



VERBAND DER BAYER. BEZIRKE

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsstelle

Postfach 22 15 22

80505 München

Az.: 548/1-1

**Weiterentwicklung
der psychiatrischen Versorgung
in Bayern – Koordinierung und
Vernetzung psychiatrischer Hilfe-
angebote
- Regionale Steuerung -**

**Beschluss des Hauptausschusses
vom 21. Oktober 2010**

Knöbelstraße 10
80538 München

Telefon
(0 89) 21 23 89 - 0

Telefax
(0 89) 29 67 06

E-Mail
info@bay-bezirke.de

Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Bayern – Koordination und Vernetzung psychiatrischer Hilfeangebote

- Regionale Steuerung -

1	Regionale Steuerung	1
1.1	Steuerung	2
1.2	Gesetzliche und politische Grundlage für Steuerung.....	2
1.3	Sozialplanung	2
1.4	Leitlinien und Ziele für die Steuerung.....	3
2	Angebots- und Struktursteuerung / Zugangssteuerung	3
2.1	Angebots- und Struktursteuerung	3
2.2	Zugangssteuerung.....	4
3	Personenzentrierte Einzelfallsteuerung	4
3.1	Prozesse.....	4
3.2	Beteiligte Personen / Institutionen.....	5
4	Steuerungsgremien und –Institutionen	5
4.1.	Politische Gremien der Bezirkstage	5
4.2	Sozialverwaltung der Bezirke.....	5
4.3	Überregionale Koordination	5
4.3.1	Psychiatrie- und Suchthilfekoordination	5
4.3.2	Planungs- und Koordinierungsausschuss, GSV, Sozialkonferenz.....	6
4.4	Regionale Koordination.....	6
4.4.1	GPV-Koordinatoren, Regionalbeauftragte, Psychiatrie- und Suchthilfekoordinatoren	6
4.4.2	Regionale Planungs- und Steuerungsgremien (PSAG, GPV, Steuerungsverbände)	7
5	Steuerungsinstrumente	8
5.1	Gesamtplanverfahren	8
5.2	Personenkonferenzen als Teil des Gesamtplanverfahrens.....	8
5.3	Hilfeplankonferenzen	9
6	Voraussetzungen für erfolgreiche Steuerung	10
6.1	Prozess- und Schnittstellenbeschreibungen	10
6.2	Verbindliche Kooperationsvereinbarungen	10
7	Schlussbetrachtungen	11

Einleitung

1.1 Steuerung

Steuerung ist eine zielgerichtete Beeinflussung eines Systems von Leistungsstrukturen für eine definierte Gruppe. Steuerung ist notwendig, um Angebot und Nachfrage so aufeinander ab zu stimmen und kontinuierlich zu modifizieren um gewünschte/ definierte Wirkungen zu erzielen.

Im Rahmen der bezirklichen Steuerung werden zwei Ebenen unterschieden:

1. die abstrakte Angebots-, Struktursteuerung und Zugangssteuerung, s.u. Ziffer 2.)
2. die Prozess- und Einzelfallsteuerung zur Vermittlung von flexiblen passgenauen Hilfen gemäß SGB XII an den leistungsberechtigten Menschen, s.u. Ziffer 3..

Beide Prozesse laufen parallel.

1.2 Gesetzliche und politische Grundlage für Steuerung

Die gesetzlichen Grundlagen finden sich unter anderem im Grundgesetz, der bayerischen Verfassung, den Sozialgesetzbüchern und der Bezirksordnung. Die politischen Grundlagen bilden Empfehlungen und Beschlüsse auf Bundes- Landes- und Bezirksebene. Die ausführliche Zusammenstellung finden Sie im Anhang.

1.3 Sozialplanung

Die Sozialplanung ist als Planungs- und Handlungsprozess ein Instrument innerhalb des Steuerungskreislaufes zur Beschreibung und Bewertung von Wirkungen, der Entwicklung und Formulierung von Zielen und der Erarbeitung darauf folgender strategischer Handlungs- und Priorisierungsempfehlungen für Verwaltung und Politik. Im Fokus hierbei stehen die sozial(psychiatrische) Infrastruktur, die Lebenslagen benachteiligter Zielgruppen, die gesellschaftspolitischen Veränderungen und die sich daraus nachteilig auswirkenden sozialen Entwicklungen. Die Sozialplanung ist in ihrem Vorgehen systematisch, strukturiert, integrierend und als kontinuierlich zirkulärer Prozess als Daueraufgabe bei den Bezirken einzurichten. Der Wirkungsrahmen der Sozialplanung sollte sich nicht nur auf die Sozialverwaltungen der Bezirke beschränken, sondern auf die Einbindung und Beteiligung anderer Fachressorts innerhalb der Bezirksverwaltung, anderer Leistungsträger und kommunaler Verwaltungen und Bürgern ausgerichtet sein.

Aufgaben¹ der Sozialplanung sind u.a., - die Lebensverhältnisse von Zielgruppen sozialpsychiatrischer Versorgung und deren Sozialraum systematisch zu analysieren;

- (potentielle) Mängellagen aufzuzeigen und Vorschläge zu deren Vermeidung bzw. Beseitigung zu erarbeiten;
- (sozialpolitische) Entscheidungen über Angebot und Verteilung sozialer Leistungen vorzubereiten;
- Planungsentscheidungen in ihrer Umsetzung zu organisieren (*Koordinati-on, Steuerung*);
- die beabsichtigten und unbeabsichtigten Folgen der Planung zu beobachten und bei der weiteren Arbeit mit zu berücksichtigen (Fach- und Finanzcontrolling).

¹ angelehnt an 'Handbuch der örtlichen Sozialplanung' - Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge

Zur Erfüllung der Aufgaben sind u.a. folgende Instrumente² zur fachlich-inhaltlichen Steuerung denkbar:

- fundierte Bedarfsermittlungen,
- Schätzungen und Bestanderhebungen
- Einbeziehung und Gestaltung von Partizipationsprozessen [z.B. Bürgerbeteiligung, Teilhabeplanung, Sozialplaner anderer Träger und kommunaler Verwaltungen],
- aktive Begleitung der politischen Zielsetzungsprozesse,
- Festlegung von Zielrahmen, Zielgruppen und Fachzielen und ihrer Abstimmung mit den freien Trägern (gemäß § 17 SGB I)

1.4 Leitlinien und Ziele für die Steuerung

1. Es werden flexible, personenzentrierte Teilhabeleistungen für seelisch behinderte Menschen bedarfsgerecht, zeitgerecht und wirtschaftlich gemäß fachlicher sozialpsychiatrischer Grundsätze erbracht.
2. Das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderungen wird beachtet.
3. Es besteht ein durchlässiges und flexibles regionales Hilfesystem nach dem Grundsatz ambulant vor stationär.
4. Die regionale Vernetzung der klinischen und komplementären ambulanten und stationären Hilfe- und Versorgungsmöglichkeiten ist sichergestellt.
5. Die gemeindenahе bzw. in besonders begründeten Fällen überregionale Weiterversorgung der zu entlassenden Patienten ist fachgerecht, kurzfristig und unkompliziert gesichert.
6. Sie ist bedarfsgerecht und mit Leistungsberechtigten und Bezugspersonen abgestimmt.
7. Die Zusammenarbeit mit den weiterbetreuenden Personen und Institutionen verläuft zuverlässig.

2 Angebots- und Struktursteuerung / Zugangssteuerung

(Bedarfsorientierte Infrastruktur durch Sozialplanung; Steuerung und Koordination der regionalen Landschaft)

2.1 Angebots- und Struktursteuerung

Im Fokus der Angebots- und Struktursteuerung sollte die Region³ stehen. Um dem individuellen Hilfebedarf entsprechende Leistungen sozialraumorientiert anbieten zu können, sollten die erforderlichen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungsangebote für die konkrete Region vorhanden sein. Die Regionalversorgung darf jedoch nicht auf den engen Raum begrenzt bleiben, insbesondere zur stationären Versorgung ist vielmehr eine Abstimmung und überregionale Verknüpfung notwendig.

² angelehnt an 'Steuerungsunterstützung durch Sozialplanung und Controlling auf kommunaler Ebene' - *Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge*

³ Ein regionales Versorgungsgebiet sollte in der Regel entweder einen Landkreis, eine kreisfreie Stadt oder einen Stadtsektor in den Ballungsgebieten umfassen, welcher 150.000 bis 200.000 Einwohner nicht übersteigen sollte. Die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten wird dadurch nicht ausgeschlossen. S.a. Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern, dort unter II 9. Das regionale Versorgungsgebiet kann sich auch auf den Bereich einer Planungsregion erstrecken.

Die Hilfen sind bedarfsorientiert anstatt angebotsorientiert zu erbringen. Dieses Paradigma macht die Anpassung der Angebots**struktur** erforderlich.

Um diese Weiterentwicklung voranzubringen, sind Konzepte zu erarbeiten (z.B. zum Abbau stationärer Plätze oder zur Verbesserung der Durchlässigkeit der Sektoren). Dies setzt ein praktikables und flexibles Förderrecht im investiven Bereich voraus, welches Umwidmungs- und Umbaumöglichkeiten eröffnet, als auch eine Umsteuerung bei Schaffung neuer Angebote. Anreizmöglichkeiten zur Ambulantisierung der Versorgungsstrukturen können hilfreich sein. Unmittelbar aus den Erfahrungen der Gesamtplanung lässt sich für den Sozialhilfeträger darüber hinaus auch die Versorgungs- und Bedarfssituation in der Region transparenter gestalten. Damit kann die Steuerung der Angebotsstrukturen deutlich verbessert werden.

2.2 Zugangssteuerung

Die nach Leistungen der Eingliederungshilfe nachfragende Person wendet sich entweder an einen Leistungsträger, einen Leistungserbringer oder einen sonstigen Dienst, z.B. SpDi's und PSB's. Überwiegend gelangen die Leistungsberechtigten derzeit über ein Krankenhaus ins Hilfesystem. Sofern nicht unmittelbar mit dem zuständigen Leistungsträger Kontakt aufgenommen wurde, wird er vom Leistungserbringer oder sonstigem Dienst unverzüglich informiert.

3 Personenzentrierte Einzelfallsteuerung

(Vermittlung von flexiblen passgenauen Hilfen gemäß SGB XII an den leistungsberechtigten Menschen)

Neben den Steuerungsmöglichkeiten auf der Ebene von Versorgungsstrukturen durch Gremien und Entscheidungsprozesse auf Bezirksebene (s. Punkte 2 und 4) gibt es auf der Ebene des Einzelfalles ebenfalls eine Möglichkeit der Steuerung. Beide Ebenen sind gleichermaßen wichtig für die Entwicklung der Versorgungslandschaft und die Ausgestaltung der Hilfewährung an die Leistungsberechtigten.

3.1 Prozesse

Im **Erstkontakt** (wichtiger erster Schritt im Verfahren) geht es um die Beratung und Information über die Anspruchsvoraussetzungen, Klärung von Zuständigkeiten, die nächsten Prozessschritte und die erforderlichen Unterlagen.

Mit der Prüfung des Leistungsträgers hinsichtlich sachlicher und örtlicher Zuständigkeit, Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 53 SGB XII, wirtschaftlicher Verhältnisse, sowie möglicher vorrangiger Leistungsträger steuert der Leistungsträger des SGB XII bereits vor Beginn des Gesamtplanverfahrens, wer evtl. Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten kann und beginnt dann erst mit der Gesamtplanung nach § 58 SGB XII.

Durch das in Bayern seit 01.04.2005 verbindlich eingeführte „**Gesamtplanverfahren für erwachsene Menschen mit seelischer Behinderung**“ nach § 58 SGB XII ist sichergestellt, dass alle Menschen mit seelischer Behinderung in Bayern nach einem einheitlichen und standardisierten Verfahren versorgt werden. In dem Verfahren mit seinen Instrumenten „Arztbericht“, „Sozialbericht mit Maßnahmeempfehlung“ (zu erstellen vor Beginn der Hilfe), „HEB – A – Bogen“ (drei Monate nach Beginn der Hilfe), „HEB – B – Bogen“ (nach 12 und mehr Monaten und regelmäßig zu erstellen) und „HEB – C – Bogen“ (zu erstellen am Ende der gegenwärtigen Hilfeform) wird nicht nur der konkrete Hil-

febedarf des Leistungsberechtigten erfasst, der Hilfeverlauf dokumentiert und die Leistungserbringung kontrolliert, sondern es werden auch Versorgungslücken im System benannt.

Bestandteil des Gesamtplanverfahrens sind **Personenkonferenzen** (s.u. 5.2), in deren Verlauf der Bedarf festgestellt und die Hilfemaßnahme geplant wird.,

In **Hilfeplankonferenzen** (s.u. 5.3) wird die Angemessenheit und Notwendigkeit der vorgeschlagenen Hilfemaßnahme überprüft. Auf diese Weise gelingt es, jeden einzelnen Leistungsberechtigten möglichst passgenau mit der Hilfe, die er benötigt, zu versorgen. Darüber hinaus werden Kenntnisse für notwendige Weiterentwicklungen der regionalen Versorgung gewonnen.

3.2 Beteiligte Personen / Institutionen

Ersteller der Arzt- und Sozialberichte sind in der Mehrzahl die **psychiatrischen Kliniken**, die für den Patienten nach Abschluss der Akutbehandlung die weitere Versorgung initiiert. **Die Ärzte und die Sozialdienste der Kliniken** sollen die Versorgungsmöglichkeiten in der Region gut kennen. Im Sozialbericht wird ein Vorschlag für die weitere Versorgung gemacht.

Eine weitere Möglichkeit ist die Erstellung des Sozialberichtes durch einen **Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi)**, den **gesetzlichen Betreuer oder des Fachdienstes des Leistungsträger** und des Arztberichtes durch einen **niedergelassenen Facharzt**. Dies wird häufig von Berufsbetreuern oder Angehörigen veranlasst. Nicht zuletzt kann sich eine **hilfesuchende Person auch direkt an den Bezirk** wenden.

4 Steuerungsgremien und –Institutionen

4.1. Politische Gremien der Bezirkstage

Politische Entscheidungen durch die Gremien des Bezirkstages werden zu Fragen der strategischen Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung durch die Bezirkskrankenhäuser und zu Fragen der Teilhabeleistungen getroffen.

4.2 Sozialverwaltung der Bezirke

Sie steuert über die Leistungs-, und Prüfungsvereinbarungen die Qualität von Leistungen.

Über die Anerkennung des Hilfebedarfes und die Gewährung von Leistungskontingenten (z.B. Anzahl der Fachleistungsstunden, Eingruppierung in Leistungsvarianten) steuert sie den Zugang von Leistungsberechtigten zu Teilhabeleistungen.

4.3 Überregionale Koordination

4.3.1 Psychiatrie- und Suchthilfekoordination

Die **Psychiatrie- und Suchthilfekoordination** ist verantwortlich für die Entwicklung von Konzepten zum Umbau der bestehenden Versorgungsstrukturen insbesondere für den Ausbau gemeindenaher Angebote im ambulanten Bereich. Die Psychiatrie- und Suchthilfekoordinatoren tragen dazu bei, dass alle erforderlichen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungsangebote regional zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der Steuerung der Weiterentwicklung der Versorgungsangebote für Psychiatrie und Suchthilfe übernimmt die Psychiatrie- und Suchthilfekoordination die fachliche Abstimmung und operative Planung der gemeindenahen Versorgung, die Koordination der regionalen Bedarfsfeststellung im Hinblick auf die Gesamtversorgung und die Initiierung von notwendigen Veränderungen hinsichtlich Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Vernetzungsqualität der Versorgungsstrukturen.

4.3.2 Planungs- und Koordinierungsausschuss, GSV, Sozialkonferenz

Der PKA ist ein überregionales Gremium mit Empfehlungskompetenz, zusammengesetzt aus Vertretern aller Leistungsträger, der Regierungen, Vertretern der Leistungserbringerverbände, der Psychiatrieerfahrenenverbände, der Angehörigenverbände, der Kasenärztlichen Vereinigung Bayerns, der Fachkrankenhäuser, und der regionalen Steuerungsverbände/ PSAG's/ GPV's. Die Geschäftsführung hat der Bezirk inne und wird in der Regel durch die Psychiatriekoordination geleistet.

Eine enge Verzahnung von überregionaler und regionaler Koordination ist zwingend notwendig und ist durch Informations- und Abstimmungsprozesse zwischen der Geschäftsführung und den Vorsitzenden/ Geschäftsführungen der regionalen Gremien sicherzustellen.

Der PKA wird in einigen Bezirken durch ein anders zusammengesetztes Gremium mit unterschiedlich definiertem Aufgabenbereich ersetzt.

Seit 2007 ist im Bezirk Oberbayern das **Gremium GSV** als Zusammenschluss der Leistungsträger, der kommunalen Spitzenverbände, der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der privaten Leistungsanbieter, der Angehörigenverbände, sowie der Dachorganisation der Selbsthilfegruppen, der Behindertenbeauftragten, eine Vertreterin der regionalen Steuerungsverbände bzw. PSAG's in Oberbayern zur leistungsträgerübergreifenden Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung tätig. Im Rahmen des GSV-Gremiums werden sozialplanerische Zielsetzungen, Austausch von Informationen über Bedarfe, Entwicklungen und Schnittstellenfragen sowie gemeinsame Formulierung von Grundsätzen entwickelt. Das Gremium hat beratende Funktion für darin vertretenen Organisationen. IM Gremium GSV sind die Funktionen des PKA und der Bezirksarbeitsgemeinschaft zusammengeführt. Die Geschäftsführung liegt bei der Sozialverwaltung Bezirk Oberbayern.

In Schwaben wurde die **Sozialkonferenz** eingerichtet. Dieses Gremium setzt sich zusammen aus Vertretern der Freien Wohlfahrtspflege in Schwaben, den politischen Mitgliedern des Bezirkstags im Sozial- u. Psychiatrieausschuss, Vertretern des Kommunalunternehmens Bezirkskliniken Schwaben, sowie drei Vertretern der GPV's in Schwaben und Vertretern der Sozialverwaltung.

Dieses Gremium hat die Aufgabe, sozialpolitische Themen und Angelegenheiten, die den Bezirk Schwaben berühren, fachlich für den Sozial- und Psychiatrieausschuss vorzubereiten. Gleichzeitig sollen in dem Gremium sozialpolitische Themen für Schwaben, insbesondere im Rahmen der Eingliederungshilfe, gemeinsam begleitet und fortentwickelt werden.

4.4 Regionale Koordination

4.4.1 GPV-Koordinatoren, Regionalbeauftragte, Psychiatrie- und Suchthilfekoordinatoren

Eine am individuellen Bedarf orientierte und personenbezogene Hilfeerbringung setzt eine einrichtungs- bzw. angebotsübergreifende Koordination der Hilfen voraus. Eine besondere Notwendigkeit ist dabei die Kontinuität der regionalen Versorgung, z.B. mit Blick auf den Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, aber auch zwischen einzelnen Einrichtungen und Angeboten zu verbessern, herzustellen und zu sichern.

Dies erfolgt im Bezirk Oberbayern seit 2008 flächendeckend durch den Einsatz von **Regionalbeauftragten**, in anderen Bezirken durch **GPV-Koordinatoren** oder durch die Psychiatrie- und Suchthilfekoordinatoren.

Die regionalen Koordinatoren koordinieren in enger Zusammenarbeit mit der Psychiatrie- und Suchthilfeoordination des Bezirks, dem Leistungsträger, den Leistungserbringern, den Angehörigen- und Selbsthilfegruppen die Planungen und Umsetzungen in der Region.

4.4.2 Regionale Planungs- und Steuerungsgremien (PSAG, GPV, Steuerungsverbände)

Eine personenzentrierte gemeindenahe Erbringung von am individuellen Bedarf orientierten (Komplex-)Leistungen setzt eine enge regionale Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander sowie dieser mit den zuständigen Leistungsträgern voraus. Unbeschadet der gesetzlich festgelegten Letztverantwortung des zuständigen Leistungsträgers beinhaltet dies im Einzelfall auch eine enge Abstimmung übergreifender Leistungsangebote und die Verpflichtung zur Versorgung in der Region „Der **Regionale Steuerungsverbund** sollte ein Zusammenschluss aller an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen Beteiligten einer Region sein, der die Versorgungsverantwortung für diese Region entsprechend den Vorgaben dieser Grundsätze verbindlich übernimmt. Die Versorgungsverpflichtung im engeren Sinne bleibt bei den Leistungsträgern im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenzuweisung.“⁴

Der Regionale Steuerungsverbund sollte aus Sicht des Verbands der bayerischen Bezirke unter anderem folgende Aufgaben zur Steuerung wahrnehmen:

- Sicherstellung der fachlichen Koordination und Steuerung,
- Regionale Sozialberichterstattung
- Initiierung von regionalen Beschwerdemöglichkeiten,
- Initiierung von sozialpolitischen Initiativen,
- Ermittlung und Formulierung des regionalen Bedarfs,
- Beteiligung an einzelfallbezogener Hilfebedarfsplanung,
- Durchführung von Hilfeplankonferenzen
- Nutzung einer gemeinsamen, einheitlichen, verbindlichen Dokumentation als Grundlage für die Operationalisierung des individuellen Hilfebedarfs,
-

Mitglieder des Regionalen Steuerungsverbundes sollten insbesondere sein:

- je eine Vertreterin oder ein Vertreter organisierter Gruppierungen von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen, Betreuern und ehrenamtlichen Helfern / Bürgerhelfern,
- Leistungserbringer im regionalen Versorgungsgebiet:
Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, Sozial- und gerontopsychiatrische Dienste, Psychosoziale Beratungsstellen, Rehabilitationseinrichtungen, Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte, Integrationsfachdienste, Servicestellen nach SGB IX, niedergelassene Allgemein- und Fachärztinnen und Fachärzte, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenhäuser usw.,
- je eine Vertreterin oder ein Vertreter folgender Leistungsträger:
Gesetzliche Krankenkassen (SGB V), Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI), örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger (SGB XII), Kinder- und Jugendhilfe (SGB

⁴ Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, März 2007, S. 132

VIII), Arbeitsförderung (SGB III), Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II), Pflegeversicherung (SGB XI),

-
- eine Vertreterin oder ein Vertreter des zuständigen Gesundheitsamtes,

Diese Verbünde tragen in den einzelnen Bezirken unterschiedliche Bezeichnungen, z.B. GPV oder regionaler Steuerungsverbund. Diese Aufgaben können auch von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften wahrgenommen werden.

5 Steuerungsinstrumente

Es ist sicherzustellen, dass Erfahrungen und Verbesserungspotentiale aus der Region in formeller und strukturierter Weise erfasst, ausgewertet und in die überregionale Planung und Steuerung und umgekehrt weitergegeben werden.

Es ist weiterhin sicherzustellen, dass Erfahrungen und Verbesserungspotentiale aus der Einzelfallhilfe in formeller und strukturierter Weise erfasst, ausgewertet und in den Prozess der Strukturplanung und -steuerung eingehen und umgekehrt.

Dazu sollen die geeigneten Instrumente (s.u.) bereitgestellt werden.

Die Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen müssen aktiv in die Planung mit einbezogen werden.

5.1 Gesamtplanverfahren

Das in Bayern entwickelte und 2005 eingeführte Verfahren zum Gesamtplan gemäß § 58 SGB XII in Verbindung mit §§ 12, 13 Abs. 2 SGB IX für Menschen mit seelischer Behinderung will eine ganzheitliche Planung der Eingliederungshilfe im Sinne einer personenzentrierten Hilfe im Einzelfall gewährleisten (s.o. 3.1). Dem Gesamtplanverfahren kommt als Steuerungsinstrument in mehrfacher Hinsicht große Bedeutung zu: Das Gesamtplanverfahren stellt einen zentralen Bestandteil der Steuerungsbemühungen im Zusammenhang mit der Einzelfallhilfe dar und liefert unverzichtbare Erkenntnisse für die Angebotssteuerung. Aus dem Gesamtplanverfahren ist die Nachfrage nach sozialen Dienstleistungen zu analysieren, zu formulieren, die Entwicklung und Bereitstellung dieser zu koordinieren, abzustimmen, zu steuern und sicherzustellen mit dem Ziel, die „richtigen Maßnahmen“ - in Bezug auf Inhalt, Qualität und Umfang möglichst wirtschaftlich bereit zu stellen.

5.2 Personenkonferenzen als Teil des Gesamtplanverfahrens

Die Personenkonferenz ist eine Möglichkeit, die der Maßnahmefindung dienen kann. Sie kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Verfahrens, z.B. als Entlasskonferenz stattfinden.

Die Personenkonferenz ist ein im Einzelfall organisiertes Gesprächsforum, in dem sich alle, die an der individuellen Maßnahmefindung beteiligt sind, über das weitere Vorgehen abstimmen. Der Verlauf des Gespräches ist unter Zuhilfenahme der Formblätter des Gesamtplanverfahrens zu protokollieren. Das Zustandekommen einer Personenkonferenz kann von jedem Verfahrensbeteiligten angeregt werden.

Ebenso ist bei mangelnder Schlüssigkeit, Uneinigkeit oder ähnlichen Sachverhalten die Personenkonferenz ein Instrument der Problemlösung.

5.3 Hilfeplankonferenzen

Als Instrument regionaler Qualitätssicherung auf Angebots- und Einzelfallebene können in regelmäßigen Abständen entsprechend dem Fallaufkommen regionale Hilfeplankonferenzen mit verbindlichem Charakter durchgeführt werden. Grundlage hierfür ist die Vereinbarung zum regionalen Verbund und eine abgestimmte Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz..

Die Hilfeplankonferenz soll die Entscheidung des Sozialhilfeträgers zu Art, Form, Umfang und Ort der Hilfen im Einzelfall qualifizieren. Gegebenfalls kann der Leistungsbechtigte auch vorläufig versorgt werden. Im Unterschied zur Personenkonferenz liegt ein einzelfallbezogener Hilfeplan vor. Unter Berücksichtigung der Versorgungsgrundsätze ermöglicht die Hilfeplankonferenz eine Draufschau, in der Regel nach Kostenübernahme, und dient der Qualitätssicherung der regionalen Versorgung. Daneben unterstützt dieses Instrument die Leistungsträger bei der Wirkungskontrolle.

Im direkten Kontakt zwischen dem Leistungsträger und möglichen Anbietern von Leistungen sowie i.d.R. mit dem/der Betroffenen soll in Hilfeplankonferenzen über alle Fälle beraten werden, insbesondere bei:

- erstmalig beantragten Hilfen,
- Verlängerung stationärer Maßnahmen,
- Änderung der Hilfeform
- allen Fällen, die in anderen Regionen versorgt werden und
- Fällen der Hilfe zur Pflege mit Pflegestufe 0 unter 65 Jahre und psychiatrischer Diagnose.

Dabei wird beraten:

- welche Hilfen erforderlich sind
- welchen Umfang die Hilfen haben müssen
- wer die Hilfe wo erbringen soll (inklusive Sozialraum)

Die Geschäftsführung sollte bei einem Vertreter des Leistungsträgers Bezirk liegen, die Moderation kann auch von einem anderen Mitglied wahrgenommen werden.

Die Arbeitsergebnisse der Hilfeplankonferenzen werden nach einheitlichem Muster dokumentiert und sind eine wichtige Grundlage für die Entscheidung des zuständigen Leistungsträgers. Die Entscheidung selbst verbleibt beim Leistungsträger. Die Daten sollen u.a. dem Steuerungsverbund, den Regionalkonferenzen, dem PKA/ Sozialkonferenz/ GSV und dem Bezirk und gegebenenfalls anderen Leistungsträgern als eine Grundlage der regionalen Versorgungsplanung dienen.

Die Hilfeplankonferenz setzt sich zusammen aus:

- Vertreter des Leistungsträgers Bezirk
- Vertreter der Leistungserbringer aus allen Leistungsbereichen der Region / des Steuerungsverbundes (nicht zwingend alle in der Region ansässigen)
- Vertreter der regionalen Versorgungsklinik
- Den Betroffenen und/ oder ihren gesetzlichen Vertretern, falls von ihnen gewünscht
- Weiteren Teilnehmern, ggf. auch unregelmäßig, Vertreter anderer Leistungsträger

6 Voraussetzungen für erfolgreiche Steuerung

6.1 Prozess- und Schnittstellenbeschreibungen

Im Zusammenhang mit der komplementären Versorgung von Patienten aus dem Akutbereich (Kliniken) gibt es Schnittstellen sowohl zu den **Kliniken (s. Punkt 5.5.)** als auch zu den **Krankenkassen (SGB V)**. Gerade die Krankenkassen sollten dazu bewegt werden, die Dauer der Akutbehandlungen nicht zu stark einzuschränken. Hier wäre der Ausbau von Kontakten und eine gute Kooperation zwischen den Kliniken und den Kassen erstrebenswert, wie er schon teilweise besteht und in den „Einigungsausschüssen“ ggf. positive Ergebnisse im Sinne der Kranken erzielen kann.

Zu den **öffentlichen Trägern der Jugendhilfe** ergibt sich die Schnittstelle an dem Punkt, wo der jugendliche seelisch kranke Mensch das 18. Lebensjahr vollendet. Die Jugendhilfe tendiert dann dazu, diese Menschen in die Zuständigkeit der Bezirke abzugeben. Oftmals entsteht dann ein Streit, ob noch die Ziele der Jugendhilfe zu erreichen seien (Verbleib in der Jugendhilfe) oder ob nicht mehr (Wechsel zum überörtlichen Sozialhilfeträger Bezirk). Immer wieder wird diese Frage durch Gutachter vor Gericht entschieden, was Zeit, Geld und Ressourcen bei allen Beteiligten bindet. Es wird deshalb empfohlen, eine Vereinbarung mit den öffentlichen Jugendhilfeträgern zu treffen, nach der Personen bis 21 Jahre grundsätzlich bei der Jugendhilfe angesiedelt sind und ältere Personen dann bei den Bezirken. Diese Verwaltungsvereinfachung führt zu Ressourcenschonung und mehr Effektivität bei allen Beteiligten.

Seit die Bezirke die Zuständigkeit auch für die ambulante Versorgung von Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung haben, aber auch weil Menschen mit Behinderung immer älter und damit auch tendenziell eher pflegebedürftig werden, stellt sich zunehmend das Problem der Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe nach SGB XII und **Hilfe zur Pflege nach SGB XI**.

Um den Hilfebedarf einer Person im Eingliederungsbereich festzustellen, haben wir das unter Punkt 3.1. dargestellte Verfahren, welches mit entsprechenden Fachkräften (Diplomsozialpädagogen und vergleichbar) in den Fachdiensten durchgeführt wird. Um jedoch den Bedarf, der sich aus einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ergibt, zu erheben, fehlen den Bezirken in der Regel die entsprechenden fachlichen Ressourcen. Es wird deshalb vorgeschlagen, in die Fachdienste bei den Bezirken auch Fachkräfte der Altenpflege zu integrieren. Dies nicht nur im Sinne der Leistungsberechtigten, die eine möglichst bedarfsgerechte Hilfe erhalten sollen, sondern auch im Sinne einer korrekten Zuordnung der Versorgungs- und Leistungszuständigkeit.

6.2 Verbindliche Kooperationsvereinbarungen

Auf der Grundlage Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern sollen in regionalen Versorgungseinheiten Steuerungsverbände gebildet werden (s.o. 4.5) Im Rahmen der regionalen Steuerung (siehe im einzelnen unter 4.5) ist es unerlässlich, dass die jeweiligen Beteiligten partnerschaftlich miteinander Vereinbarungen schließen, in denen sie sich verbindlich zu dieser gegenseitigen und miteinander tragenden Zusammenarbeit bzw. Kooperation verpflichten. Diese Verpflichtung hat zum Ziel, Verbindlichkeit und Verlässlichkeit bei der gemeinsamen Verantwortung in der Versorgung von Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung bzw. Behinderung in einer Versorgungsregion zu erreichen.

In den Vereinbarungen sind der Zweck der Kooperation, die Rechte, Pflichten und Verfahrensregeln zu beschreiben.

Aufgabe und Inhalt dieser Verbände ist die Kooperation und Zusammenarbeit bei der Versorgung von Menschen mit seelischer Erkrankung und Behinderung in einem regionalen Versorgungsgebiet. Die Träger sollen gemeinsam die Versorgung der betroffenen Menschen nach den Grundsätzen „individuell, gemeindenah und ambulant vor stationär“ in einer Region sicherstellen. Dazu gilt es, Mittel und Wege zu finden, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Diese Kooperation soll dazu beitragen, gemeinsam nach Lösungen zu suchen, sowohl bei der Hilfestellung im Einzelfall, als auch bei den strukturellen Anforderungen im Versorgungsnetz. Die notwendigen Versorgungsstrukturen zu schaffen und vorzuhalten ist ein erklärtes Ziel dieser Versorgungsverbände. Partnerschaftlicher Austausch und Kooperation mit hochmotivierter Transparenz untereinander sind Voraussetzung, um diesen Zielen Rechnung zu tragen. Dazu ist es auch notwendig, gegenseitiges Vertrauen zu schaffen und auch zu praktizieren. Gegenseitige Abstimmungen sind unerlässlich.

7 Schlussbetrachtungen

Im Rahmen des Gesamtplanverfahrens erfolgt durch die Bezirke bereits eine aktive Prozess- und Einzelfallsteuerung. Mit der Struktur- und Systemsteuerung ist die Hinwirkungsverpflichtung zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots zu verfolgen, um der Gesamtsteuerungsverantwortung des Sozialhilfeträgers gerecht zu werden. Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Steuerung und Kooperation **in der Versorgungsregion** und die Zusammenführung auf der überregionalen Ebene.

Die Themen Bedarfsfeststellungssysteme, Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und Stand der Ambulantisierung stehen mit der regionalen Steuerung in engem Bezug und wurden im FA I der BAGüS im September 2008 schwerpunktmäßig beraten. Auch die 85. ASMK bekräftigte im November 2008 ihr gemeinsames Ziel, Menschen mit Behinderungen die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, besonders in den Bereichen Erziehung, Bildung, Ausbildung, Arbeit und Wohnen, zu ermöglichen und dazu die gesetzlichen Grundlagen zu verbessern. Vor allem die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt in der Akutmedizin und der Frührehabilitation, der allgemeine Anstieg der Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen, die Zunahme der Zahl seelisch behinderter Menschen, aber auch Fehlanreize im Leistungssystem, die „Privilegierung“ einzelner Leistungsformen und die Verlagerung von Aufgaben aus originär zuständigen Leistungssystemen in die Sozialhilfe haben die Frage nach der dauerhaften Sicherung der Finanzierbarkeit der Leistungen für Menschen mit Behinderungen aufgeworfen.

Um angesichts dieser Entwicklungen den Herausforderungen der Zukunft gerecht zu werden, ohne einen Qualitätsabbau zu riskieren, ist es erforderlich, **ein umfassendes Steuerungskonzept zu entwickeln, das auch die Entwicklung eines Ziel-, Zielgruppen- und Leistungssystems umfasst, mit dem die Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung überprüft und systematisch erhöht werden kann.**⁵ Da die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe ihre volle Wirkung nur dann entfalten kann, wenn sie sozialräumlich unterstützt wird, ist für die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder bedeutsam, die **inklusive Sozialraumgestaltung** zu fördern.“⁶ Daraus lässt sich auch ein deutlicher Auftrag an die

⁵ Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

⁶ So 86. ASMK am 25./ 26. November 2009 zum Punkt „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe“, TOP 5.2

Leistungsträger entnehmen, die Teilhabemöglichkeiten durch verstärkte regionsbezogene Steuerung zu optimieren.

Mit der Evaluation des Gesamtplanverfahrens in Bayern zeigte sich, dass die Einführung des Gesamtplanverfahrens zu einer Verbesserung, auch der Beteiligung des Betroffenen, geführt hat und die Steuerung des Einzelfalls sehr voran gebracht hat. Die Erkenntnisse aus dem Gesamtplanverfahren würden aber noch nicht genügend zur regionalen Steuerung genutzt, so dass hier eine Verknüpfung sicher zu stellen ist.

Auch dem Instrument „Hilfepflichtkonferenz“ ist zur regionalen Qualitätssicherung eine hohe Bedeutung beizumessen, um den Vollzug des Paradigmenwechsel zur personenzentrierten Hilfestellung zu unterstützen.

Insgesamt sind eine systematische Sicherstellung der Kooperation und eine systematische Sozialberichterstattung einschließlich des damit verbundenen Informationstransfers unabdingbare Voraussetzungen der Steuerung.

Anhang:

Gesetzliche und politische Grundlagen:

Verfassungsrechtliche Grundlagen

- Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland
- „...sozialer...“ (Art. 20 GG);
- Grundrechte (vor allem Art. 1 GG – Menschenwürde-);
- „Selbstverwaltungsrecht der Gemeindeverbände“ (Art. 28 GG);
- Gesetzgebungsrecht – öffentliche Fürsorge“ (Art. 74 GG).

- Bayer. Verfassung
- „...Sozialstaat...“ (Art. 3 BV);
- Selbstverwaltungsrecht der Kommunen (Art. 11 BV);
- Wirkungskreis der Gemeindeverbände (Art. 83 BV);
- Grundrechte – Menschenwürde, Recht auf Fürsorge (Art. 10, 168 BV).

Gesetzliche Grundlagen

- Sozialgesetzbücher (SGB I, hier insb. §§ 1,9 , 10 und 17 SGB IX –insbes. §§ 10, 11 und 17-, SGB XII –insbes. §§ 58, 75 ff.-).
- Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) in Bayern (Art. 81, 82, 87 und 89).
- Bezirksordnung (insbes. Art. 4, 5, 6, 17, **48**).
- Satzungen (Haushaltsatzung und Regelung zum Bezirksverfassungsrecht).

Politische Grundlagen

- Empfehlungen der 85. ASMK vom 14. November 2008 zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe
- Grundsätze der Bayer. Staatsregierung zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern („Fortschreibung des 2. Bayer. Psychiatrieplan“).
- Grundsätze der Bayer. Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen
- Richtlinien (Rahmenrichtlinien, zB. Förderung von SpDi's und PSB's).
- Rahmenempfehlungen des Verbandes (zB. „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Bayern- Koordinierung und Vernetzung psychiatrischer Hilfeangebote vom 24.10.1997“ und „Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Bayern vom 30.07.1998“).
- Beschlüsse der politischen Gremien.
- Vereinbarungen und Verträge (zB. Bayer. Rahmenvertrag gem. § 79 SGB XII, Rahmenleistungsvereinbarungen, Kooperationsvereinbarungen etc.)
- Leitfaden zum Gesamtplanverfahren gem. § 58 SGB XII