

B. Überprüfung der Anforderungen an individuelle Teilhabepläne

Die folgenden Anmerkungen sind als »Checkliste« zur Überprüfung von Teilhabeplanungsprozessen zu verstehen:

- Individuelle Zielorientierung im Prozess – ist dies tatsächlich umgesetzt?
- Beziehungsorientierte Teilhabeplanung (d. h. dialogisch/trialogisch) geschieht dies kontinuierlich? Gehört das Bezugspersonenkonzept zur Umsetzung, kann die Koordinations- bzw. Prozessbegleitungszeit berücksichtigt werden?
- Ressourcenorientiert – geschieht dies auch im Sinne des Sozialraums und des personenbezogenen »Eigensinns«?
- Integrativ in Bezug auf Methoden und Lebensfelder: Methodenkenntnis und Einsatz wird dies der »Kunst« und der Qualität der Leistungserbringer überlassen?
- »Zeitliche«, terminierte Vereinbarung einschließlich einer Evaluation der Ergebnisse, Auswertung der regionalen Erfahrungen?
- Unterstützung der »persönlichen Zukunftsplanung« von Klienten: geschieht dies wirklich?
- Ist die Weiterentwicklung zu übersichtlichen und »barrierefreieren« Instrumenten, regionale Koordination mit Beteiligung von Betroffenen, individuelle Finanzierung möglich?

Es bleibt viel zu tun!

Effiziente Ausgestaltung und Optimierung von Hilfeplankonferenzen

Christina Nerlich, Ingmar Steinhart

Viel ist in den letzten Jahren über Hilfeplankonferenzen (HPKs), ihre Funktion und ihr Für und Wider in der bundesweiten »sozialpsychiatrischen Fachwelt« diskutiert worden. Sie sind nun in der Welt, die HPKs, mit unterschiedlichen Bezeichnungen und Ausgestaltungen. Kritische Positionen zur Funktion und Durchführung von HPKs stehen neben höchst positiven Einschätzungen der zentralen Bedeutung dieses Instruments für die sozialpsychiatrische Versorgung. Eine HPK ist an sich noch kein »Wundermittel«, das die Selbst-Bestimmung durch die NutzerInnen und die Personenorientierung per se in die Praxis bringt. Wie kann das gelingen? Wie können auch die durchführenden, vielfach aus der sog. »Verwaltung« kommenden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die diese Aufgabe oftmals ohne vorherige Qualifikation, Schulung o. Ä. »erhalten« haben, ernst genommen und beraten werden, um ihre Aufgaben zu ihrer eigenen und zur Zufriedenheit der NutzerInnen ausführen zu können? Sollte nicht die Einführung einer HPK durch einen qualifizierten Organisations- und Personalentwicklungsprozess begleitet werden? Schließlich geht es (auch) um viel Geld, das über eine HPK »verwaltet« wird.

Hilfe-, Teilhabe-, Fall-, Belegungskonferenzen und wie sie bundesweit weiter unterschiedlich genannt werden, leiden im Allgemeinen daran, dass sie aus der Rest- bzw. mühsam abgerungenen Zeit der Mitarbeiter realisiert werden. Sie sind ein wichtiges, in der Bedeutung nicht zu unterschätzendes »Produkt« der neueren Entwicklung im Sozialhilfe-Steuerungs-Bereich. Leider sind die zur Verfügung stehenden Ressourcen für ein solch wichtiges und zentrales Instrument überwiegend unzureichend zugeteilt. Aus diesem Grunde ist es nicht sehr erfreulich, aber umso sinnvoller, sich über dieses Thema Gedanken zu machen.

Das Modellprojekt in Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern sind seit 2004 regionale Hilfeplankonferenzen (HPK) für Menschen mit Anspruch auf psychiatrische Hilfen nach § 53 SGB XII etabliert. Nach der Übernahme der kommunalen Zuständigkeit für die Steuerung aller Leistungen der Eingliederungshilfe (ambulant und stationär) haben sich die entstehenden HPKs in den 18 Gebietskörperschaften

sehr individuell »aufgestellt« und entwickelt. Dementsprechend erreichten den Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V. als Zusammenschluss aller sozialpsychiatrischen Leistungsanbieter die unterschiedlichsten Stimmungsbilder und Problemanzeigen zur Praxis der HPK. Auch die persönlichen Erfahrungsberichte der beteiligten Mitarbeitenden zeigten ein buntes Bild an Zufriedenheit und Verständnis von HPKs. Doch woran soll man in der eigenen Praxis glauben? Was bedeutet es, wenn eine HPK gut arbeitet, und was sind die Kriterien, um das feststellen zu können? Oder anders gefragt: welche Bedingungen sollten erfüllt sein, damit alle Beteiligten mit ihrer jeweiligen Sichtweise mit »ihrer« HPK zufrieden sein können?

Im Rahmen eines vom Sozialministerium finanzierten und vom Landesverband Sozialpsychiatrie durchgeführten Modellprojekts sollte hieran interessierten Gebietskörperschaften eine konkrete Praxis-Unterstützung für ihre HPK angeboten werden. Im Rahmen unserer Aktionsforschung bezogenen Ansatzes wählten wir die Methode einer prozessorientierten Evaluation, wodurch die Regionen ihre HPKs individuell weiterentwickeln konnten. Gleichzeitig konnte hierdurch ein generalisiertes »HPK-Qualitäts-Konzept« aus den Erfahrungen in der Praxis entwickelt werden. Es bezieht sich sowohl auf die inhaltliche wie auch auf die strukturelle Gestaltung von HPKs.

Vorgehen

Zu Beginn des dreijährigen Projekts wurden alle 18 Gebietskörperschaften zur Teilnahme angefragt. Es beteiligten sich acht Gebietskörperschaften des Landes, hiervon vier kreisfreie Städte und vier Landkreise. Im ersten Schritt beschäftigte sich die Projektgruppe mit der Frage, welche inhaltlichen Bereiche zu einer »guten« HPK gehören könnten. Der bis dato vorliegende bundesweite Diskussionsstand zu HPKs wurde ebenso berücksichtigt wie sozialpsychiatrische Grundwerte (z. B. Personen- und Lebensfeldorientierung). Daraus entstanden die Instrumente, die in den Regionen nach einem »Praxis-Test« in einer nicht beteiligten Gebietskörperschaft eingesetzt wurden.

Der Kern des Projekts war die Einschätzung und Optimierung der inhaltlichen Qualität der jeweiligen HPK der Regionen in einem zirkulären Evaluationsprozess (siehe Abbildung 1). Diese wurde sowohl von der Mitarbeiterin des Projekts als Außenstehende, aber auch durch die Mitarbeitenden und Klienten, die bei der HPK beteiligt waren, eingeschätzt. Im zweiten Schritt wurden diese Ergebnisse ausgewertet und jeweils vor Ort den Beteiligten rückgemeldet und hierbei miteinander diskutiert. In der »Mitte«

des Projekts stand ein gemeinsamer zentraler Workshop für alle Projektregionen, in denen die Inhalte der Evaluation miteinander praxisbezogen näher bearbeitet werden konnten. Durch eine zweite Teilnahme nach ca. neun Monaten erfolgte die Einschätzung der inhaltlichen Qualität erneut, und es konnte beobachtet werden, ob sich Veränderungen ergeben hatten. Nach der abschließenden Rückmeldung und dem schriftlichen individuellen Abschlussbericht erfolgte der entscheidende Schritt: die »Filterung« der wesentlich wichtigen Kriterien für eine »gute« HPK und die gemeinsame Weiterentwicklung mit den Projektregionen.

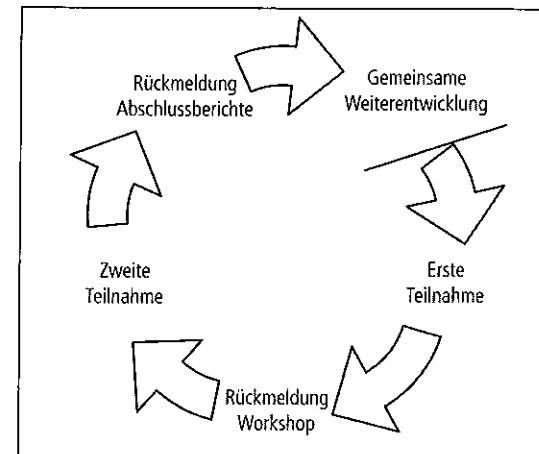


Abb. 1: Zirkulärer Evaluationsprozess der Hilfeplankonferenzen

Eingesetzte Instrumente

- Evaluation durch externe teilnehmende Beobachtung mittels Beobachtungsskala

Das Gespräch mit den Klienten/Antragstellern verstanden wir von Beginn an als zentralen Qualitäts-Kern und Kristallisationspunkt der HPK. In der teilnehmenden Beobachtung durch die Modellprojektmitarbeiterin wurde eingeschätzt, inwieweit sich sozialpsychiatrische fachliche Grundsätze in den Gesprächen mit den Antragstellern wiederfinden. Diese Einschätzung erfolgte mittels einer selbst entwickelten Beobachtungsskala, auf der z. B. eingeschätzt wurde, wie gut die Atmosphäre der Beteiligten untereinander ist, wie stark die NutzerInnen am Gespräch beteiligt sind, wie sehr die Stärken und Interessen der Antragsteller

berücksichtigt werden, wie zielorientiert die Gespräche verlaufen etc. Die fünf inhaltlichen Ober-Kategorien waren:

1. Atmosphäre
 2. Personenorientierung
 3. Lebensfeldorientierung
 4. Zielorientierung
 5. Veränderungsfunktion im regionalen Versorgungssystem.
- Sie wurden jeweils unterteilt in mehrere konkret beobachtbare Einzel-Items, die auf einer fünfstufigen Skala von +2 bis -2 in ihrer Ausprägung eingeschätzt wurden. Durch Aufsummierung ergab sich ein Summenwert pro Ober-Kategorie und zweitens ein Gesamtwert. Letzteren verwendeten wir als wesentliches Indiz für die »Gesamtqualität« einer HPK sowohl absolut als auch im Vergleich der Gebietskörperschaften untereinander (Benchmark).
- Fragebögen an die Mitarbeitenden der HPK
Die Einschätzung durch die Mitarbeitenden und ihre Einstellung zur HPK bestimmt die Möglichkeiten zur Veränderung im Sinne einer Qualitätsoptimierung wesentlich mit. Der hierauf bezogene Fragebogen wurde unmittelbar nach der ersten Teilnahme an die ständigen Mitglieder und auch an die fallbezogen anwesenden Mitarbeitenden und weiteren Beteiligten vergeben. Im Schwerpunkt wurden hier zwei Bereiche erfragt: Wie sehr sind aus Sicht der Mitarbeitenden einzelne inhaltliche Bereiche in der eigenen HPK ausgeprägt? Welche generelle Einstellung haben die Mitarbeitenden zur Funktion und zu den Möglichkeiten einer HPK?
 - Fragebögen an die Antragstellerinnen und Antragsteller der HPK
Die Fragebögen an die Klienten wurden bei beiden Teilnahmen eingesetzt und überwiegend unmittelbar nach dem einzelnen Gespräch von den Klienten ausgefüllt. Optional konnte der Fragebogen per frankierten Rückumschlag zurückgesandt werden.
 - Erhebung der Strukturqualität
Weil Durchführungsformen der HPK landesweit sehr unterschiedlich ausgestaltet wurden, arbeiteten wir im Gespräch mit den Mitarbeitenden u. a. zur Verankerung der HPK im regionalen System, zum Hilfeplanverfahren, zur Struktur, zu Arbeits- oder Geschäftsordnungen und zur Arbeitsweise der HPK die »Bedingungsfaktoren« der einzelnen HPKs heraus, um im Laufe des Projekts wichtige von eher randständigen Kriterien herausarbeiten zu können.

Ergebnisse

Sichtweisen zur HPK sind weiterhin leicht kontrovers

Die Mitarbeiter konnten auf einer Skala von 0–10 ihre Zustimmung oder Ablehnung zu einzelnen Aussagen ausdrücken, die der aktuellen Diskussion um HPKs und ihre Funktion entnommen wurden (0 = lehne ich ganz und gar ab/10 = stimme ich ganz und gar zu):

»Die HPK ist das Herzstück personenzentrierter Umgestaltung des Versorgungssystems«	= 6,5
»HPKs führen zu einer Ökonomisierung des psychosozialen Sektors«	= 5,9
»Die HPK ist ein geeignetes Instrument zur Verständigung bei unterschiedlichen Interessen«	= 7,3
»Die HPK ist ein bürokratisches Verfahren des Sozialamtes«	= 2,9
»Es gelingt durch die HPK, auch für die Schwierigsten und Herausforderndsten geeignete Lösungen zu finden«	= 6,9
»Der Mensch steht bei der HPK im Mittelpunkt«	= 8,0

Hier zeigen sich insgesamt erfreuliche Ergebnisse. Die Mitarbeitenden haben generell eine eher positive Einstellung gegenüber der HPK. Sie schätzen besonders die Möglichkeiten zur personenorientierten Gesprächsgestaltung und Problemlösung sowie zur Diskussion unterschiedlicher Sichtweisen. Auch die Praxis der eigenen HPK wird in den meisten Regionen positiv eingeschätzt.

Jedoch zeigen sich auch deutliche Unterschiede bei der Einschätzung, fragt man ständige Mitglieder oder fallbezogen anwesende Mitarbeitende. Bei der Frage: »Was hat aus Ihrer Sicht in Ihrer Region bei der Entscheidung über die Hilfen die größte Bedeutung?« schätzen z. B. die Mitarbeitenden die finanziellen Aspekte als wesentlich bedeutender bei der Entscheidung über die Leistungen ein als die ständigen Mitglieder einer HPK. Dies zeigt, dass eine HPK mit unterschiedlichen Bedeutungen für die Einzelnen verbunden ist. Sich um eine Verständigung in diesen kontroversen Einschätzungen, insbesondere im Spannungsfeld Fachlichkeit versus Finanzen, zu bemühen, erscheint nicht nur aus Interesse an der Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrer Arbeit und der Steuerung, sondern auch aus Klientensicht sinnvoll.

Durch kontinuierliches Feedback ist Optimierung möglich

Die acht HPKs der Projektregionen waren von Beginn an sehr unterschiedlich in ihrer Gesprächsgestaltung und auch in der Struktur der HPK. So reichten die Qualitäts Gesamtwerte bei der teilnehmenden Beobachtung von -0,7 bis hin zu +1,7 (Skala -2 bis +2). In den inhaltlichen Kategorien zeigte

sich übergreifend in allen Regionen, dass insbesondere die Lebensfeldorientierung und Zielorientierung der Gespräche in allen Regionen ausbaufähig waren. Personenorientierung und Atmosphäre waren zu Beginn bereits gut ausgeprägt und machten im weiteren Verlauf keinen so großen »Sprung« wie die zuvor genannten Bereiche.

Die Übersicht über den Vergleich der ersten und zweiten Teilnahmen aller Projektregionen in Abbildung 2 zeigt, dass durch die Intervention die Qualität der HPKs insgesamt und in den einzelnen Bereichen erfolgreich verbessert werden konnte.

	Erste Teilnahme	Zweite Teilnahme
Atmosphäre	1,44	1,76
Personenorientierung	0,92	1,4
Lebensfeldorientierung	0,53	1,81
Zielorientierung	0,02	0,98
Veränderungsfunktion	0,25	1,03
Gesamtwert	0,63	1,39

Abb. 2: Positive Veränderungen durch externe Beobachtung der Hilfeplankonferenzen – inklusive Feedback-Schleife nach neun Monaten

Nicht nur die inhaltlichen, auch die strukturell-organisatorischen Gegebenheiten einer HPK wurden in dem Projekt behandelt. Weil wir kein »Patentrezept« zur günstigen Organisation geben konnten, stellten wir im Projektverlauf zunächst eine Übersicht her, wie Fragen zu Teilaspekten (z. B. Beteiligte, Ort, Dauer, Häufigkeit, Personenkreis, Vorbereitung, Einladungen etc.) in den Regionen gelöst wurden. Am Ende des Projekts »schälte« sich heraus, welche Bereiche besonders wichtig sind, dass sie übergreifend in einer bestimmten Form organisiert sind, und welche weniger.

Wir konnten feststellen, dass dort, wo die fachliche Ausrichtung stimmt und die Zusammenarbeit gut gelingt, auch ähnliche und jeweils günstige Lösungen für die organisatorischen Fragen gefunden wurden.

Durch die Evaluation veränderten die Regionen einzelne Verfahrensweisen oder begaben sich auf den Weg, sie langfristig miteinander neu zu entwickeln. Die Intensivierung der Zusammenarbeit war dabei ein wichtiger Effekt, den das Projekt so nicht fokussiert hatte, aber ein ganz wichtiges »Nebenprodukt« darstellte. Hier wurde der Beginn für eine nachhaltige Weiterentwicklung in den Regionen gesetzt, die über den Projektzeitraum hinaus weitergeht.

Auch in den abschließenden Rückmeldungen und der schriftlichen Befragung zeigte sich, dass die Mitarbeitenden besonders die Möglichkeit zur eigenen Reflexion durch einen neutralen Dritten und die inhaltlichen Anregungen an der Evaluation geschätzt haben: die Intensivierung individueller (personenorientierter) Sichtweisen, die Stärkung des Blicks auf die Ressourcen sowie auf die Lebensfeld- und Zielorientierung.

Die Antragstellerinnen und Antragsteller beurteilen die HPK gut

Von den 155 Klienten erhielten wir 120 Fragebögen (Rücklaufquote: 77 %) zurück. Hiervon waren 41,7 % der Befragten weiblich, und das Durchschnittsalter betrug 39,4 Jahre. In den 171 Gesprächen waren 90,6 % der AntragstellerInnen in der HPK anwesend.

Bei Zufriedenheitsbefragungen der NutzerInnen per Fragebogen erhält man meist überwiegend (ca. 60–70 %) positive Antworten. Die Beantwortung in unserer Befragung liegt sogar teilweise deutlich darüber. In Abbildung 3 sind die wichtigsten Fragen und Antworten im Detail dargestellt:

	Ja %	teils/teils %	Nein %	fehlend %
Konnten Sie alles sagen, was Ihnen wichtig war?	77,5	20,8	1,7	
Wurden Sie ernst genommen?	92,5	5	1,7	0,8
Konnten Sie dem Gespräch gut folgen?	81,7	16,7	1,7	
Müssen Sie Ihr gewohntes Leben sehr verändern, um die Hilfe zu nutzen?	21,7	32,5	41,7	4,2
Werden Sie nun mehr den Kontakt zur Familie und zu Freunden suchen?	18,3	40	18,3	4,2
Haben Sie das Gefühl, dass Sie nun das bekommen, was Sie brauchen?	67,5	26,7	2,5	3,3
War die Hilfeplankonferenz für Sie anstrengend?	18,3	25,8	55,8	
Hatten Sie vor der HPK schon einmal mit einem Mitarbeiter über Ihre persönlichen Ziele gesprochen?	74	7,5	18,3	
Haben Ihre persönlichen Wünsche und Ziele bei der HPK eine wichtige Rolle gespielt?	76,7	18,3	4,2	0,8
Wissen Sie nun, wer Sie in der Zukunft unterstützen wird?	83,3	10,8	2,5	3,3
War die Teilnahme an der HPK insgesamt für Sie sinnvoll?	89,2	9,2	1,7	

Abb. 3: Zufriedenheit der Antragstellerinnen und Antragssteller mit der Hilfeplankonferenz

Interessant ist aus unserer Sicht, dass die HPK für mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen nicht anstrengend war, dass dieser Wert aber sinkt, je personenorientierter die Gespräche geführt worden waren (mehr Nachfra-

gen, mehr Auseinandersetzung und miteinander Erarbeiten). Anstrengung an sich ist also nicht per se ein Problem bei der HPK, denn es steht zu erwarten, dass dadurch individueller geschaut wird. Wichtig ist, dass das Ergebnis der Leistungswahl stimmt. Hier zeigt uns die Frage danach, ob man das bekommt, was man braucht, dass das noch nicht ausreichend der Fall ist und das Verhältnis von individueller Planung und flexibler Umsetzung oftmals noch nicht günstig ist.

Ob Antragsteller bei einer HPK beteiligt sein sollten oder nicht, beantworten die Antragsteller in der letzten Frage selbst absolut eindeutig: für 89,2% war die Teilnahme sinnvoll. Dies steht unabhängig von der Zufriedenheit mit einzelnen Inhalten der HPK. Es unterstreicht, dass der Einbezug der Nutzer selbst unbestritten sinnvoll ist. Es gilt, dies im Gesamtsystem der Region zu fördern.

»Man könnte auch mal kritisiert werden, wenn angebracht« oder »dass es nicht nur um die Aufnahme in Sozialstationen geht, sondern dass aktuelle Probleme mit angesprochen und wenigstens Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden«, »finanzielle Dinge erklären, sodass auch ein Laie sie verstehen kann«. Diese Zitate der TeilnehmerInnen drücken aus, wie Nutzerorientierung in den Gesprächen aussehen kann. Aber auch positive Rückmeldungen wie z. B. »weiter so!« kamen häufig vor. Der größte Kritikpunkt der NutzerInnen war die große Anzahl der Mitarbeiter bei der HPK, z. B. »dass nicht so viele Leute da sitzen«.

Die Lösung dieses Problems sollte nicht ausschließlich sein, die Teilnehmeranzahl zu begrenzen. Eine HPK lebt von der Bündelung aller Funktionen, die in der regionalen psychiatrischen Versorgung angeboten werden. Letztendlich profitieren die NutzerInnen von den verschiedenen Sichtweisen und Möglichkeiten, die vertreten sind. Um jedoch die Aufregung und »Befangenheit« von den NutzerInnen zu nehmen, ist es besonders wichtig, die Atmosphäre und Art des Gesprächs so zu gestalten, dass die Aufregung ein wenig genommen wird und die NutzerInnen das Gefühl haben, frei sprechen zu können. In dem Projekt hat sich gezeigt, dass dies der entscheidende Faktor war, ob NutzerInnen aktiv beteiligt waren oder nicht, weniger die Anzahl der Teilnehmer.

Qualitätsverständnis der HPK – landesweite Entwicklung

Die langfristige Verankerung der regelmäßigen, gemeinsamen Reflexion des eigenen Tuns in der HPK ist aus Sicht des Projekts und der Mitarbeitenden, die die Erfahrungen mit dem Projekt gemacht haben, eine wichtige Aufgabe

für die Zukunft. Hiermit werden zentrale Nutzerrechte gestärkt, es wird der Dialog über Schwierigkeiten und über Erfolge mit den Beteiligten vor Ort angeregt, und es werden konkrete Inhalte miteinander bearbeitet.

Daher wurde mit den Projektregionen gegen Ende des Projekts ein »Qualitätssicherungskonzept HPK« entworfen, das alle Gebietskörperschaften nutzen können. Es sieht vor, dass regelmäßig, etwa einmal jährlich, die Einschätzung der inhaltlichen Qualität der Gespräche durch einen neutralen Beobachter und auch durch die beteiligten Mitarbeitenden durchgeführt wird. Es bezieht sich aber nicht nur auf die Sicherung inhaltlicher Qualität, sondern auch auf die Optimierung der Abläufe und Strukturen. Die Ergebnisse werden mit den Beteiligten gemeinsam besprochen und konkrete Punkte zur eigenen Weiterentwicklung festgelegt. Auch die Befragung der Klienten mindestens mit den in diesem Projekt entwickelten Fragebögen der HPK wird in diesem Rahmen durchgeführt.

Zur nachhaltigen Entwicklung landesweiter Standards wurden wesentliche Projektergebnisse in einem Diskussionspapier »Empfehlung zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung von Hilfeplankonferenzen« zusammengefasst (siehe www.sozialpsychiatrie-mv.de), woraus wir nachfolgend einige Auszüge darstellen.

Gleichzeitig wurde eine landesweite Arbeitsgruppe Hilfeplanung/Hilfeplankonferenz gegründet, die die Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenzen und landesweite Standards vorantreiben will. In ihr sind sowohl Leistungsträger wie Leistungsanbieter vertreten. Auch der neue Psychiatrieentwicklungsplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern wird Empfehlungen für die Hilfeplanung enthalten.

Was ist eine effiziente Hilfeplankonferenz?

Effizienz hat immer etwas mit dem so wenig wie möglichen Aufwand für ein bestimmtes Ergebnis zu tun. Es bedeutet, dass verschiedene Bedingungen klug miteinander kombiniert werden, sodass sie optimal ineinandergreifen. Vor diesem Hintergrund wird es verständlich, dass es hier um klare Aufgabenteilungen geht. Das setzt Transparenz über die Verfahrensweise und eine gute Zusammenarbeit voraus.

Wir möchten im Folgenden die wesentlichen Schlussfolgerungen aus unserem Projekt zusammenfassend darstellen, wobei einigen Lesern die Inhalte nichts Neues bieten werden – andere mögen sich hierdurch anregen lassen.

Grundlegend ist, dass die organisatorischen Rahmenbedingungen bei guter Zusammenarbeit der Beteiligten vor Ort so optimal wie vor Ort möglich gestaltet werden. Übergreifend bleibt als Wichtigstes, dass die tatsächliche Nutzerbeteiligung hierbei gewährleistet ist und dass die Qualität der Gespräche nicht durch ein Einsparen der Zeit für die Nutzer leidet.

Gesamtplan, nicht Eingliederungshilfeplan

Die HPK führt im Versorgungssystem alle Beteiligten in der Region zusammen, um gemeinsam individuelle, funktionsbezogene Leistungspakete für die Antragssteller beschließen zu können. Daher ist es wichtig, neben den ständigen Mitgliedern auch weitere Kostenträger mit »an den Tische« zu bekommen. Dem altbekannten, nie weniger aktuell werdenden Thema der »Transparenz« in unserem gegliederten Sozialleistungssystem könnte durch die Bündelung unterschiedlicher Beteiligter in der HPK ein wenig die Aktualität genommen werden. NutzerInnen sind frustriert, wenn sie 1. ihre Leistungs-Ansprüche nicht kennen, 2. ihren Unterstützungsbedarf mit niemandem reflektieren können, 3. wenn sie antragstechnische Hürden aus eigener Kraft, die ihnen oftmals fehlt, bewältigen müssen und 4., wenn sie erleben, dass Sie »weitergereicht« werden in einem System, das sich nicht austauscht, weil wohl eher die Abgrenzung denn die Zusammenarbeit das Ziel ist.

Aus diesem Grunde schlagen wir folgende »Besetzung« für die HPK vor:

1. Als ständige Mitglieder ist der »Kern« der sozialpsychiatrischen Versorgung vertreten:
2. Mitarbeiter des Sozialhilfeträgers
3. ständige Vertreter der regionalen Leistungserbringer. Hier sollte möglichst jeder Leistungserbringer vertreten sein. Um die Anzahl der Personen zu reduzieren, kann auch ein rotierendes Verfahren gewählt werden, indem max. zwei Leistungserbringer beteiligt sind und die Besetzung sich einmal jährlich ändert.
4. der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamts in Form des/der (Amts-) Arztes/-ärztin oder eines Sozialarbeiters/Sozialarbeiterin.

Einzelfallbezogene Mitglieder insbesondere der Leistungsträger:

5. ein/e Mitarbeiter/in der regionalen Servicestellen, die entsprechend ihren Aufgaben den Überblick über alle Rehabilitationsträger haben,

6. der/die Psychiatriekoordinator/in kann an der HPK teilnehmen, sollte aber zumindest eine »enge Verbindung« zu den Ergebnissen der Gespräche haben. Besonders dann, wenn in der HPK Veränderungsbedarf in Bezug auf das regionale Angebot klar werden, kann er/sie dies in der regionalen Psychiatrieplanung berücksichtigen
7. Vertreter der regionalen Arbeitsgemeinschaften (jeweiliger Fallmanager)
8. Vertreter des Fachausschuss der WfbM
9. Ansprechpartner für medizinische Leistungen nach SGB V
10. bei Klinik-Entlassung der/die SozialarbeiterIn der Station
11. weitere fallbezogene Ansprechpartner anderer Leistungsträger

Die ständigen Mitglieder bilden eine feste Arbeitsgemeinschaft mit konstanter personeller Besetzung und klarer Vertretungsregelung. Sie geben sich eine gemeinsame Arbeitsweise, die das gemeinsame Arbeitsverständnis ermöglicht und inhaltlich eine gemeinsame Grundhaltung unterstützt.

Die HPK basiert auf einer von den ständigen Mitgliedern unterzeichneten Geschäftsordnung. In ihr sind sowohl fachliche Leitlinien als auch die konkrete Verfahrensweise der HPK festgelegt. Sie wird von den ständigen Mitgliedern gemeinsam erarbeitet und abgestimmt, um sich selbst eine verbindliche, gemeinsam getragene Arbeitsweise und Ausrichtung zu geben.

Die Anzahl der Mitarbeitenden, die in der HPK am Tisch sitzen, kann dementsprechend groß sein. Für manche NutzerInnen ist dies eine Belastung, und die Möglichkeit, sich frei und offen zu äußern, während man von vielen »beäugt« wird, ist dadurch eingeschränkt. Die Lösung kann aber hier nicht ausschließlich sein, die Teilnehmeranzahl zu begrenzen. Letztendlich profitieren die NutzerInnen von den verschiedenen Sichtweisen und Möglichkeiten, die vertreten sind. Um jedoch die Aufregung und »Befangenheit« von den NutzerInnen zu nehmen, ist es besonders wichtig, die Atmosphäre und Art des Gesprächs so zu gestalten, dass die Aufregung ein wenig genommen wird und die NutzerInnen das Gefühl haben, frei sprechen zu können. In dem Projekt hat sich gezeigt, dass dies der entscheidende Faktor war, ob NutzerInnen aktiv beteiligt waren oder nicht, weniger die Anzahl der Teilnehmer.

Wann findet eine HPK statt?

Leider können wir nicht vorschlagen, HPKs nur für »intensiv zu beratende« oder Neuanträge durchzuführen. Dies ist oft die Lösung, wenn es um die Reduzierung der Anzahl der Fallbesprechungen geht. Dagegen sprechen aber drei wesentliche Gründe:

1. Die Sicherung der Ergebnisqualität und Prüfung der Leistungen auf ihre Eignung für die einzelnen Personen sollte in allen Fällen kontinuierlich gewährleistet sein.
2. Alle NutzerInnen sollen ihr Recht auf Mitbestimmung bei der Entscheidung über die für sie geeigneten Leistungen wahrnehmen können. Dies sollte sich nicht nur auf die Erstellung des Hilfeplans beziehen, sondern auch auf konkrete Entscheidungen. Und dies sollte mit den Verantwortlichen in der Region gemeinsam geschehen und der Blick offen gehalten werden für mögliche Alternativen.
3. Die regionale Versorgungsplanung benötigt einen Überblick über alle Leistungen und ihre Eignung und gegebenenfalls notwendige Veränderungen.

Die HPK tagt regelmäßig, empfehlenswert ist ein Rhythmus von zwei Wochen an einem festen Wochentag, um die langfristige Planung der Termine für die Mitglieder zu ermöglichen. Außerdem kann bei Eilfällen recht zeitnah gemeinsam miteinander entschieden werden. Mindestens trifft sich die HPK einmal monatlich.

Pro Fallbesprechung empfiehlt es sich, eine halbe Stunde einzuräumen. Falls aufgrund einer hohen Fallzahl weniger Zeit zur Verfügung steht, werden mind. 20 Minuten eingeplant. Es bietet sich an, in diesem Fall einen zeitlichen »Puffer« einzubauen. Einzelne Anträge voraussichtlich intensiver zu besprechender Fälle sollten eher ans Ende des Tagesprogramms gestellt werden.

Vorbereitung

Die wesentliche Voraussetzung für eine effiziente HPK ist eine gute inhaltliche und strukturelle Vorbereitung. Es hat sich in den Projektregionen als wesentlich erleichternd herausgestellt, wenn im Sozialhilfeträger eine Personalstelle ausschließlich für die Durchführung und Vorbereitung der HPKs zuständig ist. Damit ist »alles in einer Hand«, und der/die MitarbeiterIn

muss den mit der HPK verbundenen Aufgaben nicht neben der üblichen Tätigkeit nachgehen.

Zur inhaltlichen Vorbereitung gehört die Verwendung der zuvor nach fachlichen Grundsätzen erarbeiteten Hilfepläne. Hieraus muss den Mitgliedern der HPK klar werden, worum es dem Menschen, der den Antrag stellt, geht und was sich entwickelt hat. Weitere Unterlagen wie z. B. ärztliche Stellungnahmen und Gutachten, Klinikberichte etc. bieten weitere Hinweise auf die Situation und Entwicklung.

Die vorliegenden Unterlagen werden ca. zehn Tage vor der jeweiligen HPK an alle ständigen Mitglieder versendet, hier empfiehlt es sich, die eingescannten Unterlagen per E-Mail und verschlüsseltem Verfahren an die Mitglieder zu senden. Das erspart Papier, Zeit und Porto.

In der HPK selbst können vor Erscheinen der Antragsteller die wesentlichen Inhalte der Unterlagen kurz vorgetragen werden, und rein sachliche Fragen können geklärt werden. Wichtig ist, dass hier keine Entscheidungsrichtungen bereits festgelegt werden, sondern dass das Gespräch mit den NutzerInnen entscheidend ist.

Im Gespräch selbst ist es hilfreich, wenn die Ziele der AntragstellerInnen der Dreh- und Angelpunkt der Gespräche sind. Sie helfen, auf ihrer Grundlage Entwicklungen miteinander zu besprechen und zukünftige Perspektiven miteinander zu erarbeiten. Hierauf kann beim nächsten Gespräch wieder Bezug genommen und »der Faden wieder aufgenommen« werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass sich im Protokoll, das parallel während des Gesprächs geschrieben wird, die Ziele und das dafür geeignete Vorgehen als Ergebnis festgehalten sind.

Die Trennung von Zielen und Leistungen/Maßnahmen ist der wesentliche Schritt, um ein effizientes, konkretes und ergebnisorientiertes Gespräch führen zu können. Wenn man zum Beispiel fragt, ob sich durch den Besuch der Tagesstätte die Angstsymptome etwas vermindert haben, ist das ein wesentlich konkreteres Ergebnis als wenn über die Leistung und was dort gemacht wurde, gesprochen wird.

Das Protokoll wird von allen ständigen Mitgliedern und den AntragstellerInnen unterschrieben. Neben der einzelnen Unterschrift lässt sich ein Kreuz setzen, das aussagt, ob derjenige zustimmt (Kreuz) oder nicht (fehlendes Kreuz). Auch wenn dieses Protokoll keine rechtliche Verbindlichkeit hat, so spiegelt es zumindest das Ergebnis des gemeinsamen Gesprächs wider. Das Protokoll und den Bewilligungsbescheid/Ablehnungsbescheid erhält der Antragsteller und die jeweiligen Leistungserbringer (wenn in der HPK bereits

entschieden) und die koordinierende Bezugsperson per Post spätestens zwei Wochen nach der jeweiligen HPK. Hier ist auch ein Ansprechpartner des Sozialhilfeträgers für Fragen während der laufenden Hilfe aufgeführt.

Steuerung über Ziele

Wenn in einer Gebietskörperschaft sehr viele Anträge zu besprechen sind, liegt es manchmal daran, dass die Bewilligungszeiten der Leistungen konstant »eng« gelegt werden (also immer halbjährlich). Der Leistungsträger hat ein Interesse daran, regelmäßig zu erfahren, wie der Bedarf weiterhin aussieht und kontrolliert seine »Ausgaben« über die Inhalte der Maßnahmen. An diese Stelle der Steuerung über die Zeit bzw. Maßnahme sollte die Steuerung über Inhalte treten, die auf der Verwendung von Zielen der Leistungen/Maßnahmen und der NutzerInnen aufbaut. Hat man Ziele konkret und individuell vor Augen, lässt sich für manche Entwicklungen bzw. Maßnahmen mehr Zeit einräumen als für andere, sodass die Zeiten flexibler gestaltet werden können, ohne einen Steuerungsverlust zu haben. Das erfordert zum einen in der HPK viel Übung im Umgang mit Zielen, zum anderen auch in der Erstellung der Hilfepläne, die die Ziele gut vorbereiten sollten.

Herausforderungen

Vier besondere Herausforderungen, welche die HPKs in den Regionen sehr beeinflussen, die aber durch die HPKs selbst nur bedingt verändert werden können, bleiben nicht nur in Mecklenburg-Vorpommern:

1. Hilfeplanung ist zeitaufwendig und kostet Geld – sie muss als eine Art Regel-Leistung in den Landesrahmenverträgen auf Anbieterseite und in der Bemessung der Stellenpläne in den Ämtern berücksichtigt werden.
2. Auch die Sicherung der Qualität von HPKs kostet Zeit und Geld: Ein ständiger zirkulärer Reflexionsprozess mit prozesshafter Evaluation und möglicherweise einem landesweiten Benchmarking zur gegenseitigen Orientierung sollte zur kontinuierlichen Optimierung der HPKs auch mit finanziellen Ressourcen unternommen werden – wenn möglich mit einem landesweiten Standard verknüpft.
3. Die HPK kann eine verantwortliche, Sozialgesetzbuch-übergreifende Beratung und koordinierende Begleitung der Klienten nicht ersetzen, sondern nur Verbindungslinien herstellen. Eine Beteiligung verschiedens-

ter (aller) Leistungsträger an der HPK, insbesondere der Service-Stellen, und die Finanzierung von Maßnahmen unabhängigen koordinierenden Bezugspersonen/Case-Managern könnten hier eine Verbesserung bringen.

4. Die flexible praktische Umsetzung in passgenaue Maßnahmen und deren finanzielle Steuerung über den Einzelbedarf komplettiert die Ergebnisse individueller Planung in der HPK. Erst hierdurch wird Effizienz auch für das psychiatrische System erreicht, und es können individuellere Leistungs-Zuschnitte (effizienter) erfolgen. Der Weg zu dieser finanziellen Flexibilisierung ist nach allen bundesweiten Erfahrungen wesentlich länger, als es die Qualifizierung der HPKs in Anspruch nimmt.
5. Diskussionspapier »Empfehlung zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung von Hilfeplankonferenzen« zusammengefasst (siehe www.sozialpsychiatrie-mv.de).