

Abschlussbericht des Projekts

Implementation personenzentrierter Hilfen in der Gemeindepsychiatrie in Hessen

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Vorwort	4
1 Zur Entwicklung personenzentrierter Hilfen in Hessen	5
1.1 Vorgeschichte: Das Bundesprojekt	5
1.2 Entwicklung in Hessen	6
1.2.1 Ziele personenzentrierter Hilfen	6
1.3 Das Projekt zur Implementation personenzentrierter Hilfen in Hessen Phase I)	6
1.3.1 Das Projekt der 10 hessischen Gebietskörperschaften	6
1.3.2 Die regionalen Projektvereinbarungen	7
1.3.3 Das Vorgehen in den Regionen	7
2 Das Projekt zur Implementation personenzentrierter Hilfen in Hessen: Personalbemessung (Phase II)	10
2.1 Ziele	10
2.2 Vorgehen zur Umsetzung	10
2.3 Projektbegleitende Gruppen und Hilfeplankonferenzen	13
2.4 Steuerungsgruppe	14
2.5 Ergebnisse	15
2.5.1 Berichtsraster und Fragebogen	15

2.5.2	Darstellung der Ergebnisse aus den Regionen	16
	Ziel: Hilfeplanung mit dem/der Leistungsberechtigten	16
	Ziel: Akzeptanz des Hilfeplanverfahren mit dem IBRP	17
	Ziel: Anwendung und Akzeptanz der Personalbemessung	17
	Ziel: Verbesserung der Kooperationsstrukturen vor Ort	18
	Ziel: Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenzen zu einem verbindlichen Gremium der regionalen Zusammenarbeit	19
	Ziel: Optimierung der regionalen Versorgung durch Kooperation und Erkennen der darüber hinaus gegebenen strukturellen Defizite der regionalen Versorgungsstruktur sowie deren Beseitigung	19
	Ziel: Vermehrte Inanspruchnahme anderer Leistungsträger	19
	Ziel: Entwicklung der regionalen Versorgungsstruktur in Richtung auf einen Gemeindepsychiatrischen Verbund	20
	Ziel: Verankerung des IBRP-Verfahrens bei den Mitarbeitern in der alltäglichen Arbeit	20
	Fortschritte während der Projektphase aus Sicht der Regionen	21
2.6	Bewertung der Ergebnisse	21
3	Ausblick	23
	Anlagen	24

Abkürzungsverzeichnis

APK	Aktion Psychisch Kranke
BW	Betreutes Wohnen
FLS	Fachleistungsstunde
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
HMB –Verfahren	Verfahren der Erhebung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung nach Dr. Heidrun Metzler
HPK	Hilfeplankonferenz
HSM	Hessisches Sozialministerium
LWV Hessen	Landeswohlfahrtsband Hessen
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
PBB	Personalbemessungsbogen
SGB	Sozialgesetzbuch
ReZiPsych	Regionale Zielplanung für die Psychiatrie

Vorwort

Der vorliegende Bericht beschreibt fachliche Grundlagen, Ziele, Erfahrungen und Ergebnisse des Projekts "Implementation personenzentrierter Hilfen in der Gemeindepsychiatrie in Hessen". Gegenstand des Berichts ist vor allem die Phase 2 dieses Projekts, in der es auf den Grundlagen der vorangegangenen Implementation einer qualitativen individuellen Hilfeplanung und der Einführung von Hilfeplankonferenzen darum ging, die im Hilfeplan beschriebenen und vereinbarten Leistungen auch systematisch zeitlich zu bemessen, zu quantifizieren. Das Projekt dauerte vom 1.1.2005 bis 30.6.2006.

Die Entwicklungen und Veränderungen, über die hier berichtet wird, sind auch im Kontext anderer Projekte zur Umsetzung personenzentrierter Hilfen in Hessen, vor allem des Projekts "Leistungsfinanzierung" im Wetteraukreis und der Stadt Wiesbaden, zu sehen.

An dem hessischen Implementationsprojekt waren die Gebietskörperschaften

- Vogelsbergkreis
- Stadt Wiesbaden
- Lahn-Dill-Kreis
- Main-Kinzig-Kreis
- Wetteraukreis
- Kreis Groß-Gerau
- Stadt Darmstadt und Landkreis Darmstadt- Dieburg
- Main-Taunus-Kreis
- Stadt und Landkreis Kassel

sowie das Hessische Sozialministerium, der LWV Hessen -Zielgruppenmanagement für Menschen mit seelischen Behinderungen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und die Aktion Psychisch Kranke beteiligt.

Mitglieder der Projektsteuerungsgruppe waren für:

Stadt Kassel: Dr. Marianne Kunze-Turmann (bis Juli 2005) dann Dr. Frank Berkofski, Landkreis Kassel: Horst Winciers, Vogelsbergkreis: Hans-Dieter Herget, Lahn-Dill-Kreis: Norbert Schmidt, Main-Kinzig-Kreis: Elisabeth Lach (bis Juli 2005) dann Bernd Kaltschnee, Wetteraukreis: Vera Thiesen-Rath, Main-Taunus-Kreis: Dr. Pia Berkefeld, Stadt Wiesbaden: Hans-Günther Tiggemann (bis Sept. 2005) dann Dr. Mario Strasser, Kreis Groß Gerau: Peter Bäuml, Stadt Darmstadt und Kreis Darmstadt-Dieburg: Christian Nieraese, Hessisches Sozialministerium: Susanne Nöcker und Ingeborg Spreuer, Aktion Psychisch Kranke: Ulrich Krüger und Harald Goldbach, Landeswohlfahrtsverband Hessen: Anemone Gabler-Schröter und Gerhard Kronenberger.

Alle genannten Personen haben zu dem vorliegenden Bericht beigetragen. Geschrieben wurde er von Harald Goldbach, Anemone Gabler-Schröter und Gerhard Kronenberger.

1 Zur Entwicklung personenzentrierter Hilfen in Hessen

1.1 Vorgeschichte: Das Bundesprojekt

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in den Jahren 1992 bis 1996 das Forschungsprojekt „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ gefördert. Nachdem der Abschlussbericht¹ Anfang 1999 veröffentlicht und im April 1999 auf der Tagung der Aktion Psychisch Kranke daran anknüpfend "personenzentrierte Hilfen" gefordert wurden, war das Interesse stark und die Bewertung überraschend positiv.

Das bestehende Hilfesystem war als „institutionszentriert“, „angebotsorientiert“, „unflexibel“ und „unwirtschaftlich“ grundlegend kritisiert worden. Auf allen Ebenen wurden einschneidende Reformen gefordert, die einem Paradigmenwechsel gleichkommen. Die Zustimmung bezog sich vor allem auf die Grundkonzeption, die „personenzentrierte Haltung“, nach der die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse psychisch kranker Menschen sehr viel stärker ins Zentrum der Betrachtung gestellt werden sollten. Bezüglich der konkreten Umsetzung beherrschten jedoch eher Ratlosigkeit und Skepsis die Diskussion.

Vor diesem Hintergrund entstand bei der Aktion Psychisch Kranke die Idee eines Umsetzungsprojekts.

Durch wissenschaftliche Beratung und Begleitung bei der Entwicklung personenzentrierter Gemeindepsychiatrischer Verbände sollte die Umsetzung der Empfehlungen der Kommission "Personalbemessung" in einzelnen „Referenzregionen“ gefördert werden. Damit war weder eine finanzielle Förderung für Leistungsanbieter oder Regionen als Starthilfe verbunden noch eine Evaluations- oder Begleitforschung. Das Angebot für Interessierte, im Aufbau begriffene Gemeindepsychiatrischer Verbände, bestand im Wesentlichen aus dem fachkompetenten Rat einer Arbeitsgruppe², dem etwa monatlichen Besuch eines Projektmitarbeiters in der Region und der Chance, voneinander zu lernen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte der Aktion Psychisch Kranke ein Projekt "Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung" (2000 bis 2002) in drei bis vier Referenzregionen bewilligt. Durch Zusatzfinanzierungen in Rheinland-Pfalz und Bayern stieg die Zahl der Projektregionen des Bundesprojekts auf sechs³.

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

² Mitglieder der Arbeitsgruppe: Prof. Dr. Heinrich Kunze (Projektleiter), Ulrich Krüger (Projektkoordinator), Karl-Ernst Brill, Prof. Dr. Petra Gromann, Rainer Hölzke, Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Dr. Niels Pörksen, Dieter Stahlkopf

³ Berlin-Reinickendorf, Gera, Kaufbeuren, Kaiserslautern, Mainz, München-Süd

1.2 Entwicklung in Hessen

1.2.1 Ziele personenzentrierter Hilfen

Mit dem Paradigmenwechsel, der den personenzentrierten Ansatz kennzeichnet, verbinden sich die Ziele

- mehr Selbstbestimmung und Autonomie für Menschen mit Behinderung
- individuell passgenaue zielgerichtete Hilfen
- verstärkte Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“
- Lebensfeldbezug und Gemeindenähe
- Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten in der Region zum Zwecke der individuell erforderlichen Hilfeleistung und damit ein
- Aus- und Umbau der regionalen Versorgungsleistungen
- Kostenbegrenzung

Das Projekt zur „Implementation personenzentrierter Hilfen in der Gemeindepsychiatrie in Hessen“ (Projektlaufzeit 2003 bis Ende 2004) griff diese Zielsetzungen auf.

1.3 Das Projekt zur Implementation personenzentrierter Hilfen in Hessen (Phase I)

1.3.1 Das Projekt der 10 hessischen Gebietskörperschaften⁴

Von Psychiatriekoordinatoren und -kordinatorinnen aus sechs hessischen Gebietskörperschaften ging die Initiative aus in ihren Regionen eine einheitliche und systematische individuelle Hilfeplanung einzuführen. Sie konnten das Hessische Sozialministerium für die finanzielle Unterstützung eines Projekts zur Implementation personenzentrierter Hilfen gewinnen. Ähnliche Projekte liefen etwa gleichzeitig in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen an.

Das Hessische Sozialministerium finanzierte die Begleitung dieses Implementationsprojekts durch die Aktion Psychisch Kranke von Anfang 2003 bis Ende 2004; das Projekt begann zunächst in sechs Regionen: der Stadt Wiesbaden, dem Vogelsbergkreis, dem Wetteraukreis, dem Main-Kinzig-Kreis, dem Lahn-Dill-Kreis sowie der Stadt Darmstadt zusammen mit dem Kreis Darmstadt-Dieburg. Von vornherein war festgelegt, dass im zweiten Projektjahr die Stadt Kassel, der Landkreis Kassel, der Main-Taunus-Kreis und der Kreis Groß-Gerau in das Projekt einbezogen werden sollten.

Die Projektinitiatoren waren bereits in der Planungsphase auf den Landeswohlfahrtsverband Hessen zugegangen und hatten das zuständige Zielgruppenmanagement um Mitarbeit an

⁴ Der Abschlussbericht zum hessischen Implementationsprojekt (Phase I) wurde zwar von den Projektbeteiligten verfasst, aber bislang vom Hessischen Sozialministerium noch nicht veröffentlicht. Es folgt daher hier ein kurzer Überblick über Verlauf und Ergebnisse.

dem Projekt gebeten. Wegen der großen inhaltlichen Nähe zu eigenen Überlegungen und Projekten, war dort das Interesse an einer Beteiligung an dem Implementationsprojekt groß.

1.3.2 Die regionalen Projektvereinbarungen

In jeder Projektregion wurde eine Projektvereinbarung ausgehandelt.

Im Mittelpunkt dieser Vereinbarungen standen in allen Regionen Qualitätsverbesserungen durch

- konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf
- personenzentrierte Zusammenarbeit der Therapeuten
- Übernahme regionaler Versorgungsverantwortung bzw. Beteiligung an
- regionaler Steuerung.

Die folgenden Eckpunkte sind ebenfalls übereinstimmend in allen Projektvereinbarungen enthalten:

- einheitliche Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), im Sinne eines Gesamtplanes, unter Einbeziehung aller psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hilfen einschließlich derer von Angehörigen und anderen Personen des persönlichen Umfeldes
- Ermittlung einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarfe
- transparente Beschlussfassung über individuellen Hilfebedarf, Leistungserbringer und Umfang der Hilfen (Hilfeplankonferenz)
- Kontinuität und Abstimmung im Verlauf der Hilfen (koordinierende Bezugsperson)
- gemeinsame Verantwortung für regionale Bedarfsdeckung (Pflichtversorgung) – obligatorisches Hilfeangebot in der Region
- lebensweltbezogene Hilfen: weniger stationär – mehr ambulant; weniger psychiatrisch – mehr nicht-psychiatrisch
- weniger Sozialhilfe – mehr versicherungsfinanzierte Leistungen,
- Flexibilisierung der Hilfeleistungen
- gemeinsame Verantwortung für Qualitätsentwicklung und finanzielle Steuerung

Unterschiede gab es bei der Zielgruppenbestimmung: in einigen Regionen wurden Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zunächst nicht einbezogen. Die Zielgruppe "Kinder und Jugendliche" blieb aufgrund der Zuständigkeit des Jugendhilfeträgers unberücksichtigt.

1.3.3 Das Vorgehen in den Regionen

In den Projektregionen wurden als erstes „projektbegleitende Arbeitsgruppen“ gebildet, die etwa monatlich zusammentraten. Sie wurden von den kommunalen Psychiatriekordinatoren geleitet. Darin trafen sich Vertreter der Leistungserbringer, der Leistungsträger (zumindest der Sozialhilfeträger) und zum Teil Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen. In einigen Regionen traten bereits bestehende Koordinierungsgremien in

diese Funktion ein. Die Sitzungen der projektbegleitenden Arbeitsgruppen wurden von einem Vertreter der Aktion Psychisch Kranke begleitet.

Der weitere Verlauf war in allen Regionen ähnlich, auch wenn er in den Nachrückerregionen zeitlich versetzt erfolgte.

Zunächst wurde die Hilfeplanung mit dem IBRP eingeführt. Dazu gab es Fortbildungen, in denen verdeutlicht wurde, dass es sich beim IBRP nicht um einen auszufüllenden Fragebogen handelt, sondern um ein Verfahren, mit dem Klienten einen mit allen beteiligten Betreuungspersonen und Helfern abgestimmten Hilfeplan zu erstellen. Dabei gibt es auch bei verschiedenen Leistungen und unterschiedlichen Leistungsträgern nur *einen* Hilfeplan pro Person. In diesem werden alle erforderlichen Hilfen behandelt, ausdrücklich auch die nicht-psychiatrischen. Der IBRP ist geeignet zur zielorientierten und lebensweltbezogenen Planung, zur Koordination der Hilfen im Verlauf und zu deren Evaluation.

Der IBRP war in den Projektregionen teilweise bereits bekannt, auch wenn er nicht systematisch genutzt wurde. Trotzdem haben die trägerübergreifenden Schulungen eine starke Wirkung entfaltet. Sie schufen die Grundlage für gemeinsame Konzepte und Sprache und haben die Kooperationsbereitschaft ungemein erhöht.

Anschließend wurden Hilfeplankonferenzen konstituiert, in denen die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung vorgestellt und Empfehlungen über die Hilfeleistungen ausgesprochen werden. Auf Basis dieser Empfehlungen erstellt der Leistungsträger in aller Regel seine Bescheide.

Die Teilnehmer der Hilfeplankonferenz sind:

- der Psychiatriekoordinator/die Psychiatriekoordinatorin (zugleich Leitung)
- (autorisierte) Vertreter der Leistungserbringer, darunter
 - psychiatrische Klinik
 - Sozialpsychiatrischer Dienst
- Leistungserbringer aus den Bereichen Selbstversorgung/Wohnen, Tagesgestaltung/Kontaktfindung, Arbeit/Ausbildung, Grundversorgung und spezielle Therapieverfahren
- Leistungsträger (zumindest örtlicher und überörtlicher Träger der Sozialhilfe)
- auf Wunsch
 - Betroffene
 - Angehörige
 - gesetzliche Betreuer

Die Hilfeplankonferenzen fanden zunächst im vierwöchigen Rhythmus statt. Um der hohen Fallzahl gerecht zu werden, erhöhten die meisten Regionen im Lauf des Projektes die Frequenz.

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

Die koordinierende Bezugsperson ist:

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

Es wurde von einer **regionalen Pflichtversorgung** ausgegangen. Auch wenn es dazu noch keine vertragliche Vereinbarung im Sinne eines Sicherstellungsauftrags gibt, wurde das Ziel, psychisch kranken Menschen aus der Region Hilfemöglichkeiten in der Region möglichst ohne zeitliche Verzögerung anzubieten, sehr ernsthaft verfolgt. Fälle, in denen kein Hilfeangebot in der Region gemacht werden konnte, wurden dokumentiert.

Auf Landesebene wurde eine **Steuerungsgruppe** eingerichtet, der neben HSM, APK und den Koordinatoren der Projektregionen auch das ZGM 207 des LWV Hessen angehörte. Dort vollzog sich im wesentlichen der Austausch unter den Projektregionen im Sinne eines Benchmarkings sowie die Abstimmung zwischen den Regionen und den anderen Projektbeteiligten.

Zum Abschluss des vom HSM geförderten Projektes Ende 2004 waren in den sechs Projektregionen der ersten Staffel die Projektziele im wesentlichen erreicht, auch wenn es den Hilfeplankonferenzen noch an Routine mangelte und die Qualität der Hilfepläne als noch verbesserungsbedürftig angesehen wurde. Auch in den Nachrückerregionen waren Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen eingeführt worden, zum Teil allerdings erst kurz vor Projektende.

Nach übereinstimmender Einschätzung der Mitglieder der Steuerungsgruppe war für eine begrenzte Zeit eine weitere Flankierung erforderlich, um das Erreichte dauerhaft erhalten zu können. In den meisten Regionen waren noch keine projektunabhängigen Regelungen (im Sinne von Vereinbarungen zum Gemeindepsychiatrischen Verbund) getroffen worden, die den implementierten Verfahrensweisen eine dauerhafte Grundlage sichern konnten.

In den Hilfeplankonferenzen war sichtbar geworden, wie starre Organisationsformen und Finanzierungsregeln die individuelle Passgenauigkeit der entwickelten Hilfen einschränken können. Es war daher konsequent, eine Fortführung des Projektansatzes unter dem Schwerpunktthema „Personalbemessung“ (Quantifizierung und Zuordnung der Hilfen zu Leistungsbereichen im Einzelfall) zu planen.

Das HSM konnte sich trotz vorhandenen inhaltlichen Interesses aufgrund der haushaltsrechtlichen Vorgaben nicht an der Finanzierung eines Anschlussprojektes beteiligen. Dadurch war die weitere gemeinsame Arbeit in Frage gestellt, bis der LWV Hessen die Förderung für weitere 18 Monate übernahm.

Damit war inhaltlich wie zeitlich ein lückenloser Übergang in die neue Projektphase gewährleistet.

2 Das Projekt zur Implementation personenzentrierter Hilfen in Hessen: Personalbemessung (Phase II)

2.1 Ziele

Wie viel Unterstützungszeit und welche personellen Ressourcen sind im Einzelfall erforderlich, um die in der Hilfeplanung für einen bestimmten Zeitraum definierten Ziele zu erreichen?

Das Projekt „Personalbemessung“ hatte zum Ziel, die beteiligten Leistungserbringer und die Vertreter des primären Leistungsträgers LWV Hessen darin zu schulen, den in der Hilfeplanung prospektiv ermittelten qualitativen Hilfebedarf unter Berücksichtigung der jeweiligen Funktion der Hilfen verschiedenen Leistungsbereichen zuzuordnen und zeitlich zu quantifizieren. Hilfsmittel dafür ist der von der APK entwickelte Personalbemessungsbogen (PBB), der auch der Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf dient. Besondere Beachtung sollten dabei auch mögliche Leistungen anderer Leistungsträger sowie die Erschließung nicht-psychiatrischer Hilfen finden.

Ergänzend zu den bereits genannten Zielen des Projekts sollte Folgendes erreicht werden:

- (zunehmende) Kompetenz aller Beteiligten in der Anwendung des PBB; das bedeutet:
 - funktionsorientierte Zuordnung von Hilfeleistungen zu Leistungsbereichen
 - zeitliche Quantifizierung dieser zielorientierten Hilfeleistungen unter Berücksichtigung möglicher Überschneidungen und von Aufgabenabgrenzungen
- Entwicklung neuer, an die ermittelten individuellen Hilfebedarfe angepasster Kooperationsstrukturen zwischen den Leistungserbringern
- Erkennen und Verringern von Fehlversorgung mittels individueller Hilfeplanung
- Intensivierung der leistungsträgerübergreifenden Anspruchsklärung.

Die Projektziele wurden zwischen allen Projektbeteiligten abgestimmt und die Berichtsstruktur im Verlauf des Projekts wiederholt überarbeitet. Für die Regionen Wiesbaden und Wetterau wurden weitergehende Projektziele formuliert, da diese Regionen zeitgleich am Projekt „Leistungsfinanzierung“⁵ beteiligt waren/sind und daher dort die Anwendung des PBB Voraussetzung der Leistungsfinanzierung war.

2.2 Vorgehen zur Umsetzung

Zum zentralen Thema des Projektes, der Quantifizierung der Hilfen mittels des PBB zum IBRP, wurden in allen Projektregionen Schulungen durchgeführt. Diese Schulungen richteten sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungserbringer, die mit der Erstellung von Hilfeplänen befasst sind. Darüber hinaus nahmen auch Mitarbeiterinnen des LWV Hessen, der örtlichen Sozialämter und sozialpsychiatrischen Dienste und der Kliniken teil

⁵ Das Projekt „Leistungsfinanzierung“ geht als Teilprojekt des Implementationsprojekts in seiner Zielsetzung über das Projekt „Personalbemessung“ hinaus; hier war die sachgerechte Anwendung der Personalbemessung, der zeitlichen Quantifizierung des Hilfebedarfs Voraussetzung für die Entwicklung einer neuen, zeitwertbasierten Vergütungssystematik und dementsprechender neuer Vergütungen.

sowie Personen, die als Leitungskräfte der projektbegleitenden Gruppe angehörten; außerdem Psychatriekoordinatoren und Leitungen der Hilfeplankonferenzen. Die Teilnehmerzahl lag jeweils zwischen 20 und 40 Personen.

Im Verlauf der Schulungen wurden die folgenden Inhalte behandelt:

Der erste Tag diente der Einführung in die *quantitative* Hilfeplanung. Im Verlauf der Veranstaltung wurde erläutert, welche Neuerungen im Rahmen des Projektes geplant waren; es wurde der PBB vorgestellt sowie auf die Erweiterungen des IBRP um das Thema Arbeit und Beschäftigung eingegangen.

Da die Anwendung des PBB eine solide Hilfeplanung voraussetzt, wurde das Thema der Zielorientierung vertieft.

Eingegangen wurde auch auf die Finanzierungssystematik im Sozialrecht. Dabei wurde deutlich gemacht, dass der Projektansatz am Prinzip der prospektiven Leistungsgewährung festhält, mithin keine Einzelabrechnung tatsächlich erbrachter Leistungen vorgesehen ist.

Weiter wurden die Unterschiede zur Art der "Erhebung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung" nach Metzler (HMB-Verfahren) herausgestellt: Während im HMB-Verfahren die Ermittlung des Hilfebedarfs auf der Grundlage einer Punktbewertung der Ressourcen bzw. Defizite einer Person basiert, erfasst die Personalbemessung auf der Grundlage des IBRP den (psychiatrisch-)professionellen Aufwand, der zur Erreichung vereinbarter Ziele erforderlich ist.⁶ Es folgte die Vorstellung des PBB. Dabei nahmen Fragen der Zuordnung von einzelnen Hilfen zu den dort aufgeführten Leistungsbereichen einen breiten Raum ein. Ebenfalls ausführlich erläutert wurden die Zeitkontingente, die für direkt klientenbezogene Leistungen zur Verfügung stehen und somit im PBB darzustellen sind.

In den Regionen Wiesbaden und Wetterau wurden die Aspekte der Budgetermittlung und der budgetneutralen Umstellung der Leistungsvergütung, wie sie im Parallelprojekt „Leistungsfinanzierung“ vorbereitet wurden, vertieft dargestellt. In den übrigen Regionen wurden diese Themen soweit behandelt, wie sie zum Verständnis der neuen Finanzierungs- und Steuerungslogik erforderlich waren.

Da die Einführungsveranstaltungen in den ersten Monaten nach der Einführung der Fachleistungsstunden im Betreuten Wohnen stattfanden, galt es eine Fülle von Missverständnissen auszuräumen und zu verdeutlichen, dass es sich um zwei verschiedene Neuerungen handele. Insbesondere die (retrospektiven) Dokumentationsanforderungen, die auf der Grundlage der Vereinbarung zum Betreuten Wohnen an die Leistungserbringer neu herangetragen wurden, wurden von manchen Teilnehmern als Grund ihrer ablehnenden Haltung gegenüber der Einführung weiterer „bürokratischer“ Instrumente angegeben.

Exkurse zum Persönlichem Budget, wie im SGB IX vorgesehen, dienten dagegen dem Verständnis der Notwendigkeit einzelfallbezogener Quantifizierung von Leistungen und der Vorteile, die Hilfeplanung im Hinblick auf Qualitätssicherung bietet.

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde abschließend ein kurzer Handlungsleitfaden zur Quantifizierung mit dem PBB ausgehändigt.

⁶ Zwar umfasst das HMB-Verfahren in der aktuellen Anwendung beim Landeswohlfahrtsverband auch eine Stellungnahme des Fachdienstes hinsichtlich zu erreichender Ziele und hierzu erforderlicher Leistungen. Diese ist allerdings weder mit dem Leistungsberechtigten noch mit den Leistungserbringern verbindlich vereinbart.

Der zweite Schulungstag fand im Abstand von einigen Wochen statt und diente der Vertiefung. Auf Grundlage von praktischen Versuchen mit dem PBB wurden die Erfahrungen ausgetauscht und aufgetretene Schwierigkeiten besprochen. Dabei wurde erneut deutlich, dass die zentrale Herausforderung darin besteht, klare und individuell gefasste Ziele zu erarbeiten und im IBRP das geplante Vorgehen anschaulich, aber nicht überdetailliert darzustellen.

Die zeitliche Quantifizierung des geplanten Vorgehens und seine „Übersetzung“ in den PBB bereitete dann wenig Schwierigkeiten, abgesehen von einzelnen Problemen mit der Zuordnung zu den Leistungsbereichen.

Insgesamt wurden in den zehn Regionen 11 Einführungsveranstaltungen und 19 Vertiefungsschulungen durchgeführt.

Exkurs

Der PBB dient der Ermittlung des Zeitbedarfs für die im Einzelfall notwendigen psychiatrischen Hilfen. Er enthält in der ersten Spalte ein Raster von funktional differenzierten Leistungsbereichen. Diesen Leistungsbereichen sind die im Übersichtsbogen des IBRP skizzierten direkt klientenbezogenen Leistungen und das geplante Vorgehen bei den Unterstützungsleistungen nach dem Finalitätsprinzip zuzuordnen und zu quantifizieren. Kriterium der Gruppenbildung ist der zeitliche Umfang der erforderlichen, direkt klientenbezogenen Hilfe. Dabei ist auf Überschneidungen bzw. sorgfältige Aufgabenabgrenzungen zu achten, um überhöhte Zeitbedarfe zu vermeiden. In der Soll-Wert-Spalte sind die durchschnittlich prospektiv für erforderlich gehaltenen Zeitwerte einzutragen. In den dann folgenden Spalten werden die für die einzelnen Aufgaben zuständigen Leistungserbringer benannt.

2.3 Projektbegleitende Gruppen und Hilfeplankonferenzen

Die regionalen Projektgruppen aus der Phase I setzten ihre Arbeit fort. Sie entwickelten Verfahrensweisen für die Anwendung des PBB bei der Hilfeplanung und der Vorstellung in der Hilfeplankonferenz. Zugleich musste das Verfahren der steigenden Zahl von Fallvorstellungen angepasst werden, die auf die schrittweise Einbeziehung aller Klienten und die einsetzenden Wiedervorstellungen zurückzuführen ist.

Weitere Themen waren die Analyse der Angebotsstruktur unter der Perspektive der Sicherstellung der regionalen Versorgung. Einige Projektgruppen nutzen das Instrument des „Bogens zur regionalen Zielplanung in der Psychiatrie“ (ReZiPsych)⁷, um konkrete Entwicklungsziele gemeinsam festzulegen.

Fragen der regionalen Zuständigkeit der Hilfeplankonferenzen waren zu regeln; auch wurde daran gearbeitet, die neuen Verfahrensweisen auf eine dauerhafte und projektunabhängige Grundlage zu stellen. Damit rückte das Thema einer Vereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund wieder auf die Tagesordnung.

Das Instrument des PBB und – stärker noch – die damit verbundene Steuerungskonzeption lösten immer wieder Fragen aus. Belastet wurden die Diskussionen zumindest anfänglich durch Neuerungen im Betreuten Wohnen, die zeitgleich mit dem Beginn des Projektes „Personalbemessung“ in Kraft traten und von manchen Beteiligten fälschlich als Elemente des Projekts angesehen wurden. Dazu zählen die Fachleistungsstunde, die neu erfolgte Inanspruchnahme von Einkommen und Vermögen und das eigene Dokumentationsverfahren zum Betreuten Wohnen. Weiter wurde Skepsis geäußert, ob sich die im Projekt eingeschlagene Vorgehensweise in Hessen durchsetzen werde, oder ob sie nicht bald wieder von einem anderen Konzept abgelöst würde. Vor allem in den acht Regionen, in denen die Personalbemessung vorerst noch keine Auswirkung auf die tatsächliche Vergütung der Leistungen hatte, bestand eine gewisse Zögerlichkeit; typisch dafür war die Äußerung: „Wir üben den PBB erst ein, wenn wir wissen, dass dieses Verfahren wirklich eingeführt wird.“

⁷ Der Bogen zur „Regionalen Zielplanung für die Psychiatrie“ (ReZiPsych) hat folgende Funktion: Schwierigkeiten bzw. die Unmöglichkeit der Umsetzung einzelner, in der individuellen Hilfeplanung ermittelter Hilfeleistungen aufgrund von Strukturängeln der regionalen Versorgungsstruktur werden im ReZiPsych dokumentiert und bieten damit eine valide Datenbasis für die Planungen hinsichtlich der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft.

2.4 Steuerungsgruppe

Der Austausch unter den zehn Projektregionen und die Abstimmung mit dem LWV Hessen als überörtlichem Sozialhilfeträger wie als Projektträger wurde in der „Steuerungsgruppe Personalbemessung“ fortgeführt. Die Steuerungsgruppe trat in der Projektlaufzeit neunmal zusammen.⁸

Aufgabe der überregionalen Steuerungsgruppe war es, die Umsetzung der übergeordneten Projektziele zu begleiten und zu forcieren und eine einheitliche Praxis in den Kernprozessen des Projekts sicherzustellen.

Mitglieder der Steuerungsgruppe waren die Koordinatoren aller beteiligten Projektregionen, Herr Krüger und Herr Goldbach als Schulungsleiter und Projektberater von der APK, Vertreterinnen des HSM und der Zielgruppenmanager für Menschen mit seelischen Behinderungen des LWV Hessen mit einer Mitarbeiterin.

Den beteiligten Koordinatoren kam die Aufgabe zu, die in der überregionalen Steuerungsgruppe behandelten Themen in die regionalen projektbegleitenden Gruppen einzubringen und umgekehrt dort auftauchende Probleme in der überregionalen Steuerungsgruppe zu thematisieren und soweit möglich, einer allgemeinen Lösung zuzuführen.

Die überregionale Steuerungsgruppe tagte in ca. 2-monatigem Turnus; die wesentlichen, dort bearbeiteten Problembereiche waren:

- Erfahrungen aus den Schulungen zum Umgang mit dem Verfahren IBRP und dem PBB. Dazu gehörte auch die permanente Arbeit an den Schwierigkeiten einer qualifizierten Zielformulierung.
- Stand der Einführung des PBB in den Regionen und diesbezügliche Widerstände
- Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Richtung eines GPV auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung der Versorgung
- Status der Erfüllung der Pflichtversorgung
- mangelnde Versorgungsmöglichkeiten für Klienten mit besonderem Schutzbedürfnis (geschlossene Unterbringung)
- Erfordernis eines einheitlichen Dokumentationssystems
- Belastung der Koordinatoren.

⁸ Um die inhaltliche Übereinstimmung sicherzustellen, nahmen die Vertreter der Aktion Psychisch Kranke auch an den Sitzungen der Steuerungsgruppe des Teilprojektes „Leistungsfinanzierung“ teil.

2.5 Ergebnisse

2.5.1 Berichtsraster und Fragebogen

Die Ergebnisse des Projekts sind aus verschiedenen, oben zum Teil bereits dargestellten Gründen in den einzelnen Regionen unterschiedlich. Es wurde daher für die Abschlussberichte aus den einzelnen Regionen gemeinsam ein für alle verbindliches Berichtsraster⁹ erarbeitet; die Berichte wurden von den Koordinatoren in Zusammenarbeit mit den projektbegleitenden Gruppen verfasst.

Ergänzend wurden Fragebögen¹⁰ entwickelt, deren Beantwortung durch die jeweiligen regionalen projektbegleitenden Gruppen erfolgen sollte. Ziel war dabei, die Diskussion in diesen Gruppen immer wieder auf die übergeordneten Projektziele zurückzuführen.

Das gemeinsam erarbeitete Raster für die Berichte aus den Regionen bezieht sich auf folgende Ziele:

- gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten (nicht für ihn!) erfolgende Hilfeplanung; d. h. ganz wesentlich auch, Verinnerlichung der dem personenzentrierten Ansatz zugrunde liegenden Haltung
- Akzeptanz des Hilfeplanverfahrens mit dem IBRP und Verankerung des Verfahrens der Personalbemessung in der Region (was dies im Einzelnen bedeutet, s. o. unter 2.1)
- Verbesserung der Kooperationsstrukturen vor Ort und damit leistungsbereichs- und leistungserbringerübergreifende Hilfeerbringung
- Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenzen zu einem verbindlichen Gremium der regionalen Zusammenarbeit
- Optimierung der regionalen Versorgung durch Kooperation, Erkennen der darüber hinaus gegebenen Defizite der regionalen Versorgungsstruktur und deren Beseitigung
- vermehrte Inanspruchnahme der Leistungen anderer Leistungsträger aufgrund der individuellen Hilfeplanung
- Entwicklung der regionalen Versorgungsstruktur in Richtung auf einen Gemeindepsychiatrischen Verbund
- zunehmende Erkenntnis der Vorteile des IBRP- Verfahrens bei den Mitarbeitern für die alltägliche Arbeit

Diese Projektziele heben darauf ab, neben der Einführung eines weiteren, neuen Verfahrens in der Hilfeplanung das in der Phase I des Implementationsprojekts im Hinblick auf die Personenzentrierung Erreichte zu stabilisieren und zu vertiefen.

Die Aussagen aus den einzelnen Regionen hinsichtlich der Zielerreichung fallen sehr unterschiedlich aus.

⁹ S. Anlagen 3

¹⁰ S. Anlage 4; der zweite Fragebogen kam ausschließlich in den Regionen Wiesbaden und Wetterau zum Einsatz.

Die wesentlichen Aussagen zu den Ergebnissen sind im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

2.5.2 Darstellung der Ergebnisse aus den Regionen

Bevor die Berichte aus den Regionen auf die Erreichung der definierten Ziele eingehen, wird auf die jeweilige Ausgangssituation zu Projektbeginn (Phase II) eingegangen.¹¹

Der erreichte Kompetenzgrad im Umgang mit dem IBRP, die Akzeptanz des damit verbundenen Perspektivwechsels war zum Ende der Phase I recht unterschiedlich, unter anderem, weil einzelne Regionen erst spät in das Projekt einsteigen konnten. Dementsprechend gut oder weniger gut waren die Ausgangsbedingungen für die Einführung des Verfahrens der Personalbemessung in der Hilfeplanung.

So erstrecken sich die Äußerungen zur Ausgangssituation zu Beginn der Phase II von einer „grundsätzlichen Bereitschaft, sich auf das neue Verfahren einzulassen“, der Bereitschaft, „sich von Mitstreitern zur Anwendung der Personalbemessung mitreißen zu lassen“ bis zu „Projektmüdigkeit“, „Vorbehalte hinsichtlich der zu erwartenden erhöhten Arbeitsbelastung“, „Verwirrung über Sinn und Zweck der Personalbemessung“.

Für alle Regionen gleichermaßen gilt, dass die unter Punkt 2.3 bereits beschriebenen Veränderungen im Betreuten Wohnen zu mehr oder weniger großen Irritationen geführt hatten und von der Seite der Leistungserbringer immer wieder als belastend angeführt wurden. Auch die Inkompatibilität zum HMB-Verfahren und die Tatsache, dass die Quantifizierung der erforderlichen Hilfen (außer in den Regionen Wiesbaden und Wetterau) keine direkten Auswirkungen auf die Vergütung hatten, führten dazu, dass im Vordergrund der Wahrnehmung zunächst weniger die Vorteile des Verfahrens als vielmehr der „zusätzliche Arbeitsaufwand“ standen.

Ziel: Hilfeplanung mit dem/der Leistungsberechtigten

Die **Hilfeplanung** erfolgt mit geringen, meist fachlich begründeten Einschränkungen gemeinsam mit dem/der Leistungsberechtigten; die Leistungsberechtigten werden zunehmend qualifizierter in die Hilfeplanung einbezogen¹². Die Arbeit mit dem IBRP führt auch dazu, dass „die Zusammenarbeit mit dem Klienten verbindlicher, transparenter und zielorientierter erfolgt“. Als Indikator für eine gute Zusammenarbeit wird die Art der Darstellung der im IBRP formulierten Ziele gesehen. Das Problem der Formulierung operationalisierter, realistischer und authentischer Ziele war und ist nach wie vor Gegenstand diverser Fortbildungsveranstaltungen, auch verschiedener Leistungserbringer untereinander.

Zu der Frage, wie viele Klienten bei der Vorstellung ihres IBRP in der Hilfeplankonferenz anwesend sind, gab es nur teilweise Rückmeldungen; die Angaben weisen eine Schwankungsbreite zwischen 40 % und unter 10 % auf.

Die Anwesenheit der Klienten wird jedoch dort, wo sie häufig erfolgt, als „etwas Neues in der professionellen Hilfe“ gesehen, das zu erhöhter „Umsicht und Verantwortung“ führe.

¹¹ Zitate werden in den folgenden Ausführungen teilweise dem Sinn nach wiedergegeben, um die Textverständlichkeit zu erhöhen.

¹² Nach Auswertung der Fragebögen fast überall in über 70 % der Fälle.

Ziel: Akzeptanz des Hilfeplanverfahren mit dem IBRP

Das **Hilfeplanverfahren mit dem IBRP** ist in allen Regionen nicht nur fest etabliert und wird regelhaft angewandt, sondern erfreut sich auch einer hohen Akzeptanz. Die Hilfeplanung mit dem IBRP wird bei längerer und damit eingeübter Anwendung durchgehend als „hilfreiches Instrument“ erlebt. Es bewirke „Veränderungen im Denken“ oder wird als „unverzichtbare Voraussetzung für den Weg zu einer regionalen Versorgungsverpflichtung“ gesehen, da es „das Erkennen struktureller Defizite in der Region“ ermögliche. Es verändere auch die Strukturen vor Ort; so werde zum Beispiel im Main-Taunus-Kreis „in Einzelfällen die vereinbarte Regionalisierung durchbrochen, wenn der individuelle Hilfebedarf dies erfordere“.

Die Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfen bei der Hilfeplanung erfolgt in allen Projektregionen bewusster und zielgerichteter.¹³

Die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und die Hilfeplanung erfolgt zunehmend leistungserbringer- übergreifend. Nicht ganz so ausgeprägt erfolgt eine leistungserbringer- übergreifende Hilfeleistung.¹⁴

In einzelnen Regionen (in Wiesbaden und Wetterau wegen des Teilprojekts "Leistungsfinanzierung" von Beginn an verbindlich) wird bei der Fortschreibung des IBRP die **Zielerreichung** überprüft bzw. wird der Einsatz eines Bogens zur Überprüfung der Zielerreichung erprobt (Groß-Gerau, Landkreis Kassel, Main-Kinzig-Kreis). Wo dies geschieht „führt es zu einer besseren und realistischeren Zielbeschreibung“ und wird als wichtiges Instrument zur Qualitätsverbesserung der Hilfeplanung gesehen, das „Klarheit und Plausibilität in die Vorstellung der Hilfeplanung bringe“.

Ziel: Anwendung und Akzeptanz der Personalbemessung

Hinsichtlich der Anwendung und Verankerung des Verfahrens der **Personalbemessung** (zeitliche Quantifizierung der erforderlichen Hilfen) gibt es in den Regionen erhebliche Unterschiede.

Für die am Projekt „Leistungsfinanzierung“ teilnehmenden Leistungserbringer der Regionen Wiesbaden und Wetterau war und ist die Anwendung des PBB verbindlich und wird als sinnvoll angesehen. Die Zuordnung der Leistungsberechtigten zu Hilfebedarfsgruppen (im Rahmen des Projekts zur Unterscheidung von den Hilfebedarfsgruppen nach Metzler „Leistungsgruppen“ genannt) erfolgt hier auf der Basis des PBB und bestimmt damit auch die Höhe der Maßnahmepauschale (hier „Maßnahmebetrag“) im Einzelfall. Dieses neue Finanzierungssystem wird im Rahmen des Projekts seit Dezember 2005 erprobt. Aufgrund dieser Tatsache erfolgten die Schulungen zur Anwendung des PBB in diesen Regionen sofort zu Beginn des Projekts Anfang 2005 und mit besonderer Intensität, um die Vorausset-

¹³ In den Regionen Wiesbaden und Wetterau (hier bei den am Projekt „Leistungsfinanzierung“ teilnehmenden Leistungserbringer) erfolgt die Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfen in 81,5 % aller IBRP/PBB; die Berücksichtigung sonstiger Leistungsträger in 26 % der IBRP/PBB (Stand Juni 2006) In den übrigen Regionen wurden diesbezügliche Daten nicht erfasst; die Einschätzungen durch die regionalen Steuerungsgruppen weisen hinsichtlich der Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfen eine Schwankungsbreite zwischen 10 % und über 50 % der Fälle auf. Gleiches gilt für die Berücksichtigung der Leistungen anderer Leistungsträger (s. hierzu auch unten)

¹⁴ Nach Angaben in den Fragebögen erfolgt eine leistungserbringerübergreifende Bedarfsermittlung / Hilfeplanung in über 50 % der Fälle; hinsichtlich der leistungserbringerübergreifenden Hilfen schwanken die Angaben zwischen unter 10 % und über 50 % der Fälle, allerdings mit steigender Tendenz.

zungen für die Anwendung des neuen Finanzierungssystems sicherzustellen. Die IBRP *aller* Klienten beinhalten daher dort auch die Quantifizierung des Hilfebedarfs und das Verfahren, „das in der praktischen Anwendung zu erhöhter Transparenz führe“, wird als „sinnvoll und zweckmäßig“ bezeichnet.

In anderen Regionen (Groß-Gerau, Vogelsbergkreis) wurde die Relevanz des Quantifizierungsverfahrens aufgrund anderer, dort laufender Projekte mit Einrichtungs- bzw. Trägerbudgets in Frage gestellt. Wird das Verfahren im Kreis Groß-Gerau seitens der Leistungserbringer strikt abgelehnt, so wird es im Vogelsbergkreis zumindest sporadisch angewandt. Als motivationshindernd wird der (zwar in diesen Projekten derzeit nicht gegebene, aber doch grundsätzlich noch vorhandene) „Dauerwiderspruch zwischen Personenzentrierung und Maßnahmefinanzierung“ genannt.

Relevanz wird dem Quantifizierungsverfahren zugemessen für die Ermittlung trägerübergreifender Persönlicher Budgets.

In den übrigen Projektregionen wird das Verfahren zur Personalbemessung erst seit Anfang / Mitte 2006 und überwiegend nur im Bereich Betreutes Wohnen eingesetzt. Im Lahn-Dill-Kreis kommt es zur Anwendung, wenn laut Hilfeplanung mindestens zwei Bausteine für die individuelle Betreuung erforderlich sind. In der Stadt Kassel wird der PBB seit 7/2006 regelmäßig angewandt; Widerstände gegen das Verfahren „konnten nur dadurch überwunden werden, dass Praktiker (Mitarbeiter der Werkgemeinschaft Rehabilitation Wiesbaden) über ihre positiven Erfahrungen mit dem PBB berichtet haben“. Leistungsanbietern im Main-Kinzig-Kreis wurden „die positiven Aspekte erst in der letzten Projektphase deutlich“. ¹⁵

Ziel: Verbesserung der Kooperationsstrukturen vor Ort

Die **Kooperationsstrukturen** vor Ort haben sich nach Aussage **aller** projektbeteiligten Regionen erheblich verbessert, selbst dort, wo sie schon vor Projektbeginn als gut bewertet worden waren. Positiv herausgehoben werden die „strukturierte Zusammenarbeit mit Klienten und ihren Bezugspersonen“, „Synergieeffekte“, die „Klärung von Schnittstellen“ (SGB XII und SGB II), die Institutionalisierung der Zusammenarbeit mit der Jugend- und Altenhilfe und eine verbesserte Kooperation mit dem Leistungsträger. Als „maßgeblich für die verbesserte Kooperation werden auch die persönlichen Kontakte in der HPK“ genannt. Der positive Effekt dieser verbesserten Kooperation wird vor allem auch darin gesehen, dass für die Leistungsberechtigten vermehrt individuelle Unterstützungsleistungen gefunden werden können. Im Vogelsbergkreis und im Kreis Groß Gerau hat es leistungserbringerübergreifende Fortbildungsveranstaltungen gegeben, im Lahn-Dill-Kreis haben Leistungserbringer Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen. Als verbesserungsbedürftig wird häufig die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern bezeichnet.

¹⁵ Die angestrebte Quote von durchschnittlich 40 % erstellten Personalbemessungsbögen aller IBRP kann – bezogen auf die Gesamtheit der Regionen als erreicht betrachtet werden, wenn auch erst zum Ende bzw. nach Abschluss der Projektzeit. Auf jede einzelne Region und die Projektlaufzeit bezogen konnte das Ziel nicht überall erreicht werden.

In den Gebietskörperschaften Wiesbaden und Wetterau ist die zeitliche Bemessung des Hilfebedarfs realistisch in Bezug auf die regional zur Verfügung stehenden Ressourcen; dies lässt sich aus dem Zeit- und Finanzcontrolling zum Projekt „Leistungsfinanzierung“ ablesen.

Da in den anderen Regionen der PBB überwiegend im BW erprobt und dann in FLS umgesetzt wird, kann davon ausgegangen werden, dass die zeitliche Bemessung des Hilfebedarfs auch dort realistisch ist, gemessen an den zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Ziel: Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenzen zu einem verbindlichen Gremium der regionalen Zusammenarbeit

Als „zentraler Ort dieser verbesserten Kooperation“ wird die **Hilfeplankonferenz** gesehen. Die „hohe Fachlichkeit und Verbindlichkeit“ dieses Gremiums wird von *allen* Regionen hoch geschätzt, sie gilt als „das zentrale Instrument für die Regelung der Zusammenarbeit und ihrer Verbindlichkeit“, als „institutionsübergreifendes Fachgremium, das wichtige Eingaben für die Regionalkonferenz abgibt“ (Stadt Kassel). Die „HPK erfüllt ihre Funktion der verbindlichen Abstimmung individueller Hilfen und ihrer zeitnahen Umsetzung“ (Lahn-Dill-Kreis). Die „verbindliche Regelung von Verantwortlichkeiten“ in der HPK wird positiv gesehen, „ihre Gestaltung ständig verbessert“.

Hilfeplankonferenzen finden in den jeweils erforderlichen regelmäßigen Abständen statt und haben inzwischen Routine erlangt. Allerdings werden auch hier vereinzelt Leistungserbringer genannt (vor allem Kliniken), die die regelhafte Zusammenarbeit verweigern.

Durchgängig positiv gesehen wird auch die „hohe Transparenz“ der regionalen Bedarfs – und Leistungssituation, die durch die individuelle Hilfeplanung und ihre Behandlung in der Hilfeplankonferenz entsteht. Eine „Verständigung über kurze Wege“ wird ermöglicht, „Doppelarbeit vermieden“ und „Wartelisten abgeschafft“ (Wiesbaden).

Ziel: Optimierung der regionalen Versorgung durch Kooperation und Erkennen der darüber hinaus gegebenen strukturellen Defizite der regionalen Versorgungsstruktur sowie deren Beseitigung

Auch die Erfüllung der **regionalen Versorgungsverpflichtung** wird von den Projektregionen als grundsätzlich verbessert bewertet, auch wenn sie noch nicht als vollständig umgesetzt bezeichnet werden kann. Entscheidend für die Verbesserung ist die „kooperative Hilfeplanung, auch mit dem Leistungsträger“ (Groß-Gerau). Für die Stadt Wiesbaden wird angegeben, dass es im Erhebungszeitraum (11/05 bis 6/06) „außer einer therapeutisch indizierten keine Unterbringung außerhalb der Region“ gegeben habe; „in Einzelfällen konnten sogar ehemalige Wiesbadener Bürger in die Heimatregion rückgeführt werden“.

Trotz der erzielten Verbesserung werden aus vielen Regionen **noch strukturelle Defizite der regionalen Versorgung** benannt. Diese werden „durch die Transparenz im Hilfeplanungsprozess fast automatisch aufgedeckt“. So entsteht sukzessive eine valide Datenbasis für Bedarfsplanungen in den Regionen.

Die Qualität des trotz Kooperation noch nicht zu deckenden Bedarfs ist in den Regionen aufgrund der gegebenen unterschiedlichen Versorgungsstruktur nicht einheitlich. Übereinstimmend wird jedoch von vielen Regionen das Fehlen von Möglichkeiten zur geschlossenen Unterbringung von Leistungsberechtigten angegeben.

An der Beseitigung der erkannten und benannten strukturellen Defizite wird überall – wenn auch in unterschiedlicher Form und Intensität – gearbeitet; dies geschieht durch die Entwicklung von Konzepten und durch den Aufbau neuer Kooperationsstrukturen ebenso wie durch die Rückmeldung an regionale Planungsgremien und den Leistungsträger.

Ziel: Vermehrte Inanspruchnahme anderer Leistungsträger

Das mit der individuellen Hilfeplanung, dem IBRP und der Anwendung des PBB angestrebte Ziel einer **vermehrten Inanspruchnahme anderer Leistungsträger** hat nach Aussagen in

den Berichten zu einer „erhöhten Sensibilisierung“ (Vogelsbergkreis) in dieser Hinsicht geführt, so dass bei der Beratung der IBRP „eine mögliche Inanspruchnahme zusätzlich fokussiert“ wird (Stadt Kassel). Für die Projektregion Wiesbaden wird von einer verstärkten Inanspruchnahme des örtlichen Sozialhilfeträgers, der Krankenversicherung und von Leistungen nach SGB II ausgegangen. Ähnliches gilt für den Main-Taunus-Kreis.

Für alle Regionen gilt, dass sowohl bei der qualitativen Hilfeplanung als auch bei der zeitlichen Bemessung des professionellen Hilfebedarfs nicht-psychiatrische Hilfen in großem Umfang Beachtung finden.

Ziel: Entwicklung der regionalen Versorgungsstruktur in Richtung auf einen Gemeindep psychiatrischen Verbund

Konkrete Planungen zur Schaffung eines auch formellen (und rechtsfähigen) **GPV** gibt es derzeit nur in Wiesbaden und im Main-Kinzig-Kreis, dort ist die Gründung eines GPV kurzfristiges Ziel. In den andern Gebietskörperschaften ist die Entwicklung noch nicht so weit gediehen.

Ziel: Verankerung des IBRP-Verfahrens bei den Mitarbeitern in der alltäglichen Arbeit

Auf die Frage nach der **Bewertung des IBRP-Verfahrens und des PBB** gibt es überwiegend positive Rückmeldungen:

- „bessere Nutzung vorhandener Ressourcen“
- „über den Einzelfall vermittelte Kooperation“
- „Transparenz von Komplexleistungen“
- „Transparenz hinsichtlich der Notwendigkeit von Hilfen, der Leistungserbringung und Qualitätssicherung“
- „Verfahren der personenzentrierten Steuerung konkreter Hilfen“
- „verbindliche Steuerungs- und Koordinationsverfahren auch für andere Bereiche“
- „vorteilhaft im Sinne der Bedarfsplanung“
- „Fokussierung nicht-psychiatrischer Hilfen“

Einschränkungen hinsichtlich des Nutzens des PBB werden gesehen zum einen aufgrund der nicht gegebenen Kompatibilität in der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Hilfebedarfsgruppen zu dem geltenden Metzler-Verfahren und zum anderen aufgrund der positiven Erfahrungen mit dem Einrichtungsbudget (Vogelsberger Lebensräume, Behinderten-Werk Main-Kinzig, Sozialpsychiatrischer Verein Groß Gerau), das den Leistungserbringern eine exakte und valide Quantifizierung des individuellen Hilfebedarfs eher entbehrlich erscheinen lässt.

Kritisch wird zum Teil auch der hohe Personalaufwand für die Hilfeplanung, die Vorbereitung und Durchführung von Hilfeplankonferenzen gesehen, andererseits werden auch die durch transparente Hilfeplanung und Kooperation in der HPK entstehenden Synergieeffekte betont.

Die weitere Nutzung des IBRP für eine individuelle, personenzentrierte Hilfeplanung wird überall befürwortet.

Dort, wo der PBB während der Projektzeit entweder durchgehend oder zumindest in größerem Umfang angewandt wurde, wird seine Anwendung auch in der Zukunft befürwortet (Wiesbaden, Wetterau, Main-Taunus-Kreis, Darmstadt/Darmstadt-Dieburg). Auch der Lahn-Dill-Kreis möchte sich in Zukunft „verstärkt dem Bereich der Quantifizierung stellen“. Gleiches gilt für die Stadt Kassel; hier wird allerdings gefordert, dass der „durch die Quantifizierung entstehende zusätzliche Zeitaufwand durch das Überflüssigwerden anderer Verfahren kompensiert“ werden müsse.

Fortschritte während der Projektphase aus Sicht der Regionen

Welche Veränderungen/Fortschritte während der Projektphase II werden von den Beteiligten gesehen und besonders hervorgehoben?

Zu nennen sind hier eine neu entstandene positive Kultur der Zusammenarbeit, eine „konstruktive Atmosphäre für Absprachen und Regelungen und ein verbesserter Umgangsstil“ aller Beteiligten miteinander.

Weiter werden die „erhöhte Transparenz sowohl hinsichtlich des Bedarfs als auch der Leistungserbringung“ genannt, ein „verbesserter Überblick über die regionale Versorgung und vor allem auch verbesserte Möglichkeiten der Versorgung schwieriger Klienten“, welche für diese zu „weniger Ausgrenzung“ führe.

Häufig genannt wird auch eine Qualitätsverbesserung der IBRP, was sowohl in einer verbesserten Zielformulierung als auch in einer Zunahme leistungserbringerübergreifender Bedarfsermittlung und Hilfeplanung zum Ausdruck kommt. Darüber hinaus werden die Entstehung verbesserter und erweiterter Kooperationsstrukturen und die Optimierung von Verfahrensabläufen hervorgehoben.

Die Einführung des PBB habe, auch wenn er faktisch noch nicht sehr umfangreich angewandt wird, „zu einem Bewusstsein für die quantitative Dimension der Hilfeleistungen und die Aufschlüsselung von Komplexleistungen geführt“.

Der Wechsel hin zum Paradigma der Personenzentrierung wird als ein gemeinsamer Lernprozess aller Beteiligten verstanden, der kontinuierlich fortgesetzt werden muss.

2.6 Bewertung der Ergebnisse

Der Prozess der Verinnerlichung und Umsetzung des Paradigmas „Personenzentrierung“ ist in den an den Projekten beteiligten Regionen deutlich vorangekommen.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Paradigmenwechsel "weg von der Zuordnung von Menschen mit Behinderung zu einrichtungsbezogenen Pauschalangeboten" hin zu einer grundlegend neuen Konzeption, einer „personenzentrierten Haltung“ allen Beteiligten einen fundamentalen Perspektivwechsel abverlangt, können die Ergebnisse der beiden Projektphasen als ausgesprochen gut bewertet werden.¹⁶

Das Hilfeplanverfahren mit dem IBRP ist in den Regionen fest verankert, wird durchgehend als Bereicherung der alltäglichen Arbeit erlebt, auch wenn vielerorts von allen Beteiligten

¹⁶ S. hierzu auch die Stellungnahme der APK in Anlage 2

noch Optimierungsbedarf gesehen wird. Diese Sichtweise unterstreicht die Prozesshaftigkeit der Entwicklung.

Gleiches gilt für die Hilfeplankonferenzen und Optimierung der Kooperationsstrukturen vor Ort. Die transparente Beschlussfassung über individuelle Hilfebedarfe, Erbringer und Umfang der Hilfen wird durchgehend als eine positive Entwicklung bewertet.

Trotz verbreiteter Bedenken gegen den PBB hat auch hier eine Einstellungsveränderung eingesetzt: das Transparent- und Bewusstwerden der quantitativen Dimension der Hilfeerbringung im Einzelfall und in der Gesamtheit hat vielfach zu „Aha- Erlebnissen“ und zu einer realistischeren Sicht auf die eigene Arbeit geführt. In den Regionen, in denen die Quantifizierung des Hilfebedarfs direkte Auswirkungen auf die Leistungserbringung und deren Vergütung hat (Wiesbaden und Wetterau im Rahmen des Teilprojekts „Leistungsfinanzierung“) wird deutlich gesehen, dass die Arbeit mit dem IBRP und dem PBB zu einer besseren Nutzung vorhandener Ressourcen und einer besseren Erfüllung der regionalen Versorgungsverpflichtung führt.

Eine gemeinsame Verantwortung für die regionale Bedarfsdeckung wird nicht nur hier empfunden und gelebt; Lebensweltbezug, d. h. weniger stationäre und mehr ambulante Betreuung, weniger psychiatrische und mehr nicht-psychiatrische Hilfen, wird zunehmend beachtet.

Bemerkenswert sind die Feststellungen, dass die Anwendung des PBB zur Quantifizierung des Hilfebedarfs dann langfristig erfolgen sollte, wenn dieses Verfahren an die Stelle des geltenden HMB- Verfahrens der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Hilfebedarfsgruppen tritt.

So kann zusammenfassend gesagt werden, dass sich sukzessive ein Einstellungswandel vollzieht; dass alle Beteiligten voneinander lernen und eine Beteiligung aller an gemeinsam getragener Verantwortung für die Leistungsberechtigten der Region, an der Steuerung des Versorgungssystems entsteht.

Dass das Ziel der vermehrten Inanspruchnahme von Leistungen anderer Leistungsträger in mancher Hinsicht noch wenig erreicht wurde, liegt wesentlich auch daran, dass diese Leistungen regional nicht zur Verfügung stehen (Soziotherapie) oder beantragte Leistungen von anderen Sozialleistungsträgern nicht bewilligt werden. Hierzu sollen in der Zukunft verstärkt in Einzelfällen gerichtliche Entscheidungen im Sinne von Präzedenzfällen herbeigeführt werden.

Die Entwicklung der regionalen Versorgungsstruktur in Richtung auf einen Gemeindepsychiatrischen Verbund steckt noch in den Anfängen; in den Regionen gewinnt jedoch zunehmend das Bewusstsein an Bedeutung, dass die Bildung von Verbänden der Qualitätssicherung dienen kann und auf dem „Markt“ auch der langfristigen Sicherung der eigenen Arbeit.

Mit der Einführung des Bogens zur Überprüfung der Zielerreichung bei der Fortschreibung der IBRP konnte in einigen Regionen ein erster Schritt getan werden hin zu einer Wirkungsevaluation. Nicht nur in dieser Hinsicht ist das Fehlen eines umfassenden, auf den personenzentrierten Ansatz hin ausgerichteten Dokumentationssystems ein Mangel, der von vielen Seiten beklagt wird.

Das wesentliche Hindernis für eine umfassende Auswirkung der mit der Einführung des personenzentrierten Ansatzes verbundenen Intentionen ist der weiterhin bestehende Widerspruch zwischen Personenzentrierung einerseits und der Planung und Steuerung der Angebote über Plätze; nach wie vor behindern starre Organisationsformen und platzbezo-

gene Finanzierungsregelungen die Umsetzung individuell passgenauer Hilfen. Dass es anders geht, zeigen indes auf unterschiedliche Weise die Modellprojekte WOHNEN und LEISTUNGSPERSONENZENTRIERUNG.¹⁷

3 Ausblick

In allen Projektregionen ist seitens der Beteiligten der Wille vorhanden, den eingeschlagenen Weg der personenzentrierten Neugestaltung des Hilfesystems fortzusetzen, weil darin eine Verbesserung der Lebensqualität psychisch Kranker und seelisch behinderter oder suchtkranker Menschen gesehen wird. Die Mitglieder der bisherigen Projektsteuerungsgruppe wollen deshalb ihre fachliche Zusammenarbeit und ihren Erfahrungsaustausch landesweit fortsetzen und haben hierzu einen "Qualitätszirkel personenzentrierte Hilfen" gebildet. Dieser soll auch für interessierte Vertreterinnen und Vertretern der anderen hessischen Gebietskörperschaften offen sein, um die Entwicklung personenzentrierter Hilfen auch dort zu unterstützen. Insbesondere die Vertreterinnen und Vertreter des LWV Hessen, ZGM 207, sehen darin eine bedeutende Aufgabe.

Die fachliche Weiterentwicklung der nächsten Jahre wird folgende Ziele zu realisieren haben:

1. hessenweit ist ein qualifiziertes individuelles Hilfeplanverfahren auf der Grundlage des IBRP für alle ambulanten, teilstationären und stationären Fälle eingeführt.
2. Es gibt in allen Gebietskörperschaften Hilfeplankonferenzen, die nach einheitlichen Standards qualifiziert (zusammen-)arbeiten und die Versorgungsverpflichtung für die Region praktizieren.
3. Für die nach Ziff. 1. erforderlichen Leistungen wird im Rahmen der Hilfeplanung mittels PBB eine prospektive Quantifizierung der Unterstützungsleistungen vorgenommen.
4. Die Zweigleisigkeit in der Hilfebedarfserfassung ist beseitigt.
5. Es ist eine systematische *personenbezogene* Verknüpfung zwischen individuellem Bedarf, Leistung und Vergütung in Gestalt einer veränderten Finanzierungssystematik hergestellt.
6. Die Anteile nicht-psychiatrischer Hilfen und nicht-professioneller Unterstützung sind gesteigert.
7. Das Verhältnis offener, ambulanter Leistungen hat gegenüber stationären Leistungen weiter deutlich zugenommen.
8. Die Strukturen und Formen der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern sind in der Region im Sinne des Gemeindepsychiatrischen Verbundes weiterentwickelt.

¹⁷ Siehe hierzu die Dokumentation der Fachtagung "Es geht auch anders!".
URL: www.esgehtauchanders.info

Anlagen

Anlage 1: Personalbemessungsbogen

Anlage 2: Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke zu dem Projekt
„Personalbemessung“

Anlage 3: Raster für die Berichte aus den Regionen

Anlage 4: Fragebogen zur Evaluation für die Regionen

Anlage 5: Ergänzender Fragebogen für Wetteraukreis und Stadt Wiesbaden