigt, dass es wichtig und fruchtbar ist, wenn die Rolle der kommunalen Sozialplanung als eigenständige Rolle wahrgenommen wird. Als eine zentrale Aufgabe von Sozialplanung ist die Moderation von Interessenkonflikten beschrieben worden, denn es handelt sich in der Sozialplanung letztlich vielfach „um eine Auseinandersetzung zwischen unterschiedlichen Wertpositionen. Die Auseinandersetzung um diese Wertposition ist von zentraler Bedeutung: Planungskonzepte und Strategien zu Politikberatungen sind immer nur Konsequenzen der ausgehandelten Wertkonflikte. Die Suche nach den verbindlichen Werten ist das Zentrum des Planungs- und Beratungsgeschäftes.“⁴³ Die Implementation des personenzentrierten Ansatzes beruht, das dürfte aus dem vorliegenden Bericht deutlich werden, wesentlich

⁴³ Andreas Strunk, Handlungseinheit von Hilfe und Planung. social management Jg. 2/1991, S. 37-43, hier S. 42.

auf einem Verständigungsprozess über die Wertgrundlagen psychiatrischen Handelns, und dieser Verständigungsprozess benötigt einen Rahmen. Für eine kurze Zeit kann ein Projekt wie das vorliegende dafür den Rahmen und einen kräftigen Impuls bieten; auf die Dauer kommt es darauf an, durch die Konstruktion des gemeindepsychiatrischen (Steuerungs-)Verbundes dafür zu sorgen, dass dieser Diskurs in Gang gehalten wird.

4.4 Finanzierung, Sozialrecht

Bei der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes spielen Fragen der Finanzierung eine zentrale Rolle. Im Zentrum geht es darum, dass einer individualisierten Form der Hilfeplanung in der Folge auch eine individualisierte Form der komplexen Leistungserbringung entsprechen muss und dass diese wiederum entsprechende Finanzierungsformen erfordert.

Aufgrund der oben bereits erläuterten Rahmenbedingungen standen Fragen der Finanzierung nicht im Mittelpunkt des Implementationsprojektes in Baden-Württemberg. Gleichwohl haben diese Themen eine erhebliche Rolle gespielt. Das soll nachstehend kurz erläutert werden.

4.4.1 Fortschritte und Probleme auf dem Weg zur ambulanten Komplexleistung

4.4.1.1 Ambulante psychiatrische Behandlung, sozialpsychiatrische Grundversorgung

Während der Projektlaufzeit gab es wichtige Fortschritte in der Finanzierung ambulanter sozialpsychiatrischer Behandlungsleistungen:

- **Soziotherapie:** Zum 1. Juli 2002 fiel der Anteil der Krankenkassen von 20 % an der pauschalen Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste weg. Die Sozialpsychiatrischen Dienste wurden darauf verwiesen, künftig gemäß § 37a SGB V Leistungen der Soziotherapie individuell nach ärztlicher Verordnung zu erbringen und abzurechnen.
- **Ambulante psychiatrische Behandlung durch Institutsambulanzen:** Seit Frühjahr 2002 werden in Baden-Württemberg von den Fachkrankenhäusern und -abteilungen Psychiatrische Institutsambulanzen eingerichtet, die im Rahmen ambulanter psychiatrischer Behandlung auch nicht-ärztliche Leistungen erbringen und im Rahmen einer Quartalspauschale abrechnen können. Die Quartalspauschale wurde nach schwierigen Verhandlungen von der Schiedsstelle auf 270 Euro festgelegt. Dabei wird die Leistung der Institutsambulanz als Komplexleistung gewertet.

Beide Leistungen sind wichtige Verbesserungen auf dem Weg zur sozialrechtlichen Gleichstellung psychisch kranker mit somatisch kranken Menschen. Beide Leistungen verbessern die Möglichkeiten zur komplexen Leistungserbringung. Beide Leistungen werfen jedoch auch neue Fragen der Leistungsabgrenzung auf.

- Beispielsweise wird in dem zur Genehmigung beim Gemeinsamen Bundesausschuss anhängigen Richtlinienentwurf zur ambulanten psychiatrischen Krankenpflege vorgesehen, dass sich Leistungen der Soziotherapie und Leistungen der psychiatrischen Behandlungspflege wechselseitig ausschließen.
- In ähnlicher Weise wird die Zulässigkeit der gleichzeitigen Gewährung von Leistungen der Soziotherapie und der Institutsambulanz vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen in Zweifel gestellt.

- Schließlich bestreitet eine Ersatzkasse die Zulässigkeit der gleichzeitigen Gewährung von Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz und der häuslichen Krankenpflege mit der Begründung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege seien in der Komplexleistung der Institutsambulanz bereits enthalten.

Das Hinzukommen dieser neuen SGB-V-Leistungen hat also deutlich werden lassen, dass Leistungen nicht ohne weiteres kombiniert werden können und dass weitere Entwicklungsarbeit auf dem Weg zur ambulanten Komplexleistung für psychisch kranke Menschen notwendig ist.

Die Veränderungen im Bereich ambulanter Krankenkassenleistungen erfordern auch eine Neubestimmung der Teilbeiträge zum Gesamtspektrum der notwendigen sozialpsychiatrischen Grundversorgung. Das betrifft insbesondere die Sozialpsychiatrischen Dienste. In den Projektregionen wurden diese Veränderungen in ihren Auswirkungen auf die Sozialpsychiatrischen Dienste und deren Bewältigungsversuche exemplarisch sichtbar:

- Im Fall der Soziotherapie waren und sind die Dienste intensiv damit beschäftigt, sich auf die neuen Leistungsvoraussetzungen (sowohl was die Indikationsvoraussetzungen als auch was die Voraussetzungen zur Leistungserbringung betrifft) einzustellen; gleichzeitig gibt es nach wie vor erhebliche Unsicherheiten, ob bzw. wieweit die Einzelleistungsabrechnung von Soziotherapie die wegfallende Kassenförderung ersetzen kann. Das berührt erheblich die Frage der Kapazitätserhaltung der Sozialpsychiatrischen Dienste.
- Im Fall der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) besteht Verunsicherung hinsichtlich des künftigen Verhältnisses zwischen PIA und Sozialpsychiatrischem Dienst. Unstrittig ist, dass es gewisse Überschneidungen gibt in dem Sinne, dass die PIA künftig bestimmte Leistungen erbringen kann, die bisher nur der Sozialpsychiatrische Dienst erbringen konnte, und dass sie dies insofern auch besser kann, als sie ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen integriert erbringen und abrechnen kann. Andererseits ist offensichtlich, dass auch die Möglichkeiten der PIA hier begrenzt sind: Leistungsvoraussetzung ist ein Mindestmaß an Behandlungsbereitschaft und ein zustande kommender Behandlungsvertrag; eine Leistungsbegrenzung liegt ferner in der (begrenzten) Höhe der Fallpauschale.

In diese Situation der Neuorientierung kam die Halbierung des Landesanteils an der Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste hinein, die im Jahr 2003 wirksam wurde. Diese Verminderung der Förderung konnte weder durch weitere Erhöhung des Eigenanteils der Träger noch durch eine etwaige Erhöhung des kommunalen Förderungsanteils ausgeglichen werden und führte deshalb zwangsläufig zu einer Kapazitätsverminderung im Bereich der Sozialpsychiatrischen Dienste. Das Problem der Arbeitsplatzsicherung konnte zwar offenbar vielerorts abgefangen werden durch trägerinterne Verlagerung von Stellen bzw. Stellenanteilen in andere Arbeitsbereiche (insbes. Betreutes Wohnen). Hinsichtlich des Leistungsspektrums stellte diese Kapazitätsverminderung allerdings einen tiefen Einschnitt dar.

Im Gegensatz zum Wegfall des Kassenanteils, der zumindest im Ansatz durch die Abrechnung von Soziotherapie aufgefangen werden kann, betrifft die weitere Kürzung der Pauschalförderung den Bereich der Tätigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste, der nicht in fallbezogene Leistungsabrechnung überführbar ist. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist, soweit er pauschal finanziert ist, in seinen Leistungsvoraussetzungen voraussetzungslos niedrigschwellig und auch zu nachgehender, ambulant-aufsuchender Hilfe ohne ausdrücklichen Auftrag sowie zu eigenständigen Angeboten für Angehörige und andere Bezugspersonen in der Lage. Genau

in diesem Bereich sind seine Leistungsmöglichkeiten durch die Reduzierung erheblich eingeschränkt worden. Das war in den Projektregionen deutlich in seinen Auswirkungen bis in die einzelfallbezogenen Hilfeplanungen im Rahmen der Hilfeplankonferenzen nachzuvollziehen.

Dies alles wird hier vor allem deswegen erwähnt, um zu verdeutlichen, dass die Situation im Bereich der ambulanten psychiatrischen Hilfen einerseits von Fortschritt, andererseits von Verlust gekennzeichnet war und noch ist. In allen Projektregionen erfolgte die Auseinandersetzung mit dieser schwierigen Situation offensiv und führte zur Suche nach neuen Formen der Zusammenarbeit.

- In Ravensburg und im Bodenseekreis wurde die bereits bestehende enge Zusammenarbeit der ambulanten Fachdienste verstärkt und mündete in einem Leistungsverbund der Ambulanten Psychiatrischen Dienste, in dem die Psychiatrische Institutsambulanz, der Sozialpsychiatrische Dienst, der Psychiatrische Pflegedienst und die Fachdienste für Betreutes Wohnen zusammenwirken und dezentral in den vier Sektoren ihre Leistungen zur Verfügung halten. Diese Form der engen Verknüpfung vermeidet insbesondere auch die Entstehung einer unfruchtbaren Konkurrenzdynamik zwischen den ambulanten Fachdiensten.
- In Reutlingen besteht wie oben bereits erwähnt seit längerem eine Integration verschiedener ambulanter Fachdienste im Rahmen des Zentrums für Gemeindepsychiatrie. Der Aufbau einer Institutsambulanz am Standort Reutlingen erfolgt in Zusammenhang mit der für 2005 anstehenden Neugründung einer Psychiatrischen Klinik. Diese Klinik entsteht aus der Verlagerung von Klinikbetten aus dem Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Zwiefalten nach Reutlingen und deren Zusammenführung mit dem dort bestehenden Heinrich-Landerer-Krankenhaus der BruderhausDiakonie in gemeinsamer Trägerschaft von BruderhausDiakonie und ZfP Zwiefalten. In Vorbereitung darauf stellt gegenwärtig die Psychiatrische Institutsambulanz von Zwiefalten aus bereits regelmäßige ärztliche Präsenz im Zentrum für Gemeindepsychiatrie sicher.
- In Lörrach wird ebenfalls nach Formen der künftigen Zusammenarbeit insbesondere zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst und Institutsambulanz gesucht. Erschwerend ist hier die Tatsache, dass es bisher ein klinisch-psychiatrisches Angebot im Landkreis überhaupt nicht gab. Ende 2002 konnten die Psychiatrische Tagesklinik in Kooperation mit dem Kreiskrankenhaus in Lörrach sowie in Emmendingen eine Sektorstation für Lörrach eröffnet werden, was auch zu einer Intensivierung der Zusammenarbeit geführt hat. Ob bzw. wie die am Zentrum für Psychiatrie Emmendingen bereits bestehende Institutsambulanz künftig auch dezentral arbeiten kann, wird von Seiten des Zentrums für Psychiatrie Emmendingen noch geklärt. Dazu schwebt gegenwärtig ein Rechtsstreit des ZfP Emmendingen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden.
- In Stuttgart ist die Situation zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes unübersichtlich, weil die Stadt Stuttgart den von ihr bisher getragenen Teil des Sozialpsychiatrischen Dienstes in andere Trägerschaft überführen möchte und dieser Klärungsprozess noch nicht abgeschlossen ist. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes läuft dazu ein Bewerbungsverfahren für interessierte Träger. In diesem Zusammenhang werden auch Weichenstellungen stattfinden hinsichtlich der künftigen Zusammenarbeit zwischen den Sozialpsychiatrischen Diensten und den Institutsambulanzen.

4.4.1.2 Ambulante medizinische Rehabilitation

Eine Möglichkeit komplexer und gleichzeitig ambulanter Leistungsgestaltung liegt in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Im Zuge der immer weiteren Verkürzung klinisch-stationärer Behandlung wird medizinische Rehabilitation insbesondere im Anschluss an die Krankenhausbehandlung immer wichtiger. Für psychisch kranke Menschen gibt es unter dem Gesichtspunkt der Gleichstellung auf diesem Sektor noch erheblichen Nachholbedarf hinsichtlich des Ausbaus von Rehabilitationsleistungen.

Die Aktion Psychisch Kranke e.V. hat deshalb im größeren Zusammenhang der Implementationsprojekte eine Vernetzung von örtlichen Initiativen hergestellt, die an entsprechenden Vorhaben arbeiten. Beabsichtigt ist es, an einigen Orten modellhaft Projekte der ambulanten medizinischen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen auf den Weg zu bringen.

Im Rahmen des Landesprojektes wurden Vorhaben zur ambulanten medizinischen Rehabilitation in Ravensburg und in Reutlingen diskutiert. In beiden Regionen besteht die Absicht, ein entsprechendes Projekt weiter zu verfolgen, aus beiden Regionen haben sich Vertreter an der von der Aktion Psychisch Kranke e.V. initiierten bundesweiten Vernetzung beteiligt.

Besonders sinnvoll ist die Verknüpfung medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Die geltende Empfehlungsvereinbarung RPK („Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke“) ist noch beschränkt auf stationäre Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Zwischenzeitlich wird bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Rentenversicherung an einer Weiterentwicklung der Empfehlungsvereinbarung RPK gearbeitet. Dabei sollen auch ambulante und teilstationäre Leistungen aufgenommen werden. Die Verabschiedung soll noch 2004 erfolgen.⁴⁴

4.4.1.3 Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege

Über die Notwendigkeit der Flexibilisierung starrer Leistungstypen wurde oben schon gesprochen. Die insbesondere in Ravensburg und im Bodenseekreis sowie in Reutlingen entwickelten Formen dezentraler stationärer Wohnheime sind wichtige Schritte auf diesem Weg einer stärkeren Individualisierung der Leistungserbringung, ebenso die in Stuttgart bestehende Finanzierung für intensive ambulante Betreuung im Rahmen des Betreuten Wohnens. Durch die Zusammenführung der Zuständigkeit für ambulante und stationäre Eingliederungshilfe in einer Hand hat diese Unterscheidung ihre Brisanz verloren, weil damit nicht mehr unterschiedliche Zuständigkeiten verbunden sind, sodass es jetzt auch möglich sein muss, flexibel unterschiedliche Intensitätsstufen von Hilfe anzubieten und zu finanzieren.

Wünschenswert wären weitere Flexibilisierungen. So besteht in Ravensburg und im Bodenseekreis Interesse daran, zu verlagernde Einrichtungsteile nicht nur an einen anderen Standort zu übertragen, sondern sie in ein Budget zu verwandeln und damit flexibel nach Abstimmung in der Hilfeplankonferenz intensive Hilfe zu organisieren. Die Erprobung der Arbeit mit solchen Teilbudgets könnte die notwendigen Erfahrungen vermitteln, um perspektivisch die Steuerung über regionale Budgets anzustreben.

⁴⁴ Parallel zur Fortschreibung der Empfehlungsvereinbarung RPK werden von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation „Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen“ vorbereitet. Dabei handelt es sich um die „Ambulantisierung“ des Konzepts der psychosomatischen Rehabilitation. Dieses Konzept bezieht sich ausdrücklich nicht auf die chronisch psychisch Kranken und beinhaltet auch nur die medizinische Rehabilitation.

Besonders bemerkenswert ist es, dass es in Ravensburg und im Bodenseekreis gelingt, auch ein psychiatrisches Pflegeheim als dezentrale Einrichtung mit sehr kleinen Wohneinheiten zu führen, dabei das notwendige Betreuungsniveau eines Pflegeheims sicherzustellen und dafür auch die Zustimmung und Finanzierung der Pflegekassen zu erhalten.

4.4.2 Umsetzung SGB IX

4.4.2.1 Zusammenwirken der Leistungsträger

Komplexe Leistungserbringung erfolgt im Idealfall auf der Grundlage komplexer Leistungsgewährung, sprich auf der Grundlage entsprechender sozialleistungsrechtlicher Bestimmungen. Es ist aber eine Begleiterscheinung des gegliederten Systems der sozialen Sicherung, dass die Zuständigkeiten auf mehrere Leistungsträger verteilt sind und komplexe Leistungen zunächst allenfalls im Zuständigkeitsbereich eines einzelnen Leistungsträgers möglich sind.

Dem Gesetzgeber ist das Problem der Integration der verschiedenen Leistungsbeiträge zu einer Gesamtleistung schon früh bewusst gewesen. Bereits seit 1974 gab es hierzu die Vorschriften des Reha-Angleichungsgesetzes, die sich allerdings als nur begrenzt wirksam erwiesen haben. An dessen Stelle ist mit dem 1. Juli 2001 das SGB IX getreten, das die Vorschriften zu Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zusammenfasst.

Im vorliegenden Zusammenhang wichtig sind insbesondere die Vorschriften zur Zusammenarbeit der Leistungsträger im Interesse der Ermöglichung von Sozialleistungen wenn schon nicht „aus einer Hand“, dann wenigstens „wie aus einer Hand“. Das Gesetz sieht u.a. straffe Verfahrensregeln und Bearbeitungsfristen vor, die dafür sorgen sollen, dass die Leistungsgewährung im Interesse der Hilfe suchenden Personen zügig geklärt wird und dass die Leistungsträger ihre Zuständigkeitsfragen sozusagen hinter den Kulissen regeln, ohne dass der Prozess der Leistungsgewährung dadurch behindert wird. In diesem Zusammenhang kommt den durch die Rehabilitationsträger gemeinsam vorzuhaltenden Servicestellen gemäß §§ 22 ff. SGB IX besondere Bedeutung zu.

In den Projektregionen (außer Stuttgart) erfolgte in der Anfangsphase des Projektes, d.h. im wesentlichen im Jahr 2002, eine Kontaktaufnahme mit der jeweils örtlich zuständigen Servicestelle und eine Einladung in die Projektsteuerungsgruppe, teilweise auch in die Hilfeplankonferenz, um sich wechselseitig miteinander bekannt zu machen und sich zu informieren.

Ob die Servicestellen tatsächlich zwischenzeitlich zu einer Verbesserung und Beschleunigung der Verfahrensabläufe beitragen, lässt sich aus den Projekterfahrungen heraus nicht beurteilen. Die diesbezüglichen Rückmeldungen sind uneinheitlich. Ziemlich einheitlich ist allenfalls die Rückmeldung, dass die vorgesehenen Fristen für Leistungszusagen (§ 14 SGB IX) in vielen Fällen so nicht eingehalten werden. Das gilt insbesondere auch für die Bearbeitung von Anträgen bei den Sozialhilfeträgern. Eine gewisse Verbesserung im Sinne einer Beschleunigung hat sich hier nicht über die Einbeziehung der Servicestellen, sondern über die oben erwähnte Beteiligung der Sozialhilfeträger an den Hilfeplankonferenzen entwickelt.

4.4.2.2 Persönliches Budget

Neue Möglichkeiten in der Ausgestaltung personenbezogener Finanzierungsformen eröffnet das persönliche Budget. Dabei handelt es sich um ein neues Instrument, das mit SGB IX in das Sozialrecht eingeführt wurde (§ 17 SGB IX). Mrozynski gibt dazu folgende Begriffsbe-

stimmung: „Das persönliche Budget dient in erster Linie der Beschaffung von Dienstleistungen. Dabei besteht sein wesentlicher Grundgedanke darin, dass ein Auftreten des behinderten Menschen am Markt als Abnehmer von Dienstleistungen dessen Autonomie vergrößert und außerdem mehr Rationalität und mehr Wettbewerb in das überkommene Versorgungssystem bringt. Das persönliche Budget ist demnach ein Geldbetrag, dessen Höhe sich an den Kosten des jeweils zu deckenden Bedarfs orientiert und der an einen behinderten Menschen ausbezahlt wird, damit er die Kosten der Deckung dieses Bedarfs eigenverantwortlich aus dem Budget bestreiten kann. Zwischen dem Erbringer der Dienstleistung und dem Rehabilitationsträger besteht keine Rechtsbeziehung mehr. Insoweit wird man das persönliche Budget auch als eine Gegenentwicklung zum Vertragssystem der §§ 93 ff. BSHG betrachten können.“⁴⁵

Zum persönlichen Budget gibt es im Anschluss an die Rezeption vor allem niederländischer Erfahrungen bereits seit längerem eine sozialpolitische Diskussion, auf die hier nicht im Einzelnen eingegangen werden kann.⁴⁶ Erste praktische Erfahrungen bereits im Vorfeld des SGB IX wurden seit 1998 in Rheinland-Pfalz im Rahmen des Modellprojektes „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für Behinderte“ gemacht.⁴⁷ Dabei handelte es sich noch um ein Projekt ausschließlich in der Sphäre der Sozialhilfe. Dieses Projekt stand in engem Zusammenhang mit den Landesprojekten zum Wohnverbund⁴⁸ und anschließend zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes. Durch die Verknüpfung zeigte sich, dass – entgegen den ursprünglichen Erwartungen – das persönliche Budget gerade von dem Personenkreis der psychisch Behinderten sehr viel in Anspruch genommen wurde und dass damit die Form der Leistungsgewährung sehr viel flexibler gestaltet werden konnte.

Auf der Grundlage der mit SGB IX gegebenen Möglichkeiten zur Erprobung persönlicher Budgets in einer die verschiedenen Leistungsträger übergreifenden Form hat Baden-Württemberg im Jahr 2002 ein eigenes Modellprojekt „Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung“ gestartet. Dieses Projekt wurde unterschiedlich aufgenommen. Vor allem Selbsthilfeverbände sowie auch Träger von Einrichtungen für geistig behinderte Menschen begrüßten das Projekt als Schritt zu mehr Selbstbestimmung behinderter Menschen. Städtetag und Landkreistag sprachen gegenüber ihren Mitgliedskörperschaften - wohl wegen der vielen zu Projektbeginn noch ungeklärten Fragen - keine Empfehlung aus, sich am Projekt zu beteiligen, was dann wiederum ausschlaggebend gewesen sein dürfte für die geringe Zahl an der Teilnahme interessierter Kreise.

Von Seiten der Aktion Psychisch Kranke e.V. bestand vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen in Rheinland-Pfalz das Interesse, zumindest an einem Standort auch die Querverbindung zwischen beiden Projekten herzustellen und zu erproben. Für die Projektregionen war in diesem Zusammenhang natürlich die Aussicht interessant, personenzentrierte Hilfepla-

⁴⁵ Peter Mrozynski, SGB IX Teil I – Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Kommentar. München 2002, S. 184 f.

⁴⁶ Siehe dazu beispielsweise Albrecht Rohrmann, Das Persönliche Budget in der Behindertenhilfe, Sozialmagazin Heft 1/2001, S. 26-33, und Leonhard Hajen, Persönliche Budgets in der Behindertenpolitik, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, Teil I in Heft 3/2001, S. 66-75, Teil II in Heft 4/2001, S. 113-120.

⁴⁷ Vgl. dazu Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz: Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für Behinderte. Abschlussbericht zum Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz. Mainz 2001.

⁴⁸ Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz: Hilfen zuverlässig gestalten. Entwicklungen von Verbundsystemen in der Gemeindepsychiatrie. Dokumentation des Projektes „Entwicklung von Wohnverbänden als Teil des Gemeindepsychiatrischen Verbundes“, Bearbeiter: Harald Goldbach. Das Projekt wurde 1997-1999 durchgeführt.

nungen wenigstens exemplarisch auch in Formen personenzentrierter Leistungserbringung ganz außerhalb von vorgegebenen institutionellen Bahnen münden zu lassen und dies zu erproben.

Zwei der an diesem Projekt teilnehmenden drei Regionen sind auch am Implementationsprojekt beteiligt, nämlich Reutlingen und der Bodenseekreis. Während in Reutlingen im Interesse einer Begrenzung der Komplexität zunächst die Entscheidung fiel, den psychiatrischen Bereich nicht in das Budget-Projekt einzubeziehen, entstand im Bodenseekreis gerade daran großes Interesse. Dabei sollte die Verwendung der im Rahmen des Implementationsprojektes entwickelten Instrumente (Bedarfsermittlung mittels IBRP, Bedarfsbewertung durch die Hilfeplankonferenz, Budgetassistenz bei Bedarf durch die koordinierende Bezugsperson) für das Unterstützungsmanagement auch im Rahmen des Budget-Projektes erprobt werden; gleichzeitig sollten die Möglichkeiten des persönlichen Budgets auch genutzt werden, um passgenauen Zuschnitt von Hilfen jenseits institutionalisierter Hilfeformen zu erreichen.

Wegen der Anlaufschwierigkeiten ist das Budget-Projekt um ein Jahr bis 30. September 2005 verlängert worden. In Reutlingen ist zwischenzeitlich ebenfalls die Einbeziehung des psychiatrischen Bereiches vereinbart worden.

Die Erfahrungen im Bodenseekreis zeigen, dass ein großer Teil der bisherigen Budgetteilnehmer aus dem psychiatrischen Bereich kommt und dass die Instrumente des Implementationsprojektes sehr sinnvoll genutzt werden können. Auch im Vergleich mit dem Hilfesystem für geistig behinderte Menschen, das sich im Bodenseekreis ebenfalls sehr für das persönliche Budget engagiert, zeigt sich, dass die Strukturen des personenzentrierten Ansatzes die Leistungserbringung im Rahmen von persönlichen Budgets sehr erleichtern.

Die überwiegende Zahl der Budgetnehmenden erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, die zur Vermeidung einer Heimaufnahme gewährt werden. Die Bewertung des Budgets durch die behinderten Menschen ist zwiespältig. Die meisten möchten individuell zugeschnittene Hilfeleistungen, fühlen sich aber häufig mit der Tatsache überfordert, die dafür vorgesehenen Geldmittel selbst verwalten zu müssen. Der Beratung bei der Verwendung des persönlichen Budgets durch die Budgetassistenz kann daher große Bedeutung zukommen.

5 Perspektiven der Fortführung personenzentrierter Umgestaltung der psychiatrischen Hilfen

Die Projektbezeichnung „Implementation des personenzentrierten Ansatzes“ könnte den Eindruck nahe legen, als handele es sich dabei um einen Vorgang, dessen Vollzug und Abschluss mit Projektende gemeldet werden könnte. Dem ist aber nicht so. Der vorliegende Bericht will verdeutlichen und veranschaulichen, dass es sich bei der personenzentrierten Umgestaltung nicht einfach nur um die Einführung einiger technischer Instrumente handelt, sondern um eine grundlegende Umorientierung des Hilfesystems. Diese Umgestaltung wird letztlich nur tragfähig sein, wenn sie ihr Fundament in der Grundhaltung der psychiatrisch Tätigen ebenso wie der politisch Verantwortlichen und der beteiligten Leistungsträger hat. Personenzentrierung auf allen Ebenen des Hilfeprozesses ist ein Leitbild, das Orientierung und Kriterien für Umgestaltungsprozesse gibt, ähnlich wie es lange Zeit der Begriff „Gemeindenaher Psychiatrie“ war und noch ist.

Das Implementationsprojekt war in diesem größeren Zusammenhang ein Angebot für einige Regionen, diese Umgestaltung in Angriff zu nehmen und dabei Begleitung und Beratung zu bekommen. Am Ende dieses Projektes stellt sich die Frage danach, wie es weiter gehen könnte. Dazu sollen in diesem Abschnitt einige Gedanken vorgetragen werden, wozu zunächst einige Rahmenbedingungen zu vergegenwärtigen sind.

5.1 Ausgangssituation für die Fortführung personenzentrierter Umgestaltung

5.1.1 Vorliegende Projekterfahrungen

Drei Projekte vor allem haben in Baden-Württemberg wesentliche Aspekte des personenzentrierten Ansatzes thematisiert bzw. sind damit noch beschäftigt:

- das Liga-Projekt „Personenzentrierung in der Praxis“,
- das vorliegende Implementationsprojekt und
- das Modellprojekt „Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg“.

Es drängt sich auf, die Ansätze und Erfahrungen aus diesen Projekten miteinander zu verknüpfen. Dabei geht es wesentlich zunächst einmal darum, die Ansätze und die Erfahrungen der Projekte breit zu kommunizieren und dabei auch die vielfältigen Einzelaktivitäten herauszuarbeiten, die teils auf der örtlichen, teils auf der Landesebene möglich bzw. nötig sind, um auf dem Weg zu einem personenzentrierten Hilfesystem voranzukommen.

5.1.2 Rahmenbedingungen in Baden-Württemberg

5.1.2.1 Verwaltungsstrukturreform

Die Auflösung der Landeswohlfahrtsverbände zum 1. Januar 2005 und die künftige umfassende Zuständigkeit der kreiskommunalen Ebene für die Sozialhilfe verändern die Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des Hilfesystems erheblich. Wenngleich noch offen

ist, mit welchen Kompetenzen der künftige Kommunalverband für Soziales und Jugend für Grundsatzfragen im Bereich des Vergütungswesens und der Infrastrukturplanung zuständig bleibt, wird doch auf jeden Fall die kreiskommunale Ebene einen ganz erheblichen Zuwachs an Gestaltungsmöglichkeiten und Gestaltungsverantwortung erfahren.

Diese Stärkung der umfassenden kommunalen Gestaltungsverantwortung u.a. auch für die psychiatrische Versorgung (soweit sie in öffentliche bzw. Sozialhilfe-Zuständigkeit fällt) ist eine alte Forderung der Psychiatriereform gewesen. Gleichzeitig ist das eine große Herausforderung für die Fortsetzung der Psychiatriereform, denn es wird nötig sein, jeweils auf Kreisebene die fachlichen Notwendigkeiten und das Leitbild für die Gestaltung der Hilfen zu kommunizieren.

Die Chance dieser Stärkung der kommunalen Verantwortung besteht in der Möglichkeit einer optimal an die regionalen Verhältnisse angepassten Weiterentwicklung. Freilich bedeutet diese stärkere kommunale Eigenverantwortung auch eine Fragmentierung der Gesamtverantwortung. Oben wurde am Beispiel von Reutlingen die Notwendigkeit von regionenübergreifenden Anpassungsprozessen verdeutlicht. Es wird deshalb entscheidend darauf ankommen, dass gleichzeitig wirksame Steuerungsmechanismen entwickelt werden, die die notwendige Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse sicherstellen und die notwendige regionenübergreifende Umstrukturierung der regional ungleich verteilten Kapazitäten bewirken können.

5.1.2.2 Verbundentwicklung

Die von Seiten des Sozialministeriums angeregte Verständigung auf ein Konzept für Gemeindep psychiatrische Zentren (GPZ) macht eines ganz deutlich: der bisherige Stand der Verbundentwicklung ist als zu unverbindlich erkannt, und das Land beabsichtigt seine Fördermittel künftig so einzusetzen, dass verbindlichere Formen der Zusammenarbeit zur Qualitätsvoraussetzung einer Förderung werden. Jenseits der Diskussion um Einzelheiten eines solchen GPZ-Konzeptes haben die Erfahrungen in den Projektregionen jedenfalls gezeigt, dass die Diagnose zum Zustand der Verbundstrukturen und deren Steuerungspotential und die Absicht, mehr Verbindlichkeit in der Kooperation zu bewirken, zweifellos berechtigt sind. Dass der Einsatz von Fördermitteln an Qualitätsvoraussetzungen gebunden wird, ist ohnehin selbstverständlich. In diesem Sinne zielen die Implementierung des personenzentrierten Ansatzes und die Förderung stärkerer Integration der ambulanten Fachdienste zu einem Leistungsverbund in dieselbe Richtung.

5.1.3 Bundespolitische Aspekte

Im Sozialrecht sind zahlreiche und einschneidende Veränderungen beschlossen, deren Umsetzung im Laufe des Jahres 2004 bzw. zum 1. Januar 2005 ansteht. Es ist hier nicht der Ort, diese in ihren Auswirkungen für die psychiatrische Versorgung zu analysieren. Herausgegriffen seien hier aber zwei Aspekte, die von unmittelbarer Bedeutung für die hier verhandelte Thematik sind.

5.1.3.1 Erweiterte Erprobung des persönlichen Budgets

Auf die Bedeutung des persönlichen Budgets als Instrument personenzentrierter Leistungserbringung wurde oben bereits hingewiesen. Das SGB XII, das an die Stelle des BSHG tritt, enthält gegenüber dem SGB IX eine weitere Profilierung des persönlichen Budgets als Instrument der Fallsteuerung. Wie viel dem Gesetzgeber daran liegt, dass die bereits mit dem

SGB IX eröffneten Erprobungsmöglichkeiten auch tatsächlich genutzt werden, lässt sich auch daran erkennen, dass die diesbezüglichen Bestimmungen bereits zum 1. Juli 2004 und damit gegenüber dem übrigen Gesetz vorgezogen in Kraft treten. Ab 1. Juli 2004 gibt es das persönliche Budget als Kann-Leistung, ab 2008 besteht ein individueller Rechtsanspruch. Das ist ein deutliches Signal zur vermehrten Arbeit mit personenbezogenen Finanzierungsformen an Stelle der Finanzierung von Institutionen.

5.1.3.2 Integrierte Versorgung

Seit Jahren werden die zunehmende Spezialisierung im Gesundheitswesen und das Auseinanderklaffen von stationärer und ambulanter Versorgung als eine Ursache unwirtschaftlichen Ressourcenverbrauchs diagnostiziert, und es werden integrierte Versorgungsformen gefordert. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003 akzentuiert die Erprobung integrierter Versorgungsformen weiter. Vom Grundgedanken her könnte die Integrierte Versorgung einen wesentlichen Fortschritt auf dem Weg zu einer integrierten Leistungserbringung im Sinne des personenzentrierten Ansatzes bringen. Freilich setzt das voraus, dass entsprechende Modelle auch hinsichtlich der Finanzierung praktikabel werden. Hier liegt eine gesundheitspolitische Herausforderung, zumal für den psychiatrischen Bereich bisher, im Unterschied zu manchen somatischen Fächern der Medizin, erst sehr wenige Erfahrungen mit integrierten Versorgungsmodellen vorliegen.⁴⁹

5.2 Ansatzpunkte für personenzentrierte Umgestaltung

Das Leitbild eines personenzentrierten Hilfesystems hat viele Facetten. Die weitere Verfolgung einer Implementationsstrategie hat zwei Richtungen: die Verbreiterung, d.h. die Weitergabe der Erfahrungen und Anregungen an andere Regionen, und die Vertiefung da, wo bereits erste Schritte erfolgt sind.

5.2.1 Vertiefung der personenzentrierten Umgestaltung

Wo bereits erste Schritte zur personenzentrierten Umgestaltung getan wurden, stellt sich die Aufgabe der Vertiefung und Systematisierung. Das kann alle vier oben im Einzelnen erläuterten Umsetzungsebenen betreffen. Die sich anbietenden nächsten Schritte mögen von Region zu Region unterschiedlich sein. Strategisch zentral sind jedenfalls

- Fortschritte bei der Flexibilisierung der Leistungserbringung (Individualisierung von Hilfeplanung ist auf die Dauer nur plausibel, wenn ihr auch individualisierbare Hilfeformen gegenüber stehen),
- Fortschritte bei personenbezogenen Finanzierungsformen.

Die nachstehenden Stichworte sollen mögliche nächste Schritte verdeutlichen.

5.2.1.1 Individuelle Hilfeplanung

- Verbesserung der Qualität der individuellen Hilfeplanung durch kontinuierliche Fortbildung und Selbstevaluation im Rahmen der Hilfeplankonferenzen.
- Vertiefung der Betroffenenbeteiligung durch Nutzerbefragungen.

⁴⁹ Siehe dazu als knappe Einführung: Jürgen Fritze, Integrierte Versorgung: Was ist das? Wie funktioniert das? Nervenarzt, Heft 12/2003, S. 1157-59.

- Harmonisierung der IBRP-Verwendung im Verfahren der Kostenbeantragung beim Sozialhilfeträger.

5.2.1.2 Koordination von Hilfeplanung und Leistungserbringung

- Einbeziehung anderer Leistungsträger über die Sozialhilfe hinaus in die Hilfeplankonferenz.
- Flexibilisierung von Hilfen (Beispiel: Lockerung der zwingenden Verknüpfung von bestimmten Wohnformen mit bestimmten Formen der Betreuung).
- Verbesserung der Kontinuität in der Begleitung (Beispiel: wechselseitige Verrechnung von Personalkapazitäten ermöglichen, um ambulant-stationäre Durchgängigkeit von Begleitung zu ermöglichen).

5.2.1.3 Regionale Steuerung im Verbund

- Mehr Verbindlichkeit herstellen im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) durch explizite Selbstverpflichtung der Leistungserbringer auf Qualitätsstandards personenzentrierter Versorgung und durch klare Organisationsformen (Zugehörigkeit auf der Grundlage von Willenserklärung, Vertretungsfähigkeit des GPV etc.).
- Mehr Verbindlichkeit herstellen hinsichtlich der Mitwirkung der Leistungsträger an der Steuerung im Gemeindepsychiatrischen Verbund.
- Regionale Zielplanung intensivieren.
- Regionsinterne und regionenübergreifende Umschichtungsprojekte entwickeln: je nach regionaler Situation Umschichtung von stationären in (vor allem intensive) ambulante Hilfen; Verlagerung von Ressourcen aus überversorgten in unterversorgte Regionen.

5.2.1.4 Finanzierung

- Anwendung des IBRP auch zur Bedarfsbemessung: Klärung der kontrovers bewerteten Aspekte im Rahmen gemeinsamer Erprobung auf Basis von Vereinbarungen zwischen Leistungsträger und Leistungserbringern.
- Entwicklung von Finanzierungsformen, die eine Flexibilisierung der bestehenden Leistungstypen ermöglichen und Anreize dafür schaffen.
- Intensivierung der Erprobung des persönlichen Budgets.
- Erprobung regionaler Budgetbildung.

5.2.2 Verbreitung des personenzentrierten Ansatzes

Parallel zur Vertiefung wird es auch um Verbreitung der Projekterfahrungen gehen. Der Paradigmenwechsel von der Institutionszentrierung zur Personenzentrierung und die gleichzeitig sich dringlich stellenden Notwendigkeiten verbesserter Systemsteuerung sind überall Thema, nicht nur in den Regionen, die sich zunächst für die Projektbeteiligung interessiert hatten. Es wird also wesentlich darum gehen, interessierte Regionen an den Erfahrungen und Ergebnissen des Projektes teilhaben zu lassen.

Dabei muss deutlich bleiben, was auch Grundlage des Implementationsprojektes war: den einen richtigen Weg gibt es nicht. Es gibt mittlerweile einige gut abgesicherte Erfahrungen, auf deren Grundlage man Empfehlungen für ein sinnvolles Vorgehen geben kann. Entscheidend ist aber, dass in jeder Region geschaut wird, wo konkret die Anknüpfungspunkte und Interessen sind und wo die Bereitschaft am größten ist, mit personenzentrierter Umgestaltung zu beginnen.

5.3 Unterstützung bei der Weiterführung personenzentrierter Umgestaltung

Die Weiterführung der personenzentrierten Umgestaltung psychiatrischer Hilfen erfordert Unterstützung. Als Leitlinien für die Prozessgestaltung haben sich im Rahmen der Implementationsprojekte das Lernen im Austausch, das Lernen an Modellen guter Praxis und das Lernen über Beratungsimpulse von außen bewährt. Deshalb wäre es sinnvoll, dass die verantwortlichen Akteure auf Landesebene (insbesondere das Sozialministerium, die kommunalen Landesverbände, die Landeswohlfahrtsverbände) Wege finden, wie regionale Verbundentwicklung gezielt unterstützt werden kann.

5.3.1 Information

Notwendig ist eine Informationsbasis über die Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes. Dazu stehen diverse Veröffentlichungen der Aktion psychisch Kranke e.V. zur Verfügung, und dazu soll auch dieser Bericht ein Beitrag sein. Wünschenswert wäre es, dass Veranstaltungsformen gefunden werden, in denen der Informations- und Erfahrungsaustausch regionsübergreifend, verbandsübergreifend und sowohl die Leistungsträger wie die Leistungserbringer zusammenführend möglich wird.

5.3.2 Schulung

Die Einführung eines einheitlichen Hilfeplanungsinstrumentariums erfordert ein Fortbildungsangebot.

- Fortbildung in personenzentrierter Hilfeplanung und in diesem Zusammenhang Einführung in den IBRP. Es ist sinnvoll, auf regionaler Ebene regelmäßig Fortbildungsangebote zu wiederholen in Hinblick auf die Personalfuktuation in den Diensten und Einrichtungen. Es ist insbesondere notwendig, nach der ersten Einführung Möglichkeiten zu schaffen, die Erfahrungen und Schwierigkeiten in der Anwendung zu besprechen. Fortbildungsangebote sollten - wo immer möglich - auf regionaler Ebene und trägerübergreifend stattfinden. Sie sollten insbesondere die Fachkräfte aus dem stationären und ambulanten Bereich zusammenführen, weil damit gleichzeitig der Einblick in die jeweils anderen Arbeitsbereiche gefördert und der Austausch über Einrichtungsgrenzen hinweg erleichtert wird.
Als Unterstützung für Kurse sowie zum Selbststudium steht hier auch ein Angebot im Internet zur Verfügung (www.ibrp-online.de).
- Multiplikatorenschulung: In jeder Region sollte angestrebt werden, dass es einzelne Fachkräfte gibt, die sich so weiterbilden, dass sie selbst Einführungskurse zur Hilfeplanung durchführen können. Zwischenzeitlich haben zwei Durchgänge solcher Multiplikatorenschulungen in Kooperation zwischen der Aktion Psychisch Kranke e.V. und der Fach-

hochschule Wiesbaden stattgefunden. Die Aktion Psychisch Kranke e.V. beabsichtigt ein Verzeichnis von weitergebildeten Multiplikatoren fortzuschreiben; über die Geschäftsstelle können interessierten Regionen Kursleiter vermittelt werden.

5.3.3 Externe Beratung bei der Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV)

Für die Förderung der GPV-Entwicklung kann es sinnvoll sein, für einen begrenzten Zeitraum externe Beratung in Anspruch zu nehmen. Die Erfahrungen im Projekt zeigen, dass bereits die Phase der Konkretisierung und Vereinbarung eines Arbeitsvorhabens als solche außerordentlich wichtig und prozessdienlich sein kann. Alle Projektregionen haben in den auswertenden Gesprächen in der Schlussphase des Projektes darauf hingewiesen, dass der externe Charakter der Prozessbegleitung einen spezifischen Beitrag dazu geleistet hat, auch solche Aspekte der regionalen Kooperationskultur zu bearbeiten, die innerhalb der Region konfliktrichtig oder durch bestimmte Partikularinteressen besetzt sind.

5.3.4 Austausch mit anderen Regionen

Das Lernen von den Erfahrungen in anderen Regionen hat, wie in diesem Bericht vielfach verdeutlicht wurde, einen zentralen Stellenwert gehabt. Dies ist natürlich selbstorganisiert möglich. Um diese Form des Lernens auch nach Beendigung der Implementationsprojekte zu ermöglichen und zu unterstützen, hat die Aktion Psychisch Kranke e.V. – wie oben schon erwähnt - die Bildung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände initiiert. Im Rahmen dieser Bundesarbeitsgemeinschaft sollen insbesondere die Anforderungen für einen Gemeindepsychiatrischen Verbund konkretisiert werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Einrichtung wechselseitiger Beratungsbesuche zwischen Verbänden beabsichtigt, um dadurch die Weiterentwicklung der Strukturen anzuregen.

Auf Landesebene haben die am Projekt beteiligten Regionen beschlossen, die im Projektzeitraum entwickelte und bewährte Form des Austauschs in der Arbeitsgruppe der Projektregionen fortzusetzen. Es ist denkbar, dass im Laufe der Zeit weitere Regionen, die sich mit Verbundentwicklung in einem personenzentrierten Sinne befassen, hinzukommen.

6 Zusammenfassung: Wesentliche Ergebnisse und Erfahrungen des Projekts

1. In allen Projektregionen⁵⁰ haben die bestehenden Koordinationsgremien für die Weiterentwicklung ihres Hilfesystems die Orientierung **an den Grundsätzen personenzentrierter Hilfe und am Prinzip der regionalen Pflichtversorgung** für die Projektlaufzeit beschlossen und die Fortgeltung über die Projektlaufzeit hinaus zwischenzeitlich bekräftigt.
2. In allen Projektregionen konnte der **IBRP als Instrument einrichtungsübergreifend vereinheitlichter Hilfeplanung** eingeführt werden. In allen Projektregionen war diese Einführung von entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen begleitet.
3. Der IBRP hat sich als Instrument der Qualitätsentwicklung im Bereich der Hilfeplanung bewährt. Seine Verwendung macht Probleme in der Zusammenarbeit sichtbar und fördert die Verständigung auf gemeinsame Qualitätsstandards. Seine Verwendung muss kontinuierlich von **Qualitätssicherungsmaßnahmen** begleitet sein (Schulung für neue Fachkräfte, Erfahrungsaustausch und Beratung zu Problemen, Sicherstellung einheitlicher Anwendung). In drei der vier beteiligten Landkreise sind zwischenzeitlich entsprechende Arbeitsformen institutionalisiert.
4. Die Verwendung des IBRP als Instrument zur Erstellung eines Gesamtplans wurde im Rahmen des Projektes auch von den Vertretern der Landeswohlfahrtsverbände akzeptiert. Wünschenswert ist die weitere **Harmonisierung** im Verfahren der **Leistungsbeantragung**; Gespräche dazu haben aus Projektregionen heraus begonnen, sind aber noch nicht zu einem klaren Ergebnis gekommen.
5. In allen Projektregionen werden für Menschen mit komplexem Hilfebedarf koordinierende **Bezugspersonen benannt** und wechselseitig anerkannt. Damit wird Koordination im Querschnitt und Kontinuität im Längsschnitt sichergestellt.
6. In allen Projektregionen wurden **Hilfeplankonferenzen** eingeführt und erprobt als fachliche Abstimmungsgremien zur Sicherstellung personenzentrierter Leistungserbringung. An diesen Hilfeplankonferenzen haben im Jahr 2003 überall auch Vertreter des zuständigen Landeswohlfahrtsverbandes teilgenommen. Die Hilfeplankonferenzen haben überall zur Verbesserung der fallbezogenen einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit und seit der Beteiligung der Leistungsträgervertreter auch zur Beschleunigung von Bearbeitungszeiten und zur Klärung von strittigen Fragen bei der Leistungsbeantragung beigetragen.
7. Die Hilfeplankonferenzen haben sich als Form der gemeinsamen Wahrnehmung der **regionalen Versorgungsverantwortung** im Rahmen des GPV bewährt. Das gilt insbesondere für die Sicherung der Hilfe auch in besonders schwierigen Einzelfällen und für die Transparenz von „Klientenbewegungen“ von der eigenen in andere Regionen bzw. aus anderen in die eigene Region.

⁵⁰ „Alle“ Projektregionen meint im vorliegenden Zusammenhang die Landkreise Ravensburg und den Bodenseekreis als eine gemeinsame Projektregion sowie die Landkreise Lörrach und Reutlingen. Stuttgart hat in einer assoziierten Rolle mit abweichendem Programm und abweichendem zeitlichen Ablauf am Projekt teilgenommen und wird wegen der örtlichen Besonderheiten hier nicht berücksichtigt.

8. Die Umsetzung der individuellen Hilfeplanung auch in **quantitative Leistungsbemessung** blieb wegen der bestehenden **Auffassungsunterschiede** zum Verfahren der Bedarfsbemessung ausgeklammert. Zur Fortführung personenzentrierter Umgestaltung wird empfohlen, die bestehenden Auffassungsunterschiede im Wege einer begrenzten Erprobung zu klären.
9. In allen Regionen haben sich Formen der individuellen **Leistungserbringung im Verbund** weiterentwickelt (insbesondere durch enge organisatorische, in Reutlingen und im Bodenseekreis auch räumliche Verknüpfung der ambulanten Fachdienste).
10. Die Projekterfahrungen belegen erneut, dass individualisierte Hilfeplanung auf die Dauer nur plausibel ist, wenn ihr eine individualisierbare Leistungserbringung entspricht. Hier gibt es in den Projektregionen bisher – wenngleich mit großen regionalen Unterschieden – **Grenzen in den Möglichkeiten individualisierter Leistungserbringung**, die in den Hilfeplankonferenzen sichtbar werden. Die wichtigsten Problemfelder in der Praxis sind flexiblere Formen intensiv-ambulanter Unterstützung mit Sicherstellung verlässlicher ambulant-aufsuchender Begleitung an sieben Tagen in der Woche und die Lockerung der Verknüpfung von bestimmten Wohnsituation mit einem bestimmten Betreuungsprogramm.
11. Individualisierte Leistungserbringung erfordert auch **personenzentrierte Vergütungsformen**. Im Bodenseekreis ist es möglich gewesen, das Implementationsprojekt mit dem Modellprojekt „Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg“ zu verbinden. Die Nutzung des persönlichen Budgets erleichtert eine Flexibilisierung der Leistungserbringung und insbesondere auch die bessere Nutzung nicht-psychiatrischer und nicht-professioneller Unterstützungsressourcen im Umfeld.
12. In zwei Projektregionen (Lörrach und Reutlingen) wurden in Zusammenhang mit dem Projekt Sozialplanungsstellen im Landratsamt neu eingerichtet, zu deren Aufgaben auch die Psychiatriekoordination gehört. Damit sind Voraussetzungen für die **aktive Koordinationsrolle der Landratsämter** in der Hilfe für psychisch kranke Menschen verbessert worden.
13. In allen Projektregionen werden die regionalen **Steuerungsstrukturen im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes** in Richtung auf mehr Verbindlichkeit weiterentwickelt; diese Neuordnungsprozesse werden über das Projektende hinaus fortgeführt. In den Landkreisen Lörrach, Ravensburg und Bodenseekreis wurden bereits bzw. werden im Rahmen der Weiterführung der im Projekt entwickelten Arbeitsformen Gemeindepsychiatrische Verbände durch eine förmliche Vereinbarung gegründet, in Reutlingen wird das ebenfalls vorbereitet.
14. In allen Projektregionen sind **Prozesse regionaler Zielplanung** eingeleitet worden, um das bestehende Versorgungsangebot dem im Zuge der Verbesserung individueller Hilfeplanung sichtbar gewordenen Bedarf anzupassen und die Selbstverpflichtung zur regionalen Pflichtversorgung umzusetzen. Es wurden je nach regionalen Erfordernissen insbesondere Prozesse der Flexibilisierung, der örtlichen Verlagerung von Kapazitäten und der Schließung von Lücken eingeleitet.
15. Alle Projektregionen haben beschlossen, die im Projekt entwickelten Strukturen und Abläufe **über die Projektlaufzeit hinaus weiterzuführen**.

Teil II:

Verlaufsberichte aus den Projektregionen

7 Verlaufsbericht zur Projektbeteiligung der Landkreise Ravensburg/Bodenseekreis

7.1 Rahmenbedingungen und Ausgangslage der regionalen Versorgungsstruktur

7.1.1 Allgemeine Angaben zur Region

Die psychiatrische Versorgungsregion umfasst im Gegensatz zu den anderen Projektregionen zwei Landkreise. Die Zusammenfassung beider Landkreise hat sich angeboten,

- weil damit das Versorgungsgebiet des Zentrum für Psychiatrie Weissenau umfasst ist,
- einige Träger in beiden Landkreisen tätig sind,
- bereits eine gute Vernetzung landkreisübergreifend existierte.

Die Sozialstruktur der beiden Landkreise ist unterschiedlich. Der Landkreis Ravensburg umfasst eine Fläche von 1.632 qkm, zählt 275.000 Einwohner und ist damit der Landkreis mit der geringsten Bevölkerungsdichte in Baden-Württemberg. Es besteht ein bevölkerungsreiches Zentrum im Schussental mit den nahezu zusammengewachsenen Städten Ravensburg, Weingarten und Baienfurt und einer Gesamteinwohnerzahl von 80.000. Die Stadt Ravensburg weist kulturell und kommerziell ein Angebot auf, das die Bedeutung einer Stadt mit dieser Einwohnerzahl bei weitem übersteigt. Die ehemaligen Reichsstädte Wangen, Isny und Leutkirch – topographisch zum Allgäu gehörend - bilden den östlichen Teil des Landkreises. Erst mit der Kreisreform in den 70er Jahren zum Landkreis Ravensburg gekommen, haben sie eine ausgeprägte eigene Identität, die schwerpunktmäßig von der Landschaft und dem Kulturkreis des Allgäu beeinflusst ist. Dieser Teil des Landkreises hat eine starke räumliche Ausdehnung und ist nach wie vor von der Landwirtschaft dominiert. Die Sinnstruktur der Menschen ist stark katholisch geprägt, das Vertrauen in Wunderheilungen bei einem Teil der Bevölkerung größer als das Vertrauen in die moderne Medizin. Der Anteil an eigenem Wohnraum ist sehr hoch. Die Region Ravensburg ist hingegen im Vergleich dazu städtisch, die Bevölkerung weist die für städtische Regionen übliche Heterogenität auf. Richtung Westen wird die Region wieder ländlicher. Der Arbeitsmarkt ist durch wenige Großbetriebe, eine Vielzahl mittelständischer Unternehmen und eine Häufung von Rehabilitationskliniken und Behinderteneinrichtungen geprägt.

Der Bodenseekreis umfasst eine Fläche von 665 qkm, zählt 203.000 Einwohner und ist damit verhältnismäßig dicht besiedelt. Die größte Stadt ist Friedrichshafen mit 50.000 Einwohnern; hier befindet sich auch der größte Teil der Arbeitsplätze in Großbetrieben, so dass ein beträchtlicher Teil Berufspendler aus der Region in Friedrichshafen arbeiten. Der Schwerpunkt liegt auf produzierendem Gewerbe in den Bereichen Maschinen- und Fahrzeugbau, Elektrotechnik, Feinmechanik und Optik. Neben diesem industriellen Zentrum lebt der Bodenseekreis vor allem von Tourismus, Landwirtschaft und mittelständischen Betrieben.

Die gesamte Region verfügt über ein heterogenes Arbeitsplatzangebot, die Arbeitslosigkeit ist mit 4-5 % relativ niedrig. Keinen Arbeitsplatz zu haben ist – verbunden mit der schwäbischen Schaffer-Mentalität - stigmatisierend. In beiden Landkreisen hat die Einwohnerzahl während der letzten 20 Jahre stetig zugenommen.

7.1.2 Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region zu Beginn des Projektzeitraums

Die klinische Versorgung für beide Landkreise wird mit Ausnahme der Tagesklinik in Friedrichshafen durch das Zentrum für Psychiatrie Weissenau abgedeckt. Die Weissenau liegt an der südlichen Kreisgrenze des Landkreises Ravensburg unmittelbar angrenzend an den Bodenseekreis:

- Psychiatrische Klinik mit kinder- und jugendpsychiatrischer sowie forensischer Abteilung in Weissenau - die allgemeinpsychiatrische Versorgung wird mit Ausnahme der ausgelagerten Station in Wangen durch eine interne Sektorisierung für die Regionen Ravensburg (Landkreis Ravensburg - West), Friedrichshafen (Bodenseekreis - Ost) und Überlingen (Bodenseekreis - West) geleistet -
- Satellitenstation am Kreiskrankenhaus Wangen (Landkreis Ravensburg - Ost),
- Tagesklinik mit 10 Plätzen beim Kreiskrankenhaus Wangen,
- Tagesklinik mit 20 Plätzen in Friedrichshafen in Trägerschaft der Arkade Pauline gGmbH.

Ein Angebot der stationären Rehabilitation findet sich in Trägerschaft von Arkade e.V. im

- RPK Baienfurt mit 10 Plätzen.

Die ambulante Behandlung und psychiatrische Grundversorgung wird geleistet durch:

- 5 niedergelassene Nervenärzte in der Region Allgäu,
- 10 niedergelassene Nervenärzte in der Region Ravensburg,
- 6 niedergelassene Nervenärzte in der Region Friedrichshafen,
- 3 niedergelassene Nervenärzte in der Region Überlingen,
- 26 ärztliche Psychotherapeuten im Landkreis Ravensburg,
- 8 ärztliche Psychotherapeuten im Bodenseekreis,
- je einem Soziopsychiatrischen Dienst in den 4 Regionen in Trägerschaft der Arkade e.V. (Landkreis Ravensburg) bzw. Pauline 13 e.V. (Bodenseekreis),
- einem ambulanten Pflegedienst in Trägerschaft der Weissenau im Raum Ravensburg/Weingarten und nächster Umgebung,
- einem ambulanten psychiatrischen Pflegedienst in Trägerschaft von Pauline 13 e.V. für den gesamten Bodenseekreis,
- ergotherapeutische Angebote für psychisch kranke Menschen in Ravensburg und Weissenau durch den Bereich Arbeit und Rehabilitation des Zentrums für Psychiatrie Weissenau.

Im Bereich Wohnen finden sich folgende Angebote:

- 40 Plätze Wohnheim (Eingliederungshilfe) am Riesenhof (3 km von Ravensburg entfernt) in der Trägerschaft der Gustav-Werner-Stiftung (GWS), die 2004 in die „BruderhausDiakonie. Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg“ aufgegangen ist,
- 30 Plätze Wohnheim (Eingliederungshilfe) in 4 Häusern/Wohnungen in der Stadt Ravensburg (Trägerschaft GWS),
- 20 Plätze Wohnheim (Eingliederungshilfe) in 2 Häusern in der Stadt Ravensburg in Trägerschaft von Arkade e.V.,
- 9 Plätze Wohnheim (Eingliederungshilfe) in Baienfurt in Trägerschaft von Arkade e.V.,
- 40 Plätze Pflegeheim für chronisch psychisch kranke Menschen am Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Weissenau,
- 20 Plätze Pflegeheim für chronisch psychisch kranke Menschen in dezentralen Wohnungen (max. Größe: 5) in der Stadt Ravensburg (Trägerschaft ZfP Weissenau),

- 24 Plätze Wohnheim der Eingliederungshilfe für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke in Weingarten in Trägerschaft von Anode e.V.,
- 43 Plätze Fachpflegeheim für alt gewordene chronisch psychisch kranke Menschen in Oberallewinden (3 km von Ravensburg entfernt) in Trägerschaft der GWS,
- 60 Plätze Fachpflegeheim für alt gewordene chronisch psychisch kranke Menschen am ZfP Weissenau,
- 15 Plätze Wohnheim der Eingliederungshilfe in Bermatingen (Bodenseekreis) in Trägerschaft von Pauline 13 e.V.,
- 20 Plätze Pflegeheim für chronisch psychisch kranke Menschen in Überlingen in Trägerschaft der Vianney-Gesellschaft,
- 30 Plätze Ambulant Betreutes Wohnen (ABW; Schlüssel 1:10) in Ravensburg in Trägerschaft von Arkade e.V.,
- 9 Plätze Ambulant Betreutes Wohnen (ABW; Schlüssel 1:10) in Wangen in Trägerschaft von Arkade e.V.,
- 12 Plätze Ambulant Betreutes Wohnen (ABW; Schlüssel 1:10) für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke in Ravensburg in Trägerschaft von Anode e.V.,
- 70 Plätze Psychiatrische Familienpflege für beide Landkreise in Trägerschaft von Arkade e.V.,
- 18 Plätze Ambulant Betreutes Wohnen (ABW; Schlüssel 1:10) in Friedrichshafen in Trägerschaft von Pauline 13 e.V.,
- 12 Plätze Ambulant Betreutes Wohnen (ABW; Schlüssel 1:10) in Überlingen in Trägerschaft von Pauline 13 e.V.

Im Bereich Tagesstrukturierung finden sich folgende Angebote:

- Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion in Ravensburg,
- Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion und Zuverdienstbereich in Friedrichshafen in Trägerschaft von Pauline 13 e.V.,
- Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion und Zuverdienstbereich in Überlingen in Trägerschaft der Vianney-Gesellschaft.

Im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben finden sich folgende Angebote:

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) mit 140 Plätzen am ZfP Weissenau,

- WfbM mit 20 Plätzen in Ravensburg (Trägerschaft ZfP Weissenau),
- WfbM mit 90 Plätzen am Riesenhof in Trägerschaft der GWS,
- WfbM mit 30 Plätzen in Kisslegg in Trägerschaft von Sprungbrett e.V.,
- WfbM mit 40 Plätzen in Bermatingen in Trägerschaft von Sprungbrett e.V.,
- Integrationsfachdienst mit Standort in allen vier Regionen in Trägerschaft von Arkade-Pauline 13 e.V.

7.1.3 Regionale Versorgungsqualität

Die Versorgungsqualität in der Gesamtregion ist sehr unterschiedlich. In der Region Ravensburg kann zumindest auf der Ebene der Zahlen von einem Überangebot gesprochen werden, während einzelne Angebote in anderen Regionen zum Teil vollständig fehlen. Durch die Auslagerung einer Station in das Kreiskrankenhaus Wangen, die interne Sektorisierung der Weissenau und die Existenz von zwei Tageskliniken ist die Kooperation zwischen klinischem und außerklinischem Bereich zufriedenstellend. Defizitär ist das Angebot der ambulanten ärztlichen Behandlung auf Grund des Fehlens von Institutsambulanzen. Ein beträchtlicher Teil der chronisch psychisch kranken Menschen nimmt das Angebot der niedergelassenen Nervenärz-

te trotz Unterstützung durch die Sozialpsychiatrischen Dienste nicht regelmäßig wahr, so dass häufige Klinikeinweisungen die Folge sind. Der Versuch, mit den Krankenkassen eine mobile psychiatrische Akutbehandlung unter Einsatz eines Teils des stationären Budgets auszuhandeln, war kurz vor Beginn der Projektphase gescheitert.

Im außerklinischen Sektor sind ausreichend Angebote vorhanden, um eine Vollversorgung für die Gesamtregion zu gewährleisten. Durch den zwei Jahre zuvor installierten Wohnverbund mit monatlicher Verteilerkonferenz konnte sichergestellt werden, dass Klienten aus den beiden Landkreisen bevorzugt in die bestehenden Angebote aufgenommen wurden. Dadurch konnte die zeitnahe Aufnahme in den Heimangeboten in der Regel gewährleistet werden. Es bestehen jedoch in folgenden Punkten eklatante Defizite:

- Die Angebote sind in allen Leistungsbereichen mit Ausnahme der Tagesstätten-Versorgung auf Ravensburg konzentriert.
- Im Bereich Wohnen kann bei einem Hilfebedarf, der mehr Personal erfordert, als mit einem Schlüssel 1:10 abzudecken ist, nur auf stationäre Heimangebote zurückgegriffen werden.
- Ein großer Teil des Heimangebots befindet sich in Großeinrichtungen.
- Die Änderung des Hilfebedarfs hat in der Regel einen Umzug zur Folge.

Für die einzelnen Regionen stellt sich die Versorgungsqualität wie folgt dar:

- In der Region Ravensburg besteht trotz einer Vielzahl von ambulanten Angeboten und einer Dominanz an Heimangeboten eine kaum zu befriedigende Nachfrage nach vollstationären Heimplätzen. Im Hinblick auf schwierige Klient(inn)en besteht die Erwartung, dass diese von den Großinstitutionen Pflegeheim der Weissenau und Wohnheim Riesenhof übernommen werden. Ein Übergang vom Heimbereich in den ambulant betreuten Bereich findet in der Regel nur in Richtung Familienpflege statt. Dieses Angebot beschränkt sich jedoch nahezu vollständig auf den ländlichen Raum; mit dem Wunsch, in Ravensburg zu verbleiben (und z.B. dort weiterhin tagesstrukturierende Angebote zu nutzen) ist die Familienpflege meist nicht zu verbinden.
- In der Region Allgäu existieren lediglich ein Sozialpsychiatrischer Dienst, Ambulant Betreutes Wohnen und eine Werkstatt für behinderte Menschen in Kisslegg. Bei intensivem oder komplexem Hilfebedarf müssten die Klienten nach Ravensburg, was sie in der Regel aufgrund der ausgeprägten Verwurzelung zu ihrer Heimat vermeiden. Ein Teil der schwer chronisch kranken Menschen hospitalisiert in der eigenen Familie. Der Einsatz ambulanter Pflegedienste hat klare Grenzen bei mangelnder Kooperationsfähigkeit oder -willigkeit der Klienten
- in beiden Regionen des Bodenseekreises existiert ein gutes Netzwerk ambulanter Versorgung mit Sozialpsychiatrischem Dienst, ambulanten Pflegedienst und Ambulant Betreutem Wohnen in einer Trägerschaft sowie Tagesstätten. Durch die Kombination von niederschwelligem tagesstrukturierendem Angebot und ambulanter Betreuung auf verschiedenen Ebenen kann bei einem Teil des Klientels eine Heimaufnahme verhindert werden. Das gut funktionierende Netz steht bei Projektbeginn in Frage, da die Landeswohlfahrtsverbände flächendeckend die Finanzierung von Tagesstätten übernommen hatten und die finanzielle Förderung gerade noch ein Drittel des zuvor vom Landkreis erbrachten Finanzvolumens beträgt.

- Die Zahl der Heimplätze und der Plätze in Werkstätten für behinderte Menschen ist im gesamten Bodenseekreis sehr gering. Im Wohnbereich gelingt es in der Regel nicht, sehr hohen und komplexen Hilfebedarf im Landkreis selbst abzudecken, so dass ein Teil der Klienten die entsprechenden Angebote in Ravensburg wahrnehmen muss. Im Bereich der Werkstätten wird ein Teil des Bedarfs durch die Zuverdienst-Angebote in den Tagesstätten und das Pendeln in die Weissenauer Werkstätten abgedeckt; zufriedenstellend ist diese Situation allerdings nicht.

7.2 Projektvereinbarung

7.2.1 Prozess der Erarbeitung

Die erste Kontaktaufnahme zwischen Projektbegleitung der Aktion Psychisch Kranke e.V. und den beteiligten Trägern in der Region findet im September 2001 statt. In mehreren Sitzungen wird auf der Grundlage eines durch den örtlichen Projektkoordinator ausgearbeiteten Entwurfs ein Vereinbarungstext erarbeitet, der von den Einrichtungsträgern, den beiden Landkreisen und der Aktion Psychisch Kranke e.V. im Dezember 2001 unterschrieben wird.

Beteiligt sind:

- Arkade e.V.,
- Arkade/Pauline 13 gGmbH,
- Pauline 13 e.V.,
- Vianney-Gesellschaft,
- Wohnverbund Riesenhof (Gustav-Werner-Stiftung),
- Zentrum für Psychiatrie Weissenau (Abteilung Sektorpsychiatrie),
- Zentrum für Psychiatrie Weissenau (Wohn- und Pflegeheim),
- Landkreis Ravensburg,
- Landkreis Bodenseekreis.

7.2.2 Projektsteuerungsgruppe

Die Projektsteuerungsgruppe setzt sich zusammen aus den Geschäftsführern bzw. Leitungen der beteiligten Träger bzw. Einrichtungen, die an der Erarbeitung der Projektvereinbarung beteiligt waren, den Psychiatriekoordinator(inn)en der Landkreise, den Koordinatorinnen der Hilfeplankonferenz und dem das Projekt begleitenden Mitarbeiter der Aktion Psychisch Kranke e.V.

7.2.3 Örtliche Projektkoordination

Die Projektkoordination wird von dem Leiter des Wohn- und Pflegeheims am Zentrum für Psychiatrie Weissenau übernommen.

7.2.4 Zielgruppe

Die Zielgruppe wurde in der Zielvereinbarung wie folgt festgelegt:

- Einbezogen sind alle psychisch kranke Menschen, die aus der Versorgungsregion Landkreise Ravensburg / Bodenseekreis stammen bzw. die gegenwärtig in der Region leben,

soweit sie Leistungen benötigen, die die Leistungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der niedergelassenen Ärzte überschreiten.

- Aus dem Maßregelvollzug entlassene Klienten des Zentrums für Psychiatrie Weissenau aus anderen Herkunftsregionen sind eingeschlossen, sofern abgeklärt ist, dass eine Rückkehr in die Herkunftsregion nicht sinnvoll ist.
- Die Bereiche Suchterkrankung, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sind nicht eingeschlossen. Während des Projektverlaufs sollen die Schnittstellen hinsichtlich einer besseren Vernetzung mit diesen Bereichen überprüft werden.
- Eingeschlossen sind Leistungen für psychisch kranke Erwachsene aus dem Landkreis Ravensburg und dem Bodenseekreis, die außerhalb der Kreisgrenzen versorgt werden, sofern die Rückkehr in den Herkunftsbereich dem Wunsch des Klienten entspricht.

7.3 Erfahrungen und Ergebnisse

7.3.1 Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung

7.3.1.1 Ausgangslage

Die Vernetzung zwischen klinischem und außer-klinischem Bereich in der Region ist traditionell gut. Zwei Jahre vor Projektbeginn haben alle Träger von Einrichtungen für chronisch psychisch kranke Menschen einen Wohnverbund gebildet und eine Vereinbarung zur gemeinsamen Wohnversorgung für die beiden Landkreise unterzeichnet. Darin wurde vereinbart, nur nach Absprache in der Aufnahmekonferenz Klient(inn)en von anderen Landkreisen aufzunehmen, die Hilfeplanung mit dem IBRP zu erstellen und alle Aufnahmen in eine stationäre oder ambulant betreute Wohneinrichtung über die Aufnahmekonferenz zu machen. Die Vereinbarung zwischen der Psychiatrischen Versorgungsregion und der Aktion Psychisch Kranke e.V. löste die Vereinbarung Wohnverbund ab und integrierte Dienste und Einrichtungen außerhalb des Bereichs Wohnen. Die Umsetzung der Vereinbarung hinsichtlich der gemeinsamen Hilfeplanung erfolgte ab März 2002.

Vor der Umsetzung gemeinsamer Hilfeplankonferenzen wurde eine Veranstaltung organisiert, bei der die Projektziele vorgestellt wurden und an der 50-60 (vorwiegend leitende) Mitarbeiter der betroffenen Einrichtungen teilnahmen. Im Übergang von der Aufnahmekonferenz zur Hilfeplankonferenz wurde eine Scharniersitzung veranstaltet: alle neuen Mitglieder der Hilfeplankonferenzen kamen zu der letzten Aufnahmekonferenz des Wohnverbundes hinzu, um auf diese Weise die Kultur der Aufnahmekonferenzen zu bewahren und weiterzuentwickeln.

7.3.1.2 Hilfeplanung

Es wurde zu Beginn des Projekts vereinbart, bei welchen Klient(inn)en eine Hilfeplanung erforderlich ist und wer sie durchführt. Eine Hilfeplanung sollte ausschließlich bei Klient(inn)en mit komplexem Hilfebedarf erfolgen. Klient(inn)en, die neben der (fach-)ärztlichen Behandlung ausschließlich Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes benötigen, fallen nicht unter diese Definition.

Die Hilfeplanung wird von dem Dienst durchgeführt, der den Klienten/die Klientin im Rahmen eines komplementären Angebots betreut hat. Bei neu in das Hilfesystem kommenden

Klientinnen und Klienten übernimmt der Soziopsychiatrische Dienst, bei Krankenhausbehandlung der Sozialdienst des Krankenhauses die Hilfeplanung.

7.3.1.2.1 Einheitliche Hilfeplanung

Da bereits im Wohnverbund der IBRP verwendet worden war, wurde vereinbart ihn von Anfang an bei der Hilfeplanung als obligatorisch voraus zu setzen. Für die regelmäßigen Teilnehmer an den Hilfeplankonferenzen wurde eine dreitägige Schulung durch einen erfahrenen Trainer durchgeführt, der darüber hinaus anbot, auftauchende Probleme telefonisch zu klären. Dieses Angebot wurde allerdings nicht genutzt. Ein knappes Jahr vor Projektende wurde eine weitere Schulung angeboten, die für neue Teilnehmer an den Hilfeplankonferenzen gedacht war, zum Teil jedoch auch von routinierten Teilnehmern der Hilfeplankonferenz genutzt wurde. Gerade auch letztere schätzten den Wert der Veranstaltung als sehr hoch ein.

In der Praxis erwies sich die Regel der generellen IBRP-Nutzung zunächst als schwer umsetzbar. Insbesondere die ambulanten Dienste empfanden die Festlegung auf den IBRP als bürokratische Maßnahme und damit als unnötige Arbeitsbelastung. Problematisch wurde vor allem erlebt, dass der IBRP in keinem Aspekt die Kostenbeantragung unterstützte. Vielmehr musste bei Heimaufnahmen zusätzlich der Hilfebedarf nach HMB-W bzw. die Einstufung nach SGB XI vorgenommen werden.

Die Akzeptanz der Verwendung des IBRP wuchs durch die Einbeziehung des überörtlichen Sozialhilfeträgers in die Hilfeplankonferenzen. Bei der Regionalisierung des Medizinisch-Pädagogischen Fachdienstes (MPD) der Landeswohlfahrtsverbände wurde der Mitarbeiter des MPD, der die Einstufung des Hilfebedarfs nach HMB-W übernimmt, in die Hilfeplankonferenz einbezogen. Nach seiner Einschätzung ist die Hilfeplanung mit dem IBRP eine gute Grundlage für die Einstufung des Hilfebedarfs. Gegen Ende der Projektphase konnte auch das für die Region zuständige Referat Eingliederungshilfe des Landeswohlfahrtsverbandes in die Hilfeplankonferenzen einbezogen werden. Dadurch machten die Beteiligten die Erfahrung, dass die Strukturierung durch den IBRP half, den Hilfebedarf bei dem Leistungsträger nachvollziehbar zu machen und folglich die Kostenzusage zu vereinfachen.

7.3.1.2.2 Beteiligung der Klient(inn)en und Bezugspersonen

Die Einbeziehung der Klient(inn)en in das Hilfeplanungsverfahren konnte zu einem Teil erreicht werden. Irritierend war am Anfang, ob die Klient(inn)en vor der Hilfeplankonferenz eine Einrichtung anschauen durften oder ob dies bereits eine unerlaubte Beeinflussung zugunsten dieser Einrichtung darstellt. Verunsicherung entstand durch den Zwiespalt zwischen objektiven und subjektiven Momenten der Hilfeplanung: einerseits Funktionsstörungen und Hilfebedarf, andererseits Wünsche und Vorlieben der Klienten. Beide Momente zu integrieren und den Prozess der Hilfeplanung als Aushandlungsprozess zu gestalten, gelingt erst ansatzweise. Hier hat der während der zweiten Projekthälfte eingesetzte Koordinationskreis der IBRP-Multiplikatoren eine wichtige begleitende Aufgabe.

7.3.1.2.3 Integrierte Hilfeplanung: einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf

Die Hilfeplanung wird integriert im Sinne eines Gesamtplans erstellt. In der ersten Hälfte der Projektphase erfolgte die Erstellung des Gesamtplans in umgekehrter Reihenfolge: zunächst wurde auf eine bestimmte Einrichtung für die Hilfe suchende Person fokussiert, dann wurde definiert, welche Komponenten notwendig sind. Bei berufsgruppenübergreifendem Hilfebe-

darf wurden in der Regel stationäre Maßnahmen anvisiert. Nicht-psychiatrische Hilfen, einschließlich der Hilfen von Angehörigen, wurden in der Regel nicht berücksichtigt.

Im Projektverlauf fand eine Verlagerung in Richtung vernetzten Denkens statt. Hilfreich waren dabei neue Angebote wie die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und die Soziotherapie, die das Spektrum der Hilfeangebote verschiedener Berufsgruppen erweiterte, sowie die Diskussionen um die Gemeindepsychiatrischen Zentren. Im Hinblick auf die Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfen war insbesondere das Modellprojekt „Persönliches Budget“ im Bodenseekreis wichtig.

7.3.1.2.4 Zielorientierte Hilfeplanung

Die Zielorientierung der Hilfeplanung hat sich nach anfänglichen Schwierigkeiten etabliert. Im ersten halben Jahr wurde die Hilfeplanung meist angebotsorientiert erstellt. Komplexe Problemlagen führten bei den den Hilfeplan erstellenden Bezugspersonen automatisch zu der Lösungsstrategie „stationäre Hilfen“. Die Veränderung dieses Mechanismus erfolgte langsam durch regelmäßige Problematisierung in der Hilfeplankonferenz. Bei der Veränderung hatten Moderator(inn)en und Koordinatorinnen der Hilfeplankonferenzen eine tragende Funktion. Ihnen oblag es, einerseits immer wieder auf das Prinzip der Zielorientierung des IBRP hinzuweisen, andererseits die Falldiskussion auf die Möglichkeit von ambulanten Komplexleistungsangeboten zu lenken.

7.3.1.2.5 Hilfeplanung unabhängig von Wohnformen

Personenzentrierte Hilfeplanung verlangt eine Umorientierung weg von einrichtungsbezogenen Maßnahmen hin zur Formulierung von Zielen und dann zu zielorientierten Maßnahmen. Insbesondere die Erstellung der Hilfeplanung unabhängig von einer bestimmten Wohnform für den Klienten war zunächst nicht ganz einfach. Die Teilnehmer der Hilfeplankonferenzen schlugen bei einer bestimmten Intensität des Hilfebedarfs zunächst mehr oder weniger automatisch die Heimversorgung vor. Trotz eines umfassenden Angebotes von ambulanten Diensten in der Region fiel es Beteiligten immer wieder schwer, eine ambulante Komplexleistung als integriertes Hilfeangebot verschiedener Träger zu denken. In der Projektlaufzeit hat sich dies deutlich verändert, erfordert aber weiterhin die Aufmerksamkeit der Moderation.

Mit Einführung des persönlichen Budgets im Bodenseekreis ist es zunehmend gelungen, die Hilfeplanung unabhängig von der Wohnform zu begreifen. Dabei hat sich gezeigt, dass eine personenzentrierte Hilfeplanung von der tatsächlichen Möglichkeit personenzentrierter Leistungsgewährung abhängig ist.

7.3.1.3 Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungserbringung

7.3.1.3.1 Koordinierende Bezugsperson

Die koordinierende Bezugsperson wird seit Beginn der Projektphase in der Hilfeplankonferenz benannt und nimmt ab diesem Zeitpunkt die ihr zugeschriebenen Aufgaben wahr. Die Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson wurden gegen Ende der Projektphase schriftlich festgelegt und an die Teilnehmer der Hilfeplankonferenz sowie die Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen verteilt.⁵¹

⁵¹ Anhang, Materialien der Region Ravensburg/Bodenseekreis: Merkblatt für die koordinierende Bezugsperson.

Die persönliche Kontinuität der koordinierenden Bezugsperson lässt sich bei Übergängen aus der Heimbetreuung in die ambulante Betreuung in der Regel sicherstellen, weil die Heimträger auch ambulant betreutes Wohnen anbieten. Auch bei Verschiebungen des Betreuungsschwerpunktes im ambulanten Bereich lässt sich die persönliche Kontinuität der Begleitung angesichts der Vernetzung der ambulanten Fachdienste bewerkstelligen.

Ungelöst ist die Frage der Beibehaltung der koordinierenden Bezugsperson bei Wechsel in die Heimversorgung. Bei dem Wechsel in eine Heimeinrichtung wechselt auch die koordinierende Bezugsperson, da die bisherige Bezugsperson (z.B. ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes) nicht mehr finanziert wird. Auch in diesem Punkt sind Lösungsansätze vor allem im Rahmen von (persönlichen) Budgets denkbar.

7.3.1.3.2 Organisation der Hilfeplankonferenz, Beteiligte, Geschäftsordnung etc.

Die Hilfeplankonferenz tagt in drei Regionen: in den Sektoren Ravensburg und Allgäu im Landkreis Ravensburg sowie im Landkreis Bodenseekreis. In allen Regionen findet sie seit Beginn der Projektphase einmal im Monat statt. In der Hilfeplankonferenz in Ravensburg und dem Bodenseekreis wurde die Sitzungsdauer aufgrund der Zahl der Anmeldungen im letzten Drittel der Projektphase von anderthalb auf zwei Stunden verlängert. Beteiligt sind die Leitungen bzw. entscheidungsbefugte Mitarbeiter/innen aller Einrichtungen und Dienste für psychisch kranke Menschen des jeweiligen Sektors. Seit seiner Einsetzung ist auch der Regionalmitarbeiter des Medizinisch-Pädagogischen Fachdienstes der Landeswohlfahrtsverbände an den Hilfeplankonferenzen beteiligt. Seit September 2003 nimmt ein/e Mitarbeiter/in des Referats Eingliederungshilfe beim Landeswohlfahrtsverband teil; im Bodenseekreis seit 2004 auch ein Mitarbeiter des örtlichen Sozialhilfeträgers.

Die Moderation der Hilfeplankonferenz wird durch die Psychiatrie-Koordination des jeweiligen Landkreises übernommen. Die organisatorische Abwicklung der Hilfeplankonferenz (Auskunft, Anmeldungen, Versendung der Tagesordnung und Erstellung des Protokolls) erfolgt durch eine Koordinationsstelle. In beiden Landkreisen gibt es eine HPK-Koordinationsstelle mit einem Deputat von je einer 25-%-Stelle. Die Stellen werden per Umlage von den beteiligten Trägern finanziert und sind im Landkreis Ravensburg besetzt mit einer Sozialpädagogin der psychiatrischen Klinik Weissenau, im Bodenseekreis mit einer Sozialarbeiterin des Heims Weissenau. Die Koordinatorinnen sind das Bindeglied zwischen den Teilnehmern der Hilfeplankonferenz und der Trägerkonferenz und nehmen in dieser Funktion die gegenseitige Information sowie die Festlegung von Regeln für die Hilfeplankonferenz wahr.

Eine Geschäftsordnung wurde am Ende der Projektphase für alle Hilfeplankonferenzen verabschiedet.⁵²

7.3.1.3.3 Erfahrungen mit der Hilfeplankonferenz

Die Hilfeplankonferenzen werden von den Einrichtungen und Diensten ernst genommen. Die Abwesenheit einer Einrichtung oder eines Dienstes hat Seltenheitswert. In der Regel dauern die Fallbesprechungen 10-15 Minuten; mit zunehmender Erfahrung mit dem Instrument Hilfeplankonferenz wird die Überziehung dieser Zeitvorgabe seltener. Die Vorstellung von Klient(inn)en aus anderen Landkreisen nimmt meist wesentlich mehr Zeit in Anspruch. Die dort fehlende Routine mit dem Verfahren wird dabei deutlich sichtbar.

⁵² Die Geschäftsordnung für die Hilfeplankonferenz ist im Anhang, Materialien der Projektregion Ravensburg/Bodenseekreis abgedruckt.

Die Zahl der Fallbesprechungen verteilt sich wie folgt auf die verschiedenen Hilfeplankonferenzen:

	2002	2003
Region Ravensburg	46	75
Region Allgäu	12	25
Bodenseekreis	40	49
Insgesamt	98	149

Die definierte Zielgruppe der chronisch psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf wird in allen Hilfeplankonferenzen erfasst. Die Gruppe der ehemaligen forensischen Patienten mit komplexem Hilfebedarf ist in den Fallbesprechungen umfassend repräsentiert und erhält in der Region auch die notwendigen Hilfeleistungen. Die Zusammenarbeit mit der forensischen Abteilung im Hinblick auf Probeentlassungen funktioniert sehr gut. Die Integration in das Hilfesystem verlief bisher ohne besondere Vorfälle. Der Hilfebedarf chronisch mehrfach geschädigter Abhängigkeitskranker wird in Erweiterung der Projektvereinbarung in den Hilfeplankonferenzen behandelt, wenn die Hilfeerbringung durch die Einrichtungen und Dienste des Gemeindepsychiatrischen Verbunds indiziert ist.

Die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Instrument der Hilfeplankonferenz wurde mit Hilfe einer Evaluation bislang zwei Mal erhoben. Dabei zeigte sich im Jahr 2002 eine hohe Zufriedenheit im Bodenseekreis und der Region Ravensburg. In der Region Allgäu war das Einverständnis mit dem Verfahren nicht eindeutig positiv. Bei der erneuten Befragung im Jahr 2003 hatte sich die Zufriedenheit im Bodenseekreis und der Region Ravensburg noch erhöht und in der Region Allgäu erreichte sie nahezu das selbe Niveau wie in den anderen Regionen. Das dürfte wesentlich mit der gewachsenen Inanspruchnahme und der damit einhergehenden größeren Erfahrung zu tun haben.

7.3.1.3.4 Beteiligung der Klienten, Datenschutz

Die Beteiligung der Klient(inn)en an der Hilfeplankonferenz ist erwünscht. Um keine falschen Erwartungen zu wecken werden sie jedoch informiert, dass die Hilfeplankonferenz zwischen 10 und 20 Teilnehmer umfasst und die Vorstellung und Diskussion der jeweiligen Hilfeplanung 10-15 Minuten umfasst. Der größte Teil der Klient(inn)en fühlt sich von ihrer Bezugsperson bzw. gesetzlichem Betreuer gut vertreten oder scheut den Rahmen. Dennoch waren in der Projektphase in 10-15 % der Hilfeplanvorstellungen die betroffenen Klient(inn)en anwesend. Häufiger erfolgte eine Vertretung durch den/die gesetzliche(n) Betreuer(in). Bei Klient(inn)en, die nicht aus der Region stammen, aber dort Hilfen erhalten wollen, wird das Erscheinen in der Hilfeplankonferenz und das Vertreten des Anliegens erwartet.

Zur Einhaltung des Datenschutzes unterschreiben die Klient(inn)en eine Einwilligungserklärung zum Austausch von Daten innerhalb der Hilfeplankonferenz; zu ihrer Information erhalten sie ein Merkblatt zum Verfahren der Hilfeplanung.⁵³ Es besteht auch die Möglichkeit, die Hilfeplanung anonymisiert vorzustellen. Während der gesamten Projektphase kam es nie vor, dass ein(e) Klient(in) die Vorstellung in der Hilfeplankonferenz verweigerte.

⁵³ Muster für die Klienten-Information (Merkblatt) und die Einwilligungserklärung zum Verfahren der Hilfeplanung sind im Anhang unter den „Allgemeinen Materialien“ abgedruckt. Die in der Projektregion Ravensburg/Bodenseekreis verwendeten Formulare sind etwas abgewandelt.

7.3.1.3.5 Periodische Fortschreibung von Hilfeplänen

Bei jeder Festlegung der Hilfeerbringung in der Hilfeplankonferenz wird ein Zeitraum der Überprüfung festgelegt. Die Überprüfung der Hilfeplanung ist ein wichtiges Instrument, um Verläufe transparent zu machen und Prozesse der Chronifizierung zu vermeiden. Die periodische Fortschreibung der Hilfepläne wurde bisher nicht systematisch erfasst. Naturgemäß häufen sich jedoch die Fortschreibungen im Jahr 2003. In der Hilfeplankonferenz der Region Ravensburg drohen sie bereits, den zeitlichen Rahmen zu sprengen. In einem Fall fand eine Überprüfung der Hilfeplanung auf Anregung des überörtlichen Sozialhilfeträgers als Folge der Auswertung eines Verlaufsberichts statt

7.3.1.3.6 Dokumentation

Die Ergebnisse der Fallbesprechungen in der Hilfeplankonferenz werden in einem Protokoll festgehalten. Die Koordinatorinnen der Hilfeplankonferenz führen eine Statistik über die behandelten Fällen und die Ergebnisse. Die datenverarbeitungsgestützte Dokumentation gemäß Aktion Psychisch Kranke e.V. ist geplant.

7.3.1.3.7 Finanzierung (Abstimmung auf der Fallebene)

Die Kosten der in der Hilfeplankonferenz vereinbarten Hilfen werden in erster Linie in Form von stationären und ambulanten Eingliederungshilfeleistungen von dem überörtlichen Sozialhilfeträger, in zweiter Linie in Form von stationären und ambulanten Pflegeleistungen von der Pflegekasse sowie dem örtlichen Sozialhilfeträger und schließlich in Form von Leistungen der häuslichen Pflege von den Krankenkassen übernommen. Die Leistungsgewährung erfolgt nicht auf der Grundlage des mit dem IBRP ermittelten Hilfebedarfs und dem Bogen zur Personalbemessung. Auch hinsichtlich der Leistungen der Eingliederungshilfe bestand der überörtliche Sozialhilfeträger auf Anwendung des eigenen Verfahrens zur Personalbemessung. Dies hatte zur Folge, dass im Bereich des ambulanten Wohnens keine Klient(inn)en mit höherem Betreuungsbedarf als dem vorgegebenen Schlüssel von 1:10 betreut werden konnten.

Zur Abstimmung der Zuständigkeit wurde zu Beginn der Projektphase die zuständige Mitarbeiterin der Servicestelle nach SGB IX eingeladen. Es wurde vereinbart, dass die Servicestelle bei Problemen mit dem jeweiligen Reha-Träger jederzeit eingeschaltet werden kann, was bislang jedoch nicht erforderlich war. Die Kostenzusagen waren im Bereich der Eingliederungshilfe lange Zeit sehr langwierig. Es gab häufige Rückfragen und nicht nachvollziehbare Ablehnungen von beantragten Maßnahmen. Die Situation besserte sich mit der Beteiligung der Leiterin des für die Region zuständigen Referats Eingliederungshilfe des Landeswohlfahrtsverbands an den Hilfeplankonferenzen. Die beantragten Maßnahmen wurden für den Träger der Eingliederungshilfe nachvollziehbar, Unstimmigkeiten konnten gemeinsam geklärt werden.

7.3.1.4 Zusammenfassende Bewertung zur Qualitätsentwicklung

Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz sind durch das Projekt zu einem festen Bestandteil der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen im Landkreis Ravensburg und im Landkreis Bodenseekreis geworden.

7.3.2 Verbundentwicklung

7.3.2.1 Ausgangslage

Die Kooperation der Träger von Einrichtungen für psychisch kranke Menschen war bereits vor der Projektphase gut entwickelt. Personell bestehen enge Verbindungen zwischen dem Zentrum für Psychiatrie Weissenau und den Vereinen Arkade und Pauline 13, die den Großteil der außerklinischen psychiatrischen Versorgung leisten. Die Vorstände der beiden Vereine setzen sich im Wesentlichen aus leitenden Mitarbeitern des Zentrums für Psychiatrie Weissenau zusammen. Ebenfalls bestand eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Trägern und den beiden Landkreisverwaltungen. In gemeinsamer Anstrengung waren innovative Projekte aufgebaut worden wie z.B. die Psychiatrische Familienpflege mit dem Landkreis Ravensburg oder niedrigschwellige Tagesstätten mit dem Bodenseekreis.

Zwei Jahre vor Beginn der Projektphase hatten sich die Träger aller Wohneinrichtungen unter Beteiligung der Abteilungen Sektorpsychiatrie und forensische Psychiatrie zu einem Wohnverbund zusammengeschlossen. Parallel war ein Werkstättenverbund aller Werkstätten für psychisch behinderte Menschen in den beiden Landkreisen entstanden. Der Werkstättenverbund regelt Absprachen im Hinblick auf die Auftragsakquisition sowie die Aufnahme von Klient(inn)en.

Zeitgleich mit Projektbeginn hatten die Träger psychiatrischer Einrichtungen im Bodenseekreis mit dem Landkreis sowie den Städten Friedrichshafen bzw. Überlingen zwei gGmbH gegründet, um Gemeindepsychiatrische Zentren in der jeweiligen Stadt einzurichten.

7.3.2.2 Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung

In der Kooperationsvereinbarung zum Modellprojekt haben sich die Träger auf eine gemeinsame Versorgungsverpflichtung für chronisch psychisch kranke Menschen der beiden Landkreise festgelegt. Die Einigung auf eine Pflichtversorgung im komplementären Bereich wurde erleichtert durch die enge Kooperation mit der psychiatrischen Klinik Weissenau, der die Pflichtversorgung für die Behandlung psychisch kranker Menschen obliegt. Die Umsetzung einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung erforderte jedoch regelmäßige Diskussionen und Regelungen, da die gemeinsame Verpflichtung in der Praxis die Autonomie der einzelnen Einrichtung partiell außer Kraft setzt.

In der Projektphase wurden keine Klient(inn)en aus den beiden Landkreisen abgewiesen, die ein Hilfeangebot benötigten. Schwierig wurde es in den Hilfeplankonferenzen dann, wenn eine Heimeinrichtung der Auffassung war, dass sie mit der Hilfeerbringung überfordert sei. In solchen Situationen wurde sichtbar, dass die Problemverschiebung auf andere Einrichtungen nicht mehr möglich ist und die Verpflichtung zur trägerübergreifenden Lösung von Problemen auch eine Herausforderung für die Problemlösung in der jeweiligen Einrichtung ist. In diesem Konflikt erwies sich die durch die HPK-Koordinatorinnen hergestellte Verzahnung zwischen Hilfeplankonferenz (HPK) und Trägerkonferenz als hilfreich. Konkrete Regeln zur Handhabung der gemeinsamen Versorgungsverpflichtung wurden in die Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz aufgenommen.⁵⁴

⁵⁴ Siehe Anhang, Materialien der Projektregion Ravensburg/Bodenseekreis: Geschäftsordnung für die Hilfeplankonferenz im GPV Bodenseekreis.

In der Zielvereinbarung war festgelegt worden, die Schnittstellen zu Klient(inn)en der Bereiche Sucht, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu klären. Die Klärung hat ergeben, in die künftige Vereinbarung Personen mit einer Suchterkrankung aufzunehmen, sofern sie zum Personenkreis der chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken gehören. Ebenso werden Patienten der Abteilung Gerontopsychiatrie des Zentrums für Psychiatrie Weissenau vorgestellt, sofern es sich um Personen handelt, die im System der Altenhilfe nicht adäquat versorgt werden können. Ein Bedarf in Richtung Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht derzeit nicht. Hingegen wurde mit einer großen Einrichtung für geistig behinderte Menschen vereinbart, regelmäßige Absprachen über die Versorgung von Klient(inn)en aus dem Grenzbereich zwischen psychischer und geistiger Behinderung zu treffen.

7.3.2.3 Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsbereiche hat sich im Projektzeitraum verbessert. Durch die verbesserte Abstimmung der einzelnen Hilfen in der Hilfeplankonferenz kommen vermehrt ambulante Komplexleistungen zustande, die die Erbringung der Hilfen im Heim überflüssig machen oder ersetzen. Die abgestimmte Erbringung von Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, des Ambulant Betreuten Wohnens, der Institutsambulanz, der Häuslichen Pflege und der Soziotherapie ermöglichen sowohl die Vermeidung von Heimaufnahmen als auch die ambulante Nachsorge im Anschluss an einen Heimaufenthalt. Die Entlassung aus dem Heim wurde u.a. dadurch erleichtert, dass die meisten Heimträger auch eine Leistungsvereinbarung für Ambulant Betreutes Wohnen abgeschlossen haben. Die Dezentralisierung eines Teils der Heimversorgung hat die Entlassungsmöglichkeit für sehr lang hospitalisierte Klient(inn)en verbessert. Die Klient(inn)en ziehen in kleine, dezentral stationäre Wohneinheiten, in denen sie intensiv personell begleitet werden und sich an die ungewohnte Lebenssituation anpassen können. Nachdem sie sich mit der neuen Situation zurechtgefunden haben, können sie bei Verbleib in der Wohnung aus dem stationären Status entlassen und ambulant weiterbetreut werden.

Erst ansatzweise kommt die Verzahnung von Leistungen im Bereich Wohnen und im Bereich Tagesstrukturierung in Gang. Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation können bislang nur stationär angeboten werden, da kein Versorgungsvertrag für ambulante Reha mit den Krankenkassen und Rentenversicherungsverträgern besteht. Organisatorisch könnte ambulante Rehabilitation in den Sektoren des Landkreises angeboten werden.

7.3.2.4 GPV-Organisation

Die Strukturen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) begannen während der Projektphase zu leben. Vorher informell funktionierend, erhielten sie in dem Projekt ihre Verbindlichkeit und Ausdifferenzierung. Terminologisch wurde zu Beginn der Projektphase beschlossen, die Strukturen der Vernetzung als GPV des Landkreises Ravensburg und als GPV des Bodenseekreises zu benennen und entsprechende Briefköpfe zu gestalten. Es wurde eine Trägerkonferenz unter Einbeziehung der Psychiatrie-Koordinator(inn)en der beiden Landkreise eingesetzt, die zusammen mit dem Projektbegleiter der Aktion Psychisch Kranke e.V. die projektbegleitende Gruppe darstellte. Angehörige, Psychiatrie-Erfahrene und Patientenfürsprecherinnen wurden in Form einer erweiterten Trägerkonferenz in halbjährlichem Turnus in die GPV-Diskussionen einbezogen. Die Einbeziehung der Leistungsträger in den GPV gelang in der Projektphase noch nicht

7.3.2.5 Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung

7.3.2.5.1 Deskriptive Ermittlung von Kostenströmen

Die Ermittlung der Kostenströme ist angesichts des Anspruchs der Pflichtversorgung in den beiden Landkreisen und der intendierten Ambulantisierung ein relevantes Thema. Bemühungen, aussagekräftige Zahlen von dem überörtlichen Sozialhilfeträger zu bekommen, waren jedoch nicht erfolgreich. Gegen Ende der Projektphase wurde in der Trägerkonferenz der Beschluss gefasst, ab dem Jahr 2003 eine gemeinsame Dokumentation über das Leistungsgeschehen in den Einrichtungen und Diensten des jeweiligen Landkreises zu erstellen. Dabei können auch die Kostenströme ermittelt werden

7.3.2.5.2 Klientenbewegungen

Während der Projektphase musste kein chronisch psychisch kranker Mensch die Grenzen der beiden Landkreise verlassen, um adäquate Hilfen zu erhalten. Umgekehrt erhalten einige Hilfe suchende Personen aus anderen Landkreisen Hilfen in unserem Versorgungsgebiet. Die Anfragen sind wesentlich höher. Ohne Aufnahmekriterien für Hilfe suchende Personen aus anderen Landkreisen, die eine hohe Schwelle setzen, wären die Plätze für Klient(inn)en aus den beiden Landkreisen nicht mehr zeitnah zur Verfügung.

7.3.2.5.3 Sozialgesetze

Die Möglichkeiten durch neue Sozialgesetze werden in der Region weitgehend genutzt. Im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis wurde die Möglichkeit der Verordnung von Sozialtherapie für Klient(inn)en der Sozialpsychiatrischen Dienste in Anspruch genommen, sofern die Indikation gegeben war. Dadurch wurde das Angebot für einen Teil der Klient(inn)en erheblich verbessert. Die durch die Kürzung der Landesförderung verminderten niederschweligen Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste konnten jedoch durch die Sozialtherapie nicht kompensiert werden. Probleme traten ferner immer wieder auf, wenn mehrere Sozialleistungen zur Aufstellung eines Komplexleistungsprogramms genutzt werden sollten. Eine Ersatzkasse lehnte beispielsweise die gleichzeitige Erbringung von Leistungen der Institutsambulanz mit Leistungen der Sozialtherapie bzw. der häuslichen Pflege ab.

7.3.2.6 Zusammenfassende Bewertung zum Stand der Verbundentwicklung

Insgesamt hat sich der Gemeindepsychiatrische Verbund auf der strukturellen wie auf der einzelfallbezogenen Ebene in der Projektphase zu einem arbeitsfähigen Gebilde entwickelt. Die Zusammenarbeit der Einrichtungen und Dienste in der Hilfeplankonferenz hat zu einer höheren Transparenz für alle Beteiligten geführt und die Wege zu einer komplexen ambulanten Hilfeerbringung weiter ausgebaut. Die Zusammenarbeit der Träger und der Landkreise hat die Ebene der vertrauensvollen Kooperation gefestigt. Sie bildet eine gute Basis für die Bewältigung kommender Aufgaben, insbesondere der Verlagerung der Eingliederungshilfe auf die örtliche Ebene. Dabei hat sich erwiesen, dass gegenüber der Projektphase eine getrennte Organisationsform für die beiden Landkreise sinnvoll ist. Der Entwicklungsstand der psychiatrischen Versorgung ist so unterschiedlich, dass in Form der separaten Verbundentwicklung flexibler nach den Bedürfnissen des jeweiligen Landkreises reagiert werden kann.

7.4 Projektdurchführung

7.4.1 Projektbegleitende Gruppe

Die projektbegleitende Gruppe bestand aus den Leitungen/Geschäftsführern der beteiligten Träger, den Psychiatrie-Koordinator(inn)en der beiden Landkreise, den Koordinatorinnen der Hilfeplankonferenz und dem beratenden Mitarbeiter der Aktion Psychisch Kranke. Sie traf sich in der Regel einmal monatlich, und behandelte alle relevanten Themen der Projektentwicklung, insbesondere auch Verfahrensregeln für die Hilfeplankonferenz. Durch die Beteiligung der HPK-Koordinatorinnen konnte die Verzahnung zwischen der Fallebene und der strukturellen Ebene erreicht werden. Die Verbesserung der Versorgungsstrukturen wie z.B. die Teilnahme an dem Modellprojekt „Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg“ oder die langfristige Beantragung eines Versorgungsvertrags für Ambulante Rehabilitation waren ein weiterer Schwerpunkt der Diskussionen. Die Beteiligung des Bodenseekreises an dem Modellprojekt „Persönliches Budget“ wurde durch dieses Gremium mit angeregt.

7.4.2 Verantwortlichkeiten

Sämtliche Entscheidungsprozesse im Projektablauf wurden auf Konsensbasis von der projektbegleitenden Gruppe getroffen. Der regionale Projektkoordinator hatte die Funktion des Sprachrohrs. Projektkoordinator und Projektbegleiter waren regelmäßig an den Hilfeplankonferenzen beteiligt und vertraten dort die Ablaufprinzipien und die Verfahrensregelungen, die durch die projektbegleitende Gruppe festgelegt worden waren. Der Austausch mit den Teilnehmer(inn)en der Hilfeplankonferenz war wichtig für die Akzeptanz des Projekts. Den HPK-Koordinatorinnen kam die Aufgabe zu, die Einhaltung der Verfahrensregeln der Hilfeplanung und der Diskussion von Hilfeplänen einzufordern und bei Bedarf eine Veränderung herbeizuführen. Für diese Aufgabe hilfreich war die Tatsache, dass sie neben ihrer Rolle als Koordinatorinnen gleichzeitig Vertreterinnen von Einrichtungen sind.

7.4.3 Leistungen der Leistungserbringer

Die Träger der Einrichtungen für psychisch kranke Menschen in der Region brachten ihre Vertreter in die Sitzungen der projektbegleitenden Gruppe ein, entsandten je einen leitenden Mitarbeiter ihrer Einrichtungen und Dienste in die Hilfeplankonferenz und finanzierten per Umlage die Koordinatorinnen der Hilfeplankonferenzen

7.4.4 Leistungen der Aktion Psychisch Kranke e.V.

Der Projektbegleiter der Aktion Psychisch Kranke e.V. nahm an allen Sitzungen der projektbegleitenden Gruppe sowie einem Teil der Hilfeplankonferenzen ein. Er war beteiligt an der Einführungsveranstaltung des Modellprojekts, an der Einführungsveranstaltung für die Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Patientenfürsprecherinnen sowie an den Diskussionen zur Weiterführung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region. Sein Beitrag war für die Einführung des personenzentrierten Ansatzes in der Region unverzichtbar. Es hat sich gezeigt, dass auch (und vielleicht gerade) bei langjährig bestehender guter Zusammenarbeit in der Region der Blickwinkel des nicht verwickelten Außenstehenden einen wichtigen Beitrag dazu leistet, den Veränderungsprozess in Gang zu halten.

7.4.5 Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen

Das regionale Projekt beteiligte sich mit dem regionalen Projektkoordinator und dem Psychiatriekoordinator des Bodenseekreises an der Arbeitsgruppe der Projektregionen, an der Abschlussveranstaltung des Bundesprojekts zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes und an den Diskussionen zum Aufbau einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände. Die Projektarbeit der Region wurde landesweit wahrgenommen. Es fanden zahlreiche Besuche von Delegationen anderer Landkreise statt, im Nachbarlandkreis Konstanz wurde die Projektregion zu einer Infoveranstaltung eingeladen; darüber hinaus gab es viele telefonische Anfragen. Besonderes Interesse bestand für die Gemeindepsychiatrischen Zentren in Verbindung mit dem Aufbau einer personenzentrierten Versorgung.

7.4.6 Zusammenfassende Betrachtung des Projektverlaufs: Akzeptanz, spezifische Problemfelder etc.

In der Region Ravensburg/Bodenseekreis konnte frühzeitig mit der Umsetzung der Vereinbarung begonnen werden. Die Standards bei Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen wurden durch die HPK-Koordinatorinnen nachhaltig eingefordert. Die Akzeptanz des Verfahrens bei den Teilnehmer(inn)en der Hilfeplankonferenz nahm einen wellenförmigen Verlauf. Zu Beginn der Projektphase sahen die meisten Teilnehmer(inn)en das Verfahren als Bürokratisierung funktionierender Abläufe, die den einzelnen Mitarbeiter(inn)en zusätzliche Arbeit beschert. Es war zu beobachten, dass die Akzeptanz mit der Zahl der besprochenen Fälle in den Hilfeplankonferenzen und der Beteiligung von Betroffenen wuchs. Die Hilfeplankonferenz, die über einen längeren Zeitraum nur wenige Fälle behandelte, äußerte am meisten Kritik an dem Verfahren. Nach der Steigerung der besprochenen Fälle war die deutlichste Verbesserung der Akzeptanz zu registrieren. Ein weiteres Merkmal für die Verbesserung der Akzeptanz war die Einbeziehung des überörtlichen Sozialhilfeträgers. Durch die Beteiligung des Leistungsträgers an der Falldiskussion war der direkte Effekt der Hilfeplanung für die Teilnehmer wahrnehmbar.

Im weiteren Projektverlauf wurden Probleme in der Akzeptanz dann sichtbar, wenn beschlossene Hilfeleistungen nicht zeitnah umgesetzt werden konnten oder wenn sich Einrichtungen oder Dienste mit der Umsetzung der geplanten Hilfen überfordert fühlten. An diesen Akzeptanzproblemen zeigt sich ein umfassenderes Problem der Einführung des personenzentrierten Ansatzes. Der personenzentrierten Hilfeplanung muss eine personenzentrierte Leistungsgewährung folgen. Da die Möglichkeit einer intensiven Hilfeerbringung im ambulanten Bereich nicht gegeben ist, muss sie bei Personen mit hohem Hilfebedarf im stationären Wohnbereich erfolgen. Trotz der Dezentralisierung dieses Bereiches in kleine Wohneinheiten kann der stationäre Sektor nicht entsprechend flexibel reagieren, so dass zwangsläufig Wartelisten entstehen. Die Lösung des Problems der personenzentrierten Hilfestellung, insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfeleistungen ist daher ein vordringliches Ziel.

7.5 Ausblick

Die Einführung des personenzentrierten Ansatzes in der Versorgungsregion ist in der Projektphase erfolgreich umgesetzt worden. Alle Träger von Einrichtungen und Diensten für chronisch psychisch kranke Menschen sowie die Sozialverwaltungen aus den beiden Landkreisen sind einbezogen. Die beteiligten Träger und Landkreise haben beschlossen, die verbindliche Kooperation unter der Überschrift Gemeindepsychiatrischer Verbund weiterzuführen. Auf

Grund der Erfahrungen im Projekt bildet jeder Landkreis einen eigenen Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) mit entsprechender Vereinbarung.

Die Strukturen der Vereinbarung werden gleich sein. In jedem GPV ist geplant, gemäß der Eckpunkte für die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft GPV⁵⁵ die Instanzen eines Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbundes (GPLV) und eines Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbundes (GPSV) einzuführen. Der GPLV ist bis auf den Projektbegleiter der Aktion Psychisch Kranke e.V. identisch mit der Projektbegleitenden Gruppen des Modellprojekts. Der GPSV ist das umfassendere Gremium, das vom Sozialdezernenten des Landkreises initiiert wird und neben den Mitgliedern des GPLV die Interessensvertretungen der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen sowie die Leistungsträger beteiligen soll.

Die Einbeziehung der Leistungsträger in die Weiterentwicklung des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems ist ein vordringliches Interesse der Leistungserbringer innerhalb des GPV. Angesichts grundlegender struktureller Veränderungen wie die Verlagerung der Eingliederungshilfe von den Landeswohlfahrtsverbänden auf die Kommunen zum 1. Januar 2005 erhält die Steuerung der Leistungen auf regionaler Ebene zunehmendes Gewicht. 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. Im Bereich der Eingliederungshilfe werden Modelle wie regionale Teilbudgets und die regelhafte Einführung persönlicher Budgets mit den Leistungsträgern zu diskutieren sein. Ebenso hohen Stellenwert hat die weitere Gleichstellung psychisch kranker Menschen bei den Leistungen der Kranken- und der Rentenversicherung. Hier muss die gemeindenah angebotene Komplexleistung als Königsweg der psychiatrischen Rehabilitation verankert werden.

Der nächste notwendige Schritt ist die Anwendung des personenzentrierten Ansatzes auf den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben. Die im Bereich Wohnen und Selbstversorgung erfolgreich angewandte individuelle Hilfeplanung muss auf den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben übertragen werden. Aus dieser Erkenntnis haben sich beide Landkreise für die Teilnahme an dem von der Aktion Psychisch Kranke e.V. ausgeschriebenen Projekt zur Entwicklung regionaler integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme im Bereich Teilhabe zur Arbeit entschieden.

⁵⁵ Das erwähnte Eckpunkte-Papier der Aktion Psychisch Kranke zum GPV ist im Anhang, Allgemeine Materialien, abgedruckt.

7.6 Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben in den Landkreisen Ravensburg und Bodenseekreis

Thema	Weiteres Verfahren	Beschlossen am/durch
Hilfeplanung, Anwendung des IBRP	<ul style="list-style-type: none"> Die Verwendung des IBRP für die Hilfeplanung wird in der bisherigen Form weitergeführt. Der Koordinationskreis zum IBRP arbeitet weiterhin für beide Kreise übergreifend. 	Trägerkonferenz 27.10.2003
Hilfeplan-konferenz	<ul style="list-style-type: none"> Die Hilfeplankonferenzen werden in der bisherigen Form weitergeführt. 	Trägerkonferenz 27.10.2003
	<ul style="list-style-type: none"> Die Verfahrensabsprachen werden in einer Geschäftsordnung zusammengefasst. 	GO in Kraft seit 01.01.2004
Zukunft der Projektsteuerungsgruppe, GPV-Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> Es wird für die beiden Landkreise je ein förmlicher GPV konstituiert, der aus einem Leistungserbringerverbund und einem Steuerungsverbund besteht. 	Trägerkonferenz 27.10. und 15.12.2003
	<ul style="list-style-type: none"> Konstituierung der beiden GPV im Frühjahr 2004. 	
Regionale Zielplanung	<ul style="list-style-type: none"> Umstrukturierungsprozess für den Heimbereich. Aufbau ambulanter medizinischer Rehabilitation. GPZ-Planungen für den Landkreis Ravensburg. 	Trägerkonferenz
Veranstaltungen zu Projektabschluss	<ul style="list-style-type: none"> Fachtag aus Anlass der offiziellen GPZ-Eröffnung in Friedrichshafen zum Thema Personenzentrierung und GPV am 30.04.2004. 	

8 Verlaufsbericht zur Projektbeteiligung des Landkreises Reutlingen

Ziel des Projektes war es, die sozialpsychiatrische Versorgung im Sinne eines „Integrierten personenbezogenen regionalen Hilfesystems“ (IPRH) weiterzuentwickeln. Es sollten beispielhafte Lösungen für Fragen der personenzentrierten Hilfeplanung, der Verbundentwicklung, der Qualitätssicherung, der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen und der Steuerung gefunden werden, die auch über die Projektzeit hinaus tragfähig sind. Dabei sollte auf den bisherigen Vereinbarungen und Erfahrungen der sozialpsychiatrischen Träger aufgebaut und es sollten neue gemeinsame Schritte zur Qualität der Hilfeplanung und zur regionalen Versorgung vereinbart und umgesetzt werden.

8.1 Rahmenbedingungen und Ausgangslage der regionalen Versorgung

8.1.1 Allgemeine Angaben zur Region

Im Landkreis Reutlingen leben rund 278.000 Einwohner auf einer Gesamtfläche von 1094 qkm. Das Versorgungsgebiet umfasst die Bereiche

- Reutlingen und Umland mit einem städtisch geprägten Profil rund um die Kreisstadt Reutlingen mit insgesamt rd. 196.000 Einwohnern
- Alb und oberes Ermstal mit rund 82.000 Einwohnern, den flächenmäßig deutlich größeren, sehr ländlich geprägten Bereich

Zu Beginn des Projektes wurde diese Unterschiedlichkeit thematisiert und, unter Berücksichtigung gewachsener Versorgungsstrukturen, zwei getrennte Versorgungssektoren gebildet.

8.1.2 Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region bei Projektbeginn

Die psychiatrische Versorgungsstruktur im Landkreis Reutlingen lebt von einer Mischung aus großen und kleineren Trägern, mit einer längeren Tradition gemeinsamer Qualitätsentwicklung. Das sozialpsychiatrische Angebot im Landkreis sah im Einzelnen wie folgt aus:

- Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten mit 238 Plätzen,
- Heinrich-Landerer-Krankenhaus in Reutlingen mit 34 Plätzen,
- Tagesklinik des Heinrich-Landerer-Krankenhaus mit 20 Plätzen,
- Institutsambulanz beim Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten,
- 12 Fachärzte im Bereich Psychiatrie/Neurologie,
- über 30 psychologische Psychotherapeuten,
- Sozialpsychiatrischer Dienst (mit 5,5 Personalstellen),
- 406 Plätze im stationären Wohnen (inklusive Fachpflege),
- 21 Plätze in der Psychiatrischen Familienpflege,
- 106 Plätze im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen,
- je eine Tagesstätte in Reutlingen und auf der Alb in Münsingen,
- je eine Werkstatt für psychisch behinderte Menschen (165 Plätze) in Reutlingen, in Münsingen (60 Plätze) und in Münsingen-Buttenhausen (70 Plätze),
- Zuverdienst-Möglichkeit (20 Plätze) in Reutlingen,
- Integrationsbetriebe Mechanikus und Frischemarkt Orschel-Hagen,

- Integrationsfachdienst in Reutlingen,
- Kommunale Arbeitsförderungsgesellschaft in Reutlingen,
- im Bereich der Interessenvertretung psychisch kranker Menschen ein Patientenfürsprecher, eine Angehörigen-Selbsthilfegruppe und die Initiative Psychiatrie-Erfahrener (IPE).

8.1.3 Zur regionalen Versorgungsqualität bei Projektbeginn

Bereits 1986 wurde im Landkreis der Sozialpsychiatrische Arbeitskreis (SPAK) als beratendes Gremium für den Kreistag gegründet. 1992 gab es eine erste gemeinsame Bestandserhebung zur Versorgungssituation seelisch behinderter Menschen im Landkreis Reutlingen. In der Folgezeit kamen dann 1993 die Gründung eines psychiatrischen Arbeitskreises auf der Alb und die Gründung der Tagesklinik in Reutlingen in Kooperation zwischen der Gustav-Werner-Stiftung und dem Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten.

Die Gründung des Zentrums für Gemeindepsychiatrie (ZGP) 1996 war ein wesentlicher Schritt in die trägerübergreifende Zusammenarbeit. Hier werden seither Sozialpsychiatrischer Dienst, Kontaktcafé mit Tagesstätte, Integrationsfachdienst, Sonderpflegedienst, ambulantes und stationär betreutes Wohnen gemeinsam von unterschiedlichen Trägern in einem Haus angeboten. Seit 1996 besteht auch das „Netzwerk Wohnen“, in dem die Träger im Bereich der ambulanten und stationären Wohnangebote kooperieren.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) hat in verschiedenen Untergruppen die vorhandenen Angebote im Landkreis in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Sucht erfasst und erstellt derzeit aktuelle Wegweiser.

1997 wurde der Trägersausschuss Gemeindepsychiatrie zur Abstimmung regionaler Psychiatrieplanung gegründet, der im selben Jahr eine Vereinbarung zu „Fallkoordination in der sozialpsychiatrischen Versorgung“, empfohlen vom Sozialpsychiatrischen Arbeitskreis, beschlossen hat. In der genannten Vereinbarung wird bereits die Anwendung des IBRP vorgeschlagen. In diesem Zusammenhang haben bereits vor Projektbeginn 1999/2000 trägerübergreifend Schulungen zur Handhabung des IBRP stattgefunden. Die Umsetzungen hierzu wurden von den einzelnen Trägern unterschiedlich betrieben. Einrichtungsübergreifend wurde der IBRP bisher nicht systematisch angewandt. Ebenfalls in dieser Vereinbarung ist bereits die Einführung koordinierender Bezugspersonen zum Zweck einrichtungsübergreifender Fallkoordination enthalten, auch hier noch ohne einheitliche Umsetzung.

Erste Schritte waren auch schon im Bereich der Qualitätssicherung in der Hilfeplanung und bezüglich gemeinsamer Aufnahmekonferenzen gemacht. Zur Einführung, Handhabung und Umsetzung des IBRP wurde im Jahr 2000 der „IBRP-Koordinationskreis“ gegründet, Vertreter dieser Gruppe wurden zu Projektbeginn in die Projektbegleitende Steuerungsgruppe aufgenommen. Im April 2001 hatte der Trägersausschuss Sozialpsychiatrie die Einrichtung von Aufnahme- bzw. Hilfeplankonferenzen beschlossen, vor Projektbeginn jedoch noch keine Umsetzungsschritte hierzu gemacht.

8.2 Projektvereinbarung

8.2.1 Beteiligte

Die Projektvereinbarung zwischen den an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Trägern, dem Landratsamt und der Aktion Psychisch Kranke e.V. wurde nach intensiven Vorbereitungen erarbeitet und im Januar 2002 unterzeichnet.

Beteiligte Träger am Projekt waren:

- Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie Reutlingen mbH,
- Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus (seit 2004 „BruderhausDiakonie. Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg“),
- Samariterstiftung,
- Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie e.V.,
- Gesellschaft für Rehabilitation mbH,
- Haus am Berg gGmbH (seit 2004 „BruderhausDiakonie. Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg“),
- Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V.,
- Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten.

8.2.2 Projektsteuerungsgruppe

Zur Umsetzung des Projekts wurde eine eigene Steuerungsgruppe gebildet, die seit Projektbeginn in regelmäßigem Turnus tagt. Unter Vorsitz der Sozialdezernentin des Landkreis Reutlingen waren an der Steuerungsgruppe die Unterzeichner der Vereinbarung, das Kreisgesundheitsamt, ein Vertreter des Arbeitskreises Sucht, eine Vertreterin der Angehörigengruppe, der Landeswohlfahrtsverband als überörtlicher Träger der Sozialhilfe sowie Vertreter des IBRP-Koordinationskreises beteiligt.

8.2.3 Örtliche Projektkoordination

Verantwortlich für die örtliche Projektkoordination war die Sozialdezernentin des Landkreises. Die Einrichtung einer Psychiatriekoordinationsstelle war Teil des Projektes. Im Mai 2003 wurde im Landkreis die Stelle einer Fachkraft für die Sozialplanung eingerichtet, deren Aufgabe u.a. die Psychiatriekoordination ist.

8.2.4 Zielgruppe

Im Mittelpunkt stand die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen im Bereich der Allgemeinpsychiatrie. Das Hilfeplanungsverfahren wurde zunächst vereinbart für alle neu beginnenden Maßnahmen für chronisch psychisch kranke Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf, die aus dem Landkreis Reutlingen stammen und in der Region Hilfe wünschen. Eine Erweiterung des Hilfeplanverfahrens auf sogenannte „Altfälle“, also auf psychisch kranke Menschen, die schon lange im Hilfesystem in einer laufenden Maßnahme sind (d.h. insbesondere Heimbewohner und Personen, die im Betreuten Wohnen oder der Familienpflege bereits länger begleitet werden), wird jetzt zu Projektende gestartet. Eine Ausweitung auf andere Bereiche der psychiatrischen Versorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchthilfe) kann erst im Anschluss an das eigentliche Projekt gemeinsam diskutiert werden.

8.3 Erfahrungen und Ergebnisse

Der Projektvereinbarung liegt der personenzentrierte Ansatz als konzeptionelle Leitlinie zugrunde. Dementsprechend soll sich das Angebot am Bedarf der psychisch kranken Menschen ausrichten und nicht umgekehrt. Dieser Ansatz, der zuvor bereits ansatzweise im Landkreis Reutlingen thematisiert und umgesetzt worden war, wurde durch die Teilnahme am Projekt zum gemeinsamen Leitziel und zusammen weiterentwickelt.

8.3.1 Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung

8.3.1.1 Ausgangslage bei Projektbeginn

Einige Träger in Reutlingen nutzen für die interne individuelle Hilfeplanung bereits seit einigen Jahren den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Im Auftrag des Trägerausschusses wurde zur trägerübergreifenden Arbeit mit dem IBRP 1999/2000 nochmals für potentielle Multiplikatoren aller psychiatrischen Träger im Landkreis eine ausführliche Schulung durchgeführt. Zur Unterstützung und Koordinierung der regionalen Praxiseinführung wurde in der Folge ein „IBRP-Koordinationskreis“ eingerichtet, an dem die Multiplikatoren aller Träger beteiligt sind. Der Koordinationskreis ist ein fachliches Beratungs- und Empfehlungsgremium zur regionalen Abstimmung konzeptioneller und praktischer Fragen der Anwendung des IBRP in und zwischen den Einrichtungen und Diensten. Entsprechend kommt ihm auch eine notwendige Kontrollfunktion zu. Er ist wesentlich an der Entwicklung der trägerübergreifenden Absprachen beteiligt.

8.3.1.2 Hilfeplanung

8.3.1.2.1 Einheitlichkeit der Hilfeplanung

Für die genannte Zielgruppe wird in der Region eine einheitliche Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan praktiziert. Auch während des Projektes wurden über den IBRP-Koordinationskreis Schulungen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Einrichtungen durchgeführt. Dabei wurden auch spezielle Schulungen für den Arbeitsbereich der Kliniken angeboten. Die Erfahrungen aus dem Umgang mit dem IBRP und der praktischen Hilfeplanung im Einzelfall wurden kontinuierlich im Koordinationskreis ausgewertet. Für die Region wurde durch den Koordinationskreis eine eigene Handreichung zur Einführung und Umsetzung des IBRP entwickelt.

8.3.1.2.2 Beteiligung der Klienten und anderer Bezugspersonen

Die Vereinbarung zur Einbeziehung der Klienten wird in der Praxis, wie in der Hilfeplankonferenz zu erkennen ist, sehr unterschiedlich umgesetzt. Insgesamt erscheint die ausreichende Beteiligung der Klienten in den meisten Fällen bei der Erstellung des Hilfeplans gegeben zu sein, die Einbeziehung anderer Beteiligter, insbesondere der direkten Angehörigen sollte noch verbessert werden.

Die Rolle der gesetzlichen Betreuer und Betreuerinnen wurde in diesem Zusammenhang immer wieder kritisch reflektiert - insbesondere die Frage, wann und wie intensiv die Beteiligung der gesetzlichen Betreuung die direkte Beteiligung der betroffenen Klienten im Einzelfall ersetzt oder ergänzt. Zur Miteinbeziehung der Betreuer in die Hilfeplanung nach dem

IBRP wurde ein Formblatt entwickelt. Die örtliche Betreuungsbehörde (und mit ihr die einzelnen Betreuer) wurde über die Art und Form dieses Hilfeplanverfahrens unterrichtet.

Zur Mitarbeit in der Projektgruppe konnte eine Vertreterin der Angehörigengruppe gewonnen werden. Die Mitarbeit der örtlichen Interessengemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener (IPE) konnte trotz mehrerer Kontaktangebote leider nicht erreicht werden.

8.3.1.2.3 Integrierte Hilfeplanung: einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf

Die in der Hilfeplankonferenz vorgetragene Hilfeplanung konzentriert sich in den meisten Fällen auf Angebote aus dem Bereich der fachlich-psychiatrischen Hilfen, wie sie im Wesentlichen von den beteiligten Trägern angeboten werden. Hierbei konnten in vielen Fällen auch träger- und bereichsübergreifende Hilfeangebote geschaffen werden. Im Bereich der nicht-psychiatrischen Hilfen und der Hilfen im sozialen Umfeld sowie durch Angehörige wurden bisher nur geringe Ressourcen erschlossen. Dieser Aspekt muss zukünftig mehr Gewicht erhalten.

In den Hilfeplankonferenzen wurde außerdem deutlich, dass sich die Einbeziehung der ärztlich-psychiatrischen Seite in der Vorbereitung der Hilfeplanung verbessern muss. Es hat sich deshalb als sehr sinnvoll erwiesen, dass regelmäßig auch ein Facharzt des Zentrums für Psychiatrie teilnimmt, und zwar nicht in erster Linie als Institutionsvertreter, sondern zur Sicherstellung des ärztlich-psychiatrischen Blickwinkels im Rahmen der multiprofessionellen Erörterung von Hilfebedarf.

Angebote aus dem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung wie Einsatz des Sonderpflagedienstes oder der Soziotherapie konnten entsprechend dem individuellen Hilfebedarf ergänzend oder unterstützend in die Hilfestellung integriert werden.

Im Bereich der beruflichen Bildung, Beschäftigung und Rehabilitation sind unterschiedliche Kooperationsformen zum Tragen gekommen. Zum einen waren Vertreter der Werkstatt für behinderte Menschen, des Integrationsfachdienstes und der Kommunalen Beschäftigungsgesellschaft KomAG an den Hilfeplankonferenzen selbst beteiligt, zum anderen wurde ausdrücklich auf die Notwendigkeit zur frühzeitigen Kooperation hingewiesen. Im Verlaufe des Projektes ist im Bereich Arbeit eine eigenständige Arbeitsgruppe dieser Anbieter entstanden. Ziel der AG soll es zunächst sein, das jeweilige Arbeitsfeld bezüglich potentieller Zielgruppen möglichst trennscharf zu beschreiben, um den falleinbringenden Fachkräften einen schnellen und treffsicheren Kontakt zu ermöglichen.

8.3.1.2.4 Zielorientierte Hilfeplanung

Eine an konkreten Zielen orientierte Hilfeplanung, bei der die Ziele aus der individuell angestrebten Lebensform der Betroffenen abgeleitet und lebensweltbezogen beschrieben werden, ist in nahezu allen in den Hilfeplankonferenzen vorgestellten Fällen erfolgt. Bei der Beschreibung der konkreten Schritte zur Umsetzung zeigt sich jedoch nach wie vor die Neigung sich am bestehenden institutionellen Angebot zu orientieren. Die begrenzten Möglichkeiten, Hilfebedarf im ambulanten Rahmen flexibel zu befriedigen bringt die Umsetzung des Grundsatzes der Personenzentrierung ins Stocken. Dies liegt insbesondere an fehlenden personenzentrierten Finanzierungssystemen, auch leistungsträgerübergreifend.

8.3.1.2.5 Hilfeplanung unabhängig von der Wohnform

Die Hilfeplanung erfolgt in Einzelfällen bereits unabhängig von der Wohnform und orientiert sich weitgehend am individuellen Bedarf, wobei immer wieder deutlich wird, dass in diesen Fällen die Umsetzung solcher individueller Hilfen sehr schwierig ist aufgrund der bestehenden institutionellen Grenzen und der Finanzierungsmöglichkeiten.

Die Abkehr von den festen Betreuungsschlüsseln hin zur Formulierung des quantitativen Hilfebedarfs in vergleichbare Zeiteinheiten, wird zwar bereits engagiert diskutiert, konnte aber bisher noch nicht erprobt werden. So mündet die Darstellung des individuellen Bedarfs an der Schnittstelle zur Umsetzung durch eine konkrete Betreuungsform immer wieder in der Beschreibung der künftigen Wohnform. Die Tatsache, ob jemand im Wohnheim oder in einer eigenen Wohnung lebt, erweist sich immer noch als maßgeblicher Rahmen für den angeforderten Hilfebedarf.

8.3.1.3 Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungserbringung

8.3.1.3.1 Koordinierende Bezugsperson

Aufbauend auf der bereits 1997 im Trägersausschuss beschlossenen Vereinbarung und der Vereinbarung zum Projekt wurde in den Hilfeplankonferenzen zu jeder Hilfeplanung eine koordinierende Bezugsperson festgelegt. In vielen Fällen von trägerinterner Veränderung konnte dabei auch die persönliche Kontinuität der Betreuung durch die koordinierende Bezugsperson erhalten werden. Dies ist aber nicht in allen Fällen möglich gewesen, insbesondere nicht bei Wechsel zu einem anderen Träger. Trägerwechsel heißt also in der Regel auch Wechsel der koordinierenden Bezugsperson. Die Suche nach einer Lösung für dieses Problem kann nur im Rahmen der Weiterentwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes stattfinden. Einstweilen geht es in erster Linie darum, die Qualität der Übergabe bei Wechsel eines Klienten zwischen verschiedenen Einrichtungen und damit in der Regel Bezugspersonen im Sinne der Kontinuität der vereinbarten Hilfeplanziele sicherzustellen.

8.3.1.4 Einführung und Organisation der Hilfeplankonferenz: Beteiligte, Geschäftsordnung, Akzeptanz

Die ersten Hilfeplankonferenzen in den beiden Versorgungssektoren des Landkreises fanden im Juli 2002 statt, seither tagen sie einmal monatlich. Die Hilfeplankonferenz für den Bereich Reutlingen/Umland findet in Reutlingen in den Räumlichkeiten des Landratsamtes, die Konferenz für den Bereich Alb/Oberes Ermstal im Tagungsraum des Zentrums für Psychiatrie in Zwiefalten statt. Mit dieser Aufteilung sind die gegebenen regionalen Strukturen auch in der Durchführung vor Ort entsprechend berücksichtigt.

Nach ausführlichem Diskussionsprozess in einer gemeinsamen Konferenz für beide Sektoren und anschließender Beratung in der Steuerungsgruppe konnte eine gemeinsame Geschäftsordnung für die beiden Hilfeplankonferenzen verabschiedet werden, die nach einer erneuten Überprüfungsphase von einem Jahr nochmals diskutiert und gegebenenfalls verändert oder ergänzt werden soll. Die Geschäftsführung und Moderation beider Hilfeplankonferenzen liegt beim Sozialdezernat des Landkreises. Anfangs wurden die Konferenzen von der Sozialdezernentin, nach Besetzung der Koordinatorenstelle vom Psychiatriekoordinator moderiert.

Über den gesamten Projektverlauf haben sich die Qualität der Beratung der Einzelfälle und die Überprüfung der Plausibilität der eingebrachten Hilfeplanungen stetig positiv weiterent-

wickelt. So hat sich im Verlaufe eine für die Arbeit der Hilfeplankonferenzen konstruktive Routine entwickelt. Anfangs ähnelten die Sitzungen oft mehr einer Fallkonferenz, es stellte sich aber rasch eine Verbesserung der Arbeitsweise ein, die es ermöglichte, in kürzerer Zeit zu einer ausreichenden Erörterung und Beschlussfassung zu kommen. Die Effizienz der Arbeit der Hilfeplankonferenzen ist entscheidend von der Qualität der zuvor durchgeführten Hilfeplanung abhängig.

Die Zusammensetzung der Hilfeplankonferenzen hat sich im Verlauf des Projektes in unterschiedlichen Bereichen verändert. Der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern als überörtlicher Träger der Sozialhilfe konnte erst mit der Zeit als fester Teilnehmer gewonnen werden. Auch der örtliche Sozialhilfeträger ist seit einigen Konferenzen regelmäßig, in Person der stellvertretenden Kreissozialamtsleiterin, vertreten. Die anfängliche Beteiligung des Kreisgesundheitsamtes als ständiges Mitglied hat sich zu einer Beteiligung bei Bedarf im Einzelfall entwickelt. Vertreter und Vertreterinnen aus dem Bereich Arbeit und Beschäftigung haben sich aus Kapazitätsgründen in einer kleinen Arbeitsgruppe zusammengefunden und entsenden einen Vertreter oder eine Vertreterin in die Konferenzen. Derzeit sind in den Hilfeplankonferenzen folgende ständige Mitglieder vertreten:

Je ein Vertreter bzw. eine Vertreterin pro Träger aus dem Bereich

- stationäres Wohnen,
- Ambulant Betreutes Wohnen,
- Sozialpsychiatrischer Dienst,
- ärztliche Vertretung aus den Kliniken,
- Sozialdienst der Kliniken,
- Psychiatrische Familienpflege,
- Arbeit und Beschäftigung (Werkstatt für behinderte Menschen, Integrationsfachdienst, Kommunale Arbeitsförderungsgesellschaft),
- örtlicher und überörtlicher Träger der Sozialhilfe.

Neben diesen festen Mitgliedern sind die weiteren Teilnehmer die jeweiligen Federführenden in der Hilfeplanung nach IBRP, auf Wunsch die Klienten nebst Vertrauensperson bzw. gesetzlicher Betreuer.

Die direkte Teilnahme der Klienten ist sehr schwankend. Im Durchschnitt kann aber festgehalten werden, dass ca. 20 % aller vorgestellten Hilfeplanungen in Anwesenheit der Betroffenen selbst stattfinden.

8.3.1.4.1 Erfahrungen mit den Hilfeplankonferenzen

Bis zum Zeitpunkt der Berichterstellung (Januar 2004) sind im Landkreis in den beiden Hilfeplankonferenzen in 104 Vorstellungen Hilfeplanungen von 75 Personen behandelt worden, viele bereits zum wiederholten Mal in Form von ersten Fortschreibungen im Jahreszeitraum oder als Wiedervorlage nach drei- bis sechsmonatiger Klärungsphase. Zusätzlich wurden ca. 25 Fälle, in anonymisierter Form, in die Liste der Wiedervorlagen aufgenommen, bei denen sich die Klienten gegen eine Vorstellung in der Hilfeplankonferenz ausgesprochen haben, die aber durch eine kurze mündliche Information zahlenmäßig miterfasst wurden.

Grundsätzlich werden bisher nur Hilfeplanungen von Klienten, die im Landkreis leben oder in diesen zurückkehren wollen, in den Hilfeplankonferenzen behandelt. Bei der doch beträchtlichen überregionalen Belegung im Landkreis Reutlingen ist bisher eine systematische Erfas-

sung dieses Teils der Zielgruppe und Feststellung des tatsächlichen Bedarfes noch nicht möglich gewesen.

Bevor die Zielgruppe an der Schnittstelle zu anderen psychiatrischen Leistungsbereichen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchthilfe oder Gerontopsychiatrie erweitert wird, sollen jetzt im nächsten Schritt zunächst im Versorgungssektor Alb Hilfeplanungen von Klienten, die bereits viele Jahre in Einrichtungen leben oder von Diensten betreut werden, in der Konferenz besprochen werden. Hierzu muss sowohl bei den Kriterien zur Auswahl als auch in der quantitativen Bearbeitung noch eine gemeinsame Vorgehensweise abgestimmt werden.

Häufige Themen in den Konferenzen sind zum einen der schlecht zu befriedigende Bedarf an Hilfen für Mutter und Kind sowohl im Bereich des stationären Angebotes als auch in der klinischen Versorgung. Ferner steht das Hilfesystem im Landkreis Reutlingen bei der ambulanten Versorgung sehr häufig vor der Problematik, keinen entsprechenden Wohnraum zur Verfügung zu haben. Sowohl auf dem privaten Wohnungsmarkt als auch bei Baugenossenschaften konnten hier noch keine zusätzlichen Ressourcen kostenneutral erschlossen werden. Immer wieder muss bei den Hilfeplanungen auch festgestellt werden, dass das Angebot an Beschäftigung und tagesstrukturierenden Maßnahmen sowohl im psychiatrischen als auch im nichtpsychiatrischen Bereich dem eigentlichen Bedarf nicht gerecht wird. Dieses Thema steht für die Weitergestaltung der Versorgung im Landkreis auf der Prioritätenliste weit oben.

Bei der Verfolgung der Grundsätze einer lebensweltorientierten Versorgung und dem Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen scheidet das ambulante Angebot nicht selten an der großen Kluft zwischen ambulanter Betreuung im Schlüssel 1:10 und einem stationären Angebot. Nicht zuletzt führt dies dann auch schon mal dazu, einen eigentlich mit differenzierterem Aufwand ambulant zu versorgenden Bedarf zumindest vorläufig stationär befriedigen zu müssen. An dieser Stelle ist es vor allem auch für die in der Hilfeplanung federführenden Bezugspersonen besonders schwierig, die Spannung zwischen einer personenzentriert erfolgten Hilfeplanung und einem noch wenig flexiblen und individuellen Leistungsangebot auszuhalten bzw. den Betroffenen zu vermitteln.

8.3.1.4.2 Beteiligung der Klienten, Datenschutz

Das im Projekt ausgestaltete Hilfeplanverfahren sieht in jedem Fall die Beteiligung der Klienten an der Hilfeplanung vor. Zur Information der Klienten wurde ein umfassendes Informationsblatt zum Hilfeplanverfahren erstellt. Für die Vorstellung des IBRP in der Hilfeplankonferenz gibt es eine Einwilligungserklärung, mit der auch bestimmt werden kann, ob die Vorstellung namentlich oder anonymisiert erfolgen soll. Zur Vorstellung der Hilfepläne in der Hilfeplankonferenz liegt ausschließlich der koordinierenden Stelle beim Landratsamt und der koordinierenden Bezugsperson der IBRP-Bogen vor. Die koordinierende Bezugsperson gibt die Ergebnisse der Hilfeplanung unter Einbeziehung des Klienten weiter an die an der Leistungserbringung beteiligten Stellen.

Die persönliche Teilnahme der Klienten an den Hilfeplankonferenzen war sehr schwankend. Im Durchschnitt kann festgehalten werden, dass ca. 20 % aller vorgestellten Hilfeplanungen in Anwesenheit der Betroffenen selbst stattfanden. In diesen Fällen war es gelegentlich schwierig, die eigentliche Aufgabe der Hilfeplankonferenz zu beachten und nicht in die Exploration des Klienten einzusteigen. Auch der knapp angesetzte, zeitliche Rahmen pro Einzelfall (20-30 Minuten) war dann oftmals nicht der Situation entsprechend.

8.3.1.4.3 Periodische Fortschreibung von Hilfeplänen

Zur periodischen Fortschreibung der Hilfepläne wurde grundsätzlich ein jährlicher Zeitraum vereinbart. Bei der koordinierenden Stelle im Landratsamt wird hierzu eine entsprechende Wiedervorlageliste geführt. Im Einzelfall werden auch Bedarfswiedervorlagen vereinbart, sofern ein engerer Fortschreibungszeitraum in der Beratung des Hilfeplans für erforderlich gehalten wird.

Die periodischen Fortschreibungen werden immer mit dem IBRP ausgeführt und sollen dabei ausdrücklich die Veränderung zur vorherigen Hilfeplanung bezüglich der vereinbarten (Teil-) Ziele und deren Zielerreichungsgrad deutlich machen. Damit dies auch in der Praxis einfach möglich ist, wird derzeit über eine Ergänzung zum IBRP bei Fortschreibungen diskutiert.

8.3.1.4.4 Dokumentation

Zur Dokumentation der Einzelfälle werden die zur Vorstellung der Hilfeplanung in der Hilfeplankonferenz notwendigen Unterlagen bei der koordinierenden Stelle im Landratsamt gesammelt aufbewahrt. Hinzu kommt das in der Hilfeplankonferenz erstellte Einzelfallprotokoll, das jeweils nur der koordinierenden Bezugsperson zur Verfügung gestellt wird. Eine von der Aktion Psychisch Kranke e.V. entwickelte Datenbank befindet sich in der Erprobung und soll auf die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden. Die koordinierende Stelle führt zur Planung der periodischen Fortschreibungen eine Liste der Fälle insgesamt.

Zusätzlich zu den Einzelfällen wird in jeder Hilfeplankonferenz ein Protokoll zum allgemeinen Teil erstellt. Dieses Protokoll soll besondere Schwierigkeiten und Erkenntnisse, die sich aus der Konferenz oder aus den Einzelfällen ergeben und die von Relevanz für die Weiterentwicklung des Verfahrens oder für die Sozialplanung sind, festhalten. Dieses Protokoll wird jeweils den ständigen Mitgliedern beider Hilfeplankonferenzen, sowie den Mitgliedern der Projektsteuerungsgruppe zur Kenntnis gegeben.

8.3.1.4.5 Finanzierung: Abstimmung mit Leistungsträger auf der Fallebene, Erfahrungen mit Servicestelle

Die in den Einzelfällen erstellten Hilfeplanungen mit dem IBRP und die anschließende Überprüfung der Qualität und Plausibilität der vorgeschlagenen Hilfen in der Hilfeplankonferenz sollen wesentliche fachliche Grundlage für die Entscheidung des Leistungsträgers zur Kostenübernahme sein. Die Beteiligung sowohl des überörtlichen, als auch des örtlichen Trägers der Sozialhilfe in den Hilfeplankonferenzen hat zum einen zu einer schnelleren Bearbeitung der Anträge und zum anderen auch zu einer Verbesserung des gemeinsamen Verständnisses über Situation und Hilfebedarf der Betroffenen geführt.

Die gemeinsame Servicestelle der Reha-Träger hat sich zu Beginn des Projektes in der Steuerungsgruppe vorgestellt, war dann aber am Projekt nicht weiter beteiligt und spielte auch in Einzelfällen keine spürbare Rolle.

8.3.1.5 Zusammenfassende Bewertung zur Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung im Projektzeitraum

Im Verlaufe des Projektes haben sich die einheitliche Anwendung des IBRP und die regelmäßigen Hilfeplankonferenzen als geeignete Instrumente für eine stetige Verbesserung der Qualität in der personenzentrierten Hilfeplanung erwiesen. Regelmäßige Schulungsangebote, die

durch den IBRP-Koordinationskreis organisiert wurden, trugen hierzu Wesentliches bei. Die Abstimmung der Leistungserbringung konnte über die bereits bestehenden Kooperationen der verschiedenen Leistungsanbieter hinaus durch die gemeinsame Überprüfung der Einzelfälle in den Hilfeplankonferenzen noch deutlich verbessert werden.

Es wurde aber auch deutlich, dass eine individuelle, personenzentrierte Hilfeplanung ihre Grenzen an einer in manchen Bereichen fehlenden Flexibilität des Leistungsangebotes und der ihm zugrunde liegenden Finanzierungssysteme erreicht. Dies zeigte sich insbesondere im Bereich der ambulanten Betreuungen, wo bisher mit nur einem Betreuungsschlüssel gearbeitet werden kann.

Der Landkreis Reutlingen beteiligt sich auch am Landesmodellprojekt „Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung“. Die Träger der sozialpsychiatrischen Angebote standen dem Aufwand, sich an diesem Projekt ebenfalls zu beteiligen, zunächst skeptisch gegenüber. Das hat sich - angeregt durch die Erfahrungen im Bodenseekreis - zwischenzeitlich verändert. Im Februar 2004 wurde vereinbart, ab sofort mit dem aktiven Einstieg zu beginnen, da man sich erhofft, durch die Gestaltung von persönlichen Budgets gerade für den Personenkreis seelisch behinderter Menschen einem individuellen Hilfebedarf besser gerecht werden zu können.

8.3.2 Verbundentwicklung

8.3.2.1 Ausgangslage bei Projektbeginn

Im Landkreis Reutlingen gibt es bereits eine längere Tradition der Zusammenarbeit der sozialpsychiatrischen Leistungserbringer, die sich in einem gemeinsamen Trägersausschuss zusammengeschlossen hatten, um im Verbund die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstruktur zu gewährleisten. Bisher wurden einige gemeinsame Angebote entwickelt und Vereinbarungen zu trägerübergreifenden Kooperation geschlossen. Im Zentrum für Gemeindepsychiatrie zeigt sich ein Meilenstein dieser Form der Kooperation in exemplarischer Weise. Die Weiterentwicklung der Verbundstrukturen und der bestehenden Gremienstruktur wurde als Teil des Projektes vereinbart.

8.3.2.2 Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung

Die beteiligten Träger haben sich zur Aufgabe gemacht, für alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein selbständiges und eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen und die dafür notwendigen Hilfen bedarfsgerecht anzubieten, sofern deren Finanzierung gesichert ist. Niemand soll wegen Art oder Schwere der Beeinträchtigung abgewiesen werden. Dies wurde in der Geschäftsordnung für die beiden Hilfeplankonferenzen nach intensiver, gemeinsamer Diskussion so formuliert.

In der Region ist gemessen am regionalen Bedarf erhebliche Überkapazität im Heimbereich vorhanden. Diese Situation hat wenig mit der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Hilfeberechtigten zu tun, sondern mit ungleicher Verteilung regionaler Kapazitäten: es gibt viele Regionen, in denen es keine Wahl gibt, in der Region zu bleiben. Das ist das Ergebnis langfristiger Prozesse, zunächst entstanden aus tatsächlichen Notlagen, aus heutiger Sicht und in der heutigen Ausprägung aber eine Fehlentwicklung, die der Korrektur bedarf. Die Entwicklung dahin ist von der Leistungsträgerseite, den Leistungserbringern und der Politik gemeinsam verantwortet und mit erheblichen öffentlichen Mitteln finanziert worden, sie muss deshalb in gemeinsamer Verantwortung und geordnet umgesteuert werden.

Grundsätzlich führt diese Situation dazu, dass gegenwärtig der regionale Bedarf abgedeckt werden kann und niemand aufgrund seiner psychiatrischen Erkrankung außerhalb des Landkreises untergebracht werden muss. Eine Unterversorgung gibt es aber z.B. bei Bedarf nach geschlossener Unterbringung (zwei Fälle in der Projektlaufzeit) und bei der stationären Unterbringung von Mutter und Kind. Zur „Fehlversorgung“ kommt es hin und wieder mangels geeigneten Wohnraums für Ambulant Betreutes Wohnen, auf den kurzfristig zurückgegriffen werden kann.

8.3.2.3 Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen

Eine Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformern kann bisher im Wesentlichen bei den Eingliederungshilfen und Teilen der medizinischen Rehabilitation stattfinden. So werden Leistungen der Soziotherapie und des Sonderpflegedienst sinnvoll mit ambulanten Formen der Eingliederungshilfe vernetzt. Dies findet in institutionalisierter Form besonders im bereits erwähnten Zentrum für Gemeindepsychiatrie statt. Hier kam zum bisherigen Angebot im Verlaufe des Projektes zusätzlich eine Ambulanzsprechstunde des Zentrums für Psychiatrie Zwiefalten hinzu. Leistungen anderer Rehabilitationsträger konnten nur selten im Rahmen der Hilfeplanung als integrierte Hilfen verzahnt werden.

8.3.2.4 GPV-Organisation

Die Initiative der Aktion Psychisch Kranke e.V. zur Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde und der in diesem Zusammenhang erarbeitete Anforderungskatalog an einen Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) hat die Diskussion in Reutlingen über das Selbstverständnis des GPV sehr angeregt. Die Überlegungen zu einer Neuordnung der gegenwärtigen Verbundstrukturen sind noch nicht abgeschlossen. Ein erster Entwurf für einen GPV-Rahmenvertrag liegt vor.

8.3.2.5 Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung

Aktivitäten in diesem Bereich waren für Reutlingen nicht Gegenstand der Projektvereinbarung, wären auch im Rahmen der verfügbaren Kapazität nicht möglich gewesen. Die Weiterführung von Hilfeplankonferenz und Steuerungsgruppe nach Projektende soll aber genutzt werden, um schrittweise ein entsprechendes Berichtswesen aufzubauen. Durch den Aufgabenübergang im Bereich der Eingliederungshilfe vom überörtlichen auf den örtlichen Sozialhilfeträger werden solche weiteren Entwicklungsarbeiten von besonderem Interesse sein.

8.3.2.5.1 Deskriptive Ermittlung von Kostenströmen

Eine deskriptive Ermittlung von Kostenströmen hat im Rahmen des Projektes aus dem oben genannten Grund nicht stattgefunden.

8.3.2.5.2 Klientenbewegungen

Die Projektsteuerungsgruppe hat in einer Sitzung Ende 2002 eine einheitliche Dokumentation der „Klientenbewegungen“ über die Kreisgrenzen hinweg ab 1. Januar 2003 vereinbart. Derzeit werden die Dokumentationsbögen bei der koordinierenden Stelle im Landkreis gesammelt und einer ersten Auswertung zugeführt.

8.3.2.5.3 Sozialgesetze

Parallel zum Implementationsprojekt beteiligt sich der Landkreis Reutlingen, wie oben schon erwähnt, am Landesmodellprojekt zum „Persönlichen Budget für Menschen mit Behinderungen“ nach SGB IX.

Seit entschieden ist, dass zum 1. Januar 2005 die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe auf den örtlichen Träger der Sozialhilfe übertragen werden soll, wird auch diese Veränderung und deren Auswirkung auf die implementierten Verfahren intensiv im Kontext des Projektes diskutiert. Die Erfahrungen des Projektes geben wichtige Anregungen für die bevorstehenden Umgestaltungen im Bereich der Behindertenhilfe insgesamt.

8.3.2.6 Zusammenfassende Bewertung zum Stand der Verbundentwicklung bei Projektende

Im Bereich der Verbundentwicklung konnten bisher nur wenige gemeinsam vereinbarte Ziele und Maßnahmen konkretisiert und umgesetzt werden. Positiv zu erwähnen ist die verabschiedete Geschäftsordnung für die beiden Hilfeplankonferenzen, die die Pflichtversorgung für die Zielgruppe festschreibt, sowie die Übernahme der Steuerungs- und Koordinationsfunktion des Landratsamtes durch die Besetzung der Stelle der Psychiatriekoordination seit April 2003.

Die verbindlichere Ausgestaltung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds wurde durch die Diskussionen um eine Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände im Rahmen der Aktion Psychisch Kranke e.V. auch in Reutlingen angeregt. Zu konkreten Vereinbarungen diesbezüglich ist es aber bisher noch nicht gekommen. Eine den neuen Verfahrensweisen angemessene Umordnung der Gremienstruktur musste ebenfalls auf die Zeit nach Projektende vertagt werden.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass die Verbundentwicklung im Rahmen des Projektes noch nicht abgeschlossen ist. Die Beschlüsse zur Weiterarbeit und die Einsetzung einer Arbeitsgruppe zur Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation und möglicher weiterer Schritte zur Versorgungsentwicklung zeigen jedoch, dass weiterhin engagiert an der Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes gearbeitet werden soll.

8.4 Projektdurchführung

8.4.1 Projektbegleitende Gruppe

Zur Projektdurchführung wurde eine Steuerungsgruppe eingesetzt, in der autorisierte Vertreter der einzelnen Leistungserbringer, das Landratsamt, sowie eine Vertreterin der Angehörigengruppen regelmäßig teilnahmen. Die aktive Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener konnte leider nicht erreicht werden.

8.4.2 Verantwortlichkeiten

Der Trägersausschuss Sozialpsychiatrie hatte sich zu Beginn des Projektes dazu entschlossen, nicht mehr gesondert zu tagen. So konnten Entscheidungen zur Weiterentwicklung von Hilfeplanung, Leistungsangeboten und Verbundentwicklung verantwortlich auf der Ebene der Projektsteuerungsgruppe diskutiert und getroffen werden. Die Projektsteuerungsgruppe hat sich als arbeitsfähiges und wirksames Steuerungsgremium gezeigt.

8.4.3 Leistungen der Leistungserbringer

Vertreter der Leistungserbringer haben kontinuierlich an den Projektgremien teilgenommen. Die einzelnen Träger haben feste VertreterInnen für Hilfeplankonferenz, IBRP-Koordinationskreis und Veranstaltungen in Zusammenhang des Projektes benannt. Außerdem sind zahlreiche Fachkräfte aller Träger in der Anwendung des IBRP intensiv geschult worden.

8.4.4 Leistungen der Aktion Psychisch Kranke e.V.

Das Projekt wurde durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter der Aktion Psychisch Kranke e.V. intensiv begleitet. Die fachliche Kompetenz und das engagierte Eintreten für die Kernziele des Projektes haben die Beteiligten auf regionaler Ebene motiviert, sich selbst intensiv einzubringen. Zahlreiche Informationen über Entwicklungen in anderen Bundesländern und zum aktuellen Stand der Diskussion in der Sozialpsychiatrie insgesamt waren zudem ein wichtiger Bestandteil für die fachliche Auseinandersetzung auf regionaler Ebene. Die Begleitung der Arbeitsgruppe der Projektregionen und die Planung und Durchführung von Workshops für alle Projektregionen waren hierfür geeignete Leistungen, die durch die Aktion Psychisch Kranke e.V. in Zusammenarbeit mit den Projektregionen erbracht wurden.

8.4.5 Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen

In der Arbeitsgruppe der Projektregionen wurde der fachliche Austausch zwischen den einzelnen Projektregionen gewährleistet. In mehreren gemeinsamen Tagungen konnten der aktuelle Sachstand ausgetauscht und diskutiert sowie Synergien genutzt werden. Die Beteiligung des Landkreises am Projekt hat auch in Nachbarkreisen das Interesse an personenzentrierter Hilfeplanung und der Einrichtung von Hilfeplankonferenzen geweckt. Zahlreiche Anfragen zur Erläuterung von Projektinhalten und Projektverlauf wurden beantwortet. Auch in den Hilfeplankonferenzen waren gelegentlich hospitierende Gäste aus anderen Kreisen anwesend.

8.4.6 Zusammenfassende Bewertung des Projektverlaufs

Das Projekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“ im Landkreis Reutlingen konnte an wesentlichen Vereinbarungen der Leistungserbringer aus der Vergangenheit ansetzen und diese im Sinne der Personenzentrierung entsprechend weiterentwickeln helfen.

Die ausführliche Diskussion über die Projektvereinbarung und notwendige Instrumente zur Umsetzung am Anfang konnte in einen routinierten Ablauf von Hilfeplanung, Beratung in den Hilfeplankonferenzen und Diskussion der Erfahrungen und Erkenntnisse sowie deren konkrete Umsetzungen auf der strategischen und der Arbeitsebene einmünden. Dass letztlich nicht alle eingangs vereinbarten Schritte bereits während des Projektes umgesetzt werden konnten, ist nicht auf den Verlauf des Projektes an sich, sondern auf die Komplexität der fachlichen Auseinandersetzung mit der Implementation der Personenzentrierung insgesamt zurückzuführen.

8.5 Ausblick

Nachdem im Landkreis Reutlingen Strukturen und Instrumente des Modellprojektes implementiert wurden und im Bereich der personenzentrierten Hilfeplanung und der gemeinsamen

Hilfeplankonferenzen von allen Beteiligten eine positive und konstruktive Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung festgestellt wird, hat die projektbegleitende Steuerungsgruppe beschlossen, dem Sozialpsychiatrischen Arbeitskreis des Landkreises einen umfassenden Vorschlag zur Weiterführung der personenzentrierten Hilfeplanung und der Hilfeplankonferenzen und zur Weiterentwicklung der GPV-Strukturen nach Beendigung des Projektes vorzulegen. Der Beschlussvorschlag umfasst folgende Aussagen:

- Bei der psychiatrischen Versorgung im Landkreis soll auch künftig von der konzeptionellen Leitlinie des personenzentrierten Ansatzes im Sinne der Empfehlungen der Kommission Personalbemessung der Aktion Psychisch Kranke e.V. ausgegangen werden.
- Das Instrument des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) zur einzelfallbezogenen Hilfeplanung sowie die Hilfeplankonferenzen in den beiden Sektoren Reutlingen/Umland und Alb/Oberes Ermstal sollen zur Plausibilitäts- und Qualitätsüberprüfung vorgeschlagener Hilfeplanungen wie durch das Modellprojekt implementiert beibehalten werden.
- Für die Projektsteuerungsgruppe soll ein entsprechendes Nachfolgegremium zur Sammlung und Überprüfung des vorhandenen Bedarfes unter Berücksichtigung der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen, zur Steuerung der psychiatrischen Versorgung sowie zur weiteren Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und einer Neuordnung der Gremienstruktur eingesetzt werden.

Folgende einzelne Punkte, die im Verlaufe des Projektes nicht bzw. nicht abschließend vereinbart und behandelt wurden, sollen künftig noch diskutiert und umgesetzt werden:

- Weiterentwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, Neuordnung der Gremienstruktur,
- die Einbeziehung der Bereiche Forensik, Gerontopsychiatrie, Sucht und Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Hilfeplanungsprozess,
- gemeinsame Verhandlungen und Planungen mit dem Landeswohlfahrtsverband und den Freien Trägern zu den Themen Über- und Unterversorgung, Lastenausgleich zu den Stadt- und Landkreisen, die durch Einrichtungen im Landkreis Reutlingen mitversorgt werden, und der Übertragung der Verantwortung für die Eingliederungshilfe auf den örtlichen Kostenträger,
- Aufbau eines gemeinsamen Berichtswesens zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zur Steuerung der Versorgungsentwicklung,
- Verwaltungsvereinfachungen durch Reduzierung von Doppelstrukturen z.B. im Bereich der Antragstellung von Eingliederungsmaßnahmen,
- Diskussion über ein Projekt zur sozialraumorientierten und personenzentrierten Flexibilisierung der Hilfen in Verbindung mit Finanzierungsstrukturen und Budgetverantwortung.

Mit diesem Katalog an weiteren Vorhaben ist im Landkreis Reutlingen bezüglich der sozialpsychiatrischen Versorgung weiterhin mit einer intensiven Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung für die Betroffenen zu rechnen. Der entsprechende Beschluss ist vom Sozialpsychiatrischen Arbeitskreis am 24. März 2004 gefasst worden.

8.6 Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben im Landkreis Reutlingen

Thema	Weiteres Verfahren	Beschlossen am/durch
Hilfeplanung, Anwendung des IBRP	<ul style="list-style-type: none"> Die Hilfeplanung mit dem IBRP wird in der bisherigen Form weitergeführt. 	Steuerungsgruppe 03.02.2004
Hilfeplan-konferenz	<ul style="list-style-type: none"> Die Hilfeplankonferenz wird in der bisherigen Form weitergeführt. Eine Überprüfung der Arbeitsweise wird für Ende 2004/Beginn 2005 in Aussicht genommen in Zusammenhang mit dem bevorstehenden Zuständigkeitsübergang bei der Eingliederungshilfe. Geschäftsordnung ist verabschiedet. 	Steuerungsgruppe 03.02.2004
Zukunft der Projektsteuerungsgruppe, GPV-Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> Die Projektsteuerungsgruppe arbeitet als Steuerungsgruppe Psychiatrie weiter an der Bedarfsplanung und an der Weiterentwicklung des GPV. Ein erster Entwurf für eine Rahmenvereinbarung GPV liegt vor. Daran soll weitergearbeitet werden. 	Sozial-psychiatrischer Arbeitskreis 24.03.2004
Regionale Zielplanung	<ul style="list-style-type: none"> Auftrag ist erteilt an eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines Handlungskonzeptes insbesondere für den Funktionsbereich Wohnen/Selbstversorgung. 	Steuerungsgruppe 03.02.2004
	<ul style="list-style-type: none"> Zur Unterstützung einer flexibleren Leistungserbringung und zur Erprobung personenzentrierter Finanzierungsformen wird die Beteiligung des Landkreises am Projekt „Persönliches Budget“ auf den Personenkreis der psychisch Behinderten ausgeweitet. 	Trägerausschuss Sozialpsychiatrie 26.02.2004
Veranstaltungen zu Projektabschluss	<ul style="list-style-type: none"> Bericht über das Projekt im Rahmen einer regionalen Fortbildungsveranstaltung hat am 12.02.2004 stattgefunden. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Regionaler Abschluss- und Auswertungsworkshop für und mit den beteiligten Fachkräften ist in Planung für 29.06.2004. 	

9 Verlaufsbericht zur Projektbeteiligung des Landkreises Lörrach

9.1 Rahmenbedingungen und Ausgangslage der regionalen Versorgung

9.1.1 Allgemeine Angaben zur Region

Im Landkreis Lörrach leben 221.367 Einwohner, davon 108.018 männlich und 113.349 weiblich. Der Anteil der Menschen ausländischer Herkunft beträgt 24.734 Personen, dies entspricht 11 % der Gesamtbevölkerung. Der Landesdurchschnitt liegt bei 12 %.

Die Gesamtfläche des Landkreises beträgt 806,81 qkm. Insgesamt setzt sich der Landkreis aus 42 verschiedenen Gemeinden zusammen. Die Städte Lörrach mit 46.520 und Weil am Rhein mit 29.300 Einwohnern bilden zusammen ein Oberzentrum. In der Stadt Rheinfelden leben 32.000 Einwohner. Auf diese drei Städte konzentrieren sich die Angebote für psychisch kranke Menschen hauptsächlich.

9.1.2 Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region

- Die klinische Akutversorgung wird über das im Landkreis Emmendingen angesiedelte Zentrum für Psychiatrie Emmendingen (ZPE) sichergestellt. Das ZPE hat einen Versorgungsauftrag für den Landkreis Lörrach. Seit Januar 2003 ist dort eine Sektorstation für Patientinnen und Patienten aus dem Landkreis Lörrach eingerichtet.
- Seit Dezember 2002 besteht in Lörrach eine Tagesklinik in Trägerschaft des ZPE mit 20 Plätzen im Bereich Allgemeinpsychiatrie.
- 11 Fachärzte im Bereich Psychiatrie/Neurologie.
- Ca. 17 niedergelassene Psychotherapeuten.
- 2 Sozialpsychiatrische Dienste, angesiedelt bei Caritas und Diakonischem Werk mit je zwei Sozialarbeiterstellen; die Dienste sind nach Einzugsgebieten aufgeteilt.
- 26 Wohnheimplätze im Bereich Eingliederungshilfe, angesiedelt beim Markus-Pflüger-Heim (Pflegeeinrichtung) in Schopfheim-Wiechs.
- Eine ambulant betreute Wohngemeinschaft für psychisch Genesende mit 6 Plätzen in Inzlingen.
- 56 Plätze im ambulant Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen.
- 3 Plätze in der Psychiatrischen Familienpflege.
- Eine Tages- und Begegnungsstätte mit Platz für ca. 30 Personen in Lörrach und eine Tagesstätte „Offener Treff“ in Schopfheim mit Platz für ca. 12 Personen.
- 4 Freizeitklubs, je einer in Weil am Rhein, Lörrach, Schopfheim und Rheinfelden.
- Werkstatt für psychisch behinderte Menschen mit 40 Plätzen.
- Integrationsfachdienst.

9.1.3 Zur regionalen Versorgungsqualität bei Projektbeginn

Der Landkreis Lörrach hat sich um Beteiligung am Implementationsprojekt beworben im größeren Zusammenhang eines laufenden Diskussionsprozesses zur Situation der psychiatrischen Versorgung im Landkreis. Die Versorgungssituation ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass stationäre klinisch-psychiatrische Versorgung im Kreisgebiet bisher nicht vor-

handen ist, sondern durch das Zentrum für Psychiatrie Emmendingen (ca. 70 km entfernt) wahrgenommen wird. Teilstationäre klinische Behandlungsplätze gibt es erst seit Dezember 2002 mit der Tagesklinik, einem Satelliten des Zentrums für Psychiatrie Emmendingen. Es schwebt bereits seit längerem die Planung zur Schaffung einer psychiatrischen Abteilung in Verbindung mit dem Kreiskrankenhaus; dabei sind alle Einzelheiten noch unklar (Trägerschaftskonstruktion, Größe, Standort). Aus dem ambulanten und komplementären Bereich gibt es die Forderung, diese Klärung voranzutreiben und die Zusammenarbeit mit Emmendingen zu verbessern; gleichzeitig war an den Kreis die Forderung gerichtet worden, die Koordinationsrolle stärker als bisher wahrzunehmen. Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Kreis war deshalb Gegenstand eines ganztägigen, extern moderierten Workshops auf Einladung des Landratsamtes im März 2001.

Das Projekt traf sich auch mit Aktivitäten im Bereich der ambulanten und komplementären Dienste zur Qualitätsentwicklung der eigenen Arbeit und fand eine Aufbruchstimmung hinsichtlich der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung vor.

Der Klärungsprozess zur Projektbeteiligung fand unter Federführung des für Krankenhausbereich und Kämmerei zuständigen Dezernenten und unter Mitwirkung des Sozialdezernenten in der „Steuerungsgruppe Psychiatrie“ statt, die in Zusammenhang mit dem oben genannten Workshop gebildet worden war und der neben den Wohlfahrtsverbänden auf Geschäftsführungsebene auch je ein Vertreter einer örtlichen Krankenkasse und des Landeswohlfahrtsverbands Baden angehörte.

Für die Funktion der Psychiatriekoordination war in der Vergangenheit im Landratsamt keine Personalkapazität verfügbar. In Zusammenhang mit den Ergebnissen des oben genannten Workshops und der beabsichtigten Projektteilnahme ist im Juni 2002 eine Koordinationsstelle (50 % Psychiatriekoordination und 50 % Sozialplanung in der Behindertenhilfe) geschaffen worden.

Der Landeswohlfahrtsverband Baden begleitete das Projekt wohlwollend, unterzeichnete die Projekt-Vereinbarung aber nicht, weil das Verhältnis des Projektes zu den Regelungen und Verträgen des § 93 sowie zu seiner Zuständigkeit nach § 46 BSHG aus seiner Sicht ungeklärt waren.

Inhaltlich lag der Schwerpunkt des Projektes im Landkreis Lörrach auf der Einführung der personenzentrierten Hilfeplanung auf Basis IBRP und der Einführung von Hilfeplankonferenz und koordinierender Bezugsperson. Ferner sollte der Gemeindepsychiatrische Verbund hinsichtlich Ausgestaltung und Verbindlichkeit weiterentwickelt und das Versorgungsangebot vervollständigt werden; besonderer Wert wurde darauf gelegt, die laufende Krankenhausplanung im Sinne einer guten Einbindung in die örtlichen Versorgungsstrukturen zu begleiten.

Der Landkreis Lörrach ist eine Region mit noch deutlich unvollständigem Versorgungsangebot in einer Aufbruchsituation: auf der Suche nach verbesserten Formen der Zusammenarbeit und im Prozess der Vervollständigung der Versorgung. Bisher wurde der Prozess in Lörrach in Gang gehalten durch Zusammenspiel von Verbänden und Verwaltung.

9.2 Projektvereinbarung

9.2.1 Prozess der Erarbeitung, Beteiligte

In einem längeren Abstimmungsprozess wurde im Rahmen des bestehenden Arbeitskreises Psychiatrie in der Zeit von September bis November 2001 eine Projektvereinbarung zwischen den beteiligten Trägern, dem Landratsamt und der Aktion Psychisch Kranke e.V. erarbeitet. Die Unterzeichnung erfolgte am 21. November 2001 im Anschluss an die öffentliche Auftaktveranstaltung im Landratsamt mit Einladung der Presse.

Die Projektvereinbarung wurde getroffen unter folgenden Beteiligten:

- Landratsamt,
- Caritasverband Lörrach,
- Diakonisches Werk Lörrach,
- Diakonisches Werk Schopfheim,
- Lebenshilfe, Kreisverband Lörrach,
- Markus-Pflüger-Heim,
- Zentrum für Psychiatrie Emmendingen,
- Verein „Kleine Schritte“ e.V.

9.2.2 Projektsteuerungsgruppe

Die Aufgabe wird wahrgenommen durch die 2001 neu gebildete Arbeitsgemeinschaft Psychiatrieplanung. Unter Vorsitz des Sozialdezernenten des Landratsamts nehmen daran teil:

- die Unterzeichner der Vereinbarung,
- der Landeswohlfahrtsverband Baden,
- die AOK Lörrach,
- das Gesundheitsamt,
- Vertreter des Arbeitskreises Sucht,
- Vertreter der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG),
- Servicestelle gemäß SGB IX.

Dadurch sind über den Kreis der Unterzeichner hinaus weitere wichtige Akteure einbezogen.

9.2.3 Örtliche Projektkoordination

Verantwortlich ist der Sozialdezernent im Landratsamt (bis August 2002 Herr Lucht, seit 1. September 2002 Herr Kowohl).

9.2.4 Zielgruppe

Zielgruppe sind psychisch kranke Menschen,

- die Bedarf an komplexer Hilfe haben und
- die aus dem Landkreis Lörrach stammen bzw. in der Region leben, unabhängig davon, ob die Hilfe zum gegenwärtigen Zeitpunkt tatsächlich im Landkreis Lörrach erbracht wird bzw. werden kann.

Zunächst ist die Zielgruppe auf den Bereich der Allgemeinpsychiatrie beschränkt. Im Laufe des Projektes sollen die Schnittstellen zu den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ver-

sorgung dementiell Erkrankter, Suchtkrankenversorgung und Forensik überprüft werden. Über eine Ausweitung der Zielgruppe sollte ebenfalls im Projektverlauf entschieden werden.

9.3 Erfahrungen und Ergebnisse

9.3.1 Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung

9.3.1.1 Ausgangslage bei Projektbeginn

Im Rahmen des Projektes sollten die gewachsenen Formen der Zusammenarbeit im Landkreis Lörrach in diesem Sinne weiterentwickelt werden. Im Rahmen des Projekts sollten Möglichkeiten der Vertiefung der Kooperation erarbeitet und entsprechende Vereinbarungen vorbereitet werden.

Bereits vor Projektbeginn eingerichtet waren sogenannte Qualitätszirkel unter Beteiligung von Sozialpsychiatrischem Dienst, Tagesstätte, Betreutem Wohnen, Werkstatt für psychisch Behinderte und Integrationsfachdienst (bei Bedarf). Gemeinsam definierter Zweck war:

- Vernetzung bestehender Angebote,
- Förderung der Transparenz der Arbeit der Dienste,
- Optimierung der Zusammenarbeit der Dienste,
- Standardisierung von Abläufen (Festlegung, wie Übergaben stattfinden, etc.),
- Planung und Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen.

Die Treffen fanden vier- bis fünfmal jährlich statt. Darüber hinaus fanden sowohl innerhalb als auch außerhalb dieser Qualitätszirkel gemeinsame Fallbesprechungen statt. Die Einwilligung der Klienten musste der Besprechung vorausgehen, zumindest wenn Einzelfälle mit Nennung des Namens besprochen werden sollten. Koordiniert wurden und werden die Qualitätszirkel vom Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi). Für jedes SpDi-Einzugsgebiet gibt es je einen Qualitätszirkel, also insgesamt zwei im Landkreis. Die Qualitätszirkel finden in dieser Form auch nach dem Ende des Projekts noch immer statt.

9.3.1.2 Hilfeplanung

Die nachstehenden Grundsätze für die Hilfeplanung sind vereinbart worden:

- Einheitliche Hilfeplanung mit dem IBRP,
- Einbeziehung der Klienten
- Integrierte Hilfeplanung für alle Lebensbereiche
- Zielorientierte Hilfeplanung, periodische Evaluation
- Einrichtungs- und Berufsgruppenübergreifende Ermittlung des Hilfebedarfs

Qualitätssicherung wird ausdrücklich als Aufgabe des Gemeindepsychiatrischen Verbunds verstanden. Die Einhaltung der vereinbarten Grundsätze soll insbesondere über die Hilfeplan-konferenz bewirkt werden.

Die Einordnung des bestehenden Qualitätszirkels in die neuen Strukturen war zu klären. Des-sen Beibehaltung zur vorbereitenden Bedarfsklärung und der ersten Prüfung auf Möglichkei-ten zur Leistungserbringung im Vorfeld der Hilfeplankonferenzen wurde beschlossen.

9.3.1.2.1 Einheitlichkeit der Hilfeplanung

Es wird in den beteiligten Einrichtungen und Diensten eine einheitliche Hilfeplanung mit dem IBRP eingeführt. Dazu wurden einrichtungsübergreifende Einführungsschulungen durchgeführt. Dazu haben durch den Projektbegleiter der Aktion Psychisch Kranke e.V. Einführungsschulungen in zwei Gruppen für insgesamt 32 Fachkräfte im Umfang von je 2 plus 1 Tagen stattgefunden. Beide Gruppen waren einrichtungsübergreifend zusammengesetzt. Weiterer Fortbildungsbedarf zur Schulung neu hinzugekommener MitarbeiterInnen für den Umgang mit dem IBRP ist vorhanden. Die Gewinnung mindestens einer Fachkraft aus der Region für Multiplikatorenweiterbildung und künftige Fortbildungstätigkeit in der Region steht noch aus.

Der IBRP wurde von den beteiligten Fachdiensten teilweise schon vorher verwendet. Vereinbart wurde die Verwendung des IBRP als Regelverfahren für alle Neufälle im Bereich Allgemeinpsychiatrie, auch für Menschen mit Doppeldiagnosen.

9.3.1.2.2 Beteiligung der Klienten und anderer Bezugspersonen

Eine aktive Beteiligung der Klienten bei der Erarbeitung der Ziele und der Eruiierung der angestrebten Wohnform war generell in den Fällen gegeben, wo die Einschränkungen durch die Krankheit dem nicht entgegenstanden. In der Hilfeplankonferenz wird darauf geachtet, dass die Perspektive der Betroffenen im Einzelfall jeweils möglichst weitgehend berücksichtigt wird.

Die Klienten und ihre gesetzlichen Betreuer hatten die Möglichkeit einer Teilnahme in der Hilfeplankonferenz. Gebrauch von dieser Möglichkeit machte im Zeitraum eines Jahres lediglich ein Betreuer.

Persönlich in der Hilfeplankonferenz anwesend waren drei Klienten. Generell ist die Anwesenheit von Klienten in der Hilfeplankonferenz für alle Beteiligten eine gute Möglichkeit, den personenzentrierten Ansatz und die integrierte Fallabstimmung in der Praxis auf die Probe zu stellen. Hierbei gelten auch besondere Anforderungen an die Form der Sprache und die Kommunikation unter den Beteiligten, welche sich am Auffassungsvermögen des Klienten orientieren sollte. Die Anwesenheit Betroffener in der Hilfeplankonferenz hat auch Auswirkungen für die Zeitplanung; Eine durchschnittliche Besprechungszeit von ca. 20 Minuten steht einer Besprechungszeit unter Anwesenheit der Betroffenen von ca. 35 Minuten gegenüber.

9.3.1.2.3 Integrierte Hilfeplanung; einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf

Im Landkreis bestanden schon vor der Einführung der Hilfeplankonferenzen sogenannte Qualitätszirkel, in denen Hilfen für Menschen mit komplexem Hilfebedarf abgesprochen und vereinbart wurden. Beteiligt hieran haben sich der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi), Mitarbeiterinnen des Betreuten Wohnens, der Tagesstätte und des Integrationsfachdienstes.

Diese Qualitätszirkel finden noch immer statt. Sie sind notwendig, um Fallbesprechungen im eigentlichen Sinne zu gewährleisten, als Vorarbeit für eine anschließende Fallabstimmung in der Hilfeplankonferenz.

Durch das partnerschaftliche Miteinander der beiden hauptsächlichen Träger ambulanter Angebote, Diakonie und Caritas, konnte der Übergang von SpDi-Betreuung zu einer ambulanten Wohnbegleitung und umgekehrt reibungslos verabredet werden.

Von Anfang an in der Hilfeplankonferenz vertreten war auch der Bereich Arbeit, durch den Leiter der Werkstatt für psychisch Kranke und eine Vertreterin des Integrationsfachdienstes. Gegen Mitte 2003 kam der Reha-Berater des örtlichen Arbeitsamtes als festes Mitglied hinzu, wodurch sich erweiterte Möglichkeiten einer integrierten Fallabstimmung ergaben.

9.3.1.2.4 Zielorientierte Hilfeplanung

Die Erarbeitung von hinreichend konkreten, tatsächlich erreichbaren und dann auch überprüfbaren Zielen stellt eine hohe Anforderung dar. Die Festlegung von Zielen ist das Ergebnis eines Klärungs- und Aushandlungsprozesses mit den Betroffenen. Immer wieder kam es vor, dass Ziele wenig konkret gefasst wurden. Dies bringt Probleme mit sich, da Hilfeplanung von der Zielbenennung lebt und auch der Kostenträger wissen will, für welche Leistung er bezahlt. Festzustellen ist, dass die Notwendigkeit der Formulierung von Zielen eine fruchtbare Herausforderung für alle Fachkräfte darstellt; bisweilen wird auch die Sorge formuliert, dies könnte die Klienten zu sehr unter Druck setzen.

9.3.1.2.5 Hilfeplanung unabhängig von der Wohnform

Die absolut überwiegende Zahl der in der Hilfeplankonferenz besprochenen Bedarfe lagen im Bereich des ambulant betreuten Wohnens. Dort ist die stets geforderte Trennung von Wohnen und Versorgung ja gegeben. Allerdings bemerkenswert war, dass der geschilderte Bedarf an Begleitung in der Regel mit den Hilfemöglichkeiten im Rahmen der bestehenden Richtlinien des Landeswohlfahrtsverbandes abzudecken war. Wo dies nicht möglich war, stieß die Hilfeplankonferenz ganz deutlich an Grenzen der Verhältnisse. Zu beklagen ist das noch enorm eingeschränkte Spektrum an Hilfemöglichkeiten im ambulanten Bereich. Hier muss manchmal auf stationäre Hilfeformen zurückgegriffen werden, obwohl ambulante Hilfen genügen würden, wenn sie in ausreichender Intensität zur Verfügung stehen würden.

Ein geplantes therapeutisches Wohnheim für psychisch kranke Menschen ist innerhalb des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ein umstrittenes Projekt. Die vorliegenden Baupläne sehen die Schaffung von 27 Wohnheimplätzen innerhalb eines Gebäudekomplexes vor. Dem gegenüber steht ein Bedarf an flexibel betreuten Wohnformen, möglichst dezentral an mehreren Orten im Landkreis verteilt. Vom Klientel zudem gewünscht und gefordert ist die Trennung des Bereiches Wohnung von dem Bereich der Betreuung im Sinne personenzentrierter, integrierter Hilfestellung. Es wurde aus diesem Grund eine trägerübergreifend besetzte Arbeitsgruppe „Wohnen“ gegründet, die sich der Erstellung einer Konzeption zum Ausbau bedarfsgerechter Wohnangebote widmet. Die bestehende Konzeption des geplanten Wohnheimes wird hierbei mit einbezogen und überarbeitet.

9.3.1.3 Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungserbringung

Innerhalb der Hilfeplankonferenz fand zwischen den festen Mitgliedern ein Prozess der Vertrauensbildung und der Entwicklung einer gemeinsamen Identität mit Pioniergeist-Charakter statt. Trägerinteressen scheinen bei der gemeinsamen Fallabstimmung immer öfter eine untergeordnete Rolle zu spielen

Da Versorgungsverpflichtung bedeutet, dass nachgewiesenermaßen fehlende Hilfemöglichkeiten mittelfristig geschaffen werden müssen, ist ein Verfahren zu verabreden, wie mit Versorgungslücken umgegangen wird. Zunächst teilt der Träger, zu dessen Aufgabenbereich das fehlende Angebot gehören würde, mit, weshalb er nicht in der Lage ist, dem vorliegenden

Bedarf kurzfristig zu entsprechen. Die Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz nimmt den Bedarf zu Protokoll und sorgt dafür, dass die Steuerungsgruppe Psychiatrie (AG Psychiatrieplanung) hiervon Kenntnis erhält. Dort findet in der Diskussion mit den Trägern eine Verständigung auf vorrangig zu schließende Versorgungslücken statt. Der Gemeindepsychiatrische Verbund hat dann die eigentliche Aufgabe, das fehlende Angebot zu schaffen.

Bei der Leistungserbringung mangelte es nicht an gutem Willen, jedoch manchmal an Kapazitäten. Der Bedarf an zusätzlichen Plätzen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft wie auch der Bedarf an zusätzlichen Plätzen in der Werkstatt für psychisch behinderte Menschen ist unstrittig. Die Genehmigungsverfahren zur Erweiterung sind langwierig und immer auch vom tatsächlichen Fluss der in Aussicht gestellten Fördermittel abhängig. Die aufgrund des bestehenden Engpasses betriebene Überbelegung der Werkstatt ist immer nur kurzfristig ein geeignetes Mittel zur Bedarfsbefriedigung.

Die gegenseitige Kenntnis der Angebote, Möglichkeiten und Grenzen der Kooperationspartner führt in der Praxis mit Sicherheit dazu, dass Lösungen zunehmend nur noch im Bereich des Möglichen gesucht und gefunden werden. Auf der Suche nach Erfolgserlebnissen ist die Gefahr groß, dass die „Schiere im Kopf“, also das Nicht-Einfordern des Nichtmöglichen dazu führt, dass nur noch die Fallkonstellationen in der Hilfeplankonferenz auftauchen, die mit den vorhandenen Hilfemöglichkeiten auch befriedigt werden können. Für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems ist es unerlässlich, dass auf der Ebene der Psychiatrieplanung Ziele zum Ausbau des Versorgungssystems verabredet und überprüft werden.

9.3.1.3.1 Koordinierende Bezugsperson

In jeder Zusammenkunft der Hilfeplankonferenz wurde die koordinierende Bezugsperson bestimmt und im Protokoll festgehalten. Einmal bestimmte koordinierende Bezugspersonen werden diese Aufgabe in der Regel auch längerfristig behalten, denn der Sinn und Zweck ist ja gerade die Erzeugung von Kontinuität in der Begleitung und federführendes Management in der Maßnahmenabstimmung. Bei der koordinierenden Bezugsperson sollten alle „Fäden“ zusammenlaufen. Sie soll sicherstellen, dass alle am Einzelfall beteiligten Stellen und Dienste koordiniert und zielgerichtet im Interesse der psychisch kranken Person kooperieren. Sie hat zudem die Verantwortung, sich zum in der Hilfeplankonferenz verabredeten Wiedervorlagezeitpunkt einen Überblick zu verschaffen, wie die Situation des Klienten in den verschiedenen, vom IBRP erfassten Lebensbereichen aussieht. Sind die im IBRP erarbeiteten und verabredeten Ziele erreicht worden? Was hat sich verändert, oder welche zu berücksichtigenden Faktoren sind hinzugekommen? Es ist mit dem Klienten gemeinsam eine Überprüfung der angestrebten Ziele vorzunehmen.

9.3.1.3.2 Einführung und Organisation der Hilfeplankonferenz: Beteiligte, Geschäftsordnung, Akzeptanz

Die Einrichtung der Hilfeplankonferenz als zentraler Ort, an welchem sämtliche Vertreter der örtlichen Leistungserbringer und -träger vertreten sein sollten, wurde im Rahmen der Projektvereinbarung beschlossen. Die Konferenzen finden einmal monatlich statt. Die Termine sind langfristig festgelegt. Die Geschäftsführung und Moderation der Hilfeplankonferenz wird in Lörrach vom Psychiatriekoordinator des Landkreises ausgeübt. Folgende Dienste und Träger haben stets eine feste Vertretung in die Hilfeplankonferenz entsandt:

- Zentrum für Psychiatrie Emmendingen,
- Werkstatt für psychisch behinderte Menschen,

- Arbeitsamt (seit Mitte 2003),
- Integrationsfachdienst,
- Markus-Pflüger-Heim (Pflegeheim mit stationärer Wohngruppe im Rahmen von Eingliederungshilfe),
- Sozialpsychiatrischer Dienst,
- Ambulant betreutes Wohnen,
- Tagesstätte,
- Tagesklinik,
- örtliches Sozialamt,
- Landeswohlfahrtsverband Baden als überörtlicher Sozialhilfeträger.

Angefragt wurden niedergelassene Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie die regionale Servicestelle. Bislang konnten beide keine Vertreter in die Hilfeplankonferenz entsenden. Bei den Ärzten sprechen die Praxisöffnungszeiten gegen die regelmäßige Teilnahme in der Hilfeplankonferenz (HPK), bei der Servicestelle lag der Grund darin, dass sie nur beratende Funktion und keine Entscheidungskompetenzen habe.

Die Geschäftsordnung wurde erst nach Ablauf der Erfahrungen der ersten Monate entwickelt und beschlossen.⁵⁶ Es war von Bedeutung, dass alle HPK-Mitglieder die Möglichkeit hatten, Vorschläge zum Verfahren und zum Ablauf der Hilfeplankonferenz einzubringen. Seitens der Projektbegleitung durch die Aktion Psychisch Kranke wurden Anregungen gegeben, jedoch wurde nichts „übergestülpt“. Dies war wohl auch Voraussetzung der späteren Akzeptanz der in der Geschäftsordnung verabredeten Verfahrensweisen.

Zu den Verfahrensvereinbarungen gehört unter anderem auch, dass Hilfeplanungen, die zur Besprechung in der Hilfeplankonferenz vorgesehen sind, sechs Werkzeuge vorher beim Psychiatriekoordinator eingegangen sein müssen. Diese Vorlaufzeit bringt die Notwendigkeit mit sich, dass alle Beteiligten eine gründliche und vorausschauende Planung mit Wiedervorlage und Zeitkalkulation betreiben müssen. Nur so kann eine Tagesordnung erstellt werden, welche dem aus dem IBRP erkennbaren Regelungsbedarf gerecht wird und allen Beteiligten rechtzeitig zugeht.

Die Akzeptanz der Geschäftsordnung ist gut. In Einzelfällen werden die Vorlaufzeiten nicht eingehalten, was aber nur dann zum Problem würde, wenn mehrere Fallbesprechungen gleichzeitig verspätet angemeldet würden. Hier ist im Zweifelsfall im Sinne der Sache zu entscheiden, Unvollständiges ist nachzureichen. Verwaltungstechnische Regelungen dürfen nicht dazu führen, dass dringend zu Besprechendes nicht besprochen werden kann. Keine Ausnahmen allerdings werden beim Datenschutz gemacht. Die vom Klienten unterschriebene Einwilligung in die Besprechung seiner Situation im Rahmen der Hilfeplankonferenz muss vorliegen.

9.3.1.3.3 Erfahrungen mit der Hilfeplankonferenz

Beabsichtigt ist die vollständige Erfassung der vereinbarten Zielgruppe, nämlich Menschen mit Problemlagen im Bereich Allgemeinpsychiatrie mit komplexem Hilfebedarf (unter Einbeziehung auch von Menschen mit Doppeldiagnosen). Zunächst sollten insbesondere alle Einzelfälle, in denen eine Maßnahme der Eingliederungshilfe neu beginnen sollte, besprochen werden.

⁵⁶ Siehe Anhang, Materialien der Projektregion Lörrach: Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz Lörrach.

Innerhalb des ersten Jahres wurde die Hilfeplanung für 38 verschiedene Personen besprochen. Hinzu kam die zunehmende Zahl von Wiedervorlagen. Der Durchschnitt an Fällen pro Hilfeplankonferenz liegt bei fünf in 120 Minuten, Tendenz steigend. Der während der Erprobungsphase stets eingehalten Tagesordnungspunkt „Allgemeines“ nahm in der Anfangszeit oft ebensoviel Zeit in Anspruch wie die Besprechung der Einzelfälle, denn die Verfahrensweisen, Fragen des Datenschutzes etc. waren miteinander zu erarbeiten.

Die absolut überragende Mehrheit der getroffenen und gemeinschaftlich verabschiedeten Maßnahmenvorschläge lag im Bereich des ambulant betreuten Wohnens. Dieser Bereich wurde im Projektzeitraum stark ausgebaut. Hierbei handelt es sich aber um eine vom Kostenträger pauschaliert abgeholte Leistung mit einem verhältnismäßig geringen Betreuungszeitanteil (Personalschlüssel 1:10). Lediglich in zwei Fällen wurde eine stationäre Aufnahme in ein Wohnheim empfohlen.

Zunächst wurde das sich ergebende Abbild der Bedarfslagen sehr positiv aufgenommen, da eine ambulante Versorgungsstruktur einem gemeindenahen und personenzentrierten Ausbau der Angebote entgegenkommt. Freilich schien dieses Zwischenergebnis auch eine bereits seit längerem verfolgte Wohnheimplanung in Frage zu stellen. Die dadurch ausgelöste Diskussion wiederum führte zu der kritischen Frage, ob möglicherweise eine Teilgruppe der beabsichtigten Zielgruppe bisher gar nicht in das Blickfeld der Hilfeplankonferenz gekommen ist. So ist die Relevanz der Hilfeplankonferenz nicht nur auf der Einzelfallebene, sondern auch hinsichtlich der planerischen Weiterentwicklung des Hilfesystems unmittelbar deutlich geworden.

9.3.1.3.4 Beteiligung der Klienten, Datenschutz

Die Besprechung von individuellen Hilfebedarfen im Rahmen der Hilfeplankonferenz ist stets nur mit Einwilligung der betroffenen Klienten oder deren gesetzlicher Betreuungsperson möglich. Zu Beginn der Hilfeplankonferenzen machten mehrere Klienten von der Möglichkeit Gebrauch, anonymisiert in der Hilfeplankonferenz vorgestellt zu werden. Es zeigte sich im weiteren Verlauf, dass bei der Fortschreibung der Hilfeplanungen nach dem vereinbarten Zeitraum auch Einwilligungen zur Vorstellung unter Nennung des Namens möglich wurden. Vermutlich spielt hierbei auch die wachsende Handlungssicherheit der koordinierenden Bezugspersonen beim Umgang mit dem IBRP und der integrierten Maßnahmenabstimmung eine Rolle: je besser und überzeugter der Sinn und Zweck der Hilfeplankonferenz an die Klienten weitervermittelt werden kann, desto geringer werden Vorbehalte oder negative Befürchtungen bei Klienten Raum einnehmen. Von der Möglichkeit einer persönlichen Teilnahme an der Hilfeplankonferenz machten im Laufe von anderthalb Jahren lediglich drei Klienten (von 40) Gebrauch.

9.3.1.3.5 Periodische Fortschreibung von Hilfeplänen

Für jeden in der Hilfeplankonferenz besprochenen IBRP wurde der genaue Zeitpunkt zur erneuten Vorstellung des Hilfeverlaufs festgelegt. Die Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz führt eine Wiedervorlageliste, welche regelmäßig aktualisiert und allen HPK-Mitgliedern übersandt wird. Aus der Liste sind die Stammnummer der Klienten, der Name der koordinierenden Bezugsperson und der Wiedervorlagemonat ersichtlich. Mit Hilfe dieser Regelung wurde möglich, dass die koordinierenden Bezugspersonen selbst die Verantwortung für die verabredete Wiedervorlage übernehmen konnten.

9.3.1.3.6 Dokumentation

Die Dokumentation der in der Hilfeplankonferenz verabredeten Ziele und der zur Erreichung notwendigen Maßnahmen und Kooperationen wird durch den geschäftsführenden Psychiatriekoordinator vorgenommen. Die Protokolle werden mit Hilfe des EDV-gestützten, von Harald Goldbach in Kooperation mit der Aktion Psychisch Kranke e.V. entwickelten Dokumentationssystems erstellt. Die Protokolle werden den koordinierenden Bezugspersonen zugestellt.

9.3.1.3.7 Finanzierung

Die Abstimmung mit den Leistungsträgern auf der Fallebene war in der Regel unkompliziert, da die abgegebenen Maßnahmeempfehlungen überwiegend im Bereich des ambulant begleiteten Wohnens lag, wo beim Leistungserbringer Personalressourcen vorhanden waren. Der vom Träger der Eingliederungshilfe vorgegebene Rahmen zur Fallzahl in diesem Bereich wurde ebenfalls nicht ganz ausgeschöpft. Meinungsverschiedenheiten zwischen Leistungserbringer und überörtlichem Sozialhilfeträger ergaben sich im Zusammenhang mit der Auslegung der Richtlinien zum ambulant betreuten Wohnen. Der Kostenträger sieht Betreutes Wohnen für behinderte Menschen (BWB) erst dann gegeben, wenn die Hilfe suchende Person nicht mehr bei Familienangehörigen im Haushalt lebt. In einigen Fällen sollte das BWB eingesetzt werden, um ältere psychisch kranke Menschen, die noch im Haushalt ihrer in der Regel hochbetagten Eltern leben, auf eine Verselbständigung und dem Leben im eigenen Haushalt vorzubereiten. Mitunter schwierige Verhandlungen und Überzeugungsarbeit waren nötig, um beim Kostenträger in diesen Fällen eine von den Richtlinien abweichende Einzelfallentscheidung herbeizuführen, wie sie im Rahmen der Sozialhilfe ja auch möglich sein muss.

Die Servicestelle wurde in einigen Fällen im Rahmen der Kostenträgerklärung einbezogen. In der Hilfeplankonferenz ist die Servicestelle nicht vertreten. Die Inanspruchnahme der Servicestelle aus der Region ist mit ca. 20 Anfragen monatlich bisher eher gering.

9.3.1.4 Zusammenfassende Bewertung zur Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung im Projektzeitraum

Die Implementation des personenzentrierten Ansatzes mit den Instrumentarien IBRP und Hilfeplankonferenz haben zu einer deutlichen Steigerung der Qualität der Hilfeplanung geführt. Die Verfeinerung und Individualisierung von Hilfeplanung führt allerdings auch dazu, dass die Diskrepanz zu den Möglichkeiten der Leistungserbringung immer wieder neu deutlich wird. Das wird manchmal auch als frustrierend erlebt. Die Gefahr besteht auch, dass Einzelfälle, deren erkennbarer Hilfebedarf in der Region nicht ohne weiteres beantwortet werden kann bzw. deren Beantwortung den Leistungserbringer mit besonderen Anforderungen konfrontieren würde, gar nicht erst in der Hilfeplankonferenz vorgestellt werden. Der Ausbau insbesondere intensiver aufsuchender Betreuungsformen ist unbedingt notwendig; nur so wird die weitere Inanspruchnahme auswärtiger Heimeinrichtungen wenigstens allmählich erübrigt werden können.

Bemerkenswert ist, dass die Verständigung auf Grundsätze personenzentrierter Gestaltung des Hilfesystems mittlerweile auch Auswirkungen hat auf die Bewertung von Einrichtungsplanungen. So besteht seit Jahren für den Landkreis Lörrach eine Einrichtungsplanung für ein Wohnheim für psychisch Behinderte, die in der Vergangenheit wegen fehlender Mittel lange nicht realisiert werden konnte, nun aber umgesetzt werden könnte. Durch die Auseinanderset-

zung mit den Prinzipien der Personenzentrierung und angesichts der konkreten Erfahrungen mit der Hilfeplankonferenz ist mittlerweile deutlich geworden, dass das ursprüngliche Konzept den heutigen, sehr viel differenzierteren Anforderungen nicht mehr entspricht. Offenkundig und unstrittig ist, dass in der Region weitere Heimplätze gebraucht werden – freilich in anderer Form als zunächst beabsichtigt:

- Nicht ein größeres Angebot eines relativ gleichartigen Betreuungssettings, sondern möglichst flexibel gestaltbare Betreuungskapazität ist notwendig.
- Es geht darum, dass vor allem die Bedarfe im Landkreis gedeckt werden können; es soll vermieden werden, dass Kapazitäten geschaffen werden, die allein für den Bedarf im Landkreis zu groß sind und dann die Belegung aus Nachbarkreisen aus wirtschaftlichem Sachzwang nach sich ziehen.
- Die geplanten 27 Plätze sollen, statt an einem Ort, möglichst in dezentraler, kleinteiliger Form zur Verfügung stehen.
- Nicht die Form von großen Wohngruppen wird angestrebt, sondern möglichst große Flexibilität hinsichtlich der Wohnformen, um den Sachzwang zur Zwangsvergemeinschaftung zu vermeiden.
- Nicht die einrichtungsweise oder gruppenweise einheitliche Versorgung wird angestrebt, sondern die Möglichkeit, notwendige Hilfen unabhängig von Wohnform und Wohnort individuell nach Erfordernis zu arrangieren, um vorhandene Selbstversorgungspotentiale so weit irgend möglich zu erhalten und zu fördern.

Der Klärungsprozess zu diesen Fragen ist derzeit im Gang. Es wird sichtbar, dass die Ausgestaltung auch der Leistungserbringung nach personenzentrierten Gesichtspunkten den Leistungserbringern einiges abverlangt und dass Qualitätsanforderungen, wenn sie ernst genommen werden, ganz praktische Folgen haben. Betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte müssen auf neue fachliche Anforderungen ausgerichtet werden. Dieser Klärungsprozess ist durchaus auch nicht spannungsfrei, sind doch unterschiedliche Interessenlagen berührt. Bemerkenswert ist, dass im Zuge der Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes als Verantwortungsgemeinschaft in der Projektlaufzeit sich mehr und mehr eine Kultur entwickelt, dass solche Themen überhaupt offen erörtert werden können und dass gemeinsam hierfür nach Lösungen gesucht wird.

9.3.2 Verbundentwicklung

9.3.2.1 Ausgangslage bei Projektbeginn

Im Zuge der Verlagerung der Zuständigkeit für „fachlich betreute Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte“ auf die Landeswohlfahrtsverbände zum 1. Januar 2000 hatten die Träger der freien Wohlfahrtspflege miteinander eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Damit war ein enges Zusammenarbeiten der wesentlichen Leistungserbringer im Bereich Psychiatrie gegeben. Die Region verstand diesen Zusammenschluss als Vorläufer des seit Februar 2004 bestehenden Gemeindepsychiatrischen Verbunds. Darüber hinaus bestand auf der fallbezogenen Ebene eine enge, trägerübergreifende Zusammenarbeit (gemeinsame Fallbesprechungen, Qualitätszirkel, siehe hierzu oben unter Ziffer 9.3.1.1)

9.3.2.2 Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung

Die Unterzeichner der Projektvereinbarung streben auf der Grundlage von Selbstverpflichtung an, die Versorgung entsprechend den Erfordernissen von Pflichtversorgung umzubauen. Eine Bestandsaufnahme der in der Region vorgehaltenen Leistungsangebote erbrachte Erkenntnisse über vorhandene Versorgungslücken. Gestützt auf statistisches Material des überörtlichen Sozialhilfeträgers konnten quantitative Aussagen zu Versorgungsbeiträgen anderer Regionen für die Region Lörrach gemacht werden. Ebenso wurde deutlich, welche Versorgungsbeiträge in der Region für Menschen aus anderen Landkreisen und Bundesländern erbracht werden.

Im Projektzeitraum wurde der Umgestaltungsprozess bei der klinischen Versorgung sichtbar in der Eröffnung der psychiatrischen Tagesklinik in Lörrach und der Errichtung einer Sektorstation für Lörracher Bürger am Zentrum für Psychiatrie Emmendingen. Die Tagesklinik konnte zwölf Monate nach Eröffnung eine sehr positive Bilanz vorweisen. Die Zahl der stationären Einweisungen ins Zentrum für Psychiatrie konnte beträchtlich reduziert werden. Die Tagesklinik stellt einen wichtigen Baustein bei der Errichtung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen dar.

Die Selbstverpflichtung, Menschen mit akutem Behandlungs- bzw. Rehabedarf kurzfristig Leistungen anzubieten und niemand wegen Schwere der Störung abzuweisen, wurde in die Rahmenvereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund des Landkreises Lörrach aufgenommen. Da es sich hierbei um einen Prozess des sukzessiven Ausbaus des Versorgungsangebotes handelt, musste in Einzelfällen nach wie vor auf Versorgungsangebote in anderen Landkreisen zurückgegriffen werden. Dies war zweimal notwendig, weil Angebote im Bereich Wohnen und Selbstversorgung noch nicht ausreichend individuell personenzentriert verfügbar sind.

Noch gelten im Bereich des ambulant betreuten Wohnens die Richtlinien des Landeswohlfahrtsverbandes mit einem Betreuungsschlüssel von 1:10. Diese Hilfeform stellt momentan noch die intensivste Betreuung im ambulanten Bereich dar. Eine Verbesserung im Sinne einer engmaschigeren Betreuung setzt eine Änderung der Finanzierung voraus. Der Landkreis hat ab 1. Januar 2005 mit der Übernahme der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe die rechtliche Möglichkeit einer Anpassung der Richtlinien im Bereich ambulant betreuten Wohnens. Diskutiert wird eine Differenzierung der Betreuungsschlüssel in 1:10, 1:7 und 1:4 analog zur bestehenden Aufteilung in drei Hilfebedarfsgruppen im Bereich körperlicher und geistiger Behinderung.

In der Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz wurde geregelt, dass die Leistungserbringer in der Hilfeplankonferenz ihre Gründe transparent machen, wenn im Einzelfall notwendige Leistungen nicht bereitgestellt werden können. Die Protokollführung der Hilfeplankonferenz (in unserer Region der Psychiatriekoordinator) dokumentiert die aktuell nicht verfügbaren, aber im Einzelfall erforderlichen und noch zu schaffenden Hilfemöglichkeiten. Hierbei muss darauf geachtet werden, dass eine am Einzelfall orientierte Beschreibung von integrierten Maßnahmen erfolgt und nicht nur eine Aufzählung von Hilfearten. Die so festgestellten Veränderungsnotwendigkeiten müssen in die AG Psychiatrieplanung einfließen, damit dort eine Diskussion über die daraus resultierende Anpassung des Versorgungssystems erfolgt. Seit Gründung des GPV ist dieser der Adressat der ermittelten Versorgungsdefizite.

9.3.2.3 Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen

Erreicht wurde die Umsetzung der Psychotherapie in vergleichsweise großem Umfang. Die Kooperation mit den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie war hierbei von entscheidender Bedeutung. Der Wegfall der pauschalen Beiträge der Krankenkassen zur Förderung des Sozialpsychiatrischen Dienstes ab Juli 2002 konnte durch Einnahmen über Psychotherapie beinahe ausgeglichen werden. Allerdings zeichnet sich als Auswirkung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes neuerdings ein Abbruch von laufenden Psychotherapie-Maßnahmen durch Klienten ab, die nicht bereit sind, die gesetzlich verpflichtende Eigenbeteiligung von 5 Euro pro Sitzung zu tragen.

Eine Regionalisierung der Institutsambulanz des Zentrums für Psychiatrie Emmendingen am Standort Lörrach konnte wegen der noch nicht geschaffenen klinischen Plätze am Allgemenkrankenhaus bislang nicht erfolgen. Ein wirtschaftlicher Betrieb der Institutsambulanz ist erst dann möglich. Zur Frage der dezentralen Tätigkeit der Institutsambulanz des Zentrums für Psychiatrie Emmendingen läuft derzeit ein Rechtsstreit zwischen dem Krankenhausträger und der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden; eine Entscheidung (in der zweiten Instanz) wird für März 2004 erwartet. Erreicht wurde eine enge Kooperation des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit der Tagesklinik. Der Sozialpsychiatrische Dienst stellt dort in regelmäßigen Abständen seine Arbeit vor.

Der Vertreter der Servicestelle ist in der Arbeitsgemeinschaft Psychiatrieplanung vertreten. Im Zuge einer noch größeren Öffentlichkeitsarbeit und Bekanntmachung der Leistungen der Servicestelle ist eine größere Inanspruchnahme zu erwarten. Eine wesentliche Beschleunigung der Verfahren zur Prüfung des Hilfebedarfs und zur Entscheidung durch den überörtlichen Kostenträger trat in Einzelfällen ein. Das an der Hilfeplankonferenz teilnehmende Arbeitsamt (Agentur für Arbeit) hält die im SGB IX geregelten Fristen zur Feststellung des Kostenträgers ein.

9.3.2.4 GPV-Organisation

Im Projektzeitraum ist den Akteuren in der Region gelungen, sich zum formellen Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) zusammenzuschließen. Dem Verbund beigetreten sind alle Leistungserbringer, welche die Projektvereinbarung mit der Aktion Psychisch Kranke e.V. unterzeichnet haben. Beigetreten sind darüber hinaus die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie. Diese sind durch ihren Sprecher mit einer Stimme vertreten. Die Eckpunkte der unterzeichneten GPV-Rahmenvereinbarung beinhalten

- den bedarfsgerechten Ausbau des Versorgungssystems,
- die enge Kooperation der Leistungserbringer untereinander,
- die Abstimmung im Verbund, wenn Angebote ausgeweitet, neu geschaffen oder gestrichen werden sollen,
- die Beibehaltung personenbezogener Hilfeplanung mit dem IBRP als Hilfeplanungsinstrument,
- Beibehaltung der Hilfeplankonferenz,
- Übernahme der Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Lörrach.

9.3.2.5 Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung

Bislang gelang es nicht, die Aufwendungen der verschiedenen Sozialleistungsträger und der öffentlichen Hand für die Hilfen für psychisch kranke Menschen im und aus dem Landkreis

Lörrach zu erfassen und transparent zu machen. Mit der Übernahme der Eingliederungshilfe ab 2005 durch den Landkreis besteht eine bessere Überschaubarkeit der Aufwendungen in den einzelnen Leistungsbereichen der Eingliederungshilfe als Grundlage für die Erstellung eines regionalen Psychriatriebudgets.

9.3.2.5.1 Deskriptive Ermittlung von Kostenströmen

War im Projektzeitraum nicht möglich.

9.3.2.5.2 Klientenbewegungen

Mit Hilfe von Daten, die vom überörtlichen Sozialhilfeträger aufbereitet und zur Verfügung gestellt wurden, konnten Vermittlungen über die Kreisgrenzen hinweg ermittelt werden.

Von Bedeutung ist insbesondere der Anteil der Personen, die aus dem Landkreis Lörrach stammen und in psychiatrischen Wohnheimen außerhalb des Landkreises untergebracht sind; die Daten konnten überörtlich für den Bereich der Eingliederungshilfe erhoben werden:

	Wohnheim im Landkreis	Wohnheim außerhalb des Landkreises	ABW mit WfbM	ABW mit sonstiger Tagesstruktur	ABW ohne Tagesstruktur	Familienpflege	WfbM	Summe
Leistungen für psychisch behinderte Menschen aus Lörrach	10*	40***	5	7	15		30	107
Leistungen für psychisch beh. Menschen aus anderen Kreisen in Lörrach	8**					1		9
								116

Erläuterungen: ABW = Ambulant Betreutes Wohnen; WfbM = Werkstatt für behinderte Menschen

* davon 7 Personen im Markus-Pflüger-Heim, 2 im Birkenhof und 1 nicht ersichtlich

** davon 3 Personen im Markus-Pflüger-Heim, 3 im Haus Engels, 2 im Birkenhof

*** davon 9 Personen im Landkreis Waldshut, 7 im Ortenaukreis, 7 in Freiburg Stadt, 4 im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald, 3 im Landkreis Karlsruhe, 1 im Landkreis Freudenstadt, 2 im Landkreis Emmendingen, 3 im Saarland, 2 in Niedersachsen, 2 in Hessen

In den zurückliegenden Jahren mussten Klienten mit komplexem Hilfebedarf in Ermangelung differenzierter, ambulanter Komplexleistungsangebote in andere Landkreise verwiesen werden. Bei der Eingliederungshilfe übernahmen zum Stichtag 31. Dezember 2001 andere Landkreise in 40 Fällen die Versorgung von Lörracher Bürgern in Wohnheimen. Dagegen sind im September 2003 insgesamt elf Personen aus anderen Landkreisen im Wohnheim Markus-Pflüger-Heim auf der Eingliederungsstation versorgt. Aus der nachfolgenden Tabelle wird deutlich, dass der Landkreis einen klaren Bedarf an intensiv betreuten Wohnmöglichkeiten für psychisch behinderte Menschen hat und andererseits Plätze vor Ort auch durch Menschen aus anderen Landkreisen belegt sind.

Markus-Pflüger-Heim					
	Station Ahorn 26 Plätze Eingliederungs- hilfe	Station Birke 26 Plätze Pflege	Station Buche 25 Plätze Pflege	Station Eiche 26 Plätze Pflege	Station Erle 26 Plätze Pflege
Stationskonzept	Wohngruppe mit Trainingsbereich für geistig behinderte und psychisch kranke Menschen	Wohngruppe Gerontopsychiatrie	Wohngruppe für junge psychisch kranke Menschen	Wohngruppe für Menschen mit Suchterkrankungen	Wohngruppe für psychisch kranke Menschen mit einem an die Leistungsfähigkeit des Bewohners angepassten Angebot
Herkunft aus Lörrach	14 = 56 %	11 = 42 %	9 = 38 %	20 = 77 %	8 = 32 %
Herkunft aus anderen Landkreisen	11 = 44 %	15 = 58 %	15 = 62 %	6 = 23 %	17 = 68 %

Hinzuwirken ist deshalb auch auf eine vorrangige Belegung der Plätze im Markus-Pflüger-Heim durch Bürger aus dem Landkreis.

9.3.2.6 Zusammenfassende Bewertung zum Stand der Verbundentwicklung bei Projektende

Mit der Gründung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) Lörrach am 11. Februar 2004 ist ein äußerst bedeutender Schritt für die Psychiatricentwicklung in der Region gemacht worden. Die Leistungserbringer im GPV sind Adressaten für die in der Steuerungsgruppe AG Psychiatrieplanung zu treffenden Zielvereinbarungen zum Ausbau der Versorgungsangebote. Der Landkreis ist (vertreten durch den Psychiatriekoordinator) beratendes Mitglied im GPV. Hiermit soll eine enge Verzahnung zwischen der sozialplanerischen kommunalen Seite mit der Seite der Leistungserbringer sichergestellt werden.

9.4 Projektdurchführung

9.4.1 Projektbegleitende Gruppe

Die mit Einstieg ins Projekt zur Steuerungsgruppe gewordene Arbeitsgemeinschaft Psychiatrieplanung tagte unter Vorsitz des Sozialdezernenten in etwa zweimonatlichen Abständen. Ziel war die enge Einbindung aller Leistungs- und Kostenträger in den Prozess der Qualitätsentwicklung und Verbundentwicklung. Gestützt auf erste Ergebnisse aus den Hilfeplankonferenzen verabredete die Steuerungsgruppe den Bereich „Wohnen“ in den Mittelpunkt erster gemeinsamer Anstrengungen zur Verbesserung der Angebotsstruktur zu setzen. Hierzu wurde die Bildung einer eigenen Facharbeitsgruppe beschlossen.

9.4.2 Verantwortlichkeiten

Wie vereinbart verblieb die Entscheidungskompetenz für die Entwicklung des regionalen Versorgungsverbundes bei den Verantwortlichen der Region.

9.4.3 Leistungen der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer erfüllten die in der Projektvereinbarung mit der Aktion Psychisch Kranke geschlossenen Vereinbarungen. Das waren insbesondere

- Verpflichtung zur Teilnahme an der Hilfeplankonferenz,
- Einführung des IBRP als Methodik,
- Freistellung zu Fortbildungen IBRP,
- Bereitstellung koordinierender Bezugspersonen und Unterstützung bei deren Arbeit,
- Abstimmung und Vernetzung der Leistungserbringung,
- Anstreben von Versorgungsverpflichtung.

Bei den zweimal stattfindenden Workshops auf Landesebene waren die Leistungserbringer jeweils aktiv beteiligt. Im Vorfeld der Gründung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) fand ein gemeinsamer Besuch beim Bodenseekreis in Friedrichshafen beim dortigen Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) statt.

9.4.4 Leistungen der Aktion Psychisch Kranke e.V.

Die Projektbegleitung wurde durch den Mitarbeiter der Aktion Psychisch Kranke e.V. Herrn Georg Schulte-Kemna sichergestellt. Das beinhaltete insbesondere

- Erarbeitung einer Projektvereinbarung in Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern im Bereich Allgemeinpsychiatrie sowie der Kommune auf der Grundlage der regionalen Zielplanung,
- Schulung der Leistungserbringer bei der Anwendung des IBRP,
- Fachliche Begleitung und Beratung bei der Einrichtung der Hilfeplankonferenz,
- Teilnahme an allen Hilfeplankonferenzen im Projektzeitraum,
- Beratung und Begleitung bei Erstellung der Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz,
- Beratung der Steuerungsgruppe, der AG Psychiatrieplanung,
- Beratung der Leistungserbringer bei der Entwicklung einer Rahmenvereinbarung zum GPV,
- Beratung in Fragen der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes sowie bei der integrierten Maßnahmenabstimmung,
- Leitung der Treffen der Projektregionen,
- Koordination der Workshops innerhalb des Projektzeitraumes.

Die Zusammenarbeit verlief äußerst konstruktiv und auf sehr hohem fachlichem Niveau. Hierdurch erhielt die Region einen enormen fachlichen Input und eine maßgeschneiderte Empfehlung zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstruktur. Herrn Schulte-Kemna gilt unser besonderer Dank für die sehr engagierte und gute Zusammenarbeit.

9.4.5 Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen

Die im Rahmen des Projekts eingeführten Treffen der vier Projektregionen in Baden-Württemberg wurden von jeder Region als gewinnbringend und förderlich beurteilt. Deshalb werden die Treffen auch nach dem Projektzeitraum in eigener Verantwortung weitergeführt. Darüber hinaus prüft der Gemeindepsychiatrische Verbund Lörrach eine Mitarbeit in der gerade entstehenden Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände.

Der Landkreis wird zwischenzeitlich von benachbarten Kommunen angefragt und um Hilfestellung beim Aufbau von Verbundstrukturen sowie bei der Einrichtung von Hilfeplankonfe-

renzen ersucht. Die Bereitschaft hierzu ist vorhanden. So nahm am 17. März 2003 erstmals eine kleine Gruppe interessierter Fachkräfte aus dem benachbarten Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald an der Hilfeplankonferenz in Lörrach teil. Die Teilnahme an Hilfeplankonferenzen bietet eine gute Gelegenheit, Verbundentwicklung und abgestimmte Kooperation praktisch zu erleben. Generell jedoch lässt sich ganz klar absehen, dass die kollegiale Beratung und Unterstützung anderer Kommunen und Versorgungsregionen beim Aufbau von Hilfeplankonferenzen und Verbundstrukturen zeitlich nur sehr eingeschränkt möglich sein wird.

9.4.6 Zusammenfassende Bewertung des Projektverlaufs

Die Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung ist im Landkreis Lörrach gelungen. Das Projekt fand auf dem Boden einer im Aufbruch befindlichen Region unter starker Beteiligung der interessierten Leistungserbringer statt.

Die Teilnahme am Projekt bot der Versorgungsregion die Möglichkeit, die eigene Landschaft der psychiatrischen Versorgung im Austausch mit anderen Regionen und mit externer Begleitung zu erkunden, zu hinterfragen und Verabredungen für den Ausbau der Versorgung der Hilfemöglichkeiten zu treffen.

Der personenzentrierte Ansatz lebt vom engen Kontakt der Fachkräfte zum Klienten als auch von der engen Kooperation der Fachkräfte untereinander. Besonders der Effekt der Vertrauensbildung unter den Akteuren scheint ein zentraler Aspekt bei der Fortführung der integrierten Maßnahmenabstimmung und der Weiterentwicklung der Hilfemöglichkeiten zu sein.

Besonders wichtig und erfreulich ist die zunehmende und verbindliche Vernetzung des Zentrums für Psychiatrie Emmendingen mit den Leistungserbringern des Landkreises Lörrach. Die Mitgliedschaft des Zentrums für Psychiatrie im Gemeindepsychiatrischen Verbund ist ein Meilenstein in der Verbundentwicklung und ist Zeichen der Hoffnung, dass klinische Behandlungsmöglichkeiten im Landkreis folgen werden.

9.5 Ausblick

Die im Projektzeitraum geschaffenen Strukturen bleiben nach Projektende erhalten. Dies wurde in der Steuerungsgruppe einvernehmlich beschlossen. Die Hilfeplankonferenz wird unter der Federführung des Landkreises fortgeführt. Der Ausbau des Versorgungssystems und die Flexibilisierung werden weiterentwickelt in Anlehnung an das bestehende Konzept zur Weiterentwicklung der Hilfen für behinderte Menschen im Landkreis. Mit der ab 1. Januar 2005 gegebenen Zuständigkeit des Landkreises für die Eingliederungshilfe wird der Personenkreis der behinderten Menschen, zu denen auch die psychisch kranken Menschen zählen, noch stärker in den Blick und das Interesse der Verwaltung und der Öffentlichkeit treten.

Der Ausbau des Versorgungssystems ist ein fließender Prozess. Auf der Grundlage der getroffenen Rahmenvereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund sind folgende Maßnahmen vorrangig erforderlich:

- Schaffung klinischer Behandlungsmöglichkeiten am Allgemeinkrankenhaus in der Region,
- Errichtung einer psychiatrischen Institutsambulanz zur ambulanten Betreuung schwer chronisch kranker Menschen und deren Vernetzung mit den übrigen ambulanten Fachdiensten,

- Ausbau der Hilfen im Bereich Selbstversorgung und Wohnen: insbesondere Schaffung flexibler, ambulant-aufsuchender Betreuungsmöglichkeiten, die nötigenfalls auch sieben Tage in der Woche zur Verfügung stehen können, in diesem Zusammenhang auch Schaffung von dezentralen Wohnheimplätzen,
- Einrichtung eines psychiatrischen Krisendienstes an den Wochenenden und außerhalb der Tagesöffnungszeiten,
- Bereitstellung von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen außerhalb der Werkstatt für behinderte Menschen,
- Schaffung von Freizeit-Begegnungsmöglichkeiten, speziell auch am Wochenende,
- Ausbau wohnortnaher, tagesstrukturierender Maßnahmen, speziell im Hochrheingebiet,
- Förderung einer Vertretung von Psychiatrie-Erfahrenen in den psychiatriepolitischen Gremien im Landkreis.

Diese Maßnahmen sind erforderlich um die in der Rahmenvereinbarung eingegangene Versorgungsverpflichtung zu erfüllen.

9.6 Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben im Landkreis Lörrach

Thema	Weiteres Verfahren	Beschlossen am/durch
Hilfeplanung, Anwendung des IBRP	<ul style="list-style-type: none"> ● Der IBRP wird weiterhin für Personen mit komplexem Hilfebedarf verwendet. 	AG Psychiatrieplanung 19.11.2003
Hilfeplan-konferenz	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Hilfeplankonferenz wird als Ort integrierter Maßnahmenabstimmung in der bisherigen Form weitergeführt. ● Die Koordination der HPK erfolgt weiterhin durch den Psychiatriekoordinator im Landratsamt. 	AG Psychiatrieplanung 19.11.2003
Zukunft der Projektsteuerungsgruppe, Stand GPV-Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> ● Die AG Psychiatrieplanung wird über das Projektende hinaus weiterarbeiten. 	AG PsychPl. 19.11.2003
	<ul style="list-style-type: none"> ● Die psychiatrischen Leistungserbringer schließen sich auf der Grundlage einer förmlichen Vereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) zusammen. 	GPV gegründet am 11.2.04
	<ul style="list-style-type: none"> ● Die AG Psychiatrieplanung soll sich künftig auf die strategischen Ziele konzentrieren; die Umsetzung soll im Rahmen des GPV erfolgen. ● Der bestehende AK Psychiatrie wird damit überflüssig. Die Erweiterung der AG Psychiatrieplanung soll in diesem Zusammenhang überprüft werden. 	AG PsychPl. 18.02.2004
Regionale Zielplanung	<ul style="list-style-type: none"> ● Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer regionalen Zielplanung für den Bereich Wohnen/Selbstversorgung ist eingerichtet. 	AG PsychPl. 17.09.2003
Veranstaltungen zu Projektabschluss	<ul style="list-style-type: none"> ● Abschlussveranstaltung im Psychiatrie-Arbeitskreis hat stattgefunden (08.12.2003). 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Der Sozialausschuss des Kreistages wird über Projektverlauf und Projektergebnisse informiert (05.05.2004). 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Auswertungsveranstaltung mit und für die Fachkräfte geplant. 	

10 Verlaufsbericht zur Projektbeteiligung der Stadt Stuttgart

10.1 Rahmenbedingungen und Ausgangslage: Zur regionalen Versorgungsstruktur

10.1.1 Allgemeine Angaben zur Region

Stuttgart ist die Landeshauptstadt des 1952 entstandenen südwestdeutschen Bundeslandes Baden-Württemberg mit 589.217 Einwohnern und einer Gesamtfläche von 207,36 qkm (Stand: 31. Dezember 2003). Stuttgart ist aufgeteilt in 23 Stadtbezirke. Die Landeshauptstadt Stuttgart ist ein großstädtischer Ballungsraum. Die benachbarten Landkreise sind Kreis Ludwigsburg, Rems-Murr-Kreis, Kreis Esslingen, Kreis Böblingen.

10.1.2 Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Region

Die psychiatrische Versorgungsstruktur in der Landeshauptstadt Stuttgart basiert auf dem Konzept des Gemeindepsychiatrischen Verbundes des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Grundlage ist der Psychiatrieplan für Stuttgart „Bestandserhebung gemeindepsychiatrischer Verbund“.⁵⁷ Das Zusammenwirken aller Institutionen, die an der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen tätig sind, erfolgt im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Die Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes wird in der Stabsstelle Gesundheits- und Sozialplanung beim Gesundheitsamt geplant und koordiniert. Der Prozess des Ausbaus des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist noch nicht abgeschlossen und soll im Hinblick auf eine höhere Verbindlichkeit, vertraglich geregelte Kooperationsstrukturen und Kooperationsstandards weiterentwickelt werden. Aktuelle Fragen der Entwicklung der Psychiatrie werden im Gesundheitsausschuss des Gemeinderates diskutiert und entsprechende Maßnahmen beschlossen.

Stuttgart ist für die gemeindepsychiatrische Versorgung in Regionen aufgeteilt, so dass jeder sich an die für seinen Bezirk zuständigen Einrichtungen wenden kann. Es gibt acht Sozialpsychiatrische Dienste sowie drei regionenbezogene Wohnverbände, die jeweils mit einer der beiden großen psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsverpflichtung zusammenarbeiten.

10.1.3 Die regionale Versorgungsqualität zum Zeitpunkt des Projektbeginns

Stuttgart verfügt zum Zeitpunkt des Projektbeginns über eine gute sozialpsychiatrische Infrastruktur (siehe nachfolgende tabellarische Übersicht). Die sozialpsychiatrischen Dienste und die Landeshauptstadt Stuttgart haben bereits 1989 einen Kooperationsvertrag miteinander abgeschlossen. Ab 1999 sind die Kooperationsstandards zwischen den zwei Stuttgarter Kliniken und den Trägern der sozialpsychiatrischen Dienste vertraglich festgelegt worden. Im Jahre 2000 wurde ein Kooperationsvertrag zwischen den Trägern der Tagesstätten, der Werkstatt für psychisch Kranke und der Landeshauptstadt Stuttgart unterzeichnet. Damit sind die Stuttgarter Einrichtungen und Dienste zum großen Teil durch Kooperationsverträge miteinander

⁵⁷ Landeshauptstadt Stuttgart, Referat Soziales, Jugend und Gesundheit, 1989.

verbunden. Auf dieser Grundlage hat sich der Gemeindepsychiatrische Verbund in Stuttgart positiv entwickelt und ein immer besseres, umfassenderes und leistungsfähigeres Hilfesystem entstehen lassen:

Gesundheit und Pflege	Wohnen	Arbeit	Psycho-soziale Hilfen	Notfallversorgung	Freizeit, Ehrenamt, Selbsthilfe	Planung und Politik
Ambulante ärztliche Versorgung durch niedergelassene Fachärzte und die Institutsambulanzen von Bürgerhospital und Furtbachkrankenhaus Psychotherapeutische Behandlung	Ambulant betreutes Wohnen von Gesundheitsamt, Caritas, EVA, Rudolf-Sophien-Stift, ArbeiterInnenselbsthilfe e. V. Furtbachkrankenhaus	Arbeitshilfen bei den Sozialpsychiatrischen Diensten	Sozialpsychiatr. Dienste von Gesundheitsamt, Caritas und EVA	Psychiatr. Notfallpraxis	Tagesstätten bei den Sozialpsychiatr. Diensten	Planungsklausur Psychiatrie
Tageskliniken von Bürgerhospital und Furtbachkrankenhaus	Wohnheime für Werkstattbesucher des Rudolf-Sophien-Stifts	Werkstatt für behinderte Menschen des Rudolf-Sophien-Stifts	Soziotherapie	Krisen- und Notfalldienst	Initiative Psychiatrie-Erfahrene Stuttgart	Gesundheitsausschuss des Gemeinderates
Stationen von Bürgerhospital und Furtbachkrankenhaus	Wohnheime von Caritas, EVA, Bruderhaus-Diakonie und Bürgerhospital	Weitere Angebote der Arbeitshilfe, z.B. Neue Arbeit gGmbH, Caritas		Notaufnahmen der psychiatrischen Kliniken	Bürgerkreis für seelische Gesundheit e.V.	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
Ambulante psychiatrische Pflege von Caritasverband und EVA	Psychiatrische Familienpflege der EVA				Aktionsgem. der Angehörigen psychisch Kranker e. V.	Hilfeplan-konferenz (HPK)
Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke am Rudolf-Sophien-Stift					Stuttgarter Verein zur Förderung seelisch Kranker und Behinderter e. V.	

Erläuterungen: EVA - Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.; Caritas - Caritasverband für Stuttgart e.V.; Rudolf-Sophien-Stift - Rehabilitationszentrum Rudolf-Sophien-Stift gGmbH

Es bestehen jedoch Strukturprobleme und Defizite in der Versorgung, im Bereich des ambulant und stationär betreuten Wohnens. Eine grundlegende objektive Einschränkung in der Umsetzung der Versorgungsverpflichtung liegt in der großen Wohnungsnot in Stuttgart. Die Wohnraumnot schränkt wiederum die Flexibilität der Betreuungsformen ein, da weder für Wohngemeinschaften noch für betreutes Einzelwohnen ausreichend Wohnraum zur Verfügung steht. Die dadurch nicht mögliche zeitnahe Unterbringung von psychisch kranken Menschen mit einem Hilfebedarf im Betreuten Wohnen, vor allem dann, wenn sie ihren Wohnraum verloren hatten und in der psychiatrischen Klinik untergebracht waren, führte immer wieder zu Verzögerungen und Fremdplatzierungen. Diese nicht immer abgestimmten und koordinierten Unterbringungen führten wiederum zu Unzufriedenheiten seitens der beiden psychiatrischen Kliniken gegenüber den Leistungserbringern im Betreuten Wohnen. So kam es nicht selten zu unerwünschten Verlegungen nach außerhalb oder in die Wohnungsnotfall-

hilfe (§-72-Einrichtungen). Diesen im Hinblick auf die Orientierung an der Personenzentrierung untragbaren Zustand galt und gilt es zu überwinden.

10.2 Projektvereinbarung

10.2.1 Prozess der Erarbeitung der Projektvereinbarung, Beteiligte

Mit Beschluss des Stuttgarter Gemeinderates vom 28. Juni 2002 hat Stuttgart in einem assoziierten Status mit einem eigenen Arbeitsvorhaben an dem Projekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ teilgenommen. Hinsichtlich des in anderen Projektregionen vereinbarten Schwerpunktes Hilfeplanung gab es in Stuttgart zunächst keinen hinreichenden Konsens für die Anwendung des IBRP als von allen Beteiligten anzuwendendes Verfahren. Jedoch war schon in der Vorbereitungsphase festzustellen, dass alle beteiligten Akteure die Bereitschaft mitbrachten, trotz der oben genannten Erfahrungen ein von allen anerkanntes und genutztes Verfahren zur Koordination und Steuerung der Vermittlung ins Betreute Wohnen zu erarbeiten, welches die Versorgungsverpflichtung gerade für die schwierigsten Menschen sicherstellen soll.

Während der Laufzeit des Projektes verstärkte sich bei allen Projektteilnehmer/-innen die Haltung und die Position, nur in gemeinsamer Verantwortung die anstehenden Probleme bewältigen zu können. Die zeitintensiven inhaltlichen und konzeptionellen Auseinandersetzungen trugen zudem zur Förderung des gegenseitigen Verständnisses und Verstehens der je eigenen Lage bei. Einerseits wurde der Druck des Klinikmitarbeiters zur Entlassung von psychisch kranken Menschen, die nicht mehr behandlungsbedürftig sind und nur noch wegen eines fehlenden Angebotes im Betreuten Wohnen noch in der Klinik verbleiben mussten, deutlich, andererseits auch die unangenehme Situation der Mitarbeiter/-innen im Betreuten Wohnen, trotz vielfältigster Bemühungen keinen Wohnraum zur Verfügung gestellt zu bekommen und damit zeitnah keine freien Plätze anbieten zu können. Obwohl beide Seiten von diesen Konstellationen auch schon vorher wussten, entwickelte sich die Bereitschaft zum gegenseitigen Verständnis erst im Verlauf des Implementationsprojektes. So wuchs nach und nach die Erkenntnis, die Probleme nur gemeinsam bewältigen oder zumindest aushalten zu können. Insofern stellt sich die Teilnahme der Stadt Stuttgart am Implementationsprojekt – wenn auch mit einem Sonderstatus – als eine überaus richtige und sinnvolle Entscheidung heraus.

Ein weiterer Grund für die Teilnahme Stuttgarts liegt darin, dass sich die Landeshauptstadt durch ein ausgebautes und differenziertes Netz an Einrichtungen und Diensten vor allem im ambulanten Feld mit einem entsprechend hohen Bedarf an verbindlichen Kooperationsab-sprachen und Notwendigkeiten zur Vernetzung kennzeichnet. Gleichzeitig bestanden (und bestehen noch) Defizite und Mängel in der Kooperation und Koordination vor allem hinsichtlich verbindlicher Absprachen für eine gemeindenahе und personenzentrierte Versorgung der schwierigsten psychisch kranken Menschen (Umsetzung der Versorgungsverpflichtung) zwischen den anfragenden Stellen (in erster Linie die beiden psychiatrischen Kliniken in Stuttgart) und den Leistungserbringern (vor allem die Angebote der drei Träger Caritasverband, Evangelische Gesellschaft und Gesundheitsamt).

Die Zielgruppe des Projektes in der Landeshauptstadt sind chronisch psychisch kranke Menschen, die einen Hilfebedarf im Bereich des ambulant und stationär betreuten Wohnens aufweisen. Im Projektverlauf wurden in Stuttgart zwei Vereinbarungen erarbeitet, die die Aufgaben der verschiedenen Partner definieren.

10.2.1.1 Vereinbarung zwischen der Aktion Psychisch Kranke e.V. und der Stadt Stuttgart über die assoziierte Teilnahme am Projekt

Die Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit über den Zeitraum vom 1. Juli 2002 bis 31. März 2004 im Rahmen des Projektes.

In dieser Vereinbarung verpflichtet sich die Aktion Psychisch Kranke e.V.

- zur Beratung und Umsetzung der im Modellprojekt in Stuttgart angestrebten Arbeitsvorhaben,
- Nennung von Ansprechpartnern für die Arbeitsgruppe personenzentrierter Ansatz mit ca. zehn Beratungskontakten pro Jahr,
- Förderung des Austausches mit anderen Projektregionen,
- Vorstellung von Ergebnissen und Erfahrungen der Projektregionen im Rahmen von Tagungen, Workshops sowie Veröffentlichungen.

Die Stadt Stuttgart verpflichtet sich,

- die Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben des Modellprojektes in Stuttgart zu übernehmen,
- die Ressourcen dafür bereitzustellen und
- aktiv an der Umsetzung der Vereinbarung im Bereich Wohnen mitzuwirken.

10.2.1.2 Vereinbarung zwischen den Krankenhäusern und den Trägern von Einrichtungen und Diensten der Psychiatrieversorgung im Bereich Wohnen sowie der Stadt Stuttgart zur assoziierten Teilnahme am Projekt.

In dieser zweiten Vereinbarung wird geregelt:

- Das Modellprojekt zielt darauf ab, träger- und institutionsübergreifende Hilfeleistungen für chronisch kranke Menschen durch eine weitere Ausrichtung der Arbeit an dem personenzentrierten Ansatz in Stuttgart zu verbessern.
- Die Verbesserung der Hilfeleistung sollte erreicht werden durch die Effizienzsteigerung sowie eine stärkere Personenzentrierung der Maßnahmen und Prozesse, die innerhalb des Gemeindepsychiatrischen Verbundes zur Versorgung chronisch psychisch Kranker stattfinden, und zwar hinsichtlich der Organisation der Maßnahmen und hinsichtlich der Vernetzung und Verzahnung verschiedener Maßnahmen.

Im Ergebnis sollen Lösungen für anstehende und sich bei der Vernetzung und Verzahnung im Bereich Wohnen ergebende Fragen gefunden werden:

- Dokumentation des Hilfebedarfs,
- personenzentrierte Hilfeplanung,
- Verbundentwicklung und –gestaltung,
- Qualitätssicherung,
- optimierte Nutzung vorhandener Ressourcen,
- Steuerung im Einzelfall.

10.2.2 Projektsteuerungsgruppe

Das Gesundheitsamt Stuttgart (Psychiatrieplanung) übernahm die zur Durchführung des Modellprojektes erforderlichen Steuerungs- und Koordinationsaufgaben und bereitete die Sitzungen der projektbegleitenden Arbeitsgruppen vor. Dies waren ab Juli 2002 unter Beteiligung

der Aktion Psychisch Kranke e.V. die projektbegleitende Gruppe „AG Implementation“ auf der Steuerungsebene und die „Unter-AG Implementation“ auf der operativen Ebene. In der projektbegleitenden Arbeitsgruppe waren Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige vertreten.

An der Projektsteuerungsgruppe waren außerdem beteiligt: Furtbachkrankenhaus, Caritasverband für Stuttgart e.V., Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V., Rudolf-Sophien-Stift gGmbH, Haus am Berg gGmbH, ArbeiterInnenselbsthilfe e.V., Landeshauptstadt Stuttgart (für Bürgerhospital und Gesundheitsamt).

10.2.3 Örtliche Projektkoordination

Die örtliche Projektkoordination lag beim Gesundheitsamt, Psychiatrieplanung und -koordination, von Projektbeginn bis September 2003 bei Herrn Kulke, ab Oktober 2003 bis zum Projektende bei Frau Tietze.

10.2.4 Zielgruppe

Die Zielgruppe im Rahmen des Projektes waren chronisch psychisch kranke Menschen, die einen Hilfebedarf im Bereich ambulant oder stationär betreuter Wohnformen aufweisen.

10.3 Erfahrung und Ergebnisse

Auftrag der Arbeitsgruppe war es für die Zielgruppe zu prüfen, inwieweit eine einheitliche einrichtungsübergreifende Hilfeplanung praktiziert werden kann. Weiterhin war es Auftrag der Arbeitsgruppe zu prüfen, ob es geeignete Instrumente gibt, die praktikabel sind, den Hilfebedarf angemessen zu erfassen und mit vertretbarem Aufwand anzuwenden. Ein weiterer Arbeitsauftrag war es zu prüfen, ob eine einrichtungsübergreifende Hilfeplankonferenz zur personenbezogenen, institutionenübergreifenden Abstimmung der Hilfeplanung eingerichtet werden soll. Bereits bestehende Formen von Hilfeplankonferenzen, Aufnahme- oder Fallkonferenzen sollten dafür genutzt werden. Die Teilnehmer an einer solchen Hilfeplankonferenz sollten von der Arbeitsgruppe bestimmt werden.

Die Arbeitsgruppe kam zu dem Ergebnis, dass eine einheitliche einrichtungsübergreifende Hilfeplankonferenz in Stuttgart etabliert werden soll. Auf der Grundlage der Vereinbarung vom Juni 2003 (Geschäftsordnung) fand am 15. Januar 2004 die konstituierende Sitzung statt. Teilnehmer der Hilfeplankonferenz sind

- Klinikum Bürgerhospital, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie ein Vertreter des Stadthauses (angegliedertes Wohnheim),
- Furtbachkrankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Caritasverband für Stuttgart e.V.,
- Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.,
- Rehabilitationszentrum Rudolf-Sophien-Stift gGmbH,
- Haus am Berg gGmbH,
- ArbeiterInnenselbsthilfe e.V.,
- Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart, Sozialpsychiatrische Dienste,
- Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern sowie punktuell
- Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart, Psychiatrieplanung.

In der Arbeitsgruppe wurden verschiedene Instrumente im Zusammenhang mit der Hilfeplankonferenz entwickelt beziehungsweise abgestimmt:

- Ablaufschema für Vermittlung in begleitende Wohnformen in Stuttgart,
- Merkblatt zur Vorstellung von Hilfeplänen in der Hilfeplankonferenz,
- Merkblatt zur Einwilligungserklärung zum Verfahren der Hilfeplanung – Information zur Hilfeplanung für Menschen mit psychischer Erkrankung in der Landeshauptstadt Stuttgart,
- Einwilligungserklärung zum Verfahren der Hilfeplanung.

Die Hilfeplankonferenz ist für alle Aufnahmen in betreute Wohnformen zuständig. Besprochen werden sollen alle psychisch kranken Menschen, die einen Hilfebedarf im ambulant und stationär betreuten Wohnen aufweisen. Zu Beginn des Prozesses überwog zunächst die Haltung, nur die sogenannten Schwierigsten in die Hilfeplankonferenz einzubringen. Beim Einbringen aller Anfragen wurde ein zeitlich zu aufwendiges Verfahren befürchtet. Diese Haltung wurde im Verlauf der Diskussion wieder verworfen. Zum einen sollte der Hilfebedarf nach einem einheitlichen, von allen angewandten Verfahren bei der Gesamtgruppe festgestellt und gemeinsam besprochen werden, um Vergleichbarkeit und Plausibilität herstellen zu können. Zum anderen wurde deutlich, dass nur über die Befassung mit allen Anfragen der jeweilige Gesamtbedarf zu eruieren ist als Grundlage für die Erarbeitung weitergehender Konzepte. Bei einer Empfehlung der Hilfeplankonferenz bleibt die Entscheidungshoheit jeder Einrichtung über die Aufnahme bestehen.

10.3.1 Qualitätsentwicklung von Hilfeplanung und Leistungserbringung

10.3.1.1 Ausgangslage

Zum Zeitpunkt des Projektbeginns bestanden in Stuttgart drei Aufnahmekonferenzen mit regional definierter Zuständigkeit für die ambulanten und stationären Wohnangebote (RAG - Regionale Aufnahmegremien). Der IBRP wurde in einzelnen Einrichtungen und Diensten bereits im Einzelfall verwendet, jedoch nicht als Medium einrichtungsübergreifender Verständigung. Insofern bildet die Einführung der Hilfeplankonferenz sowie die Verwendung des IBRP einrichtungsübergreifend im Bereich Wohnen ein wesentliches Element zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung im Bereich Hilfeplanung. Da zum Zeitpunkt des Abschlussberichtes noch keine Erfahrungen aus der Hilfeplankonferenz in Stuttgart vorliegen, können zu den meisten der folgenden Unterpunkte nur sehr begrenzt Aussagen gemacht werden.

10.3.1.2 Hilfeplanung

Alle unterzeichnenden Dienste und Einrichtungen verwenden mittlerweile den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als einheitliches Instrument der Hilfeplanung. Der IBRP soll zur Vorstellung in der Hilfeplankonferenz benutzt werden und damit die Zusammenarbeit der unterzeichnenden Einrichtungen und Dienste vereinheitlichen und effektiver machen. Die Einbeziehung der Klienten ist, sofern es gewünscht wird, vorgesehen und möglich. Entsprechende Erfahrungen liegen derzeit noch nicht vor.

10.3.1.3 Kooperation und Koordination bei Hilfeplanung und Leistungserbringung

10.3.1.3.1 Koordinierende Bezugsperson

Mit Einführung der Hilfeplankonferenz Anfang 2004 wurde auch die koordinierende Bezugsperson eingeführt. In den Fällen, in denen weder ein Betreuer noch eine koordinierende Be-

zugsperson in einem anderen Fachdienst zur Verfügung steht, soll der Sozialpsychiatrische Dienst die Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson wahrnehmen.

Im Rahmen der Hilfeplanung wird für jeden Klienten eine koordinierende Bezugsperson benannt, deren Aufgabe trägerübergreifend die Verlaufsabstimmung der Hilfe ist. Eine personelle Kontinuität wird angestrebt.

10.3.1.3.2 Organisation der Hilfeplankonferenz, Beteiligte, Geschäftsordnung

Die konstituierende Sitzung der Hilfeplankonferenz fand am 15. Januar 2004 statt, sie soll monatlich tagen. Beteiligte Einrichtungen sind das Klinikum Bürgerhospital, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, das Furtbachkrankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, der Caritasverband für Stuttgart e.V., die Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V., das Rehabilitationszentrum Rudolf-Sophien-Stift gGmbH, Haus am Berg gGmbH, ArbeiterInnen-selbsthilfe e.V., Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt für das Betreute Wohnen, die Sozialpsychiatrischen Dienste, der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern sowie punktuell die Sozialplanung des Gesundheitsamtes, Landeshauptstadt Stuttgart.

Die projektbegleitende Arbeitsgruppe hat sich darauf geeinigt, dass die Koordination und Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz bei den Sozialpsychiatrischen Diensten angesiedelt wird und dass Evangelische Gesellschaft und Caritasverband diese Aufgabe gemeinsam wahrnehmen. Die Evangelische Gesellschaft und der Caritasverband haben dafür Stiftungsmittel für die Geschäftsführung über einen Zeitraum von fünf Jahren beantragt und zwischenzeitlich auch zugesagt erhalten. Beide Verbände bringen je eine halbe Stelle in die Geschäftsführung ein. Durch diese vergleichsweise großzügig bemessenen Personalressourcen sollen eine sorgfältige Planung, Vorbereitung und Organisation der Hilfeplankonferenz, begleitende Fortbildungsmaßnahmen und eine entsprechende Auswertung sichergestellt werden.

10.3.1.3.3 Beteiligung der Klienten, Datenschutz

Eine Beteiligung der Klienten ist, soweit dies gewünscht wird, selbstverständlich vorgesehen. Eine anonymisierte Vorstellung ist möglich. Die Belange des Datenschutzes wurden von der Aktion Psychisch Kranke e.V. mit dem Landesdatenschutzbeauftragten und dem Sozialministerium erarbeitet und in das Procedere der Hilfeplankonferenz sowie deren Instrumente einbezogen.

10.3.1.3.4 Periodische Fortschreibung von Hilfeplänen

Eine periodische Fortschreibung von Hilfeplänen ist vorgesehen. Die sinnvollen Zeitspannen werden im Laufe der praktischen Erfahrungen mit der Hilfeplankonferenz festgelegt.

10.3.1.3.5 Dokumentation

Die Hilfeplankonferenz bzw. deren Geschäftsführung wird die eingebrachten Problemstellungen insbesondere im Hinblick auf folgende Faktoren hin dokumentieren: Anzahl der erfolgten Vermittlungen, Anzahl der nicht erfolgten Vermittlungen, Anzahl der Vermittlungen nach außen (außerhalb der Stadtgrenzen Stuttgart). Diese Daten bilden die Grundlage für eine weitere sozialplanerische Behandlung und Abstimmung in den entsprechenden Gremien.

10.3.1.3.6 Zusammenfassende Bewertung zur Qualitätsentwicklung

Aufgrund der Tatsache, dass in Stuttgart noch keine längeren Erfahrungen mit der Hilfeplankonferenz vorliegen, kann hierzu keine weitergehenden Aussagen gemacht werden. Positiv wird jedoch vermerkt, dass sich die Träger im Projektverlauf auf die Einführung von Hilfeplankonferenzen trägerübergreifend geeinigt haben, dafür den IBRP als gemeinsames Instrument einführen und es somit gelingen kann, auch die schwierigen und besonders schwierige Fälle im Bereich des ambulant und stationär betreuten Wohnens für psychisch Kranke in Stuttgart zukünftig im Zusammenwirken aller Träger zu lösen.

10.3.2 Verbundentwicklung

10.3.2.1 Ausgangslage

Auf der Basis des GPV-Konzeptes wurden in Stuttgart Leitlinien für den Gemeindepsychiatrischen Verbund 1994 verabschiedet.⁵⁸

10.3.2.2 Versorgungsauftrag, Pflichtversorgung

Im Rahmen des Projekts sollen hinsichtlich der sich aus der Versorgungsverpflichtung ergebenden Konsequenzen Möglichkeiten der Vertiefung verbindlicher Kooperation erarbeitet und entsprechende Vereinbarungen vorbereitet werden.

10.3.2.3 Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen

Die Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsformen ist in Stuttgart nicht Gegenstand des Projekts gewesen.

In Stuttgart werden derzeit auf Beschluss des Gemeinderates neue Steuerungsmodelle entwickelt für Leistungsbereiche, die von Seiten der Stadt finanziert bzw. gefördert werden. Für die Sozialpsychiatrischen Dienste sind Leistungsbeschreibungen erstellt worden. Die städtische Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste wird künftig auf Zuwendungsvereinbarung mit den Modulen Leistungsbeschreibung, Vergütungsvereinbarung und Berichtswesen umgestellt.

Ansätze zu integrierter Leistungserbringung sind in der Verknüpfung von Sozialpsychiatrischem Dienst, ambulant betreutem Wohnen und Tagesstätten zu sehen.

10.3.2.4 GPV-Organisation

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) in Stuttgart wird im Rahmen der vorhandenen regionalen Steuerungsgremien beraten und weiterentwickelt. Es sind dies der Gesundheitsausschuss des Gemeinderates und die Planungsklausur unter Federführung des Gesundheitsamtes mit nachgeordneten Arbeitsgruppen.

Zur Zeit befindet sich die Psychiatrielandschaft nicht nur in Stuttgart im Umbruch. Aktuelle Einflussfaktoren sind:

- der Ausfall der pauschalen Kassenfinanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste seit 1. Juli 2002,

⁵⁸ Landeshauptstadt Stuttgart, Referat für Soziales, Jugend und Gesundheit: Bestandserhebung Gemeindepsychiatrischer Verbund, 1997.

- Kürzungen der Landeszuschüsse für die sozialpsychiatrischen Dienste zum 1. Januar 2003,
- die Konzeption GPZ (Gemeindepsychiatrisches Zentrum) des Sozialministeriums Baden-Württemberg sowie
- der aktuelle Auftrag des Gemeinderates, die Sozialpsychiatrischen Dienste der Stadt daraufhin zu überprüfen, ob ihre Arbeit auch von freien Trägern erbracht werden könnte.

Diese Faktoren werden die Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in Stuttgart beeinflussen. Eine abschließende Beurteilung ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

10.3.2.5 Budgetermittlung, Monitoring, Ressourcensteuerung

Die Erfahrungen der Hilfeplankonferenz werden hinsichtlich der verfügbaren Möglichkeiten der Bedarfsdeckung und hinsichtlich der quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung des Hilfeangebotes ausgewertet. Eine entsprechende Dokumentation soll für die Hilfeplankonferenz entwickelt werden. Insbesondere Klientenbewegungen über die Stadtgrenzen hinweg sollen erfasst, dokumentiert und hinsichtlich der Konsequenzen für das örtliche Hilfesystem bewertet werden.

10.3.2.6 Zusammenfassende Bewertung zum Stand der Verbundentwicklung

Der Stuttgarter Gemeindepsychiatrische Verbund hat sich in der Vergangenheit nicht zuletzt durch die gute Kooperation der Stuttgarter Träger bewährt. Die bereits erwähnten strukturellen Probleme werden Thema der Weiterentwicklung sein, insbesondere im Hinblick auf eine höhere Verbindlichkeit, vertraglich geregelte Kooperationsstrukturen und Kooperationsstandards.

10.4 Projektdurchführung

10.4.1 Projektbegleitende Gruppe

Die projektbegleitende Gruppe „AG Implementation“ auf der Steuerungsebene und die „Unter-AG Implementation“ auf der operativen Ebene haben im Projektzeitraum intensiv gearbeitet und so die Konsensbildung innerhalb der Trägerlandschaft sowie die Etablierung der Hilfeplankonferenz ermöglicht. Die hier z.T. sehr intensiven und auch kontroversen Diskussionen waren die Grundlage für die erfolgreiche Teilnahme der Landeshauptstadt an dem Implementationsprojekt.

10.4.2 Verantwortlichkeiten

Die Stadt Stuttgart hat sich verpflichtet, die Steuerungs- und Koordinationsaufgaben des Modellprojektes in Stuttgart zu übernehmen, die Ressourcen dafür bereitzustellen und aktiv an der Umsetzung im Bereich Wohnen mitzuwirken. Die örtliche Projektkoordination lag beim Gesundheitsamt, Stabsstelle Gesundheits- und Sozialplanung, Psychiatrieplanung und -koordination. Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts wurde von der Aktion Psychisch Kranke e.V. wahrgenommen. Die Verantwortlichkeit für die Hilfeplankonferenz liegt bei den Trägern und der Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz. Der überörtliche Sozialhilfeträger (Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern) hat sein Interesse an der Teilnahme der Hilfeplankonferenzen signalisiert, was von allen Prozessbeteiligten sehr begrüßt wird.

10.4.3 Leistungen der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer haben aktiv den Modellverlauf gestaltet und die dazu notwendigen fachlichen und personellen Ressourcen eingebracht. Für die Hilfeplankonferenz werden diese Ressourcen weiterhin von den Trägern zur Verfügung gestellt.

10.4.4 Leistungen der Aktion Psychisch Kranke e.V.

Die Vertragsleistungen der Aktion Psychisch Kranke e.V. wurden gemäß der Vereinbarung zwischen der Stadt Stuttgart und der Aktion Psychisch Kranke e.V. erbracht.

10.4.5 Überregionale Vernetzung, überregionale Auswirkungen

Dem Austausch zwischen den Regionen diente eine Arbeitsgruppe, in der die Vertreter der Projektregionen regelmäßig zusammenkamen. Diese Treffen sollten den Regionen die jeweiligen Entwicklungen in den anderen Regionen vermitteln und übergreifende Fragen und Themenstellungen entwickeln sowie Informationen aus dem Landesprojekt und dem Bundesprojekt weitergeben.

10.4.6 Zusammenfassende Betrachtung des Projektverlaufs

Zu Beginn der Projektphase gab es einen hohen Diskussionsbedarf über:

- den Modus,
- die Instrumente und
- den Personenkreis im Gemeindepsychiatrischen Verbund

zur Einführung des personenzentrierten Ansatzes in der Hilfeplanung in Stuttgart.

Im Projektverlauf kam es zunehmend zu Konsensbildung und konkreten Vorstellungen zur Umsetzung und Etablierung der Hilfeplankonferenz im Versorgungsbereich Wohnen. Die Akzeptanz der beteiligten Träger nahm zu. Die Zusammenarbeit zwischen klinischem Versorgungsbereich und den außerklinischen Angeboten konnte intensiviert werden.

Die Informationen und Schulungen zum IBRP trugen nach anfänglichen Schwierigkeiten zur Bereitschaft der beteiligten Personen bei, den teilweise erheblichen Mehraufwand zu leisten.

Die Tatsache, dass es über Spendenmittel den Stuttgarter Trägern gelungen ist, für die Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz Stiftungsmittel zu bekommen, wird zum Erfolg des Projektes maßgeblich beitragen, weil es der Hilfeplankonferenz eine professionelle Begleitung und Führung ermöglicht.

10.5 Ausblick

Die konstituierende Hilfeplankonferenz in Stuttgart und eine erste reguläre Sitzung haben zum Zeitpunkt der Berichterstellung stattgefunden. Der weitere Verlauf wird sich daran bemessen, wie es gelingt, die Akzeptanz aller Beteiligten zu konsolidieren und die Kooperationsstruktur weiterzuentwickeln. Dies erfordert die Bereitschaft zur Transparenz bei allen Trägern.

Mit Hilfe des Implementationsprojektes wurde auf dem Weg in Richtung Versorgungsverpflichtung ein weiterer, wichtiger Schritt vollzogen. Die gemeinsame Einsicht aller Beteiligten in die Notwendigkeit der gemeinsamen Ressourcenverwaltung und der gemeinsamen Ver-

antwortung im Bereich des betreuten Wohnens kann zweifellos als das zentrale Ergebnis festgehalten werden. Die Hilfeplankonferenz wie auch der IBRP sind u.a. die dafür erforderlichen Verfahren und Instrumente, um dieses Ziel zu erreichen.

Der Umbau der Psychiatrielandschaft in Stuttgart, Veränderungen in der Förderlandschaft auf Seiten des Landes, die Weiterentwicklung hin zu Gemeindepsychiatrischen Zentren im Gemeindepsychiatrischen Verbund, der Übergang von bisherigen Zuständigkeiten des überörtlichen Sozialhilfeträgers auf die kommunale Ebene sowie die Realisierung anstehender Planungsprojekte nicht nur im Bereich Wohnen werden wesentlichen Einfluss auch auf die Entwicklung der Hilfeplankonferenz in Stuttgart haben.

Die sich aus der Hilfeplankonferenz ergebenden Erfahrungen und Erkenntnisse werden in engem Kontakt zwischen der Hilfeplankonferenz und deren Geschäftsführung und der Psychiatrieplanung in die Planungsklausur Psychiatrie mit ihren entsprechenden Gremien überführt und den politischen Entscheidungsträgern vorgelegt.

10.6 Weiterführung der im Projekt implementierten Verfahrensweisen, Strukturen und Arbeitsvorhaben in der Stadt Stuttgart

Thema	Weiteres Verfahren	Beschlossen am/durch
Hilfeplanung, Anwendung des IBRP	<ul style="list-style-type: none"> Für die Hilfeplanung bei Bedarf im Bereich Wohnen wird in der Regel der IBRP verwendet. 	Vereinbarung vom 27.06.2003
Hilfeplankonferenz	<ul style="list-style-type: none"> Die Hilfeplankonferenz wird in der im Januar 2004 konstituierten Form weitergeführt und erprobt. 	AK Implementation 29.01.2004
Zukunft der Projektsteuerungsgruppe, GPV-Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> Der AK Implementation hat seine Arbeit beendet. 	AK Implementation 29.01.2004
	<ul style="list-style-type: none"> Im Zuge der eingeleiteten Neuordnung der psychiatrischen Koordinationsgremien wird eine Projektgruppe für den Bereich Wohnen gebildet, die auch die Arbeit der HPK begleitet. 	AK Implementation 29.01.2004
Regionale Zielplanung	<ul style="list-style-type: none"> Projektgruppe für den Bereich Wohnen wird gebildet (Mai 2004). 	
Veranstaltungen zu Projektabschluss	<ul style="list-style-type: none"> Bericht im Gesundheitsausschuss des Gemeinderates im November 2004. 	