

Vorlage-Nr. 14/818

öffentlich

Datum: 12.10.2015
Dienststelle: Fachbereich 73
Bearbeitung: Hr. Wagner

Sozialausschuss **02.11.2015** zur Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Dokumentation der Fachtagung „Zukunft der Hilfeplankonferenz – Hilfeplankonferenz der Zukunft“ am 03.06.2015 in Köln.

Kenntnisnahme:

Die Dokumentation der Fachtagung "Zukunft der Hilfeplankonferenz - Hilfeplankonferenz der Zukunft" wird gemäß Vorlage 14/818 zur Kenntnis genommen.

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten: Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

L e w a n d r o w s k i

Zusammenfassung:

Dezernat 7 hat am 03.06.2015 eine Fachtagung mit dem Titel „Zukunft der Hilfeplankonferenz – Hilfeplankonferenz der Zukunft“ in Köln-Deutz durchgeführt. Es wurde eine Tagungsdokumentation erstellt.

Begründung der Vorlage Nr. 14/818:

Seit vor ca. zehn Jahren rheinlandweit Hilfeplankonferenzen (HPK) eingeführt wurden, sind diese ein wichtiger und etablierter Bestandteil des personenzentrierten Bedarfsfeststellungsverfahrens und dienen zudem der regionalen Vernetzung des Landschaftsverbands, der Kommunen und der Leistungsanbieter. Gegenwärtig arbeiten im Rheinland 82 Hilfeplankonferenzen.

Die Arbeit der Hilfeplankonferenzen wird von Beginn an von einer rheinlandweiten HPK-Begleitgruppe – gebildet aus Vertretern der kommunalen Spitzenverbände, der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und des LVR – begleitet. Die HPK-Begleitgruppe befasste sich in den vergangenen Jahren u.a. mit dem Aufbau der Hilfeplankonferenzen, der Durchführung von regionalen Workshops und Veranstaltungen, der Entwicklung von Qualitätskriterien, einem Projekt zur Qualitätsentwicklung, der Anpassung der Verfahren an sich verändernde Rahmenbedingungen, der Entwicklung einer neuen Muster-Geschäftsordnung sowie zuletzt der Fachtagung vom 03.06.2015.

Diese Fachtagung „Zukunft der Hilfeplankonferenz – Hilfeplankonferenz der Zukunft“ wurde von den Stabsstellen „Qualitätssicherung Wohnen“ (73.01) und „Medizinisch-Psychosozialer Fachdienst“ (70.30) in Abstimmung mit der HPK-Begleitgruppe geplant. Die Fachtagung stieß auf großes Interesse. Bereits kurz nach Veröffentlichung lagen über 400 Anmeldungen vor. Die Tagung wurde mit 270 Teilnehmenden erfolgreich durchgeführt.

Die Stabsstelle Wohnen (73.01) hat eine Dokumentation der Fachtagung erstellt. Die Dokumentation wird sowohl gedruckt als auch in einer barrierefreien digitalen Version vorliegen.

Die Tagungsdokumentation ist dieser Vorlage digital als Anlage beigefügt.

In Vertretung

L e w a n d r o w s k i

ZUKUNFT DER
HILFEPLANKONFERENZ
DER ZUKUNFT

ZUKUNFT DER HILFEPLANKONFERENZ HILFEPLANKONFERENZ DER ZUKUNFT

Dokumentation der Fachtagung am 3. Juni 2015 in Köln-Deutz, Horion-Haus

Impressum

Herausgeber:

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Soziales
50663 Köln, Tel. 0221 809-0
www.soziales.lvr.de

Redaktion:

Sebastian Wagner, Dr. Dieter Schartmann

Layout:

Angelika Hinder, LVR-Druckerei

Druck:

LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln

Köln, im September 2015

INHALT

VORWORT	5
BEGRÜSSUNG	
Dr. Dieter Schartmann	6
BEGRÜSSUNG UND EINFÜHRUNG	
Dirk Lewandrowski	8
VORTRAG „HILFEPLANKONFERENZEN – ERFAHRUNGEN MIT TEILHABEORIENTIERTER GESTALTUNG UND (UM-)STEUERUNG“	
Prof. Dr. Petra Gromann	13
GESPRÄCHS- UND DISKUSSIONSRUNDE „HPK IM RHEINLAND – ERWARTUNGEN UND ERFAHRUNGEN“	
Charlotte Dahlheim, Ulrich Krüger, Lothar Flemming, Sabine Joel, Brigitte Balzer, Olaf Maas, Bianca Esch	36
WORKSHOPS	51
ZUSAMMENFASSUNG DER TAGUNG UND AUSBLICK	62
Referentinnen und Referenten	68
Tagungsflyer	69
Qualitätskriterien Hilfeplankonferenz	70

VORWORT

270 Interessierte nahmen am 3.06. in Köln-Deutz an der LVR-Fachtagung „Zukunft der Hilfeplankonferenz – Hilfeplankonferenz der Zukunft“ teil. Die Nachfrage übertraf die zur Verfügung stehenden Plätze bei weitem. Für das LVR-Dezernat Soziales ein Zeichen, dass „die HPK“ im Rheinland ein Thema ist, über das es sich zu reden lohnt.

Einen „Blick zurück nach vorn“ hatte der LVR angekündigt und damit einen Rahmen für Rückblick, Entwicklung, Einschätzung, Kritik, Lob, Erfahrungsaustausch und vielfältige Anregungen für die Weiterentwicklung gesetzt, der genutzt wurde.

Deutlich wurde: Die Hilfeplankonferenz ist etabliert und von Bedeutung. Es besteht Interesse und Engagement, intensiv miteinander zu überlegen, wie das im Rheinland gut eingeführte und bewährte Instrument der HPK für zukünftige Herausforderungen gewappnet werden kann.

Als Grundlage für die Weiterentwicklung und weitere Auseinandersetzung mit dem Thema bspw. in der rheinlandweiten Begleitgruppe der Hilfeplankonferenz, den rund 80 Hilfeplankonferenzen und den zahlreichen Gremien im Rheinland, für die Tagungsteilnehmerinnen und Teilnehmer sowie für die vielen Interessierten, die leider nicht teilnehmen konnten, wurde diese Tagungsdokumentation erstellt.

Ich wünsche Ihnen viel Freude und Anregung bei der Lektüre.

Dirk Lewandrowski
LVR-Dezernent Soziales



BEGRÜSSUNG



Meine sehr geehrten Damen und Herren,¹

es ist kurz nach Zehn. Wir wollen gerne anfangen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren der Landschaftsversammlung, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, im Namen des Landschaftsverbandes Rheinland begrüße ich Sie recht herzlich zu unserer Veranstaltung „Zukunft der Hilfeplankonferenz – Hilfeplankonferenz der Zukunft“ und freue mich sehr, dass Sie den Weg heute hier nach Köln gefunden haben, schön, dass Sie da sind.

Mein Name ist Dieter Schartmann und ich habe das Vergnügen hier heute die Veranstaltung moderieren zu dürfen. Seien Sie froh, dass Sie heute hier sein dürfen, die Veranstaltung, die wir ausgeschrieben haben, hat schon relativ schnell ihre Kapazitätsgrenzen erreicht, wir haben schon überlegt, ob wir beim nächsten Mal, bei der nächsten großen Veranstaltung, vielleicht den Kristallsaal der Messe oder die Köln-Arena bu-

¹ Der Ton wurde mitgeschnitten und die Beiträge wurden transkribiert. Der Stil der gesprochenen Sprache wurde bewusst beibehalten. Zur besseren Lesbarkeit wurde der Text lediglich etwas geglättet.

chen sollen. Es war wirklich beeindruckend, wie schnell das gegangen ist mit den Anmeldungen, aber es scheint wohl auch so zu sein, dass das Thema uns alle sehr beschäftigt. Hilfeplankonferenzen sind seit mehr als zehn Jahren ein wichtiger Baustein bei der Ermittlung des Unterstützungsbedarfes von Menschen mit Behinderungen im Rheinland, doch wie das in unserer schnelllebigen Zeit so ist, Systeme verändern sich, sie passen sich neuen Notwendigkeiten an oder müssen diesen vielleicht auch angepasst werden. So ist das auch mit den Hilfeplankonferenzen. Wir wollen diese Tagung heute dazu nutzen, über das Thema Hilfeplankonferenzen im Rheinland zu diskutieren, mit Ihnen zu diskutieren und uns auszutauschen.

Dazu wird zunächst Herr Lewandrowski, unser LVR-Dezernent für Soziales, uns in das Tagungsthema einführen und die inhaltliche Positionierung des Landschaftsverbandes Rheinland zu den Hilfeplankonferenzen vornehmen. Anschließend wird Frau Prof. Gromann, ich begrüße Sie sehr herzlich bei uns in Köln, aus der Perspektive der Wissenschaft darlegen, welche Erfahrungen sie mit einer teilhabeorientierten Gestaltung von Unterstützungsleistungen gesammelt hat.

Nach dieser sehr grundsätzlichen Einführung aus wissenschaftlicher Perspektive wollen wir uns der spezifischen Situation im Rheinland widmen, unter dem klassischen Dreiklang

- wie sind wir gestartet,
- wo stehen wir jetzt und
- wo könnte es vielleicht noch hingehen.

Das wird in einer Expertenrunde geschehen, die Frau Bianca Esch vom LVR moderieren wird.

Dann, so denke ich, haben wir uns alle eine Pause verdient, und wir laden Sie zu einem kleinen Imbiss ein. Für den Nachmittag haben wir uns vorgenommen, dass wir miteinander ins Gespräch kommen und wir wollen den Versuch starten, in etwas kleineren Gruppen als hier in dieser Großgruppe, mit Ihnen über die inhaltliche Ausgestaltung von Hilfeplankonferenzen zu sprechen. Wir werden uns dazu in vier Gruppen zurück ziehen, Frau Prof. Gromann und Herr Flemming werden diesen Gruppen dann einen Besuch abstatten und nach einer kleinen Kaffeepause dann gegen 15:30 Uhr ihre Eindrücke aus



den Gruppengesprächen wieder hier ins Plenum tragen. Sie sehen, wir haben uns eine ganze Menge vorgenommen, deswegen sollten wir auch relativ schnell starten.

Vorab aber noch einige organisatorische Hinweise. Sie haben auf Ihren Plätzen Kärtchen vorgefunden, nämlich weiße, blaue, rote und grüne Karten. Passen Sie gut drauf auf, denn Sie werden diese Karten nach der Mittagspause für die Zuordnung zu den Arbeitsgruppen benötigen.

Außerdem haben wir vor den Räumen Metaplantafeln aufgestellt. Sie können uns an diesen Tafeln eine Rückmeldung geben, Ihre Meinung zu den Hilfeplankonferenzen im Rheinland, zu der Tagung oder zu dem, was Ihnen sonst noch wichtig ist. Fühlen Sie sich frei, diese Möglichkeit des Feedbacks zu nutzen, hier darf jeder sagen, was er meint, wir sind ja nicht bei der FIFA. Und übrigens, die Veranstaltung wird auch aufge-

zeichnet, also das soll jetzt nicht im Widerspruch zu dem stehen, was ich eben gesagt habe. Aber wir hatten uns gedacht, dass für die Dokumentation der Tagung es sehr wichtig ist, dass wir das, was wir zumindest hier im großen Raum besprechen, dass wir das auch in der Dokumentation erfassen und diese dann all denjenigen zukommen lassen, die leider nicht an der Tagung haben teilnehmen können.

Soweit zum Organisatorischen, dann würde ich zunächst Herrn Lewandrowski bitten, Sie nun offiziell zu begrüßen und uns in das Tagungsthema einzuführen. Herr Lewandrowski, Sie sind seit, ja seit Ende Februar hier in Amt und Würden. In diesem Rahmen, glaube ich, ist dies die erste Veranstaltung, die Sie machen und insofern sind alle sehr gespannt auf Ihre Worte.

Glückauf.

BEGRÜSSUNG UND ERÖFFNUNG



Ja, lieber Herr Dr. Schartmann, sehr geehrte Damen und Herren, ich begrüße Sie ganz herzlich und freue mich in der Tat gleich, ja hunderte von Ihnen, so viele, auch Praktiker, und unsere Mitfachleute vor Ort hier heute mit begrüßen zu dürfen. Ich grüße Sie, Frau Prof. Dr. Gromann, die Mitglieder der Landschaftsversammlung, die ich auch schon gesehen habe, und wir freuen uns alle mit Ihnen auf einen diskussionsreichen, ereignisreichen Tag und ich möchte gerne die Gelegenheit nutzen, ein bisschen einzuführen.

Die Tagung heute, wie wir sie durchführen wollen, ist auf Anregung und auch mit wesentlicher Unterstützung der rheinlandweiten Begleitgruppe zu den HPK entwickelt worden und, wie Herr Dr. Schartmann gerade schon meinte, dass das Thema zumindest Ihr Interesse findet, haben wir ja bei den Anmeldungen gesehen. Wir haben letztlich über 400 Anmeldungen, die wir nicht alle berücksichtigen konnten. Wir möchten, und so ist die Veranstaltung auch ausgelegt, neben einer kurzen Einführung von mir und nachher dem Vortrag von Frau Prof. Gromann, in den Workshops heute Nachmittag Ihnen die Möglichkeit geben, ins Gespräch mit uns zu kommen und dort auch offen mit Ihnen diskutieren.

Da hier ja alles aufgezeichnet wird, muss ich natürlich jetzt auch besonders aufpassen, wie ich im Weiteren die Begrüßung gestalte. Die Begleitgruppe musste feststellen, dass in den letzten zehn Jahren einiges passiert ist. Es ist insofern ein biss-

chen Geburtstag, auch wenn es nicht ganz so treffend ist, aber mit der versammelten Fachkompetenz engagieren Sie sich letztlich gemeinsam mit uns dafür, dass Menschen mit Behinderung die Unterstützung bekommen, die sie aufgrund ihrer individuellen Lebenslagen und Problemstellungen benötigen.

Die HPK sind dabei Kernelement bei der Verwirklichung des personenzentrierten Ansatzes. Die damalige Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke, Regina Schmidt-Zabel, hatte das schon 2003 eigentlich sehr prägnant definiert. Ich zitiere: „Beim personenzentrierten Ansatz geht es darum, mit dem psychisch kranken Menschen gemeinsam den individuellen Hilfebedarf festzustellen und dann ein passendes Hilfspaket zu organisieren, möglichst im gewohnten Lebensumfeld des psychisch kranken Menschen und unter möglichst normalen Bedingungen; das heißt weitgehend außerhalb von Spezial-einrichtungen für psychisch Kranke. Nicht mehr über Betten und Plätze soll verhandelt werden, sondern über Leistungen, deren individuelle Notwendigkeit und deren Ergebnisse.“ Zitat Ende.

Es ist sicher kein Zufall, dass hier Gedanken enthalten sind, die wir eben auch in der UN-BRK von 2006, in Deutschland auch geltendes Recht, wie Sie wissen seit März 2009, wieder finden. Wenn wir da kurz einen Blick hinein wagen, Artikel 19 der UN-BRK beschäftigt sich mit der unabhängigen Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft. Dort ist normiert, gesetzlich normiert, ich zitiere, dass „Menschen mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“. Zitat Ende.

Damit das möglich wird, ist umgekehrt eine Gesellschaft, eine Gemeinschaft aufgefordert, jedem auch entsprechende Unterstützungsangebote zur Verfügung zu stellen, die zur Unterstützung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auch benötigt werden. Und eigentlich noch weiter gehend: Die in der Gemeinde existierenden allgemeinen Dienste sollen und haben die Verpflichtung, sich auf diese speziellen Bedürfnisse auch einzustellen und somit Teilhabe erst zu ermöglichen.

Das ist, wenn Sie so wollen, dann auch gleich die Verbindung zwischen Personenzentrierung, zwischen diesem Ansatz und der Sozialraumorientierung. Viele von Ihnen denken sich spontan, das machen wir ja schon lange, aber dass wir noch nicht am Ziel sind, ergibt sich eben doch leider auch aus dem Bericht, den der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung als ersten Statusbericht zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland in diesem Frühjahr uns mitgeteilt hat.

Bei der Prüfung des ersten deutschen Staatenberichts wurde im März festgestellt, zu diesem Artikel 19, den ich eben zitiert habe, besorgt festgestellt, dass in Deutschland immer noch ein zu hoher Grad an Institutionalisierung und ein Mangel an alternativen Wohnformen, beziehungsweise überhaupt einer entsprechenden Infrastruktur besteht. Kritisiert wird zudem, dass der Zugang zu Leistungen zu Unterstützungsdiensten einer Bedürftigkeitsprüfung unterliegt.

Der Ausschuss fordert auf, ausreichende Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, um die Deinstitutionalisierung zu erleichtern und die unabhängige Lebensführung zu fördern, sowie den Zugang zu Leistungen zu verbessern. Das ist ein Arbeitsauftrag.

Nun könnten wir uns zurück lehnen und sagen: „Ja, das fordern wir auch. Das fordern wir gegenüber dem Bund, gegenüber dem Land, gegenüber den Kommunen, damit wir auch vor allem mehr finanzielle Mittel haben, um dort mehr für die Menschen zu tun.“ Aber wir sollten es uns nicht allzu einfach machen, weil wir auch aufgefordert sind, bei diesen Zielen unsere professionelle Arbeit kontinuierlich auf den Prüfstand zu stellen und eben auch eine fachliche Weiterentwicklung in die Wege zu leiten. Es geht nicht ohne Geld, häufig braucht es aber nicht unbedingt immer mehr Geld, um überhaupt etwas in Bewegung zu setzen. Wie notwendig das ist, will ich an einem weiteren Beispiel aus den kritischen Anmerkungen dieses Ausschusses verdeutlichen. Der Ausschuss äußert sich im Kapitel „Hauptproblembereiche und Empfehlungen“ ebenfalls sehr besorgt und sogar tief besorgt darüber, ich zitiere wieder: „.... dass der Vertragsstaat, also Deutschland, die Verwendung körperlicher und chemischer Freiheitseinschränkungen, die Absonderung und andere schädliche Praktiken nicht als Folter anerkennt. Er ist fernerhin“, also der Ausschuss ist weiter besorgt „.... über die Verwendung körperlicher und chemischer Freiheitseinschränkungen, insbesondere bei Menschen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen und älteren Menschen in Pflegeheimen.“ Zitat Ende.

Immerhin, ein Ausschuss der Vereinten Nationen zur Umsetzung der UN-BRK. Das ist ein Zeugnis, was man eigentlich auch als verantwortlicher Mensch in der Republik nicht lesen

möchte. Das ist eine schonungslose Analyse, die gleichzeitig aber auch einen Auftrag für uns beinhaltet.

Ich bin überzeugt, dass wir mit den HPK über ein taugliches Instrument verfügen, um das Handeln der in der Eingliederungshilfe tätigen Akteure in der Region sinnvoll miteinander zu vernetzen, und auch im Sinne der einzelnen Menschen mit Behinderungen gemeinsam nach Lösungen in Problemlagen zu suchen, die, ohne jetzt zu anmaßend zu werden, eigentlich auch im Sinne der Anforderung der UN-BRK steht.

Das wird nicht immer gelingen, die Messlatte ist natürlich sehr hoch, aber so schlecht sind wir, denke ich, nicht aufgestellt.

Vor zehn Jahren hat an dieser Stelle die damalige Landesrätin, Vorgängerin, Vorvorgängerin von mir, Frau Hoffmann-Badache, den Workshop „Hilfeplankonferenzen in der Praxis“ eröffnet damals auch mit dem Ziel, über die bestmögliche Nutzung des Instruments der HPK zu beraten, dabei aus bisherigen Erfahrungen zu lernen. Auch sie hat damals darauf hingewiesen, auf den hohen Anspruch, der sich mit den HPK verbindet, bei der Klärung der wesentlichen Fragen, die bei jedem Antrag zu klären sind. Und sie hat den Vorteil betont, dass eben alle wesentlichen Fragen im direkten Dialog, im direkten Austausch mit einerseits den Menschen mit Behinderung, andererseits aber auch mit den Trägern und der kommunalen Seite vor Ort, also mit allen Akteuren vor Ort, gemeinsam zu beraten.

Über die Beratung einzelner Anträge hinaus erzeugt die HPK ja auch Erkenntnisse über die Unterstützungsbedarfe in der Region insgesamt, das Spektrum der Leistungserbringer, Qualität und Vernetzung, sowie eben auch die Möglichkeiten im Sozialraum außerhalb des professionellen Leistungserbringers.

Auch ich kann nur sagen, die HPK sind sehr anspruchsvolle Veranstaltungen, gestaltet und damit auch wesentlich abhängig von den jeweils beteiligten Kolleginnen und Kollegen, von Ihnen, und damit auch schlecht in ein einzelnes Schema einzupassen. Vieles hängt davon ab, wie es dem Gremium in seiner immer mal wieder wechselnden Zusammensetzung gelingt, sich konstruktiv zu verständigen, eine Arbeitsweise zu entwickeln, die auf den Menschen mit Behinderung und sein Anliegen fokussiert ist und nicht z.B. auf den elenden Wettstreit, wer hat denn hier das Sagen oder wer hat denn hier jetzt die richtige fachliche Ansicht?

Aufgabenstellung ist klar: Es geht um die Unterstützung der angefragten Leistungsträger bei deren Entscheidungsfindung

über einen Antrag. Also um Bereitstellung von fachlicher Expertise und um Problemlagen der einzelnen Menschen zu den Angeboten in einer Region. Nicht anders hat der LVR die HPK von Beginn an verstanden, nachzulesen schon in den ersten Grundsätzen von Dezember 2004. Aus diesen Grundsätzen wurde eine Mustergeschäftsordnung entwickelt. In enger Abstimmung mit Ihnen, mit den Partnern vor Ort, wurden letztlich die Hilfeplankonferenzen aufgebaut und auch die Begleitgruppe gegründet. Aufgesetzt wurde dabei auf die Erfahrung des Projekts der Aktion Psychisch Kranke zur Implementierung des personenzentrierten Ansatzes in NRW. Das sind fünf Regionen im Rheinland, die zum Aufbau der ersten HPK führten.

Einige Frauen und Männer der ersten Stunde sind auch heute dabei, und das ist auch gut so. Weil wir ja nicht nur den Blick nach vorne richten wollen, sondern auch einen kleinen Blick zurückwerfen wollen.

Hierzu möchte ich einen Beitrag leisten, indem ich den Blick auf einige Entwicklungen ausdrücklich lenken möchte, die aus meiner Sicht bereits wesentliche Weiterentwicklungen gezeigt haben. Es mag sein, dass Sie das eine oder andere anders bewerten, aber genau das ist ja auch der Sinn einer solchen Veranstaltung wie heute.

Im Jahr 2008 wurden von der Begleitgruppe HPK Qualitätskriterien für die Arbeit der HPK entwickelt, aufbauend auf den bisherigen Grundsatzpapieren und den praktischen Arbeitserfahrungen seit flächendeckender Einführung der Konferenzen.

Die damalige Zielsetzung, Zitat: „Die Qualitätskriterien sind Orientierungshilfe für die Akteure der HPK und der regionalen Gremien, um die Arbeit in gemeinsamer Versorgungsverantwortung weiter zu entwickeln.“ Zitat Ende.

Zu den Aspekten Struktur, Inhalt und Durchführung, man könnte auch sagen Aspekten der Struktur und Prozessqualität, wurden Kriterien formuliert, die von den regionalen HPK genutzt werden sollten, um die Arbeit dauerhaft reflektieren und optimieren zu können. In den Folgejahren wurde festgestellt, dass dieser erste Impuls nicht ausreichend war, um flächendeckend einen solchen Reflektionsprozess in Gang zu setzen. Zum Teil wurden die Qualitätskriterien überhaupt nicht zur Kenntnis genommen.

Das änderte sich, nachdem auf Anregung der Begleitgruppe dann 2011 ein Trainee-Projekt durchgeführt wurde, das eine Reihe von Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung

zum Ergebnis hatte. Wesentlich war die Empfehlung, einen Prozess der Selbstevaluation der regionalen HPK in Gang zu setzen, mit einem Instrument, das ähnlich wie ein IHP entwickelt wurde.

In einem regelmäßigen Rhythmus treffen sich die HPK-Mitglieder, um konkret zu überlegen, wie ihre Arbeit derzeit aussieht, welche Entwicklungsschritte sie für erforderlich halten und wie sie zum Ziel kommen wollen. Dieser Prozess dauert an, bringt immer wieder neue, wichtige Impulse, und auch damit versuchen wir gemeinsam uns besser und entwicklungs-trächtiger zu machen.

Etwas parallel wurde seitens unseres Dezernats eine Maßnahme umgesetzt, die, ja, auch kritisch kommentiert wird. Im Sinne einer Sofortmaßnahme wurden im Oktober 2011 Maßnahmen zur Vereinfachung des Bearbeitungsverfahrens bei der Bewilligung ambulanter und stationärer Wohnhilfen ergriffen und allen Kooperationspartnern mitgeteilt.

Es ging und geht bis heute darum, angesichts der anhaltend hohen Zahl der Leistungsanträge die Bearbeitungszeiten im Sinne der leistungsberechtigten Menschen, aber auch der Einrichtungen und Dienste, die nicht selten schon in die Unterstützung vorher einsteigen, bevor ein Bescheid vorliegt, deutlich zu verkürzen.

Ein Element aber war der Verzicht auf die persönliche Vorstellung in der HPK, wenn der Antrag bzw. der individuelle Hilfeplan plausibel ist und die Entscheidung unverzüglich getroffen werden kann.

Die Arbeitsrückstände in meinem Dezernat lagen zu diesem Zeitpunkt im hohen vierstelligen Bereich, wir konnten das leicht reduzierten, aber angesichts der weiteren hohen Anzahl von Anträgen wurden in den Folgemonaten mit der Begleitgruppe weitere Verfahren entwickelt und auch in regionalen Veranstaltungen vorgestellt, mit denen die Arbeit der HPK langfristig ohne Überforderung für alle Beteiligten geleistet werden kann.

Ein weiterer Meilenstein, der auch Verunsicherung brachte, zu Beginn des Jahres 2014 ist die Veränderung der Vorgehensweise bei der Bereitstellung von Unterlagen für die HPK-Mitglieder. Von einer Kommune wurde darauf hingewiesen, dass es technische Möglichkeiten gebe, bei elektronisch zur Verfügung gestellten Hilfeplänen die vorgenommene Anonymisierung rückgängig zu machen.

Dieses Problem konnte gelöst werden, aber es wurde seitens des Datenschutzbeauftragten hier festgestellt, dass es ohnehin nur statthaft sei, personenbezogene Daten zur Verfügung zu stellen, die für die Beratung in der HPK erforderlich sind. Damit musste aus rechtlichen Gründen die langjährige Praxis der Bereitstellung aller IHPs, auch für die sogenannten Listenfälle ohne Beratungsbedarf, beendet werden.

Nicht zu unterschätzen ist die immer wieder vorgetragene Kritik über die Zusammensetzung der HPK. Zum Beispiel von der Universität Siegen im Rahmen der Evaluation. Kritisiert werden vor allem das Gewicht der Leistungserbringer, denen vorrangig wirtschaftliche Interessen zugeschrieben werden, sowie der Aufwand für das Verfahren. Ich sage nicht, das ist so, ich stelle das grade hier nur dar.

Hier halten wir bis heute entgegen und betonen den Stellenwert der fachlichen Expertise für die Entscheidungsfindung unserer Fallmanager. Trotzdem werden immer wieder Einzelbeispiele vorgetragen, die belegen sollen, dass die Arbeit der HPK nicht den gesetzten Ansprüchen genügt. Es überrascht nicht, dass unsere politische Vertretung im Rahmen der Haushaltsberatung der Verwaltung den Auftrag erteilt hat, eine, ich zitiere: „...Überprüfung der Arbeit der HPK, mit dem Ziel der qualitativen Weiterentwicklung...“ Zitat Ende, durchzuführen. Zur Begründung wird angeführt, dass es, das ist auch wieder ein Zitat aus dem politischen Antrag: „...zur Weiterentwicklung der HPK und des Hilfeplanverfahrens eines ständigen Dialoges mit allen Beteiligten bedarf. Dazu gehört auch, vereinbarte Verfahren auf Passgenauigkeit, Kundenfreundlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Effizienz zu überprüfen.“ Zitat Ende. Diesen Zielen können wir uns natürlich grundsätzlich anschließen, überhaupt gar keine Frage, und es ist aber auch der erneute Auftrag der bei uns verantwortlichen Politik an die Verwaltung, eben noch einen Tick genauer, noch prozessorientierter und noch qualitätssteigernder zu arbeiten.

Meine Damen und Herren, Sie sehen, wir sind mit der Veranstaltung hier heute ganz am Puls der Zeit. Nicht zu vergessen

sind, so ein kleiner Ausblick abschließend noch zu einer höheren gesetzlichen Ebene, natürlich auch die Überlegungen zur Reform des Teilhaberechts bei den Überlegungen zum Bundesteilhabegesetz.

Auch dort wird darüber nachgedacht, welchen Stellenwert Fall- oder Teilhabekonferenzen haben sollen und wie eben auch ein Bedarfsfeststellungsverfahren denn gegebenenfalls gesetzlich normiert eingeführt werden kann.

Einmal ganz abgesehen davon, dass in den letzten Jahren einige Sozialhilfeträger ihre Verfahren schon geändert haben, bzw. dies planen, im Ergebnis liegt die Bedarfsermittlung und -feststellung in der Hand der Behörde, aber Effektivitäts- und Kostengesichtspunkte sind auch hier natürlich mit zu berücksichtigen.

Wir tun gut daran, sehr intensiv miteinander zu überlegen, wie wir das im Rheinland gut eingeführte und bewährte Instrument der HPK für zukünftige Herausforderungen wappnen und handlungsfähig machen.

Wir wissen eben noch nicht, was uns der Bundesgesetzgeber im Bundesteilhabegesetz mit auf den Weg geben wird, aber ich denke, wir können recht selbstbewusst sagen, wir müssen keine Angst haben. Für das, was dort für den Bereich der Bedarfsfeststellung eventuell bundesgesetzlich normiert wird, das wird nichts sein, was uns aus den Schuhen kippt und was wir nicht bereits handhaben. Ich denke, das kann man vorsichtig schon jetzt behaupten.

Ich möchte Sie einladen, heute mit uns konstruktiv zu diskutieren. Ich freue mich sehr, dass sie alle hier erschienen sind und biete Ihnen auch gerne für die zukünftige Zusammenarbeit eine solche an, die konstruktiv, offen und immer wieder auch kritikfähig, zumindest von meiner Seite aus, ist.

Herzlichen Dank und viel Spaß heute.

MODERATION DR. DIETER SCHARTMANN

Ja, sehr geehrter Herr Lewandrowski, vielen Dank für Ihre freundlichen Begrüßungsworte und die inhaltlichen Ausführungen. Sie haben verdeutlicht, in welchem Kontext wir uns bewegen und noch einmal den ganz großen Bogen gespannt von der UN-Behindertenrechtskonvention bis hin zum Bundesteilhabegesetz, von dem wir alle noch nicht genau wissen, was denn letzten Endes auf uns zukommen wird, aber ich denke, wir alle hier im Raum können da auch Ihren Optimismus teilen, dass wir da wirklich hier im Rheinland auf einem sehr, sehr guten Weg sind.

Und Ihren Apell zur gemeinsamen, zur Zusammenarbeit, den haben wir ja alle, glaube ich, gut gehört.

Ja, meine sehr geehrten Damen und Herren, wir kommen nun zum nächsten Programmpunkt. Ich freue mich sehr, dass es uns gelungen ist, Frau Prof. Petra Gromann heute zu uns nach

Köln zu lotsen, ja zu locken oder zu lotsen. Frau Prof. Gromann, Sie sind Professorin für Rehabilitation an der Hochschule in Fulda und dort verantwortlich für den Bachelor-Studiengang „Soziale Arbeit – Online“ und den Master Studiengang „Soziale Arbeit und Gemeindepsychiatrie“. Sie haben sich bereits in den 80er Jahren mit dem Thema „Ambulantisierung bei Menschen, die in einer psychiatrischen Langzeitklinik lebten“ beschäftigt und arbeiten schon seit Jahren an Themen wie der personenzentrierten Hilfeplanung und haben im Jahr 2008 auch das Institut für personenzentrierte Hilfen in Fulda mit gegründet.

Sie sind auch eine der wenigen Forscherinnen und Forscher, die sich empirisch mit der Frage der Ermittlung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderungen auseinander gesetzt haben.

In einer Ihrer letzten Veröffentlichungen haben Sie ausgeführt, dass die ohne Zweifel vorhandene Ausdifferenzierung von Hilfen Folgeprobleme erzeugten, die vor allem durch einen ausgeprägten Bedarf an Kooperation und Kommunikation zu beschreiben sind, das aber praktische Erfahrungen zeigen, dass häufig die Notwendigkeit, die eigenen Systemgrenzen und ihre Finanzierung zu erhalten, sich durchsetzt und somit auch die Kooperation an ihre Grenzen stößt oder auch systembedingt stoßen muss.

Der Titel Ihres Vortrags heißt „Hilfep plankonferenzen – Erfahrungen mit teilhabeorientierter Gestaltung und (Um-)Steuerung“, wir sind alle sehr gespannt auf Ihre Ausführung. Bitte schön.



HILFEPLANKONFERENZEN – ERFAHRUNGEN MIT TEILHABEORIENTIERTER GESTALTUNG UND (UM-)STEUERUNG

PROF. DR. PETRA GROMANN

Ja, ich habe auch genau so gut wie der LVR recherchiert zu meinem Vorleben, habe ein bisschen recherchiert im Internet, was denn die Erwartungen des LVR an Hilfeplankonferenzen sind und bin da so ein bisschen als Starthilfe auf zwei Vorträge von Herrn Flemming und Herrn Schartmann gestoßen, die ich inhaltsanalytisch bearbeitet und darin folgende Thesen gefunden habe.

Die Hilfeplankonferenzen stellen hier vor Ort ein Stück weit etwas dar, was man als regionale Verankerung der Eingliederungshilfe bezeichnen kann. Sie sind ja hier ein Bundesland, in dem das hochgezont ist, also ähnlich wie das Bundesland Hessen, aus dem ich komme. Es gibt sehr viele Bundesländer, in denen die Verantwortung für die Eingliederungshilfe bei Kreisen und Kommunen liegt.

Das ist hier anders. Und insofern sind die Hilfeplankonferenzen ein sehr wesentliches Element tatsächlich Hilfen vor Ort weiter zu entwickeln. Mit der Einführung des individuellen Hilfeplansystems ist ja die Erwartung verbunden gewesen, nicht nur ein Bedarfsermittlungsverfahren zu haben, sondern auch ein zentrales Planungsinstrument. Nicht nur für die einzelnen Menschen, sondern eben auch für die Region, mit diesem Mittel Hilfeplankonferenz. Hilfeplankonferenzen sind folglich ein Prozess, der versuchen soll, individuelle Bedarfe genauer festzustellen und zum anderen auch die Versorgungssituati-

on und die Leistungen vor Ort ein Stück weit passgenauer zu machen.

Die konsequente Orientierung an dem Grundgedanken vom SGB IX bedeutet eben nicht nur auf die Leistungserbringung der Eingliederungshilfe sondern auf alle Leistungsträger auszuweiten, ist auch ein Element der Hilfeplankonferenzen. Dies wird immer wieder natürlich von den Eingliederungsträgern in Deutschland betont, die Praxis ist aber, wollen wir mal freundlich sagen, desaströs. Es ist so, dass es in keinem Bundesland bisher konsequent gelungen ist und selbst im Bereich der Psychiatrie die Einbindung der Kliniken eine besondere Schwierigkeit darstellt.

Das hat was mit den Systemlogiken zu tun. Hilfeplankonferenzen sollen sicher stellen, dass die Leistungen von der Person her geplant werden und alle erforderlichen Leistungen zu einem effektiven Ganzen gefügt werden. Das ist das, was wir unter personenzentrierter Hilfeplanung verstehen. Und in der HPK sollen alle Beteiligten ihre Möglichkeiten und Ressourcen in diesen Prozess einbringen und natürlich auch gemeinsam an einem Strang ziehen, eher verstanden als Multi- oder Interdisziplinarität.

Besonderes Gebot in den Hilfeplankonferenzen ist die Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen, die Dialogori-

entierung von Hilfen ist ja nicht nur im Hilfeplanungsprozess vorgesehen, sondern auch in der Hilfeplankonferenz. Wie weit können Beteiligte da teilnehmen, wieweit sind Klima und Atmosphäre so, dass es in der Tat zu einem Dialog kommt.

Und natürlich sollen die Hilfeplankonferenzen etwas tun, was man individuelle und regionale, wie gesellschaftliche Gesichtspunkte nennt, das klingt jetzt sehr ominös und allgemein. Es ist so, dass natürlich die konkrete Gestaltung von sogenannten passgenauen Hilfe wirklich davon abhängt, dass Menschen sehr verschieden sind, auch Menschen mit Beeinträchtigungen, und dass sie in sehr unterschiedlichen sozialen Gefügen leben, dass sie in unterschiedlichen Diensten und Einrichtungen leben, dass die Regionen in Deutschland unabhängig davon, ob sie hoch- oder niedergezont sind, sehr unterschiedliche Versorgungswirklichkeiten haben. Wir haben sehr, sehr unterschiedliche Gestaltungen von Hilfen für alle Zielgruppen der Eingliederungshilfe und die hängt immer von den historisch gewachsenen regionalen Systemen ab: Welche Leistungserbringer gibt es? Städtische Gemeinden haben z.B. einen anderen Druck über die Selbsthilfe als die ländlichen. Also es gibt ganz, ganz viele verschiedene Hintergründe, warum eine Region so funktioniert, wie sie funktioniert. Und dass natürlich auch die gesellschaftlichen Gesichtspunkte – Anforderung der UN-BRK, Teilhabe, Inklusion – all diese Dinge, alles das soll die Hilfeplankonferenz leisten. Sie ist, wenn man so will, die „eierlegende Wollmilchsau“.

Also sie soll viele, viele verschiedenen Ebenen zusammen bringen. Und ganz deckungsgleich mit diesen Erwartungen des LVR, die ich heraus geholt habe aus zwei Vorträgen, ist es natürlich so, dass dieses Konzept der Hilfeplankonferenz, die ja ursprünglich mal entstanden ist im Rahmen der Aktion Psychisch Kranke aus den Förderungen und aus den verschiedenen Programmen, die es gab zur Implementation, aber auch zur Entwicklung von einer anderen Finanzierungssystematik für den komplementären Bereich. Und diese Hilfeplankonferenzen waren damals von diesem Projekt, was ja ehemals nur aus dem Bereich psychisch Kranke kommt, ein Garant dafür, dass sowas wie Kooperation und Koordination im Einzelfall zu einem Verbesserungspotential für die regionale Versorgung wird. Dass man also, wie man das heute im Managementdeutsch so schön sagt: „Bottom-up“, also dass man von unten, vom Einzelfall her, ansetzt, dass es gelingt, tatsächlich im Sinne von einzelnen Menschen mit Beeinträchtigungen bessere Arrangements zu finden, wie sie besser leben können, wie sie mehr an Teilhabe erfahren können, dass man damit all die Dienste und Einrichtungen, die es gibt, zu einer qualitativ reibungsloseren Zusammenarbeit bringen könnte. Diese Hoffnung, sage ich mal, hat sich nicht ganz erfüllt, weil es

ganz offensichtlich Strategien braucht, wie diese Dinge zum Wirken kommen können.

Weil der Wirkungsgrad, woran wollen wir messen, was eine gute Hilfeplankonferenz ist, woran wollen wir messen, was eine gute regionale Versorgung ist, wenn wir sagen, wir brauchen passgenaue, flexible Hilfen, wenn wir sagen, die Qualität der Zusammenarbeit, auch die Atmosphäre der Zusammenarbeit ist entscheidend, dann haben wir hier unbestimmte Begriffe. Begriffe, die sehr unterschiedlich interpretiert werden können und was, ich denke, was nicht so ganz deutlich war, dass man das Interesse an einer Gesamtverantwortung nicht so einfach voraussetzen kann. Im Grunde sind es verschiedene Interessengruppen, die in diesem Prozess beteiligt sind und dass diese Verschiedenheit im Grunde zu Aushandlungsprozessen führen muss. Und nicht so sehr zu einem automatischen „Alles fñgt sich zum Guten“.

Das ist, denke ich, der Hintergrund und die Reibungsfläche, warum wahrscheinlich auch so viele von Ihnen heute gekommen sind, weil eigentlich ist es schon lange klar, dass es Hilfeplankonferenzen gibt und dass sie eigentlich etwas Gutes sind, aber das Erleben ist sehr unterschiedlich und sehr abhängig davon, welche Menschen und welche Strukturen vor Ort vorhanden sind.

Die Gesamtverantwortung und das Klima von Verbundenheit, das ist das, was man als Hilfeplankonferenz im Grunde bezeichnen kann. Steht ja hier im Mittelpunkt. Und es geht hier um die Art, wie Menschen miteinander verhandeln, wie Menschen miteinander Absprachen treffen, an diesem Geschehen von Versorgung, die möglichst auf die Person ausgerichtet werden soll. Und all das soll das ablösen und das ist ja auch immer noch wichtig, das alte Gegenbild, es soll das ablösen. Die Erfahrung, die ja heute noch existiert, ist, dass wir in diesem Bereich sehr häufig Verschiebebahnhöfe haben. Dass wir dieses freundliche, da gibt es ja im Bereich der Sozialraumorientierung so ein freundliches Wort „Containerdenken“, das ist, dass wir sehr häufig nach Orten suchen, wo halt jemand mal hin kann, wenn es schwierig ist. Und dass die Frage, ob mein oder dein Container dann doch eine sehr wichtige Entscheidung im Alltag ist. Und die Frage, wieweit die Logistik der Containeraufbauten stimmt oder auch nicht stimmt.

Also all das sollte ja durch das freundliche, ein bisschen ironisch, „Gutmenschentum-Wir alle arbeiten gemeinsam an einem Strang“ abgelöst werden.

Jetzt gibt es auch Empfehlungen der Arbeits- und Sozialministerkonferenzen von 2010 zu den Hilfeplankonferenzen, also

nicht nur vor Ort Erwartungen oder auch die geschichtliche Idee, warum man diese Hilfeplankonferenzen macht.

Ich will das nur ganz kurz zitieren, da gibt es einen Kernsatz dazu: „Die Abstimmung der angemessenen Leistungen, Hilfen nach Inhalt, Umfang, zeitliche Dauer und Zeitpunkten findet in einer Hilfeplankonferenz statt.“ Das macht deutlich, dass Hilfeplankonferenzen ein Prozesselement sind, nicht die Bedarfsfeststellung an sich.

„Alle in Betracht kommenden Leistungsträger sind zur Teilnahme verpflichtet.“, das habe ich jetzt mal fett gedruckt, weil sich das in der Praxis überhaupt nicht umgesetzt hat.

„Der Hilfeplan und das Ergebnis der Hilfeplankonferenz sind notwendiger Bestandteil eines Gesamtplanes.“ Der Gesamtplan ist ein sozialrechtlich sehr lange bestehendes Instrument, was sehr häufig lange Zeit nicht genutzt wurde. Die Koordination der Eingliederungshilfe steht hier auch sozialrechtlich auf dem Tapet.

Der inhaltliche Gegenstand von Hilfeplankonferenzen sind deshalb im Grunde überprüfbare Teilhabeziele des Einzelnen und so etwas wie Maßstäbe der Wirkungskontrolle zu entwickeln. Das heißt, das ist ja das Minenfeld, das man betritt, woran will man messen, was individuelle Teilhabe ist, es gibt objektive Teilhabekriterien, es gibt subjektive, und genau wie bei der Lebensqualität wissenschaftlich gesehen, muss man deutlich machen, dass Teilhabequalität ein Konstrukt aus subjektiven und objektiven Indikatoren ist. Und die Frage, was subjektive Teilhabeanzeiger sind, ist eine Frage, die ganz in den Händen der betroffenen Menschen liegt. Und die grundsätzlich keine Frage professioneller Diktion ist. Und von daher ist dieses Spannungsfeld, wie bei der subjektiven und der objektiven Lebensqualität, auch bei der Teilhabe da.

Deswegen ist die Frage, welche Maßstäbe habe ich, um Wirkungen von Leistungen im Bereich der Eingliederungshilfe zu messen, eine ganz wichtige. Und das sollte Gegenstand der Hilfeplankonferenzen sein, so etwas zu entwickeln, vor Ort und konkret.

Im Grunde geht es auch darum, die sogenannten Selbsthilferessourcen zu wecken, also das, was mein Kollege Heringer mit „Empowerment“ bezeichnet, also Menschen tatsächlich auch selbst zu engagieren für ihre Motive, ihre Lebensziele aktiv zu werden. Der Hilfebedarf sollte auf jeden Fall unter Berücksichtigung der individuellen Ziele erfolgen, es soll eine Aktivierung des Leistungsberechtigten passieren und es ist

sehr wichtig. Die Hilfeplankonferenzen sind eigentlich Prozesse, die persönliche Budgets fördern sollen.

Also auch ein Aspekt, der eher ein bisschen in Vergessenheit geraten ist, weil das natürlich genau die Leistungsform ist, die dieser Veranstaltung entspricht.

Bevor wir jetzt weiter uns in Larmoyanz kritisch verstricken, würde ich Ihnen gerne erst einmal vortragen, was gibt es denn überhaupt für Forschungsergebnisse zu Hilfeplankonferenzen. Und da würde ich Ihnen gerne drei vorstellen und die klären dann doch die eine oder andere Frage. Es ist jetzt keine dabei, die aus dem Rheinland stammt, das ist vielleicht auch ganz hilfreich, weil man dann mal von was anderem was lernen kann.

Die erste Studie, die ich Ihnen vorstellen will, ist die quantitativ-qualitative Studie zur Verbesserung der Hilfeplankonferenzen in Mecklenburg-Vorpommern, die hieß „KoDE“. Das war eine Studie, die ähnlich angelegt war, wie das, was sie hier im Rheinland gemacht haben, nämlich der Versuch, Qualität zu verbessern, mit diesen überbordenden Ansprüchen an Hilfeplankonferenzen.

Die zweite Studie, die ich Ihnen vorstellen will, ist von der Universität Siegen: Teilnehmende Beobachtung von Hilfeplankonferenzen in dem hessischen Projekt „Personenzentrierte Hilfen in der Eingliederungshilfe“, das ist dieses Konzept, was versucht hat, auch Finanzierung umzustellen in der Eingliederungshilfe.

Dann gibt es noch eine Studie von einer Absolventin meines Masterstudiengangs, einer Psychologin, die in einer Klinik arbeitete. Sie hat eine qualitative Studie gemacht bei „fortgeschrittenen“ Hilfeplankonferenzen (also langjährig bestehenden, aus dem Kreis der gemeindepsychiatrischen Verbände). Wie passt das mit der Integration von Klinikmitarbeitern, also Mitarbeitern, die aus dem klassischen Gesundheitsbereich kommen.

Die drei würde ich Ihnen jetzt gerne vorstellen, weil die Ihnen wahrscheinlich nachher auch noch ganz viel Stoff für Diskussionen und für die Reflektion der eigenen Erfahrungen bieten, aus Ihren konkreten Erfahrungen hier vor Ort.

Ja, die KoDE-Studie ist gemacht worden vom Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern. Das ist ein Modellprojekt gewesen zur effizienten Ausgestaltung und Optimierung von Hilfeplankonferenzen, aus Landesmitteln finanziert. Der Kontext war die Sozialpsychiatrie. Damals gab

es achtzehn Gebietskörperschaften in Mecklenburg-Vorpommern, inzwischen gibt es deutlich weniger. In acht Gebietskörperschaften ist es durchgeführt worden, und zwar in vier Städten und vier Landkreisen. Das Hilfeplanverfahren war damals der IBRP, für die Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das Ziel war, ein Qualitätskonzept inhaltlich und strukturell zu entwickeln, dieses Prozesses, und es war eine Methode die jetzt mal von den Sozialwissenschaften her als zirkulär und partizipativ begriffen werden. Das heißt, die Hilfeplankonferenzen waren beteiligt an der Ausgestaltung, sie haben die Ergebnisse zurück vermittelt bekommen, sie sind dann nochmal evaluiert worden, das war also ein zirkulärer Prozess, der Erkenntnisse aus der Forschung in die Praxis gegeben hat. Und daraus sind diese Empfehlungen entwickelt worden, die es dort für Hilfeplankonferenzen gibt.

An den Hilfeplankonferenzen haben auch relativ viele Nutzer teilgenommen oder Antragstellerinnen, wie sie in dem Projekt genannt worden sind. Neben dem, dass die teilnehmende Beobachtung stattgefunden hat, sind sowohl die ständigen Mitglieder wie die vorstellenden Mitarbeiter wie auch die Nutzer oder Antragsteller gefragt worden, mit teil-standardisierten Interviews. Die Ergebnisse sind auch noch zurück gemeldet worden, die Ergebnisse und die Befragten sind auch an der Formulierung der Ergebnisse beteiligt worden.

Es gab also ein Abschluss-Statement, wie man das zu Implementieren habe und wie man die regionale Weiterentwicklung fördern kann.

Ich will jetzt den Zwischenteil überspringen und nur zu den Ergebnissen kommen. Insgesamt kann man sagen, dass bei der damaligen Untersuchung, das ist ungefähr acht Jahre alt, sich eine recht hohe Übereinstimmung insgesamt ergab. Hilfeplankonferenzen wurden als deutlich positiv erlebt. Jedoch war deutlich, dass es leichte Kontroversen zwischen den sogenannten fallweisen Fachkräften und den ständigen Mitgliedern gab. Das ist eine Beobachtung, die ich bestätigen kann, aus einer Reihe von Evaluationen. Ich habe auch schon einige Hilfeplankonferenzen evaluiert mit Interviews und mit Fragebögen, das ist etwas ganz typisches. Sehr typisch ist, dass die Mitarbeiter, die kommen um Hilfepläne vorzustellen, tendenziell die Hilfeplankonferenzen am schlechtesten einschätzen. Das ist die kritischste Gruppe an den Hilfeplankonferenzen, die Mitarbeiter, die kommen und etwas vorstellen. Das hat sich dort auch bestätigt, die ständigen Mitglieder, aber auch die Antragstellerinnen, wie auch die Menschen, die als Verwaltungsmitarbeiter tätig sind, haben eine hohe Übereinstimmung gehabt in dieser Untersuchung. Und es ist in der Tat gelungen durch diese Selbstreflexion – was sie ja hier

beschrieben haben – auch hier als eine Trainee-Maßnahme vorgesehen, diese Selbstevaluation bringt etwas, sie führt zu einer nachweisbaren Verbesserung der Atmosphäre, zu einer Personenorientierung, die Lebensfeldorientierung wird deutlicher, die Zielorientierung wird gestärkt und die Häufigkeit von Veränderungsimpulsen.

Wir haben ja recht häufig den Vorwurf an Hilfeplankonferenzen, dass sie ein reiner Präsentationsmarathon sind, dass man im 10-Minuten-Takt Hilfepläne vorstellt und das, was man macht, praktisch eine Bestätigung dessen ist, was rein kommt, also dass es eine Durchwink-Veranstaltung ist. Von daher war es den Kollegen in Mecklenburg-Vorpommern besonders wichtig: Gibt es überhaupt Veränderungsimpulse durch die Hilfeplankonferenzen oder gibt es die nicht? Also wird es verbessert durch die Forschungsintervention und die Qualitätskriterien? Ist das erreicht worden? Das hat etwas damit zu tun, dass man sich mit dem Prozess beschäftigt hat, mit der Atmosphäre und der konkreten Form der Zusammenarbeit.

Sehr auffällig in den Ergebnissen in Mecklenburg-Vorpommern ist, dass es eine sehr hohe Zufriedenheit der Nutzer und Antragstellerinnen gibt. Eine besondere Qualität offensichtlich des Klimas der Konferenzen, die da untersucht worden sind. Die haben hervor gehoben, aus ihrer Sicht, wie hoch die Bedeutung der Atmosphäre ist, wie wird mir begegnet, als jemand der einen Antrag stellt. Es gab eine bestehende Kritik an der Anzahl oder der Vielzahl der Personen. Dass es zwar gelingt, trotz einer Vielzahl eine gute Atmosphäre herzustellen, aber man sich dennoch nicht einer großen Menge an anderen Menschen gerne aussetzen möchte. Und es gab eine deutliche Kritik, dass nicht immer die Passung der Hilfen erreicht wird, weil in Mecklenburg-Vorpommern genau wie heute, also es hat sich nicht verändert, im Grunde die angebotszentrierte Finanzierung vorhanden ist. Dann ist die Frage eben wenig Hilfe = betreutes Wohnen, viel Hilfe = geht nur stationär von der Finanzierung her. Das ist der Stolperstein, der auch von den Antragstellerinnen und Antragstellern deutlich benannt wurde.

Das Ergebnis dieses Forschungsprojektes hat zu landesweiten Empfehlungen geführt, sicherlich ähnlich dem, was sie hier haben. Was besonders wichtig ist, ist die sogenannte Transparenz, also insofern ist das, was wir gehört haben über die Frage, wer darf wann und wie überhaupt Hilfepläne sehen und wie kommen die zusammen und vor allem sind die Hilfepläne so, dass man sie sinnvoll und übersichtlich auch in einer Zusammenschau hinbekommen kann. Das heißt, dass wir nicht nur den Einzelfall sehen, sondern wie geht die Entwicklung der Hilfen, wie entwickeln sich Leistungen eigentlich

in unserer Region, wie flexibel wird das denn was wir hier tun. Das ist ein entscheidendes Moment, dass das möglich ist. Das ist aber auch in Mecklenburg-Vorpommern nur erreicht worden damals, unter, sag ich mal, freundlicher Auslegung der Datenschutzrichtlinien. Das ist nicht unwesentlich, dass man das gut machen muss, damit man die Rechte der Betroffenen auch wahrt.

Sowas wie Gesamtplanung ist dort empfohlen worden als Leistung der Eingliederungshilfe. Und es gab dort Empfehlungen zu etwas, was man ein rotierendes Verfahren der Leistungserbringer nennt. Das heißt tatsächlich, in den Verbänden, in denen es sehr viele Leistungserbringer gibt, Vertretungsregelungen zu vereinbaren, bzw. für bestimmte Zielgruppen das zu teilen und sich zu einigen, wer denn für wen in welchem Prozess dabei ist.

Es gab dann die Steuerung über sogenannte fallbezogene Einladungen, also als Empfehlung, dass man tatsächlich sehr differenziert so etwas wie eine, also im IT-Bereich würde man sagen Administration macht. Das heißt dass man zuordnet, für welche Klienten zum Beispiel die Eingliederungshilfe, der Ausschuss der Werkstatt da sein muss, für welche Klienten bestimmte Erbringer da sein müssen, also ein sehr ausgefeiltes Einladungs- und Moderationsmanagement. Das sind die Empfehlungen und natürlich auch die Empfehlung sich selbst Geschäftsordnungen zu geben und diese Geschäftsordnungen auch gemeinsam abzustimmen.

Also ein erstes Schlaglicht auf Mecklenburg-Vorpommern. Nächstes Schlaglicht auf Hessen.

Wir haben hier von dem Institut von dem ZPE aus Siegen die Auswertungen von 27 regionalen Hilfeplankonferenzterminen vorliegen. Das war eine teilnehmende Beobachtung, also kein klassisches Evaluationsverfahren, nicht mit Rückmeldung, sondern einfach nur, da haben immer Forscherinnen dabei gesessen und haben nach einem bestimmten Kriterienkatalog Dinge notiert und aufgeschrieben.

Das ist das erste Mal, das HPK-Konferenztermine evaluiert worden sind, die auch für Menschen mit sogenannten geistigen und mehrfachen Behinderungen abgehalten worden sind, weil dieses Projekt in Hessen ja der Versuch war, die stationäre-ambulante Finanzierung durch eine zeitbezogenen Finanzierung, eine flexible Finanzierung abzulösen. In den Modellregionen wurden diese Konferenzen abgehalten, es gab aber getrennte Konferenzen für die Menschen mit psychischen Erkrankungen und die mit sogenannten geistigen, körperlichen und mehrfachen Behinderungen.

Die Vorerfahrung ist wichtig. Wenn man Hilfeplankonferenzen einführt, in ein fachliches System, was diese Vorläufe der Sozialpsychiatrie nicht kennt, nämlich den Bereich der klassischen Behindertenhilfe, kommt es zu sowas wie Friktionen. Es kommt auch zu ganz unterschiedlichen regionalen Voraussetzungen, ob sie etwa auf dem flachen Land stattfinden oder in der Stadt, und auch das hat sich dort abgebildet. Wir haben nämlich sehr unterschiedliche Verläufe dort gehabt, weil wir dort Regionen hatten, in denen es sogenannte Monopolstrukturen für Zielgruppen gibt, also nur einen Träger, der tatsächlich die Hilfen anbietet mit vielleicht noch so zwei, drei kleinen Trägern dabei, die irgendwelche Besonderheiten machen. Und in den städtischen Kontexten haben sie die klassischen Verhältnisse, dass es mehrere Träger gibt, die auch zum Teil ähnliche Angebote machen, und es da in der Tat zu anderen Abstimmungsprozessen und anderen Problemen führt.

Grundsätzlich kann man sagen, dass auch dort, obwohl wir mit widrigen Ausgangsvoraussetzungen, nämlich der Verunsicherung über eine neue Form der Finanzierung, es zu relativ guten Arbeitserfahrungen gekommen ist. Die Hilfeplankonferenzen haben gut gearbeitet, es gab eine gute Atmosphäre, es gab von allen ständigen Mitgliedern eine positive Einschätzung der Arbeit. Ich habe das parallel mit Mitarbeitern standardisiert befragt, und da war auch die klassische Unterscheidung, dass die vorstellenden Mitarbeiter das nicht so schön sehen. Also sie haben es nicht so harmoniemäßig gesehen, die ständigen Mitglieder sehen es sehr harmonistisch. Die teilnehmende Beobachtung hat festgestellt, dass kritische Einwände nur von der Leistungsträgerseite kommen, also keine Erbringer machen dort kritische Anmerkungen. Das hat vielleicht etwas mit der grundsätzlichen Versorgungsunsicherheit wegen der Umstellung auf die neue Finanzierung zu tun. Es gab eine sehr unterschiedlich gelungene Gestaltung und Strukturierung der Zeit. Es gab Hilfeplankonferenzen, die waren sehr lang, sie waren schlecht vorbereitet, sie haben lange gedauert, sie haben trotzdem wenig Aufmerksamkeit für Einzelfälle gehabt. Es gab Konferenzen, die ausgezeichnet vorbereitet waren, die von der Zeitstruktur, von dem Verlauf her deutlich gelungener liefen, und das war ein Verweis darauf, dass es sehr wichtig ist auf die Frage der Organisationsform und der Abstimmung und der Moderation zu achten. Was sehr deutlich geworden ist, ist, dass Hilfeplankonferenzen, bei denen es keine, das nannten die dort vorgeschaltete, Fallkonferenzen gab, also wenn Hilfepläne erstellt worden sind nur mit einem Mitarbeiter des Leistungserbringers und dem Betroffenen, ohne dass irgend eine Form von Absprache mit mehreren Personen erfolgt ist, waren das schwierige Hilfepläne und das waren Hilfepläne, wo die Hilfeplankonferenz dem Anspruch nicht mehr nachkommen kann, dass sie der entscheidende Ort ist, um Integration,

andere Sichtweisen, Alternativen, bessere, passgenauere Versorgung zu erreichen, das kann eine Hilfeplankonferenz nicht leisten. Es gab häufig in den HPK für Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen auch eher wenig konstruktive Beteiligung, sondern das, was man so freundlich dieses Abnicken nennt, harmonistisches Abnicken, um es mal so ein bisschen satirisch auszudrücken.

Die Analyse der teilnehmenden Beobachtung war ganz deutlich, es gibt etwas, was dort gemacht wird, was man Plausibilitätsprüfung nennt, das heißt, sind die Hilfepläne denn so, dass sie so ähnlich funktionieren wie die bestehenden Angebote bisher auch. Das heißt, man hat wenig Hintergrund dafür, Zeiteinschätzung, und das war in Hessen jetzt der besondere Schwerpunkt, weil es ja um die Finanzierung nach Zeit geht. Zeiteinschätzung hat keine Tradition und man kann sich das im Grunde wieder mit Hilfsmaßnahmen vorstellen. Im betreuten Wohnen ist das ja dann so und so viel, und von daher stand die Plausibilitätsprüfung da im Vordergrund, und weniger so etwas, was man inhaltlich Passgenauigkeit nennt.

Orientiert an den Ansprüchen kann man die Arbeitsergebnisse der Hilfeplankonferenzen dann in diesem Begleitprojekt so feststellen: Hilfeplankonferenzen, die in einem Klima von unklaren Zielen stattfinden, führen selten zu konkreten Weiterentwicklungen von Passgenauigkeit im Einzelfall. Die Veränderung von Hilfeplänen erfolgt dann im Grunde – oder dass man tatsächlich eine Konsequenz des Gesprächs, also einen Veränderungsimpuls aus der Hilfeplankonferenz mitnimmt – nur bei zeitlichen Absprachen, nämlich hier der Frage der Finanzierung, weil an die Frage der Zeit war die Finanzierung geknüpft.

Die Teilnahme von weiteren Leistungsträgern, also auch der Klinik, stellt die extreme Ausnahme dar, auch im Bereich der Hilfeplankonferenzen für psychisch Kranke. Es war klar, dass alle Beteiligten sehr gut diesen Fokus von Lösungsorientierung vertreten haben und dass personenbezogen gehandelt worden ist, vor allen Dingen im Bezug auf das Wunsch- und Wahlrecht von Betroffenen. Das konstruktive Einbeziehen von Leistungsberechtigten gelingt, es gibt eine aktive lösungsorientierte Diskussion eher bei Neufällen, ganz selten bei Menschen, die schon länger in dem Leistungsbezug sind. Es gibt ein sehr unterschiedliches Engagement der regionalen Vertreter, also das heißt der Menschen, die vom Gesundheitsamt, vom Sozialpsychiatrischen Dienst, von den verschiedenen kommunalen Stellen, die in der Hilfeplankonferenz drin sind. Es gibt sehr engagierte, es gibt auch passive Ergebnisse und die Leistungserbringer-Vertreter unterscheiden sich auch sehr stark im Engagement in den Hilfeplankonferenzen.

Das Fazit des ZPE Siegen war: Es entsteht eine gemeinsame Verantwortung für die Angebote in der Region, aber keine gemeinsame Verantwortung für die Weiterentwicklung und natürlich nicht für die Ausgabenentwicklung. Weil, das ist jetzt eine Besonderheit dieses Projektes, da ja eine andere Finanzierung dahinter stand.

Was können wir als Folgerung daraus sagen? Die Qualität der Hilfeplanung ist ganz offensichtlich entscheidend für die inhaltliche Qualität der Hilfeplankonferenzen.

- Wenn es sowas gibt wie eine Transparenz und eine Information über das, wie flexibel und wie offen Leistungen gestaltet werden können in der Region,
- wenn es klar ist, dass die Ziele des Leistungsberechtigten berücksichtigt werden, dann kommt man zu so etwas, dass man sagt, ja man berücksichtigt Ressourcen und Umfeld,
- wenn klar ist, was an transparenter Zeiteinschätzung oder transparenter Kosteneinschätzung dahinter steht,
- wenn die Kooperation im Einzelfall (die gibt es, aber sie ist weiter entwicklungsbedürftig, auch bei Hilfeplankonferenzen, die es schon länger gibt) gelingt, so etwas wie Flexibilität von Zusammenarbeit, verändertes Vorgehen, Ergebnisoffenheit durch verschiedene Möglichkeiten der Unterstützung, Absprachen zwischen Trägern und persönliche Budgets. Das sind ja alles Stichworte für etwas, was wir Kooperation im Einzelfall nennen.

Das sind alles noch Entwicklungspfade, die beschränkt werden könnten, und besonders wenig, kann man zusammenfassend sagen, gibt es Kooperationen in andere Systeme der Leistungsträger hinein. Es ist bundesweit relativ einheitlich.

Ich würde jetzt gerne nochmals so ein Schlaglicht werfen auf das, was im Bereich der Hilfen für Menschen mit psychischer Erkrankung nahe liegt, dass nämlich Kooperationserfahrungen mit dem Gesundheitsbereich, also im Wesentlichen mit den psychiatrischen Kliniken, aber eigentlich ja auch überhaupt mit dem Behandlungsbereich, zwingend erforderlich sind. Dazu hat eine Psychologin aus der Institutsambulanz 21 – qualitative – Experteninterviews geführt mit Klinikmitarbeitern, mit Experten aus der Eingliederungshilfe, und die waren alle ständige Mitglieder von sogenannten erfolgreichen und mehrjährigen Hilfeplankonferenzsystemen. Das sind Telefoninterviews gewesen, sie ist nicht in ganz Deutschland rumgefahren, aber sie hat immer erfolgreiche, langjährig bestehende Hilfeplankonferenzen befragt, nur zu diesem Punkt: Wie geht es mit der Zusammenarbeit mit der Klinik?

Von Seiten der Klinikmitarbeiterinnen und Klinikmitarbeiter muss man deutlich sagen, das ist so ein typisches psychologisches Konstrukt, hat sie fest gestellt, dass es sogenannte

Reaktanz-Phänomene gibt. Das ist ein freundliches Wort dafür dass die „grrrrrr!“ gesagt haben: „Hilfeplankonferenz lieber nicht!“.

Es sind in der Regel Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, weil da in der Regel der Sozialdienst hingeschickt wird auf die Hilfeplankonferenzen. Und die sehen irgendwie ihre Teilnahme dort mit Schrecken. Das hat nicht so sehr viel mit der Atmosphäre zu tun, sondern etwas mit den Strukturen. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Kliniksozialdienst sind Hilfepläne eine weitere Anforderung, von der sie sich vollkommen überfordert fühlen, weil sie häufig mit Klienten zu tun bekommen in Phasen von akuter Erkrankung. Und aus der Klinik heraus sehr wenig Einschätzung haben darüber, was denn für diese Menschen ganz konkret tatsächlich draußen nach der Entlassung von hoher Bedeutung sein wird.

Das zu erforschen braucht recht viel Zeit, und das ist auch unabhängig davon, ob das jetzt eine nette oder eine nicht so nette Sozialpädagogin ist, es ist ein fast unlösbares Problem in dieser Situation, wenn Leute noch akut erkrankt sind, wenn Leute mit sehr vielen unerwünschten Wirkungen kämpfen, und wenn die ganze Zeit, was vorher und was nachher ist, noch im schweren Nebel liegt.

Sie erleben häufig Hilfeplankonferenzen als Absitzen: „Da müssen wir hin, das gehört sich so!“, und auch als Zeitfresser für sie, weil sie an dem System insgesamt teilnehmen. Und es gibt einen natürlichen Widerstand gegen die Ambulantisierung im Bereich der Eingliederungshilfe, weil es einen extremen Druck gibt auf die schnelle Abgabe aus der Klinik. Die Logik des Systems der Klinik ist eine Abgangssteuerung und die Logik des Systems der Eingliederungshilfe ist eine Zugangssteuerung.

Also wir haben jetzt vollkommen andere Logiken, und das ist sehr schwer für jemanden, dieses Spannungssystem auszuhalten, es gibt einen hohen Druck und von daher ist alles Recht, was schnelle Lösungen verspricht, und Ambulantisierung verspricht leider keine schnellen Lösungen, sondern Abwägungsprozesse, Überlegungsprozesse.

Und die Verantwortung über so etwas wie erfolgreiche Weitervermittlung hinaus kann man sich schlicht und ergreifend nicht leisten, weil es zu viele Klienten, Patienten sind, die betreut werden. Wenn es nur als Funktion des Sozialdienstes gesehen wird. Und das macht ein ganz strukturelles Problem deutlich, dass nur dort, wo Rahmenstrukturen und Haltung der ärztlichen Leitung Hilfeplankonferenzen unterstützen, die Kooperation überhaupt eine Chance hat.

Das heißt, dass die Frage der Haltung eine entscheidende ist und die Frage auch der Bedeutung, ob man über kurzfristige Vermittlungserfolge hinaus tatsächlich ein Interesse an der Entwicklung des gemeindepsychiatrischen Versorgungsbereiches hat.

Das ist ganz entscheidend, die Frage der persönlichen Haltung, wie gehe ich in so eine Konferenz rein und welche Haltung entwickelt auch das System, was an so einer Hilfeplankonferenz teilnimmt und dort Mitglieder hinschickt.

Ganz klar ist, dass Hilfepläne in Akutsituationen nicht erstellt werden können. Die kurze Verweildauer und der Druck mit schnellen Entlassungen machen es schwierig. Vollkommen unklar ist häufig auch die Rolle derjenigen, die da sitzen. Weil es ihnen selber häufig nicht klar ist, bin ich jetzt hier, um tatsächlich meine Erfahrungen mit diesem Klienten, diesem Patienten einzubringen; oder bin ich jetzt hier, um zu sagen, welcher Träger ist der bessere, oder dem Eingliederungshilfe-träger zu sagen, zahl mal ordentlich, also es ist eine Rollenunklarheit, die für Mitarbeiter unangenehm ist, und es gibt eine fehlende Klärung der Personen, die tatsächlich koordinieren.

Es gibt ganz wenig im Erleben, tatsächlich das, was die Aktion Psychisch Kranke ja auch seit langem propagiert, diese Idee, dass es so etwas wie Prozessverantwortung geben muss im Bereich der Hilfeplanung. Und diese fehlende Prozessverantwortung führt dazu, dass es zu solchen Reaktanz-Phänomenen kommt. Und daraus folgt auch, dass es dann sehr häufig sehr lückenhafte sogenannte Erstanträge gibt.

Ganz deutlich ist, dass es eine fehlende Partizipationskultur im klinischen Bereich gibt, es würde kein Mensch darauf kommen, dass man einen akut erkrankten Menschen mit in die Hilfeplankonferenzen schleift. Das hat man eher nicht im Sinn und von daher stellt sich bei Behandlung die Frage von Partizipation anders.

Und von daher ist es auch ein gewisses kulturelles Phänomen: Rede ich jetzt über Patienten, ist das eine Patientenvorstellung, oder ist das eine teilhabeorientierte Veranstaltung?

Es gibt ganz stark den Wunsch, auch von Seiten der Klinikmitarbeiter, dass in den Hilfeplankonferenzen deutlich kritischer umgegangen wird, dass man deutlich mehr hinterfragt, auch mal, ob Lösungen, die einmal gefunden worden sind, tatsächlich tragen für den Patienten. Bei gleichzeitiger Einschätzung, dass wenn man da anfangen würde, dann kommt man mit der Zeit ja schon mal gleich gar nicht hin. Also die Frage: „Bleiben

wir doch lieber bei Plausibilitätsprüfungen, naja, so ungefähr könnte das hinkommen.“

Und auch darauf, dass es eigentlich hier nur um Psychiatrieplanung geht, das heißt, immer wieder den Leistungserbringern im gemeindepsychiatrischen Verbund klar zu machen: „Hallo, hier gibt es Klienten mit Schwierigkeiten, ihr müsst was für die machen.“

Koordination, also wenn Hilfeplanerstellung abgegeben wird aus dem Behandlungsbereich, wenn der Eingliederungshilfereich die Hilfeplanung koordiniert und die Prozessverantwortung übernimmt, hat man eine Konkurrenz-Situation mit dem, was man Klinikinterna nennt, also das heißt mit der sogenannten Patientensteuerung und der Klinikhierarchie. Die Frage ist, wer hat denn hier den Hut auf, wie man tatsächlich mit Behandlungsstrategie umgeht. Da gibt es so eine leise Furcht davor, sich zu weit vorzuwagen.

Diese Horrorszenarien sind Teil dieser unguuten Gefühle. Aber es ist doch eigentlich das Wichtige.

Die empfohlenen Lösungsstrategien von den Experten waren:

- dass diese unguuten Gefühle thematisiert werden können, wenn man sich langjährig kennt und zusammenarbeitet,
- dass vor allen Dingen so etwas wie personale Kontinuität bei den Hilfeplankonferenzen eine hohe Rolle spielt,
- dass sich diese unguuten Gefühle auch ein Stück weit auflösen, wenn der Rahmen und die qualitativen Ziele der Hilfeplanung klar sind, das heißt, wenn alle Beteiligten sich immer wieder darüber selbst vergewissern,
- und wenn es eine kollektive Bereitschaft in der Hilfeplankonferenz gibt, Prozesse zu gestalten und auch Rollen klar zu machen.

Die Vereinbarung von den Zielen der Arbeit, vielleicht nicht nur über die Geschäftsordnung, sondern auch über inhaltliche Ausordnung und ihre Begründung: Was steuern wir hier eigentlich? Die ist sehr wichtig, weil die Illusion, dass der einzelne Patient oder das gemeindepsychiatrische System oder alle irgendwie gesteuert werden mit dieser Veranstaltung, zu klären ist. Was tun wir hier eigentlich, an welcher Ebene bewegen wir uns?

Das sind die Lösungsstrategien aus dieser Untersuchung. Das war qualitativ, deswegen kommt da so ein bisschen mehr aus dem Leben und Gefühlen heraus.

Grundsätzlich kann man sagen, was haben wir jetzt aus diesen wissenschaftlichen Ergebnissen zu folgern. Und ich habe das mal ein bisschen kryptisch überschrieben mit „Folgerun-

gen bei Alternativlosigkeit“. Hilfeplankonferenzen sind alternativlose Veranstaltungen, um es mal mit unserer Bundeskanzlerin zu sagen, ein Unwort des Jahres war das ja, die Alternativlosigkeit.

Man braucht sie, sie sind aber überfrachtet mit unterschiedlichen Rollen. Aus meiner Sicht ergeben die Untersuchungen und Erfahrungen der letzten Jahre ganz deutlich, dass wir die Ebenen klarer trennen müssen. Es gibt den Zusammenhang der Hilfeplanung oder Teilhabeplanung im Kontext von Hilfeplankonferenzen. Hilfeplankonferenzen sind ein wesentlicher Prozessbestandteil, aber diese individuelle Prozesssteuerung und Bedarfsempfehlung, das ist eine „Kern“-Ebene. Die Ebene, die muss funktionieren, sie hat ihre eigenen Ziele.

Hilfeplanung oder Hilfeplankonferenzen sind aber auch Organisation und Finanzierung von Hilfen aus vielen Händen. Und das ist eine zweite Ebene, die man berücksichtigen muss, das kann man nicht zusammenbauen. Und es gibt eine dritte Ebene von Hilfeplankonferenzen und die wird sehr wenig in Deutschland wahrgenommen, weil es eben so knirscht, diese beiden anderen Prozesse miteinander abzustimmen. Im Grunde kann man aus den Hilfeplänen, aus den Teilhabeplänen auch etwas machen, was man regionale Umsteuerung nennt, in Richtung auf Teilhabe. Also tatsächlich Versorgungssysteme aus den Erfahrungen mit den Hilfen umzusteuern, zu verändern und mehr auf individuelle und professionelle Hilfen für Teilhabe umzustellen.

Folgerung weiter ist, Sicherung und Steuerung von Teilhabequalität auf all diesen drei Ebene ist nur über Kooperation, Koordination bei der Teilhabeplanung zu erreichen. Der Planungsprozess an sich ist wichtig.

Der Aufwand lohnt sich, die Kooperation zahlt sich aus. Es gibt eine ganze Menge internationaler Untersuchungen, und sie können es auch in den neuen S3 Richtlinien nachlesen, aus dem psychiatrischen Bereich, wir haben sehr viel Evidenz darüber, dass solche abgestimmten Systeme tatsächlich Versorgungsqualität herstellen. Sie stellen auch tatsächlich keine Kostenexplosion dar.

Sie verteilen Mittel anders. Es ist möglich, jenseits von Trägeregovernments, sozialrechtlicher Versäulung, kostenkontrollfiktiver Steuerung und angebotszentrierten Hilfen, etwas zu machen, es ist möglich. Aber sie merken schon, wie diese vier Schlagworte von mir zeigen, was die Eckpunkte dessen sind, was tatsächlich die größten Barrieren darstellen.

Wir haben in Deutschland die Situation, dass unser Finanzierungssystem und die Organisation der Hilfen strukturell diese Form der Kooperation behindern, und sowohl strukturell wie regional haben wir sehr unterschiedliche Verhältnisse. Das heißt, es kann nicht dasselbe Konzept überall gleich funktionieren, wir brauchen Prozessmerkmale und nicht genaue Vorschriften, wie es überall gleich zu funktionieren hat.

Wir haben sehr unterschiedliche zielgruppenspezifische Kulturen. Es ist etwas anderes, ob sie Hilfeplankonferenzen im Kontext von Menschen mit psychischen Erkrankungen machen, die Klienten sind auch kritischer und bringen mehr auch an Versorgungsimpulsen. Im Bereich von Menschen mit geistigen Behinderungen haben Menschen sehr viel mehr Freude daran, dass sie endlich gehört werden, bei einer gleichzeitig sehr viel höheren Anpassungsbereitschaft an das, was Menschen ohne starke Beeinträchtigung für sie so im Sinn haben. Grundsätzlich ist es so, dass wir in diesem Bereich mit Akteuren zu tun haben, die sehr unterschiedliche Interessen haben. Und das heißt ja nicht, dass wir zwangsweise herstellen können, dass ihre Interessen gleich sind, sondern dass wir anerkennen müssen, dass jeder legitime Interessen hat. Der LVR hat ein legitimes Interesse daran, dass es nicht zu teuer wird, die Leistungserbringer haben ein legitimes Interesse daran, dass sie Hilfen gestalten, die machbar sind, die mit Einsatz von Personal und Ressourcen tatsächlich auch umsetzbar sind. Die Klienten haben ein sehr legitimes Interesse daran, dass flexible, ganz individuelle Arrangements für sie gefunden werden, die für sie Leben, Teilhaben an unserer Gesellschaft bedeuten, und das sind nicht immer unsere Vorstellungen.

Und natürlich gibt es auch noch den Bereich, den man immer so freundlich mit „Sozialraum“ benennt, das sind ja die Menschen, die noch um die Leute drum rum sind, die nicht im Fachsystem sind, folglich die kommunalen Ebenen. Unsere Umwelt hat einen erheblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der Versorgung. Die zentralen Punkte sind die Frage von Verfügbarkeit, von Kommunikation im Lebensraum und die Frage von Mobilität, also Verfügbarkeit von: „Kann ich wo hin kommen, wo ich will?“. Besonders im ländlichen Bereich ist das ein großes Problem.

Wir haben dazu so ein paar essentielle Hinweise, von denen wir wissen, dass die eine Rolle spielen und die auch jetzt bei der Diskussion des neuen, vielleicht kommenden Gesetzes, wie auch immer es wird, eine Rolle spielen sollten.

Nämlich die Bedeutung von Erfahrung im Kontext von individueller Hilfe oder Teilhabeplanung. Es ist ausgesprochen wichtig, damit man zu guten Ergebnissen kommt, eine Tren-

nung der Rollen vorzunehmen, zwischen Alltagsbegleitung und Prozessbegleitung und der Hilfeplanerstellung.

Das hat nichts damit zu tun, dass man glaubt, dass Menschen, die andere in ihrem Alltag begleiten, schlecht wären, sondern es ist einfach der notwendige Blick von außen auf die Dynamik der Verhältnisse.

Diese Frage der Prozessbegleitung sollte meiner Meinung nach nicht gesetzlich normiert werden, weil wir hier ein zentrales Element unseres Sozialrechtes haben, das ist das Wunsch- und Wahlrecht der Antragssteller. Es muss eine dritte Person geben. Es ist sicherlich so, dass die Eingliederungshilfeträger dafür eine besondere Verantwortung haben. Sie haben das nämlich zu organisieren, dass das möglich ist und sie haben es auch zu kontrollieren, aber sie müssen es nicht in jedem Fall sein. Weil wir sonst das Wahlrecht ein Stück weit aushebeln.

Die Frage der Sicherung von Partizipation und Beteiligungsoption von allen Interessengruppen an so etwas wie gemeinsamer Versorgung ist eine Aufgabe der Eingliederungshilfeträger, das ist deutlich, das ist schon sehr lange im Gesetz über den Gesamtplan verankert, das ist ganz klar, dass das in der Verantwortung der Eingliederungshilfe liegt, dass sie die Organisationsverantwortung für diese Prozesse hat und dass sie auch vielleicht in Zukunft stärker so etwas wie Delegationsprinzipien übernimmt.

In den Hilfeplankonferenzen ist die Frage von Komm- und Gehstrukturen eine besondere Frage, also diese Idee, dass Hilfeplankonferenzen immer diese großen Veranstaltungen sein müssen, wo Betroffene hinkommen müssen, wird sich sicherlich auflösen aus den Erfahrungen zu flexibleren Formen. Die Frage, wie sie gesteuert werden, das ist Aufgabe der Eingliederungshilfe, weil das ist eine Frage der Prozessverantwortung, und das ist, denke ich, etwas, woran sie hier ja auch im Land schon eine Weile arbeiten.

Im Grunde sind die Aufgaben, um die es in der Zukunft geht, den Aufwand zu reduzieren, die Abnick-Rituale zu vermeiden, die sogenannten Vorführeffekte zu reduzieren und wirksame Kontrolle durch Veröffentlichungspflicht herzustellen. Das sind alles Fragen, die gar nicht trivial sind, weil sie viele andere Rechtsbereiche betreffen, aber das sind Fragen, mit der man die Alternativlosigkeit der Hilfeplankonferenzen sicherlich unangefochtener hinstellen kann. Wenn wir diese Alltagsprobleme, die sehr viel ungute Gefühle verursachen, wenn man die in den Griff bekommt durch eine andere Form von Strukturierung.

Auch das, was sie hier schon getan haben, transparente vereinbarte Qualitätskriterien, Lernen aus Erfahrungen, über die Vereinbarung von Prozessverantwortung und Prozesssteuerung. Im Grunde geht es ja doch immer nur um etwas ganz einfaches, nämlich individuelle Teilhabeziele erfolgreich zu unterstützen und umzusetzen.

Faktisch sind ja die Kosten durch die Angebots- oder Leistungsstrukturen dominiert und eher nicht von den individuellen Bedarfen. Es gibt eine gewisse Illusion, dass man über den Einzelfall steuert, aber sie steuern über den Einzelfall nur den Einzelfall. Welchen Weg die Hilfen nehmen, hat etwas damit zu tun, was die Menschen, die sie erbringen, sich vorstellen können, was sie leisten können und was das Zusammenwirken von Finanzierung und Strukturen vor Ort möglich macht. Teilhabequalität ist im Einzelfall aber auch in der Region nur über Kooperation zu erreichen. Das ist etwas, das wissen wir international, das ist keine Neuigkeit. Wir werden irgendwann mal vielleicht individuelle Teilhabeplanungstreffen in kleineren Kreisen haben, moderiert über eine Prozessverantwortung, wir werden organisatorische Kooperation und Koordination der individuellen Teilhabeplanung und Leistungsträger im Kontext von Qualitätskontrolle und Empfehlungen an den Kostenträger haben. Wir werden wahrscheinlich eher selten regionale Planung haben, die teilhabeorientierte Umsteuerung durch Zielvereinbarungen mit den Akteursgruppen machen.

Die Auswertung der regionalen Situationen, die Auswertung der Kosten, die Auswertung der Qualität von Teilhabe. Wie wirkt denn das System der Hilfen, was wir veranstalten und welche Hintergründe hat das, ist eine notwendige Ebene, die noch dazu kommen muss.

Ja, jetzt hätte ich Ihnen noch erzählen können, dass ich glaube, dass es möglich ist. Ich habe auch gerade so ein Forschungs-

projekt gemacht, das versucht hat, diese fünf Gruppen, die an der regionalen Versorgung beteiligt sind, auch auszuwerten. Ich denke, es geht, dass Interessenpositionen zu Verhandlungen kommen, aber die Transparenz der Prozesse ist da besondere Voraussetzung.

Und ich glaube, dass das, was wir wissen – es gibt auch noch eine Reihe von Untersuchungen, die habe ich jetzt nicht benannt, weil sie nicht veröffentlicht sind – was Menschen mit Beeinträchtigungen glauben, wie man Hilfeplankonferenzen verbessern sollte, da gibt es zum Beispiel aus dem Main-Kinzig-Kreis ein sehr interessantes Forschungsergebnis. Atmosphäre und Stil haben eine besondere Bedeutung für die Wahrnehmung von Seiten der Betroffenen. Man kann Beteiligung fördern und Sprachbarrieren mindern, wenn man Ombudspersonen einbezieht, wenn Menschen als Betroffenenvertreter teilnehmen an diesen Prozessen, wenn eben nicht nur das klassische Dreieck dort stattfindet. Und es ist sehr wichtig, dass sie kommunale Verankerung haben, kommunale Verankerung von sogenannten Teilhabeausschüssen, vielleicht mit der Funktion diese Ombudspersonen für die Steuerungsebene zur Verfügung zu stellen, weil sie damit den Einbezug auch der kommunalen Gestaltung garantieren können.

Sie merken, das ist alles immer noch einmal dasselbe, ich bin immer für Redundanz, ich sage das gerne noch mehrfach. Ich denke, das sind Aufgaben der Zukunft, es ist leider nicht einfach. Auf der anderen Seite ist es im Kern wiederum nicht so schwierig, weil sie an vielen Orten hier im Rheinland die Erfahrung machen, dass Dinge funktionieren. Dass es geht. Dieses Hilfesystem hat sich enorm verändert, sie haben sich viele Chancen für Menschen mit Beeinträchtigungen erarbeitet in den letzten Jahren, die tatsächlich zur Teilhabequalität für Menschen mit Erkrankungen und Behinderungen beigetragen haben.

Hilfeplankonferenzen – Erfahrungen mit teilhabeorientierter Gestaltung und teilhabeorientierter (Um-)Steuerung



PROF.DR. PETRA GROMANN
LVR-TAGUNG 3.6.2015

Hilfeplankonferenzen – Erwartungen des LVR



- Hilfeplankonferenzen stellen die regionale Verankerung der „hochgezonten“ Eingliederungshilfe dar
- Mit der Einführung eines Individuellen Hilfeplansystems ist die Erwartung verbunden, ein zentrales Planungsinstrument nicht nur für den Einzelnen, sondern auch die Region mit dem Mittel „Hilfeplankonferenz“ (HPK) zu bekommen
- Konsequente Orientierung an den Grundgedanken des SGB IX – nicht auf die Leistungserbringung im Auftrag einzelner Leistungsträger beschränken

Hilfeplankonferenzen – Erwartungen des LVR



- Leistungen sollen von der Person her geplant werden und alle erforderlichen Leistungen zu einem effektiven Ganzen gefügt werden – personenzentrierte Hilfeplanung.
- In der HPK müssen alle Beteiligte ihre Möglichkeiten und Ressourcen in diesen Prozess einbringen und gemeinsam an einem Strang ziehen - Interdisziplinarität
- Einbeziehung von Menschen mit Behinderung, Dialogorientierung nicht nur im Hilfeplan sondern auch in der HPK
- Einbeziehen von individuellen und regionalen wie gesellschaftlichen Gesichtspunkten

Deckungsgleich mit den Erwartungen der Aktion psychisch Kranke als „spiritus rector“ der Hilfeplankonferenzen



- Hilfeplankonferenzen als Garant dafür, dass Kooperation und Koordination im Einzelfall zu einem Verbesserungspotential für die regionale Versorgung werden
- Dabei steht sowohl der „Wirkungsgrad“ – passgenaue, flexible Hilfen wie die Qualität der Zusammenarbeit im Mittelpunkt
- Gesamtverantwortung und „Klima“ der Verbundenheit : Verhandlungen und Absprachen statt „Verschiebebahnhöfen“

Empfehlungen der ASMK 2010 zu Hilfeplankonferenzen



- „Die Abstimmung der angemessenen Leistungen/Hilfen nach Inhalt, Umfang, zeitlicher Dauer und Zeitpunkten findet in einer Hilfeplankonferenz statt. **Alle in Betracht kommenden Leistungsträger sind zur Teilnahme... verpflichtet.** Der Hilfeplan und das Ergebnis der HPK sind notwendiger Bestandteil eines Gesamtplanes.“
Inhaltlicher Gegenstand von HPK`s sind u.a.
- Überprüfbare Teilhabeziele, Maßstäbe der Wirkungskontrolle
- Selbsthilferessourcen
- Hilfebedarf unter Berücksichtigung der individuellen Ziele
- Aktivierung des Leistungsberechtigten
- Angabe, ob eine persönliches Budget gewünscht ist

Forschungsergebnisse zu Hilfeplankonferenzen



- 1) Die quantitativ-qualitative Studie zur Verbesserung von HPKs in Mecklenburg-Vorpommern
- 2) Die Hessische Teilstudie (teilnehmende Beobachtung von Hilfeplankonferenzen) zu PerseH
- 3) Die qualitative Studie zur Integration von Klinikmitarbeitern in HPKs (Ferber)

Landesverband Sozialpsychiatrie MV – Modellprojekt zur effizienten Ausgestaltung und Optimierung von Hilfeplankonferenzen



- Kontext Sozialpsychiatrie, 8 Gebietskörperschaften (4 Städte, 4 Landkreise) von 18 in Mecklenburg-Vorpommern, Hilfeplanverfahren IBRP
- Ziel : ein HPK-Qualitätskonzept inhaltlich und strukturell zu entwickeln
- Methode : zirkulär/partizipativ als teilnehmende Beobachtung und teilstandardisierte Befragung von ständigen und fallweisen Fachkräften als Teilnehmer und von Nutzern/AntragstellerInnen. Erhebung der regionalen „Strukturqualität“ Erkenntnisprozess : Teilnahme , Rückmeldung, Teilnahme, Abschlussstatement Implementation und Weiterentwicklung regional

Ergebnisse MV



- Hohe Übereinstimmung insgesamt, jedoch leichte Kontroversen zwischen „fallweisen“ Fachkräften und ständigen Mitgliedern
- Verbesserung Atmosphäre, Personenorientierung, Lebensfeldorientierung, Zielorientierung und Häufigkeit von Veränderungsimpulsen wird durch Forschungsinterventionen/Qualitätskriterien erreicht
- Hohe Zufriedenheit der Nutzer/AntragstellerInnen , Bedeutung Atmosphäre , Kritik an Vielzahl Personen, nicht immer wird Passung von Hilfen erreicht, da angebotszentrierte Finanzierung
- Ergebnis : Landesweite Empfehlungen :Transparenz, Koordination, Gesamtplanung, rotierendes Verfahren der Leistungserbringer, fallbezogene Einladungen. Geschäftsordnung

PerSEH Hessen – Evaluationsergebnisse zu HPKs



- Auswertung von 27 regionalen HPK-Konferenzterminen für AntragstellerInnen aus dem Bereich psychische Erkrankungen wie auch geistige und mehrfache Behinderungen im Zusammenhang mit der Einführung einer personenzentrierten Leistungssystematik in 3 Modellregionen
- Vorerfahrung mit einer Kooperationskultur nur im Bereich EGH Psychisch kranke Menschen und dort wesentlich nur im städtischen Kontext, sonst eher „Monopolstrukturen“ für Zielgruppen

Ergebnisse der Beobachtung



- Arbeitserfahrung : gute Atmosphäre, positive Einschätzung der Arbeit bei harmonieorientierter Arbeitsweise (kritische Einwände nur von Leistungsträgerseite), unterschiedlich gelungene Gestaltung/Strukturierung der Zeit, kaum vorgeschaltete Fallkonferenzen, „mangelnde konstruktive Beteiligung“ nur in HPKs GB, dort folglich deutlich geringere Diskussion. Unklares Ziel :Plausibilitätsprüfung wird als Abgleich zu bestehenden Angeboten verstanden (status quo Erhalt)

PerSEH-Evaluation HPK Teil II

Arbeitsergebnisse HPK orientiert an Ansprüchen



- Konkrete Weiterentwicklung selten, Veränderung von Hilfeplänen und Festhalten von Konsequenzen wesentlich nur bei zeitl. Absprachen
- Teilnahme von weiteren Leistungsträgern stellt Ausnahme dar
- Focus Lösungsorientierung , Personenbezogen (Wunsch-Wahlrecht)
- Konstruktives Einbeziehen der Leistungsberechtigten gelingt
- Aktive lösungsorientierte Diskussion eher bei „Neufällen“
- Sehr unterschiedliches Engagement der regionalen Vertreter wie der Leistungserbringervertreter
- Überlastung der Rollen durch festgelegte Steuerungsverantwortung auf TN Leistungsträger : Organisation der Termine und Personen/ Moderation/Geschäftsführung/Protokoll
- Fazit des ZPE Siegen : Es entsteht eine gemeinsame Verantwortung für die Angebote in der Region, aber keine gemeinsame Verantwortung für die Weiterentwicklung und Ausgabenentwicklung

Die Qualität der Hilfeplanung ist entscheidend für inhaltliche Qualität der HPK



- Transparenz /Information
- Berücksichtigung der Ziele des Leistungsberechtigten
- Berücksichtigung von Ressourcen und Umfeld
- Transparente Zeiteinschätzung
- Kooperation im Einzelfall ist „entwicklungsbedürftig“ (Flexibilität, verändertes Vorgehen, Ergebnisoffenheit = verschiedene Möglichkeiten, Absprachen zwischen Trägern, persönliche Budgets)
- Besonders wenig : Kooperation in „andere Systeme“ Leistungsträger

Kooperationserfahrungen in HPK für psychisch kranke Menschen mit dem Klinischen Bereich



- 21 Experteninterviews (9 Klinikmitarbeiter, 12 Experten aus dem Bereich EGH : Leistungsträger, Koordinatoren, Leistungserbringer) mit ständigen Mitgliedern von „erfolgreichen“ und mehrjährigen Hilfeplankonferenzsystemen
- Reaktanzphänomene der KlinikmitarbeiterInnen: Ablehnung von Hilfeplänen, Absitzen /Zeitfresser Widerstand gegen Ambulantisierung weil Interesse der schnellen Abgabe/Platzbelegung dominiert, kein Verantwortungsgefühl über die erfolgreiche Weitervermittlung hinaus

Kooperation Gesundheitsbereich: von der Kollision unterschiedlicher Interessen



- Rahmenstrukturen und Haltung der ärztlichen Leitung von Kliniken dominieren Kooperation
- Hilfepläne können in Akutsituationen nicht erstellt werden, kurze Verweildauern, Kliniksozialdienst steht unter hohem Druck schneller Entlassungen, Rollenunklarheit, fehlende Klärung koordinierender Personen (Prozessverantwortliche)
- Daraus folgt: Lückenhafte Erstanträge
- Fehlende Partizipationskultur im klinischen Bereich
- Wunsch nach offener Kritik bei gleichzeitiger Eingrenzung auf Sachdienlichkeit in Bezug auf Plausibilitätsprüfung und Psychiatrieplanung , Furcht vor Einmischung in „Klinikinterne“

Empfohlene Lösungsstrategien der Expertenbefragung



- Langjähriges Kennen und Zusammenarbeiten
- Klarheit über Rahmen und Qualitative Ziele der Hilfeplanung
- Kollektive Bereitschaft, Prozesse zu gestalten und Rollenklarheit
- Vereinbarungen von Zielen der Arbeit und ihrer Begründung : was wird eigentlich gesteuert
- Der einzelne „Patient“ oder das
- Gemeindepsychiatrische System

Folgerungen bei „Alternativlosigkeit“



- Hilfeplankonferenzen sind „überfrachtet“ mit unterschiedlichen Rollen
- Es ist sinnvoll die Ebenen
- - Hilfeplanung = individuelle Prozessteuerung / Bedarfsempfehlung (Mikroebene)
- - Hilfeplanung als Organisation und Finanzierung der Hilfen aus „vielen Händen“ (Mesoebene)
- - und der regionalen (Um-)Steuerung in Richtung auf Teilhabe
auseinanderzuhalt.....

Sicherung und Steuerung von Teilhabequalität auf allen Ebenen ist nur über Kooperation und Koordination bei der Teilhabeplanung zu erreichen



- Aufwand lohnt sich, Kooperation zahlt sich aus: gute Versorgungsqualität lässt sich auch international nur jenseits von Trägeregovernments, sozialrechtlicher Versäulung, kostenkontrollfixierter Steuerung und Angebotszentrierten Hilfen nachweisen
- Finanzierungssystem und Organisation der Hilfen behindern strukturell, regional sehr unterschiedliche Verhältnisse, deutlich unterschiedliche zielgruppenspezifische Kulturen
- Anerkennung der Legitimität der Interessen aller Akteure

Bedeutung und Erfahrungen im Kontext individueller Hilfe/Teilhabeplanung



- Trennung der Rollen Alltagsbegleitung /Prozessbegleitung und Hilfeplanerstellung
- Keine grundsätzliche Festlegung der Prozessbegleitung: Wunsch- und Wahlrecht der AntragstellerInnen
- Sicherung der Partizipation und Beteiligungsoption aller Interessengruppen durch Prozessstandards der EGHTr., Organisationsverantwortung, Delegationsprinzip, Komm- und Gehstrukturen
Damit : hohen Aufwand reduzieren, „Abnickrituale“ vermeiden, „Vorführeffekte“ reduzieren, wirksame Kontrolle durch Veröffentlichungspflicht

Bedeutung im Kontext von Finanzierung /Empfehlungen zu Eingliederungshilfebescheiden



- Transparente vereinbarte Qualitätskriterien, Lernen aus Erfahrungen über die Vereinbarung zur Prozessverantwortung und Prozesssteuerung: individuelle Teilhabeziele erfolgreich unterstützen und umsetzen
- Faktisch sind die Kosten durch Angebotsstrukturen dominiert, nicht von individuellen Bedarfen
- Teilhabequalität ist auch im Einzelfall nur über Kooperation zu erreichen

Teilhabeorientierte Gestaltung – Interessenvertretung aller Positionen



- Alle drei Ebenen
- Individuelle Teilhabeplanungstreffen im kleinen Kreis, moderiert über Prozessverantwortung
- Organisatorische Umsetzung der Kooperation und Koordination der individuellen Teilhabeplanungen und Leistungsträger im Kontext Zielgruppe/Region, Qualitätskontrolle und Empfehlung
- Regionale Planung (selten): teilhabeorientierte Umsteuerung durch Zielvereinbarungen aller Akteursgruppen Auswertung der regionalen Situation, Kosten, Qualität von Teilhabe

Wirksame teilhabeorientierte (Um- Steuerung) ist möglich

- Ergebnisse des Forschungsprojektes RTI – regionale Teilhabeindikatoren, die den Stand und das Zusammenwirken von individueller Teilhabeentwicklung, flexibler Erbringung von Leistungen, Überblick zur regionalen Situation aus der Perspektive Kommune und Sorgeposition wie der Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Antragsteller abbilden und damit Zielvereinbarungen ermöglichen
- Interessenpositionen: Leistungserbringer, Leistungsträger, kommunale/regionale Ebene, „Sorgeposition“ und Selbsthilfe

Partizipation und teilhabeorientierte Gestaltung dieser „HPK –Kaskade“ ist möglich

- Forschungsergebnis Main-Kinzig-Kreis: Atmosphäre und Stil haben eine besondere Bedeutung für die Wahrnehmung von Seiten der Betroffenen
- Beteiligung kann gefördert und Sprachbarrieren gemindert werden durch Beteiligung von Ombudspersonen – Betroffenenvertretern
- Kommunale Verankerung von Teilhabeausschüssen mit der Funktion Ombudspersonen für die Steuerungsebenen demokratisch zu „verankern“.

Teilhabeorientierte Gestaltung und teilhabeorientierte (Um-)Steuerung ist möglich



- Kernelement – individuell koordinierte und Integrierte Teilhabeplanung
- Klare und vereinbarte Prozessgestaltung der Absprachen
- Verbesserungspotential für Teilhabequalität und Kosten durch Abgleich der Interessen
- Entwicklung vergleichbarer zeitbasierter Vergütungsstrukturen

MODERATION DR. DIETER SCHARTMANN

Ja, vielen Dank liebe Frau Prof. Gromann, ich kann nur sagen, ich bin sehr froh, dass wir die Veranstaltung hier aufzeichnen, denn der Vortrag war so gedankenreich, da waren so viele Anregungen drin, bei denen es sich sicherlich lohnen wird, nochmal genauer nachzugehen.

Ganz herzlichen Dank dafür.

Ich denke, einiges von dem, was Sie jetzt angesprochen haben, angerissen haben, werden wir heute Nachmittag in den Workshops sicherlich nochmal diskutieren, dafür ist das eine sehr gute Steilvorlage gewesen, weil es sind sehr viele fachliche Anregungen auch mit dabei gewesen sind, und Anknüpfungspunkte, von denen wir im Rheinland sagen, da könnten wir ja vielleicht dran aufsetzen. Ich denke beispielsweise an das Thema Partizipation von Menschen an den Hilfeplankonferenzen.

Ich bitte nun Frau Esch das Mikrofon zu übernehmen zum Thema „Hilfeplankonferenzen im Rheinland – Erfahrungen und Erwartungen“ zu unserer Gesprächsrunde, wo wir nochmal genau gucken, wo stehen wir denn jetzt im Rheinland, aber auch wo kommen wir her, und wo wollen wir hin. Schönen Dank.



GESPRÄCHS- UND DISKUSSIONSRUNDE

MIT:

CHARLOTTE DAHLHEIM, GESUNDHEITSAMT DER STADT KÖLN

ULRICH KRÜGER, GESCHÄFTSFÜHRER AKTION PSYCHISCH KRANKE

LOTHAR FLEMMING, FACHBEREICHSLIETTER SOZIALHILFE II, LVR

SABINE JOEL, EX-IN-GENESUNGSBEGLEITERIN, MALTESER-JOHANNITER-JOHANNESHAUS, SIEGBURG

BRIGITTE BALZER, STELLV. FACHLICHE DIREKTORIN LVR-HPH-NETZ NIEDERRHEIN

OLAF MAAS, DIAKONIE RHEINLAND-WESTFALEN-LIPPE

MODERATION: BIANCA ESCH, MEDIZINISCH-PSYCHOSOZIALER FACHDIENST, LVR

FRAU ESCH: Vielen Dank Herr Dr. Schartmann. Herzlich willkommen.

Wir möchten mit der Gesprächsrunde den Blick zurück nach vorn richten, so wie es auch die Einladung verspricht. Und möchten daher ganz kurz zunächst nochmal auf die Entwicklung der HPK zurück blicken, zweitens darüber sprechen, welche Erfahrungen in der Praxis vor dem Hintergrund der aufgezeigten Entwicklungen in den letzten zehn Jahren prägend waren, mit anderen Worten, also inwieweit konnten die Ansprüche und Erwartungen in der Praxis umgesetzt werden und inwieweit ist es gelungen, Menschen mit Behinderungen an der HPK zu beteiligen.

Abschließend möchten wir einen Ausblick wagen und klären, welche weiteren Entwicklungen erforderlich sind.

Hierüber spreche ich mit Frau Sabine Joel. Schön, dass Sie hier sind. Sie sind hier heute in einer Doppelfunktion, und zwar haben Sie selbst schon einmal als Klientin an einer Hilfeplankonferenz teilgenommen und Sie arbeiten heute als EX-IN-Genesungsbegleiterin im Gruppendienst in einem Wohnheim für psychisch erkrankte Menschen, und zwar im Malteser-Johanniter-Johannes-Haus in Siegburg.

Vielleicht noch eine ganz kurze Info dazu, was EX-IN bedeutet. EX-IN ist eine englische Abkürzung und steht für „Expe-

rienced-Involvement“ und bedeutet Experte, in diesem Fall Expertin aus Erfahrung. Dahinter steckt die Idee, dass Psychiatrieerfahrene zu bezahlten Fachkräften im psychiatrischen System ausgebildet werden.

Ich begrüße Ulrich Krüger. Sie sind Geschäftsführer der Aktion Psychisch Kranke. Sie sind ein Mann der ersten Stunde bei der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes und der Erprobung in der Praxis, insbesondere der Hilfeplankonferenz. Insofern sehr schön, dass wir Sie heute hier haben.

Ich begrüße auch Frau Charlotte Dahlheim. Sie sind heute Abteilungsleiterin, Psychiatrie- und Suchtreferentin im Gesundheitsamt der Stadt Köln. Sie bringen in diese Runde langjährige Erfahrungen ein, denn Sie waren auch von Anfang an in einer der ersten fünf Hilfeplankonferenzen mit dabei, und zwar in Wuppertal, später dann auch in Düsseldorf und in Köln.

Frau Brigitte Balzer, Sie sind stellvertretende fachliche Direktorin beim LVR HPH Netz Niederrhein. Sie bringen in diese Runde die Sicht des HPK Netzes Niederrhein ein, das ja Leistungen für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung anbietet. Sie waren selbst über zehn Jahre Mitglied von Hilfeplankonferenzen im Kreis Wesel und in Duisburg und sind heute, wenn ich das richtig verstanden habe, noch beratendes Mitglied in Duisburg. Herzlich willkommen.

Ich begrüße Olaf Maas in dieser Runde, Geschäftsbereichsleiter für Pflege, Alten- und Behindertenarbeit bei der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe. Sie bringen in dieser Runde den Blick der Landesarbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ein.

Und ich begrüße Lothar Flemming, Fachbereichsleiter Sozialhilfe II beim Landschaftsverband Rheinland. Sie haben die Einführung der Hilfeplankonferenzen im Rheinland mit auf den Weg gebracht. Nochmals herzlich willkommen an Sie, Herr Flemming.

Zunächst der Blick zurück auf die Entwicklung der HPK, heute werden ja Hilfeplankonferenzen von vielen jungen Mitarbeitenden wahrscheinlich als selbstverständlich wahrgenommen. Anstoß für die Entwicklung und Etablierung der Hilfeplankonferenzen waren die Erfahrungen aus dem Modellprojekt der Aktion Psychisch Kranke. Was war die Idee, die hinter den Modellprojekten stand, Herr Krüger, können Sie uns dazu etwas sagen?

HERR KRÜGER: Ja, sehr gerne, soweit das noch nötig ist, nach dem Vortrag von Frau Gromann. Also ich fand das einen sehr umfassenden Überblick über den Hintergrund, insofern möchte ich jetzt nur einige Stichworte benennen.

Das erste ist die Einbeziehung der Klienten. Man spricht ja heute oft so, als würde da die Welt erst seit der UN-BRK bewegt. Das ist nicht der Fall. Es gab sehr viele Vorläufer und es gab im Rahmen der erwähnten Projekte ein großes Bemühen, bei der Planung des weiteren Vorgehens Klienten mit einzubeziehen und diese Einbeziehung überprüfbar zu machen.

An dieser Stelle eine Zwischenbemerkung: Ich glaube, dass bestimmte Dinge nur funktionieren, wenn man mehrere Probleme gleichzeitig löst. Das ist nicht immer so. Häufig ist es genau umgekehrt, dass man nur vorankommt, wenn man kleine Einzel-Schritte geht und irgendwann hat man dann die Gesamtstrecke.

Aber das Konzept der personenzentrierten Hilfen gelingt nur, wenn man verschiedene Ziele gemeinsam angeht. Genau das ist damals geschehen. Die Hilfeplankonferenz war ein wichtiges Instrument zur Erreichung aller dieser Ziele. Sie diente nicht zuletzt dazu, die Einbeziehung der Klienten bei der Hilfeplanung zu stärken.

Denn es hat nur Sinn mit dem Klienten einzeln zu sprechen, wenn sich daran dann auch individuelle Hilfeprogramme anschließen. Sonst spricht man miteinander, aber es passiert

anschließend doch eigentlich wieder das Gleiche wie sonst, dass man nämlich nur zwischen ein oder zwei oder drei verschiedenen Angebotsformen wählen kann, die vielleicht auch vorher schon bekannt waren.

Damit haben wir den zweiten Aspekt, die Individualisierung. Nach der eben betonten Einbeziehung der Klienten muss es individuelle, auf die Einzelperson bezogene Hilfeprogramme geben. Die Hilfeplankonferenz ist nicht nur der Ort, an dem überprüft wird, ob ein Hilfebedarf besteht, sondern vielmehr der Ort, an dem überprüft wird, ob mit dem Klienten individuelle Ziele gefunden wurden und ob individuelle, mit dem Klienten abgestimmte Wege zu deren Erreichen beschrieben werden.

Hilfeplanung unter Einbeziehung des Klienten und die Erarbeitung einer individuellen Vorgehensweise ergeben einen guten Hilfe- oder Teilhabeplan. Auch das reicht noch nicht aus. Der Plan ergibt nur dann Sinn, wenn er ernst genommen wird und Konsequenzen hat. Die Koppelung von individueller Zielbestimmung und Entscheidung über die gesamte individuelle Hilfeleistung ist der dritte Aspekt der personenzentrierten Hilfe.

Auch hier betone ich wieder den Zusammenhang, weil es keine Selbstverständlichkeit ist, dass auf eine individuelle Hilfeplanung auch ein individuelles Hilfeprogramm erfolgt. Oft gibt es sehr differenzierte Gespräche, die gar keine Relevanz haben, weil anschließend doch wieder einrichtungsbezogen entschieden wird oder weil an anderen Orten nach anderen Kriterien entschieden wird.

Daraus ergibt sich die Hilfeplankonferenz als der Ort, an dem überprüft wird, ob wirklich ein Hilfeplan vorliegt, der deutlich macht, was für diesen individuellen Klienten wichtig ist, und dass es ein Hilfeplan ist, der aus seinem Mund kommt oder hätte kommen können, der also so formuliert ist, dass man davon ausgehen kann, dass da tatsächlich auch eine kooperative Hilfeplanung stattgefunden hat.

Klienteneinbeziehung, individuelle Zielbestimmung und Planung einer individuellen Vorgehensweise sowie kooperative Entscheidung über den individuellen Bedarf bilden ein Gesamtkonzept, das man mit der Hilfeplankonferenz umsetzen kann. Das ist damals hier im LVR-Zuständigkeitsbereich neu eingeführt worden.

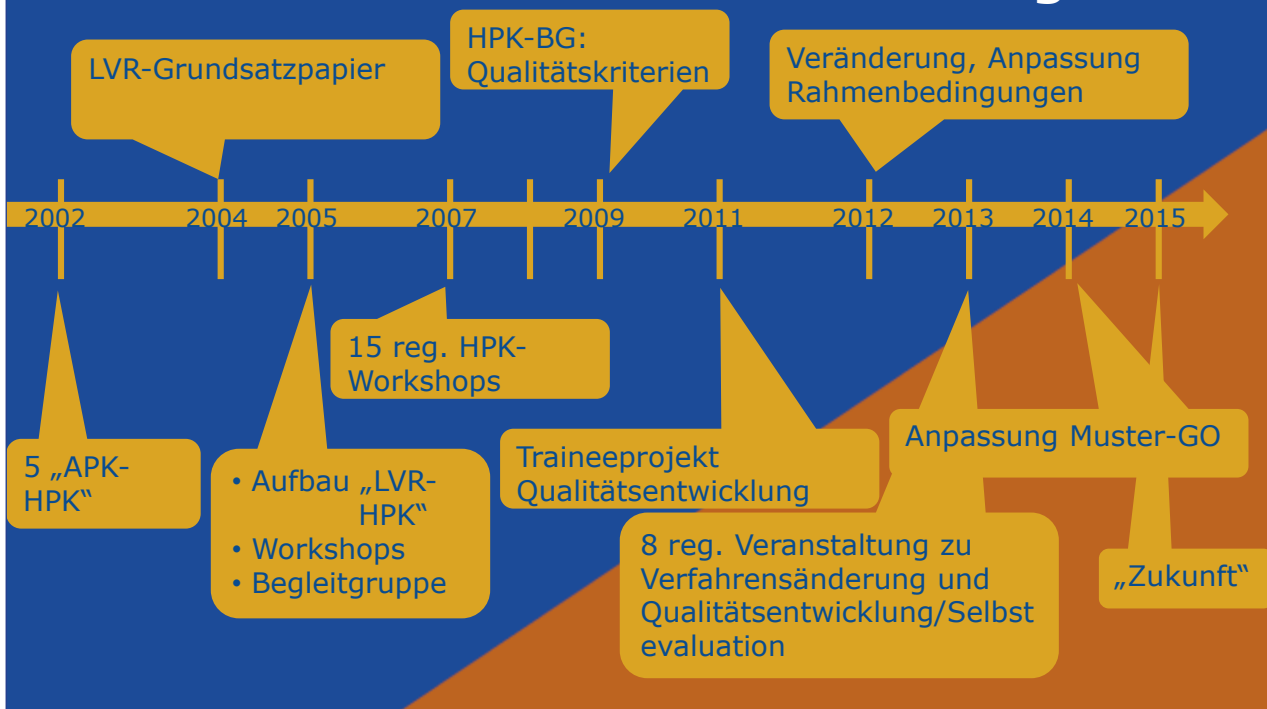
Das System der Finanzierung über Fachleistungsstunden ist ein Instrument, durch das erst Flexibilität entstanden ist, die es vorher gar nicht gab. Auch hier gilt wieder: Wenn eins, zwei,

HPK IM RHEINLAND – Erwartungen und Erfahrungen

Charlotte Dahlheim (Stadt Köln) - Ulrich Krüger (APK) - Lothar Flemming (LVR) - Sabine Joel (EX-IN) - Brigitte Balzer (LVR-HPH-Netz) - Olaf Maas (Diakonie RWL)

Moderation: Bianca Esch (LVR)

HPK IM RHEINLAND – Entwicklungen (Auszug)



drei – Einbeziehung, Individualisierung, Hilfeplankonferenz – verwirklicht sind, man dann aber wieder nur über ein 1:12-Betreutes Wohnen entscheiden kann, fragt man sich, was sollen die drei Punkte davor? Es ist mir sehr wichtig darzustellen, dass die vielen Aspekte, die Frau Gromann genannt hat, gemeinschaftlich angegangen werden müssen, weil sie einzeln keinen Sinn ergeben und nur gemeinsam zum Ziel der personenzentrierten Hilfe führen.

FRAU ESCH: Herzlichen Dank. Herr Flemming, Sie haben gerade schon das Stichwort bekommen, auch der Landschaftsverband Rheinland hat die Idee ja letztendlich aufgegriffen und auf den Erfahrungen die HPK aufgebaut.

Vielleicht nochmal zurück, was waren denn damals die Ziele und Erwartungen, mit denen der LVR die HPK im Rheinland aufgebaut hat.

HERR FLEMMING: Herrn Lewandrowski hat es schon erwähnt, 2004 haben wir das aufgeschrieben: Um auf der Basis des individuellen Hilfeplanes zu einer fachlich abgestimmten Entscheidung über Art, Umfang und Erbringung der Hilfen zu gelangen und hierbei die Leistung der Eingliederungshilfe auf das erforderliche Maß zu beschränken, sowie stationäre Maßnahmen möglichst zu verhindern oder zu beenden, werden regionale Hilfeplankonferenzen zeitnah und flächendeckend aufgebaut.

Was machen die? Sie stellen im fachlichen Austausch fest, welche Hilfen erforderlich sind, welchen Umfang die Hilfen haben müssen, wer die Hilfe erbringen soll und wo die Hilfe erbracht werden soll.

Klare Beschreibung, was erwartet wurde. Ich weiß nicht, ob wir damals schon so tieferschürfend darüber nachgedacht haben, was wir da lostreten und ich habe dann immer gesagt, das wird ein Lernfeld ersten Ranges für alle Beteiligten.

Ich sag mal, was meine Erwartung oder meine Hoffnung damals war: Dass sich eine Negativ-Vorstellung nicht durchsetzt, die ich durchaus auch hatte, nämlich: „Der IHP ist ein Fachleistungsstundenbeantragungsbogen, nichts anderes und die Hilfeplankonferenz ist ein Fachleistungsstundenvergabesystem, nichts anderes.“

Ich habe naturgemäß aus meiner Rolle heraus nur sehr wenige Hilfeplankonferenzen praktisch mitgemacht, mehr über sie erzählt bekommen und sage heute: diese Negativ-Erwartung hat sich so nicht erfüllt. Insbesondere, als wir uns durch unsere aus der Not geborene Verfahrensänderung 2012 auf

etwas konzentriert haben, was für mich das wichtigste war: meines Erachtens brauchen wir keine Hilfeplankonferenz für jeden einzelnen Antrag. Wir brauchen sie aber ganz dringend für die Menschen, für die in der Region keiner mehr eine Idee hat, wie man ihnen die Hilfen zur Verfügung stellen kann, die sie brauchen. Die gibt es, und da kann ich mich nach wie vor nicht damit zufrieden geben, dass man gemeinsam feststellt: „Ja, die brauchen Hilfen, aber wir wissen irgendwie nicht, wie das gehen soll, Landschaftsverband, sieh mal zu, wo du sie unterbringst.“

Insofern wünsche ich mir bis heute, dass dann eine Hilfeplankonferenz sich so ausgestaltet wie eine Tarifverhandlung. Also dass man tatsächlich erst auseinander geht, wenn zumindest die zweitbeste Lösung miteinander entwickelt worden ist.

FRAU ESCH: Danke schön. Herr Maas, aus Sicht der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege – welche Erwartungen, Ansprüche gab es denn damals von Ihrer Seite, als die Hilfeplankonferenzen gestartet sind, hatten Sie ähnliche Negativbilder, vielleicht Erwartungen?

HERR MAAS: Also, erst einmal muss ich sagen, dass meine gesamte Vorbereitung perdu ist, all das, was ich mir aufgeschrieben habe, von Frau Gromann, von Ihnen und von Ihnen bereits gesagt wurde.

So, was mache ich jetzt? Über das Gesagte hinaus hatten wir durchaus Erwartungen und Dinge im Kopf, Sie hatten gesagt: „Darf ich auch sagen, was ich im Kopf hatte?“ Was ich im Kopf hatte war, dass die Hilfeplankonferenzen einfach in der Entwicklung dran war. Wir hatten die Hochzonung, wir hatten den IHP hier im Rheinland, wir hatten die Erfahrungen von Ihnen. Wir haben dann in der Begleitgruppe geguckt: Wie kriegen wir das in die Fläche? Ein Aspekt ist mir dabei noch wichtig: Das ist für Sie und für Sie, die Sie hier im Plenum sitzen und im Rheinland und in Nordrhein-Westfalen unterwegs sind, vielleicht selbstverständlich, in anderen Bundesländern ist es ganz anders. Wir hatten die Zielsetzung, diese Bedarfe weg von der Aktenlage zu holen, weg von der Behörde zu holen, Entscheidungen nach Aktenlage, in anderen Bundesländern, verdammt noch mal, da ist das noch so. Ich bin viel in Rheinland-Pfalz unterwegs, im Saarland unterwegs, da gibt es diese Instrumente in dieser ausgeprägten Form nicht. Dies war unsere Erwartung, ich glaube, das ist gelungen. Wir hatten eine weitere Erwartung, dass wir gemeinsam auf das Instrument IHP gucken. Nicht einer guckt drauf, nicht zwei gucken drauf, sondern mehrere gucken drauf und wir steigern dadurch die Qualität durch die gemeinsame Betrachtung. Ein weiterer Punkt war, der hat sich nicht erfüllt, ich komme

gleich mit dem Ergebnis, dass wir die Datenlagen systematisch sammeln können und dass das Auswirkungen hat auf die Regionalversorgung.

Das hat sich nicht erfüllt, ich glaube, da muss man nochmal hingucken. Der vierte Punkt, die Sozialraumorientierung, den wir seinerzeit im Kopf hatten, das war vor zehn Jahren noch nicht so modern als Begriff, das hatten wir aber alle im Kopf, auch da müssen wir noch einmal hingucken. Sie haben es exponiert noch einmal formuliert.

Und ein letzter Punkt, diese Hoffnung hat sich gar nicht oder nur teilweise erfüllt, war sicherlich auch sehr anspruchsvoll. Wir wollten sehr zügig andere Akteure mit an den Tisch holen. Sowohl von Kostenträgerseite als auch von Seiten der Leistungserbringer. Das heißt, wir wollten über den Bereich Wohnen hinaus das Thema Arbeit mit in den Blick nehmen. Ich weiß, in einigen HPK ist es gelungen, da verliert sich manchmal der eine oder andere Kostenträger, aber in der Fläche ist es nicht gelungen. Ich glaube, das war eine Erwartung von uns, da müssen wir noch einmal, wenn wir gleich nach vorne gucken, ein Augenmerk drauf werfen.

FRAU ESCH: Dann nehmen wir das mit, dann hoffe ich auch, dass wir gleich noch dazu kommen werden. Ich möchte zunächst auch an Frau Dahlheim das Wort geben. Sie waren einerseits von Anbeginn mit dabei, Sie haben auch eben noch einmal, Herr Lewandrowski hat die Weiterentwicklung aller HPK aufgezeigt, Sie haben sie miterleben dürfen. Welche positiven Erfahrungen haben sie über diese Zeitspanne gemacht, gibt es da wesentliche Highlights, von denen Sie berichten können?

FRAU DAHLHEIM: Ich würde zunächst auch noch einmal etwas aus meiner Sicht der damaligen Implementation des Hilfeplanverfahrens in Wuppertal berichten und was da unsere Ziele waren. Diese Ziele sind natürlich insgesamt auch unterschiedlich oder (noch) nicht realisiert worden. Eine Leitfrage hat uns da beschäftigt, nämlich: Warum muss sich ein Mensch ins Bett einer Einrichtung legen, wenn er einer Hilfe bedarf. Und das hat uns schon sehr stark beschäftigt und das war für uns auch sehr handlungsleitend, warum wir dann gesagt haben, so ein neues Steuerungsinstrument Hilfeplanverfahren, mit Hilfeplankonferenz, auch mit Hilfeplanung im Einzelfall, ist genau das, was wir dann brauchen. Hieraus konnten wir Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Versorgung ziehen. Wir haben ein sehr breit aufgestelltes Hilfesystem und unterschiedliche Kosten- und Leistungsträgerzuständigkeiten, die für die Betroffenen nicht immer sehr durchschaubar sind. Das war aus kommunaler Sicht auch ein Grund, wo wir entschieden

haben, für ein solches Hilfeplanverfahren Ressourcen bereitzustellen und uns eingehend damit beschäftigen. Wir wollten natürlich schauen, dass ein Mensch vor Ort in der Gemeinde auch ambulant die Hilfe bekommt, die er benötigt, ohne dass er sich in das Bett der Einrichtung legen muss. Das hatte aber auch zur Konsequenz, dass wir eine Hilfeplanung durchführen, die übergreifend von Kosten- und Leistungsträgerzuständigkeiten stattfindet. Die Realisierung haben wir uns damals durch die Beteiligung als Modellregion versprochen. Die Einführung des personenzentrierten Hilfeplanverfahrens war daher ein wichtiger Schritt. Die Besetzung der Hilfeplankonferenz wurde also Kosten- und Leistungsträgerübergreifend vorgenommen und die Hilfeanbieter nach Funktionsbereichen sortiert. Dabei mussten wir schauen, dass wir Bereiche bilden, die möglichst die Versorgungsregion abbilden, so dass von den Kliniken bis über die ambulanten Dienste auch alle beteiligt sind, auch der örtliche Sozialhilfeträger genau wie der Überörtliche. Damit haben wir im Einzelfall auch sichergestellt, und das ist ja ein Ziel der Hilfeplankonferenzen, wenn die Hilfe nicht konkret realisiert werden konnte, dass zumindest Übergangslösungen gefunden werden. Und da waren wir gemeinsam sehr kreativ und das war ein Highlight oder ist ein Highlight, dass wir das auch im Einzelfall immer im Sinne des Menschen hinbekommen haben, zumindest vorübergehend, bis andere Hilfen greifen konnten.

Wichtig war uns allerdings auch, dass angesichts der Vielzahl von Angeboten natürlich jemand im Einzelfall parat steht für den Betroffenen, der auch diesen Hilfebedarf, der dann auch sehr komplex sein kann, koordiniert. Das heißt, wenn die medizinische Hilfe genauso notwendig ist wie ein ambulantes, betreutes Wohnen oder auch andere Hilfen, vielleicht auch eine Suchtberatung, die in der kommunalen Verantwortung liegt, dass die Hilfe auch von einer koordinierenden Bezugsperson, das war ja auch Teil des Projektes, koordiniert wird. Damit sollte dem Menschen jemand an die Seite gestellt werden, der da auch noch einmal einen besseren Überblick hat über die Versorgungsregion. Dieses wichtige Anliegen ist leider bis heute noch nicht realisiert. Die Realisierung ist im Zuge des Prozesses stecken geblieben, was sicherlich etwas mit Ressourcen zu tun hat. Wichtig ist natürlich auch, das hat Herr Maas noch einmal erwähnt und wurde auch von Frau Prof. Gromann erwähnt: das war ein Weg, weg von der Behörde, hin in die Versorgungsrealität des Menschen. Und das war auch ein wichtiger Part, der bis heute Gott sei Dank realisiert ist, aber wo wir schauen müssen, dass die Entwicklung nicht wieder zurückgeht. Und das hat Herr Lewandrowski eben erwähnt, durch den Prozess der letzten Jahre hat sich einfach sehr viel verändert. Von den Ansprüchen von damals ist bis heute einiges teilweise umgesetzt, teilweise ist es in Verän-



derung begriffen. Wir müssen schauen, dass wir uns mit dem Hilfeplanverfahren nicht wieder weg von der Lebensrealität und Welt des Betroffenen entwickeln.

Das wäre ein Punkt, wo auch die persönliche Teilhabe des Klienten gefragt und wichtig ist und dass der Hilfebedarf des Einzelnen auch tatsächlich in der Hilfeplankonferenz und nicht am Tisch der Behörde in Köln entschieden werden kann.

FRAU ESCH: Frau Balzer, ich möchte auch Ihnen die Frage stellen, welche prägenden Erfahrungen als Mitglied einer Hilfeplankonferenz haben Sie denn über die Zeitspanne Ihrer ganzen Erfahrungen machen können?

FRAU BALZER: Ja, danke schön. Ich denke, dass wir festgestellt haben, dass die Kooperationen vor Ort zwischen den Trägern sich natürlich verbessert hat, man hat sich kennen gelernt, man hat die einzelnen Angebote kennen gelernt, um diese insbesondere für die individuellen Bedürfnisse der Kunden bedarfsgerecht anbieten zu können. Es hat Kooperationen und Austausch gegeben. Das Ziel, dass sich die Menschen daran beteiligen, das ist für den Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung etwas schwieriger als im Bereich der Menschen mit psychischer Erkrankung. Wir haben es nicht gut geschafft, die Menschen zu beteiligen, das hat sicher etwas damit zu tun, dass die Gremien oft sehr groß sind. Also die HPK, an denen ich selber beteiligt war, in Wesel und in Duisburg hatten so zwischen fünf und sechs Personen, das war noch überschaubar. Aber ich weiß von Kollegen, dass es durchaus Gremien gibt, in denen zehn, zwölf Menschen sitzen und da glaube ich, es ist einem Menschen mit geistiger Behinderung oder auch einem psychischen Kranken kaum zumutbar, dann über seine persönlichen Bedarfe zu diskutieren. Und da ist natürlich die Frage wichtig, einerseits, was gibt es in der Region um Bedarfe abzudecken, andererseits muss man dann auch in dem Fall das Wunsch- und Wahlrecht eines Menschen berücksichtigen, der seinen Bedarf nicht so gut vertreten kann und auch nicht so gut damit umgehen kann, wenn er vor so einem Gremium vorgestellt und befragt wird. Das war ja heute Morgen auch schon ein Thema: die Atmosphäre, das hat ja viel mit den handelnden Personen vor Ort zu tun. Ich denke, positiv kann ich

aus den beiden HPK berichten, in denen ich selber vertreten war und noch bin, dass die Menschen, die dann zu den HPK kamen, immer sehr respektvoll behandelt worden sind, dass die Rückmeldungen, die auch in der Evaluierung benannt wurde, die Bewertung sehr positiv ausgefallen sind, und dass sie sich dort sehr angenommen gefühlt haben. Ich denke, das ist schon ein großer Erfolg, dass die Menschen, die dann den Weg dahin nicht gescheut haben, sich ernst genommen gefühlt haben und ihre Interessen auch berücksichtigt worden sind.

FRAU ESCH: Ja, das finde ich, ist ein wichtiger Punkt. Wir werden auch gleich konkret Möglichkeit haben, mit Frau Joel dazu ins Gespräch zu kommen. Ich möchte vorher noch auf einen anderen Punkt zurückkommen. Stichwort: Weiterentwicklung. Es gab ja auch Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung und auch zur Selbstevaluation. Vielleicht an Frau Balzer und an Frau Dahlheim die Frage: Wie ist Ihre Erfahrung vor Ort, wie geht die Hilfeplankonferenz denn mit diesen Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung um? Stellen Sie Ihre Arbeitsweise vor Ort in Frage, um sich auch qualitativ weiter zu entwickeln?

FRAU BALZER: Also im Bereich Duisburg gibt es einen HPK Qualitäts-Zirkel, dort treffen sich die Teilnehmer der Hilfeplankonferenz aus allen Bereichen: Psychiatrie, Sucht und GB mit den Fallmanagern, wir haben dort den Evaluierungsbogen bearbeitet und sind diesen sehr kritisch durchgegangen. Da hat es natürlich einige Dinge gegeben, bei denen wir festgestellt haben, die gut sind, wie die Atmosphäre zum Beispiel, der Umgang mit den Menschen, aber es gab auch eben Bereiche, wo durchaus Verbesserungsbedarf besteht.

Für mich ist da in erster Linie zu nennen, was heute auch schon Thema war, ich denke, dies wird vielleicht auch heute Nachmittag in einem Workshop thematisiert, die Gesamtplanung, die Planung in der Region, die Bedarfsplanung. Ich finde es äußerst kritisch, dass die Menschen, die vorgestellt werden, in der Regel ja schon die sind, die einen konkreten Ansprechpartner haben, die eine Institution haben, die sich mit ihnen zusammen gesetzt haben und die möglicherweise schon ihren Leistungsanbieter kennen.

Es gibt aber auch eine ganze Menge Menschen, die das eben nicht haben. Die möglicherweise unversorgt sind. Das ist zum Beispiel ein Punkt, der sich für die Weiterentwicklung herauskristallisiert hat, dass wir uns Gedanken über die Menschen machen müssen, die erst gar nicht in der HPK besprochen werden.

Frau Dahlheim, vielleicht können Sie noch den Aspekt der genannten Wirkungskontrolle, den Frau Gromann auch genannt hatte, mit einbeziehen?

FRAU DAHLHEIM: Ja, also ich habe auch die Erfahrung gemacht, dass da wo der Leitfaden angewandt wird, bei der Überprüfung der Arbeitsweise, dass es sehr hilfreich ist in Form der Förderung, auch der Zusammenarbeit der Anbieter, die da gemeinsam Hilfeplanverfahren vor Ort gestalten. Positiv ist auch, dass tatsächlich kritisch hinterfragt wird, wie die Arbeitsweise ist, in Form von Klima oder auch wie der Raum ausgestattet ist oder wie die Moderation stattfinden soll oder auch welche Fälle dort beraten werden sollen. Die angemessene Beteiligung wird auch konkret hinterfragt von Seiten des Anbieters, also die Unterstützung der Teilnahme an der Hilfeplankonferenz. Das war ja auch ein Ziel der HPK-Begleitgruppe, dass möglichst die Menschen nicht im schlimmsten Falle gezwungen werden, sondern im besten Falle ihnen mitgeteilt wird, dass sie dabei sein können. Aber das kommt auch immer auf die Gestaltung der Beziehung an zwischen denen, die den Hilfeplan erstellen, und dass da auch drauf geachtet wird, dass da immer wieder das eigene Verhalten oder der eigene Umgang mit den Betroffenen hinterfragt wird.

FRAU ESCH: Ich würde gerne auf den nächsten Punkt zu sprechen kommen und einen weiteren Aspekt einbringen, und zwar, nochmal Herr Flemming, welcher Anspruch besteht denn derzeit an die Beteiligung von Menschen mit Behinderung an der Hilfeplankonferenz?

HERR FLEMMING: Ich erinnere mich an eine ähnliche Veranstaltung, die wir ganz zu Beginn des Prozesses gemacht haben. Da war der Kollege Speicher damals aus Rheinland-Pfalz hier und berichtete über die dortigen Erfahrungen und sagte dann: Natürlich hat jeder Mensch, der das möchte, das selbstverständliche Recht seine Interessen, seine Anliegen in der HPK selber zu vertreten, und gleichzeitig sind wir über jeden froh, der nicht kommt. Warum? Weil man sich damals mit dem Anspruch auf die HPK eingelassen hat, wir wollen jeden Antrag, jeden Bedarf dort besprechen, natürlich am liebsten auch mit jedem Antragsteller, mit jedem Menschen mit Behinderung.

Ich habe mir dann vorgestellt, was das bedeuten würde. Wenn der Mensch mit Behinderung dabei ist, braucht man mehr Zeit als dieses sehr enge Zeitraster, das damals idealtypisch entwickelt worden ist. Weil man ihm natürlich nicht so sagen wird wie einem Professionellen: wir müssen auf die Zeit achten. Sondern man wird ihm die Möglichkeit geben, seine Anliegen auf seine Weise darzustellen.

Insbesondere wenn alle Beteiligten nicht so genau wissen, was braucht der Mensch mit Behinderung, wünsche ich mir, dass mit ihm gemeinsam beraten wird, wie kriegen wir ein Unterstützungspakete zusammen geschnürt. Im Moment ist die Zahl derer, die Interesse haben, dort hinzugehen, noch viel zu niedrig. Das Interesse entwickelt sich meines Erachtens nicht von allein, sondern braucht sehr nachdrückliche Ermutigung und auch eine Begründung, was habe ich denn davon, wenn ich dahin gehe. Ist das nur irgendwie ein Expertenaustausch auf hohem Niveau, der an mir vorbei geht, oder habe ich tatsächlich Einflussmöglichkeiten auf das, was da passiert. Und das ist dann auch bei dem begonnenen Selbstüberprüfungsprozess der HPK für mich die wesentliche Frage: Gestalten wir das so, dass der Mensch tatsächlich nicht nur findet, das war nett und die waren alle nett zu mir, sondern ich hatte Möglichkeiten, da Einfluss zu nehmen. Und das ist, glaube ich, eine echte Herausforderung.

FRAU ESCH: Ich möchte die Frage gerne aufgreifen und Frau Joel zunächst in ihrer Rolle als Klientin, die an einer Hilfeplankonferenz teilgenommen hat, befragen. Warum war es Ihnen persönlich wichtig, daran teilzunehmen?

FRAU JOEL: Ich habe mich dort vertreten und ich weiß es noch wie heute. Es war ungefähr acht Jahre her, da wurde der Hilfeplan über mich geschrieben, für mich geschrieben, und erst einmal war ich sehr froh, dass es dieses Mittel gibt, den Hilfeplan. Dass mir angeboten wurde, diese Entlastung, erst mal das zu sagen, was ich brauche, wie kann mir geholfen werden, dass ich das weitergeben kann, dass es notiert wird, dass ich es lesen kann. Und dann war es mir wichtig, in der Hilfeplankonferenz dabei zu sein, auch die Gesichter zu sehen, die dort über mich entscheiden, sage ich mal. Und da war für mich die Atmosphäre sehr wichtig, die war damals, das ist acht Jahre her, erst mal nicht so gut. Ich saß bestimmt eine halbe Stunde vor diesem Raum, wo ich nicht wusste, wer dahinter sitzt, und meine Betreuerin hatte sich an diesem Tag Urlaub genommen und ich kam mit einer fremden Person dorthin. Der Raum, in den ich dort kam, war sehr eng und ich fühlte mich doch schon sehr eingengt, aber es war eine sehr gute Atmosphäre dort und ich konnte etwas zu mir sagen. Es wurden mir Fragen gestellt, es hat nicht so lange gedauert, zehn



Minuten. Aber für sie ist es dann wahrscheinlich schon lange, wenn dann nacheinander die Nutzer kommen. Ich war danach sehr erleichtert, dass dieser Hilfeplan genehmigt wurde. Und heute würde ich mir wünschen, dass auch jemand wie ich, ein Erfahrener, in diesem Gremium sitzen würde. Das wäre mir sehr wichtig, dass der Nutzer, der Antragsteller auch sieht: „Aha, da ist noch jemand wie ich“ und dass ihm das vielleicht die Scheu nehmen würde.

FRAU ESCH: Hatten Sie das Gefühl, dass man Sie ernst nimmt und vielleicht, wie Herr Flemming eben gesagt hat, Sie wirklich auch mitentscheiden, mitreden konnten?

FRAU JOEL: Ja, das Gefühl hatte ich auf jeden Fall.

FRAU ESCH: Herzlichen Dank, dass Sie uns an Ihren Erlebnissen teilhaben lassen. Ich möchte Sie gerne auch noch in Ihrer anderen Rolle befragen: Wie ist Ihre Erfahrung aus Ihrer Arbeit als EX-IN-Genesungsbegleiterin im Wohnheim. Gehen die Klienten zur Hilfeplankonferenz, wenn der Hilfeplan dort besprochen wird?

FRAU JOEL: Nein, bis jetzt nicht. Es ist mir heute aber auch im Laufe des Tages in den Kopf gekommen. Aber es ist manchmal nicht möglich. Oder es müsste ein anderes Setting sein. Vielleicht im Haus stattfinden, um dem Klienten einfach die Scheu zu nehmen. Ich schreibe heute mit an Hilfeplänen und sehe auch, wie wichtig das ist, und möchte auch immer dafür plädieren, dass der Klient seinen Hilfeplan gut kennt, dass man im Wochengespräch, im Monatsgespräch immer wieder kleine Dinge aufgreift und fragt: Na, wo stehen wir heute hier? Und dass immer mit dem Hilfeplan gearbeitet wird.

FRAU ESCH: Ist denn den Klienten bekannt, was auf sie zukäme, wenn sie an einer Hilfeplankonferenz teilnehmen würden, also ist denn der Prozess bekannt?

FRAU JOEL: Teilweise, aber im Wohnheim ist es so bei vielen nicht möglich. Aber ich würde es mir wünschen, zum Beispiel Klienten, wo ich mir denken kann, die können mit in die Hilfeplankonferenz kommen um auch zu sehen, das ist ganz wich-

tig, was da über mich geschrieben und was da im Hilfeplan steht um auch selber zu sagen, ich arbeite da mehr dran.

FRAU ESCH: Herzlichen Dank erst einmal. Frau Balzer, ich würde auch gerne Sie mit Ihrer Erfahrung in der Hilfeplankonferenz mit der Zielgruppe Menschen mit geistiger Behinderung nochmal befragen. Sie betreuen rund 140 Klientinnen und Klienten, hatten Sie mir gesagt. Wie weit sind die Klienten an der Hilfeplankonferenz beteiligt?

FRAU BALZER: Also die Menschen, für die wir die Hilfepläne erstellen, wenn sie von uns begleitet werden, werden natürlich immer in Interviews befragt, wie das das Hilfeplanverfahren ja vorsieht, und sie werden natürlich darüber informiert, was in der Hilfeplankonferenz stattfindet und fragen natürlich auch, ob sie teilnehmen werden. Bei den Menschen mit schwerst-mehrfacher Behinderung ist das in der Regel nicht der Fall. Die anderen Kunden klären wir darüber auf, was sie erwarten wird, wie viele Menschen dort sitzen werden, welche Rollen am Tisch vertreten sind. Dass das Mitarbeiter sind, die vom Landschaftsverband kommen, und Mitarbeiter, die aus anderen Einrichtungen kommen, zum Teil sind Namen bekannt, weil sie in eine Werkstatt gehen, wo auch diese Personen zum Teil bekannt sind. Man bittet sie mitzukommen und ich denke für unseren Personenkreis sind dies keine zehn Prozent der Kunden, die teilnehmen an der Hilfeplankonferenz. Dies gilt für unsere Kunden und auch die von anderen Trägern, die in Duisburg im GB-Bereich vorgestellt werden. Das ist eher schon die Seltenheit.

Bei den BeWo-Kunden ist es schon eher der Fall, dass die Menschen wirklich sehr daran interessiert sind, im stationären Setting ist es eher seltener der Fall.

FRAU ESCH: Wie kann es denn gelingen, Menschen mit Behinderung stärker zu beteiligen?

FRAU BALZER: Gut, ich glaube, man muss einfach nochmal mehr Werbung machen, was die Menschen dort erwartet. Ich denke, gerade bei den BeWo-Kunden ist es so, dass es für sie nochmal wichtig ist, weil sie oft sagen: „Ich möchte, dass

du häufiger kommst zur Betreuung“, dass man klar macht, dass es wichtig ist, dass du dich dort vertrittst, wie wichtig das ist, dass wir dich besuchen, dass wir die Angebote und Förderungsmaßnahmen mit dir umsetzen, dass man sich selber vertreten kann, das kann man regelmäßig verdeutlichen, aber wie gesagt, ob das erfolgsversprechend ist, das sieht man dann immer, wenn der Tag gekommen ist und manchmal ist dann die Werkstatt oder ein Ausflug wichtiger, wo der Kunde dann sagt, ich möchte jetzt doch lieber nicht mitfahren. Oder kurz vor Schluss verlässt einen dann doch der Mut.

FRAU ESCH: Möchten Sie das gern noch ergänzen, Frau Joel?

FRAU JOEL: Kann ich gut nachvollziehen, dass dann einen der Mut verlässt und dann was anderes vorgeschoben wird. Aber ich denke, da ist einfach Aufklärung wichtig. Was ist Hilfeplan, was ist Hilfeplankonferenz? Immer wieder mit den Klienten darüber reden und dann wenn der erste anfängt mitzugehen kommen andere wahrscheinlich nach. Wenn die Wichtigkeit da ist.

HERR FLEMMING: Entschuldigung: Ich pfusche Ihnen jetzt ins Handwerk. Glauben Sie, dass sich was ändern würde, wenn man sagt, die HPK ist in Bewegung, wir kommen ins Haus, dass die Klienten Heimspiel haben? Würde sich dann etwas ändern? [Frage ins Publikum.]

Ja oder Nein, oder beides? Wie immer, beides.

Genau, sollen wir es genauer erfragen? Im Workshop!

FRAU ESCH: Ich würde das Wort gerne an Frau Dahlheim geben und noch den Hinweis, dass Sie gerne Murrelgruppen bilden können, aber bitte später in den Workshops.

FRAU DAHLHEIM: Genau, es gibt ganz viel Gesprächsbedarf. Ich wollte auch noch einmal aus der Erfahrung der Teilnahme auch von Betroffenen am Verfahren erzählen. Zumindest über die Erfahrung berichten, wie wir es uns damals auch vorgestellt und praktiziert haben. Es gibt ja verschiedene Formen der Teilnahmen am Hilfeplanverfahren. Da ist einerseits, so wurde es auch immer bei der Implementation des Personenzentrierten Hilfeplanverfahrens formuliert, die wichtigste Beteiligung in Form des Gesprächs, wenn der Hilfebedarf ermittelt wird. Das heißt, gemeinsam wird der Hilfeplan erstellt mit dem Betroffenen und das stellt schon mal einen ganz wesentlichen Baustein der Beteiligung dar, dass es nicht mehr über den Klienten hinweg von Fachkräften passiert, sondern, wenn der Mensch es nicht alleine kann, dann mit dem Menschen passiert, nämlich ausgehend von der Frage, wie der Mensch leben möchte und was er dazu braucht. Die zweite Form der Teilnahme am Hilfeplanverfahren ist, und das haben wir da-

mals sehr stark verfolgt, dass nicht nur die Leistungsanbieter in Form von Kliniken oder betreutem Wohnen oder stationären Hilfen beteiligt werden, sondern wir haben damals bewusst auch die Betroffenenverbände mit an den Tisch geholt. Uns war es wichtig, wenn wir Hilfen plausibel prüfen und auch Hinweise auf notwendige Hilfen geben, brauchen wir auch die Betroffenen selbst am Tisch. Wir haben dadurch einen gemeinsamen Beratungsprozess vollzogen. In Düsseldorf nehmen inzwischen die Betroffenen ebenfalls an der Hilfeplankonferenz teil, auch rotierend aus dem Bereich der Gruppen der Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchtkranken, so dass es auch ein Wechsel gibt, aber in jedem Fall war es uns wichtig, dass auch die Verbände der Betroffenen beteiligt werden.

Und die dritte Form ist die, wenn der Mensch auf eigenen Wunsch hin, bei entsprechender Motivation oder auch Motivierung, wenn es um den eigenen Hilfebedarf geht, an der Konferenz teilnimmt. Dabei ist es ganz wichtig hervorzuheben, dass die Teilnahme auf der Basis der Freiwilligkeit stattfindet. Aus kommunaler Sicht konnten wir feststellen, dass dabei die enge Verzahnung mit den Verbänden vor Ort eine gute Voraussetzung für eine Beteiligungskultur ist. Oder im besten Fall ist die Einsicht vorhanden, dass die Betroffenenverbände und die Selbsthilfevereine und -gruppen Experten in eigener Sache sind und aus dieser Perspektive heraus mit Teil des Systems sind. Das war uns aus kommunaler Sicht wichtig.

FRAU ESCH: Herzlichen Dank. Herr Krüger, Sie haben ein paar Mal genickt, haben Sie da noch Ergänzungen, wie bewertet die APK, vielleicht die von Herrn Flemming eben provokant in die Runde gestellte Frage: Ist es hilfreich, wenn die HPK nach Hause kommt? Oder auch von Frau Gromann, die das Stichwort Ombudsmann im Vortrag genannt hat – glauben Sie, dass das hilfreiche Ansätze sind, dass die weiter führen?

HERR KRÜGER: Hilfreich wofür? Diese Frage finde ich hier entscheidend. Die Hilfeplankonferenz ist nicht der Ort der Hilfeplanung. Ich finde es sehr wichtig, dass man sich das klar macht. Wenn man durch Ortswechsel oder Ombudsleute Versuche macht, dass die Hilfeplankonferenz doch der Ort der Hilfeplanung mit dem Klienten und dessen Bezugspersonen ist, dann wird man dieses Ziel nicht erreichen. Man kann die Atmosphäre vielleicht etwas verbessern, aber ein Ort, an dem sich Klienten wohlfühlen und öffnen können, es ist gar nicht das Ziel der Hilfeplankonferenz. Die Hilfeplanung ist vor der Hilfeplankonferenz gelaufen und die Hilfeplankonferenz hat die Aufgabe zu überprüfen, ob das tatsächlich auch geschehen ist. Das Gespräch mit dem oder den Hilfeplanern ist der Ort, wo der Klient im Mittelpunkt steht und wo man sich all

die Zeit nehmen muss, mit all den Beteiligten, die für diesen Menschen wichtig sind. Dazu gehören die Profis, die sich ausreichend Zeit nehmen, die Bereitschaft, bei Zustimmung des Klienten, Angehörige einzubeziehen, auch andere Bezugspersonen, gegebenenfalls den rechtlichen Betreuer. Da muss eine für den Klienten angenehme Gesprächsatmosphäre geschaffen werden, da richtet sich der Rhythmus nach dem Klienten. Das alles geschieht vor der Hilfeplankonferenz, und ich sage es noch einmal, die Hilfeplankonferenz überprüft das. Die Hilfeplankonferenz selbst kann ein für den Klienten angenehmes Hilfeplangespräch nicht leisten. Deswegen würde ich auch davon abraten, das zu versuchen. Die Hilfeplankonferenz ist eine Überprüfungs- und Entscheidungskonferenz. Da geht es auch um Plausibilität einer Planung und sozialrechtliche Aspekte.

Insofern jetzt noch einmal die Frage: Ist es hilfreich oder nicht? Hilfreich ist, was zu guten und nachvollziehbaren Entscheidungen beiträgt. Im Hinblick darauf, ob es besser gelingt, die zuvor gewonnenen Erkenntnisse einer Hilfeplankonferenz gut miteinander zu besprechen, kann ich mir vorstellen, dass ein gelegentlicher Kontextwechsel ganz sinnvoll ist. Ob nun gerade eine Hilfeplankonferenz in der Einrichtung, in der ein Klient lebt, sinnvoll ist, das weiß ich nicht. Aber ich fand es zum Beispiel sehr schön, wenn die HPK mal bei der Krankenkasse stattgefunden hat, wenn sie mal bei einer Arbeitsagentur stattgefunden hat, um Akteuren entgegen zu kommen, die manchmal größere Schwellenprobleme haben als die Klienten. Unter denen, die auch erhebliche Schwellenprobleme haben, würde ich auch einige Kliniken nennen. Insofern kann es auch sinnvoll sein, dahin zu gehen. Was will ich erreichen? Die Partizipation der Klienten ist enorm wichtig, sie ist ja gewissermaßen Kernelement des personenzentrierten Ansatzes. Die Partizipation macht allerdings sich nicht daran fest, ob in der HPK jedes Mal ein Klient dabei ist und wie viel Zeit er bekommt.

Wenn Klinikmitarbeiter die Hilfeplankonferenz unangenehm finden, dann liegt das meines Erachtens manchmal nicht primär daran, dass die Atmosphäre schlecht ist, sondern daran, dass sie merken, dass sie den Anforderungen der HPK nicht gewachsen sind. Die Kliniken sind leider häufig zu wenig in der Lage, individuelle Ziele mit dem Klienten zu erarbeiten. Das wäre aber die Aufgabe desjenigen, der in der HPK einen Hilfeplan vorstellt. Das läuft bloß in den Kliniken nicht. Eigentlich kann ich es ihnen auch nicht vorwerfen, weil die Behandlungszeiten sehr kurz sind und die Patienten in akuten psychischen Krisen und deshalb manchmal nur kurzfristig planen, aber die Idee war ja, dass die Klinik als erstes prüft, ob es nicht schon irgendjemand anderen gibt, der einen Hilfeplan

gemacht hat oder sogar eine koordinierende Bezugsperson, und den dann einlädt und erst einmal dessen Erkenntnisse und Vereinbarungen mit dem Klienten aufgreift. Wenn ein Patient in der Akutphase drei Wochen in der Klinik war und ich als Therapeut in der Klinik einschätze, dass man den Patienten nicht einfach nach Hause entlassen kann, er soll irgendwie in die Eingliederungshilfe gehen, aber eigentlich weiß ich nur wenig über den Klienten, vielleicht nicht, was er beruflich gemacht hat, vielleicht nicht, wann die letzte Miete bezahlt wurde, vielleicht nicht, wer als Unterstützer zu gewinnen ist, dann kann die Sorge entstehen, dass ich mich in der Hilfeplankonferenz ein wenig blamiere. Das ist aber nicht das Problem der Hilfeplankonferenz, sondern das ist das Problem einer unzureichenden Hilfeplanung im Vorhinein. Das sehe ich eigentlich als ein sehr viel größeres Problem für die Klienten an als eine unangenehme Atmosphäre in der HPK. Ich will das jetzt keinesfalls nur auf die Kliniken schieben, mit Sicherheit gibt es dort auch ausgezeichnete Hilfeplanung. Das war nur ein Beispiel dafür, dass manche Hilfeplanung die Gütekriterien integriert, personenzentriert und individuell nicht erfüllen. Das kann man den Menschen, die es da vortragen, nicht vorwerfen, aber man muss sich überlegen, welche Konsequenzen man daraus zieht.

Zwar gibt es zahllose Fortbildungen in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe über den individuellen Hilfeplan. Das gilt aber nicht gleichermaßen für andere Hilfebereiche. Mitarbeiter aus dem Arbeitsbereich haben solch eine Fortbildung oft nicht durchlaufen. Dann stehen auf einmal Dinge im individuellen Hilfeplan, von denen man in der Fortbildung hört, dass sie nicht in einen Teilhabeplan gehören, zum Beispiel: Es besteht ein Bedarf des ambulant-betreuten Wohnens oder ein Bedarf der Heimbeziehung. Das ist wie eine Verordnung: orthopädische Schuhe oder zehn Einsätze Massage, das ist eine Verordnung, das ist kein Hilfeplan. Wir suchen differenzierte, mit dem Klienten abgestimmte Ziele und Vorschläge zur Vorgehensweise.

FRAU ESCH: Dankeschön. Frau Joel, würden Sie das unterstützen, was Herr Krüger gesagt hat, dass man mehr im Vorfeld hingucken muss. Wäre das auch Ihr Wunsch einer Weiterentwicklung?

FRAU JOEL: Auf jeden Fall, das sollte ein immerwährender Prozess sein. Ich weiß, wie schwierig es ist, wenn im Krankenhaus bei jemandem, der akut ist, ein Hilfeplan geschrieben werden muss. Wie Sie schon sagen, da weiß man nicht, wann die letzte Miete bezahlt ist, das ist sehr, sehr schwierig. Aber bei jemandem, der im Betreuten Wohnen oder im Wohnheim ist, kann man immer wieder daran arbeiten, das war auch

eben das, was ich sagte, immer mit dem Hilfeplan arbeiten, immer in der Hinterhand haben, um zu schauen, wo können wir fördern, wo sind unsere Punkte.

FRAU ESCH: Herr Flemming, 2005 nannte die damalige Dezernentin in ihrer Rede wesentliche Prüfsteine für den Erfolg des Instrumentes Hilfeplankonferenz, der sich insbesondere im Umgang mit zwei Arten von schwierigen Fällen festmache. Zum einen: Gelingt es, ein gemeinsames Bemühen so zu entwickeln, dass vor Ort eine Lösung, auch über die Grenzen von Zuständigkeiten und Konzepten hinweg, für jeden Menschen gefunden werden kann und zweitens gelingt es, ein gemeinsames Bemühen zu entwickeln, formulierten Hilfebedarfen auch so zu begegnen, dass das System der Fachleistungsstunde nicht zu einem Bedarfs-Weckungs-System wird. Sind diese Prüfsteine auch die Grundlage für die Zukunft und der Weiterentwicklung der HPK?

HERR FLEMMING: Ja, insbesondere meine ich wahrzunehmen, dass das System doch sehr eng auf die Eingliederungshilfe und sehr eng auf die Wohnhilfe und die ambulanten Wohnhilfen ausgerichtet ist. Wenn man den Blick dahin richtet, dann wird nur sehr, sehr wenig berücksichtigt: Was hat der einzelne Mensch in seinem Umfeld an Hindernissen, fördernden Strukturen, wer kann sonst noch helfen, platt gesagt: Gibt es ein Leben außerhalb der Eingliederungshilfe? Oder brauche ich für alles, was da stattfindet, den BeWo-Betreuer mit einer Fachleistungsstunde? Das scheint mir, dass das weiterhin ein Prüfstein ist, an dessen erfolgreicher Umsetzung wir zu arbeiten haben.

FRAU ESCH: Frau Dahlheim, welche Gradmesser sehen sie für die Zukunft? Oder welche Weiterentwicklungen sind aus Ihrer Sicht erforderlich?

FRAU DAHLHEIM: Ja, ich kann dem eigentlich nur noch wenig hinzufügen. Wir haben heute eher die Diskussion, dass die eine oder andere Leistung droht nachher zum Ausschlussgrund für die Gewährung einer anderen Leistung zu werden – das darf eigentlich nicht sein. Ein komplexer Hilfebedarf, der eben nicht nur durch das betreute Wohnen abgedeckt werden kann, erfordert häufig auch vielfältige, medizinische und therapeutische oder auch nicht-psychiatrische Hilfen. Da muss ich auch noch einmal als Stichwort „Komplexleistung“ hervorheben. Es bedarf häufig komplexer Hilfen im Umfeld, die können sehr vielschichtig sein, aber sie müssen, wenn sie denn professionell gedeckt werden sollen, dann eben auch berücksichtigt werden in Form einer Gesamtplanung. Also genauer hinzugucken, was der Bedarf ist, durch eine Gesamtplanung und das heißt aber auch kostenträgerübergreifend und leistungs-

trägerübergreifend zu schauen. Es bedarf auch einer zuständigen Person – wir haben sie koordinierende Bezugsperson genannt – die dann auch tatsächlich über die Systeme hinweg im Einzelfall guckt und die Hilfen dann auch entsprechend akquiriert und auch für den Menschen zugänglich macht. Leider ist der Einsatz von koordinierenden Bezugspersonen so nie realisiert worden, was allerdings sinnvoll wäre. Das wäre das Optimum und wird ein Gradmesser in der Zukunft sein, dass notwendige Hilfen nicht ausgeschlossen werden, auch wenn es in den Haushalten eng ist oder wird. Sonst würde es zu Lasten der Betroffenen gehen.

FRAU ESCH: Herzlichen Dank. Frau Balzer, die Frage an Sie aus Sicht der HPH?

FRAU BALZER: Vielleicht aus Sicht der Träger, mit denen ich zusammen arbeite in den beiden Hilfeplankonferenzen, und aus der Sicht der Menschen mit geistiger Behinderung. Da geht es natürlich auch um die Gesamtplanung. Es ist nämlich nicht nur der Bereich Wohnen, es gibt auch Arbeit und Freizeit, da muss man schauen, dass die Leistungsansprüche aller Leistungsträger, wie schon gesagt wurde, berücksichtigt werden und es ist ganz wichtig, dass alle Beteiligten wissen, wie die Abgrenzung zwischen den Bereichen ist. Also das ist manchmal etwas kritisch und wird auch manchmal etwas vermischt von allen Seiten, sowohl von den Leistungsanbietern als auch von den Leistungsträgern. Nicht immer ist ganz klar, wer für was zuständig ist und das ist dann auch die Diskussion in der HPK: wer ist zuständig? Und ganz wichtig für die Weiterentwicklung finde ich tatsächlich, wie ich anfangs schon sagte, sich Gedanken darüber zu machen nicht nur über die Menschen, die einmal schon da mit ihrem Hilfeplan in die HPK gekommen sind, es auch einige gibt, die gar nicht den Weg in die HPK gefunden haben, und ich glaube sie brauchen unsere Aufmerksamkeit und da würde ich gerne mein Augenmerk in Zukunft hin richten wollen.

FRAU ESCH: Herzlichen Dank, vielleicht eine kurze Präzisierung. Weil sie sagen, manchen ist die Zuständigkeit nicht klar. Zuständigkeiten, wir können es ja direkt an Herrn Flemming als Hausaufgabe mitgeben, konkret.

FRAU BALZER: Ja, die Abgrenzung von SGB XI und SGB XII Leistungen ist ein Thema, dies ist allen gut bekannt.

FRAU ESCH: Herzlichen Dank. Herr Maas, aus Sicht der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege: Was sind Ihre Anforderungen an die Weiterentwicklung der HPK?



HERR MAAS: Also erst einmal vielen Dank, Herr Krüger, dass Sie noch einmal darauf hingewiesen haben, dass der Ort der individuellen Betrachtung wirklich ein anderes Setting und dass die Hilfeplankonferenz ein Überprüfungsinstrument ist. Ich glaube, das ist noch einmal ganz, ganz wichtig.

Also, die Hilfeplankonferenzen. Sie haben gesagt, Frau Gromann: die ist alternativlos. Wenn ich auf das Glas Wasser gucke und mich frage, ist das Glas Wasser halb voll, halb leer, ist für mich das HPK-Wasserglas dreiviertel voll. So mutig bin ich, weil ich in anderen Bundesländern, wo wir das nicht haben, sehe, dass wir eine andere Qualität haben. Das ist einfach so. Da ist viel nachzuarbeiten, das ist uns bewusst, und da verweise ich einfach auf das, was Frau Dr. Gromann aufgeschrieben hat. Und Herr Dr. Schartmann, ich würde Ihnen anraten, Sie haben eingangs gesagt, Sie haben Frau Dr. Gromann in das Rheinland gelockt, locken Sie Frau Dr. Gromann doch noch einmal ins Rheinland. Weil all das, was sie aufgeschrieben hat, das ist eigentlich die Agenda HPK 2025. Sich das strukturiert anzugucken und das abzuarbeiten, das ist gleichermaßen leicht und schwer. Aber ich glaube, das ist der richtige Weg. Ich habe kaum in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren ein kontroverseres Thema erlebt als die Hilfeplankonferenzen. Zum Teil diametral, von „Super, das ist klasse, da schaffen wir individuelle, kreative Lösungen“ bis hin „Gehen Sie mir weg mit Hilfeplankonferenzen“. Und auch die Frage von Lothar Flemming ins Plenum: „Was halten Sie denn davon, wenn wir mit der HPK ins Haus kommen?“ Begeisterung bis komplette Ablehnung. Ich finde das Thema ungeheuer schwierig, es kommt immer darauf an, wo ist man, wer ist da, wie ist die Größe, aber das kann man, denke ich, sicherlich noch einmal strukturiert betrachten. Ich hatte eingangs gesagt, wir hatten ganz bestimmte Vorstellungen vor zehn Jahren, die haben wir nach wie vor. Das Ganze sollte sich auch auswirken auf eine regionale Versorgungsplanung, da ist noch nachzuarbeiten. Der Sozialraum ist noch einmal anders in den Blick zu nehmen. Die Lebenswelten, die sich zum Teil, Sie haben es gesagt, in Containern befinden, die aufzumachen und mal zu gucken, ob es noch andere Dinge gibt, außerhalb unserer Eingliederungshilfe, in der wir uns ja gemeinsam bewegen. Nicht unter Kostengesichtspunkten, sage ich dem Vertreter des

Kostenträgers, sondern unter Qualitätsgesichtspunkten. Und dann haben Sie, wo ich gerade bei Ihnen bin, Herr Flemming, Sie sind das ja auch gewohnt von mir, Sie wären ja auch enttäuscht, wenn nichts käme, vielleicht sind wir ja selber schuld, und ich sage Ihnen: Sie sind selber schuld. Weil Sie sich sehr früh fokussiert haben auf das sogenannte ambulant betreute Wohnen. Wie kriegen wir mehr Menschen, wie kriegen wir viele Menschen in das vermeintlich preiswertere ambulant betreute Wohnen. Wir haben das alles gemeinsam gemacht, aber ich glaube an der Stelle passt das, Ihnen das noch einmal zu vermitteln. Ich glaube, das hat auch ein Stück weit verhindert, und da würde ich gerne noch einmal hingucken, die anderen Lebensbereiche wie Arbeit, Schnittstelle Pflege, das einfach noch einmal ganz anders in den Blick zu nehmen.

Ein letztes, wir haben ja in der Begleitgruppe HPK, glaube ich, gut und fleißig gearbeitet, wir haben manchmal gestritten. Sie können sich vorstellen, wenn Landschaftsverband, kommunale Spitzenverbände und Trägerverbände beieinander sind, wird gestritten, aber wir haben auch fruchtbar gestritten. Ich glaube, wir haben einen großen Fehler gemacht, wir haben das, was wir erarbeitet haben, nicht ausreichend kommuniziert. Deswegen waren auch die Prozesse so mühselig. Wir hatten Papiere erarbeitet, hatten Ideen entwickelt, die sind aber, vorhin hat jemand gesagt, die sind nicht angekommen. Das ist eine Bringschuld oder eine Holschuld. Ich sage, da müsste man noch nacharbeiten, eine bessere Kommunikation, ich glaube, dann geht das Ganze auch noch schneller.

FRAU ESCH: Okay, Frau Dahlheim, sind die Papiere bei Ihnen angekommen?

FRAU DAHLHEIM: Im Rahmen der Begleitgruppe HPK habe ich mit diskutiert und mitgearbeitet. Ich möchte aber noch einmal auf den Gradmesser eingehen. Ich hatte eben nur einen genannt, einen sehr wichtigen, natürlich auch zentralen, die individuelle Hilfeplanung. Allerdings auch komplex unter Hinzuziehung aller Leistungserbringer und Kostenträger. Aber ein wesentlicher zweiter Part und Gradmesser wird natürlich die Frage sein: Wer stellt die Hilfen denn bereit? Und da muss ich auch noch einmal ganz deutlich sagen, da bedarf es auch



örtlicher Strukturen, auch Verbundstrukturen, um die Hilfen verbindlich bereit zu stellen. Das heißt, es müssen vor Ort Absprachen passieren, dass nicht nur der individuelle Hilfebedarf ermittelt und plausibel geprüft wird; die Hilfen müssen ja auch nach Bedarf gewährt werden. Das heißt, es muss ein Hilfesystem da sein und auch die entsprechenden Absprachen der Hilfgewährung müssen vor Ort koordiniert sein. Da sind die Kommunen natürlich auch in einer besonderen Position, weil sie im Rahmen der Psychiatrie- und der Suchtkoordination eine moderierende Aufgabe haben. Das wird auch ein Gradmesser sein, wie sich vor Ort die Leistungserbringer mit aufstellen mit den Kommunen und ob sie gemeinsam mit ihnen an einem Strang ziehen, um diese Hilfen im Verbund für die Menschen bereit zu stellen.

FRAU ESCH: Herzlichen Dank. Herr Krüger, was denken Sie, werden die wesentlichen Herausforderungen sein? Einen Großteil haben wir ja schon gehört, vielleicht gibt es noch Ergänzungen, Anforderungen, denen sich die Hilfeplankonferenz stellen muss, und vielleicht die interessantere Frage, wer ist denn aus Ihrer Sicht maßgeblich daran beteiligt, dass diese Weiterentwicklung gelingt?

HERR KRÜGER: Es sind schon eine ganze Reihe von Themen genannt worden, die virulent sind. Ich möchte jetzt gar nicht von mir aus hingehen und sagen: Das ist das Wichtigste oder das Zweitwichtigste oder die drei Punkte sind die entscheidenden. Ich gebe eher die allgemeine Empfehlung, irgendeinen dieser Punkte aufzugreifen und nicht einfach zur Kenntnis zu nehmen. Die HPK ist ja ein Gremium, in dem auch Probleme deutlich werden, die die HPK aber nicht selbst lösen kann. Frau Dahlheim, Sie haben das Thema Verbund gerade angesprochen, das finde ich sehr wichtig. Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist eine Vereinbarung, durch die Leistungsanbieter bestimmte Verpflichtungen übernehmen. Die Klienten wissen dann, auf was sie sich verlassen können. Das ist dann auch überprüfbar von der Leistungsträgerseite oder der kommunalen Seite und anderen, zum Beispiel Angehörigen. Die Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes fände ich eine sehr sinnvolle und sehr wichtige Initiative.

Ein anderes Thema: Eben war viel von „Integrierter Hilfeplanung“ die Rede. Wie bekommen wir andere Leistungsträger an den Tisch? Wir haben jetzt als Aktion Psychisch Kranke in Krefeld ein Projekt durchgeführt, das ausschließlich auf psychisch kranke alte Menschen mit Heimempfehlung bezogen war. Wir wollten prüfen, ob man mit einer intensivierten Hilfeplanung plus Hilfeplankonferenz plus einzelfallbezogener Koordination den Verbleib in der eigenen Wohnung erreichen kann. Das ist in allen Fällen, die wir dokumentiert haben, gelungen. Wir behaupten nicht, dass der Verbleib in der eigenen Wohnung immer der beste Weg ist und wir keine Heime mehr brauchen, aber die Heimempfehlung, manchmal eher Heimeinweisung, erfolgt häufig voreilig, meistens während der Behandlung in der somatischen Klinik oder wenn Angehörige die bisherige Unterstützung nicht mehr leisten können oder wollen. Bei bedarfsgerechter, gut koordinierter professioneller Unterstützung kann man Menschen unterstützen, die von ihnen gewünschte Wohnform beizubehalten oder zu erreichen. Die Hilfeplankonferenz hatte dabei eine hohe Bedeutung. Sie war hoch effektiv. Die Krankenkasse AOK war dabei, die Pflegestützpunkte waren dabei, der LVR hat dieses Projekt unterstützt. Wir haben die Eingliederungshilfe fast gar nicht gebraucht. Wir hatten von 30 dokumentierten genau zwei Fälle, bei denen auch Eingliederungshilfeleistungen erforderlich waren, bei einem schon vor Eintritt des Pflegebedarfs, ein alt gewordener Mensch mit psychischer Erkrankung. Das war ein positives Beispiel integrierter Hilfeplanung in der HPK, das ich zur Orientierung empfehle.

Auch das wäre ein möglicher Schwerpunkt. Sie können auch zeitlich befristet Schwerpunkte setzen, zum Beispiel ein Jahr lang speziell darauf achten, ob auch die Aspekte Pflege, Arbeit, Zwangsvermeidung, Einrichtungs-Hopping usw. vorkommen. Das sind alles nur Beispiele für Qualitätsprojekte, in denen die HPK eine besondere Bedeutung hat. Oder man verteilt in der HPK die Rollen und sagt: Hier, wir sind zehn Leute, und jetzt verteilen wir mal drei Aufgaben: Sie achten in nächster Zeit darauf: Ist hier wirklich der Klientenwille deutlich geworden? Sind die Angehörigen gehört worden? Sind Hilfebereiche außerhalb der Eingliederungshilfe bedacht worden?

FRAU ESCH: Herzlichen Dank. Also ich habe verstanden, dass Sie sagen, alle sind miteinander aufgefordert und in der Verantwortung sich selbst zu hinterfragen in ihrer Arbeitsweise, sich bestimmte Themen und Fokussierungen nochmal vorzunehmen.

HERR KRÜGER: Das ist vollkommen richtig, aber ich will noch einmal sagen: Ab dem Moment, wo Sie sich eine dieser Aufgaben vornehmen, werden Sie merken, was für ein enormer Vorteil es ist, dass es im Rheinland die Hilfeplankonferenzen schon gibt, die andere ja noch nicht haben. Die anderen haben auch keine Arbeitsagenturen am Tisch, aber selbst wenn die so ein Projekt starten, haben die dafür gar kein Instrumentarium zur Hand, sie müssten erst eine HPK aufbauen. Aus der HPK ergeben sich enorme Chancen, deswegen kann ich nur

sagen: Durchhalten! Auch in Richtung auf die Eingliederungshilfereform bzw. das Bundesteilhabegesetz. Ich hoffe und erwarte, dass darin die Hilfeplankonferenz aufgenommen wird.

FRAU ESCH: Gut, ich lasse das als Schlusswort stehen, die Lanze für das Instrument der Hilfeplankonferenz.

Ich hoffe, das Gespräch hat Ihnen viele Impulse gebracht, die Sie gleich noch einmal vertiefend gerne in den Workshops diskutieren können. Ich glaube, da gibt es viel, was Sie miteinander besprechen und diskutieren können. Ich danke Ihnen allen hier auf dem Podium für das offene und konstruktive Gespräch und gebe das Wort zurück an Herrn Dr. Schartmann. Vielen Dank.

MODERATION DR. DIETER SCHARTMANN

Ja, schönen Dank an Sie alle als Expertinnen und Experten. Ich denke, man hat gemerkt, Sie haben etwas zu sagen zu diesem Thema. Vielen Dank an Sie, Frau Esch, für die sehr gut moderierte Runde. Wir haben jetzt die Expertin aus der Wissenschaft gehört, wir haben die Experten aus dem Rheinland gehört. Jetzt sind Sie als Experten gefragt und das wäre im Grunde nun der nächste Programmpunkt, den wir vorhaben. Wir würden Sie gerne einladen, nach der Mittagspause gemeinsam mit uns ins Gespräch zu kommen. Genau zu den Themen, die Sie heute Morgen auch gehört haben, sprich: Wie entwickelt sich die HPK weiter? Ich glaube, es gab schon eine ganze Menge an Anregungen und wir werden vier Workshops dazu anbieten. Diese Workshops sind alle themengleich. Also alle reden über alles, kann man sagen. Es gibt keine speziellen Themen, dass man sagt, die blaue Gruppe hat dieses Thema oder die rote Gruppe hat dieses Thema, sondern in allen vier Workshops wird über dasselbe Thema gesprochen.

Die Leitung der Gruppen, die sehen Sie hier an die Wand geworfen, die haben wir so zusammengesetzt, dass es jeweils eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter hier aus unserem Hause ist, und jemand, der von außen kommt. Beide sind HPK-erfahrene Menschen. Die gelbe Gruppe wird geleitet von Frau Kubny und Frau Sprenger, die würden sich hier im Raum Rhein treffen, die Gruppe Grün trifft sich im Raum Ruhr und wird von Frau Balzer und Herrn Nitsche geleitet, die Gruppe Rot würde sich im Raum Niers treffen, das ist hinten den Gang weiter in der Ecke, von Herrn Krüger und Herrn Reichenbach moderiert, und die Gruppe Weiß würde sich im Raum Wupper, der befindet sich direkt neben dem Raum Niers, treffen, geleitet wird diese Gruppe von Frau Dahlheim und Herrn Peters.

Die Ergebnissicherung hatten wir uns in einer doppelten Weise vorgestellt. Zum einen wird das, was geredet wird, gesprochen wird, gesagt wird, festgehalten auf Flip-Charts, diese werden dann abfotografiert. Zum

zweiten werden Frau Prof. Gromann und Herr Flemming die Arbeitsgruppen besuchen und nachher, nachdem wir uns hier wieder getroffen haben im Plenum, dann von ihren Eindrücken berichten und dann werden wir auch versuchen, im Plenum mit Ihnen ins Gespräch zu kommen.

Also, wir würden jetzt Mittagspause machen bis 13:30 Uhr, wir haben zwei Süppchen für Sie gekocht, eine mit Fleisch, eine ohne Fleisch. Und es gibt auch noch ein paar Häppchen dazu. Die Arbeitsgruppen fangen dann um 13:30 Uhr an, ich bitte Sie sich dann direkt im jeweiligen Raum einzufinden. Und die Arbeitsgruppen tagen dann bis 15:00 Uhr, danach machen wir eine halbe Stunde Pause, und um 15:30 Uhr sehen wir uns dann wieder hier in diesem Raum. Danke.

WORKSHOPS

➔ Austausch und Diskussion zur künftigen Ausgestaltung der Hilfeplankonferenzen

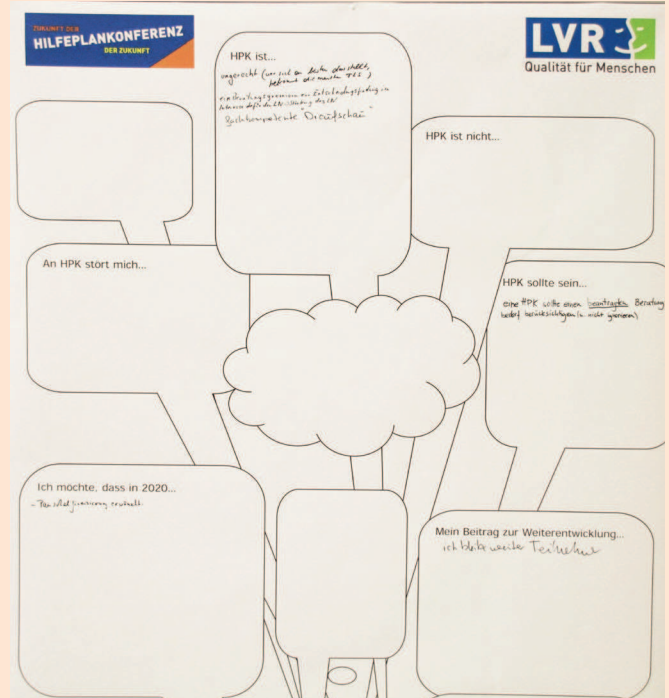
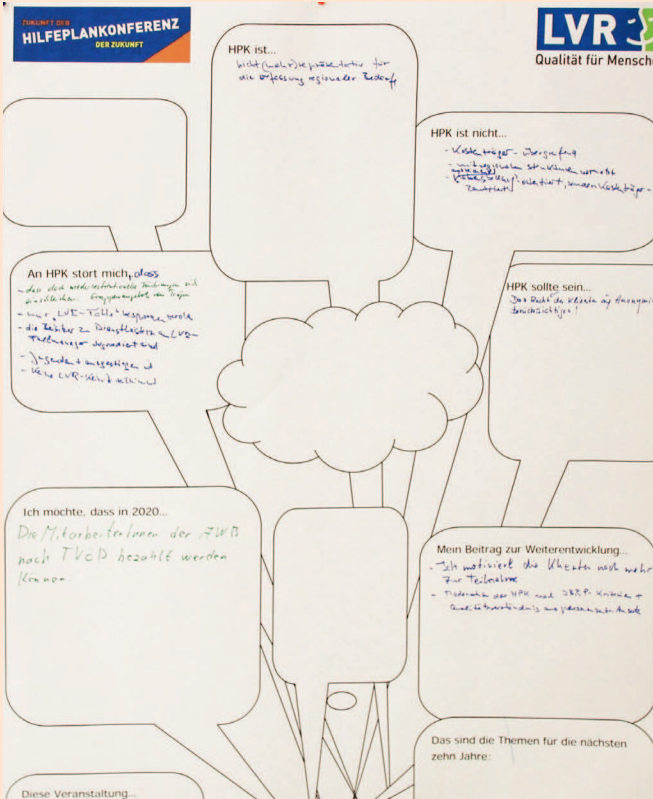
blau = Raum Rhein ➔ Fr. Kubny & Fr. Sprenger

grün = Raum Ruhr ➔ Fr. Balzer & Hr. Nitsche

rot = Raum Niers ➔ Hr. Reichenbach & Hr. Krüger

weiß = Wupper ➔ Fr. Dahlheim & Hr. Peters

WORKSHOPS



MEINUNGSTAFELN I UND II

HPK IST:

- Ungerecht (wer sich am besten darstellt, bekommt die meisten FLS)
- Ein Beratungsgremium zur Entscheidungsfindung Im Interesse für den LN – Stärkung des LN
- Fachkompetente „Draufschau“
- Nicht (mehr) repräsentativ für die Erfassung regionaler Bedarfe

HPK IST NICHT:

- Kostenträger-übergreifend
- Mit regionalen Strukturen vernetzt
- Ausreichend „Lebens##“-orientiert, sondern Kostenträgerzentriert

HPK SOLLTE SEIN:

- Eine HPK sollte einen beantragten Beratungsbedarf berücksichtigen (und nicht ignorieren)
- Das Recht der Klienten auf Anonymität berücksichtigen

AN HPK STÖRT MICH:

- dass doch wieder institutionelle Förderungen sich einschleichen: Gruppenangebote von Trägern
- dass nur „LVR-Fälle“ besprochen werden
- die Beisitzer zu Dienstleistern am LVR-Fallmanager degradiert sind
- Jugendamt ausgestiegen ist
- Keine LVR-Klinik teilnimmt

MEIN BEITRAG ZUR WEITERENTWICKLUNG:

- Ich bleibe weiter Teilnehmer
- Ich motiviere die Klienten noch mehr zur Teilnahme
- Moderation der HPK nach IBRP-Kriterien und Qualitätsverständnis aus personenzentriertem Ansatz

ICH MÖCHTE, DASS IN 2020:

- Pauschalfinanzierung erwünscht
- Die MitarbeiterInnen der AWB nach TVöD bezahlt werden können

WIE IST HPK IN 2020?

NIERS

Inhalt	Struktur	Durchführung	Sonstiges
Fallbezogene Erweiterung des Personenkreises; z.B. Kommune, Werkstatt, Krankenkassen	Setting: freundliche, barrierefreie Räume	Transparenz bei der Auswahl der Fälle	Erweiterung von Personengruppe (z.B. alte psychisch Kranke)
<ul style="list-style-type: none"> Prüfung der Kostenübernahme Prüfung des korrekt abgebildeten Hilfebedarfs 	Dialogisches Gremium	Vorbereitung des IHP, bevor der Klient dazu kommt (Erläuterung des Grundes, warum der LVR eingeladen hat)	HPK als Beratungsgremium (akzeptiert)
Geschäftsordnung <ul style="list-style-type: none"> Vor HPK ist bekannt warum Vorstellung im Gremium ? regionale Unterschiede 	Konkrete Terminierung der HPK	Formalien ohne den Klienten besprechen	Kommunikation auf Augenhöhe Wertschätzung
Mehr Fallkonferenzen Helfer ## Unversorgte Klienten Ohne Leistungsanbieter	Teilnehmerzahl und Zusammensetzung bedarfsorientierter, kleines Stammgremium	<ul style="list-style-type: none"> Anonymität ist sichergestellt Trotz Teilnahme der Klienten „Schweigepflicht“, HPK als „geschützter Ort“ Transparenz der Gremiums-zusammensetzung für Klient 	Budget für Weiterentwicklung der HPK (Personalaufwand, Moderator)
<ul style="list-style-type: none"> Fachgremium (verschiedene Vertreter) Angebotsvielfalt vor Ort bekannt/vernetzt Versch. Leistungserbringer u. Kostenträger u. Betroffene als Interessenvertreter 	Auswahl des Gremiums nach System rotieren	Transparenz (Grund der Einladung in die HPK)	HPK ≠ nur Fallbesprechung HPK = Institution für Region (regionale Struktur)
<ul style="list-style-type: none"> „wohnt Du noch oder lebst du schon?“ Bedarf nach Kriterien des IBRP 	Strukturen schaffen auf Angebotslücken zuzugehen (z.B. TS SGB II andere Leistungsträger)	Verbesserte Bedingungen für eine gute Atmosphäre schaffen	IHP-Erstellung = Leistung ## ## v. Bedarfsermittlung = Modul SS €
Zusammensetzung? Einladungsmanagement – aus IHP ersichtlich Andere Leistungsträger, Jobcenter, Krankenkasse, Jugendamt	HPK-Beratung auch durch fachkompetente Mitarbeiter, nicht nur Leitungsvertreter	Zusammensetzung der HPK (Anzahl und Funktionen der Teilnehmer)	Koordinierende Bezugsperson [Blitzsymbol] -Festlegung Aufgabenbereich -Finanzierung
<ul style="list-style-type: none"> Schwierige Personen Ohne IHP-BeWo-Schreiber Anmeldung über Fallmanager hinaus 	Abkoppelung IHP-Erstellung / Befragung neutrale Instanz	Namensschilder der HPK-Teilnehmer + Funktion	Daten/Evaluation von regionalen Bedarfen <ul style="list-style-type: none"> Alle IHP-Eingänge Umgang mit Beantragungen
Feedbackbogen	Zusammensetzung des Gremiums (Wohnanbieter nicht überhand, sondern Vertreter aus verschied. Bereichen)	Ort der HPK individuell entscheiden (z.B. Einrichtung, beim Klienten, neutraler Ort, Wünsche berücksichtigen)	Wie lange Ziele schon aufgeführt wurden
Transparenz über IHP-Eingänge + Entscheidungen ## Fallbesprechung	Selbsthilfevertreter Betroffenen- und Angehörigenvertreter Zusammensetzung	Leichte Sprache	
Nicht zu viele Leute im Gremium (Widerspruch zu versch. Leistungserbringer?)	Wertschätzung der fachlichen Aussagen		
	HPK für alle Lebensbereiche (Wohnen, Arbeiten, ...) Zusammenführen Fachausschuss + HPK		
	Mehr Klienten dabei Bedingungen schaffen (Verkleinerung) Abfrage, warum ## nicht kommt		
	Rotation KoKoBe-Vertretung Versorgungsverantwortung (komplexe Hilfebedarfe auch abdecken zu können)		
	Einladungen frühzeitig verschicken		
	Mehr Leistungsberechtigte in HPK		
	Fallmanager spätestens in der HPK über Höhe und Art der Hilfe entscheidet		
	Beisitzer, ##, EX-IN, Jugendamt z.B. Verständnis nicht nur als „Dienstleister“ für LVR-FM		



MASSNAHMEN – 2020?

NIERS

Inhalt

Struktur

Durchführung

Sonstiges

Wie kommen wir da hin?

Zielkatalog

Was hilft uns?

Regionale Strukturen

Was hindert uns?

Verbindlichkeit?
Wer nimmt teil?

Was können wir tun?

Datenschutz klären

Was sollten andere tun?

Gesetzliche Vorgaben



WIE IST HPK IN 2020?

RHEIN

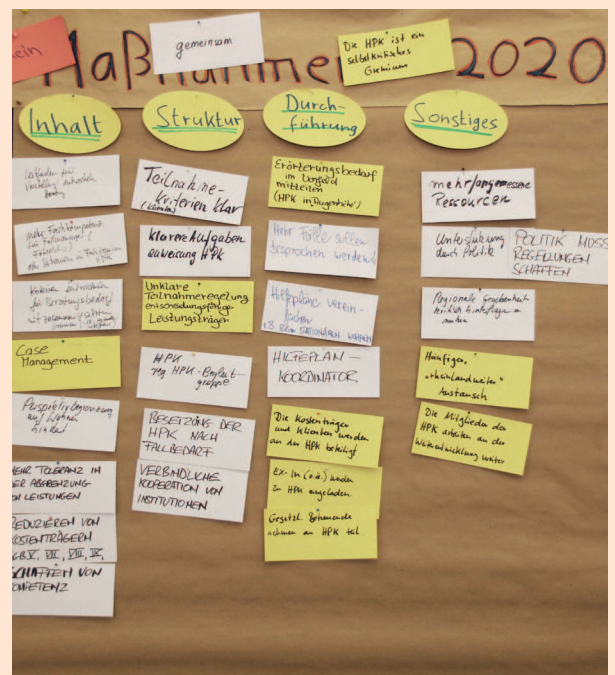
Inhalt	Struktur	Durchführung	Sonstiges
Möglichkeit + Motivation zur Teilnahme an HPK aufseiten der LB-Menschen	„Flächendeckende“ HPK <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien, wer wird besprochen • Wie ist das Gremium besetzt 	Sprachliche Barrieren bei Erstellung des IHP	Fachärztliche Stellungnahmen werden nicht in Frage gestellt
Mehr Klarheit, Transparenz + Kontinuität bei der „Steuerung“ der HPK	Die HPK ist ein anerkanntes Fachgremium	„Vereinfachte“, niedrigschwellige Möglichkeit der TN an HPK	Übersetzung/Dolmetschen in andere Sprachen ist möglich/finanziert
Die HPK unterstützt bei der Bedarfsfeststellung	Daten (Statistik) über die Arbeit der HPK sind vorhanden	Kein „Zwang“ zur Teilnahme an HPK	
Hilfpläne und Vorstellungen in der HPK sind von hoher Qualität	„Klienten“ nehmen selbstverständlich an der HPK teil und vertreten sich (auch) selber	Sofern Klinik-Entlassung möglich, jedoch kein Wohnplatz vorhanden: Besprechung in d. HPK	
FLS werden nur in der HPK „verhandelt“	Die Verfahren der HPK werden (sind) vereinfacht	Auch „durchschnittliche“ Fälle werden in der HPK besprochen	
	Vor-Ort-HPK ist möglich	Nicht nur „schwierige“, konflikthafte Fälle in HPK – mehr kollegialer Austausch	
	Alle Anbieter vernetzen sich regional in der HPK	Besprechung „schwieriger“ Fälle in der HPK auch ohne Antrag/IHP möglich	
	Die Bedarfseinschätzung ambulant/stationär erfolgt nach gleichen Kriterien	Auch Folge-IHP werden in der HPK besprochen	
	Es gibt Regelungen zur Zusammensetzung der HPK – wer repräsentiert d. Träger?	Bei Unterbringung in Pflegeheim: verpflichtende Vorstellung in HPK	
		Nicht plausible IHP werden in der HPK besprochen	



MASSNAHMEN – 2020?

RHEIN

Inhalt	Struktur	Durchführung	Sonstiges
Leitfaden für Vorstellung entwickeln Beratung	Teilnahmekriterien klar (Klienten)	Erörterungsbedarf im Vorfeld mitteilen (HPK in „Augenhöhe“)	mehr/angemessene Ressourcen
Mehr Fachkompetenz für Fallmanager (##) oder Vertrauen in Fachgremium HPK	Klarere Aufgabenzuweisung HPK	Mehr Fälle sollen besprochen werden!	Unterstützung durch Politik
Kriterien entwickeln für Beratungsbedarf mit zusammengesetztem Gremium (LVR, Anbieter, ##)	Unklare Teilnahmeregelung Entscheidungsfähiger Leistungsträger	Hilfepläne vereinfachen, z.B. beim stationären Wohnheim	Politik muss Regelungen schaffen
Case Management	Reg. HPK-Begleitgruppe	Hilfeplankoordinator	Die Mitglieder der HPK arbeiten an der Weiterentwicklung weiter
Perspektivbegrenzung auf Wohnen hindert	Besetzung der HPK nach Fallbedarf	Die Kostenträger und Klienten werden an der HPK beteiligt	Häufiger, „rheinlandweiter“ Austausch
Mehr Toleranz in der Abgrenzung von Leistungen	Verbindliche Kooperation von Institutionen	EX-IN (o.ä.) werden zu HPK eingeladen	Regionale Gegebenheiten kritisch hinterfragen
Reduzieren von Kostenträgern SGB V, VII, VIII, IX		Gesetzl. Betreuende nehmen an HPK teil	Die HPK ist ein selbstkritisches Gremium
Schaffen von Kompetenz		Erörterungsbedarf im Vorfeld mitteilen (HPK in „Augenhöhe“)	



WIE IST HPK IN 2020?

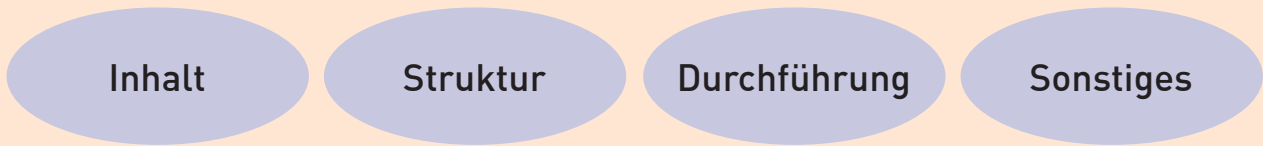
RUHR

Inhalt	Struktur	Durchführung	Sonstiges
Ziel der ## HPK zu beratenden Fälle - in die Zukunft gerichtete Planung - Retrospektiven auf das Erreichte (warum, warum nicht?) - Bedarfsplanung in der Region	Koordinierende Bezugsperson im SPZ verortet	Verbindliche Beantragung einer koordinierenden Bezugsperson (auch nach HPK zuständig)	Personenkreis der Menschen mit GB
Schwer integrierbare Personen besonders berücksichtigen „Diskussionsplattform“ HPK	Möglichst alle relevanten Kostenträger/Beteiligte sollen teilnehmen	<ul style="list-style-type: none"> Relevante Leistungsträger in Kooperationen sind vertreten Funktionieren regionaler Bedarfsermittlung 	<ul style="list-style-type: none"> Leistungen müssen bezahlbar sein Fachlichkeit muss gewährleistet sein
	<ul style="list-style-type: none"> Versorgungsverpflichtung „schwierige Fälle“ Sozialraum und Kostenträgervielfalt HPK müssen politisch unterstützt werden 	„keine Frontenbildung“, „miteinander“ bei der Bedarfsermittlung	SPZ-Finanzierung
	Teil eines Verbundes der Leistungserbringer	IHP-Verfasser muss vor Ort (HPK) sein	Mehr Kooperation
	Personelle Begrenzung vs. Anspruch Hilfeplanung allumfassend zu besprechen	Im Vorfeld Info, worüber gesprochen werden soll (konkret)	Gibt es die HPK noch?
	Unabhängige IHP-Erstellung Neutrale Zugangssteuerung	Bedarfserfassung (losgelöst von Kostenträgern) vor der HPK	
	zum Teil verbindlich festgelegte TN, verbindlich und fest implementierte Prozesse zur Qualitätssicherung und Sozialraumgestaltung	Komm-/Geh-Struktur „HPK vor Ort“	
	Anderer Kostenträger mit am Tisch	EX-IN	
	Teilnahme anderer/aller Kostenträger	Verschiedene Leistungsträger in Kooperation miteinander (Zuständigkeiten, zumindest vorübergehende Kostenübernahme)	
	1 Kostenträger spricht für <u>alle</u> Kostenträger	Zuständigkeitsabgrenzungen sind geklärt	
	GPV – nicht SPZ-Träger Leistungserbringer-unabhängige Beratung		
	Nur 1 Kostenträger am Tisch der HPK und Anwendung des SGB IX		
	Der Mensch soll dabei sein!		
	2020... ... ist es selbstverständlich, dass der Mensch mit Beeinträchtigung, der dazu Lust hat, daran teilnimmt (mit Begleitung seiner Wahl, falls gewünscht) und die Atmosphäre für alle Beteiligten angenehm ist.		



MASSNAHMEN – 2020?

RUHR



- Wie kommen wir da hin?
- Was hilft uns?
- Was hindert uns?
- Was können wir tun?
- Was sollten andere tun?

1 Kostenträger als Ansprechpartner in der HPK für alle Leistungen (SGB IX)

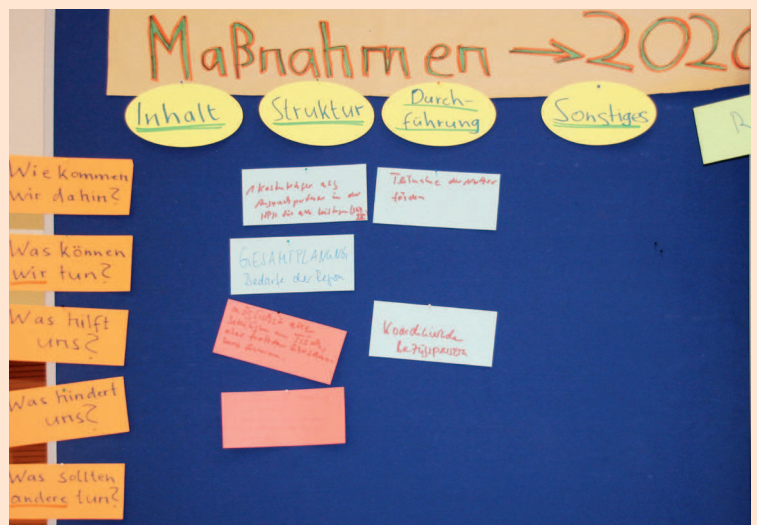
Gesamtplanung Bedarfe der Region

Möglichst alle Beteiligten am Tisch, aber trotzdem überschaubares Gremium

Anbieterneutrale Besprechung und Beratung
Trennung von BeWo-Anbietern und HPK-Beratung/
Zugangssteuerung

Teilnahme der Nutzer fördern

Koordinierende Bezugsperson



WIE IST HPK IN 2020?

WUPPER

Inhalt

Q-Standards IHP einheitlich formulieren

Ressourcenorientierte Haltung

Struktur

Pluralität d. HPK erhalten

Durchführung

TN-Kreis ist dem AS bekannt (leichte Sprache)

Sonstiges

Aushandlungsprozess- und Kultur schaffen und erhalten



MASSNAHMEN – 2020?

WUPPER

Inhalt

Struktur

Durchführung

Sonstiges

Wie kommen wir da hin?

Gesamtplanung (multiprofessionelle Besprechung)
Schnittstelle gesundheitl. Versorgung - HPK
Schnittstelle z. Versorgungsplanung (GPV)
Eingehen auf individuelle Bedarfe
Gesamten Hilfebedarf berücksichtigen
Komplexe Hilfeplanung

Feste zuständige Personen f. d. Hilfeplanungen (koordinierende Bezugsperson)
Gleicher Kenntnisstand der TN d. HPK
Zeitnahe Terminierung d. HPK

Prozessbegleitender/-verantwortlicher ist bestimmt
Transparenz/Kriterien der vorzustellenden Fälle i.d. HPK
Besprechung von MmB, die keinen Antrag stellen können – zuständig?

Sinnvolle Einzelfalllösungen finden
Genesungsbegleiter/ Ombudsmann/-frau beteiligen
Beteiligung einer neutralen Person
Sicherstellung d. Finanzierung

Was hilft uns?

Beteiligung relevanter Kostenträger (verpflichtend)
Gesamtplanung ist kostenträger- und leistungsanbieterunabhängig
Übergang Klinik – Komplementärversorgung sicherstellen

Information von beteiligten Kostenträgern (frühzeitig)
Übergang Klinik – Komplementärversorgung sicherstellen

Leitfaden für IHP-Standards
Schnittstellen zu anderen Gremien schaffen bez. Versorgung

Finanzielle Mittel z. Ausstattung der HPK (Rahmen / GO)

Was hindert uns?

Erfassung der & Information über Versorgungsstrukturen in der Region
Aktuelle Gesetzeslage
Umsetzung nach SGB IX

Fehlende klare Abgrenzung zw. SGB XI & XII
Personalressourcen LVR

Gemeinsames Interesse an Hilfeplanung fehlt
Ortswechsel

Was können wir tun?

kostenträgerübergreifendes bedarfsorientiertes Budget

Gemeinsame Qualifizierung der TN

Was sollten andere tun?





ZUSAMMENFASSUNG DER TAGUNG UND AUSBLICK

PROF. DR. PETRA GROMANN
LOTHAR FLEMMING

HERR FLEMMING: Es war und ist gut, alternativlos, dass wir das gemacht haben, dass es die HPK gibt. Ich habe gerade noch den zentralen Satz dazu gehört: „Der LVR führt Menschen zusammen.“ Ja, das stimmt, das ist für mich nach wie vor das wichtigste, dass Sie sich in den Hilfeplankonferenzen auf einer anderen Ebene begegnen, als bei irgendwelchen anderen Gremien, wo sie quasi die Hochglanzpolitik des Trägers zu vertreten haben. Hier geht es tatsächlich im Einzelfall zunächst einmal darum, sich darüber auszutauschen, was aus ihrer fachlichen Sicht sinnvoll und erforderlich ist für den Menschen mit Beeinträchtigung, und wenn er dabei ist, dann entsteht erfahrungsgemäß noch mal ein ganz anderes Klima. Insofern, es ist gut, dass sie regelmäßig zusammen kommen. Sie kennen ihre Ansprechpartner hier aus dem Hause, das war früher nicht so, da kannten Sie den Namen von irgendwelchen Schriftwechsellern, vielleicht die Stimme von Telefonaten, aber die regelmäßige Begegnung und Austauschmöglichkeit gab es nicht. Es ist besser geworden aus meiner Sicht. Was ich so gehört habe, in den einzelnen Gruppen, hat sich bei mir noch nicht verdichtet zu einem Bild „HPK 2020“, muss ich gestehen.

Also negativ gesprochen hätte ich daraus schließen können, wir haben uns da noch mehr Gedanken darüber gemacht, was brauchen wir für Strukturen, was brauchen wir für Regelungen, für Ablaufplanungen, damit dieses Gremium noch strukturierter wird. Ist es das wirklich, ist es das, was wir 2020 dann als Fortschritt der HPK brauchen? Daneben hatte ich den Ein-

druck, mit guten fachlichen Gründen streben sie an, dass das Ganze noch komplexer wird. Nun haben wir aber gelernt, der Mensch strebt eigentlich danach, Komplexität zu reduzieren.

Wie passt das denn zusammen? Sind wir auf dem Wege, dieses sinnvolle Zusammensein von Menschen zum Austausch ihrer fachlichen Ansichten, zum Aushandeln auf Augenhöhe in ein Korsett zu pressen, was gleichzeitig so streng und auch so fordernd ist, dass wir dann gar nicht mehr wissen, was wir tun sollen. Frau Gromann, sagen Sie uns das mal.

FRAU PROF. GROMANN: Genau, das Leben einfach erklärt in drei Sätzen, das kriegen wir leider nicht hin. Erst einmal bin ich beeindruckt davon, dass doch so viele engagierte Kolleginnen und Kollegen sich geäußert haben, auch Probleme auf den Tisch gepackt haben. Das ist für mich immer unheimlich spannend, einfach auch zu hören, was vor Ort an Problemen da ist. Und ich denke, dass der Eindruck, der entstanden ist, niemand will zurück zu: „Ich verhandle mit dem LVR-Mitarbeiter per Telefon.“ Das ist irgendwie gesetzt, da will, glaube ich, keiner mehr zurück, dass man es ohne irgendeine Form von gemeinsamer Absprache tut, aber die Regionen sind durchaus unterschiedlich aufgestellt. Und es gibt schon so was, was man sagen kann, da wird man dran arbeiten müssen

in den nächsten fünf Jahren. Es würde sich auch, glaube ich, unglaublich lohnen, die jeweiligen Ergebnisse noch einmal wissenschaftlich zu bearbeiten in Richtung auf:

- Welche Probleme sind benannt?
- Welche Lösungsskizzen gibt es?

Aber ganz grundsätzlich, denke ich, ist etwas Wichtiges, was bei Ihnen auch schon passiert, und da ist ja diese Tagung heute ein Teil davon, dass man darüber nachdenkt, was passiert und was passiert eigentlich nicht so gut. Wo entfernen wir uns von dem, warum wir das eigentlich tun, und da gibt es einige Warnblinkler aus den verschiedenen Gruppen. Diese HPK-begleitende Gruppe, wie Sie es nennen, das ist sicherlich eine Gruppe, die sowas wie Prozessstandards und Empfehlungen aussprechen, aber ich denke, es gibt eine gewisse Verpflichtung, nachdem was ich heute gehört habe, dass Sie in 2020 wahrscheinlich dazu gekommen sind, dass jede HPK vor Ort diese Empfehlungen in einem eigenen, geschriebenen Prozess gemeinsam abgestimmt hat. Also das kann ich mir vorstellen, da deutet viel darauf hin. Von dem gemeinsamen Problembewusstsein her tatsächlich zu formulieren, wie lösen wir das bei uns in diesem Kreis.

HERR FLEMMING: Also übergreifend Standards beschreiben, regional umsetzen.

FRAU PROF. GROMANN: Vereinbarungen treffen, weil es auch ganz klar ist, dass die Frage: „Wer ist für was verantwortlich?“ etwas ganz Wichtiges ist. Es ist auch nicht die Frage, wer macht den Hilfeplan, sondern wer koordiniert ihn denn? Wer trägt die Verantwortung dafür, dass im Einzelfall die Dinge zusammengestellt werden. Das ist die entscheidende Frage, nicht, wer ihn schreibt. Wer ist derjenige, der dafür Verantwortung übernimmt? Und diese Frage von: Wie kriege ich das zusammen, was sind so die wichtigen ECKELEMENTE, dass man Partizipation umsetzt. Da haben wir auch heute viel gehört, da muss man darüber nachdenken. Sicher auch über Klima und Atmosphäre, man muss sicherlich auch über gangbare Regeln nachdenken, aber man wird wesentlich darauf setzen müssen, dass man tatsächlich Menschen auch als Vertreter von Menschen mit Beeinträchtigungen regelhaft beteiligt, weil der Kompetenzerwerb, und das ist an Ihnen allen zu sehen, Sie sind deutlich engagiert in diesem Prozess gute Lösungen zu finden, das muss man auch den Vertretern der Selbsthil-

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Soziales



ZUKUNFT DER HILFEPLANKONFERENZ DER ZUKUNFT

Zusammenfassung und Ausblick

Prof. Dr. Petra Gromann und Lothar Flemming

fe und den Vertretern von Angehörigen ermöglichen, dass die in diese Prozesse mitgenommen werden, weil sie damit Politik gestalten. Anders wird man sowas wie Sozialraumorientierung nie hinbekommen. Das sind Menschen, die einzubeziehen sind und nicht kommunale Strukturen. Und von daher glaube ich, dass wir in diese Richtung, also wie gestaltet man Partizipation so, dass sie nicht ausufert im Sinne von noch mehr Zeit für Allgemeines, sondern dass sie tatsächlich zur konstruktiven Mitarbeit führt, das ist, denke ich, was wir 2020 mit Sicherheit können. Bin ich überzeugt von. Hat verschiedene Positionen und da sehen Sie immer mein Denken in Ebenen, wir werden sehr viel mehr Partizipation auf der Beteiligung bei der Hilfe oder Teilhabeplanung erreichen für alle verschiedene Zielgruppen. Das ist ein wichtiges Element, dass Hilfeplanung von den Betroffenen gemacht wird. Und da werden wir mit Sicherheit weiter sein und wir werden auch mit Sicherheit weiter sein dabei, wie man Partizipation besser gestaltet und ein minimaler Bestandteil davon ist die Frage von „Geschäftsführung“ dieser Hilfeplankonferenzen. Also wie mache ich das geschickt mit der Einladungspraxis, mit der Verlässlichkeit, mit dem, dass nicht immer alle für alles dabei sitzen. Sondern diese Frage gestufter Geschichten, das wird etwas sein, das können Sie nicht zentral lösen, das wird die Region vor Ort lösen müssen, weil, es ist immer abhängig davon, was für Menschen da sitzen.

Nächster Teil: Immer noch viel diskutiert ist die Frage der Zielgruppen. Da wage ich gar keine Prognose, es gibt eine ganze Reihe von Menschen, die im Moment gar nicht auftauchen und die als Problem gesehen werden. Es gibt Menschen, da hatten wir einen kleinen Hinweis, psychisch erkrankte Menschen in den Altenheimen, junge wohnungslose Klienten mit Suchterkrankungen, Migrationserfahrungen, Missbrauchserfahrungen, psychische Erkrankungen, viele, viele Exklusionsrisiken, die tauchen gar nicht in unserem System auf. Müssen die da auftauchen? Also diese Fragen der Exklusion dieses Systems. Das sind Sachen, die wir 2020 vielleicht noch klarer sehen, und ich denke, dass diese Frage nach Transparenz eine Frage ist, die ganz wichtig ist. Ich glaube, viel von dieser Unklarheit, wie schrecklich läuft es und was läuft alles nicht und was läuft nicht so richtig, hängt damit zusammen, dass wir im Grunde gar kein Gefühl dafür haben, wie weit einzelne Regionen in diesem Weg sind, Teilhabe zu ermöglichen und man gar keine Vergewisserung hat, wie gut arbeiten wir eigentlich, wie weitreichend unterstützen wir sowas wie Teilhabe und da werden wir mit Sicherheit, da wird auch der LVR etwas tun müssen, was Transparenz bedeutet, für Regionen, zu wissen wo man steht, wie viel tatsächlich auch erreicht wird, weil wir haben im Moment eher immer nur das Gefühl auf neue Probleme zu stoßen, aber nicht wie viel schon bewältigt worden ist.

Auch wie viele Menschen in diesem Prozess tatsächlich eigene Wege gefunden haben. Von daher geht es auch nicht nur um die koordinierende Bezugsperson, sondern es geht um so etwas wie koordinierende Prozessbegleitung. Menschen machen Prozesse und kommen rein und raus in diesem System, manche bleiben sehr lange, und das ist auch richtig so. Weil Menschen sehr unterschiedlich sind und sich in diesem System auch anders bewegen.

Und das ist, glaube ich, etwas, wo wir über die Hilfepläne ja schon sehr viel mehr Einblick haben als früher. Früher wusste man gar nichts darüber. Wir wissen heute schon einiges und da gibt es einfach noch sehr wenig Klarheit darüber, wie man das auf eine regionale Struktur beziehen kann. Und die Hilfeplankonferenzen sind regional und sie leben von den Leuten, die vor Ort sind. Und das, denke ich, war heute sehr eindrucksvoll. Von daher bin ich ganz versöhnt mit dem Tag heute.

HERR FLEMMING: Transparenz – worüber? Was ich verstanden habe, stimmt, da haben wir noch Luft nach oben. Das haben Sie auch gesagt, wenn man in der Hilfeplankonferenz nur noch einen kleinen Teil der Probleme oder Anliegen in der Region von Menschen mit Behinderungen kennen lernt, nämlich die sogenannten Beratungsfälle, was ist denn eigentlich sonst. Da arbeiten wir daran, das auch auswertbar zur Verfügung stellen zu können, was wir wahrscheinlich nicht so gut hinkriegen, ist das, worum es eigentlich geht. Was haben denn diese vielen sinnvollen Leistungen für die einzelnen Menschen bewirkt. Da suchen wir noch, da haben Sie aber wahrscheinlich schon Antworten oder Teilantworten, aber da suchen wir noch gemeinsam nach. Mit Transparenz, glaube ich, verbindet sich aber noch etwas anderes. Es ist bei Ihnen auch sehr deutlich geworden, dass die, die da zusammen sitzen, naturgemäß unterschiedliche Interessen haben. Das ist nichts Schlimmes, die Frage ist nur, wie kann man das deutlich und nutzbar machen in der Situation, damit man nicht darum zu kämpfen braucht: wer ist der beste Fachmensch oder wer ist am altruistischsten oder wem kann man am ehesten zuschreiben, dass er nur auf das Geld guckt.

FRAU PROF. GROMANN: Die Frage ist ja, was wir ja immer für die Einzelfälle gesagt haben, verhandeln statt behandeln, gilt natürlich für diese Situation in Hilfeplankonferenzen auch. Es geht um tragfähige Verhandlungslösungen. Und die Frage, wer an welcher Stelle zu beteiligen ist, die Frage dieses Managements, dieser Absprachen, das ist eine entscheidende Schnittstelle. Und dafür denke ich, wird Ihre Begleitgruppe Lösungen finden müssen, wie das besser gehen kann.

HERR FLEMMING: Wir können aber die Leute nicht zwingen, zu veröffentlichen, mit welchen Interessen sie da am Tisch sitzen.

FRAU PROF. GROMANN: Nein, aber ich meine es ist auch eine Frage der inneren Haltung. Gehe ich dahin, weil ich glaube, ich bin die Einzige oder der Einzige, die oder der weiß, wie die Sache richtig läuft oder stelle ich mich darauf ein, dass hier verschiedene Interessen zusammen kommen und dass man trotzdem gangbare Wege finden muss. Es funktioniert ja auch in vielen Fällen, in manchen nicht.

HERR FLEMMING: An einzelnen Stellen habe ich gehört, ein ehrenwertes Ziel wäre, dass alle Leistungsberechtigten, über die in der Konferenz gesprochen wird, dabei sind. Würden Sie das so unterstreichen, ist das ein erstrebenswertes Ziel?

FRAU PROF. GROMANN: Es ist ein Recht und kein Ziel. Ganz einfach. Und entscheiden sollten das die Menschen selber. Man muss es fördern, man muss es erleichtern, weil dieses Recht für jeden eine Option sein muss.

Es bleibt die persönliche Wahl, aber das Recht fängt nicht da an, wie nett die Leute da sind, die da sitzen, sondern das Recht fängt schon da an, dass die Hilfepläne eigentlich die Leute selber schreiben können sollten und wir nur Assistenten sind. Das ist auch eine Frage von, wie formuliere ich das. Das ist jetzt ein bisschen eine radikale Forderung, aber im Grunde, darum geht es. Inwieweit stelle ich Unterstützungssysteme bereit, auch Hilfen zu kriegen und Hilfen zu erarbeiten, dass sie für mich die richtigen sind.

Das fand ich sehr eindrucksvoll, wir haben gerade in einem Forschungsprojekt Menschen aus der Selbsthilfe und Angehörige gefragt: Woran erkennen Sie gute Teilhabequalität, oder woran erkennen Sie, dass es gut funktioniert? Und da haben sie gesagt: „Daran, dass es Extrawürste gibt, dass es in einer Region ungewöhnliche Lösungen gibt, daran erkennen wir Qualität.“

In der Grundsatzfrage, was ist Teilhabe, haben wir heute in der Fachwelt wenige Differenzen, ganz wenig, es gibt Nuancen. Die Leistungsträger haben immer die Idee, die Sozialraumhilfen sind umsonst und billiger, die Leistungserbringer haben die Idee, die Sozialraumhilfen sind unerreichbar, weil da muss ich so viel Arbeit rein stecken. Das ist ja fast mehr Arbeit, als mit dem Klienten zu arbeiten, weil ich mich dann in vielen anderen Kontexten bewege. Die Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung sagen, Sozialraumleistung kann mir egal sein. Hauptsache ich habe eine Wohnung und einen ordentlichen Arbeitsplatz, der Rest ist mir doch Wurst.

Es gibt ganz verschiedene Definitionen, aber im Grunde, der Kern ist, dass es um die subjektive Umsetzung von Lebenschancen geht, da sind sich doch alle einig. Und das gibt doch auch Hoffnung, dass Sie auf dieser Basis trotz unterschiedlicher Interessen zu Vereinbarungen kommen. Ich will nicht bestreiten, dass es schwierig ist. Sie ringen ja an vorderster Front, Sie sind diejenigen, die Exklusion aus unserer Gesellschaft bearbeiten von allen Seiten. Von der Frage des Geldes, von der Frage der Personen, die zur Seite stehen, von der Frage, wie weit man die Gesellschaft und die Kommunen dazu bringen kann, für diese Menschen noch mit da zu sein. All das gehört dazu. Aber das sind jetzt zu viele Worte zum Feiertag. Ich denke, es ist ganz wichtig, dass so viel Engagement da ist und so viel Streit auch, weil das zeigt, dass die Sache lebendig ist und auch einen Kern trifft. Es geht nur noch über Verhandlung.

HERR FLEMMING: Ich frage noch einmal ganz direkt. Ich hatte ja eben diese Wahrnehmung beim Blick in die Zukunft, das wird alles noch komplexer, wenn man alles berücksichtigen will, was man berücksichtigen könnte in so einer HPK. Stichwort Gesamtplanung, Überleitungsmanagement, Prozessbegleitung. Übernehmen wir uns nicht, wenn wir das anstreben?

FRAU PROF. GROMANN: Ja, die Frage stellt sich in modernen Gesellschaften ja häufiger. Die Frage, dass immer alles schwieriger wird. Und dass wir die Tendenz haben, die einfache Lösung, die haben wir durch die Arbeitsteilung. Schlaue Arbeitsteilung, die transparent ist und die klar macht, was soll wer machen.

HERR FLEMMING: Genau, ich hatte das Bild zur HPK 2020,, da gibt es drei Räume: Im ersten sitzen die Gesamtplaner, die machen den Gesamtplan. Und da wären dann natürlich die mit dabei, die dann auch entscheiden können über die einzelnen Leistungen, die dann mit in den Gesamtleistungstopf gehören. Im zweiten Raum sitzen Überleitungsmanager. Die vermitteln von einem System zum anderen. Und im dritten sitzen die Prozessbegleiter, die man den Menschen an die Seite stellt.

FRAU PROF. GROMANN: Genau, das ist noch das Bild der mittelalterlichen Fabrik, sage ich mal. Das wäre zurück zum Feudalismus, jeder hat seinen Einflussbereich, das funktioniert, glaube ich, nicht mehr. Weil es ist ja schon die Frage, wer ist unabhängig von der Beratung und wer nicht. Wir sind ja alle Rollenträger in den verschiedensten Zusammenhängen. Und die Frage der Klarheit lässt sich nicht mehr nur noch an Personen festmachen. Sie können nicht für jedes neue Angebot einen neuen Dienst schaffen. Sie können nicht für jede neue Klientengruppe, die auftaucht, was Neues erfinden. Das geht

nicht. Es gibt ganz viel Wissen darüber, wie man Menschen in schwierigen Lebenssituationen begleitet. Und da gibt es auch manche Sachen, die man nicht weiß. Aber es klappt nur, indem Sie das zusammenschmeißen, das Wissen, und die Frage ist tatsächlich, schaffen wir das, nicht nur: Da ist ein Entscheider und da ist einer, der macht, was ihm gesagt wird. Diese Frage kann sich in dem System nicht mehr so stellen und deswegen macht es auch so viele Schwierigkeiten.

HERR FLEMMING: Also haben Sie etwas anderes gemeint mit Ihrer Aussage, auf die ich reagiert habe mit meinem Bild – man muss klären; wer macht was.

FRAU PROF. GROMANN: Diese drei Ebenen gibt es, aber das sind nicht Leute, die nur das machen. Weil ich glaube, dass sie diese verschiedenen Anteile in ihrer Arbeit alle heute schon leben. Man kann Verantwortung und Verhandlungsführung nur machen, wenn man weiß, dass man tatsächlich in allen drei Positionen in einer bestimmten Konstellation gefragt sein wird.

HERR FLEMMING: Und das ist ein kontinuierlicher Prozess, das immer wieder zu klären. Im Einzelfall aber auch auf der Strukturebene.

FRAU PROF. GROMANN: Wir brauchen ja auch den Leistungsträger, dass er dafür Verantwortung übernimmt. Dass da Klarheit herrscht, dass die Abgrenzung klar ist, dass diese komplexen Prozesse nicht gesteuert werden im Sinne von „Alles hört auf mein Kommando!“, sondern ich organisiere Abstimmung. Ich organisiere, dass es klappt, dass die Leute tatsächlich miteinander arbeiten, und dass es nicht in einem ausufernden sozialpädagogischen Kaffeeklatsch mündet.

HERR FLEMMING: Können Sie damit etwas anfangen, mit dem, worüber wir uns ausgetauscht haben? Jetzt müssen Sie „ja“ sagen, dann würde ich nämlich Herrn Dr. Schartmann bitten, den „Reisesegen“ zu sprechen, dann können Sie in den Feiertag.

MODERATION DR. DIETER SCHARTMANN

Schönen Dank Frau Prof. Gromann, Herr Flemming, für die amüsante Abschlussrunde. Hier ist noch einmal sehr präzisiert das auf den Punkt gebracht, um was es hier geht.

Ja, Stichwort Reisesegen, ich will gar keine langen Worte machen, ich möchte mich ganz herzlich bedanken bei Ihnen allen, dass Sie gekommen sind, dass Sie mitgearbeitet haben, dass Sie mitgedacht haben, dass Sie mitgeredet haben. Ich möchte mich bedanken bei den Expertinnen und Experten, die in der Gesprächsrunde mit dabei gewesen sind, bei den Moderatorinnen und Moderatoren, die heute Nachmittag die Workshops mit geleitet haben, insbesondere, ganz besonders möchte ich

mich bei Ihnen, Frau Prof. Gromann, bedanken, dass Sie uns den Tag heute so intensiv begleitet haben.

Ich denke, uns ist allen klar, das Thema wird uns weiter beschäftigen. Ich glaube, wir haben heute Handlungsaufträge für mindestens zehn Jahre gekriegt, nicht nur für fünf Jahre. Man wird sehen, was das neue Bundesteilhabegesetz bringt, ob es dadurch noch einmal in einem neuen Licht betrachtet wird, man weiß es nicht.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Feiertag, genießen Sie es, Hoch „Walburga“ steht vor der Tür, habe ich gehört, es wird tolles Wetter werden, genießen Sie es, in diesem Sinne: Alles Gute.

REFERENTINNEN UND REFERENTEN

Dr. Dieter Schartmann,
Leiter Medizinisch-Psychosozialer Fachdienst, LVR

Dirk Lewandrowski,
LVR-Dezernent Soziales

Prof. Dr. Petra Gromann,
Hochschule Fulda

Charlotte Dahlheim,
Gesundheitsamt der Stadt Köln

Ulrich Krüger,
Geschäftsführer Aktion Psychisch Kranke

Lothar Flemming,
Fachbereichsleiter Sozialhilfe II, LVR

Sabine Joel,
EX-IN-Genesungsbegleiterin,
Malteser-Johanniter-Johanneshaus, Siegburg

Brigitte Balzer,
stellv. fachliche Direktorin LVR-HPH-Netz Niederrhein

Olaf Maas,
Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe

Bianca Esch,
Medizinisch-Psychosozialer Fachdienst, LVR

ANREISE

Bei Anreise mit der Bahn erreichen Sie uns am einfachsten, wenn Sie bis Bahnhof Köln Messe/Deutz fahren. Der Bahnhof ist nicht vollständig barrierefrei.

- Mit der Straßenbahn erreichen Sie uns über die Linien 1, 7 und 9. Die Linien halten an der Station „Deutzer Freiheit“. Für die Linie 7 befinden sich die Gleise auf der Siegburger Straße. Für die Linien 1 und 9 auf der Mindener Straße.
- Bitte beachten Sie bei Anreise mit dem PKW, dass alle Dienstgebäude bzw. Dienststellen des LVR in Deutz innerhalb der von der Stadt Köln eingerichteten Umweltzone liegen! Die Zufahrt ist daher ordnungsrechtlich nur unter Verwendung der entsprechenden Plaketten möglich.
- Wir empfehlen die Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

WURUM GEHT ES?



In der Hilfeplan-Konferenz wird über den Hilfeplan gesprochen.

Es wird darüber geredet, wie viel Hilfe jemand braucht.

Im Rheinland gibt es seit 10 Jahren Hilfeplan-Konferenzen.

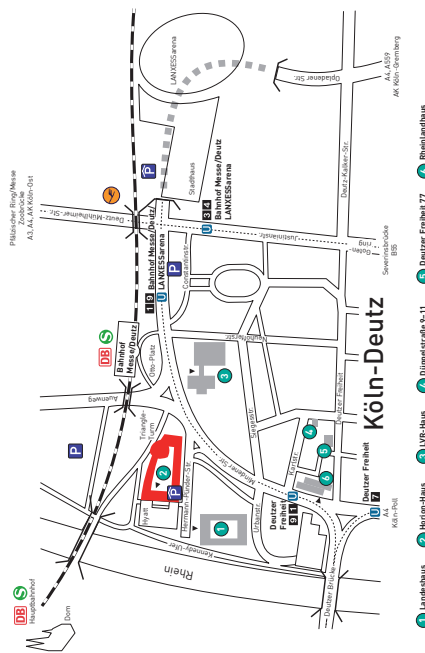
Es gibt 80 Hilfeplan-Konferenzen.

Der LVR möchte über die Hilfeplan-Konferenzen reden.

Was ist gut?

Was ist schlecht?

Was sollte anders sein?



Druck und Layout: LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln, Tel 0221 809-2418

LVR-Dezernat Soziales
50663 Köln, Tel 0221 809-0
www.soziales.lvr.de

LVR-Dezernat Soziales

ZUKUNFT DER HILFEPLANKONFERENZ DER ZUKUNFT

Mittwoch, 3. Juni 2015



LVR-DEZERNAT SOZIALES

SEIT MEHR ALS ZEHN JAHREN

sind Hilfeplankonferenzen im Rheinland Teil des kooperativen Bedarfsermittlungsverfahrens in der Eingliederungshilfe und neben dem Individuellen Hilfeplan das Kernelement des personenzentrierten Ansatzes.



Rund 80 Hilfeplankonferenzen beraten jedes Jahr in über 800 Terminen über Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung. Als Gast oder Mitglied verfügt ein Großteil der in der Hilfe für Menschen mit Behinderung tätigen Personen – und ein kleinerer Teil der Menschen mit Behinderung selbst – über Erfahrungen mit Hilfeplankonferenzen.

Heute wollen wir die Entwicklung der Hilfeplankonferenzen im Rückblick betrachten und für die Zukunft Entwicklungsimpulse setzen:

- Welchen Beitrag leisten HPK zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung?
- Welche Ansprüche und Erwartungen bestanden vor zehn Jahren?
- Welche Erfahrungen waren in den 10 Jahren prägend?
- Welche Weiterentwicklungen sind erforderlich?

Antworten wollen wir im Austausch von verantwortlichen AkteurInnen, langjährigen WeggefährtInnen und PraktikerInnen der HPK finden: „Blick zurück nach vorn!“.

Ich freue mich über Ihre Teilnahme.

Dirk Lewandrowski
LVR-Dezernat Soziales

PROGRAMM

09:30 Uhr: **Anmeldung**

10:00 Uhr: **Begrüßung und Einführung**
Dirk Lewandrowski,
Landesrat LVR-Dezernat Soziales

10:30 Uhr: **Vortrag „Hilfeplankonferenzen – Erfahrungen mit teilhabeorientierter Gestaltung und (Um-)Steuerung“**
Prof. Dr. Petra Gromann,
Hochschule Fulda

11:30 Uhr: **Gesprächs- und Diskussionsrunde „HPK im Rheinland – Erwartungen und Erfahrungen“**
Charlotte Dahheim,
Gesundheitsamt der Stadt Köln
Ulrich Krüger,
Geschäftsführer Aktion Psychisch Kranke
Lothar Flemming,
Fachbereichsleiter Sozialhilfe II, LVR N.N.
NutzvertreterIn
Brigitte Balzer,
stellv. fachliche Direktorin
LVR-HPH-Netz Niederrhein
Olaf Maas,
Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe

Moderation: Bianca Esch, LVR

12:30 Uhr: **Mittagspause**

13:30 Uhr: **Workshops – Austausch und Diskussion zur künftigen Ausgestaltung der Hilfeplankonferenzen**

15:30 Uhr: **Zusammenfassung der Tagung und Ausblick,**
Prof. Dr. Petra Gromann und
Lothar Flemming

Tagungsmoderation:
Dr. Dieter Schartmann, LVR

TAGUNGSORGANISATION

Es werden keine Tagungsgebühren erhoben. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Anmeldungen werden nach Eingang berücksichtigt. Die Veranstaltung ist barrierefrei zugänglich. Bitte informieren Sie uns mit der Anmeldung, wenn Sie Unterstützungsbedarf haben.

ANMELDUNG

Anmeldung bis zum 11. Mai 2015
unter www.weiterentwicklung-hpk.lvr.de

ANSPRECHPARTNER

Dr. Dieter Schartmann/Sebastian Wagner
Tel 0221 809-6881/0221 809-7608
Mail dieter.schartmann@lvr.de
sebastian.wagner@lvr.de

VERANSTALTER

LVR-Dezernat Soziales

TAGUNGSORT

Horion-Haus des Landschaftsverbandes Rheinland
Hermann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln
Raum: Rhein/Wupper/Niers

Qualitätskriterien für die Arbeit von Hilfeplankonferenzen im Rahmen des Hilfeplanverfahrens des Landschaftsverbandes Rheinland

Präambel

Seit Mitte 2003 ist der Landschaftsverband Rheinland neben den stationären auch für die ambulanten Eingliederungshilfen im Bereich Wohnen für erwachsene Menschen mit Behinderungen zuständig. Ziel dieser Zuständigkeitszusammenführung ist es, die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft zu verbessern, insbesondere durch die konsequente Umsetzung des Vorranges offener Hilfen („ambulant vor stationär“).

Zur Zielerreichung wurde ein individuelles Hilfeplanverfahren entwickelt und eingeführt, aufbauend auf den Erfahrungen des Modellprojektes der Aktion Psychisch Kranke e.V. zur Einführung eines personenzentrierten Hilfeplanverfahrens. Kernelemente sind der Individuelle Hilfeplan (IHP) und die Hilfeplankonferenz (HPK).

Der **Individuelle Hilfeplan (IHP)** fasst auf der Grundlage der von den Betroffenen formulierten Wünsche und Ziele alle erforderlichen Hilfen zusammen. Dabei werden individuelle Hilfebedarfe unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen definiert. Diese Hilfen können aus verschiedenen Elementen bestehen und sich beispielsweise auf die Bereiche Wohnen, Beschäftigung und soziale Kontakte beziehen.

Der individuelle Hilfeplan trifft Aussagen dazu, in welchem Umfang und von wem die Unterstützung geleistet werden kann. Neben den professionellen Hilfen werden Unterstützungsmöglichkeiten aus dem Lebensumfeld berücksichtigt.

Im Dialogverfahren werden so Hilfemöglichkeiten gemeinsam ausgelotet und in einem Hilfpaket zusammengefasst.

Um eine fallspezifische Steuerung zu ermöglichen, wurden rheinlandweit **Hilfeplankonferenzen (HPK)** ins Leben gerufen, die sich bewährt haben. Bei der HPK handelt es sich um ein institutions- und professions-

- 2 -

übergreifendes Fachgremium, das im Sinne einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung für Menschen mit Behinderungen tätig ist. Es prüft alle in der Region gestellten Anträge im Zusammenhang mit Eingliederungshilfen zum Wohnen an Hand des IHP auf Plausibilität. Die Beteiligung des Antragstellers in der HPK ist auf Wunsch zu ermöglichen. Das Fachgremium bringt dabei eigene Anregungen und Empfehlungen für eine komplexe Hilfeleistung ein. Der Fokus richtet sich hierbei auf die Qualität der personenzentrierten Hilfeplanung, die Schlüssigkeit von Art und Umfang der Maßnahmen sowie deren Umsetzung.

Die HPK befasst sich zeitnah mit vorliegenden Anträgen. Ihre fachlichen Empfehlungen führen zu zeitnahen Bescheiden der beteiligten Leistungsträger. Die HPK kann Empfehlungen für andere, nicht anwesende, Leistungsträger (z. B. ARGE, Jugendamt usw.) aussprechen. Dies ist ein entscheidender Qualitätsstandard im Sinne der Gesamtplanung.

Ausgangspunkt des HPK-Konzeptes waren die bestehenden örtlichen HPKs und das Eckpunktepapier des LVR aus dem Jahr 2005.

Auf dieser Grundlage haben sich in den einzelnen Gebietskörperschaften unterschiedliche Ausgestaltungsformen der HPKs gebildet. Die bei der Einführung des Verfahrens aus Vertretern der kommunalen Spitzenverbände, der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und des LVR gebildete **Begleitgruppe HPK** hat dies zum Anlass genommen, Qualitätskriterien für die Arbeit von Hilfeplankonferenzen im Rahmen der Individuellen Hilfeplanung des LVR zu entwickeln.

Die Qualitätskriterien sind Orientierungshilfe für die Akteure der HPKs und der regionalen Gremien, um die Arbeit in gemeinsamer Versorgungsverantwortung weiter zu entwickeln.

1. Struktur

- Die HPK arbeitet auf der Basis einer in der Regionalkonferenz bzw. in den örtlichen Begleitgremien abgestimmten Geschäftsordnung und stellt deren Verfügbarkeit sicher.
- Die HPK reflektiert regelmäßig ihre Arbeitsweisen (z.B. in einer prozessbegleitenden Gruppe oder in HPK-Workshops).
- Die HPKs einer Region / Mitgliedskörperschaft stellen einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch sicher.
- Die HPKs einer Region/Mitgliedskörperschaft berichten regelmäßig über wesentliche Erkenntnisse in der Regionalkonferenz.

- 3 -

- Die HPK wirkt auf die verbindliche Kooperation mit möglichst allen Leistungsträgern in der Region hin.
- Die HPK überprüft regelmäßig die wesentlichen Elemente ihres Arbeitsrahmens, wie:
 - Barrierefreiheit
 - Raumgestaltung
 - Teilnehmerzahl und -kontinuität
 - Form und Inhalt von Einladungen, Schriftverkehr und Ergebnisdokumentation
 - Gesprächskultur
 - Termingestaltung und Wartezeiten.Prüfkriterium hierbei ist es, den Antrag stellenden Menschen mit Behinderung und ihrer Vertrauenspersonen die Vertretung ihrer Interessen in der Sitzung zu erleichtern.
- Die HPK unterstützt die Moderation bei der Ausgestaltung ihrer Rolle (z.B. durch Feedback).
- Die HPK dokumentiert ihre fachlichen Stellungnahmen in jedem Einzelfall in Schriftform. Das Verfahren hierfür ist von der HPK festgelegt.

2. Inhalt

- Die HPK klärt die Hilfebedarfe in allen Lebensbereichen.
- Die HPK klärt die Möglichkeiten der Bedarfsdeckung. Dabei achtet sie auf die Realisierung vorrangiger Leistungsansprüche. Die Möglichkeiten der Bedarfsdeckung durch das soziale Umfeld werden berücksichtigt.
- Die HPK findet bei komplexen oder noch ungeklärten Hilfebedarfen in jedem Fall zumindest eine Übergangslösung zur Bedarfsdeckung.
- Die HPK ordnet bei komplexen Hilfebedarfen im Einzelfall die Hilfen den in Frage kommenden Leistungsträgern zu.
- Die HPK klärt die Unterstützung von Leistungsberechtigten bei der Erlangung von Leistungen anderer Träger.
- Die HPK gibt auf der Grundlage ihrer Erkenntnisse Hinweise zur Qualität der Leistungserbringung.

- 4 -

3. Durchführung

- Die HPK arbeitet auf der Basis eindeutiger Regelungen zum Vorstellen aller IHPs in ihrer regionalen Zuständigkeit.
- Die HPK erhält vom Fallmanagement hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen vorgeprüfte und den Hilfebedarf komplett abbildende IHPs.
- Die HPK-Mitglieder erhalten rechtzeitig Informationen über die in der nächsten Sitzung vorzustellenden Einzelfälle.
- Die HPK gibt die fachlichen Stellungnahmen zeitnah an die im Einzelfall Beteiligten weiter.
- Die HPK-Geschäftsführung und -Moderation sorgen für die Einhaltung der verabredeten Datenschutzregelungen (insbesondere Schweigepflichtserklärungen aller Mitglieder und Gäste).
- Die HPK-Teilnahme ist eindeutig geklärt und wird dokumentiert.

Erarbeitet in der Begleitgruppe HPK im Jahr 2008,
abschließend beraten und freigegeben am 13. März 2009.

LVR-Dezernat Soziales

50663 Köln, Tel 0221 809-0

www.soziales.lvr.de