

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

Materialien-Anhang



Baden-Württemberg
SOZIALMINISTERIUM

Anhang:

Materialien

Vorbemerkung zum Anhang

Am Beginn des Anhangs steht die Zusammensetzung der beiden projektbegleitenden Gremien auf Landesebene:

- projektbegleitende Expertengruppe,
- Arbeitsgruppe der Projektregionen.

Weiter sind im Anhang Unterlagen zusammengestellt, die im Laufe des Projektes den Regionen zur Verfügung gestellt oder zur Verwendung in den Regionen erarbeitet wurden. Dabei handelt es sich vor allem um folgende Themenbereiche:

- **Regionale Projektvereinbarung:** Mit den am Projekt teilnehmenden Regionen wurden in der Startphase Vereinbarungen erarbeitet, die die allgemeinen Projektziele unter Berücksichtigung der Gegebenheiten in der Region zu einem Arbeitsvorhaben für die Region konkretisierten.
- **Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz:** Abgebildet wird der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) mit der vom baden-württembergischen Landesdatenschutzbeauftragten empfohlenen Einwilligungensformel am Schluss (unter Ziffer 9). Dokumentiert sind ferner das Merkblatt zur Information der Klientinnen und Klienten sowie das Formular einer Einwilligungserklärung zur Beteiligung am Verfahren, wie sie mit dem Landesdatenschutzbeauftragten abgestimmt wurden. Unter den Materialien der einzelnen Projektregionen sind Merkblätter zur Information von Fachkräften sowie zu den Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson, ferner Geschäftsordnungen für die Hilfeplankonferenzen abgedruckt.
- **Gemeindepsychiatrischer Verbund:** Zur Entwicklung einer regionalen Zielplanung für die Weiterentwicklung der Versorgung wurde eine Bestandsaufnahme mit dem Bogen zur regionalen Zielplanung in der Psychiatrie (ReZiPsych) durchgeführt. Außerdem wurde in allen beteiligten Landkreisen an Rahmenvereinbarungen für den Gemeindepsychiatrischen Verbund gearbeitet. Dokumentiert ist die in der Projektlaufzeit unterzeichnete Vereinbarung aus Lörrach. Schließlich wird auch die Initiative dokumentiert, mit der die Aktion psychisch Kranke e.V. im März 2003 einen Diskussionsprozess über die Funktion Gemeindepsychiatrischer Verbände und den Aufbau einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände angestoßen hat.

Die abgedruckten Dokumente aus den Projektregionen sind zu verstehen im Zusammenhang mit den Verlaufsberichten aus den Projektregionen im Teil II dieses Berichtes.

Die Landkreise Ravensburg und Bodenseekreis bildeten eine Projektregion, die dort entwickelten Texte galten dementsprechend für beide Teile der Projektregion. Zum Ende der Projektlaufzeit erfolgte eine Aufgliederung in den Gemeindepsychiatrischen Verbund Ravensburg und den Gemeindepsychiatrischen Verbund Bodenseekreis. Die Texte werden jeweils nur einmal dokumentiert.

Für alle hier zusammengestellten Texte gilt, dass aus technischen Gründen (Einbindung in ein Gesamtdokument) Veränderungen in der äußeren Gestaltung notwendig waren. Die Texte sind in ihrem Inhalt davon nicht berührt. Mitunter sind den Texten erläuternde Hinweise der Redaktion in *kursiver* Schrift vorangestellt.

A Allgemeine Materialien

Expertengruppe und Arbeitsgruppe der Projektregionen

Mitglieder der projektbegleitenden Expertengruppe

- Prof. Dr. Gerhard Haas, Med.-Päd. Fachdienst der Landeswohlfahrtsverbände
 - Christa Heilemann, Landkreistag Baden-Württemberg
 - Rainer Kluza, BruderhausDiakonie. Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg
 - Werner Nunnenmann, Landeswohlfahrtsverband Baden
 - Dr. Klaus Obert, Caritasverband für Stuttgart
 - Karl Salzl, Landesverband Baden-Württemberg der Betriebskrankenkassen
 - Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel, Zentrum für Psychiatrie Weissenau
 - Manfred Schöniger, Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg, Diakonisches Werk Baden
 - Reinhard Urban, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern
- Sozialministerium Baden-Württemberg:*
- Dr. Werner Traub, ab September 2001 Dr. Lothar Güntert
 - Franz-Josef Zähringer, ab August 2002 Dr. Rita Maria Bock
- Aktion Psychisch Kranke e.V.:*
- Ulrich Krüger, Geschäftsführer
 - Georg Schulte-Kemna, Projektbegleiter
 - Dr. Christa Widmaier-Berthold, *Vorsitzende der Expertengruppe*

Mitglieder der Arbeitsgruppe der Projektregionen

Landkreise Ravensburg/Bodenseekreis:

- Dr. Michael Konrad, Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Leiter Heimbereich
- Rainer Barth, Landratsamt Bodenseekreis, Psychiatriekoordinator

Landkreis Reutlingen:

- Sabine Mayer-Dölle, Landratsamt, Sozialdezernentin,
ab Frühjahr 2003: Uwe Köppen, Psychiatriekoordinator
- Wolfgang Trauner, BruderhausDiakonie. Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg

Landkreis Lörrach:

- Mechthild Engert, ab 2003 Reiner Faller, Landratsamt, Psychiatriekoordinator
- Bernd Sevecke, Markus-Pflüger-Heim, Schopfheim

Landeshauptstadt Stuttgart:

- Dieter Kulke, ab April 2003 Rosel Tietze, Gesundheitsamt, Psychiatriekoordinatorin
- Dr. Klaus Obert, Caritasverband für Stuttgart

Sozialministerium Baden-Württemberg:

- ab August 2002 Dr. Rita Maria Bock

Aktion Psychisch Kranke e.V.:

- Ulrich Krüger, Geschäftsführer
- Dr. Christa Widmaier-Berthold, Vorstandsmitglied
- Georg Schulte-Kemna, Projektbegleiter, *Moderation der Arbeitsgruppe*

Erläuterung zum Verfahren der Hilfeplanung

Als Ergebnis eines vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projekts der Aktion Psychisch Kranke e.V. (1992–1998) wurde eine Reform der Versorgung psychisch kranker Menschen empfohlen, die unter anderem folgende Aspekte berücksichtigt:

- eine stärkere Berücksichtigung individueller Hilfebedarfe bei der Hilfeleistung,
- eine stärkere Zusammenarbeit der beteiligten Therapeuten, Dienste und Einrichtungen bei der Hilfeplanung
- eine stärkere Zusammenarbeit der beteiligten Therapeuten, Dienste und Einrichtungen bei der Hilfeleistung

Diesen Zielen dient die Einführung eines einheitlichen Hilfeplanverfahrens, eine abgestimmte Beschlussfassung über Hilfeleistungen und die Benennung einer koordinierenden Bezugsperson.

1. Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan

Es wird von allen Diensten und Einrichtungen zur Behandlung und Rehabilitation einer Region ein einheitliches Verfahren zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung eingeführt, bei dem der psychisch Kranke, seine Angehörigen und andere Bezugspersonen einbezogen werden: der »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP).

Der IBRP dient der Strukturierung eines Hilfeplangesprächs mit psychisch kranken Menschen, die um Hilfeleistungen nachfragen. Er ist weder ein Begutachtungsbogen, der von Fachleuten erstellt wird, noch ein Fragebogen, der von Klienten ausgefüllt wird. Er ist als abgestimmtes Ergebnis-Protokoll eines Hilfeplangesprächs zu verstehen. Er wird von einer für dieses Verfahren bestimmten psychiatrischen Fachkraft („federführend für die Erstellung des Behandlungs- und Rehabilitationsplans“, siehe letzte Seite des IBRP) und dem Klienten gemeinsam erstellt und von beiden unterschrieben.

Der IBRP ist als **qualitatives** Hilfeplanungsinstrument zu verstehen, das den Anforderungen nach Gesamtplanung (z.B. § 46 BSHG, den Regelungen der §§ 9-12 SGB IX) und der Orientierung am individuellen Hilfebedarf entspricht und *vor* einer quantitativen Einschätzung des Hilfebedarfs erstellt werden soll. Der IBRP läuft nicht auf die Beschreibung von Standardhilfepaketten („Betreutes Wohnen“, „Heim“, „Tagesstätte“ usw.), sondern von individuellen Bedarfen hinaus. Für alle Beteiligten, einschließlich der Klienten, wird dadurch die Transparenz über die vorgesehenen Leistungen erhöht. Ein weiterer wesentlicher Qualitätsgewinn ergibt sich aus der differenzierten Zielbestimmung der Hilfen, die ihrerseits aus der aktuellen Situation und der angestrebten Lebensform abgeleitet werden. Dies alles geschieht in Absprache mit den Klienten.

Der IBRP ist gleichzeitig die **fachliche Grundlage** für eine Entscheidung über die Hilfeintensität und die geeigneten Leistungserbringer. „Grundlage“ bedeutet, dass auf dem IBRP selbst noch keine quantitativen Einstufungen vorgenommen werden.

Außerhalb Baden-Württembergs werden der IBRP oder geringfügig abgewandelte Instrumente eingesetzt in folgenden Ländern:

- **Rheinland-Pfalz:** als Integrierter Hilfeplan IHP umgearbeitet zur Nutzung bei der Hilfeplanung aller Zielgruppen der §§ 39/40 BSHG landesweit verbindlich und eingeführt;

- **Bayern:** IBRP in einzelnen Regionen; in allen Bezirken wurde ein stark an den IBRP angelehntes Instrument („Sozialbericht“) erprobt und evaluiert; eine Entscheidung steht noch aus;
- **Berlin:** als „Berliner Rehabilitationsplan“ (mit leichten Kürzungen) für seelisch behinderte Menschen landesweit verbindlich und eingeführt;
- **Mecklenburg-Vorpommern:** gemäß Rahmenvertrag für seelisch behinderte Menschen landesweit verbindlich und eingeführt;
- **Bremen:** landesweit für seelisch behinderte Menschen eingeführt;
- **Nordrhein-Westfalen:** im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbands Rheinland als Integrierter Hilfeplan IHP umgearbeitet zur Nutzung bei der Hilfeplanung aller Zielgruppen der §§ 39/40 BSHG verbindlich und eingeführt; im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe ist der IBRP anerkannt, aber nicht verbindlich;
- **Hessen:** verbindlicher Einsatz des IBRP in zehn Regionen im Rahmen eines Landesprojekts, darüber hinaus in anderen Regionen ohne verbindliche Regelung;
- **Thüringen:** in Gera eingeführt und verbindlich, ansonsten weit verbreitet aber nicht verbindlich; aktuell weitere Einführung des IBRP über ein Landesprojekt;
- sowie in einzelnen Regionen in weiteren Ländern.

Auf dem IBRP werden Angaben zu folgenden Aspekten notiert, soweit sie für die nachgefragten Hilfeleistungen relevant sind:

- die aktuelle Situation, bzw. aktuelle Probleme,
- Ziele, für deren Erreichen Hilfe nachgesucht wird,
- Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, die die Zielerreichung fördern oder erschweren,
- das Bestehen von Möglichkeiten zu nicht-psychiatrischen Hilfen,
- das geplante Vorgehen und
- die Zuständigkeiten für die Hilfeleistungen,
- soweit erforderlich (z.B. für die Leistungsbeantragung) die Diagnose.

Darüber hinaus enthält der Bogen keine Angaben, z.B. biographische oder anamnestiche Angaben.

2. Das Verfahren der Hilfeplanung

Die Beteiligung der Hilfeempfänger spielt in der Hilfeplanung nach dem IBRP-Verfahren die zentrale Rolle. Alle Klienten sind an der Erstellung ihres IBRP beteiligt, können ggf. abweichende Sichtweisen vermerken und erhalten den ausgefüllten IBRP. Struktur und Sprache sind bewusst allgemeinverständlich gehalten.

Die Hilfeplanung mit dem IBRP wird in der Regel von den Einrichtungen bzw. Diensten geleistet, die aktuell mit dem Klienten in Kontakt stehen (Reihenfolge gemäß Anteil an den vorgelegten IBRP):

- psychiatrische Klinik,
- Einrichtung des komplementären Bereichs,
- Sozialpsychiatrischer Dienst,
- gesetzliche Betreuer,
- Wohnungslosenhilfe,
- sonstige (Beratungsstellen, Angehörige, Sozialverwaltung).

Beim Erstellen des IBRP sollen möglichst alle wesentlichen Therapeuten, die aktuell für den Klienten tätig sind, einbezogen werden. Jede einzelne Einbeziehung geschieht jedoch nur auf Wunsch und mit Zustimmung des Klienten. Die einbezogenen Dienste und Einrichtungen werden auf dem IBRP verzeichnet und sind auch dadurch für den Klienten erkennbar.

Auch die Einbeziehung von persönlichen Bezugspersonen (Eltern, Partner usw.) ist oft von Vorteil. Auch dazu kommt es nur auf Wunsch und mit Zustimmung des Klienten.

Die Einbeziehung kann differenziert gestaltet werden. Möglich ist das alleinige Befragen nach Einschätzung zu erforderlichen Hilfeleistungen und realistischen Zielen. Möglich ist auch die Aushändigung des IBRP zur Stellungnahme. Dies entscheidet der Klient. Als optimal wird angesehen, dass jeder als ‚beteiligt‘ ausgewiesene Dienst den ausgefüllten IBRP zur Kenntnis erhält, damit abgestimmt an gleichen Zielen gearbeitet werden kann und die Zuständigkeiten allgemein bekannt sind.

Bestandteil des Verfahrens ist jeweils eine genaue Information der KlientInnen über die Weitergabe der Bögen und ihre schriftliche Einverständniserklärung (auf dem IBRP und auf gesonderten etwas spezielleren Formularen).

Grundsätzlich wird ein ausgefüllter IBRP nicht vom Leistungsträger weitergegeben (z.B. an die erbringenden Einrichtungen). Von anderen Beteiligten wird ein IBRP nur auf ausdrücklichen Wunsch des Hilfeempfängers an andere Dienste oder Einrichtungen weitergegeben.

3. Die Hilfeplankonferenz

In einer Hilfeplankonferenz werden die Ergebnisse der Hilfeplanung besprochen und Maßnahmen beschlossen. Hierbei sind die regionalen und überregionalen Leistungsträger (vor allem der Sozialhilfe, teilweise auch die Krankenkassen) beteiligt. Die Hilfeplankonferenz prüft den gesamten Rehabilitationsbedarf und entspricht insofern genau den Anforderungen des SGB IX zur leistungsträgerübergreifenden Koordination.

In der Hilfeplankonferenz werden mit Hilfe des IBRP die Ergebnisse der bisherigen Hilfeplanung von der Person vorgetragen, die auf dem IBRP als „federführend bei der Hilfeplanung“ angegeben wurde. Die Vorstellung soll in ca. zehn Minuten erfolgen und sich ausschließlich auf die Begründung und Beschreibung des Hilfebedarfs beschränken. Für Nachfragen, Anregungen, Diskussion und Entscheidung stehen in der Regel weitere zehn Minuten zur Verfügung. Entscheidungen werden nur im Konsens getroffen.

An der Hilfeplankonferenz nehmen Vertreter der in der Region ansässigen Dienste und Einrichtungen für psychisch kranke Menschen teil. Sie wird geleitet vom örtlichen Sozialdezernenten oder dem Psychiatriekoordinator. Alle Teilnehmer der Hilfeplankonferenz unterliegen der Schweigepflicht und haben sich gegenüber Dritten zum Stillschweigen über die Inhalte der Hilfeplanungen schriftlich verpflichtet.

Wer im Einzelnen an den jeweiligen Hilfeplankonferenzen teilnimmt, wird grundsätzlich beschlossen und vorab den Klienten mitgeteilt. Dabei sollen nicht nur alle beteiligten Dienste und Einrichtungen aufgelistet werden, sondern die Vertreter namentlich benannt werden.

Aufgrund der Art der Hilfeplanung ist eine Plausibilitätskontrolle auch ohne Klientenkontakt möglich. Es ist dem Klienten daher freigestellt, ob er an der Hilfeplankonferenz teilnimmt. Sofern er sich zur Teilnahme entscheidet, nimmt er nur an der Erörterung seines Hilfebedarfs teil und verlässt die Sitzung.

Soweit der IBRP in einer Hilfeplankonferenz besprochen werden soll, ist dies dem Klienten/der Klientin ausdrücklich mitzuteilen. Dabei sind der Zweck und die Teilnehmer differenziert zu benennen. Bei Zustimmung wird eine gesonderte Einverständniserklärung des Klienten unterzeichnet. Die Hilfeempfänger sollen immer darauf hingewiesen werden, dass die Besprechung auch anonym erfolgen oder unterlassen werden kann. Die meisten Klienten und ihre Betreuer sind an einer Besprechung in der HPK interessiert.

Sofern sich ein Klient gegen eine Erörterung seines Hilfebedarfs in der Hilfeplankonferenz entscheidet, wird sie selbstverständlich nicht vorgenommen. Dem Klienten entstehen durch diese Entscheidung keine Nachteile außer, dass diese einrichtungsübergreifende Abstimmung nicht stattfindet. Der IBRP kann dann vom Klienten mit den Antragsunterlagen dem Leistungsträger zugestellt werden.

Sofern der Klient der Hilfeplankonferenz zugestimmt hat, wird dort insbesondere darauf geachtet, dass keine Informationen über Personen ausgetauscht werden, die diesem Verfahren nicht zugestimmt haben (z.B. Angehörige). Auf die Einhaltung dieser Regel achten außer dem Leiter oft speziell dafür ausgewählte Teilnehmer der Hilfeplankonferenz.

Die Ergebnisse der Hilfeplankonferenz werden wie folgt protokolliert:

- Die personenbezogenen Daten auf einem gesonderten Blatt, das nur der vom Klienten für die Hilfeplanung (federführend) beauftragten Person ausgehändigt wird. Sofern es der Klient gewünscht hat, kann dieses Blatt auch den Antragsunterlagen an den Leistungsträger beigelegt werden.
- Die personenunabhängigen Daten allgemein für die Teilnehmer der Hilfeplankonferenz (Anzahl der besprochenen Fälle, Anzahl der Entscheidungen, Art der Entscheidung: Hilfe zur Teilhabe an der Gesellschaft, medizinische Behandlung oder Rehabilitation usw.)

18.11.2002 / 10.05.2004

Ulrich Krüger

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Projektkoordinator

Aktion Psychisch Kranke e.V.: Bogen A1 (2003 Baden-Württemberg) Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan (IBRP)

Vorbemerkung: Im Rahmen des Projektes wurde der IBRP zunächst in der Version A1 2001, dann in der Version A1 2002 verwendet. Die nunmehr verwendete, hier abgedruckte Version A1 2003 Baden-Württemberg berücksichtigt eine Änderung der Einwilligungsklausel unter 9., die der Landesdatenschutzbeauftragte veranlasst hatte.

- Erster Behandlungs-/Rehabilitationsplan
 Fortschreibung des Plans vom ...

Für den Zeitraum von ... bis ...
 Erstellt am ...

1. Sozialdaten

Name	Vorname
Straße	
Postleitzahl	Wohnort
Telefon	
Geboren am	Geburtsort
Beruf	
Staatsangehörigkeit:	
<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> andere: ...
Krankenkasse	
Versicherungsnummer	Geschäftsstelle
Rentenversicherungsträger	SV-Nummer
Arbeitsamt	Stamm-Nr.

Nächste/r Angehörige/r (bzw. nächste Bezugsperson):

Name, Vorname	
Straße	Telefon
PLZ	Wohnort

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer (nahestehenden) Person Vollmacht erteilt?

- Nein Ja, und zwar: Gesetzl. Betreuer
 Bevollmächtigung

Wenn ja:

Name, Vorname	
Straße	Telefon
PLZ	Wohnort

Wirkungs-/Aufgabenkreis des Betreuers bzw. der bevollmächtigten Person:

- Aufenthalt
 Gesundheitsangelegenheiten
 Vermögensangelegenheiten
 Sonstige: ...

2. Bisherige und aktuelle Behandlungs-/Betreuungssituation

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Dienste/Einrichtungen:

Gab es bisher einrichtungs- bzw. dienstübergreifende Abstimmungen (bzgl. Situationseinschätzung, Zielen, Vorgehen)?

- Ja Nein

Wenn ja, folgende Dienste/Einrichtungen waren beteiligt:

- folgende Berufsgruppen waren beteiligt:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Psychologe/in |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/in | <input type="checkbox"/> Krankenpfleger/in |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):
 schriftlich mündlich in Fallkonferenzen

Die Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmungen betrug durchschnittlich _____ pro Monat/Jahr
 (Unzutreffendes bitte streichen)

War eine koordinierende Stelle/Person für die Behandlungs-/Betreuungsleistungen benannt?

- Ja Nein

Wenn ja, folgende Person/Stelle:

3. Übersichtsbogen

Wohnsituation:

- Vor Beginn des Planungszeitraumes:
 Einzelwohnen: allein zu zweit mit Familie Gruppenwohnen: Kleingruppe Großgruppe Wohnungslos
- Zu Beginn des Planungszeitraumes/während des Planungszeitraumes:
 Einzelwohnen: allein zu zweit mit Familie Gruppenwohnen: Kleingruppe Großgruppe Wohnungslos
- Vorgesehene Veränderungen im/für Planungszeitraum:
 Einzelwohnen: allein zu zweit mit Familie Gruppenwohnen: Kleingruppe Großgruppe Wohnungslos

Aktuelle Situation / Problemlage im Hinblick auf: <ul style="list-style-type: none"> • vorrangige Störungen • Krankheitsbewältigung • lebensfeldbezogene Fähigkeiten / Fähigkeitsstörungen • situative Faktoren • belastende Lebenssituation 	Ziele Vorrangige therapeutische Ziele bezogen auf: <ul style="list-style-type: none"> • angestrebte Veränderungen der Lebenssituation, insbesondere Arbeit und Wohnen • Kompetenzen, Bewältigungsverhalten • Symptomatik, Befindlichkeit

3. Übersichtsbogen (Fortsetzung)

I. Psychische Störungen und FÄHIGKEITEN zu deren Bewältigung	
(a) Antrieb, Depressivität, Selbstwertgefühl (b) Körpererleben (c) Angstsyndrome, Zwänge (d) Realitätsbezug (Halluzinationen, Wahn) (e) Abhängigkeit (Suchtverhalten) (f) emotionale Instabilität (g) Gedächtnis/Orientierung (h) Auffassung/Intelligenz (i) Sinnorientierung des Lebens (k) bei körperlicher Erkrankung/Behinderung (l) selbstgefährdendes Verhalten (m)störendes/fremdgefährdendes Verhalten	
II. FÄHIGKEITEN und Fähigkeitsstörungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher und sozialer Beziehungen	
(a) im engeren Wohn-/Lebensbereich (b) in Partnerschaft/Ehe (c) in sonstigen familiären Beziehungen (d) im Außenbereich (e) im Bereich Ausbildung/Arbeit	
III. FÄHIGKEITEN und Fähigkeitsstörungen in den Lebensfeldern	
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstsorge/Wohnen • arbeitsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung • Tagesgestaltung / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben 	
(a) Ernährung (b) Körperpflege/Kleidung (c) Umgang mit Geld (d) Wohnraumreinigung und -gestaltung (e) Mobilität (f) körperliche Aktivitäten (g) sprachliche Ausdrucksfähigkeit (h) Tag-Nacht-Rhythmus (i) Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen (k) Inanspruchnahme medizinischer/sozialer Hilfen (l) Aufnahme einer Beschäft./Arbeit/Ausbildung (m)Erfüllung der Arbeits-/Ausbildungsanforderung (n) Gestaltung frei verfügbarer Zeit (o) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	

Letzte Diagnosen ICD-9 ICD-10

ICD-Nr.:

Text:

3. Übersichtsbogen (Fortsetzung)

Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen Stufung: 0 keine Beeinträchtigung 1 leichte Beeinträchtigung 2 ausgeprägte Beeinträchtigung 3 stark ausgeprägte Beeinträchtigung	Aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen Stufung: 0 keine Ressourcen 1 geringe, 2 wesentliche entlastende Hilfen	Art der erforderlichen psychiatrischen Hilfen 0 keine Hilfe a Information und Beratung b Erschließung von Hilfen im Umfeld c individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung d begleitende, übende Unterstützung e regelmäßiges intensives individuelles Angebot
I. Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung	Bezogen auf Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung	
0 1 2 3 (a) Antrieb, Depressivität, Selbstwertgefühl	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (b) Körpererleben	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (c) Angstsyndrome, Zwänge	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (d) Realitätsbezug (Halluzinationen, Wahn)	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (e) Abhängigkeit (Suchtverhalten)	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (f) emotionale Instabilität	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (g) Gedächtnis/Orientierung	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (h) Auffassung/Intelligenz	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (i) Sinnorientierung des Lebens	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (k) bei körperlicher Erkrankung/Behinderung	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (l) selbstgefährdendes Verhalten	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (m)störendes/fremdgefährdendes Verhalten	0 1 2	0 a b c d e
II. Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen	Bezogen auf Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen	
0 1 2 3 (a) im engeren Wohn-/Lebensbereich	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (b) in Partnerschaft/Ehe	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (c) in sonstigen familiären Beziehungen	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (d) im Außenbereich	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (e) im Bereich Ausbildung/Arbeit	0 1 2	0 a b c d e
III. Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern <ul style="list-style-type: none"> • Selbstsorge/Wohnen • Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten / Ausbildung • Tagesgestaltung / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben 	Bezogen auf Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern <ul style="list-style-type: none"> • Selbstsorge / Wohnen • Arbeitsähnliche Tätigkeiten / Ausbildung • Tagesgestaltung / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben 	
0 1 2 3 (a) Ernährung	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (b) Körperpflege/Kleidung	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (c) Umgang mit Geld	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (d) Wohnraumreinigung und -gestaltung	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (e) Mobilität	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (f) körperliche Aktivitäten	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (g) sprachliche Ausdrucksfähigkeit	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (h) Tag-Nacht-Rhythmus	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (i) Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (k) Inanspruchnahme medizin./sozialer Hilfen	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (l) Aufnahme einer Beschäft./Arbeit/Ausbildung	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (m)Erfüllung der Arbeits-/Ausbildungsanforderg.	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (n) Gestaltung frei verfügbarer Zeit	0 1 2	0 a b c d e
0 1 2 3 (o) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	0 1 2	0 a b c d e
Bei der Einschätzung der Art der erforderlichen Hilfen beachten: Nicht jede Beeinträchtigung/Störung erfordert eine Hilfe - manche Fähigkeit braucht Förderung!		

3. Übersichtsbogen (Fortsetzung)

Vorgehen Beschreibung der aktivierbaren nicht-psychiatrischen Hilfen und der therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen in Stichworten (evtl. mit Angaben zu Häufigkeit und Zeitbedarf)	Erbringung durch Benennung der an der Erbringung von Hilfen beteiligten Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen unter Beachtung klarer Aufgabenabgrenzung

4. Abweichende Sichtweisen des Klienten/der Klientin

In Stichworten beschreiben, wenn in Bezug auf aktuelle Situation/Problemlage, Ziele, Hilfebedarf und Hilfen abweichende Sichtweisen bestehen; Kompromissbildung skizzieren:

5. Beteiligung an der Erstellung des Integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplans

Folgende Dienste/Einrichtungen sind an der Erstellung dieses Behandlungs-/Rehaplans beteiligt:

Folgende Berufsgruppen sind beteiligt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Psychologe/in |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/in | <input type="checkbox"/> Krankenpfleger/in |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Anmerkungen/Erläuterungen:

Federführend bei der Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans ist:

_____	_____
Name	Einrichtung/Dienst

Die Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans und die Festlegung von vorrangigen Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte

a) in Abstimmung mit dem Klienten/der Klientin

- Ja Nein

b) unter Einbeziehung von Angehörigen

- Ja Nein Entfällt

c) in Abstimmung mit dem gesetzlichen Betreuer

- Ja Nein Entfällt

6. Weitere zur Behandlungs-/Rehabilitationsplanung genutzte Bögen/Instrumente

Weitere zur Behandlungs-/Rehabilitationsplanung bzw. zur diagnostischen Abklärung genutzte Instrumente:

7. Vereinbarungen zur Durchführung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans

Koordinierende Bezugsperson:

_____	_____
Name	Telefon

Anschrift

Vertretung:

_____	_____
Name	Telefon

Anschrift

Fachliche Abstimmung zur Durchführung des Plans

verbindlich vereinbart: Ja Nein

vorgesehen durchschnittlich ____ pro Monat/Jahr
(Unzutreffendes bitte streichen)

bei Krisen Ja Nein

unter Beteiligung folgender Dienste/Einrichtungen:

8. Unterschriften

_____	_____	_____	_____
Datum	Klient/in	ggf. Bevollmächtigte/r; Betreuer/in	Federführende Person/Rehaplan

9. Datenschutzregelung/Schweigepflichtsentbindung

Über den Zweck und die Notwendigkeit der Erhebung und Speicherung meiner persönlichen Angaben im Rahmen der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sowie über deren Umsetzung wurde ich ausführlich unterrichtet. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen des Integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplans (IBRP) an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und die zu diesem Zweck im IBRP unter Ziffer 3 (Übersichtsbogen) abschließend bezeichnet sind.

In diese Weitergabe willige ich ein, soweit sie zum Zweck der Umsetzung des IBRP erforderlich ist.

_____	_____	_____
Datum	Klient/in	ggf. Bevollmächtigte/r; gesetzl. Betreuer/in

Klienten-Information

Merkblatt zum Verfahren der Hilfeplanung für Menschen mit psychischer Erkrankung

Vorbemerkung: Die Behandlung einer Hilfeplanung in der Hilfeplankonferenz setzt die Einwilligung des Klienten bzw. der Klientin voraus. Eine Einwilligungserklärung ist nur wirksam, wenn es sich um eine informierte Einwilligung handelt. In Abstimmung mit dem Landesdatenschutzbeauftragten wurde deshalb das vorliegende Muster eines Merkblatts zur Information der Klienten sowie der Einwilligungserklärung erarbeitet und den Regionen zur Verwendung zur Verfügung gestellt. Bestandteil der Information des Klienten / der Klientin ist zwingend auch eine Information über die Zusammensetzung der Hilfeplankonferenz. Dabei sind die beteiligten Institutionen und deren ständige Vertreter in der Hilfeplankonferenz namentlich aufzuführen. Diese Übersicht kann auf die Rückseite der Einwilligungserklärung kopiert oder der Klienten-Information angehängt werden.

1. Hilfeplanung – wozu?

Wenn Sie in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung über die ärztliche bzw. Krankenhausbehandlung hinaus weitere Hilfen benötigen, wird mit Ihnen dazu eine Hilfeplanung erstellt. Diese Hilfeplanung soll sicherstellen, dass alle wesentlichen Aspekte Ihres Hilfebedarfs auch tatsächlich berücksichtigt werden und Sie die erforderliche Hilfe bekommen. Außerdem soll dieses Verfahren auch dafür sorgen, dass die verschiedenen Fachdienste und Einrichtungen, die Leistungen für Sie erbringen bzw. erbringen werden, gut zusammenarbeiten. Schließlich ist diese Hilfeplanung auch die Grundlage, um Sie bei der im Einzelfall notwendigen Beantragung von Leistungen beim zuständigen Leistungsträger beraten und unterstützen zu können.

Die an der Beratung und Hilfe für psychisch kranke Menschen beteiligten Einrichtungen und Fachdienste im Landkreis haben für die Hilfeplanung **ein einheitliches Verfahren** vereinbart. Dazu gehören

- ein einheitliches Verfahren in der Hilfeplanung mit einem gemeinsamen Formular,
- eine Bezugsperson, die Sie begleitet, sowie
- die Hilfeplankonferenz zur Abstimmung der nötigen Hilfen.

Dieses Verfahren wird Ihnen in dem vorliegenden Merkblatt erläutert.

2. Der Bogen zur Hilfeplanung

Für die Hilfeplanung wird einheitlich der **Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)** verwendet. Dieser Bogen gibt eine Reihe von Fragen zur Klärung Ihres genauen Hilfebedarfes vor, die mit Ihnen besprochen werden. Es kann sein, dass dafür mehrere Gesprächstermine sinnvoll sind. Der Bogen wird entweder mit Ihnen gemeinsam im Gespräch oder auch im Anschluss daran von Ihrer Bezugsperson ausgefüllt. Es geht darum, möglichst genau Ihre Wünsche, Ziele und Bedürfnisse sowie die Schwierigkeiten, die deren Verwirklichung behindern, herauszufinden und auf dieser Grundlage die notwendige Unterstützung für Sie zu planen.

In die Erarbeitung der Hilfeplanung werden Personen einbezogen, die Sie bisher begleitet haben (z.B. Therapeuten, Angehörige usw.) oder die künftig beteiligt sein sollen. Dazu wird in jedem Einzelfall Ihr Einverständnis eingeholt. Dabei wird auch festgehalten, wo es unter-

schiedliche Auffassungen oder Einschätzungen gibt zwischen Ihnen und Ihrer Bezugsperson bzw. den übrigen Beteiligten.

Der Bogen wird abschließend von Ihnen unterschrieben, sodass Sie auch dann, wenn Sie beim Ausfüllen selbst nicht dabei waren, sehen können, was darin steht und ob Sie damit einverstanden sind. Sie können auch eine Kopie des ausgefüllten Bogens bekommen. Die Hilfeplanung wird erstellt jeweils für einen bestimmten Zeitraum (in der Regel für sechs bis zwölf Monate). Danach wird überprüft, welche Ziele erreicht sind und welche Hilfen nötigenfalls weitergeführt werden müssen.

Der IBRP-Bogen dient also zunächst einmal vor allem dazu, Ihren persönlichen Hilfebedarf zu ermitteln. Darüber hinaus dient er danach auch dazu,

- im Rahmen der Hilfeplankonferenz zu erörtern, wie die notwendige Hilfe sichergestellt werden kann, schließlich auch dazu,
- die an der Hilfe beteiligten Stellen über Ihre Ziele und die mit Ihnen vereinbarte Hilfeplanung zu informieren, damit alle Beteiligten einen gleichen Informationsstand haben.

Die Weitergabe Ihres IBRP-Bogens an die Hilfeplankonferenz und an die Stellen, die an der Hilfe beteiligt sind, ist nur mit Ihrer Zustimmung möglich. Dazu wird Ihnen deshalb eine schriftliche Einwilligungserklärung zur Unterschrift vorgelegt.

3. Die Bezugsperson

Bei der Hilfeplanung werden Sie **begleitet von einer Fachkraft als Bezugsperson**. Wenn Sie bisher bereits außerhalb des Krankenhauses von einem psychiatrischen Fachdienst betreut werden, wird das in der Regel die Ihnen bereits bekannte Fachkraft sein. Falls dies nicht der Fall ist, wird dies in der Regel eine Fachkraft aus dem Sozialdienst des Krankenhauses, aus der Institutsambulanz oder aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst sein.

Aufgabe der Bezugsperson ist es, mit Ihnen die Hilfeplanung zu erstellen und im Anschluss daran gemeinsam mit Ihnen die Umsetzung zu koordinieren. Das ist von besonderer Wichtigkeit, sofern Sie von verschiedenen Stellen parallel Unterstützung benötigen. In diesem Fall wird auch festgelegt, wer von Ihren Ansprechpartnern bei den verschiedenen Stellen die Federführung übernimmt als „**koordinierende Bezugsperson**“. Damit soll sichergestellt werden, dass Sie selbst und alle Beteiligten immer wissen, wer für den „Roten Faden“ zuständig ist.

4. Die Hilfeplankonferenz

Die an der Hilfe für psychisch kranke Menschen im Landkreis beteiligten Einrichtungen und Fachdienste haben sich in der Hilfeplankonferenz zusammengeschlossen, um sicherzustellen, dass auch psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf im Landkreis möglichst weitgehend die für ihre Situation und ihre Wünsche und Ziele angemessene Hilfe bekommen und die für ihre Bedürfnisse bestmöglich geeignete Wohn- und Lebenssituation finden. Die **Hilfeplankonferenz** wird von ... [z.B. vom Landratsamt] koordiniert und **soll dafür sorgen**,

- dass Sie möglichst passgenau die Hilfe bekommen, die erforderlich ist, sowie
- dass die abgestimmte Hilfeplanung zügig und ohne Reibungsverluste umgesetzt wird.

In der Hilfeplankonferenz wird von Ihrer Bezugsperson die Hilfeplanung mündlich vorgestellt. Die Schriftfassung des Hilfeplans liegt dabei nur Ihrer Bezugsperson und der Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz vor. Die Hilfeplankonferenz überprüft diese Hilfepla-

nung und vereinbart, welche Stelle welche Teile der erforderlichen Hilfen erbringen kann und in welchem Zeitraum Ihr Hilfebedarf neu festgestellt wird. Die Erörterung der Hilfeplanung kann auch erforderlich machen, dass die an der Konferenz Teilnehmenden ihren Kenntnisstand und die bei ihnen jeweils bereits vorhandenen Informationen über Ihre bisherige Behandlung und Rehabilitation in diese Erörterung einbringen, soweit dies für die Abklärung der weiteren Hilfeplanung notwendig ist.

Über die **Ergebnisse der Hilfeplanbesprechung** wird ein Protokoll erstellt. Das Ergebnis der Hilfeplankonferenz ist gleichzeitig eine fachliche Empfehlung an den für die Finanzierung der geplanten Maßnahmen zuständigen Leistungsträger. Ihre Bezugsperson wird das Ergebnis der Hilfeplankonferenz mit Ihnen besprechen und es mit Ihrem Einverständnis zusammen mit dem ausgefüllten IBRP weiterleiten

- an diejenigen Einrichtungen und Dienste, die in Ihrem Hilfeplan bzw. in der Vereinbarung der Hilfeplankonferenz aufgeführt sind,
- ferner auch an den oder an die aus Sicht der Hilfeplankonferenz zuständigen Leistungsträger (Kostenträger).

Ohne Ihre Genehmigung erhält in diesem Zusammenhang niemand Unterlagen über Sie. Ein Exemplar von ausgefülltem IBRP und Protokoll verbleiben in Hinblick auf die Fortschreibung der Hilfeplanung bei der Geschäftsführung der Hilfeplankonferenz und werden dort verschlossen aufbewahrt.

An der Vorstellung Ihrer Hilfeplanung in der Hilfeplankonferenz können Sie selbst teilnehmen, wenn Sie dies wünschen. Wenn eine gesetzliche Betreuung besteht, gilt das auch für diese Betreuungsperson. Sie können sich auch von einer Person Ihres Vertrauens begleiten oder vertreten lassen.

An der Hilfeplankonferenz nehmen feste Vertreter bzw. Vertreterinnen der beteiligten Einrichtungen und Dienste teil. Eine Übersicht finden Sie in Verbindung mit der Einwilligungserklärung. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht.

5. Warum dieses Verfahren?

a) Die Hilfeplanung

Bei den Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen handelt es sich ganz überwiegend um gesetzliche Sozialleistungen, auf die Sie unter bestimmten, gesetzlich geregelten Voraussetzungen einen Anspruch haben. Bei allen solchen Sozialleistungen ist es notwendig, dass vorher Ihr Hilfebedarf ermittelt und fachlich beurteilt wird. Erst im Zuge dieser fachlichen Prüfung kann nötigenfalls dann auch ermittelt werden, welcher Kostenträger im Einzelfall zuständig ist. Insofern ist **Ihre Mitwirkung an der Hilfeplanung unerlässlich**, wenn eine Ihren Bedürfnissen entsprechende Hilfe zustande kommen soll. Nur in Verbindung mit einer Hilfeplanung können Sie angemessen beraten und vermittelt werden. In Zusammenhang mit der Beantragung von Sozialleistungen sind Sie dem zuständigen Leistungsträger gegenüber zur Mitwirkung an der erforderlichen Hilfeplanung im Rahmen Ihrer Möglichkeiten gesetzlich verpflichtet (vgl. Sozialgesetzbuch Buch X § 67a Abs. 3 Satz 3 in Verbindung mit Buch I § 60 ff.).

b) Die Weitergabe der Hilfeplanung

Die Weitergabe von Hilfeplanungsunterlagen erfolgt grundsätzlich **nur nach Vereinbarung mit Ihnen**. Dabei ist die Weitergabe der Hilfeplanung an diejenigen Stellen, die Leistungen für Sie erbringen sollen, in Ihrem eigenen Interesse notwendig, damit die von Ihnen gewünschte Hilfe überhaupt sachgerecht möglich ist. Für viele Hilfen ist eine Hilfeplanung deshalb auch Voraussetzung für die Aufnahme in die Betreuung. Allerdings benötigt nicht jede Stelle auch den vollen Einblick in Ihre Lebenssituation, um die notwendige Hilfe sachgerecht zu erbringen. Ihre Bezugsperson wird daher mit Ihnen besprechen und vereinbaren, welche Stellen den vollständigen Hilfeplan und evtl. auch weitere Unterlagen (z.B. Arztberichte) benötigen und bekommen sollen und wo eine begrenzte Information ausreicht.

c) Die Hilfeplankonferenz

Das Verfahren der Hilfeplankonferenz soll bewirken:

- eine passgenaue, auf Ihre persönlichen Bedürfnisse zugeschnittene Unterstützung,
- ein beschleunigtes und vereinfachtes Verfahren sowie
- gute und reibungslose Zusammenarbeit der an der Hilfe Beteiligten.

Die Teilnahme am Verfahren der Hilfeplankonferenz wird Ihnen deshalb nachdrücklich empfohlen. Sie ist aber nicht zwingend notwendig, sondern freiwillig. Wenn Sie nicht möchten, dass die Hilfeplanung für Sie in der Hilfeplankonferenz besprochen wird, können Sie das Ihrer Bezugsperson mitteilen. Ihre Ansprüche auf Sozialleistungen werden dadurch nicht irgendwie eingeschränkt. Ihre Bezugsperson wird Ihnen dann Hinweise geben, wie Sie sich direkt an von Ihnen gewünschte Einrichtungen bzw. direkt an den zuständigen Kostenträger wenden können. Sie müssen freilich in diesem Fall unter Umständen mit einem umständlicheren und längeren Verfahren rechnen.

Formular für Klienten

Einwilligungserklärung zum Verfahren der Hilfeplanung

1. Information

Über das Verfahren der Hilfeplanung im Landkreis ... bin ich informiert worden. Das Merkblatt dazu habe ich erhalten.

2. Einwilligungserklärung zur Verwendung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP)

Über den Zweck und die Notwendigkeit der Erhebung und Speicherung meiner persönlichen Angaben im Rahmen der Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sowie über deren Umsetzung wurde ich ausführlich unterrichtet. Ich bin damit einverstanden, dass Informationen des IBRP an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und die zu diesem Zweck im IBRP unter Ziffer 3 (Übersichtsbogen) abschließend bezeichnet sind. In diese Weitergabe willige ich ein, soweit sie zum Zweck der Umsetzung des IBRP erforderlich ist.

..... Datum Unterschrift ggf. Unterschrift Betreuer/-in

3. Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Abstimmungsverfahren in der Hilfeplankonferenz

Über den Zweck und das Verfahren der Abstimmung der Hilfeplanung in der Hilfeplankonferenz bin ich informiert. Ich weiß, dass meine Einwilligung in die namentliche oder anonymisierte Besprechung meiner Hilfeplanung freiwillig ist und dass ich sie bis zur Hilfeplankonferenz jederzeit widerrufen kann. Das gilt auch für die im Merkblatt beschriebene Weitergabe der Daten an die im Einzelfall Beteiligten. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass durch eine Ablehnung der Erörterung meines Hilfebedarfs in der Hilfeplankonferenz bzw. durch einen Widerruf einer bereits erteilten Genehmigung mir allenfalls der Nachteil entstehen kann, dass eine einrichtungsübergreifende Abstimmung nicht stattfinden kann und dass sich daraus unter Umständen Verzögerungen ergeben können. Meine Rechte auf Sozialleistungen werden dadurch nicht berührt.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich bin einverstanden, dass mein Antrag in der Hilfeplankonferenz unter Nennung meines Namens besprochen wird. In diesem Zusammenhang bin ich mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten in der im Merkblatt erläuterten Weise einverstanden.
- Ich möchte, dass mein Antrag in der Hilfeplankonferenz in anonymisierter Form besprochen wird. In diesem Zusammenhang bin ich mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten in der im Merkblatt erläuterten Weise einverstanden.
- Ich bin nicht einverstanden, dass mein Antrag in der Hilfeplankonferenz behandelt wird.

..... Datum Unterschrift ggf. Unterschrift Betreuer/-in

Anlage bzw. Rückseite: Zusammensetzung der Hilfeplankonferenz

Merkblatt für Fachkräfte

Vorstellung von Hilfeplänen in der Hilfeplankonferenz

Vorbemerkung: In den Hilfeplankonferenzen sind neben den festen Mitgliedern und den Fachkräften, die häufiger anlässlich der Vorstellung von Hilfeplänen teilnehmen, immer wieder auch Fachkräfte beteiligt, die mit dem Verfahren noch nicht vertraut sind. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, für diese Personen eine Kurzinformation zur Verfügung zu haben, die das Verfahren knapp erklärt und insbesondere über die gewünschte Form der Vorstellung von Hilfeplänen orientiert. Dafür wurde den Projektregionen von Seiten der Projektbegleitung das nachfolgende Merkblatt als Vorschlag zur Verfügung gestellt. Der Text wird ohne wesentliche Veränderungen in den Projektregionen verwendet.

Aufgabe der Hilfeplankonferenz

Die Hilfeplankonferenz (HPK) ist das Organ des Gemeindepsychiatrischen Verbundes zur Sicherstellung der gemeinsamen Aufgabe der regionalen Pflichtversorgung. Die Aufgabe der HPK ist es daher, einzelfallbezogene Hilfepläne entgegenzunehmen, fachlich zu erörtern und unter Berücksichtigung der Kriterien personenzentrierter Hilfe die Sicherstellung der notwendigen Hilfen zu vereinbaren. Dem zuständigen Leistungsträger gegenüber gilt dieser Beschluss als fachliche Stellungnahme. Die Hilfeplankonferenz hat sich eine Geschäftsordnung gegeben, die erhältlich ist bei der geschäftsführenden Stelle.

2. Voraussetzungen für die Beratung von Hilfeplänen

• Vorliegen einer Hilfeplanung

Die Befassung der Hilfeplankonferenz setzt voraus, dass eine (ggf. vorläufige) Hilfeplanung bereits vorliegt. Die Hilfeplankonferenz ist also nicht der Ort, um eine Hilfeplanung im Einzelfall erst zu erarbeiten. Dies muss im Vorfeld geschehen, nötigenfalls im Rahmen einer personenbezogenen „Helfer-Konferenz“ unter Einbeziehung aller im Einzelfall Beteiligten.

• IBRP-Anwendung

Die Hilfeplanung erfolgt einheitlich mit Hilfe des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP). Der IBRP dient

- als einrichtungsübergreifend einheitliches Raster zur Verständigung über Hilfebedarf,
- als Besprechungsgrundlage für die Hilfeplankonferenz,
- als Medium für die Informationsweitergabe an die im Einzelfall an der Leistungserbringung beteiligten Fachdienste.

• Wie vollständig muss die Hilfeplanung sein?

Angestrebt: eine integrierte, d.h. alle Lebensbereiche berücksichtigende Hilfeplanung. Es kann sich aber gleichwohl im Einzelfall durchaus um eine vorläufige und (im Sinne des IBRP-Bogens) unvollständige Hilfeplanung handeln (z.B. in Eilfällen, wenn der Klient/die Klientin erst wenig bekannt ist). Die Vervollständigung der Hilfeplanung sollte dann regelmäßig zu den Zielen für den nächsten Hilfeplanungszeitraum gehören.

Verfahrensschritte der Hilfeplankonferenz

- **Anmeldung** des Einzelfalls unter Vorlage des ausgefüllten IBRP-Bogens und der Einwilligungserklärung des Klienten/der Klientin bei geschäftsführender Stelle.
- **Mündliche Vorstellung** der Hilfeplanung durch die (koordinierende) Bezugsperson
- **Erörterung** im Sinne einer fachlichen Plausibilitätskontrolle
- **Vereinbarung** des weiteren Vorgehens der Leistungserbringung
- **Festlegung** von koordinierender Bezugsperson (= zuständig für Koordination bei der Umsetzung sowie Fortschreibung der Hilfeplanung) und Fortschreibungstermin.
- **Weiterleitung des Ergebnisses** der HPK an den Leistungsträger sowie des IBRP (ggf. einschließlich ergänzender Unterlagen wie z.B. Anamnesebogen) an die im Einzelfall an der Leistungserbringung Beteiligten durch die koordinierende Bezugsperson.

Hinweise zur mündlichen Vorstellung

Zu beachten ist, dass der IBRP nur der koordinierenden Stelle vorliegt, die Teilnehmer der Hilfeplankonferenz also auf die mündliche Vorstellung angewiesen sind. Für die Vorstellung der Hilfeplanung stehen in der Regel ca. zehn Minuten zur Verfügung. Sie sollte nicht mit einem Bericht zur Lebensgeschichte beginnen, sondern auf die gegenwärtige Situation und den gegenwärtigen Hilfebedarf zentriert sein und sich möglichst an den wesentlichen Arbeitsschritten des IBRP orientieren. Wichtig ist, dass zu den einzelnen Schritten deutlich wird, wo KlientIn und Bezugsperson in der Einschätzung übereinstimmen und wo unterschiedliche Sichtweisen bestehen.

- **Gegenwärtige Situation und Problemlage**
- **Übergeordnetes Ziel**
perspektivisch angestrebte Wohn- und Lebenssituation
- **Vorrangige Ziele, konkret angestrebte Veränderungen**
betreffend die gegenwärtige Lebenssituation, insbes. Wohnen und Arbeiten, aber auch Kompetenzen, Bewältigungsverhalten, Symptomatik, Befindlichkeit
- **Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen**
Mut zur Lücke! Fokussierung notwendig auf diejenigen Aspekte, die im Einzelfall hinsichtlich der formulierten Ziele tatsächlich bedeutsam sind. Kriterium: was muss angesprochen werden, damit man beurteilen kann, welche Hilfen angemessen sind? Feststellung von Nicht-Wissen kann auch eine relevante Feststellung sein. Zu berücksichtigen sind die Bereiche
 - psychisches Befinden/psychische Erkrankung,
 - persönliche und soziale Beziehungen,
 - Lebensfelder Selbstsorge, Wohnen, Arbeit, Tagesgestaltung/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.
- **Aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen**

- **Vorschläge zum weiteren Vorgehen**

möglichst konkret und bezogen auf Zeitraum der Hilfeplanung, soweit möglich auch mit Angaben zu Häufigkeit/Intensität/Zeitbedarf

- **Vorschläge zur Leistungserbringung**

soweit sich solche bereits herauskristallisiert haben.

Teilnahme der Hilfe suchenden Person

Die Hilfe suchende Person, ihre gesetzliche Vertretung und/oder eine Vertrauensperson können auf Wunsch selbst an der Besprechung der Hilfeplanung teilnehmen. Das einleitende Vortragen des Standes der Hilfeplanung bleibt auch in diesen Fällen Aufgabe der zuständigen Bezugsperson. Hinsichtlich der Wahrung der Rechte der Hilfesuchenden wird im übrigen auf die Ausführungen der Geschäftsordnung ausdrücklich verwiesen.

Bogen zur regionalen Zielplanung in der Psychiatrie (ReZiPsych)

Vorbemerkung: Der ReZiPsych-Bogen wurde von der Aktion Psychisch Kranke e.V. für den Planungsprozess zur personenzentrierten psychiatrischen Versorgung in einer Region entwickelt. Das Formular wurde in den Projektregionen verwendet. Die linken Seiten der doppelseitigen Bögen dienen jeweils der Bestandsaufnahme und Selbsteinschätzung: In der linken Spalte wird angekreuzt, wo Handlungs- bzw. Klärungsbedarf besteht; in den rechten Spalten wird der Realisierungsgrad angekreuzt. Auf den rechten Seiten sind Stichpunkte zur Prozessgestaltung zu notieren. Zur Verwendung des Bogens siehe im Einzelnen Kapitel 4.3.1.1.

1. Arbeitsebene

		1	2	3
Individuelle Rehabilitations- und Behandlungsplanung				
Beteiligung an der Erstellung des Hilfeplans				
	Einbeziehung des Klienten			
	Einbeziehung von Bezugspersonen			
	Einbeziehung des gesetzlichen Betreuers			
	Einbeziehung aller beteiligten Einrichtungen und Dienste			
	Einbeziehung aller relevanten Berufsgruppen			
	Benennung einer federführenden Person zur Hilfeplanung			
	Schriftliche Klientenzustimmung zur Datenauskunft			
Art der Hilfeplanung				
	Benennung von Zielen, zielorientierte Hilfeplanung			
	Integrierte Hilfeplanung für alle psychiatrischen Leistungsbereiche (leistungsträgerübergreifender, einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf)			
	Vorrangige Berücksichtigung nichtpsychiatrischer Hilfsmöglichkeiten bei der Hilfeplanung			
	Hilfeplanung unabhängig von Wohnformen			
Personenzentrierte Leistungserbringung				
	Benennung einer koordinierenden Bezugsperson			
	Regelmäßige Auswertung und Aktualisierung des Hilfeplans			
	Trennung von Wohnen und Behandlung/Rehabilitation			
	Alle Leistungen können auch ambulant erbracht werden			
	Regelmäßige Befragungen zur Klientenzufriedenheit			
Kontinuität				
In der Regel Kontinuität der koordinierenden Bezugsperson				
	bei quantitativ wechselndem Hilfebedarf (Hilfeintensität)			
	bei qualitativ wechselndem Hilfebedarf (Hilfebereichswechsel)			
	bei Einrichtungswechsel			
In der Regel Kontinuität der wesentlichen Therapeuten				
	bei quantitativ wechselndem Hilfebedarf (Hilfeintensität)			
	bei qualitativ wechselndem Hilfebedarf (Hilfebereichswechsel)			

1 nicht realisiert

2 bei einem Teil der Klienten realisiert

3 bei den meisten Klienten realisiert

Prozessgestaltung Arbeitsebene

Aktuelle Themen:

Ziele:

Vorgehen:

2. Organisationsebene

		1	2	3			
Integrierte Leistungserbringung							
Komplexleistungen sind möglich unter Einbeziehung von ...							
		Sozialpsychiatrische Grundversorgung					
		Sozialpsychiatrische Hilfen zur Selbstversorgung					
		Sozialpsychiatrische Hilfen zur Tagesgestaltung/Kontaktfindung					
		Sozialpsychiatrische Hilfen im Bereich Arbeit/Ausbildung					
		Spezielle Therapieverfahren					
		Die Leistungen werden auf Grundlage eines Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) erbracht					
Koordination							
		Anlassbezogene Kooperation					
		Regelmäßige Benennung einer koordinierenden therapeutischen Bezugsperson					
		Koordinierende therapeutische Bezugsperson wird einrichtungsübergreifend anerkannt					
		Koordinierende therapeutische Bezugsperson wird berufsgruppenübergreifend anerkannt					
Personenzentrierte Organisation der Hilfen							
		Funktionale Gliederung des Angebots nach Leistungsbereichen (Grundversorgung, Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Arbeit)					
		Alle Leistungen können auch ambulant erbracht werden					
		Räumliche Trennung von Wohnen und Arbeit ist möglich					
		Räumliche Trennung von Wohnen und Tagesgestaltung ist möglich					
		Räumliche Kombination von Wohnen und Arbeit ist möglich					
		Räumliche Kombination von Wohnen und Tagesgestaltung ist möglich					
		Flexible Öffnungszeiten					
		Angebote auch am Wochenende					
		Krisendienst und Bereitschaft auch nachts und am Wochenende					
			4	5	6	7	8
		Unterschiedliche Rehabilitations- und Behandlungsleistungen können ohne Umzug in Anspruch genommen werden					
		Unterschiedliche Rehabilitations- und Behandlungsleistungen können ohne Wechsel der wesentlichen Therapeuten in Anspruch genommen werden					
		Flexible Nutzung (z.B. Angebote zur Tagesgestaltung auch tageweise, nur vormittags, auch am Wochenende)					
Ausreichende Differenzierung des regionalen Angebots hinsichtlich der Betreuungsintensität							
		im Lebensfeld Wohnen/Wirtschaften					
		im Lebensfeld Arbeit					
		im Lebensfeld Tagesgestaltung					

1 nicht realisiert

2 teilweise realisiert/beschlossen

3 realisiert

4 nicht möglich

5 bei wechselndem Hilfebedarf innerhalb eines Leistungsbereiches

6 Bei Hinzutreten einer weiteren Leistungsart

7 Bei Wechsel der Leistungsart

8 Grundsätzlich bei verändertem Hilfebedarf

Prozessgestaltung Organisation

Aktuelle Themen:

Ziele:

Vorgehen:

3. Ressourcen (Nutzung sozialrechtlicher Ansprüche)

Leistungsangebote im Versorgungsgebiet		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nur spezialisierte Leistungen für psychisch Kranke	Ambulante Behandlung durch niedergelassene Psychiater														
	Ambulante Behandlung durch Institutsambulanz														
	Stationäre Behandlung														
	Teilstationäre Behandlung														
	Vor- und nachstationäre Behandlung durch psychiatrische Klinik														
	Häusliche psychiatrische Krankenpflege (SGB V)														
	Soziotherapie (§ 37a SGB V)														
	Ambulante Ergotherapie (SGB V)														
	Ambulante Bewegungstherapie (SGB V)														
	Ambulante psychotherapeutische Leistungen durch Ärzte (SGB V)														
	Ambulante psychotherapeutische Leistungen durch Psychologen (SGB V)														
	Belastungsproben (SGB V, SGB VI, SGB VIII)														
	Ambulante medizinische Rehabilitation (SGB V, SGB VI)														
	Stationäre medizinische Rehabilitation (SGB V, SGB VI)														
Berufliche Rehabilitation (SGB III, SGB VI)															
Ambulante Arbeitstherapie (SGB V)															
Arbeitsplätze, Zuverdienst, Integrationsprojekte															
Sozialpsychiatrische Hilfen zur Selbstversorgung (BSHG)															
Sozialpsychiatr. Hilfen zur Tagesgestaltung/Kontaktfindung (BSHG)															
Sozialpsychiatr. Hilfen im Bereich Arbeit/Ausbildung (BSHG)															
Familienpflege (BSHG)															
Sozialpsychiatrische Dienste															
Krisendienst – kommunale Zuwendungsfinanzierung															
Krisendienst – nervenärztlicher Notdienst (SGB V)															
Krisendienst – erste Hilfe (SGB V)															

Falls ungleicher Ausbau der Bereiche

Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtkrankenbehandlung und Kinder- und Jugendpsychiatrie: bitte 3. für jeden Bereich gesondert ausfüllen.

Mehrfachnennungen sind möglich.

- 1 fehlt im Versorgungsgebiet
- 2 geplant
- 3 nicht zugänglich wegen zu langer Wartezeit
- 4 nicht zugänglich wegen zu großer Entfernung
- 5 nicht zugänglich wegen Selektion, fehlender Versorgungsverpflichtung
- 6 nicht zugänglich aus anderen Gründen
- 7 mangelhaft bezüglich Personaldichte
- 8 mangelhaft bezüglich fachlicher Ausrüstung
- 9 mangelhaft bezüglich Qualifikation
- 10 mangelhaft bezüglich Abstimmung/Koordination
- 11 mangelhaft aus anderen Gründen
- 12 angemessen vom Umfang
- 13 zeitnah realisierbar
- 14 entfällt, nicht erforderlich

3a. Ressourcen (Organisation der Finanzierung)

	1	2	3
Finanzierung nach BSHG			
Trägerschaft für ambulante und (teil-)stationäre Eingliederungshilfe zusammengeführt			
Differenzierte Maßnahmevergütung bei stationärer Eingliederungshilfe in Anlehnung an individuellen Hilfebedarf			
Differenzierte Maßnahmevergütung bei teilstationärer Eingliederungshilfe in Anlehnung an individuellen Hilfebedarf			
Differenzierte Maßnahmevergütung bei ambulanter Eingliederungshilfe in Anlehnung an individuellen Hilfebedarf			
Einrichtungübergreifend definierte Hilfeempfängergruppen gemäß § 93d BSHG			
Gestufte Betreuungsschlüssel im Betreuten Wohnen			
Stunden- und tageweise Finanzierung von Tagesstätten			
Finanzierung durch Sozialversicherungsträger			
Differenzierte Vergütungssätze für Leistungen der Institutsambulanz			
Leistungsträgerübergreifende Projekte (z.B. RPK, Ergotherapie in Tagesstätten) / SpDi			
Beteiligung der Krankenkasse am Krisendienst / Modell München Süd			
Beteiligung der Krankenkasse/Rentenversicherung am Betreuten Wohnen/Übergangswohnheim			

1 nicht realisiert 2 teilweise realisiert 3 realisiert

Prozessgestaltung Ressourcen

Aktuelle Themen:
Ziele:
Vorgehen:

4. Verbundgestaltung

		1	2	3
Regionale Versorgungsverpflichtung				
	Selbstverpflichtung der Träger zur zeitnahen Aufnahme			
	Schriftliche Vereinbarung			
Rechtliche Verbundgestaltung				
	Schriftlicher Kooperationsvertrag der Träger			
	Vereinbarung zur Kooperation auf Klientenebene			
	Vereinbarungen zur Kooperation bei der Abstimmung der Angebote			
	Vertragsfähiger Verbund			
Einrichtungübergreifendes Qualitätsmanagement				
	Gremium zur regionalen Qualitätssicherung			
	Regionale Psychiatrieplanung			
	Beschwerdestelle			
	Patientenfürsprecher			
Gremien und Funktionen				
	Einrichtungübergreifendes Gremium zur Bestimmung des individuellen Hilfebedarfs (Hilfepfankonferenz)			
	Beratendes Planungsgremium (z.B. Psychiatrie-Arbeitskreis, Beirat)			
	Planungsgremium mit Informationspflicht (Anhörungspflicht vor Entscheidung)			
	Planungsgremium mit Empfehlungskompetenz			
	Psychiatriekoordinator			
	Gremium zur Verwendung der Ressourcen im Einzelfall			
	... unter Einbeziehung der Leistungserbringer			
	... unter Einbeziehung der Leistungsträger			
	... unter Einbeziehung der Kommune			
Budgettransparenz				
	Das regionale Psychiatriebudget ist bekannt für folgende Bereiche:			
	Eingliederungshilfe			
	Krankenhausbehandlung			
	Medizinische Rehabilitation			
	Berufliche Rehabilitation			
	Zuwendungen der Kommune/des Landes			
	Sonstige psychiatrische Leistungen nach SGB V (z.B. Soziotherapie)			
Regionale Gesundheitsberichterstattung				
	Daten über Klientenzahlen innerhalb/außerhalb der Region			
	Regionaler Psychiatriebericht			

- 1 nicht realisiert/nicht bekannt
 2 teilweise realisiert/beschlossen
 3 realisiert

Prozess Verbundgestaltung

Aktuelle Themen:

Ziele:

Vorgehen:

Aktion Psychisch Kranke e.V.: Einladung zum GPV-Workshop 2003 in Kassel

Vorbemerkung Im März 2003 hat die Aktion Psychisch Kranke e.V. mit dem nachstehenden Schreiben zur Diskussion über die Grundsätze des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) und über die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände eingeladen. Das dem Schreiben als Anlage beige-fügte (nachfolgend abgedruckte) Eckpunkte-Papier war der Ausgangspunkt für den von der Aktion Psychisch Kranke e.V. angestoßenen Diskussionsprozess zur Funktion des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Diese Initiative hat die Diskussion in den Projektregionen erheblich beeinflusst. Deswegen werden diese Texte hier dokumentiert. Zwischenzeitlich wurde das Eckpunkte-Papier im Verlauf des weiteren Diskussionsprozesses um die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft gemeindepsychiatrischer Verbände mehrfach überarbeitet.

Bonn, den 18.03.2003

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchte die Aktion Psychisch Kranke den Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbände fördern und die Bildung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) anregen. Die Vorbereitung soll am 5.6.2003 erfolgen.

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

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

In der Regel sind die bestehenden Gemeindepsychiatrischen Verbände jedoch informell und auf recht allgemeine Absichtserklärungen beschränkt. Zurecht werden nun verbindlichere Kooperationsstrukturen gefordert, die regionale Regelungen zur Pflichtversorgung und zur Organisation bedarfsgerechter Hilfen ermöglichen. Die Mitgliedschaft im GPV wird dann zu einem entscheidenden Qualitätsmerkmal.

Die Aktion Psychisch Kranke schlägt vor, die Bildung regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbände und ihre Zusammenarbeit durch die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) zu fördern. Die BAG GPV sollte ein Zusammenschluss von bestehenden Gemeindepsychiatrischen Verbänden mit definierten Mindeststandards sein.

Zentrale Aufgaben dieser BAG GPV sollten sein:

- gegenseitige Unterstützung beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbände,
- in diesem Zusammenhang auch Formulierung von Qualitätsstandards, die zur Mitgliedschaft in den regionalen GPV berechtigen,

- Formulierung von Qualitätsstandards, die regionale GPV erfüllen müssen, um der BAG beitreten zu können,
- einrichtungs- und träger- und verbandsübergreifende Interessenvertretung gegenüber Politik und Leistungsträgern, um bedarfsgerechte regionale Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen sicherzustellen,
- kontinuierliche Qualitätssicherung und Qualitätsoptimierung in Bezug auf regionale Hilfeleistungen.

Die Aktion Psychisch Kranke möchte den Prozess zum Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbände und der BAG GPV bei der Gründung und Konsolidierung unterstützen. Als Diskussionsgrundlage werden die beiliegenden Eckpunkte zum Gemeindepsychiatrischen Verbund vorgelegt.

Wir bitten um schriftliche und mündliche Rückmeldungen und weisen darauf hin, dass im Rahmen eines Workshops

am 5.6.2003 von 9.00 bis 15.00 Uhr

in der Stadthalle Kassel

ein Austausch über die Bildung Gemeindepsychiatrischer Verbände stattfinden wird.

Während des Workshops soll eine Initiativgruppe zur Bildung einer BAG GPV gebildet werden, die möglichst bis zum Jahresende

- die Aufgaben der BAG,
- die formale Struktur der BAG und
- die Kriterien der Mitgliedschaft

klärt. Bis zu einer Gründungsversammlung Anfang 2004 sollten vorläufige Mitgliedschaften eingerichtet werden.

Zur Teilnahme an einem Workshop ist eine Anmeldung erforderlich.

Wir bitten Sie, das Schreiben auch an weitere interessierte Personen, Dienste und Träger weiterzuleiten. Sie erhalten eine Einladung zur Tagung auch noch mit gesonderter Post. Dies hätte sich nur mit unverhältnismäßigem Aufwand ändern lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Ulrich Krüger

Geschäftsführer

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Aktion Psychisch Kranke e.V.:

Eckpunkte zum Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)

(Diskussionsvorschlag, Stand 08.03.2003)

- Der GPV ist ein Zusammenschluss von Leistungserbringern (Einrichtungsträger und Praxisinhaber) einer definierten Versorgungsregion (auch: Kliniken, Kommune als Träger des SpDi, evtl. Krisendienst)
- Zweck:
 1. Die Sicherstellung von bedarfsgerechter Behandlung und Hilfe in den Leistungsreichen
 - sozialpsychiatrische Hilfe zur Selbstversorgung/Wohnen
 - sozialpsychiatrische Hilfe zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
 - sozialpsychiatrische Hilfe im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung
 - sozialpsychiatrische Grundversorgung
 - spezielle Therapieverfahren
 - sozialpsychiatrische Leistungen zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung und Koordination der Leistungenfür psychisch kranke Menschen in und aus dem Versorgungsgebiet. Die regionale Versorgungsverpflichtung soll über sektorale Versorgungsverträge geregelt werden. Insbesondere wird sichergestellt, dass kein psychisch kranker Mensch aus dem Versorgungsgebiet wegen Art oder Schwere abgewiesen wird.
 - 2 Verstärkung und Sicherstellung der Kooperation im Interesse der Patienten bzw. Klienten, insbesondere Sicherstellung von einrichtungsübergreifenden integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen (sozialpsychiatrische Komplexleistungen).
 3. Kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und Optimierung der Nutzung der Ressourcen.
- Ein Kooperationsvertrag regelt die Kooperation der Vertragspartner bei der Erbringung sozialpsychiatrischer Dienstleistungen. Davon unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der Dienste und Einrichtungen, die in den Verbund einbezogen sind. Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsträgern werden von den jeweiligen Rechtsträgern gesondert allein oder in Gemeinschaft geschlossen. Dabei können spezielle Träger-Verbünde gebildet werden (z.B. Verbund der Erbringer von Leistungen der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Soziotherapie, von Hilfen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung usw.).
- Der GPV soll als juristische Person vertragsfähig sein.
- Darüber hinaus sollen Untergliederungen im GPV geschaffen werden zur Übernahme spezifischer Versorgungsaufgaben z.B.
 - Anbieter von medizinischer Rehabilitation,

- Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben Hilfen, zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft - ggf. untergliedert in Hilfen zur Selbstversorgung und zur Tagesgestaltung,
 - Soziotherapie, Ergotherapie,
 - ambulanter psychiatrischer Pflege;
 - psychiatrische Kliniken,
 - niedergelassene Psychiater usw.,
- die regionale Pflichtversorgungsaufgaben übernehmen. Dazu sollen spezifische Vereinbarungen mit den zuständigen Leistungsträgern und der Kommune geschlossen werden.
- Die Mitglieder verpflichten sich, die im Einzelfall erforderlichen Leistungen im Bedarfsfall als Komplexleistung zu erbringen, d.h. als integrierte Leistung nach gemeinsamer Planung und Abstimmung der beteiligten Leistungserbringer im Verlauf. Voraussetzung hierzu ist die intensive fachliche Kooperation aller Leistungserbringer.
 - Die Mitglieder verpflichten sich zur wechselseitigen Information und Beratungen über
 - das eigene Leistungsangebot, insbesondere Änderungen des Leistungsangebots
 - Erkennen neuer Bedarfe oder Versorgungsmängel in der Region
 - Festlegung auf gemeinsame Qualitätsstandards:
 - personenzentrierte Hilfen: individuell, flexibel, abgestimmt und grundsätzlich im Versorgungsgebiet,
 - konsequente Orientierung am individuellen Bedarf,
 - Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen,
 - Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen,
 - Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen,
 - Fortbildung, Supervision und Qualifizierung,
 - Beachtung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen / Datenschutz.
 - Verpflichtung zur einzelfallbezogenen Kooperation (jeweils Mitwirkung oder Berücksichtigung der Hilfeplanung anderer) bei psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf (Bedarf an multiprofessionellen Hilfen, Leistungen unter Einbeziehung mehrerer Einrichtungen und Dienste, Hilfen zur Teilhabe):
 - integrierte, zielorientierte, lebensfeldbezogene individuelle Hilfeplanung (z.B. mit dem IBRP) nach folgenden Prinzipien: Einbeziehung des Klienten und seiner Bezugspersonen, zielorientierte, lebensweltorientierte, integrierte Hilfeplanung (einrichtungsübergreifend, leistungsbereichsübergreifend = 1 Behandlungs- und Rehabilitationsplan pro Person), abgestimmt unter Einbeziehung der aktuellen Therapeuten (multiprofessionell, interdisziplinär),
 - Einigung über Hilfeleistungen nach erfolgter Hilfeplanung in Bezug auf Art und Umfang der Hilfeleistungen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten,
 - Stellung einer koordinierenden Bezugsperson mit einrichtungsübergreifender Zuständigkeit,
 - Teilnahme an Personenkonferenzen bei Bedarf.
 - Beteiligung an einem gemeinsamen Qualitätsmanagement (neben dem internen QM):
 - Fortschreibung der Qualitätsstandards,
 - gemeinsames Beschwerdemanagement,
 - gemeinsame Initiativen zur Optimierung der Qualität von Behandlung und Hilfe zur Teilhabe,

- Mitwirkung an regionaler Gesundheitsberichterstattung, möglichst auf der Grundlage einer einrichtungsübergreifenden Dokumentation.
- Der GPV kooperiert mit Gemeindepsychiatrischen Verbänden anderer Regionen bei der Qualitätssicherung und –optimierung. Dazu gehören auch wechselseitige Besuchskommissionen.
- Der GPV ist berechtigt zu Verhandlungen und Gesprächen mit Leistungsträgern und Planungsverantwortlichen (z.B. Stadt, Kreis, Bezirk, Kommunalverband, Land) bei einrichtungsübergreifenden Themen.
- Die Kommune erhält gesondert geregelte Rechte, z.B.:
 - Der Psychiatriekoordinator erhält alle Protokolle.
 - Die Kommune erhält ein Mitspracherecht bei Aufnahmen und Ausschlüssen aus dem GPV; die Letztentscheidung trifft der GPV.
- Verpflichtung zur gemeinsamen kontinuierlichen Überprüfung der regionalen Versorgungssituation in Hinblick auf Bedarf, Angebot und Leistung.
- Die Mitgliedschaft im GPV ist freiwillig, entsteht durch Aufnahme nach Aufnahmeantrag, endet durch Austritt oder Ausschluss.
- Das Recht auf Mitgliedschaft besteht für jeden Leistungserbringer, der die Ziele und die Satzung des GPV anerkennt.
- Es gibt ein Entscheidungsgremium und einen Vorsitzenden oder Sprecher. Das Nähere regelt eine Satzung oder Geschäftsordnung.
- Der GPV pflegt kontinuierlichen Austausch mit Selbsthilfeorganisationen Psychiatrieerfahrener und Angehöriger psychisch Kranker.
- Der GPV wird Mitglied einer BAG GPV, die dem überregionalen Erfahrungsaustausch und der bundesweiten einrichtungsübergreifenden Interessenvertretung dient.
- Aufbau eines gemeinsamen Besuchs- und Beratungsdienstes der BAG, dessen Aufgabe es ist, die Einhaltung der Mindeststandards zu überwachen und die Qualitätsverbesserung der GPV voranzutreiben.

Sinnvoll, aber nicht obligatorisch:

- Bildung einer regionalen Hilfeplankonferenz, Teilnahme an der Hilfeplankonferenz
- Funktionsbereiche mit eigenen (Teil-)Budgets

B Materialien der Projektregion Ravensburg/Bodenseekreis

Projektvereinbarung Ravensburg/Bodenseekreis

Vereinbarung zwischen der Aktion Psychisch Kranke und der psychiatrischen Versorgungsregion Landkreis Ravensburg/Bodenseekreis zur Implementation des Personenzentrierten Ansatzes

Die unterzeichnenden Beteiligten und die Arbeitsgruppe „Personenzentrierter Ansatz“ vereinbaren eine Zusammenarbeit über den Zeitraum vom 01.10.2001 bis zum 31.03.2004 im Rahmen des vom Sozialministerium Baden-Württemberg geförderten Projekts „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“.

Die Zusammenarbeit wird auf folgender Grundlage vereinbart:

1 Vorbemerkung

Allgemeine konzeptionelle Leitlinie ist der personenzentrierte Ansatz im Sinne der Kommission Personalbemessung der Aktion Psychisch Kranke (1992–1998)⁵⁹.

2 Ziele des Implementationsprojekts

Die Ausrichtung des Projekts folgt den Projektskizzen „Implementation des Personenzentrierten Ansatzes“ (Bundesprojekt) und „Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“. Das Implementationsprojekt zielt darauf ab, Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen zu verbessern. Dies soll erreicht werden durch Umgestaltung der Versorgung zu einem **„Integrierten Personenzentrierten regionalen Hilfesystem“** (IPRH) auf

- der Arbeitsebene,
- der Ebene der Organisation der Maßnahmen
- der Ebene der Anwendung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und
- der Ebene der Steuerung der Leistungs- und Ressourcenentwicklung.

Die ausgewählten Projekte streben dabei an, auf allen vier Ebenen Fortschritte zu erzielen, die sich in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (einschl. der Wirtschaftlichkeit) auf der Arbeitsebene darstellen lassen. Im Ergebnis sollten beispielhafte Lösungen für Fragen

- der personenzentrierten Hilfeplanung,
- der Verbundentwicklung und –gestaltung,
- der Qualitätssicherung,
- der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen und

⁵⁹ Der Abschlussbericht der Kommission ist erschienen in: Bundesministerium für Gesundheit (HG): Von Institutions- zu Personenzentrierten Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung, Schriftenreihe des BMG Band 116/1 – und Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des BMG, Band 116/11, Nomos-Verlag, Baden-Baden 1999. Siehe auch: Kurzbericht Projekt „Personalbemessung“

- der Steuerung
gefunden werden, die auch für künftige Prozesse in anderen Regionen nützlich sind.

Ein IPRH soll ein „lernendes System“ werden, das mit anderen IPRH's im Sinne des „benchmarking“-Ansatzes in einen befruchtenden Austausch eintritt.

3 Thematische Arbeitsschwerpunkte in den Landkreisen Ravensburg / Bodensee

Als thematische Schwerpunkte werden benannt:

- Qualitätsmanagement,
- Budgetermittlung, Monitoring,
- Organisation des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV).

3.0 Zielgruppe

Einbezogen sind alle psychisch kranke Menschen, die aus der Versorgungsregion Landkreis 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 ZfP 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.

Beteiligt sind die Leistungsbereiche Klinische Akutversorgung, Selbstversorgung/Wohnen, Arbeit/Ausbildung, Tagesgestaltung/Kontakte, sozialpsychiatrische Grundversorgung und spezielle Therapieverfahren, soweit sie Bestandteil von Komplexleistungen sind. 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.

3.1 Qualitätsmanagement

Hinsichtlich des Qualitätsmanagements werden folgende Aspekte im Projekt besonders beachtet, beobachtet und optimiert:

3.1.1 Hilfeplanung

3.1.1.1 Einheitliche Hilfeplanung

Es wird eine einheitliche Hilfeplanung für die genannten Leistungsbereiche mit dem integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) praktiziert. Die Erfahrungen werden kontinuierlich ausgetauscht.

3.1.1.2 Einbeziehung der Klienten

Die Einbeziehung der Klienten im Hilfeplanungsverfahren, bei der Umsetzung der Hilfen und bei der Auswertung der Zusammenarbeit nach Abschluss der Planungsphase muss sichergestellt werden. Die Hilfeplanung ist Bestandteil der Pflege, Rehabilitation bzw. Behandlung,

d.h. ebenfalls personenzentriert zu gestalten. In Abstimmung mit dem Klienten werden außerdem Angehörige und sonstige relevante Personen des sozialen Umfeldes einbezogen.

3.1.1.3 Integrierte Hilfeplanung

Die Hilfeplanung wird integriert im Sinne eines Gesamtplans vorgenommen. Dabei werden alle psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hilfen einschließlich der Hilfen von Angehörigen, Freunden und sonstigen Personen des sozialen Umfeldes berücksichtigt.

3.1.1.4 Zielorientierte Hilfeplanung

Die Hilfeplanung ist an konkreten Zielen orientiert, die Ziele werden aus der individuell angestrebten Lebensform des Betroffenen abgeleitet und lebensfeldbezogen beschrieben. Die Zielbestimmung dient auch der Evaluation der Zusammenarbeit mit dem Klienten.

3.1.1.5 Hilfeplanung unabhängig von Wohnformen

Die Hilfeplanung bezieht sich auf die von dem Klienten angestrebte Wohnform, die Hilfebringung soll nicht an eine bestimmte Wohnform oder Wohnung gebunden sein.

3.1.1.6 Einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarf

Der Hilfebedarf wird einrichtungs- und berufsgruppenübergreifend ermittelt. Art und Umfang des diesbezüglich erforderlichen Austauschs hat den Wünschen des Klienten, den fachlichen Anforderungen und zeitökonomischen Aspekten Rechnung zu tragen.

3.1.1.7 Hilfeplankonferenz

Der auf diese Weise gemäß IBRP ermittelte Hilfebedarf wird in einer Hilfeplankonferenz erörtert. Die Hilfeplankonferenz ersetzt und ergänzt die Aufnahmekonferenz des Psychiatrischen Wohnverbundes. Die Teilnehmer nehmen konstruktiv-kritisch Stellung und erfragen ggf. zusätzliche Informationen. Sie erarbeiten einen fachlichen Vorschlag, wer die Leistungen in welchem Umfang erbringt. Ziel ist eine einvernehmliche Entscheidung über Ziele, Vorgehensweise und zeitliche Perspektive.

In der Regel sollen Hilfeleistungen bei fortbestehendem Hilfebedarf nicht ohne vorherige Absprache in der Hilfeplankonferenz beendet werden. Die Hilfeplankonferenz ist über die vorzeitige Beendigung der Hilfemaßnahme umgehend zu informieren

3.1.1.8 Sektorale Organisation der Hilfeplankonferenz

Für jeden der vier Sektoren – Ravensburg-West, Ravensburg-Ost, Bodenseekreis-Ost, Bodenseekreis-West soll eine eigene Hilfeplankonferenz gebildet werden.

3.1.1.9 Teilnehmer der Hilfeplankonferenz

An der Hilfeplankonferenz nehmen in ihrem jeweiligen Sektor autorisierte Vertreter mit Mandat teil. Dies umfasst:

- die Einrichtungen des Psychiatrischen Wohnverbundes,
- den Funktionsbereich Ambulante Psychiatrische Behandlung (Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst, Ambulanter Pflegedienst, Soziotherapie),

- den für den jeweiligen Sektor stationären und teilstationären Klinikbereich,
- den Beschäftigungsverbund,
- bei Bedarf andere Dienste und Einrichtungen (z.B. Wohnungslosenhilfe),
- den Psychiatrie-Koordinator des Landkreises und
- auf Wunsch den jeweiligen Hilfesuchenden und/oder seinen gesetzlichen Betreuer bzw. eine andere vom Hilfesuchenden genannte Vertrauensperson.

Die Teilnahme des örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgers wird dringend angestrebt.

3.1.1.10 Finanzierung

Der IBRP bildet die fachliche Grundlage für die Beantragung der Kostenübernahme durch Sozialhilfeträger und Pflegekasse. Die konkrete Kostenbeantragung erfolgt über die von den Leistungsträgern vorgeschriebenen Erfassungsinstrumente. Während der Projektphase werden Verhandlungen mit den Leistungsträgern aufgenommen mit dem Ziel, den IBRP als fachliche Grundlage für die Entscheidung zur Kostenübernahme während des Projektzeitraums zu akzeptieren.

3.1.2 Kooperation und Koordination

3.1.2.1 Kooperation der Beteiligten

Die Beteiligten stimmen die Erbringung der Leistung miteinander ab und informieren sich im Interesse des Klienten. Bestehende Informations- und Entscheidungsstrukturen werden genutzt und weiter entwickelt.

3.1.2.2 Überprüfung des Hilfeplans

Der Hilfeplan wird nach einem festgelegten Zeitraum in der Hilfeplankonferenz überprüft, der nicht größer als zwölf Monate sein soll.

3.1.2.3 Koordinierende Bezugsperson

Im Rahmen der Hilfeplanung wird für jeden Klienten eine koordinierende Bezugsperson benannt, die den Klienten maßnahmenübergreifend begleitet. Zu ihren Aufgaben gehört die trägerübergreifende Abstimmung im Verlauf und im Bedarfsfall die erneute Hilfeplanung und Wiedereinbringung in die Hilfeplankonferenz. Weitere Aufgaben können in der Konferenz festgelegt werden. Hinsichtlich der koordinierenden Bezugsperson wird auf der Zeitachse eine personelle Kontinuität angestrebt. Die Unterzeichner erklären die Bereitschaft, die koordinierende Bezugsperson in ihrer Funktion zu unterstützen.

3.1.2.4 Einbeziehung des Klienten

Bei der Abstimmung der im Hilfeplan festgelegten Maßnahmen im Verlauf sind die Klienten einzubeziehen.

3.1.2.5 Datenschutz

Datenschutz und Schweigepflicht sind jederzeit zu beachten. Art und Umfang des vorgesehenen und vorgenommenen Austauschs sind für Klienten offen zu legen. Das schriftliche Einverständnis des Klienten ist Voraussetzung.

3.1.2.6 Dokumentation

Im Rahmen des Projekts besteht die Absicht, eine Leistungsdokumentation zu entwickeln. Ein in relevanten Bereichen kompatibles einrichtungs- und leistungsbereichübergreifendes Modulsystem soll die Dokumentation erleichtern und verbessern. Vorarbeiten zu einem solchen Dokumentationssystem werden im Rahmen eines gesonderten Forschungsprojekts der Aktion Psychisch Kranke geleistet.

3.1.3 Versorgungsauftrag des Gemeindepsychiatrischen Verbundes der Region Landkreis Ravensburg / Bodenseekreis

3.1.3.1 Pflichtversorgung

Die Beteiligten übernehmen die Pflichtversorgung für psychisch kranke Einwohner des Landkreises Ravensburg und des Bodenseekreises, die über den Sicherstellungsauftrag der niedergelassenen Ärzte hinaus besondere Hilfen benötigen, als Gemeinschaftsaufgabe, soweit die für eine quantitativ ausreichende Versorgung notwendige Finanzierung gesichert ist. Dies beinhaltet die Verpflichtung, psychisch kranken Menschen mit Behandlungs-, Rehabilitations-, bzw. Pflegebedarf Leistungen anzubieten. Es sind keine psychisch kranken Menschen wegen Art oder Schwere der Störung abzuweisen. Die Beteiligten verpflichten sich, die Versorgungssituation in Abstimmung mit den Leistungsträgern bedarfsgerecht weiter zu entwickeln.

Ein großer Teil der Wohnangebote befindet sich im Sektor Ravensburg-West. Mittelfristiges Ziel ist die Verlagerung eines Teils der Betreuung in den Bereichen Wohnen und Arbeit in die Sektoren Ravensburg-Ost und den Bodenseekreis. Die Verlagerung wird während des Projektverlaufs vorbereitet und soll in den drei Schritten – interne Sektorisierung der großen Wohneinrichtungen – bedarfsorientierte Planung der Auslagerung – Auslagerung in Form differenzierter Wohnangebote - erfolgen.

3.1.3.2 Verträge im Versorgungsgebiet Landkreis Ravensburg / Bodensee

Der Versorgungsauftrag soll formell durch Leistungsverträge geregelt werden. Dies wird im Rahmen des Projekts vorbereitet.

3.1.3.3 Qualitätssicherung

IBRP, Hilfeplan-Konferenz und Pflichtversorgung sind Instrumente, die günstige Bedingungen für gute Qualität schaffen. Ihre Nutzung garantiert jedoch noch keine gute Qualität. Im Rahmen des Projekts gilt es,

- Qualitätskriterien zu formulieren
- Transparenz zur Qualitätskontrolle herzustellen
- Einsatz, Einführung (Schulung) und Auswertung des IBRP inhaltlich zu verbessern und ggf. aufgabenspezifisch anzupassen.

3.2 Monitoring, Ressourcensteuerung

3.2.1 Ermittlung und Offenlegung der Finanzströme

Die Kostenströme lassen sich zur Zeit nur bedingt verfolgen. Im Rahmen des Projekts sollen die Aufwendungen für Behandlung, Rehabilitation und Pflege psychisch kranker Bürgerinnen

und Bürger des Landkreises Ravensburg und des Bodenseekreises ermittelt und offengelegt werden. Dies soll mit Mitteln der Abteilung Versorgungsforschung des ZiP Weissenau unterstützt werden. Dabei wirken die Beteiligten mit.

3.2.2 Klientenbewegungen

Klientenbewegungen über die Kreisgrenzen hinaus sollen verfolgt werden. Die Aufwendungen für psychisch kranke Bürger des Landkreises Ravensburg und des Bodenseekreises, die außerhalb der Versorgungsregion Eingliederungshilfen oder Pflegeleistungen erhalten, sind über die Sozialverwaltung zu ermitteln. Dies soll mit Mitteln der Abteilung Versorgungsforschung des ZiP Weissenau unterstützt werden.

3.2.3 Finanzierungsformen im BSHG und im SGB XI

Die neuen Finanzierungsformen im BSHG-Bereich sind sinnvoll umzusetzen. Ziel ist ein Steuerungsverfahren, das flexible Leistungserbringung ermöglicht. Im Rahmen des Projekts soll konstruktiv nach geeigneten Lösungen gesucht werden. Dabei sind ggf. bestehende Finanzierungsformen zur Disposition zu stellen. Die Auswirkungen auf Rahmenvereinbarungen nach § 93d BSHG werden untersucht. Die Möglichkeit einer flexiblen Leistungserbringung nach SGB XI ist zu prüfen.

3.2.4 Servicestellen nach SGB IX

Die Klärung des Hilfebedarfs stellt eine wesentliche Aufgabe der Servicestellen nach Kap. 3, SGB IX dar. Im Rahmen des Projekts wird eine Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern bei dem Aufbau der Servicestellen angestrebt.

3.2.5 Einsatz der Ressourcen

Es wird ein Controllingsystem eingeführt, das den Grad der jährlich aufgewandeten Finanzmittel transparent macht und damit zur Planungssicherheit beiträgt.

3.3 GPV-Organisation

Im Rahmen des Projekts sollen die bestehenden Strukturen des GPV weiterentwickelt werden. Über die Kooperationsvereinbarungen des Psychiatrischen Wohnverbundes und des Beschäftigungsverbundes hinaus soll eine Kooperationsvereinbarung über den Funktionsbereich Ambulante Psychiatrische Behandlung (APD) abgeschlossen werden. Angestrebt wird die Zusammenarbeit der Träger aller Funktionsbereiche im Rahmen einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung.

Im Rahmen des Projektes sollen die erforderlichen Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsfunktionen der Landkreisverwaltungen präzisiert und mit den übrigen Akteuren in der Region abgestimmt werden. Die Einbeziehung der Interessensvertretungen von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen wird angestrebt.

4 Verzahnung der Leistungsbereiche

Die öffentlich finanzierten sozialpsychiatrischen Leistungen, die Leistungen der Eingliederungshilfe und des SGB XI sollen untereinander und mit sonstigen Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegeleistungen verzahnt werden: Ambulante Behandlung (niedergelassener Psy-

chiater, Institutsambulanz, Soziotherapie), ambulante psychiatrische Pflege, psychiatrische Akutversorgung, medizinische und berufliche Rehabilitation.

5 Projektbegleitende Gruppe

Für den Landkreis Ravensburg und den Bodenseekreis wird eine gemeinsame projektbegleitende Arbeitsgruppe gebildet, die die Durchführung des Projektes koordiniert. Die unterzeichnenden Träger und Landkreise benennen autorisierte Personen, die regelmäßig an der projektbegleitenden Gruppe teilnehmen. Die projektbegleitende Arbeitsgruppe bestimmt einen Vertreter mit Stellvertreter für die Projektbesprechungen auf Landes- sowie Bundesebene.

6 Überregionale Auswirkungen

Die Ergebnisse der Zusammenarbeit im Forschungsprojekt sollen auch für die Entwicklung personenzentrierter gemeindepsychiatrischer Verbände in anderen Regionen genutzt werden. Im Besonderen werden Auswirkungen auf die Versorgung im gesamten Land Baden-Württemberg angestrebt. Über Erfahrungen und Zwischenergebnisse in der Versorgungsregion Landkreis Ravensburg / Bodenseekreis wird berichtet.

7 Verantwortlichkeiten

Die Arbeitsgruppe „Personenzentrierter Ansatz“ bietet wissenschaftliche Beratung und Begleitung an. Die Entscheidungskompetenz über die Entwicklung des regionalen Versorgungsverbundes verbleibt bei den im Landkreis Ravensburg, dem Bodenseekreis oder dem Land Baden-Württemberg Verantwortlichen.

8 Leistungen der Einrichtungsträger

Die Einrichtungsträger gewährleisten bei Bedarf Fortbildung und Freistellung zur Umsetzung dieser Vereinbarung.

9 Leistungen der Aktion Psychisch Kranke

Das Implementationsprojekt zum personenzentrierten Ansatz in Baden-Württemberg wird in enger Verknüpfung mit dem Implementationsprojekt auf Bundesebene durchgeführt. Die Verantwortung für die Projekte liegt bei der Arbeitsgruppe "Personenzentrierter Ansatz" der APK. Die APK bringt im Einzelnen folgende Leistungen ein:

- Wissenschaftliche Beratung bei der Umsetzung der in dieser Vereinbarung festgehaltenen Arbeitsvorhaben.
- Die Beratung beinhaltet insbesondere die gemeinsame Reflexion des Umsetzungsprozesses und die gemeinsame Bearbeitung von relevanten Themen unter besonderer Berücksichtigung von vorliegenden Erfahrungen und Zwischenergebnissen aus dem Zusammenhang der verschiedenen Projekte.
- Stellung eines Hauptansprechpartners für die Region Ravensburg/Bodenseekreis: Herr Schulte-Kemna, wissenschaftlicher Projektberater für das Implementationsprojekt Baden-Württemberg. Zur Verfügung stehen ca. zehn Beratungstage/Jahr vor Ort.
- Daneben stehen Herr Krüger (Gesamtkoordinator der Implementationsprojekte) sowie als weiteres Mitglied der Arbeitsgruppe Herr Prof. Dr. Kunze bei Bedarf zur Beratung zur Verfügung.

- Einbeziehung der Region Ravensburg/Bodenseekreis in die Vernetzung der Projektregionen. Förderung des Austausches mit anderen Projektregionen sowie des regionsübergreifenden themenspezifischen Austausches.
- Vorstellung von Ergebnissen und Erfahrungen der Projektregionen im Rahmen fachöffentlicher Tagungen und Workshops sowie in Veröffentlichungen.
- Abschlussbericht, Abschlusstagung.

Unterzeichner:

Landkreis Ravensburg
Pauline 13 e.V.
Sprungbrett e.V.

Landkreis Bodensee
Arkade e.V.
Vianney-Gesellschaft Überlingen

Aktion Psychisch Kranke e.V.
ZfP Die Weissenau
Gustav-Werner-Stiftung zum
Bruderhaus

Geschäftsordnung für die Hilfeplankonferenz im GPV Bodenseekreis

Vorbemerkung: Die Geschäftsordnung für die Hilfeplankonferenz im Landkreis Ravensburg ist inhaltlich identisch.

1 Präambel

Ziel des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist es, dass alle Menschen im Bodenseekreis mit psychischen Beeinträchtigungen, die Unterstützung zur Führung eines selbständigen und eigenverantwortlichen Lebens brauchen, die von ihnen benötigten Hilfen erhalten. Um dieses Ziel umzusetzen, haben die Träger der psychiatrischen Dienste und Einrichtungen im Bodenseekreis eine Vereinbarung getroffen, in der die Planung, Erbringung und Weiterentwicklung personenzentrierter Hilfen für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf verbindlich geregelt ist. Die Vereinbarung gibt ein einheitliches Verfahren vor, nach dem die Hilfeplanung und die Koordination der zu erbringenden Hilfen erfolgen soll. Die Hilfeplankonferenz nimmt darin eine zentrale Rolle bei der Koordination der Hilfen ein.

2 Funktion der Hilfeplankonferenz

Grundlage für die Zusammenarbeit ist der personenzentrierte Ansatz im Sinne der Konzeption der Aktion Psychisch Kranke als Leitbild für die Gestaltung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Das beinhaltet für die Hilfeplanung die folgenden Grundsätze:

- Die Hilfeplanung wird nicht über, sondern mit der Klientin/dem Klienten und wichtigen Bezugspersonen seines sozialen Umfeldes erstellt.
- Vorrang hat der Verbleib der Klientin/des Klienten in der gewohnten Umgebung seiner Gemeinde.
- Die vorhandenen Ressourcen der Person selbst und die ihres Umfeldes sollen systematisch einbezogen werden.
- Die Hilfeplanung soll regelmäßig überprüft werden.
- Die im Einzelfall erforderlichen Hilfen sollen über alle relevanten Lebensbereiche hinweg im Sinne einer integrierten Gesamtplanung abgestimmt werden.

3 Aufgabe der Hilfeplankonferenz

3.1 Individuelle Hilfeplanung

Aufgabe der Hilfeplankonferenz ist die Abstimmung der Leistungserbringung für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Sie nimmt diese Aufgabe dadurch wahr, dass sie ausgehend von erstellten individuellen Hilfeplanungen eine Empfehlung zu Art, Inhalt, Ziel und Umfang der Hilfeleistung gibt. Das beinhaltet

- Plausibilitätsprüfung der eingebrachten Hilfeplanung,
- Erarbeitung einer Empfehlung zur einzelfallbezogenen Leistungserbringung,
- Festlegung der koordinierenden Bezugsperson,
- Festlegung des Überprüfungszeitraums.

3.2 Anregungen zur bedarfsgerechten Versorgung

Aus den Erfahrungen hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen der Bedarfsdeckung gibt die HPK Hinweise zur bedarfsgerechten Anpassung des Hilfesystems. Ansprechpartner der HPK für diese Hinweise ist die Trägerkonferenz des GPV.

4 Zielgruppe

4.1 Die HPK wird bei Hilfeplanungen für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf tätig. In der klinischen Versorgung der Weissenau betrifft dies Klientinnen und Klienten der Abteilungen Sektorpsychiatrie, Forensische Psychiatrie, Gerontopsychiatrie (psychisch kranke Menschen, die nicht im Bereich der Altenhilfe versorgt werden können) und Sucht (chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke).

4.2 Die HPK ist für alle in 4.1 definierten Hilfe suchenden Personen zuständig, die im Bodenseekreis leben oder aus Einrichtungen außerhalb des Landkreises in den Bodenseekreis zurückkehren möchten.

4.3 Die HPK wird ferner bei Hilfesuchenden aus anderen Regionen tätig:

- wenn es ausdrücklicher Wunsch der Hilfe suchenden Person ist, im Bodenseekreis zu leben. Dies soll in der Regel durch das Erscheinen in der Hilfeplankonferenz zum Ausdruck gebracht werden
- wenn Klientinnen/Klienten, die vor Jahren oder Jahrzehnten aus anderen Regionen in einer der Einrichtungen des GPV im Bodenseekreis oder dem Landkreis Ravensburg aufgenommen wurden und nicht mehr in ihre Herkunftsregion zurückkehren möchten
- bei Anfragen von Hilfe suchenden Personen, bei denen enge soziale Bezüge im Bodenseekreis bestehen oder die ein Beschäftigungsverhältnis im Bodenseekreis inne haben oder es ihnen in Aussicht steht.

Klientinnen und Klienten von anderen Regionen können in das Hilfesystem nur aufgenommen werden, wenn die Kapazität zur Versorgung der Klientinnen und Klienten des Bodenseekreises nicht ausgelastet ist.

5 Zusammensetzung der Hilfeplankonferenz

5.1 Ständige Mitglieder der HPK sind: Vertreter der Dienste und Einrichtungen, die im Landkreis tätig sind. Die beteiligten Träger benennen jeweils feste Vertreter und deren Stellvertreter, die ermächtigt sind, auf der Fallebene Entscheidungen zu treffen:

- Vertreter des Leistungsverbundes Wohnen,
- Vertreter des Leistungsverbundes Arbeit,
- Vertreter des Leistungsverbundes Ambulante Psychiatrische Dienste (APD),
- Vertreter des Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ),
- Vertreter der stationären und teilstationären Behandlungseinrichtungen,
- die Psychiatrie-Koordination des Landkreises,
- Vertreter des örtlichen und des überörtlichen Sozialhilfeträgers,
- die Koordinationsstelle der Hilfeplankonferenz.

Eine Liste der Ständigen Mitglieder ist als Anlage beigefügt.

5.2 Fallbezogen nehmen die jeweilige koordinierende Bezugsperson sowie auf Wunsch die Hilfe suchende Person und/oder deren gesetzliche Vertretung und/oder deren benannte Vertrauensperson teil. Zu Fort- und Weiterbildungszwecken können Einzelpersonen an der HPK

hospitierend teilnehmen. Hospitierende Gäste werden von der Koordinationsstelle besonders auf die Schweigepflicht hingewiesen.

5.3 Die Beteiligung der weiteren Sozialleistungsträger wird angestrebt. Vereinbarungen zur Veränderung des Teilnehmerkreises werden in der Trägerkonferenz getroffen.

5.4 Die Psychiatrie-Koordination des Landkreises übernimmt die Moderation der Hilfeplankonferenz und die Überwachung der Einhaltung der vereinbarten Verfahrensstandards.

5.5 Die Koordinationsstelle der Hilfeplankonferenz wird durch Umlage der beteiligten Einrichtungsträger finanziert. Sie ist Mitglied der Trägerkonferenz und stellt damit das Bindeglied zwischen Hilfeplankonferenz und Trägerkonferenz dar. Die Aufgaben sind insbesondere:

- die Entgegennahme der Anmeldungen und die Erstellung einer zeitlich gestaffelten Beratungsfolge,
- die Protokollierung der HPK (es wird neben den Fallprotokollen ein allgemeines Ergebnisprotokoll erstellt, das alle nicht fallbezogenen Themen umfasst und das allen Beteiligten zur Verfügung gestellt wird),
- die Führung einer Wiedervorlage-Liste zu den bearbeiteten Hilfeplanungen,
- die Auswertung des Beratungsgeschehens hinsichtlich der Aspekte, die für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region sozialplanerisch von Bedeutung sein können,
- die Erstellung eines Jahresberichtes.

6 Arbeitsweise

6.1 Die Vorstellung in der HPK setzt voraus, dass im Vorfeld eine integrierte Hilfeplanung auf der Basis des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) mit der Klientin/dem Klienten erstellt wurde (siehe Schaubild Aufnahmeverfahren Hilfeplankonferenzen). Bei Hilfesuchenden aus Einrichtungen anderer Regionen wird der Hilfebedarf nach den Kriterien des IBRP durch die weitervermittelnde Einrichtung und/oder den/die gesetzliche(n) Betreuer(in) vorgestellt. Zur Vorbereitung erhalten diese das Merkblatt zum Hilfeplanungsverfahren im GPV.

6.2 Die HPK tagt regelmäßig mindestens monatlich auf der Basis eines vereinbarten Terminplans und nach einem festgelegten Schema (siehe Ablaufschema Hilfeplankonferenz). Die Anmeldung zur Besprechung erfolgt vier Werktage vor dem Sitzungstermin bei der Koordinationsstelle der Hilfeplankonferenz. Die Einwilligungserklärung zum Verfahren der Hilfeplanung und der IBRP müssen in der Hilfeplankonferenz dem/der Koordinator/in der HPK vorgelegt werden.

6.3 Die Vorstellung der Einzelfälle erfolgt durch mündlichen Vortrag durch die koordinierende Bezugsperson bzw. die Fachkraft der überweisenden Einrichtung oder des überweisenden Dienstes, die die Hilfeplanung vorgenommen hat.

6.4 Die beteiligten Dienste und Einrichtungen beachten bei der Falldiskussion den Grundsatz, dass keine hilfesuchende Person im Sinne der Definition nach 4.1 aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigungen von der Versorgung innerhalb des GPV ausgeschlossen werden darf. Vor der Kündigung eines Heim- oder Betreuungsvertrags durch den Leistungserbringer bedarf es daher der Vorstellung des Klienten in der Hilfeplankonferenz, sofern nach Maßnahmebeendigung ein Hilfebedarf erkennbar weiter besteht.

6.5 Die Autonomie der beteiligten Leistungserbringer hinsichtlich Aufnahmeentscheidungen bleibt unberührt. Sie verpflichten sich, diese im Sinne des Absatzes 6.4 auszuüben und ihre Entscheidungen in der HPK zu begründen.

6.6 Die HPK gibt eine Empfehlung, welche Leistungen von welchen Leistungserbringern ab welchem Zeitpunkt erbracht werden. Sie bestimmt die koordinierende Bezugsperson und legt den Zeitraum der Überprüfung des Hilfebedarfs fest. Der Überprüfungszeitraum darf nicht länger als ein Jahr sein. Die HPK ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend ist.

6.7 Die Empfehlung zur Leistungserbringung ist gleichzeitig eine fachliche Empfehlung an den bzw. die zuständige(n) Leistungsträger. Der IBRP bildet die fachliche Grundlage für die Beantragung der Kostenübernahme durch Sozialhilfeträger und Pflegekasse im Sinne eines Gesamtplans. Die in der HPK anwesenden Vertreter der Leistungsträger bringen zum Ausdruck, ob sie den geplanten Maßnahmen vorbehaltlich einer abschließenden Prüfung zustimmen. Die konkrete Kostenbeantragung erfolgt über die von den Leistungsträgern vorgeschriebenen Erfassungsinstrumente.

6.8 Die Einzelfälle werden ergebnisbezogen mit einem Protokollschema dokumentiert. Die koordinierende Bezugsperson erhält den IBRP und das Einzelfallprotokoll und leitet letzteres an die im Einzelfall beteiligten Dienste und Einrichtungen, sowie bei Bedarf an den zuständigen Leistungsträger weiter.

7 Wahrung der Rechte der Hilfesuchenden

7.1 Der einzelfallbezogene Informationsaustausch über Einrichtungsgrenzen hinweg dient der Abstimmung von Hilfeplanung und Leistungserbringung im Interesse der Hilfesuchenden an einer möglichst passgenauen und individuell zugeschnittenen Unterstützung. Er erfordert ein besonderes Maß an Sorgfalt bei allen Beteiligten.

7.2 Zu einer personenbezogenen Verfahrensgestaltung gehört, dass das Verfahren für die Hilfesuchenden transparent ist und ihnen im Rahmen der Hilfeplanung angemessen erläutert wird. Dazu wird neben der verbalen Erläuterung das Merkblatt zum Hilfeplanungsverfahren verwendet.

7.3 Die Behandlung in der HPK erfordert in jedem Einzelfall eine darauf bezogene Einverständniserklärung. Dazu wird der Vordruck „Einwilligungserklärung zum Verfahren der Hilfeplanung“ verwendet. Die den Fall einbringende Fachkraft ist dafür verantwortlich, dass die Einverständniserklärung zur HPK vorliegt.

8 Geltung

Diese Geschäftsordnung wird in der HPK einvernehmlich vereinbart und kann bei Bedarf auf demselben Weg geändert werden. Bei nicht auflösbaren Meinungsverschiedenheiten entscheidet die Trägerkonferenz GPV über die Fassung der Geschäftsordnung. Sie tritt am 1. Januar 2004 in Kraft.

Anlagen:

- Übersicht über die Mitglieder der Hilfeplankonferenz Bodenseekreis
- Ablaufschema Hilfeplankonferenz
- Schaubild Aufnahmeverfahren Hilfeplankonferenzen

Merkblatt für die koordinierende Bezugsperson im GPV Bodenseekreis

Vorbemerkung: Das Merkblatt für die koordinierende Bezugsperson im GPV im Landkreis Ravensburg ist inhaltlich gleich.

Ziel des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung ist die einrichtungsübergreifend abgestimmte Erbringung der Hilfen für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Bei der Umsetzung dieses Ziels kommt der koordinierenden Bezugsperson eine entscheidende Rolle zu.

Die koordinierende Bezugsperson hat insbesondere folgende Aufgaben:

- Sie erarbeitet mit dem Klienten/der Klientin eine integrierte Hilfeplanung, stimmt diese mit allen Beteiligten ab und bringt sie in die Hilfeplankonferenz (HPK) ein.
- Soweit die koordinierende Bezugsperson in der HPK neu bestimmt wurde, erhält sie den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und den Beschluss der HPK zur Leistungserbringung und trägt dafür Sorge, dass der Klient/die Klientin über den Beschluss der HPK informiert wird.
- Sie sorgt dafür, dass alle Einrichtungen und Dienste, die Leistungen für den Klienten/die Klientin erbringen sollen, über Ziel und Inhalt der Leistungen sowie über den zeitlichen Umfang informiert werden.
- Sie unterstützt den Klienten/die Klientin bei der Antragstellung gegenüber den zuständigen Sozialleistungsträgern, sofern nicht ein(e) gesetzliche(r) Vertreter/Vertreterin bestellt ist.
- Sie hält kontinuierlichen Kontakt zu der Klientin/dem Klienten, um zu prüfen, ob die in der HPK gefassten Beschlüsse umgesetzt werden und die im IBRP genannten Ziele und Hilfebedarfe noch zutreffen. Sie steht dem Klienten/der Klientin als Ansprechpartner zur Verfügung, falls er/sie Änderungen der Hilfeleistungen wünscht.
- Sie ist für die Überprüfung aller festgelegten psychiatrischen Hilfeleistungen zuständig, unabhängig davon, welche(r) Einrichtung/Dienst sie erbringt und welcher Leistungsträger dafür aufkommt.
- Sie steht den Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie nicht-psychiatrischen Helfern als Ansprechpartner zur Verfügung, insbesondere auch dann wenn diese die im IBRP festgelegten Hilfen nicht mehr leisten können, wenn sie Zweifel an der planmäßigen Hilfeleistung haben oder wenn sie eine Änderung des Hilfebedarfs vermuten.
- Sie ist berechtigt, sich bei allen an der Hilfeleistung beteiligten Diensten und Einrichtungen über den Verlauf und die Ergebnisse der Hilfeleistungen zu informieren. Soweit Unklarheiten über Zuständigkeiten auftreten, sorgt sie für eine Klärung und nutzt dafür nötigenfalls auch die HPK.
- Sie erstellt zum festgelegten Überprüfungszeitpunkt oder bei vorheriger Änderung des Hilfebedarfs eine neue Hilfeplanung und stellt diese in der HPK vor.

Evaluationsbogen Hilfeplankonferenz

Vorbemerkung: In der Projektregion Ravensburg/Bodensee wurde 2002 und 2003 jeweils eine Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Hilfeplankonferenzen zur Zufriedenheit mit der Arbeitsweise durchgeführt. Die Ergebnisse wurden jeweils in der Projektsteuerungsgruppe sowie in den Hilfeplankonferenzen erörtert. Die Befragung erfolgte in beiden Jahren mit dem vorliegenden Fragebogen. Das Original ist zweiseitig.

Sehr geehrter Hilfeplankonferenz-Teilnehmer, sehr geehrte Hilfeplankonferenz-Teilnehmerin,

Die Hilfeplankonferenz (HPK) zum Umbau des institutionszentrierten auf ein personenzentriertes Hilfesystem wird in unserer Region seit einem knappen Jahr praktiziert. In diesem Jahr wurden öffentlich und informell viele Diskussionen über Aufwand und Nutzen der HPK geführt. Zwischenzeitlich sind einige elementare Fragen geklärt, die Teilnahme an der HPK ist zu einem festen Bestandteil der Kooperation in den drei Regionen geworden.

Die Einkehr von Routine erscheint uns als geeigneter Zeitpunkt, eine Evaluation der HPK durchzuführen, Wir wollen systematisch erfassen, ob die HPK aus Sicht der TeilnehmerInnen ihre Funktion erfüllt. Der Fragebogen dient uns als Rückmeldung über die Akzeptanz der HPK-Strukturen und der Notwendigkeit, einzelne Aspekte zu verändern.

Der Fragebogen wird in der letzten HPK des Jahres verteilt und soll in der ersten HPK des Jahres 2003 an die Koordinatorinnen zurückgegeben werden. Die Fragebögen werden für jede Region getrennt über eine Häufigkeitsauszählung ausgewertet; die TeilnehmerInnen erhalten anschließend die Ergebnisse der Auswertung. TeilnehmerInnen an mehreren HPK füllen bitte für jede Region einen Fragebogen aus. Vielen Dank für die Mühe.

Dr. Michael Konrad (im Auftrag der Trägerkonferenz)

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Der Fragebogen gilt für die HPK:

Bodenseekreis Ravensburg Allgäu

Allgemeine Fragen

1. Ich bin mit der Vorbereitung der Konferenz durch die Koordinatorinnen zufrieden.

ja eher ja neutral eher nicht nein
2. Ich bin mit der Moderation der Konferenz (Strukturierung, Moderation der Redebeiträge, auf die Zeit achten) zufrieden.

ja eher ja neutral eher nicht nein
3. Ich schätze die Konferenz, weil sie mein Verständnis erweitert, wie „an einen Fall herangegangen werden kann“ und weil sie mich über den Tellerrand des eigenen (bzw. eigenen Team-) Denkens hinausschauen lässt.

ja eher ja neutral eher nicht nein
4. Ich bin mit der Art und Weise bzw. mit der „Kultur“, wie über einen „Fall“ gesprochen wird, zufrieden.

ja eher ja neutral eher nicht nein

5. Ich schätze die Konferenz als Ort, wo ich gut über aktuelle Geschehnisse in der „Sozialpsychiatrischen Szene“ (Planungen vor Ort, psychiatriepolitische Veränderungen) informiert werde.

ja eher ja neutral eher nicht nein

Fragen zum Bereich „Umsetzung der Hilfeplanung“

Rückblickend auf die bisher stattgefundenen Hilfeplankonferenzen, erlebte ich deren Wirkung wie folgt: Die HPK

6. ... führte zu mehr Verständnis für den Fall als Überlegungen und Besprechungen im jeweiligen Team.

ja eher ja neutral eher nicht nein

7. ... zeigte fallbezogen neue Möglichkeiten der Hilfeerbringung auf.

ja eher ja neutral eher nicht nein

8. ... erbrachte mir Informationen, die ich ohne die Konferenz nicht oder nur mühsam erhalten hätte.

ja eher ja neutral eher nicht nein

Fragen zum Bereich „Die Hilfeplankonferenz und ihre Wirkung auf mich und meine Institution“

9. Die Einführung der Hilfeplankonferenz hat zu einer Kompetenz- und Autonomiebeschneidung für die Teams geführt; sie können nicht mehr allein entscheiden, mit welchen Klienten sie arbeiten möchten und mit welchen nicht. Finden Sie diese Entwicklung begrüßenswert ?

ja eher ja neutral eher nicht nein

10. In derer Hilfeplankonferenz gelingt es, einen Fall so einzubringen und vorzustellen, dass - wenn man als „übernehmende Institution“ fungiert - man gut darauf aufbauen kann.

ja eher ja neutral eher nicht nein

11. Die Hilfeplankonferenz fördert durch ihr „Offenmachen“ von Patientenbewegungen (Verlegungen, Anmeldungen) ein verantwortlicheres Umgehen mit „schwierigen PatientInnen“ in dem Sinne, dass die „geeignete Institution“ in der HPK gefunden wird.

ja eher ja neutral eher nicht nein

Allgemeines Rating

12. Die Hilfeplankonferenz erfüllt ihre Funktion der personenzentrierten Umsetzung der Hilfeplanung

ja eher ja neutral eher nicht nein

Raum für freie Statements

Gesellschaftsvertrag

Gemeindepsychiatrisches Zentrum Friedrichshafen gGmbH

Präambel

Die Gesellschafter möchten durch ihre Zusammenarbeit den Ausbau des gemeindepsychiatrischen Verbunds im Bodenseekreis stärken und sichern.

Dies soll insbesondere durch die Übernahme von Trägerschaft und Betrieb einer anerkannten Werkstatt sowie einer Tagesstätte mit Zuverdienst Arbeitsplätzen erfolgen. Im Rahmen eines Beschäftigungsverbundes sollen psychisch kranke und behinderte Menschen Angebote „unter einem Dach“ in Friedrichshafen finden.

Die Gesellschaft hat das Ziel, sich am Werkstättenverbund Bodensee Oberschwaben (bisher zwischen Gustav-Werner-Stiftung zum Bruderhaus, Sprungbrettwerkstätten gGmbH und Zentrum für Psychiatrie Weißenau) zu beteiligen.

Die Gesellschaft ist bestrebt mit anderen Anbietern im gemeindepsychiatrischen Verbund in größter räumlicher Nähe zu kooperieren.

§ 1 Firma und Sitz der Gesellschaft

- (1) Die Firma der Gesellschaft lautet:
Gemeindepsychiatrisches Zentrum Friedrichshafen gGmbH
- (2) Sitz der Gesellschaft ist Friedrichshafen.

§ 2 Gegenstand, Zweck und Dauer der Gesellschaft, Steuerbegünstigte Zwecke

- (1) Gegenstand des Unternehmens ist die Beteiligung an der psychiatrischen Versorgung im Bodenseekreis. Die Gesellschaft verfolgt ihren Zweck insbesondere durch die Übernahme von Trägerschaft und Betrieb einer anerkannten Werkstatt für psychisch kranke Behinderte sowie einer Tagesstätte mit Zuverdienst Arbeitsplätzen in Friedrichshafen.
- (2) Die Gesellschaft darf andere Unternehmen gleicher oder ähnlicher Art übernehmen und sich an solchen Unternehmen beteiligen. Die Gesellschaft darf darüber hinaus alle Geschäfte tätigen, die den Gegenstand des Unternehmens fördern.
- (3) Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und mildtätige Zwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke“ der Abgabenordnung. Zweck der gGmbH ist die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens. Dieser Unternehmenszweck wird insbesondere verwirklicht durch das Betreiben psychiatrischer Dienste und Einrichtungen.
- (4) Die Gesellschaft ist selbstlos tätig. Sie verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke. Die Mittel der Gesellschaft dürfen nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden. Es darf keine natürliche oder juristische Person durch Ausgaben, die dem Zweck der Gesellschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen, begünstigt werden.
Die Gesellschafter dürfen keine Gewinnanteile und in ihrer Eigenschaft als Gesellschafter auch keine sonstigen Zuwendungen aus Mitteln der Gesellschaft erhalten.
- (5) Die Gesellschaft ist an eine bestimmte Zeitdauer nicht gebunden.

§ 3 Stammkapital und Stammeinlagen

- (1) Das Stammkapital der Gesellschaft beträgt 50.000 € (in Worten: fünfzigtausend Euro).
- (2) Auf das Stammkapital übernehmen als Stammeinlage
 - die Gustav-Werner-Stiftung 15.000 €
 - der Pauline 13 e.V. 15.000 €
 - das Zentrum für Psychiatrie Weißenau 10.000 €
 - die Stadt Friedrichshafen 5.000 €
 - der Landkreis Bodenseekreis 5.000 €.
- (3) Sämtliche Stammeinlagen sind bei der Gründung der Gesellschaft sofort in bar zu leisten.
- (4) Eine Nachschusspflicht besteht nicht.
- (5) Die Gesellschaft trägt den gesamten Gründungsaufwand bis zum Betrag von 5.000 €.

§ 4 Geschäftsjahr

Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Geschäftsjahr endet mit dem auf die Eintragung der Gesellschaft folgenden 31. Dezember.

§ 5 Gesellschaftsorgane

Organe der Gesellschaft sind:

1. die Geschäftsführung,
2. die Gesellschafterversammlung.

§ 6 Geschäftsführung

- (1) Die Gesellschaft hat einen oder mehrere Geschäftsführer. Die Gesellschafterversammlung ist zuständig für die Bestellung, Anstellung, Abberufung und Kündigung des Anstellungsvertrags des/der Geschäftsführer(s).
- (2) Durch Gesellschafterbeschluss kann eine Geschäftsordnung erlassen werden, die die Rechte und Pflichten der Geschäftsführung regelt.
- (3) Die Geschäftsführung hat die Geschäfte der Gesellschaft selbstverantwortlich, sorgfältig und gewissenhaft nach Maßgabe der Gesetze, des Gesellschaftsvertrags und der Geschäftsordnung zu führen. Durch die Gesellschafterversammlung erteilte Weisungen hat sie zu beachten. Das Auskunfts- und Einsichtsrecht kann von Seiten der Gesellschafterin Stadt Friedrichshafen ohne Vorlage einer Vollmacht auch von der Beteiligungsverwaltung ausgeübt werden.
- (4) Sind mehrere Geschäftsführer bestellt, so können im Innenverhältnis einzelne Geschäftsführer zur Vornahme bestimmter Geschäfte oder bestimmte Arten von Geschäften ermächtigt werden.
- (5) Sind mehrere Geschäftsführer bestellt, so haben sie sich gegenseitig über alle Geschäftsvorfälle, die für die anderen Geschäftsführer von Bedeutung sein könnte, zu unterrichten sowie vor Durchführung aller wichtigeren Maßnahmen miteinander zu beraten.
- (6) Widerspricht ein Geschäftsführer der Maßnahme eines anderen Geschäftsführers, so hat diese zunächst zu unterbleiben. Auf Antrag eines Geschäftsführers entscheidet, wenn

mehr als zwei Geschäftsführer vorhanden sind, ein nach Köpfen zu berechnender Mehrheitsbeschluss sämtlicher Geschäftsführer. Sind nur zwei Geschäftsführer vorhanden oder kommt ein Mehrheitsbeschluss unter den Geschäftsführern nicht zustande, so entscheidet auf Antrag eines Geschäftsführers der Vorsitzende der Gesellschafterversammlung endgültig über die Durchführung der Maßnahme. Entsprechendes gilt bei sonstigen Meinungsverschiedenheiten unter den Geschäftsführern.

- (7) Die Geschäftsführung hat der Gesellschafterversammlung bis spätestens einen Monat vor Beginn des Geschäftsjahres einen Wirtschaftsplan für das Folgejahr und eine fünfjährige Finanzplanung zur Beschlussfassung vorzulegen.
- (8) Die Geschäftsführung hat in entsprechender Anwendung der Vorschriften des § 90 Abs. 1 und 2 AktG der Gesellschafterversammlung und der Beteiligungsverwaltung bei der Stadt Friedrichshafen zu berichten. Sie hat in den Sitzungen der Gesellschafterversammlung, an denen sie, sofern die Gesellschafterversammlung nicht im Einzelfall etwas anderes bestimmt, teilnimmt, Auskunft zu erteilen. Unabhängig hiervon berichtet die Geschäftsführung der Gesellschafterversammlung, sofern es die Situation erfordert, auch in kürzeren Abständen.
- (9) Die Gesellschafterversammlung legt eine Zuständigkeitsregelung für die Geschäftsführung fest.

§ 7 Vertretung

- (1) Ist nur ein Geschäftsführer bestellt, so vertritt er die Gesellschaft allein. Sind mehrere Geschäftsführer bestellt, so wird die Gesellschaft von zwei Geschäftsführern gemeinschaftlich oder von einem Geschäftsführer in Gemeinschaft mit einem Prokuristen vertreten.
- (2) Durch Beschluss der Gesellschafterversammlung kann allen oder einzelnen Geschäftsführern Alleinvertretungsbefugnis sowie Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB erteilt werden.

§ 8 Gesellschafterversammlung

- (1) Die Gesellschafterversammlung ist in den im Gesetz oder Gesellschaftsvertrag bestimmten Fällen sowie dann einzuberufen, wenn das Interesse der Gesellschaft dies erfordert.
- (2) Die Versammlung wird durch schriftliche Einladung der Gesellschafter durch die Geschäftsführung unter Angabe der Tagesordnung, bei der jährlichen Versammlung unter Beifügung des Jahresabschlusses und des Lageberichts, einberufen. Zwischen der Aufgabe des Briefes zur Post und dem Versammlungstag muss eine Frist von mindestens sieben Tagen liegen.
- (3) Die Gesellschafterversammlung findet am Sitz der Gesellschaft statt. Sie kann aus begründetem Anlass an einem anderen Ort abgehalten werden.
- (4) Jeder Gesellschafter darf an der Gesellschafterversammlung teilnehmen. Er kann sich dabei durch einen anderen Gesellschafter oder einen zur Berufsverschwiegenheit verpflichteten Dritten vertreten lassen. Jeder andere Gesellschafter kann verlangen, dass sich der Bevollmächtigte durch schriftliche Vollmacht legitimiert.

- (5) Die Versammlung wird vom Vorsitzenden geleitet. Er hat für eine ordnungsgemäße Protokollierung der Beschlüsse zu sorgen. Der Vorsitzende der Gesellschafterversammlung wird aus dem Kreis der Gesellschafter gewählt.
- (6) Die Gesellschafterversammlung ist beschlussfähig, wenn mehr als drei Viertel (3/4) der Gesellschafter erschienen oder vertreten ist und diese mehr als drei Viertel (3/4) des Stammkapitals repräsentieren. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, so ist innerhalb von vier Wochen eine neue Versammlung mit gleicher Tagesordnung einzuberufen, die dann in jedem Fall beschlussfähig ist. Darauf ist in der Ladung hinzuweisen.

§ 9 Gesellschafterbeschlüsse

- (1) Die Gesellschafterversammlung beschließt in allen durch Gesetz oder Gesellschaftsvertrag bestimmten Fällen. Sie beschließt insbesondere über
 - den Abschluss und die Änderung von Unternehmensverträgen im Sinne der §§ 291 und 292 Abs. 1 des Aktiengesetzes,
 - die Übernahme neuer Aufgaben von besonderer Bedeutung im Rahmen des Unternehmensgegenstands,
 - die Errichtung, den Erwerb und die Veräußerung von Unternehmen und Beteiligungen, sofern dies im Verhältnis zum Geschäftsumfang der Gesellschaft wesentlich ist,
 - den Wirtschaftsplan,
 - die Feststellung des Jahresabschlusses und die Verwendung des Ergebnisses,
 - die Auflösung, Verschmelzung oder Umwandlung der Gesellschaft,
 - die Einziehung von Geschäftsanteilen,
 - die Entlastung der Geschäftsführer,
 - die Bestellung und Abberufung von Prokuristen und Handlungsbevollmächtigten zum gesamten Geschäftsbetrieb.
- (2) In folgenden Angelegenheiten bedarf die Geschäftsführung jedoch der Zustimmung der Gesellschafterversammlung:
 - a) Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken und grundstücksgleichen Rechten;
 - b) Investitionen jeglicher Art;
 - c) Aufnahme von langfristigen Darlehen und Kassenkrediten;
 - d) Abschluss von Miet- und Pachtverträgen und anderen Dauerschuldverhältnissen ohne Begrenzung der Laufzeit;

jeweils soweit im Einzelfall eine in der Zuständigkeitsregelung für die Geschäftsführung festzulegende Wertgrenze überschritten wird;

- e) Einstellung, Höhergruppierung und Entlassung von Angestellten ab einer in der Zuständigkeitsregelung für die Geschäftsführung festzulegenden Vergütungsgruppe;
- f) Bewilligung von Sondervergütungen und Altersunterstützungen an Betriebsangehörige;
- g) Abschluss von sonstigen Verträgen und sonstige Angelegenheiten von grundsätzlicher oder erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung;
- h) dauerhafte oder langfristige Ausgliederung unternehmerischer Kernprozesse und deren Vergabe an Dritte;
- i) wichtige Entscheidungen bei eventuellen Tochterunternehmen;
- j) erhebliche Abweichungen vom Wirtschaftsplan.

- (3) Die Geschäftsführung bedarf weiterhin der Zustimmung der Gesellschafterversammlung bei besonders wichtigen Geschäften oder Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung für die Gesellschaft, auch wenn kein Fall der Abs. 1 und 2 gegeben ist. Durch Gesellschafterbeschluss können die wichtigen Geschäfte und Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung näher bestimmt werden. Darüber hinaus kann die Gesellschafterversammlung im Einzelfall bestimmte Geschäfte von ihrer Zustimmung abhängig machen.
- (4) Gesellschafterbeschlüsse werden in Gesellschafterversammlungen oder Beschlüssen gem. § 48 Abs. 2 GmbHG mit drei Viertel (3/4) der abgegebenen Stimmen schriftlich gefasst, soweit nicht der Gesellschaftsvertrag oder das Gesetz etwas anderes bestimmt. Abgestimmt wird nach Geschäftsanteilen. Je angefangene 500 € eines Geschäftsanteils gewähren eine Stimme.
- (5) Die Niederschrift über die gefassten Beschlüsse ist vom Schriftführer unverzüglich anzufertigen. Der Vorsitzende, ein Geschäftsführer und der Schriftführer haben sie unverzüglich zu unterschreiben und die Geschäftsführung hat sie den Gesellschaftern unverzüglich zuzuleiten. Diese können innerhalb vier Wochen eine Ergänzung oder Berichtigung der Niederschrift schriftlich verlangen. Die unwidersprochene oder ergänzte bzw. berichtigte Niederschrift hat die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit.
- (6) Der Abhaltung einer Gesellschafterversammlung zur Beschlussfassung bedarf es nicht, wenn sämtliche Gesellschafter sich schriftlich mit dem zu fassenden Beschluss oder sich mit der schriftlichen Abstimmung einverstanden erklären.
- (7) In eiligen Angelegenheiten kann die Geschäftsführung beim Vorsitzenden der Gesellschafterversammlung beantragen, dass Beschlüsse auch durch die Einholung der Erklärungen mittels Telefon oder elektronischer Post erfolgen können, sofern keiner der Gesellschafter der Form dieser Beschlussfassung widerspricht. Die Gründe für die Eilentscheidung und die Art der Erledigung sind der Gesellschafterversammlung in ihrer nächsten Sitzung bekannt zu geben.

§ 10 Übertragung, Verpfändung, Belastung und Einziehung von Geschäftsanteilen

a) Übertragung

- (1) Die Übertragung (durch Veräußerung oder Rechtsnachfolge) eines Geschäftsanteils bedarf zu ihrer Gültigkeit der schriftlichen Genehmigung der Gesellschaft. Die Geschäftsführung darf die Genehmigung nur aussprechen, wenn in einer Gesellschafterversammlung mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen der Übertragung zugestimmt worden ist.

Die Übertragung ist entweder auf eine oder mehrere Personen, die im Gesellschafterbeschluss genannt werden müssen, oder auf die Gesellschaft selbst möglich, falls die Voraussetzungen der §§ 30, 33 GmbHG vorliegen.

- (2) Beabsichtigt ein Gesellschafter seinen Geschäftsanteil zu veräußern, so hat er seine Absicht, den Namen des Kaufinteressenten, den geforderten Kaufpreis und die Zahlungsbedingungen der Gesellschaft durch eingeschriebenen Brief anzuzeigen. Die Gesellschaft hat die Anzeige den übrigen Gesellschaftern mitzuteilen.

Die Veräußerung ist nur aus wichtigem Grund möglich. Sie ist nur auf Ende des Geschäftsjahres und unter Einhaltung einer Frist von neun Monaten zulässig.

- (3) Für den Fall der Veräußerung eines Geschäftsanteiles sind die übrigen Gesellschafter zum Vorkauf berechtigt. Das Vorkaufsrecht steht den Vorkaufsberechtigten in dem Verhältnis zu, in welchem die Nennbeträge der von ihnen gehaltenen Geschäftsanteile zueinander stehen. Soweit ein Vorkaufsberechtigter von seinem Vorkaufsrecht nicht oder nicht fristgerecht Gebrauch macht, steht dieses den übrigen Vorkaufsberechtigten in dem Verhältnis zu, in welchem die Nennbeträge der von ihnen gehaltenen Geschäftsanteile zueinander stehen. Das Vorkaufsrecht ist innerhalb einer Frist von einem Monat nach Eingang des Kaufangebotes auszuüben. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 504 ff. BGB.
 - (4) Ist der Erwerber (Käufer oder Rechtsnachfolger) eines Geschäftsanteils eine natürliche Person, so sollte er seinen Wohnsitz in Friedrichshafen oder der näheren Umgebung haben. Er muss ferner voll geschäftsfähig, bereit und fähig sein, die Gesellschaft und ihre Zwecke aktiv persönlich zu fördern.
 - (5) Bei der Veräußerung eines Geschäftsanteils ist dem Veräußerer ein Entgelt zu zahlen. Das Entgelt setzt sich zusammen aus dem Wert des eingezahlten, durch Verluste nicht geminderten Kapitalanteils und dem gemeinen Wert der vom Gesellschafter geleisteten und noch vorhandenen Sacheinlagen.
 - (6) Die Übertragung eines Teils eines Geschäftsanteils ist ausgeschlossen.
- b) Verpfändung und Belastung
- Die Geschäftsanteile dürfen nicht verpfändet oder sonst wie mit Rechten Dritter, insbesondere mit Nießbrauchrechten, belastet werden.
- c) Einziehung
- (1) Die Gesellschafter können die Einziehung von Geschäftsanteilen mit Zustimmung des betroffenen Gesellschafters jederzeit beschließen.
 - (2) Der Zustimmung des betroffenen Gesellschafters bedarf es nicht, wenn in seiner Person ein wichtiger Grund, der seine Ausschließung aus der Gesellschaft rechtfertigt, gegeben ist. Ein solcher wichtiger Grund liegt vor, wenn ein weiteres Verbleiben des betroffenen Gesellschafters in der Gesellschaft für diese untragbar ist, insbesondere, wenn der Gesellschafter nicht mehr fähig, willens und bereit ist, die Gesellschaft und ihre Zwecke aktiv persönlich zu fördern oder er sonst wie vorsätzlich oder fahrlässig eine ihm nach dem Gesellschaftsvertrag obliegende wesentliche Verpflichtung verletzt. In allen diesen Fällen erfolgt die Beschlussfassung der Gesellschafterversammlung mit 2/3-Mehrheit der abgegebenen Stimmen; der betroffene Gesellschafter hat kein Stimmrecht.
 - (3) Statt der Einziehung kann die Gesellschafterversammlung beschließen, dass der Anteil von der Gesellschaft erworben oder an eine von ihr benannte Person veräußert wird. Der Gesellschafter bzw. dessen Rechtsnachfolger, in dessen Person ein wichtiger Grund für die Ausschließung vorliegt, sind zu einer solchen Übertragung des Geschäftsanteils verpflichtet.
 - (4) In allen Fällen der Einziehung von Geschäftsanteilen bzw. der Veräußerung eines Geschäftsanteils gemäß vorstehendem Absatz 3 ist dem betroffenen Gesellschafter ein Entgelt zu zahlen. Das Entgelt setzt sich zusammen aus dem Wert des eingezahlten, durch Verluste nicht geminderten Kapitalanteils und dem gemeinen Wert der vom Gesellschafter geleisteten und noch vorhandenen Sacheinlagen.

§ 11 Vereinigung von Geschäftsanteilen

Ist ein Gesellschafter Inhaber mehrerer Geschäftsanteile, auf welche die Stammeinlagen voll geleistet sind, so können diese mehreren Geschäftsanteile oder einzelne von ihnen auf Antrag des betroffenen Gesellschafters durch Gesellschafterbeschluss miteinander vereinigt werden.

§ 12 Wirtschaftsplan, Rechnungslegung und Organisation

- (1) Für den Wirtschaftsplan und für die Finanzplanung sind die für Eigenbetriebe geltenden Vorschriften sinngemäß anzuwenden. Der Wirtschaftsplan umfasst den Erfolgsplan, den Vermögensplan und die Stellenübersicht. Der Wirtschaftsführung ist eine fünfjährige Finanzplanung zugrunde zu legen. Der Wirtschaftsplan und die fünfjährige Finanzplanung sind jährlich aufzustellen und der Gesellschafterversammlung einen Monat vor Beginn des Geschäftsjahres zur Beschlussfassung vorzulegen. Gleichzeitig sind sie der Beteiligungsverwaltung bei der Stadt Friedrichshafen und beim Landkreis Bodenseekreis zur Kenntnis zu bringen. Die Geschäftsführung unterrichtet die Gesellschafter halbjährlich – wenn es die Situation erfordert, in kürzeren Abständen – über die Entwicklung des Geschäftsjahres.
- (2) Die Geschäftsführung hat dafür zu sorgen, dass das Rechnungswesen und die Betriebsorganisation die Erfüllung der Aufgabe der Gesellschaft gewährleisten.
- (3) Die Gesellschaft hat die jeweils gültigen kommunalrechtlichen Regelungen zur Vergabe von Aufträgen, die für Unternehmungen des privaten Rechts, an denen Gesellschafter, die den gemeindewirtschaftsrechtlichen Vorschriften unterliegen, unmittelbar oder mittelbar beteiligt sind, gelten, zu beachten.

§ 13 Jahresabschluss

- (1) Die Geschäftsführung hat nach Ablauf des Geschäftsjahres innerhalb der gesetzlichen Frist den Jahresabschluss (Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung, Anhang) und den Lagebericht aufzustellen. Jahresabschluss und Lagebericht haben den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung zu entsprechen. Sie sind klar und übersichtlich aufzustellen und müssen im Rahmen der Bewertungsvorschriften einen möglichst sicheren Einblick in die Vermögens- und Ertragslage der Gesellschaft geben. Im Übrigen gelten für die Aufstellung des Jahresabschlusses die entsprechenden Vorschriften des Dritten Buches des HGB für große Kapitalgesellschaften.
- (2) Der Jahresabschluss und der Lagebericht sind durch einen jährlich von der Gesellschafterversammlung gewählten und beauftragten Wirtschaftsprüfer zu prüfen. Für die Prüfung durch den Abschlussprüfer gelten die §§ 316 bis 324 HGB – wie sie für große Kapitalgesellschaften gelten – entsprechend. Den Gesellschaftern werden die Befugnisse nach § 53 des Haushaltsgrundsätzegesetzes eingeräumt. So verlangen sie insbesondere, dass durch den Wirtschaftsprüfer im Rahmen der Abschlussprüfung auch die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung geprüft wird und im Bericht des Wirtschaftsprüfers auch die in § 53 Abs. 1 Nr. 2 Haushaltsgrundsätzegesetz genannten Darstellungen enthalten sind.
- (3) Die Geschäftsführung hat den Jahresabschluss und den Lagebericht zusammen mit dem Prüfungsbericht des Abschlussprüfers über die nach Abs. 2 durchgeführte Prüfung unverzüglich der Gesellschafterversammlung vorzulegen. Zugleich ist die Beschlussempfehlung für die Verwendung des Bilanzgewinns oder die Abdeckung eines Verlusts der Ge-

sellschaferversammlung vorzulegen. Die genannten Unterlagen sind auch den Beteiligungsverwaltungen der Stadt Friedrichshafen und des Landkreises Bodenseekreis umgehend zuzuleiten.

- (4) Der Jahresabschluss und die Verwendung des Ergebnisses werden durch Gesellschafterbeschluss festgestellt.
- (5) Der Beschluss über die Feststellung des Jahresabschlusses zusammen mit dessen Ergebnis, das Ergebnis der Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichts sowie die beschlossene Verwendung des Jahresüberschusses oder die Behandlung des Jahresfehlbetrags sind in der Schwäbischen Zeitung, Ausgabe Friedrichshafen, bekannt zu geben. Gleichzeitig sind der Jahresabschluss und der Lagebericht an sieben Tagen öffentlich auszulegen. In der Bekanntmachung ist auf die Auslegung hinzuweisen.
- (6) Der Gemeindeprüfungsanstalt als überörtliche Prüfungsbehörde der Stadt Friedrichshafen wird das Recht zur Prüfung der Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften bei der Haushalts- und Wirtschaftsführung der Gesellschaft nach Maßgabe des § 114 Abs. 1 Gemeindeordnung eingeräumt. Darüber hinaus werden ihr die in § 54 Haushaltsgrundsätzegesetz vorgesehenen Befugnisse eingeräumt.
- (7) Dem Rechnungsprüfungsamt der Stadt Friedrichshafen werden die in § 54 Haushaltsgrundsätzegesetz vorgesehenen Befugnisse eingeräumt.
- (8) Das Nähere bestimmt sich nach den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere nach den Vorschriften des GmbH-Gesetzes und den Regelungen des Dritten Buches des Handelsgesetzbuches.
- (9) Den Beteiligungsverwaltungen der Gesellschafter, die den gemeindewirtschaftsrechtlichen Vorschriften unterliegen, werden sämtliche Unterlagen und Daten, die zur Aufstellung des jährlichen Beteiligungsberichts erforderlich sind, bereitgestellt. Die Einzelheiten werden zwischen der jeweiligen Beteiligungsverwaltung und der Geschäftsführung festgelegt.

§ 14 Abänderung des Gesellschaftsvertrags

Abänderungen des Gesellschaftsvertrags einschließlich der Maßnahmen von Kapitalerhöhung und Kapitalherabsetzung können von der Gesellschaferversammlung mit einer Mehrheit von mehr als 80 % des Stammkapitals beschlossen werden. Das gleiche gilt für die Aufnahme neuer Gesellschafter im Zuge einer Kapitalerhöhung.

§15 Auskunftsrecht

Jeder Gesellschafter ist berechtigt, Auskünfte über alle Angelegenheiten der Gesellschaft, insbesondere über den Stand des Gesellschaftsvermögens, und Einsichtnahme in die Geschäftsunterlagen von der Geschäftsführung zu verlangen.

§ 16 Auflösung der Gesellschaft, Wegfall der steuerbegünstigten Zwecke

- (1) Die Gesellschaft wird aufgelöst
 - durch den Beschluss der Gesellschaferversammlung mit einer Mehrheit von mehr als 80 % des Stammkapitals oder
 - durch den Abschluss des Insolvenzverfahrens.

Für die Abwicklung sind die Bestimmungen des GmbH-Gesetzes maßgebend. Die Auflösung erfolgt durch den oder die Geschäftsführer, soweit sie nicht durch Beschluss der Gesellschafterversammlung anderen Personen übertragen wird.

- (2) Bei Auflösung der Gesellschaft oder bei Wegfall steuerbegünstigter Zwecke fällt das Vermögen der Gesellschaft, soweit es die eingezahlten, nicht durch Verluste geminderte Kapitalanteile und den gemeinen Wert der von den Gesellschaftern geleisteten und noch vorhandenen Sacheinlagen übersteigt, entsprechend der Höhe der gehaltenen Geschäftsanteile an die Gesellschafter, die es unmittelbar und ausschließlich für gemeinnützige, mildtätige oder kirchliche Zwecke zu verwenden haben. Der Beschluss über die Vermögensverwendung darf erst ausgeführt werden, wenn die Finanzverwaltung die steuerliche Unschädlichkeit bestätigt hat.

§ 17 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen der Gesellschaft erfolgen in der Schwäbischen Zeitung, Ausgabe Friedrichshafen, soweit nicht gesetzlich zwingend ein anderes Veröffentlichungsblatt vorgeschrieben ist.

§ 18 Offenlegung, Veröffentlichung und Vervielfältigung

Für die Offenlegung, Veröffentlichung und Vervielfältigung des Jahresabschlusses mit dem Bestätigungsvermerk, des Lageberichts, des Vorschlags für die Verwendung des Ergebnisses und des Beschlusses über seine Verwendung unter Angabe des Jahresüberschusses oder Jahresfehlbetrags sind die §§ 325 bis 328 HGB anzuwenden.

§ 19 Salvatorische Klausel

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Gesellschaftsvertrags ganz oder teilweise nichtig sein oder werden, so wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die Gesellschafter sind in einem solchen Fall verpflichtet, an der Schaffung von Bestimmungen mitzuwirken, durch die ein der unwirksamen Bestimmung rechtlich und wirtschaftlich möglichst nahekommender Erfolg rechtswirksam erzielt wird.
- (2) Sind Bestimmungen dieses Gesellschaftsvertrags auslegungs- oder ergänzungsbedürftig, so hat die Auslegung oder Ergänzung in der Weise zu erfolgen, dass sie dem Geist, Inhalt und Zweck dieses Vertrags bestmöglich gerecht wird. Dabei soll diejenige Regelung gelten, die die Gesellschafter bei Abschluss dieses Vertrags getroffen hätten, wenn sie die Auslegungs- oder Ergänzungsbedürftigkeit erkannt hätten.
- (3) Weist dieser Gesellschaftsvertrag Lücken auf, so gilt Absatz 2 entsprechend. Die Gesellschafter sind zu Vertragsänderungen verpflichtet, die der Gesellschaftszweck gebietet.
- (4) Die Gesellschafter verpflichten sich zur Anpassung des Gesellschaftsvertrages an die jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften des Gemeindefinanzrechts, soweit nicht gesellschaftsrechtliche Regelungen entgegenstehen.

C Materialien der Projektregion Reutlingen

Projektvereinbarung Reutlingen

Vereinbarung zwischen der Aktion Psychisch Kranke und der psychiatrischen Versorgungsregion Landkreis Reutlingen zur Implementation der personenbezogenen Hilfen

Die unterzeichnenden Beteiligten und die Arbeitsgruppe "Personenzentrierter Ansatz" der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) vereinbaren die Zusammenarbeit über den Zeitraum 01.10.2001 bis 31.03.2004 im Rahmen des durch das baden-württembergische Sozialministerium geförderten Projektes "Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg".

Die Zusammenarbeit wird auf folgender Grundlage vereinbart:

1. Vorbemerkung

Allgemeine konzeptionelle Leitlinie ist der personenzentrierte Ansatz im Sinne der Empfehlungen der Kommission Personalbemessung der Aktion Psychisch Kranke (1992–1998)⁶⁰. Die Umsetzung knüpft an der aktuellen Versorgungsstruktur in der psychiatrischen Versorgungsregion Landkreis Reutlingen an und berücksichtigt deren regionale Besonderheiten.

2. Ziele des Implementationsprojektes

Die grundsätzliche Ausrichtung des Projekts ergibt sich aus den Projektskizzen "Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung" (Projekt Bund) und "Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg". Das Implementationsprojekt zielt darauf ab, Hilfeleistungen für psychisch kranke, insbesondere für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen zu verbessern. Dies soll erreicht werden durch Umgestaltungen der Versorgung zu einem integrierten personenzentrierten regionalen Hilfesystem (IPRH) auf

- der Arbeitsebene,
- der Ebene der Organisation der Maßnahmen,
- der Ebene der Anwendung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen,
- der Ebene der Steuerung der Leistungs- und Ressourcenentwicklung.

Im Ergebnis sollen beispielhafte Lösungen für Fragen

- der personenzentrierten Hilfeplanung,
 - der Verbundentwicklung und –gestaltung,
 - der Qualitätssicherung,
 - der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen und der Steuerung
- gefunden werden, die auch für künftige Prozesse in anderen Regionen nützlich sind.

⁶⁰ Der Abschlussbericht der Kommission ist erschienen in: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Schriftenreihe des BMG, Band 116/I, und Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Schriftenreihe des BMG, Band 116/II, Nomos-Verlag, Baden-Baden 1999. Siehe auch: Kurzbericht Projekt "Personalbemessung"

Ein IPRH soll ein "lernendes System" werden, das mit anderen IPRH im Sinne des "Benchmarking"-Ansatzes in einen befruchtenden Austausch tritt.

3. Thematische Arbeitsschwerpunkte in der Versorgungsregion Landkreis Reutlingen

3.0. Zielgruppe

Die Beteiligten bemühen sich besonders um die Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen mit dem Ziel, sie zu einer möglichst eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung in einem überschaubaren und vertrauten Lebens- und Sozialraum zu motivieren und zu befähigen.

Einbezogen sind alle Leistungen für psychisch kranke Menschen, die aus dem Landkreis Reutlingen stammen und in der Versorgungsregion Hilfe wünschen, soweit sie Leistungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der niedergelassenen Ärzte überschreiten.⁶¹

Zunächst nicht einbezogen sind die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Versorgung dementiell Erkrankter, Suchtkrankenversorgung und Forensik. Im Laufe des Projektes sollen die Schnittstellen zu den genannten Bereichen hinsichtlich besserer Vernetzungsmöglichkeiten überprüft werden.

Beteiligt sind die Leistungsbereiche Selbstversorgung/Wohnen, Arbeit/Ausbildung, Tagesgestaltung/ Kontaktfindung, sozialpsychiatrische Grundversorgung und spezielle Therapieverfahren, soweit sie Bestandteil von Komplexleistungen sind.

3.1. Hilfeplanung

3.1.0. Ausgangssituation

Einige Träger im Landkreis nutzen für ihre interne individuelle Hilfeplanung bereits seit einigen Jahren den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Im Auftrag des Trägersausschusses wurde zur trägerübergreifenden Arbeit mit dem IBRP 1999/2000 nochmals für Multiplikatoren aller psychiatrischen Träger im Landkreis eine ausführliche Schulung durchgeführt. Zur Unterstützung und Koordinierung der regionalen Praxiseinführung wurde auf Beschluss des Trägersausschusses in der Folge ein "IBRP-Koordinationskreis" eingerichtet, an dem Multiplikatoren aller Träger beteiligt sind.

Im Rahmen des Projektes soll die trägerübergreifende Praxisumsetzung nach den unten stehenden Prinzipien weiterentwickelt werden.

3.1.1. Einheitliche Hilfeplanung

Für die o.g. Zielgruppe wird eine einheitliche Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan praktiziert. Die Erfahrungen werden kontinuierlich im Rahmen des bestehenden IBRP-Koordinationskreises ausgetauscht.

⁶¹ Nach vorliegenden epidemiologischen Erkenntnissen dürfte es sich hierbei um etwa 600 – 1.000 Menschen handeln, verteilt über alle Altersgruppen, mit einem weitgehend ausgeglichenen Geschlechterverhältnis.

3.1.2. Einbeziehung der Klienten

Die Einbeziehung der Klienten im Hilfeplanungsverfahren und bei der Auswertung der Zusammenarbeit nach Abschluss der Planungsphase muss sichergestellt werden. Die Hilfeplanung ist Bestandteil der Rehabilitation bzw. Behandlung, d.h. ebenfalls personenzentriert zu gestalten.

3.1.3. Integrierte Hilfeplanung

Die Hilfeplanung wird integriert im Sinne eines Gesamtplans vorgenommen. Dabei werden alle psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hilfen einschließlich der Hilfen von Angehörigen, Freunden und sonstigen Personen des sozialen Umfelds berücksichtigt.

3.1.4. Zielorientierte Hilfeplanung

Die Hilfeplanung ist an konkreten Zielen orientiert. Die Ziele werden aus der individuell angestrebten Lebensform der Betroffenen abgeleitet und lebensweltbezogen beschrieben. Die Zielbestimmung dient auch der periodischen Evaluation der Zusammenarbeit mit dem Klienten.

3.1.5. Hilfeplanung entkoppelt von Wohnformen

Die Hilfeplanung bezieht sich auf die vom Klienten angestrebte Wohnform. Die Hilfeerbringung soll nicht starr an bestimmte Wohnformen gebunden sein.

3.1.6. Einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Ermittlung des Hilfebedarfes

Der individuelle Hilfebedarf wird einrichtungs- und berufsgruppenübergreifend ermittelt. Art und Umfang des diesbezüglich erforderlichen Austauschs hat den Wünschen des Klienten, den fachlichen Anforderungen und zeitökonomischen Aspekten Rechnung zu tragen.

3.2. Hilfeplanungskonferenz

3.2.0. Ausgangssituation

Der Trägersausschuss hat in seiner Sitzung vom 26.04.2001 die Einrichtung von Aufnahme-/Hilfeplanungskonferenzen bestätigt. In jedem der beiden Versorgungssektoren des Landkreises soll demnach eine Aufnahme-/Hilfeplanungskonferenz gebildet werden.

Im Rahmen des Projektes sollen die entsprechenden Hilfeplanungskonferenzen eingerichtet sowie die Regularien zu ihrer Ausgestaltung entwickelt und erprobt werden.

3.2.1. Aufgaben / Vorgehensweisen

Der auf die o.g. Weise gemäß IBRP ermittelte Hilfebedarf wird in den im Rahmen des Projektes einzurichtenden Hilfeplanungskonferenzen erörtert. Die Teilnehmer nehmen konstruktiv-kritisch Stellung und erfragen ggf. zusätzliche Informationen.

Sie stimmen miteinander einen Vorschlag ab, wer im Einzelfall welche Leistungen in welchem Umfang erbringt.

Ziel sind einvernehmliche Absprachen über Ziele und Vorgehensweisen.

Die Hilfeplanungskonferenz klärt auch, an welche/n Sozialleistungsträger im jeweiligen Einzelfall Antrag auf Kostenübernahme zu stellen ist und wer das Antragsverfahren verfolgt.

3.2.2. Teilnehmer

An der Hilfeplanungskonferenz nehmen autorisierte Vertreter mit Mandat teil:

- der im jeweiligen Sektor tätigen Leistungserbringer für die Zielgruppe (siehe 3.0.) in den Bereichen Eingliederungshilfe, medizinische und berufliche Rehabilitation,
- des Sozialpsychiatrischen Dienstes,
- der für den jeweiligen Sektor zuständigen Klinik/Tagesklinik,
- des örtlichen Sozialhilfeträgers,
- auf Wunsch der jeweilige Hilfesuchende und/oder sein gesetzlicher Betreuer bzw. eine andere vom Hilfesuchenden benannte Vertrauensperson,
- bei Bedarf Vertreter anderer Dienste und Einrichtungen (z.B. Wohnungslosenhilfe, IFD).

Die Teilnahme des überörtlichen Sozialhilfeträgers wird dringend angestrebt; hierzu werden seitens des Sozialdezernats unverzüglich Gespräche aufgenommen.

3.2.3. Teilnahme weiterer Leistungsträger

Die Beteiligung weiterer Leistungsträger wird angestrebt; die Vernetzung mit den regionalen Servicestellen nach SGB IX ist sicherzustellen.

3.2.4. Finanzierung

Ein IBRP, der unter den o.g. Vorgaben erstellt wurde, soll zur wesentlichen fachlichen Grundlage für die Entscheidung des Leistungsträgers zur Kostenübernahme werden.

3.3. Kooperation und Koordination / Case Management

3.3.0. Ausgangssituation

Der Trägersausschuss hat am 09.12.1997 die Umsetzung der Empfehlungen zur "Fallkoordination in der sozialpsychiatrischen Versorgung des Landkreises Reutlingen" (siehe Anlage) beschlossen.

Im Rahmen des Projektes soll die Umsetzung von Fallkoordination / Case Management weiter vorangetrieben sowie die Rahmenbedingungen hierfür weiterentwickelt werden.

3.3.1. Kooperation der Beteiligten

Die Beteiligten beziehen die Leistungserbringung aufeinander und informieren sich wechselseitig im Interesse des Klienten. Bei der Abstimmung im Verlauf sind die Klienten einzubeziehen.

3.3.2. Überprüfung des Hilfeplans

Der Hilfeplan wird spätestens beim Ablauf der Befristung in der Hilfeplanungskonferenz überprüft, im Bedarfsfall häufiger.

3.3.3. Koordinierende Bezugsperson

Im Rahmen der Hilfeplanung wird für jeden Klienten eine koordinierende Bezugsperson mit ihren Aufgaben benannt. Diese Person ist für die trägerübergreifende Abstimmung im Verlauf und im Bedarfsfall für die erneute Hilfeplanung und Wiedereinbringung in die Hilfeplanungskonferenz zuständig.

Die Unterzeichnenden erklären die Bereitschaft, die koordinierende Bezugsperson in ihrer Funktion zu unterstützen.

3.3.4. Datenschutz beachten

Datenschutz und Schweigepflicht sind jederzeit zu beachten. Art und Umfang des vorgesehenen und vorgenommenen Austauschs sind für den Klienten offen zu legen.

3.4. GPV-Organisation

Die bisherigen Erfolge beim Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) werden aufgegriffen und weiterentwickelt.

Die rechtlich verbindliche Ausgestaltung des GPV ist noch offen und soll geklärt werden. Im Rahmen des Projekts werden Möglichkeiten der engen Kooperation erarbeitet und entsprechende Vertragsabschlüsse vorbereitet.

3.5. Psychiatriekoordination und Gremienstruktur

Im Landkreis fehlt bislang die Funktion der Psychiatriekoordination zur aktiven Wahrnehmung diesbezüglicher Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsaufgaben seitens der Landkreisverwaltung; deren dringende Notwendigkeit wurde bereits in der "Bestandsaufnahme und Analyse der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Reutlingen" aus dem Jahr 1992 festgestellt.

In der Sitzung des Sozialpsychiatrischen Arbeitskreises vom 22.03.2001 wurde die Binnensektorisierung des Landkreises in zwei psychiatrische Versorgungsregionen beschlossen. Des Weiteren wurde die Überarbeitung der bestehenden Gremienstruktur vereinbart.

Im Rahmen des Projektes sollen die erforderlichen Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsfunktionen seitens der Landkreisverwaltung aufgebaut, insbesondere eine Stelle für Psychiatriekoordination geschaffen sowie eine neue landkreis- und sektorbezogene Gremienstruktur entwickelt und erprobt werden.

3.6. Versorgungsauftrag

3.6.1. Pflichtversorgung

Von den Beteiligten wird sukzessive eine gemeinsame Pflichtversorgung für die oben genannte Zielgruppe im Landkreis Reutlingen angestrebt. Dies beinhaltet die Bereitschaft, Menschen mit akutem Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf kurzfristig Leistungen anzubieten und insbesondere keinen psychisch kranken Menschen wegen Art oder Schwere der Störung abzuweisen.

Die Beteiligten verpflichten sich derzeit, soweit die für eine quantitativ ausreichende Versorgung notwendige Finanzierung gesichert ist,

- die erforderlichen Leistungen zu erbringen, zu dokumentieren und ihre Qualität zu sichern,
- die Versorgungssituation laufend zu beobachten und zu überprüfen und dabei auftauchende Versorgungsdefizite festzustellen,
- Versorgungslücken zu schließen und qualitative Defizite zu beheben,
- den Leistungsträgern gegenüber eine verbindliche Versorgungsverpflichtung zu übernehmen.

Es sollen keine Hilfeempfänger der genannten Zielgruppe aus der Versorgungsregion aufgrund der Schwere der Erkrankung/Behinderung von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Die unterzeichnenden Träger verpflichten sich

- zur wechselseitig verbindlichen Übernahme von Klienten unter Berücksichtigung der Tätigkeitsschwerpunkte und des Leistungsvermögens der einzelnen Einrichtungen und Dienste
- zur Teilnahme ihrer Einrichtungen und Dienste an den Hilfeplanungskonferenzen

In der Regel sollen bei fortbestehendem Hilfebedarf Hilfeleistungen nicht ohne vorherige Absprache in der Hilfeplanungskonferenz beendet werden. Die Hilfeplanungskonferenz ist über die vorzeitige Beendigung einer Hilfemaßnahme umgehend zu informieren.

3.6.2. Verträge im Versorgungsgebiet

Der Versorgungsauftrag soll formell durch Leistungsverträge geregelt werden. Dies wird im Rahmen des Projektes vorbereitet.

3.6.3. Qualitätssicherung

IBRP, Hilfeplanungskonferenz und Pflichtversorgung sind Instrumente, die günstige Bedingungen für gute Qualität schaffen. Ihre Nutzung garantiert jedoch noch keine gute Qualität. Im Rahmen des Projektes gilt es

- Qualitätskriterien zu formulieren,
- Transparenz zur Qualitätskontrolle herzustellen,
- den IBRP sowie dessen Einsatz, Einführung (Schulung), Auswertung inhaltlich fortzuentwickeln.

Die Sitzungsfrequenz und die Zusammensetzung der einzelnen Gremien sollte im Verlauf des Projektes kritisch überprüft werden.

4. Verzahnung der Leistungsbereiche und Finanzierungsformen

Die öffentlich finanzierten sozialpsychiatrischen Leistungen und die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen untereinander und mit anderen Rehabilitations- und Behandlungsleistungen verzahnt werden: ambulante Behandlung (niedergelassene Psychiater, ggf. Institutsambulanz, Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege); medizinische und berufliche Rehabilitation.

Da Sozialhilfe grundsätzlich eine nachrangige Leistung darstellt, ist die Erschließung und Einbindung von Leistungen der vorrangigen Sozialleistungsträger konsequent zu verfolgen.

Die neuen Finanzierungsformen im BSHG-Bereich sind sinnvoll umzusetzen. Ziel ist ein Steuerungsverfahren, das flexible Leistungserbringung ermöglicht. Im Rahmen des Projektes soll konstruktiv nach geeigneten Lösungen gesucht werden. Dabei sind ggf. bestehende Finanzierungsformen zur Disposition zu stellen. Die Auswirkungen auf Rahmenvereinbarungen nach § 93d BSHG werden untersucht.

5. Projektbegleitende Arbeitsgruppe

Es wird eine projektbegleitende Arbeitsgruppe gebildet, die unter Leitung der Landkreisverwaltung die Durchführung des Projekts im Landkreis Reutlingen koordiniert. Die unterzeichnenden Träger benennen autorisierte Personen, die regelmäßig an der projektbegleitenden Arbeitsgruppe teilnehmen. Die projektbegleitende Arbeitsgruppe benennt eine Person, die die Region in der projektbegleitenden Arbeitsgruppe auf Landesebene vertritt.

6. Überregionale Auswirkungen

Die Ergebnisse der Zusammenarbeit im vorliegenden Projekt sollen auch für die Entwicklung personenzentrierter Gemeindepsychiatrischer Verbände in anderen Regionen genutzt werden. Im besonderen werden Auswirkungen auf die sozialpsychiatrische Versorgung in Baden-Württemberg angestrebt.

Über Erfahrungen und Zwischenergebnisse wird im Landkreis Reutlingen regelmäßig berichtet. Ein Informations- und Erfahrungsaustausch mit den anderen Modellregionen des Bundes- und des Landesprojektes wird angestrebt.

7. Verantwortlichkeiten

Die Arbeitsgruppe "Personenzentrierter Ansatz" der Aktion Psychisch Kranke bietet wissenschaftliche Beratung und Begleitung an. Die Entscheidungskompetenz über die Entwicklung des regionalen Versorgungsverbundes verbleibt bei den jeweils im Versorgungsgebiet und den kommunalen Gebietskörperschaften Verantwortlichen.

8. Leistungen der Beteiligten

8.1. Leistungserbringer

- Benennung eines IBRP-Beauftragten in den von den Trägern regional vorgehaltenen Diensten und Einrichtungen
- Freistellung der IBRP-Beauftragten (Multiplikatoren) zur Teilnahme am regionalen IBRP-Koordinationskreis
- Freistellung von Mitarbeitern der Dienste und Einrichtungen zur Teilnahme an IBRP-Schulungen
- Freistellung für aktiv an der Umsetzung des Projektes beteiligte und mitverantwortliche Mitarbeiter, ggf. Übernahme von Fahrt- und Reisekosten bei überregionalen Arbeitstreffen

8.2. Landratsamt Reutlingen

- aktive Wahrnehmung der zur Durchführung des Projektes erforderlichen Steuerungs- und Koordinationsaufgaben
- Moderation zur Einbeziehung des überörtlichen Sozialhilfeträgers
- Moderation bei der Einbeziehung weiterer Sozialleistungsträger

8.3. Aktion Psychisch Kranke (APK)

Das Implementationsprojekt zum Personenzentrierten Ansatz in Baden-Württemberg wird in enger Verknüpfung mit dem Implementationsprojekt auf Bundesebene durchgeführt. Die Verantwortung für die Projekte liegt bei der Arbeitsgruppe "Personenzentrierter Ansatz" der APK. Die APK bringt im einzelnen folgende Leistungen ein:

- Wissenschaftliche Beratung bei der Umsetzung der in dieser Vereinbarung festgehaltenen Arbeitsvorhaben.
- Die Beratung beinhaltet insbesondere die gemeinsame Reflexion des Umsetzungsprozesses und die gemeinsame Bearbeitung von relevanten Themen unter besonderer Berücksichtigung von vorliegenden Erfahrungen und Zwischenergebnissen aus dem Zusammenhang der verschiedenen Projekte.
- Stellung eines Hauptansprechpartners für die Region Reutlingen: Herr Schulte-Kemna, wissenschaftlicher Projektberater für das Implementationsprojekt Baden-Württemberg. Zur Verfügung stehen ca. zehn Beratungstage/Jahr vor Ort.
- Daneben stehen Herr Krüger (Gesamtkoordinator der Implementationsprojekte) sowie als weiteres Mitglied der Arbeitsgruppe Herr Prof. Dr. Kunze bei Bedarf zur Beratung zur Verfügung.
- Einbeziehung der Region Reutlingen in die Vernetzung der Projektregionen. Förderung des Austausches mit anderen Projektregionen sowie des regionsübergreifenden themenspezifischen Austausches.
- Vorstellung von Ergebnissen und Erfahrungen der Projektregionen im Rahmen fachöffentlicher Tagungen und Workshops sowie in Veröffentlichungen.
- Abschlußbericht, Abschlusstagung.

Die Unterzeichnenden erklären ihre Bereitschaft, im Sinne der vorgenannten Prinzipien und Ziele im Rahmen des Projektes "Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg" konstruktiv bei der Weiterentwicklung des regionalen psychiatrischen Versorgungsangebotes mitzuwirken.

Reutlingen, den (Februar 2002)

Unterzeichner:

Landratsamt Reutlingen, der Landrat

Landratsamt Reutlingen, Sozialdezernat

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie Reutlingen mbH

Gesellschaft für Rehabilitation mbH
Gustav-Werner-Stiftung zum Bruderhaus
Haus am Berg gGmbH
Samariterstiftung
Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V.
Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie e.V.
Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten

Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenzen im Landkreis Reutlingen

1. Präambel

1.1. Ziel des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) im Landkreis Reutlingen ist es, Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein selbständiges und eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen und die dafür notwendigen Hilfen bedarfsgerecht anzubieten. Niemand soll wegen Art oder Schwere der Beeinträchtigung abgewiesen werden. Das vereinbarte Hilfeplanverfahren soll dazu beitragen, diese Versorgungsaufgabe im Landkreis Reutlingen zu verwirklichen und die Qualität der psychiatrischen Versorgung weiterzuentwickeln.

1.2. Das Hilfeplanverfahren wurde im Rahmen des Landesmodellprojektes Baden-Württemberg „**Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung**“ eingeführt. Es wird nach Maßgabe eines Beschlusses der Steuerungsgruppe und des Sozialpsychiatrischen Arbeitskreises im Landkreis Reutlingen (SPAK) nach Projektende (31.3.2004) weitergeführt.

1.3. **Hilfeplankonferenzen** sollen dazu beitragen, flexible bedürfnisorientierte Leistungsangebote für die Hilfesuchenden in den Regionen im Landkreis Reutlingen umzusetzen; sie dienen zudem der Qualitätsentwicklung in der psychiatrischen Versorgung. Zur Realisierung der Versorgungsaufgabe werden Qualitätsstandards erarbeitet, die künftig Grundlage für die Arbeit sein werden.

1.4. Leitbild für die Zusammenarbeit in der Hilfeplankonferenz und den Aufbau des GPV ist der **Personenzentrierte Ansatz**.

Hieraus leiten sich folgende Grundsätze ab:

- Die Hilfesuchenden sind aktiv in den Hilfeplanprozess einzubeziehen.
- Die zu erbringenden Leistungen sollen sich, soweit möglich, an der Lebenswelt der Hilfesuchenden und deren Bedürfnissen orientieren.
- Die vorhandenen Ressourcen der Person selbst und die ihres Umfeldes sollen systematisch einbezogen und unterstützt werden.
- Alle Hilfen sollen auf der Basis von individuellen, zielorientierten und periodisch anzupassenden Vereinbarungen erfolgen.
- Die im Einzelfall erforderlichen Hilfen sollen über alle relevanten Lebensbereiche hinweg im Sinne einer integrierten Gesamtplanung abgestimmt werden.

1.5. Diese personenzentrierte Abstimmung von Hilfen für psychisch kranke Menschen im **Zuständigkeitsbereich** des GPV Reutlingen erfolgt in zwei Hilfeplankonferenzen für die Sektoren Reutlingen / Umland, sowie Alb / oberes Ermstal. Auf der Basis der bisherigen Erfahrungen im Rahmen des Gesamtprojektes wird nachstehende Geschäftsordnung beschlossen. Die Geschäftsordnung hat vorläufigen Charakter; eine Auswertung Ende 2004 soll dazu genutzt werden, das Verfahren weiterzuentwickeln mit dem Ziel, eine praktikable und effektive Anwendung auf Dauer zu etablieren.

2. Zielsetzung und Aufgabe der Hilfeplankonferenz

2.1. Allgemeine Zielsetzung der Hilfeplankonferenz ist es, eine personenzentrierte Hilfeplanung und eine passgenaue Leistungserbringung zu ermöglichen und gleichzeitig zu einem transparenten, vereinfachten und beschleunigten Verfahren beizutragen. Die enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Rehabilitationsträgern und deren Beteiligung an der Hilfeplankonferenz wird angestrebt.

2.2. Aufgabe der Hilfeplankonferenz ist die Abstimmung der Leistungserbringung für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Sie nimmt diese Aufgabe insbesondere dadurch wahr, dass sie ausgehend von vorbereiteten Hilfeplanungen fachlich Stellung nimmt zu Art, Inhalt, Ziel und Umfang der erforderlichen Hilfe und einen Vorschlag zur Leistungserbringung macht. Das beinhaltet fallbezogen insbesondere die

- Plausibilitätsprüfung der eingebrachten Hilfeplanung,
- Erarbeitung einer Empfehlung zur einzelfallbezogenen Leistungserbringung,
- Feststellung der koordinierenden Bezugsperson und des Fortschreibungszeitraums,
- fachliche Empfehlung an den/die zuständigen Leistungsträger (dessen/deren gesetzliche Zuständigkeit/en unberührt bleiben).

Aus den Erfahrungen über die Möglichkeiten und Grenzen der Bedarfsdeckung soll die HPK Hinweise zur Sozialplanung und zu notwendigen Veränderungen des Hilfesystems (sowie Entwicklung von Qualitätsstandards für Kosten- und Fallmanagement) geben. Ansprechpartner der HPK sind die Koordinierende Stelle im Landratsamt und die „Steuerungsgruppe Psychiatrie“.

3. Zusammensetzung der Hilfeplankonferenz

Ständige **Mitglieder** der HPK sind:

- Vertretungen der psychiatrischen Leistungserbringer, die in der Region tätig bzw. für die Region zuständig sind - die beteiligten Träger benennen jeweils feste Vertretungen (und deren Stellvertretung), die berechtigt sind, auf der Fallebene Entscheidungen zu treffen -,
- das Landratsamt als koordinierende Stelle,
- Vertretungen des örtlichen (probeweise nur des Kreissozialamtes) und des überörtlichen Sozialhilfeträgers.

Eine Liste der Ständigen Mitglieder ist als Anlage beigefügt. Eine interdisziplinäre Zusammensetzung ist zu gewährleisten. Die Beteiligung der weiteren Sozialleistungsträger wird angestrebt. Vereinbarungen zur Veränderung des Teilnehmerkreises werden in der Steuerungsgruppe getroffen.

Fallbezogen nehmen die jeweilige koordinierende Bezugsperson sowie auf Wunsch die Hilfesuchende Person und/oder deren gesetzliche Vertretung und/oder deren benannte Vertrauensperson teil.

Zu Fort- oder Ausbildungszwecken können Fachkräfte an der HPK hospitierend teilnehmen. Hospitierende Gäste werden von der Koordinierenden Stelle zum Datenschutz verpflichtet (Unterzeichnung einer Erklärung).

4. Zielgruppe

Die HPK wird tätig bei Hilfeplanungen für Menschen mit **komplexem Hilfebedarf**⁶² auf der Grundlage psychischer Erkrankungen, die gegenwärtig im Landkreis Reutlingen ihren Lebensmittelpunkt haben oder in den Landkreis zurückkehren möchten. Vorläufig begrenzt die HPK ihre Tätigkeit auf den Bereich der Allgemeinpsychiatrie (auch bei Mehrfachdiagnosen). Einbezogen werden auch psychisch kranke ältere Menschen, mit Ausnahme dementiell Erkrankter. Die Anwendung des Verfahrens auch auf weitere Bereiche (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Forensik und Sucht) der psychiatrischen Versorgung wird in der Steuerungsgruppe abgestimmt.

Das Verfahren findet derzeit Anwendung in allen Einzelfällen, in denen eine Maßnahme der Eingliederungshilfe neu eingeleitet werden soll und bezieht sich dann auch auf deren regelmäßigen Fortschreibungen. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe vereinbaren einen Zeitplan für die Einbeziehung von Hilfeplanungen für Klientinnen und Klienten in bereits seit längerem laufenden Maßnahmen.

Über die Aufnahme von Menschen aus anderen Landkreisen wird die Hilfeplankonferenz von dem aufnehmenden Träger informiert. In diesen Fällen sorgen die Einrichtungsträger intern dafür, dass auch hier einzelfallbezogene Hilfeplanung stattfindet. Dies dient dann einer künftigen Einbeziehung auch dieser Fälle in die Hilfeplankonferenz.

5. Arbeitsweise

5.1. Die **Vorstellung in der HPK** setzt voraus, dass im Vorfeld eine Klärung des individuellen Hilfebedarfs vorgenommen und eine integrierte Hilfeplanung erarbeitet worden ist. Sie wird mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) durchgeführt. Die Fortschreibung der Hilfeplanung nach einem vereinbarten Zeitraum erfolgt ebenfalls mit dem IBRP, unter besonderer Berücksichtigung der Überprüfung der Zielerreichung aus der jeweils vorhergehenden Hilfeplanung.

5.2. Die Autonomie der beteiligten Leistungserbringer hinsichtlich Aufnahmeentscheidungen bleibt unberührt. Sie verpflichten sich, diese im Rahmen der HPK auszuüben und ihre Entscheidungen dort zu vertreten.

5.3. Die jeweilige HPK tagt **regelmäßig monatlich** auf der Basis eines vereinbarten Terminplans. Bei unabweisbarer Dringlichkeit sind Eilaufnahmen möglich; die Abstimmung der jeweiligen Hilfeplanung wird in diesen Fällen in der nächsten Sitzung der HPK nachgeholt. Die Anmeldung zur Besprechung erfolgt eine Woche vor dem Sitzungstermin bei der koordinierenden Stelle im Landratsamt unter Vorlage des IBRP sowie der Einwilligungserklärung für die HPK bzw. mit schriftlichem Hinweis auf Vorliegen der Erklärung bei der einreichenden Stelle.

5.4. Die **Vorstellung der Einzelfälle** erfolgt durch mündlichen Vortrag durch die koordinierende Bezugsperson bzw. die zuständige Fachkraft der überweisenden Einrichtung. Die Einzelfälle werden in der HPK der jeweiligen Region eingebracht, in der der Klient/die Klientin voraussichtlich seinen/ihren künftigen Lebensmittelpunkt haben wird. Im Mittelpunkt sollen die aktuelle Problemlage, die mit der Hilfe suchenden Person erarbeiteten Ziele und die Vor-

⁶² Komplexer Hilfebedarf = Hilfebedarf in verschiedenen Lebensbereichen und/oder durch verschiedene Fachdienste gleichzeitig

schläge zum Vorgehen und zur Leistungserbringung stehen. Die Einzelfälle werden ergebnisbezogen mit einem Protokollschema dokumentiert, das der koordinierenden Bezugsperson zur Verfügung gestellt wird. Diese sorgt für die Weiterleitung des Einzelfall-Protokolls sowie des IBRP an die im Einzelfall beteiligten Fachdienste, soweit dies sachlich erforderlich ist, sowie bei Bedarf an den zuständigen Leistungsträger. Zu jeder Einzelfall-Erörterung gehört die Feststellung der koordinierenden Bezugsperson und die Vereinbarung des Fortschreibungszeitraums.

5.5. Die **Geschäftsführung** erfolgt durch die koordinierende Stelle im Landratsamt.

Aufgaben sind insbesondere:

- Die Entgegennahme der Anmeldungen und die Erstellung einer zeitlich gestaffelten Beratungsfolge.
- Die Moderation der Sitzungen und damit verbunden die Überwachung der Einhaltung der vereinbarten Verfahrensstandards.
- Die Protokollierung der HPK. Es wird neben den Fallprotokollen ein allgemeines Ergebnisprotokoll erstellt, das alle nicht fallbezogenen Themen umfasst und das allen Beteiligten zur Verfügung gestellt wird.
- Die Führung einer Wiedervorlage-Liste zu den fortzuschreibenden Hilfeplanungen.
- Die Auswertung des Beratungsgeschehens hinsichtlich der Aspekte, die für die Sozialplanung und die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung in der Region von Bedeutung sein können.

6. Wahrung der Rechte der Hilfesuchenden

6.1. Der einzelfallbezogene Informationsaustausch über Einrichtungsgrenzen hinweg dient der Abstimmung von Hilfeplanung und Leistungserbringung im Interesse der Hilfesuchenden an einer möglichst passgenauen und individuell zugeschnittenen Unterstützung. Er erfordert ein besonderes Maß an Sorgfalt hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz bei allen Beteiligten.

6.2. Kernanliegen des personenzentrierten Ansatzes ist, dass die Hilfeplanung die Wünsche und Bedürfnisse der Hilfesuchenden in den Mittelpunkt stellt. Die Art und Weise der Einbeziehung kann in unterschiedlichen Formen erfolgen. Im IBRP und in der Vorstellung der Hilfeplanung soll deutlich werden, inwieweit im Einzelfall eine Beteiligung tatsächlich erfolgt ist und inwieweit ggf. Meinungsunterschiede hinsichtlich der Ziele und Maßnahmen bestehen. Der IBRP wird von den Hilfesuchenden selbst unterschrieben.

6.3. Zu einer personenbezogenen Verfahrensgestaltung gehört, dass das Verfahren für die Hilfesuchenden transparent ist und ihnen im Rahmen der Hilfeplanung angemessen erläutert wird.

6.4. Die Behandlung in der HPK erfordert eine darauf bezogene Einwilligungserklärung. Dazu wird ein Vordruck verwendet (s. Anlage). Sofern der namentlichen Behandlung im Einzelfall nicht zugestimmt wird, kommt nur eine Beratung in anonymisierter Form in Betracht. Wenn auch eine anonyme Beratung ausdrücklich abgelehnt wird, bleibt es bei der bisher üblichen Form bilateraler Vermittlung ohne Behandlung in der HPK. Die Leistungserbringer teilen in solchen Fällen die Tatsache der Aufnahme anonymisiert in der HPK mit.

6.5. Die Hilfesuchenden selbst und/oder ihre gesetzlichen Betreuer und/oder eine persönliche Vertrauensperson können auf Wunsch an der HPK teilnehmen.

6.6. Alle an der HPK Beteiligten werden mit Übergabe dieser Geschäftsordnung besonders auf ihre Pflicht zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften hingewiesen. Sie dokumentieren den persönlichen Erhalt dieser Geschäftsordnung durch Unterschrift.

7. Geltung

Diese Geschäftsordnung wurde in der Sitzung der Steuerungsgruppe vom **03.02.2004** einvernehmlich vereinbart, und kann bei Bedarf auf demselben Weg geändert werden. Sie tritt mit **sofortiger Wirkung** in Kraft.

(Fassung 2/2004)

Anlagen (in der jeweils gültigen Version):

- Übersicht über die Mitglieder der Hilfeplankonferenzen der beiden Sektoren des Landkreis Reutlingen
- Formular Einwilligungserklärung
- IBRP-Bogen
- Merkblatt zur Vorstellung in der Hilfeplankonferenz
- Informationsblatt für Klientinnen und Klienten
- Vereinbarung zur koordinierenden Bezugsperson

Leitlinien der IBRP-Koordinationsgruppe im Landkreis Reutlingen

1. Entwicklungsgeschichte, Zielsetzung und Mitglieder der Koordinationsgruppe:

- a) Die Koordinationsgruppe entstand im Juni 2000 aus dem Teilnehmerkreis einer IBRP-Schulung mit dem Ziel, die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung bei allen Trägern im Landkreis Reutlingen nach der Konzeption des IBRP quantitativ und qualitativ zu begleiten und weiterzuentwickeln.
- b) Auf dem Hintergrund der verbindlichen Vereinbarung des Trägersausschusses zur Anwendung des IBRP in und zwischen allen Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Reutlingen entsenden alle Träger aus beiden Sektoren ein ständiges Mitglied in die Koordinationsgruppe und stellen ggf. Abwesenheitsvertretung sicher.

2. Arbeit der Koordinationsgruppe und ihrer Mitglieder:

- a) Die Koordinationsgruppe ist ein fachliches Beratungs- und Empfehlungsgremium zur regionalen Abstimmung konzeptioneller und praktischer Fragen der Anwendung des IBRP in und zwischen den Einrichtungen und Diensten.
- b) Die Mitglieder der Koordinationsgruppe sind innerhalb ihrer Einrichtungen und Dienste mit Fragen der Umsetzung und Anwendung des IBRP beauftragt und vertraut; sie sind insofern Bindeglied zwischen den Ebenen praktischer Anwendung und regionaler Reflexion bzw. Planung. In diesem Sinne nehmen sie folgende Funktionen wahr:
 - Sie sorgen einerseits für den Informationsfluss in die Einrichtungen und Dienste über die Absprachen zur Anwendung und Weiterentwicklung der Arbeit mit dem IBRP, und bringen andererseits die Fragen und Probleme der praktischen Arbeit mit dem IBRP sowie der Kooperation zwischen den Einrichtungen und Diensten in die Koordinationsgruppe zur Beratung ein.
 - Sie nehmen in und zwischen den Einrichtungen und Diensten auch eine Kontrollfunktion wahr zur Anwendungspraxis des IBRP gemäß konzeptioneller und regionaler Absprachen, weisen bei festgestellten Mängeln die dafür verantwortlichen Leitungen und Gremien auf diese Mängel hin und schlagen Veränderungen vor.
- c) Arbeitsaufträge an die IBRP-Koordinationsgruppe ergehen vom Trägersausschuss im Landkreis und - während der Laufzeit des Implementationsprojektes - auch von der projektbegleitenden Steuerungsgruppe.
- d) Unstimmigkeiten und Konflikte werden den jeweils zuständigen Leitungen bzw. Gremien zur Kenntnis und Entscheidung vorgebracht.
- e) Die Aufgabe der Moderation der Koordinationsgruppe wird jährlich für das laufende Jahr durch die Mitglieder der Koordinationsgruppe bestimmt. Die Sitzungen werden protokolliert, die Protokolle werden den Leitungen der Einrichtungen und Dienste, sowie der Koordinierungsstelle beim Sozialdezernat, -und während der Laufzeit des Implementationsprojektes der wissenschaftlichen Begleitung- zur Kenntnis gegeben.

3. Selbstverständnis der Koordinationsgruppe und ihrer Mitglieder:

- a) Die Mitglieder der Koordinationsgruppe sind sich darin einig, dass der IBRP mehr als ein Formular oder eine Methode darstellt; vielmehr steht er für eine bestimmte Denkweise und Haltung zur psychiatrischen Versorgung, die sich über Selbstbestimmung bzw. höchstmögliche Beteiligung psychisch kranker Menschen am Geschehen und über den angestrebten Entwicklungsprozess von institutionszentrierten zu personenzentrierten Leistungs- und Organisationsformen ausdrückt.
- b) Die Mitglieder der Koordinationsgruppe sehen sich als fachliches Bindeglied zwischen den Ebenen der praktischen Arbeit und der regionalen Steuerung. Insofern gestalten sie auf beiden Ebenen aktiv mit im Wissen, dass der angestrebte Entwicklungsprozess auf beiden Ebenen deutliche Veränderungen abverlangt. Die Mitglieder der Koordinationsgruppe erwarten Unterstützung hinsichtlich der Beachtung und Umsetzung abgestimmter Vereinbarungen und Beschlüsse von den Leitungen der Träger, Einrichtungen und Dienste.
- c) Der begonnene Umwandlungsprozess bestehender Einrichtungen und Dienste und die damit verbundenen Fragen drücken sich in der Existenz der IBRP-Koordinationsgruppe aus. Fragen der praktischen Anleitung und Schulung, des Umgangs mit auftretenden Schwierigkeiten und Problemen, sowie institutionelle Kooperationsfragen werden auf absehbare Zeit noch in der Koordinationsgruppe abzustimmen sein.

(18. März 2003)

D Materialien der Projektregion Lörrach

Projektvereinbarung Lörrach

Vereinbarung zwischen der Aktion Psychisch Kranke e.V. und der psychiatrischen Versorgungsregion Landkreis Lörrach zur Implementation des personenbezogenen Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung

Die unterzeichnenden an der psychiatrischen Versorgung des Landkreises Lörrach Beteiligten und die Arbeitsgruppe "Personenzentrierter Ansatz" der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) vereinbaren zur Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung im Kreis Lörrach die Zusammenarbeit über den Zeitraum 01.10.2001 bis 31.03.2004 im Rahmen des durch das Sozialministerium Baden-Württemberg geförderten Projektes "Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg".

Die Zusammenarbeit wird auf folgender Grundlage vereinbart:

1. Leitlinie

Allgemeine konzeptionelle Leitlinie ist der personenzentrierte Ansatz im Sinne der Empfehlungen der Kommission Personalbemessung der Aktion Psychisch Kranke (1992–1998)⁶³.

Der Personenzentrierte Ansatz orientiert sich am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell und geht von einem dynamischen Begriff der Behinderung aus, der sich auf das Konzept von Behinderung als Krankheitsfolge entsprechend dem Vorschlag der WHO (ICIDH) stützt.

Bei Menschen mit chronisch-rezidivierendem Krankheitsverlauf sind Veränderungen im Hilfebedarf die Regel. Deshalb muss die Hilfe so flexibel organisiert werden, dass Art und Umfang entsprechend dem veränderten Bedarf angepasst werden kann bei Kontinuität der therapeutischen Beziehung und bei Aufrechterhaltung der Integration der Person in ihr Lebensfeld.

Für den Erfolg von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung ist von entscheidender Bedeutung die Berücksichtigung des menschlichen Grundbedürfnisses nach einer eigenen Wohnung. Dies ist die entscheidende Voraussetzung für soziale Verwurzelung, persönliche Identität und psychische Stabilität. Deshalb geht der Ansatz aus vom differenzierten Hilfebedarf einer Person in ihrer selbstgewählten Lebensform, also von der eigenen Wohnung als Fix- und Angelpunkt. Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung muss dort stattfinden, wo ihre Ergebnisse langfristig genutzt werden sollen. Die Organisation der Hilfen hat sich danach auszurichten und hat dabei besonders zu berücksichtigen, dass die bloße Addition von Einzelleistungen nicht ausreicht, dass Menschen bei einem chronischen Verlauf psychischer Er-

⁶³ Der Abschlussbericht der Kommission ist erschienen in: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Schriftenreihe des BMG, Band 116/I, und Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Schriftenreihe des BMG, Band 116/II, Nomos-Verlag, Baden-Baden 1999. Siehe auch: Kurzbericht Projekt "Personalbemessung"

krankungen vielmehr in der Regel ein integriertes psychiatrisches Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprogramm benötigen (Komplexleistungsprogramm).

Vor diesem Hintergrund sind die Kernpunkte des personenzentrierten Ansatzes

- Orientierung am aktuellen Bedarf der Hilfesuchenden,
- die Zusammenarbeit mit den Hilfesuchenden und ihren Bezugspersonen bei der Planung und Realisierung von Hilfe,
- integrierte Hilfeplanung und Leistungserbringung und
- regionale Steuerung einer im Sinne dieses Ansatzes bedarfsgerechten Versorgung.

2. Ziele des Implementationsprojektes Baden-Württemberg

Das Implementationsprojekt Baden-Württemberg wird durchgeführt in enger Verbindung zu dem entsprechenden, vom BMG geförderten Bundesprojekt. Die Ausrichtung des Projekts ergibt sich im einzelnen aus den Projektskizzen "Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung" (= Bundesprojekt) sowie „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“.

Das Implementationsprojekt zielt darauf ab, Hilfeleistungen für psychisch Kranke zu verbessern, und zwar insbesondere für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Dies soll erreicht werden durch schrittweise Umgestaltungen der Versorgung zu einem integrierten personenzentrierten regionalen Hilfesystem

- auf der Ebene der Einzelfallhilfe,
- auf der Ebene der Organisation des regionalen Hilfesystems,
- auf der Ebene der Anwendung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen sowie
- auf der Ebene der regionalen Steuerung der Leistungs- und Ressourcenentwicklung.

Im Ergebnis sollen beispielhafte Lösungen entwickelt werden für Fragen

- der personenzentrierten Hilfeplanung,
- der Verbundentwicklung und –gestaltung,
- der regionalen Qualitätssicherung und
- der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen und der Steuerung.

Diese Lösungen sollen auch für künftige Prozesse in anderen Regionen nützlich sein. Das regionale Hilfesystem soll ein "lernendes System" werden, das mit anderen Regionen in einen befruchtenden Austausch tritt („best practice sharing“, „benchmarking“).

3. Arbeitsschwerpunkte im Landkreis Lörrach

Die Umsetzung knüpft an der aktuellen Versorgungsstruktur im Landkreis Lörrach an, berücksichtigt deren regionale Besonderheiten und bezieht die laufenden Zielplanungsprozesse zur psychiatrischen Versorgung mit ein. Insbesondere werden die Ergebnisse und Vorschläge des Workshops zur Zukunft der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Lörrach vom 22.3.2001 dabei aufgenommen und berücksichtigt.

3.1. Zielgruppe

Die Beteiligten bemühen sich besonders um die Versorgung schwer oder chronisch psychisch kranker Menschen mit dem Ziel, sie zu einer möglichst eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung in dem ihnen vertrauten Lebens- und Sozialraum zu motivieren und zu befähigen.

Einbezogen sind alle psychisch kranken Menschen,

- die komplexe bzw. kombinierte ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen benötigen, d.h. die außer Krankenhausbehandlung oder ambulanter ärztlicher Behandlung weitere Hilfen benötigen, insbes. Hilfen zur Teilhabe im Sinne des SGB IX (einbezogen werden sollen im Einzelnen die Leistungsbereiche Selbstversorgung/Wohnen, Arbeit/Ausbildung, Tagesgestaltung/Kontaktfindung, sozialpsychiatrische Grundversorgung und spezielle Therapieverfahren, soweit sie Bestandteil von Komplexleistungen sind) und
- die aus dem Landkreis Lörrach stammen bzw. aktuell im Landkreis Lörrach leben, unabhängig davon, ob die Hilfe zum gegenwärtigen Zeitpunkt tatsächlich im Landkreis Lörrach erbracht wird bzw. werden kann.

Zunächst nicht einbezogen sind die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Versorgung dementiell Erkrankter, Suchtkrankenversorgung und Forensik. Im Laufe des Projektes sollen die Schnittstellen zu den genannten Bereichen hinsichtlich besserer Vernetzungsmöglichkeiten überprüft werden.

3.2. Hilfeplanung

3.2.1. Einheitliches Hilfeplanungsinstrument

Für die o.g. Zielgruppe wird in den beteiligten Diensten und Einrichtungen eine einheitliche Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) eingeführt. Dazu werden einrichtungsübergreifend Einführungsschulungen durchgeführt. Dabei werden die folgenden Grundsätze berücksichtigt:

3.2.1.1. Einbeziehung der Klienten

Die Klientinnen und Klienten, ggf. ihre gesetzlichen Vertreter, auf ihren Wunsch andere Vertrauenspersonen werden in allen Stadien des periodisch fortzuschreibenden Hilfeplanungsprozesses und der Umsetzung in alle Entscheidungen einbezogen.

3.2.1.2. Integrierte Hilfeplanung

Die Hilfeplanung wird integriert im Sinne einer umfassenden, alle Lebensbereiche berücksichtigenden Planung vorgenommen. Dabei werden alle psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hilfen einschließlich der Hilfen im sozialen Umfeld berücksichtigt. Diese umfassende, einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Hilfeplanung bildet die fachliche Grundlage für die ggf. notwendig werdenden Einzelanträge bei den jeweils zuständigen Sozialleistungsträgern.

3.2.1.3. Zielorientierte Hilfeplanung

Die Hilfeplanung ist an konkreten Zielen orientiert. Die Ziele werden aus der individuell angestrebten Lebensform der Betroffenen abgeleitet und lebensweltbezogen beschrieben. Die Zielbestimmung dient auch der periodischen Überprüfung der Zusammenarbeit mit dem Klienten.

3.2.2. Hilfeplanungskonferenz

3.2.2.1. Aufgaben, Verfahren

Im Rahmen des Projektes soll eine Hilfeplanungskonferenz eingerichtet werden zur personenbezogen - einrichtungübergreifenden Abstimmung der Hilfeplanung. Es sollen die Regularien zu ihrer Ausgestaltung entwickelt und erprobt werden. Besprechungsgrundlage ist eine vorbereitend durchgeführte Hilfeplanung auf Basis des IBRP.

In der Hilfeplanungskonferenz wird abgestimmt, wer im Einzelfall welche Leistungen in welchem Umfang erbringen soll. Ziel sind einvernehmliche und verbindliche Absprachen über Ziele und Vorgehensweisen.

3.2.2.2. Teilnehmer

An der Hilfeplanungskonferenz nehmen unter Moderation des Landratsamtes autorisierte Vertreter der für die Versorgung der o.g. Zielgruppe relevanten Einrichtungen und Dienste teil. Dies sind insbesondere

- Fachdienste für Wohnen, Tagesstätten,
- Sozialpsychiatrische Dienste,
- Psychiatrische Klinik / Tagesklinik,
- Einrichtungen und Dienste für die berufliche Eingliederung,
- auf Wunsch die hilfeschuchende Person und/oder ihre gesetzliche Vertretung bzw. eine andere von ihr benannte Vertrauensperson,
- bei Bedarf im Einzelfall ferner Vertreter anderer Dienste und Einrichtungen.

An der Hilfeplanungskonferenz sollen ferner auch Vertreter der Sozialleistungsträger teilnehmen. Das Landratsamt nimmt als örtlicher Sozialhilfeträger teil. Die Teilnahme von Vertretern der übrigen Sozialleistungsträger (insbesondere Krankenkassen, Arbeitsverwaltung) wird angestrebt und im Projektverlauf geklärt. Insbesondere soll die Vernetzung mit den im Aufbau befindlichen regionalen Servicestellen nach SGB IX sichergestellt werden.

3.2.2.3. Kostenregelungsverfahren

In Gesprächen mit den Sozialleistungsträgern soll im Projektverlauf geklärt werden, dass der als fachliches Hilfeplanungsinstrument genutzte IBRP auch für das Antragsverfahren bei der einzelfallbezogenen Kostenregulierung genutzt werden kann.

3.3. Kooperation und Koordination in der Leistungserbringung

3.3.1. Kooperation der Beteiligten

Die Beteiligten beziehen die Leistungserbringung aufeinander und informieren sich wechselseitig im Interesse des Klienten. Bei der Abstimmung im Verlauf sind die Klienten einzubeziehen.

3.3.2. Koordinierende Bezugsperson

Im Rahmen der Hilfeplanung wird für alle Klientinnen und Klienten, für die mehr als ein Fachdienst tätig ist, im Einvernehmen mit den Klientinnen und Klienten eine koordinierende Bezugsperson mit ihren Aufgaben benannt. Diese Person ist für die übergreifende Abstim-

mung im Verlauf und im Bedarfsfall für die erneute Hilfeplanung und Wiedereinbringung in die Hilfeplanungskonferenz zuständig. Die Unterzeichnenden erklären die Bereitschaft, die koordinierende Bezugsperson in ihrer Funktion zu unterstützen.

3.3.3. Datenschutz und Schweigepflicht

Datenschutz und Schweigepflicht sind jederzeit zu beachten. Art und Umfang des vorgesehenen und vorgenommenen Austauschs sind für den Klienten offen zu legen. Im Rahmen des Projektes werden geeignete Routineverfahren (insbesondere Vordrucke zur Belehrung, zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenweitergabe) verabredet.

3.3.4. Überprüfung des Hilfeplans

Der Hilfeplan wird spätestens beim Ablauf der Befristung in der Hilfeplanungskonferenz überprüft, im Bedarfsfall häufiger.

3.4. Gemeindepsychiatrischer Verbund

3.4.1. Allgemeine Zielsetzung

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) ist der verbindlich geregelte Zusammenschluss der an der Versorgung der psychisch kranken Menschen in einer definierten Region beteiligten Träger von Einrichtungen und Diensten. Aufgabe des GPV ist die verbindliche Sicherstellung einer vollständigen und bedarfsgerechten Versorgung psychisch Kranker in dieser Region.

Im Rahmen des Projektes sollen die gewachsenen Formen der Zusammenarbeit im Landkreis Lörrach in diesem Sinne weiterentwickelt werden. Die Frage der rechtlichen Ausgestaltung des GPV ist noch offen. Im Rahmen des Projekts werden Möglichkeiten der Vertiefung der Kooperation erarbeitet und entsprechende Vereinbarungen vorbereitet.

3.4.2. Versorgungsverpflichtung

Von den Beteiligten wird die Übernahme der Versorgungsverpflichtung für die o.g. Zielgruppe als Gemeinschaftsaufgabe angestrebt. Dies beinhaltet

- die Bereitschaft, Menschen mit akutem Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf kurzfristig Leistungen anzubieten, und insbesondere
- die Verpflichtung, keinen psychisch kranken Menschen wegen Art oder Schwere der Störung abzuweisen.

Im Rahmen des Projektes sollen hierfür geeignete Formen einer vertraglichen Regelung entwickelt werden. Ziel ist es, dass nach Maßgabe der zu erarbeitenden Kooperationsverträge und im Rahmen entsprechender Finanzierungsregelungen die Einrichtungen und Dienste sich verpflichten,

- die erforderlichen Leistungen zu erbringen, zu dokumentieren und ihre Qualität zu sichern,
- die Versorgungssituation laufend zu beobachten und zu überprüfen und dabei auftauchende Versorgungsdefizite festzustellen,
- Versorgungslücken zu schließen und qualitative Defizite zu beheben sowie
- den Leistungsträgern gegenüber eine verbindliche Versorgungsverpflichtung zu übernehmen.

Die unterzeichnenden Träger verpflichten sich einstweilen

- zur Teilnahme ihrer Einrichtungen und Dienste an den Hilfeplanungskonferenzen;
- zur wechselseitig verbindlichen Übernahme von Klienten unter Berücksichtigung der Tätigkeitsschwerpunkte und des Leistungsvermögens der einzelnen Einrichtungen und Dienste nach Maßgabe der Vereinbarungen in der Hilfeplanungskonferenz;
- bei fortbestehendem Hilfebedarf im Einzelfall Hilfeleistungen nicht ohne vorherige Absprache in der Hilfeplanungskonferenz zu beenden bzw. die Hilfeplanungskonferenz über die vorzeitige Beendigung einer Hilfemaßnahme umgehend zu informieren.

3.4.3. Psychiatriekoordination und Gremienstruktur

Im Rahmen des Projektes sollen die erforderlichen Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsfunktionen seitens der Landkreisverwaltung ausgebaut und mit den übrigen Akteuren in der Region abgestimmt werden. Damit wird ein wesentliches Ergebnis des Psychiatrie-Workshops vom 22.03.2001 aufgegriffen.

Das Landratsamt beabsichtigt die erforderlichen personellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Koordination der psychiatrischen Versorgung als eigenständige Aufgabe wahrgenommen werden kann. Ferner sollen die vorhandenen Gremien und Arbeitskreise in einer für die Steuerung der regionalen Versorgung sachdienlichen Form neu geordnet werden. Dabei soll sowohl Gesichtspunkten der Effizienz Rechnung getragen wie auch die notwendige breite Beteiligung gewährleistet werden. Im Rahmen dieser Neuordnung soll auch die Vertretung der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker sichergestellt werden.

3.4.4. Vervollständigung des Versorgungsangebotes

In Fortführung der mit dem Psychiatrieworkshop begonnenen Arbeit soll eine Übersicht des in der Region verfügbaren Leistungsangebotes erfolgen mit dem Ziel,

- allen Beteiligten präzise Informationen über das verfügbare Angebot zur Verfügung zu stellen sowie
- Lücken in der Versorgung zu benennen und Initiativen zur Schließung dieser Versorgungslücken zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang sollen auch Zugangsbedingungen erläutert und Zugangsschwellen überprüft werden. Angestrebt wird die Erstellung eines Beratungsführers für die Region.

Von besonderer Bedeutung ist die Verbesserung der stationären und teilstationären klinischen Versorgung. Der laufende Planungsprozess für eine Psychiatrische Fachabteilung soll im Projektverlauf begleitet werden im Sinne einer optimalen Einbindung des klinischen Angebotes in den regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbund.

3.4.5. Regionale Qualitätssicherung

Zu den Aufgaben des GPV gehört im Rahmen der Pflichtversorgung auch die Sicherung der notwendigen Qualität der Versorgung. IBRP, Hilfeplanungskonferenz und Pflichtversorgung sind Instrumente, die günstige Bedingungen für gute Versorgungsqualität schaffen. Ihre Umsetzung garantiert jedoch für sich genommen noch keine gute Qualität. Im Rahmen des Projektes gilt es

- Qualitätskriterien zu formulieren,
- Transparenz zur Qualitätskontrolle herzustellen,

- dabei insbesondere die Handhabung der personenzentrierten Hilfeplanung (IBRP) inhaltlich fortzuentwickeln.

3.4.6. Verzahnung der Leistungsbereiche und Finanzierungsformen

Die öffentlich finanzierten sozialpsychiatrischen Leistungen und die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen untereinander und mit anderen Rehabilitations- und Behandlungsleistungen verzahnt werden: ambulante Behandlung (niedergelassene Psychiater, Institutsambulanz, Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege); medizinische und berufliche Rehabilitation. Da Sozialhilfe bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation grundsätzlich als Leistungsträger nachrangig ist, ist die Erschließung und Einbindung von Leistungen der gesetzlich hierfür vorrangigen Sozialleistungsträger konsequent zu verfolgen.

Der im Aufbau befindliche GPV im Landkreis Lörrach möchte das Anliegen des SGB IX hinsichtlich beschleunigter und koordinierter Erbringung von Leistungen zur Teilhabe unterstützen und an der Umsetzung im Landkreis Lörrach mitwirken: vereinheitlichte Rehabilitationsplanung, Verzahnung in der Leistungserbringung, vereinfachter Zugang, Ausgestaltung der Servicestellen gemäß § 23 SGB IX.

Die neuen Finanzierungsformen im BSHG-Bereich sind sinnvoll umzusetzen. Ziel ist ein Steuerungsverfahren, das flexible Leistungserbringung ermöglicht. Im Rahmen des Projektes soll konstruktiv nach geeigneten Lösungen gesucht werden.

3.4.7. Regionales Psychiatriebudget

Im Rahmen des Projektes ist beabsichtigt, die Aufwendungen der verschiedenen Sozialleistungsträger und der öffentlichen Hand für die Hilfe für psychisch kranke Menschen im und aus dem Landkreis Lörrach zu erfassen und transparent zu machen.

4. Projektdurchführung

4.1. Projektbegleitende Arbeitsgruppe

Es wird eine projektbegleitende Arbeitsgruppe gebildet, die unter Moderation durch die Landkreisverwaltung die Durchführung des Projekts im Landkreis Lörrach koordiniert. Die unterzeichnenden Organisationen benennen autorisierte Mitglieder dieser Arbeitsgruppe und jeweils auch StellvertreterInnen, die regelmäßig an der projektbegleitenden Arbeitsgruppe teilnehmen. Die projektbegleitende Arbeitsgruppe beauftragt eine Person (und eine/n StellvertreterIn) mit der Vertretung der Region in der projektbegleitenden Arbeitsgruppe auf Landesebene.

4.2. Verantwortlichkeiten

Die Arbeitsgruppe "Personenzentrierter Ansatz" der Aktion Psychisch Kranke bietet im Rahmen des Projektes wissenschaftliche Beratung und Begleitung an. Die Entscheidungskompetenz über die Entwicklung des regionalen Versorgungsverbundes verbleibt in vollem Umfang bei den jeweils zuständigen Stellen.

4.3. Überregionale Auswirkungen

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus der Zusammenarbeit im vorliegenden Projekt sollen auch für die Entwicklung personenzentrierter, gemeindepsychiatrischer Verbünde in anderen Regionen genutzt werden. Insbesondere werden aus den regionalen Projekten Impulse für die Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg erhofft.

Ein lebendiger Informations- und Erfahrungsaustausch mit den anderen Modellregionen des Bundesprojektes und der übrigen Landesprojekte wird daher angestrebt.

4.4. Leistungen der Beteiligten

4.4.1. Leistungserbringer

Die unterzeichnenden Organisationen verpflichten sich, zur Umsetzung der in dieser Vereinbarung verabredeten Schritte ihren Fachkräften die Beteiligung an den erforderlichen Schulungen und Koordinationstreffen zu ermöglichen. Die Einzelheiten werden in der Projektbegleitenden Arbeitsgruppe abgestimmt. Das bezieht sich insbesondere auf

- Benennung eines IBRP-Beauftragten in den von den Trägern regional vorgehaltenen Diensten und Einrichtungen,
- Teilnahme der IBRP-Beauftragten am regionalen IBRP-Koordinationskreis,
- Teilnahme von MitarbeiterInnen der Dienste und Einrichtungen an IBRP-Schulungen,
- Teilnahme an der Hilfeplanungskonferenz und an anderen notwendig werdenden Koordinationstreffen,
- Reisekostenübernahme bei überregionalen Terminen im Rahmen des Projektes.

4.4.2. Landratsamt Lörrach

Das Landratsamt übernimmt die zur Durchführung des Projektes erforderlichen Steuerungs- und Koordinationsaufgaben und beteiligt sich als örtlicher Sozialhilfeträger an der Hilfeplanungskonferenz. Das Landratsamt wird außerdem bei Bedarf vermittelnd tätig zur Einbeziehung weiterer Sozialleistungsträger.

4.4.3. Aktion Psychisch Kranke (APK)

Das Implementationsprojekt zum Personenzentrierten Ansatz in Baden-Württemberg wird in enger Verknüpfung mit dem Implementationsprojekt auf Bundesebene durchgeführt. Die Verantwortung für die Projekte liegt bei der Arbeitsgruppe "Personenzentrierter Ansatz" der APK. Die APK bringt im einzelnen folgende Leistungen ein:

- Wissenschaftliche Beratung bei der Umsetzung der in dieser Vereinbarung festgehaltenen Arbeitsvorhaben. Die Beratung beinhaltet insbesondere die gemeinsame Reflexion des Umsetzungsprozesses und die gemeinsame Bearbeitung von relevanten Themen unter besonderer Berücksichtigung von vorliegenden Erfahrungen und Zwischenergebnissen aus dem Zusammenhang der verschiedenen Projekte.
- Einführende Schulung zur Handhabung des IBRP.
- Stellung eines Hauptansprechpartners für den Landkreis Lörrach: Herr Schulte-Kemna, wissenschaftlicher Projektberater für das Implementationsprojekt Baden-Württemberg. Zur Verfügung stehen ca. zehn Beratungstage/Jahr vor Ort.

- Daneben stehen Herr Krüger (Gesamtkoordinator der Implementationsprojekte) sowie als weiteres Mitglied der Arbeitsgruppe Herr Prof. Dr. Kunze bei Bedarf zur Beratung zur Verfügung.
- Einbeziehung der Landkreis Lörrach in die Vernetzung der Projektregionen. Förderung des Austausches mit anderen Projektregionen sowie des regionsübergreifenden themenspezifischen Austausches.
- Vorstellung von Ergebnissen und Erfahrungen der Projektregionen im Rahmen fachöffentlicher Tagungen und Workshops sowie in Veröffentlichungen.
- Abschlussbericht, Abschlusstagung.

Die Unterzeichnenden erklären ihre Bereitschaft, im Sinne der vorgenannten Prinzipien und Ziele im Rahmen des Projektes "Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg" konstruktiv bei der Weiterentwicklung des regionalen psychiatrischen Versorgungsangebotes zusammenzuarbeiten und die vorstehende Vereinbarung mit Leben zu erfüllen.

Lörrach, den 21.11.01

Unterzeichner:

Landratsamt Lörrach

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Caritasverband Lörrach

Lebenshilfe, Kreisverband Lörrach

Diakonisches Werk Lörrach

Diakonisches Werk Schopfheim

Zentrum für Psychiatrie Emmendingen

Verein „Kleine Schritte“ e.V.

Markus-Pflüger-Heim

Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz Lörrach

Präambel

Allgemeines Ziel des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist es, dass keine Person, die im Landkreis Lörrach einer Unterstützung für ein selbständiges und eigenverantwortliches Leben bedarf, wegen Art oder Schwere ihrer psychischen Beeinträchtigung abgewiesen wird. Die Hilfeplankonferenz soll dazu beitragen, diese Versorgungsaufgabe für den Landkreis Lörrach umzusetzen; sie dient der Qualitätsentwicklung in der psychiatrischen Versorgung.

Grundlage für die Zusammenarbeit ist der personenzentrierte Ansatz als Leitbild für die Gestaltung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Das beinhaltet für die Hilfeplanung die folgenden Grundsätze:

- Die zu erbringenden Leistungen sollen sich soweit möglich an der Lebenswelt der Hilfesuchenden orientieren.
- Die vorhandenen Ressourcen der Person selbst und die ihres Umfeldes sollen systematisch einbezogen und unterstützt werden.
- Alle Hilfen sollen auf der Basis von individuellen, zielorientierten und periodisch anzupassenden Vereinbarungen erfolgen.
- Die im Einzelfall erforderlichen Hilfen sollen über alle relevanten Lebensbereiche hinweg im Sinne einer integrierten Gesamtplanung abgestimmt werden.

Für den Zuständigkeitsbereich des Landkreises Lörrach besteht im Rahmen des Projektes „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ eine Hilfeplankonferenz für psychisch behinderte Menschen. Auf der Basis der bisherigen Erfahrungen gibt sich die Hilfeplankonferenz die nachstehende Geschäftsordnung. Sie hat vorläufigen Charakter; der im Rahmen des Projektes noch zur Verfügung stehende Zeitraum soll dazu genutzt werden, das Verfahren weiterzuentwickeln mit dem Ziel, ein praktikables und effektives Verfahren auf Dauer zu etablieren.

Allgemeine Zielsetzung der Hilfeplankonferenz ist es, eine personenzentrierte Hilfeplanung und eine passgenaue Leistungserbringung zu ermöglichen und gleichzeitig zu einem transparenten, vereinfachten und beschleunigten Verfahren beizutragen. Die enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Rehabilitationsträgern und deren Beteiligung an der Hilfeplankonferenz wird angestrebt.

2. Aufgabe der Hilfeplankonferenz

Aufgabe der Hilfeplankonferenz ist die Abstimmung der Leistungserbringung für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Sie nimmt diese Aufgabe insbesondere dadurch wahr, dass sie ausgehend von vorbereiteten Hilfeplanungen fachlich Stellung nimmt zu Art, Inhalt, Ziel und Umfang der Hilfe und die Leistungserbringung vereinbart. Das beinhaltet

- Plausibilitätsprüfung der eingebrachten Hilfeplanung,
- Erarbeitung einer Empfehlung zur einzelfallbezogenen Leistungserbringung,
- Feststellung der koordinierenden Bezugsperson und des Fortschreibungszeitraums,

- fachliche Empfehlung an den bzw. die zuständigen Leistungsträger; deren gesetzliche Zuständigkeiten bleiben unberührt.

Aus den Erfahrungen hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen der Bedarfsdeckung kann die HPK Hinweise zur bedarfsgerechten Anpassung des Hilfesystems geben. Ansprechpartner der HPK für diese Hinweise sind die Koordinierende Stelle im Landratsamt bzw. der Arbeitskreis Psychiatrieplanung.

3. Zusammensetzung der Hilfeplankonferenz

Ständige Mitglieder der HPK sind:

- Vertreter der psychiatrischen Leistungserbringer, die in der Region tätig bzw. für die Region zuständig sind. Die beteiligten Träger benennen jeweils feste Vertreter und deren Stellvertreter, die berechtigt sind, auf der Fallebene Entscheidungen zu treffen.
- Das Landratsamt als koordinierende Stelle
- Vertreter des örtlichen und des überörtlichen Sozialhilfeträgers

Eine Liste der ständigen Mitglieder ist als Anlage beigefügt. Die Beteiligung der weiteren Sozialleistungsträger wird angestrebt. Vereinbarungen zur Veränderung des Teilnehmerkreises werden im AK Psychiatrieplanung getroffen. Für die Projektlaufzeit kann ein Vertreter der Aktion Psychisch Kranke an den HPK im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung teilnehmen. Fallbezogen nehmen die jeweilige koordinierende Bezugsperson sowie auf Wunsch die Hilfe suchende Person und/oder deren gesetzliche Vertretung und/oder deren benannte Vertrauensperson teil.

4. Zielgruppe

Die HPK wird tätig bei Hilfeplanungen für Menschen mit komplexem Hilfebedarf auf der Grundlage psychischer Erkrankungen, die gegenwärtig im Landkreis Lörrach leben oder in den Landkreis Lörrach zurückkehren möchten. Vorläufig begrenzt sie ihre Tätigkeit auf den Bereich der Allgemeinpsychiatrie (auch bei Mehrfachdiagnosen). Die Anwendung des Verfahrens auch auf weitere Bereiche (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht, Forensik) der psychiatrischen Versorgung wird im AK Psychiatrieplanung abgestimmt.

Das Verfahren findet ab 1.8.2003 insbesondere Anwendung in allen Einzelfällen, in denen eine Maßnahme der Eingliederungshilfe oder die Aufnahme in die WfbM oder das Markus-Pflüger-Heim neu eingeleitet werden soll. Die HPK vereinbart einen Zeitplan für die Einbeziehung auch der Fortschreibung von Hilfeplanungen für Klientinnen und Klienten in bereits laufenden Maßnahmen.

5. Arbeitsweise

Die Vorstellung in der HPK setzt voraus, dass im Vorfeld eine Klärung des individuellen Hilfebedarfs vorgenommen und eine integrierte Hilfeplanung erarbeitet worden ist. Sie wird mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) durchgeführt.

Die Autonomie der beteiligten Leistungserbringer hinsichtlich Aufnahmeentscheidungen bleibt unberührt. Sie verpflichten sich, diese im Rahmen der HPK auszuüben und ihre Entscheidungen dort zu vertreten.

Die HPK tagt regelmäßig mindestens monatlich auf der Basis eines vereinbarten Terminplans. Bei unabwiesbarer Dringlichkeit sind Eilaufnahmen möglich; die Abstimmung der jeweiligen

Hilfeplanung wird in diesen Fällen in der nächsten Sitzung der HPK nachgeholt. Die Anmeldung zur Besprechung erfolgt sechs Werktage vor dem Sitzungstermin bei der Psychiatriekoordination unter Vorlage des IBRP sowie der Datenschutzerklärung für die HPK.

Die Vorstellung der Einzelfälle erfolgt durch mündlichen Vortrag durch die koordinierende Bezugsperson bzw. die zuständige Fachkraft der überweisenden Einrichtung. Im Mittelpunkt sollen die aktuelle Problemlage, die mit der Hilfe suchenden Person erarbeiteten Ziele und die Vorschläge zum Vorgehen und zur Leistungserbringung stehen. Die Einzelfälle werden ergebnisbezogen mit einem Protokollschema dokumentiert, das der koordinierenden Bezugsperson zur Verfügung gestellt wird. Diese sorgt für die Weiterleitung der Einzelfall-Protokolle sowie des IBRP an die im Einzelfall beteiligten Fachdienste, soweit dies im Einzelfall sachlich erforderlich ist, sowie bei Bedarf an den zuständigen Leistungsträger. Zu jeder Einzelfall-Erörterung gehört die Feststellung der koordinierenden Bezugsperson und die Vereinbarung des Fortschreibungszeitraums.

Die Geschäftsführung erfolgt durch die Psychiatriekoordination im Landratsamt. Das beinhaltet insbesondere

- die Entgegennahme der Anmeldungen und die Erstellung einer zeitlich gestaffelten Beratungsfolge,
- die Moderation der Sitzungen und damit verbunden die Überwachung der Einhaltung der vereinbarten Verfahrensstandards,
- die Protokollierung der HPK - es wird neben den Fallprotokollen ein allgemeines Ergebnisprotokoll erstellt, das alle nicht fallbezogenen Themen umfasst und das allen Beteiligten zur Verfügung gestellt wird - ,
- die Führung einer Wiedervorlage-Liste zu den bearbeiteten Hilfeplanungen,
- die Auswertung des Beratungsgeschehens hinsichtlich der Aspekte, die für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region sozialplanerisch von Bedeutung sein können.

6. Wahrung der Rechte der Hilfesuchenden

Der einzelfallbezogene Informationsaustausch über Einrichtungsgrenzen hinweg dient der Abstimmung von Hilfeplanung und Leistungserbringung im Interesse der Hilfesuchenden an einer möglichst passgenauen und individuell zugeschnittenen Unterstützung. Er erfordert ein besonderes Maß an Sorgfalt hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz bei allen Beteiligten.

Kernanliegen des personenzentrierten Ansatzes ist, dass die Hilfeplanung die Wünsche und Bedürfnisse der Hilfesuchenden in den Mittelpunkt stellt. Die Art und Weise der Einbeziehung kann in unterschiedlichen Formen erfolgen. Im IBRP und in der Vorstellung der Hilfeplanung soll deutlich werden, inwieweit im Einzelfall eine Beteiligung tatsächlich erfolgt ist und inwieweit ggf. Meinungsunterschiede hinsichtlich der Ziele und Maßnahmen bestehen. Der IBRP wird von den Hilfesuchenden selbst unterschrieben.

Zu einer personenbezogenen Verfahrensgestaltung gehört, dass das Verfahren für die Hilfesuchenden transparent ist und ihnen im Rahmen der Hilfeplanung angemessen erläutert wird.

Die Behandlung in der HPK erfordert eine darauf bezogene Einverständniserklärung. Dazu wird ein Vordruck verwendet (s. Anlage). Sofern der namentlichen Behandlung im Einzelfall nicht zugestimmt wird, kommt nur eine Beratung in anonymisierter Form in Betracht. Wenn auch eine anonyme Beratung ausdrücklich abgelehnt wird, bleibt es bei der bisher üblichen

Form bilateraler Vermittlung ohne Behandlung in der HPK. Die Leistungserbringer teilen in solchen Fällen die Tatsache der Aufnahme anonymisiert in der HPK mit.

Die Hilfesuchenden selbst und/oder ihre gesetzlichen Betreuer und/oder eine persönliche Vertrauensperson können auf Wunsch an der HPK teilnehmen.

Alle an der HPK Beteiligten werden mit Übergabe dieser Geschäftsordnung besonders auf ihre Pflicht zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften hingewiesen. Sie dokumentieren den persönlichen Erhalt dieser Geschäftsordnung durch Unterschrift.

7. Geltung

Diese Geschäftsordnung wird in der HPK einvernehmlich vereinbart und bei Bedarf geändert. Bei nicht auflösbaren Meinungsverschiedenheiten entscheidet der AK Psychiatrieplanung über die Fassung der Geschäftsordnung. Sie tritt in Kraft ab dem 1. August 2003.

(Beschlissen in der Hilfeplankonferenz am 22.07.2003, Fassung vom 22.10.2003)

Anlagen:

- Übersicht über die Mitglieder der Hilfeplankonferenz Lörrach,
- Einwilligungserklärung zum Verfahren Hilfeplanung und Teilnahme am Abstimmungsverfahren in der Hilfeplankonferenz (Rückseite von Anlage 1),
- Merkblatt „Informationen zur Hilfeplanung für Menschen mit psychischer Erkrankung im Landkreis Lörrach“.

Rahmenvereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund im Landkreis Lörrach

1. Einleitung

Der GPV ist der Zusammenschluss der Leistungserbringer psychiatrischer Hilfen im Landkreis Lörrach, in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR).

Mit Hilfe des Verbundes soll ein umfassendes und koordiniertes Leistungsangebot mit der Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Lörrach entwickelt werden, das dem jeweiligen Hilfebedarf der psychisch kranken Menschen entspricht.

Die Unterzeichner schließen sich zum GPV zusammen, weil dies nur als Gemeinschaftsleistung zu bewältigen ist.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund hat die Aufgabe, die nötigen Schritte zur Weiterentwicklung des Hilfesystems im Bereich der Allgemeinpsychiatrie sowie für Menschen mit Doppeldiagnosen zu veranlassen.

Der GPV strebt bei der Verfolgung seiner Ziele eine enge Zusammenarbeit im Rahmen der kommunalen Koordinations- und Planungsgremien an

- mit Politik und Verwaltung im Landkreis,
- mit den zuständigen Sozialleistungsträgern,
- mit den Fachgremien benachbarter Versorgungsbereiche (z.B. Suchtkrankenversorgung, Jugendhilfe) und insbesondere auch
- mit den Vertretern der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch kranker Menschen.

2. Zielsetzung

Keine Person, die im Landkreis Lörrach psychisch erkrankt ist, soll wegen der Art oder Schwere der Erkrankung abgewiesen werden.

Jeder psychisch erkrankte Mensch soll die ihm angemessene Hilfe erhalten und zu einer eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung in einem überschaubaren, vertrauten Lebens- und Sozialraum befähigt werden.

3. Grundsätze

Leitbild für die Versorgungsqualität sind die Grundsätze personenzentrierter Hilfe:

- Selbstbestimmungsrecht der erkrankten Menschen,
- Orientierung an den vorhandenen Ressourcen der Hilfe suchenden Personen und ihres Umfeldes,
- personenzentrierte, integrierte Hilfeplanung und Leistungserbringung,
- ambulante Hilfe vor stationärer Hilfe,
- Rehabilitation vor Pflege.

4. Umsetzung

4.1. Personenzentrierte und integrierte Hilfeplanung

Als Grundlage fallbezogener Zusammenarbeit und Hilfebedarfsermittlung wird in der Region der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als einheitliches Instrument verwendet.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund legt fest, in welchen Fällen der IBRP zu verwenden ist.

Die Mitglieder des GPV stellen sicher, dass die Fachkräfte in den Einrichtungen und Diensten entsprechend geschult werden, um eine einheitliche Anwendung zu gewährleisten.

4.2. Integrierte und koordinierte Leistungserbringung

4.2.1. Die an dieser Vereinbarung beteiligten Leistungserbringer stellen sicher, dass jede von ihnen begleitete Person eine/n verantwortliche/n Ansprechpartner/in als feste Bezugsperson hat.

Für Personen, die Unterstützung in verschiedenen Bereichen bzw. von verschiedenen Fachdiensten benötigen, wird im Einvernehmen mit der begleiteten Person eine koordinierende Bezugsperson benannt. Aufgabe der zuständigen koordinierenden Bezugsperson ist vor allem die Erstellung und Fortschreibung der integrierten Hilfeplanung und die laufende Abstimmung im Prozess der Leistungserbringung.

Die an dieser Vereinbarung Beteiligten erklären ausdrücklich ihre Bereitschaft, koordinierende Bezugspersonen in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben anzuerkennen und zu unterstützen.

4.2.2. Zur Sicherstellung koordinierter Leistungserbringung wird eine Hilfeplankonferenz eingerichtet.

Einzelheiten zur Arbeitsweise der HPK sind in einer Geschäftsordnung geregelt. Die Geschäftsführung (Vorsitz und Führung) erfolgt durch den Psychiatriekoordinator. Dieser vertritt die Hilfeplankonferenz nach außen.

4.2.3. Die Mitglieder des GPV verpflichten sich zur engen Zusammenarbeit bei der Leistungserbringung. Die im Einzelfall erforderlichen Leistungen werden im Bedarfsfall als integrierte Leistung auf der Grundlage gemeinsamer Planung und Abstimmung erbracht.

4.3. Weiterentwicklung des Hilfesystems

Der GPV setzt sich für die Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch Kranke im Landkreis Lörrach im Sinne eines personenzentrierten Hilfesystems ein. Grundlage dafür ist eine Zielplanung, mit der die notwendigen Maßnahmen und Prioritäten in Hinblick auf die Erfüllung der Versorgungsaufgabe ermittelt werden. Die Umsetzung wird durch die Erarbeitung von Handlungskonzepten strukturiert.

Die Mitglieder des GPV verpflichten sich, die Erreichung dieses Ziels zu unterstützen, insbesondere dadurch

- dass sie im GPV regelmäßig so dezidiert Bericht erstatten, dass steuerungsrelevante Aussagen über das Versorgungsgeschehen ersichtlich sind,
- dass sie ihre Leistungen vorzugsweise auf die Bedarfsdeckung im Landkreis Lörrach ausrichten und Versorgungsbeiträge für Auswärtige im Rahmen der Berichterstattung transparent machen,

- dass sie mitwirken an der Weiterentwicklung und Vernetzung der Hilfen zu sozialpsychiatrischen Komplexleistungen und bereit sind, bei fehlenden Angeboten neue Lösungen zu verwirklichen,
- dass sie sicherstellen, dass Veränderungen im eigenen Leistungsangebot, die Auswirkungen haben auf die Erfüllung des Versorgungsziels, jeweils frühzeitig im GPV abgestimmt werden.

4.4. Gemeinsames Qualitätsmanagement

Der GPV betreibt kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, bedarfsangepasste Differenzierung der Hilfen und Optimierung der Ressourcennutzung.

Ein gemeinsames Qualitätsmanagement wird angestrebt und bis 31.12.2005 eingeführt.

5. Mitgliedschaft

Dem Gemeindepsychiatrischen Verbund können alle Leistungserbringer psychiatrischer Hilfen im Landkreis Lörrach beitreten. Voraussetzung ist die Anerkennung dieser Vereinbarung und die förmliche Aufnahme durch die Mitgliederversammlung / Gesellschafterversammlung.

Der Psychiatriekoordinator des Landkreises nimmt beratend an den Sitzungen der Mitgliederversammlung und an den Sitzungen des Sprechergremiums teil.

5.1. Aufnahme

Über die Aufnahme von weiteren Mitgliedern entscheidet die Mitgliederversammlung

5.2. Beendigung

Die Mitgliedschaft endet durch schriftliche Kündigung gegenüber den übrigen Gesellschaftern (teilnehmenden Leistungserbringern) unter Beachtung einer 1/2-jährigen Kündigungsfrist zum Jahresende.

6. Organe und deren Aufgaben

6.1. Mitgliederversammlung / Gesellschafterversammlung

Die Mitgliederversammlung / Gesellschafterversammlung beschließt über Zielplanungen und Handlungskonzepte. Sie bestimmt zur Führung der laufenden Geschäfte ein Sprechergremium.

Jede ordnungsgemäß einberufene Mitgliederversammlung / Gesellschafterversammlung ist beschlussfähig.

Jedes Mitglied hat eine Stimme.

Beschlüsse werden mit 2/3 aller anwesenden Mitglieder gefasst.

Beschlüsse zur Änderung der bestehenden Rahmenvereinbarung benötigen die einstimmige Zustimmung aller Mitglieder.

Die Mitgliederversammlung / Gesellschafterversammlung findet in der Regel viermal jährlich statt.

Die Mitgliederversammlung / Gesellschafterversammlung wählt das Sprechergremium und dessen Sprecher/in.

Zur Mitgliederversammlung / Gesellschafterversammlung wird schriftlich unter Angabe der Tagesordnung 14 Tage vorher eingeladen.

Die Mitgliederversammlung beschließt eine gemeinsame Geschäftsordnung für die Mitgliederversammlung und das Sprechergremium.

6.2. Sprechergremium

Das Sprechergremium vertritt den GPV nach außen.

Das Sprechergremium lädt zur Mitgliederversammlung / Gesellschafterversammlung ein, erstellt eine Tagesordnung und erstellt ein Protokoll.

Das Sprechergremium besteht aus dem/r gewählten Sprecher/in und zwei StellvertreterInnen.

Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Eine Wiederwahl ist möglich.

Die Geschäftsstelle des GPV ist der Sitz des jeweiligen Sprechers.

Lörrach, den 11.02.2004

Unterzeichner:

Caritasverband für den Landkreis Lörrach e.V.

Diakonisches Werk des Evang. Kirchenbezirks Lörrach K.d.ö.R.

Diakonisches Werk des Evang. Kirchenbezirks Schopfheim K.d.ö.R.

Lebenshilfe Kreisvereinigung Lörrach e.V.

Markus-Pflüger-Heim Schopfheim

Zentrum für Psychiatrie, Emmendingen

Herr Dr. Becker als Vertreter der niedergelassenen Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie

E Materialien der Projektregion Stuttgart

Projektvereinbarungen Stuttgart

Vereinbarung zwischen der Aktion Psychisch Kranke e.V. und der Landeshauptstadt Stuttgart zur assoziierten Teilnahme an dem Modellprojekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“

Diese Vereinbarung wird getroffen zwischen

- der Aktion Psychisch Kranke e.V., vertreten durch Herrn Ulrich Krüger, und
- der Landeshauptstadt Stuttgart (im Folgenden: Stadt), vertreten durch Frau Bürgermeisterin Müller-Trimbusch und Herrn Bürgermeister Dr. Blessing.

1. Inhalt und Grundlage

Die Unterzeichnenden vereinbaren eine Zusammenarbeit über den Zeitraum vom 1.7.2002 bis 31.03.2004 im Rahmen des durch das Sozialministerium Baden-Württemberg geförderten Projektes "Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ der Aktion Psychisch Kranke.

2. Ziel der Vereinbarung

Die Ausrichtung des Projekts und der Zusammenarbeit in Stuttgart folgt den Projektbeschreibungen „Implementation des personenzentrierten Ansatzes“ (Bundesprojekt) und „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“.

3. Grundlage der Vereinbarung

Die Zusammenarbeit der Aktion Psychisch Kranke und der Stadt erfolgt auf Grundlage der „Vereinbarung zwischen den Krankenhäusern und den Trägern von Diensten und Einrichtungen der Psychiatrieversorgung im Bereich Wohnen und der Landeshauptstadt Stuttgart zur assoziierten Teilnahme an dem Modellprojekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg““ vom 16. Mai 2002. In dieser Vereinbarung sind die mit diesem Modellprojekt für die Stadt angestrebten Ziele, die durchzuführenden Aufgaben und auch die daran zu beteiligenden Akteure beschrieben. Diese Vereinbarung ist zentraler Bestandteil der Vereinbarung zwischen der Stadt und der Aktion Psychisch Kranke.

4. Leistungen der Vereinbarungspartner

Bei der Wahrnehmung der folgenden Aufgaben wird die Stadt durch das Gesundheitsamt und dort durch die Sozialplanung vertreten.

Die Stadt verpflichtet sich, gemäß der Vereinbarung mit den Stuttgarter Akteuren die Steuerungs- und Koordinationsaufgaben des Modellprojektes in Stuttgart zu übernehmen, die Res-

sources dafür bereit zu stellen, und aktiv an der Umsetzung der Vereinbarung im Bereich Wohnen mitzuwirken.

Mit der Leitung der projektbegleitenden Arbeitsgruppe aus den Stuttgarter Einrichtungen koordiniert die Stadt auch die Zusammenarbeit zwischen dieser und der Aktion Psychisch Kranke. Dabei folgt die Stadt jeweils den Beschlüssen der Arbeitsgruppe.

Die Aktion Psychisch Kranke bringt folgende Leistungen ein:

- die Beratung bei der Umsetzung der im Modellprojekt in Stuttgart angestrebten Arbeitsvorhaben. Die Beratung beinhaltet insbesondere die gemeinsame Reflexion des Umsetzungsprozesses und die gemeinsame Bearbeitung von relevanten Themen unter besonderer Berücksichtigung von vorliegenden Erfahrungen und Zwischenergebnissen aus dem Zusammenhang der verschiedenen Projekte.
- die Stellung von Ansprechpartnern für die Stadt: Herr Schulte-Kemna (wissenschaftlicher Projektberater für das Implementationsprojekt Baden-Württemberg) und Herr Krüger (Gesamtkoordinator der Implementationsprojekte) sowie gegebenenfalls weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe „Personenzentrierter Ansatz“ der Aktion Psychisch Kranke. Zur Verfügung stehen ca. zehn Beratungskontakte pro Jahr.
- die Förderung des Austausches mit anderen Projektregionen sowie des regionenübergreifenden themenspezifischen Austausches sowie bei Bedarf die Förderung der Vernetzung mit den anderen Projektregionen.
- die Vorstellung von Ergebnissen und Erfahrungen der Projektregionen im Rahmen fachöffentlicher Tagungen und Workshops sowie in Veröffentlichungen.

Die Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen wird von der Aktion Psychisch Kranke und der Stadt abgestimmt.

Die Unterzeichnenden erklären ihre Bereitschaft, im Sinne der vorgenannten Prinzipien und Ziele im Rahmen des Projekts „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“ konstruktiv bei einer Weiterentwicklung des regionalen psychiatrischen Versorgungsangebots mitzuwirken.

Stuttgart, den 16. Mai 2002

Landeshauptstadt Stuttgart

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Vereinbarung zwischen den Krankenhäusern und den Trägern von Diensten und Einrichtungen der Psychiatrieversorgung im Bereich Wohnen und der Landeshauptstadt Stuttgart zur Implementation des personenbezogenen Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung

Diese Vereinbarung wird getroffen zwischen

- dem Furtbachkrankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
- dem Bürgerhospital, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
- dem Caritas Verband für Stuttgart e.V.,
- der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e.V.,
- der Rehabilitationszentrum Rudolph-Sophien-Stift GmbH,

- der Haus am Berg gGmbH,
- der ArbeiterInnenselbsthilfe e.V.,
- der Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt.

Die unterzeichnenden Beteiligten vereinbaren zur Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in der Stadt Stuttgart die Zusammenarbeit über den Zeitraum 01.3.2002 bis 31.03.2004 im Rahmen des durch das Sozialministerium Baden-Württemberg geförderten Projektes "Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg".

1. Ziele des Implementationsprojektes in Stuttgart

Das Projekt zielt darauf ab, Hilfeleistungen für chronisch psychisch kranke Menschen durch eine Ausrichtung an dem personenzentrierten Ansatz zu verbessern. Dieser sieht eine Orientierung am individuellen Hilfebedarf eines psychisch Kranken, eine lebensfeldbezogene Rehabilitation und Behandlung und therapeutische Kontinuität durch eine integrierte Hilfeplanung und eine koordinierende Person mit einrichtungsübergreifender Zuständigkeit vor. Die Verbesserung der Hilfeleistung soll erreicht werden durch eine 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 oder sich im Modellprojekt ergebende Fragen

- der Dokumentation des Hilfebedarfs,
- der personenzentrierten Hilfeplanung,
- der Verbundentwicklung und -gestaltung,
- der Qualitätssicherung,
- der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen,
- der Steuerung im Einzelfall
- und der mit den vorgenannten Punkten in einem Zusammenhang stehenden rechtlichen und datenschutzrechtlichen Aspekte gefunden werden.

2. Zielgruppe

Die Zielgruppe der Arbeit im Rahmen des Modellprojektes sind chronisch psychisch kranke Menschen, die Hilfen bei der Wohnversorgung benötigen und die in ein Wohnangebot zu vermitteln sind. Besondere Aufmerksamkeit gilt den Schnittstellen zwischen Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe sowie zwischen Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe hinsichtlich der Personen mit Mehrfachdiagnosen. Auch sind spezifische Bedarfe von chronisch psychisch kranken Frauen zu berücksichtigen. Im Laufe des Projektes sollen diese Schnittstellen hinsichtlich besserer Vernetzungsmöglichkeiten und verbindlicher Kooperationsformen überprüft werden.

Die Arbeit in dem Modellprojekt in Stuttgart beschränkt sich auf die Wohnversorgung für chronisch psychisch Kranke in besonders schwierigen Fällen.

3. Projektbegleitende Arbeitsgruppe

3.1. Teilnehmer

Es wird eine projektbegleitende Arbeitsgruppe gebildet, die unter der Moderation des Gesundheitsamts die Durchführung des Projekts in Stuttgart koordiniert. Die unterzeichnenden Organisationen benennen autorisierte Mitglieder dieser Arbeitsgruppe und jeweils auch Stellvertreter, die regelmäßig an der projektbegleitenden Arbeitsgruppe teilnehmen. Die projektbegleitende Arbeitsgruppe beauftragt eine Person und einen Stellvertreter mit der Vertretung in der projektbegleitenden Arbeitsgruppe auf Landesebene.

3.2. Aufgaben

Wesentliche Aufgabe der Arbeitsgruppe ist es, die bestehenden Strukturen und Prozesse der Vermittlung chronisch psychisch kranker Menschen in Wohnangebote zu erfassen, hinsichtlich ihrer Effizienz zu überprüfen und Vorschläge zur Ausgestaltung der Organisation dieser Strukturen und Prozesse zu erarbeiten.

Im Rahmen der Teilnahme an dem Modellprojekt ist von Beteiligten an der Arbeitsgruppe auch die Teilnahme an Veranstaltungen des Sozialministeriums, der Austausch mit anderen Projektregionen und die Mitarbeit an einem Abschlussbericht vorgesehen. Die Ergebnisse des Projektes in Stuttgart sollen in den zuständigen kommunalpolitischen Gremien dargestellt werden.

3.3. Arbeitsweise

Die Arbeitsweise und der Umfang des damit verbundenen Aufwandes zur Erreichung der genannten Ziele kann von der Arbeitsgruppe selber bestimmt werden. Es wird empfohlen, dass sich die Arbeitsgruppe vier- bis sechsmal im Jahr zu Sitzungen trifft.

4. Einheitliche Hilfeplanung

Von der Arbeitsgruppe soll für die Zielgruppe insbesondere geprüft werden, inwieweit eine einheitliche, einrichtungsübergreifende Hilfeplanung praktiziert werden kann. Die Arbeitsgruppe prüft, ob es geeignete Instrumente gibt, die praktikabel sind, den Hilfebedarf angemessen zu erfassen, und die mit vertretbarem Aufwand angewendet werden können.

Im Rahmen des Projektes soll von den beteiligten Einrichtungen und Diensten im Einzelfall geprüft werden, ob eine einrichtungsübergreifende Hilfeplankonferenz zur personenbezogenen institutionenübergreifenden Abstimmung der Hilfeplanung eingerichtet werden soll. Bereits bestehende Formen von Hilfeplankonferenzen, Aufnahmekonferenzen und Fallkonferenzen werden dafür genutzt. Die Hilfeplankonferenz soll nur dann tätig werden, wenn absehbar ist, dass andernfalls eine angemessene Wohnversorgung nicht gewährleistet werden kann.

Die Teilnehmer an einer solchen Hilfeplankonferenz werden von der Arbeitsgruppe bestimmt. Bei Bedarf sollen autorisierte Vertreter von Diensten und Einrichtungen außerhalb des Kreises der Institutionen, die diese Vereinbarung unterzeichnen, zu den Hilfeplankonferenzen hinzugezogen werden.

Im Rahmen der Hilfeplanung wird geprüft, ob im Einvernehmen mit dem Klienten eine koordinierende Bezugsperson benannt werden soll. Diese Person ist für die trägerübergreifende

Abstimmung im Verlauf und im Bedarfsfall für die erneute Hilfeplanung zuständig. Die Unterzeichnenden erklären die Bereitschaft, die koordinierende Bezugsperson in ihrer Funktion zu unterstützen.

5. Organisation des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

5.1. Versorgungsverpflichtung

Von den Beteiligten wird die verbindliche Übernahme der Versorgung für die oben genannte Zielgruppe als Gemeinschaftsaufgabe angestrebt. Ziel ist es, dass sich die Einrichtungen und Dienste im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit und Budgets verpflichten,

- die erforderlichen Leistungen zu erbringen, zu dokumentieren und ihre Qualität zu sichern,
- die Versorgungssituation laufend zu beobachten und zu überprüfen und dabei auftauchende Versorgungsdefizite festzustellen sowie
- Versorgungslücken zu schließen und qualitative Defizite zu beheben.

Die unterzeichnenden Träger verpflichten sich

- zur wechselseitig verbindlichen Übernahme von Klienten unter Berücksichtigung der Tätigkeitsschwerpunkte und des Leistungsvermögens der einzelnen Einrichtungen und Dienste nach Maßgabe der Vereinbarungen in der Hilfeplankonferenz,
- bei fortbestehendem Hilfebedarf im Einzelfall Hilfeleistungen nicht ohne vorherige Absprache in der Hilfeplankonferenz zu beenden bzw. die Hilfeplankonferenz über die vorzeitige Beendigung einer Maßnahme umgehend zu informieren.

5.2. Verbund und Gremienstruktur

Im Rahmen des Projektes sollen die bestehenden Formen der Zusammenarbeit in Stuttgart bei der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen in diesem Sinne weiterentwickelt werden. Im Rahmen des Projekts sollen insbesondere hinsichtlich der sich aus der Versorgungsverpflichtung ergebenden Konsequenzen Möglichkeiten der Vertiefung verbindlicher Kooperation erarbeitet und entsprechende Vereinbarungen vorbereitet werden.

Die Erfahrungen der Arbeitsgruppe und der Hilfeplankonferenz werden hinsichtlich der verfügbaren Möglichkeiten der Bedarfsdeckung und hinsichtlich der quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung des Hilfeangebotes in der Stadt Stuttgart ausgewertet.

Klientenbewegungen über die Stadtgrenzen hinweg werden besonders beobachtet, dokumentiert und hinsichtlich der Konsequenzen für das örtliche Hilfesystem bewertet.

6. Weitere Leistungen der Beteiligten

Das Gesundheitsamt übernimmt die zur Durchführung des Projektes erforderlichen Steuerungs- und Koordinationsaufgaben und bereitet die Sitzungen der projektbegleitenden Arbeitsgruppe vor.

Die unterzeichnenden Organisationen verpflichten sich, zur Umsetzung der in dieser Vereinbarung verabredeten Schritte ihren Fachkräften die Beteiligung an den Koordinationstreffen zu ermöglichen. Die Einzelheiten werden in der projektbegleitenden Arbeitsgruppe abgestimmt. Das bezieht sich insbesondere auf die

- Teilnahme an den Treffen einer Hilfeplankonferenz und

- die Teilnahme an den Treffen der projektbegleitenden Arbeitsgruppe und an anderen notwendig werdenden Koordinationstreffen.

Im Rahmen der Teilnahme an dem Modellprojekt können auch Leistungen der Aktion Psychisch Kranke zur wissenschaftlichen Begleitung abgerufen werden. Art und Umfang dieser Leistungen sind von der Arbeitsgruppe in Abstimmung mit dem Sozialministerium mit der Aktion Psychisch Kranke zu bestimmen.

Vereinbarung zur Hilfeplanung: Personenzentrierte Hilfe in begleiteten Wohnformen in Stuttgart

Vorwort

Dieser Text beschreibt die konkreten Schritte, mit denen in der Landeshauptstadt Stuttgart die personenzentrierte Arbeitsweise gemäß dem Projekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg“ für den Bereich des Wohnens umgesetzt wird. Der Beschluss zur Teilnahme an diesem Projekt erfolgte durch entsprechende Vereinbarungen, von denen der Gesundheitsausschuss des Gemeinderats am 28. Juni 2002 zustimmend Kenntnis nahm. Die folgende Skizze wird von allen Unterzeichnern dieser Vereinbarung zustimmend zur Kenntnis genommen und stellt eine gemeinsame Verständigung auf eine neue Arbeitsweise dar.

1. Ziele

1.1. Der Personenzentrierte Ansatz als Grundlage der Kooperation im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Der Personenzentrierte Ansatz im Sinne des Implementationsprojektes ist ein Leitbild für die Gestaltung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung. Er intendiert die Entwicklung zu einem Personenzentrierten Hilfesystem. Das bedeutet,

- dass die zu erbringenden Leistungen sich an der inneren und äußeren Lebenswelt der Hilfesuchenden orientieren,
- dass dabei die vorhandenen Ressourcen der Person selbst und die in ihrem Umfeld systematisch einbezogen werden,
- dass alle Hilfen auf der Basis von individuellen, zielorientierten und periodisch anzupassenden Vereinbarungen erfolgen und
- dass die erforderlichen Hilfen über alle im Einzelfall relevanten Lebensbereiche hinweg aufeinander abgestimmt werden.

Die Weiterentwicklung des Hilfesystems im Sinne dieses Leitbildes soll Menschen mit einer psychischen Erkrankung möglichst weitgehende Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen.

1.2. Wahrnehmung der Versorgungsverantwortung für Menschen mit psychischer Erkrankung in Stuttgart

Keine Person, die eine Unterstützung beim Wohnen und der damit zusammenhängenden Selbstversorgung benötigt, soll wegen der Art oder der Schwere ihrer psychischen Beeinträchtigung abgewiesen werden. Die Beteiligten vereinbaren dazu das im Folgenden beschriebene Verfahren für eine personenzentrierte Hilfeplanung und Leistungserbringung und verpflichten sich, im Rahmen der verfügbaren Kapazitäten und Finanzierungsmöglichkeiten daran mitzuwirken. Das beinhaltet insbesondere die Nutzung der verfügbaren Kapazitäten vorrangig für Stuttgarter Bürgerinnen und Bürger und die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hilfeangebote.

2. Neuordnung des Zugangs zu begleiteten Wohnformen

Es wird ein gemeinsames Verfahren erprobt, das folgende Aufgaben hat:

- die Vermittlung von Aufnahmen in begleitete Wohnformen auf der Grundlage einer im Verbund abgestimmter personenzentrierten Hilfeplanung,
- die Vergabe der verfügbaren Kapazitäten in einem transparenten, gemeinsam verantworteten Verfahren nach Dringlichkeits Gesichtspunkten,
- die gemeinsame Verantwortung für im Einzelfall notwendige Überbrückungsregelungen bei unzureichenden Ressourcen,
- die Entwicklung von Vorschlägen zur personenzentrierten Weiterentwicklung des Hilfeangebotes.

3. Koordinierte und kontinuierliche Begleitung

Die an dieser Vereinbarung beteiligten Leistungserbringer stellen sicher, dass jede von ihnen begleitete Person einen verantwortlichen Ansprechpartner als feste Bezugsperson hat. Für Personen, die Unterstützung beim Wohnen und der damit zusammenhängenden Selbstversorgung (sowie unter Umständen in weiteren Bereichen) benötigen und an deren Unterstützung verschiedene Fachdienste oder Einrichtungen beteiligt sind, wird im Einvernehmen mit der begleiteten Person eine koordinierende Bezugsperson benannt. Aufgabe der zuständigen Bezugsperson bzw. der koordinierenden Bezugsperson ist vor allem die Erstellung bzw. Fortschreibung der integrierten Hilfeplanung und die laufende Abstimmung im Prozess der Leistungserbringung. Im Interesse anzustrebender Kontinuität in der Begleitung soll im Einzelfall möglichst eine Fachkraft die Aufgabe der Koordination übernehmen, die ohnehin einen engen und auf Dauer angelegten Kontakt zu der zu begleitenden Person hat. Die an dieser Vereinbarung Beteiligten erklären ihre Bereitschaft, koordinierende Bezugspersonen in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben anzuerkennen und zu unterstützen, im Einzelfall jeweils möglichst frühzeitig auf eine Klärung der Benennung hinzuwirken und nötigenfalls eine Klärung im Rahmen der Hilfeplankonferenz herbeizuführen.

4. Hilfeplankonferenz

Kernstück ist die Einführung einer Hilfeplankonferenz (im folgenden HPK) als Koordinationsgremium für die Vermittlung in begleitete Wohnformen.

4.1. Zusammensetzung

Die HPK besteht

- aus Vertretern der psychiatrischen Leistungserbringer, insbesondere derjenigen, die für begleitete Wohnformen relevante Angebote machen. Die beteiligten Träger benennen jeweils feste Vertreter und Stellvertreter, die berechtigt sind, auf der Fallebene Entscheidungen zu treffen.
- aus Vertretern zuweisender Einrichtungen (insbesondere der Sozialpsychiatrischen Dienste und der beiden Kliniken für Psychiatrie mit Versorgungsauftrag). Diese benennen jeweils feste Vertreter und Stellvertreter.
- Die Beteiligung des überörtlichen Sozialhilfeträgers an der HPK wird angestrebt.
- Fallbezogen nimmt die jeweilige koordinierende Bezugsperson an der HPK teil.

- Außerdem können fallbezogen an der HPK die Hilfesuchenden selbst und/oder ihre gesetzlichen Betreuer und/oder eine persönliche Vertrauensperson (z.B. ein Angehöriger) teilnehmen.

4.2. Aufgabe

Die HPK nimmt den individuellen Hilfebedarf zur Kenntnis, nimmt fachlich zu der vorgelegten einzelfallbezogenen Hilfeplanung im Sinne einer Empfehlung Stellung und stimmt ab, wer welche Leistungen erbringt. Aus den Erfahrungen hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen der Bedarfsdeckung kann sie Vorschläge zur bedarfsgerechten Anpassung des Hilfesystems entwickeln. Dabei arbeitet sie eng mit der Sozialplanung im Gesundheitsamt sowie den zuständigen Gremien in Stuttgart zusammen. Über die Arbeit der HPK soll regelmäßig ein Bericht erstellt werden, der auch in den entsprechenden Gremien vorgestellt wird.

4.3. Zielgruppe

Das hier beschriebene Verfahren gilt vorläufig für Menschen mit psychischen Erkrankungen aus dem Bereich der Allgemeinpsychiatrie, auch bei Mehrfachdiagnosen, die gegenwärtig in Stuttgart leben und in Stuttgart Hilfe suchen oder die nach Stuttgart zurückkehren möchten. Dies schließt auch forensische Patienten mit ein.

4.4. Arbeitsweise

4.4.1. Die Erörterung in der HPK setzt voraus, dass im Vorfeld eine Klärung des individuellen Hilfebedarfs vorgenommen und eine integrierte Hilfeplanung erarbeitet worden ist. Die Hilfeplanung soll sich an der Lebenswelt des Hilfesuchenden und seinen persönlichen Wünschen und Zielen orientieren und Bedarfe in den verschiedenen Lebensbereichen berücksichtigen. Sie soll zielorientiert sein und mit allen relevanten Bezugspersonen, auch denen außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems, abgestimmt sein. Sie wird in der Regel mit dem integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) durchgeführt.

4.4.2. Die Autonomie der beteiligten Leistungserbringer hinsichtlich Aufnahmeentscheidungen bleibt unberührt. Sie verpflichten sich, ihre Entscheidungskompetenz im Rahmen der HPK wahrzunehmen und ihre Entscheidungen dort zu vertreten.

4.4.3. Die HPK tagt regelmäßig mindestens monatlich. Bei unabweisbarer Dringlichkeit sind Eilaufnahmen in Abstimmung mit der Geschäftsführung der HPK möglich; die Abstimmung der jeweiligen Hilfeplanung wird in diesen Fällen in der HPK bei nächster Gelegenheit nachgeholt.

4.5. Organisation, Moderation, Geschäftsführung

4.5.1. Einzelfälle für die HPK werden bei der Geschäftsführung angemeldet unter Vorlage einer schriftlichen Hilfeplanung (in der Regel mit dem IBRP), die qualitative und quantitative Aussagen zum Hilfebedarf enthält.

4.5.2. Die Anmeldung soll 3 Werktage vor der HPK bei der Geschäftsführung vorliegen.

4.5.3. Die Vorstellung der Einzelfälle in der HPK erfolgt durch einen mündlichen Vortrag durch die koordinierende Bezugsperson (bzw. - soweit eine solche noch nicht festgelegt ist - durch die zuständige Fachkraft der zuweisenden Einrichtung). Das Vorliegen einer entspre-

chenden Schweigepflichtentbindung ist Voraussetzung für die Beratung in der Hilfeplankonferenz. Die schriftlichen Hilfeplanungsunterlagen gehen nur der geschäftsführenden Stelle zu und werden anschließend den an der Leistungserbringung im jeweiligen Einzelfall tatsächlich beteiligten Stellen zugänglich gemacht, soweit dies sachlich erforderlich ist.

4.5.4. Die Geschäftsführung erfolgt durch den bzw. die vereinbarten Träger. Zu den Aufgaben der Geschäftsführung gehören insbesondere

- die Entgegennahme von Anmeldungen mit der Vorprüfung, ob ein beratungsfähiger Vorschlag vorliegt,
- die Moderation der HPK und dabei die Überwachung der Einhaltung der vereinbarten Verfahrensstandards,
- die Protokollierung der HPK (es wird ein allgemeines Protokoll erstellt, das alle nicht fallbezogenen Themen umfasst und das allen Beteiligten zur Verfügung gestellt wird; die Einzelfälle werden gesondert mit einem Protokollschemata dokumentiert; diese Einzelfall-Protokolle werden nur den am Einzelfall beteiligten Fachdiensten zur Verfügung gestellt),
- die Auswertung des Beratungsgeschehens hinsichtlich der Aspekte, die für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Stuttgart sozialplanerisch von Bedeutung sein könnten.

5. Datenschutz und Schweigepflicht

Der einzelfallbezogene Informationsaustausch über Einrichtungsgrenzen hinweg dient der Abstimmung von Hilfeplanung und Leistungserbringung im Interesse der Hilfesuchenden an einer möglichst passgenauen und individuell zugeschnittenen Hilfe. Er erfordert ein besonderes Maß an Sorgfalt hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz bei allen Beteiligten.

Zu einer personenbezogenen Verfahrensgestaltung gehört vor allem, dass das Verfahren für die Betroffenen transparent ist und ihnen im Rahmen der Hilfeplanung angemessen erläutert wird. Institutionenübergreifende Hilfeplanung ist nur möglich mit Zustimmung der Hilfesuchenden bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter.

Der IBRP enthält bereits eine Entbindung von der Schweigepflicht hinsichtlich der Umsetzung der im IBRP angesprochenen Maßnahmen. Für eine Behandlung des Einzelfalls in der HPK ist gesondert die Zustimmung der Hilfesuchenden erforderlich. Dazu wird ein eigener Vordruck verwendet. Sofern der namentlichen Behandlung in der HPK im Einzelfall nicht zugestimmt wird, kommt nur eine Beratung in anonymisierter Form in Betracht. Wenn auch eine anonyme Beratung ausdrücklich abgelehnt wird, bleibt es bei den bisher üblichen Formen bilateraler Vermittlung ohne Behandlung in der HPK. Die Leistungserbringer teilen in solchen Fällen die Aufnahme in der HPK mit.

6. Begleitendes Gremium

Die Erprobung des vorstehend beschriebenen Verfahrens wird begleitet von der Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Implementationsprojektes in Stuttgart. Diese Projektgruppe wird nach Ablauf des Projektes in Stuttgart darüber befinden, wie die weitere Begleitung des vorstehend beschriebenen Verfahrens in Stuttgart erfolgt.

(Fassung vom 27.06.2003)

Unterzeichner:

Bürgermeisterin für Soziales, Jugend und Gesundheit der Landeshauptstadt Stuttgart
Bürgermeister für Allgemeine Verwaltung und Krankenhäuser der Landeshauptstadt Stuttgart
Furtbachkrankenhaus
Haus am Berg gGmbH
Caritasverband für Stuttgart e. V.
Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
ArbeiterInnenselbsthilfe e. V.
Rehabilitationszentrum Rudolf-Sophien-Stift gGmbH

Abkürzungen

ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
AG	Arbeitsgemeinschaft oder Arbeitsgruppe
AK	Arbeitskreis
APK	Aktion Psychisch Kranke e.V.
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BWB	Betreutes Wohnen von behinderten Menschen
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GPLV	Gemeindepsychiatrischer Leistungsanbieterverband
GPSV	Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
GPZ	Gemeindepsychiatrisches Zentrum
GWS	Gustav Werner Stiftung
Hb	Hilfebedarf
HMB-W	Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen - Wohnen/Individuelle Lebensgestaltung
HPK	Hilfeplankonferenz
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
IPRH	Integriertes personenbezogenes regionales Hilfesystem
LWV	Landeswohlfahrtsverband
PAK	(Örtlicher) Psychiatrie-Arbeitskreis
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
ReZiPsych	Regionale Zielplanung in der Psychiatrie
RPK	Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke
SPAK	Sozialpsychiatrischer Arbeitskreis
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
ZfP	Zentrum für Psychiatrie