



Jahresbericht 2020

Gemeindepsychiatrischer Verbund
Bodenseekreis



Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1.	BTHG	7
1.1.	Auswirkungen der 3. Reformstufe zum Jahreswechsel in der besonderen Wohnform.....	7
1.2.	AG HPK – Zusammenfassende Darstellung	10
1.3.	Erprobungsphase HPK / Dokumentation HPK	15
1.4.	Fachtag der BAG GPV.....	18
2.	Corona - Impulsbeiträge	25
2.1.	Corona als Chance aus Sicht der Psychiatrieerfahrenen	25
2.2.	Corona aus Sicht der dezentralen und ambulanten Wohnversorgung	28
3.	Ausblick 2021	30
	Adressen	31

Vorwort

Das Jahr 2020 wird in unserer Erinnerung bleiben.

Den Gemeindepsychiatrischen Verbund im Bodenseekreis bewegten die 3. Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Allgemeinen und die Anpassungen der Gesamtplan- und Teilhabeplanverfahren im Besonderen. Mit der BTHG-konformen Anpassung der bisherigen Hilfeplankonferenz war eine Arbeitsgruppe beauftragt, bestehend aus dem Leistungsträger Eingliederungshilfe, der Sozialplanung, den Leistungserbringern und der GPV-Vertretung.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbände (BAG GPV) lud am 02. und 03.03.2020 zu einer Fachtagung mit dem Titel „Hilfeplankonferenz 3.0 - Von der Bedarfsermittlung zur Teilhabeleistung“ ein, auf der wir vertreten waren.

Der Tagungsort in Gelnhausen in der Nähe von Hanau war ein besonderer. Ein Kondolenzbuch und Blumengebinde zum Gedenken an die Opfer von Hanau im Foyer der Kreisverwaltung machte die Spuren des tragischen Geschehens kurze Zeit zuvor bedrückend sichtbar und spürbar.

Die getroffenen Hygienemaßnahmen waren ein deutlicher Indikator für den Ausbruch der Corona-Pandemie. Einzelne Teilnehmende wurden auf Grund von Infektionsgeschehen in ihre jeweiligen Einrichtungen abgerufen. Es lastete ein Druck auf der Veranstaltung.

Ein Meilenstein in der Umsetzung des BTHG bildete die Unterzeichnung des Rahmenvertrags für Baden-Württemberg gemäß § 131 Abs. 1 SGB IX in der Endfassung vom 28.07.2020 und dessen geplante Umsetzung zum 01.01.2021.

Die Komplexität des Vertragswerkes führte dazu, dass die bestehende Übergangsvereinbarung zur Umsetzung des BTHG Baden-Württemberg, gültig von 01.01.2020 bis 31.12.2021 auch für 2021 Bestandskraft hat.

Unser geplanter Klausurtag am 19.10.2020 musste auf Grund der Pandemie kurzfristig abgesagt werden. Ziel war die Gründung der AG BTHG im GPV Bodenseekreis.

Dr. Raoul Borbé, Regionale Geschäftsbereichsleitung Arbeit und Wohnen Ravensburg-Bodensee, ZfP Südwürttemberg hatte einen Impulsvortrag „Sozialpsychiatrische Arbeit im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung“ vorbereitet, Matthias Rosemann, Vorsitzender der BAG GPV hatte sich bereit erklärt, über „Herausforderungen und Chancen für die HPK im Bodenseekreis im Kontext des BTHG“ zu referieren, Christian Kiebler, Sachgebietsleitung Eingliederungshilfe im Landratsamt Bodenseekreis über die

Fachleistungssystematik SGB IX-erste Erkenntnisse aus dem Modellprojekt im Bodenseekreis“.

Wir haben uns trotz der Pandemie weiterentwickelt. Im Mai 2020 wurde die Hilfeplankonferenz einmalig abgesagt, im weiteren Verlauf wählten wir das Format der Videokonferenz. Dies galt für die gesamten Gremien im GPV.

Der Jahresbericht 2020 gibt einen vielleicht eher nüchternen Überblick über die weiteren Umsetzungsschritte des BTHG im GPV; die Beiträge zur Corona-Pandemie sind Impulsbeiträge mit bewusst persönlicher und emotionaler Färbung. Für die Mitglieder von iPEBo gab die Pandemie ungewollt einen Schub für die „digitale Teilhabe“. Dieser Bericht kann als wegweisend betrachtet werden.

Statistische Daten sind nicht enthalten. Die Basisdokumentation wurde einvernehmlich eingestellt. Der Versuch, eine Leistungsstatistik zu entwickeln, die aussagekräftige Daten zur Weiterentwicklung eines bedarfsgerechten und individuellen Versorgungsangebotes liefern kann, ist ganz in den Anfängen. Erste Kennzahlen und Indikatoren finden sich in der vorläufigen Statistik der Erprobungsphase der HPK in der Zeit von Oktober 2020 bis Februar 2021.

Herzlichst, Ihr Redaktionsteam

Dr. Ulrike Amann, Sabine Gnannt-Kroner, Rainer Schaff

1. BTHG

1.1. Auswirkungen der 3. Reformstufe zum Jahreswechsel in der besonderen Wohnform

Pauline 13 e.V.
Peter Unterricker

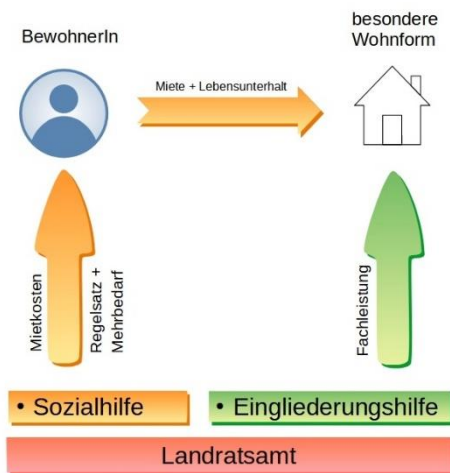


Die dritte Stufe des BTHG, die zum 01.01.2020 in Kraft trat, brachte einige grundlegende Änderungen mit sich. Eine der wichtigsten Änderungen bestand darin, die Eingliederungshilfe aus dem SGB XII herauszulösen und in das SGB IX zu integrieren. Damit veränderte sich auch die Finanzierung der Unterstützungsleistungen. Es fand eine Trennung der Zahlungsströme in existenzsichernde Leistungen und Fachleistungen statt. Äquivalent zum ambulanten Bereich übernimmt jetzt die Sozialhilfe den Anteil der existenzsichernden Leistungen, wie z.B. Mietzahlung, Verpflegung etc., sofern der Leistungsberechtigte nicht selbst dafür aufkommen kann. Die Eingliederungshilfe übernimmt die Fachleistungen, die seitdem unabhängig von der jeweiligen Wohnform bemessen werden.

Folgende Grafiken sollen die Umstellung der Finanzierung veranschaulichen:

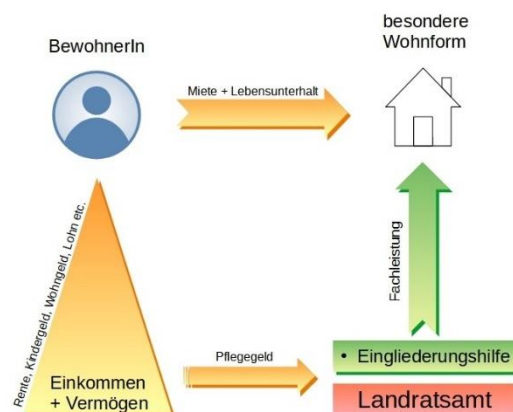
3. Reformstufe des BTHGs

- ohne eigenes Einkommen/Vermögen -



3. Reformstufe des BTHGs

- mit eigenem Einkommen und/oder Vermögen -



(Abbildung: Peter Unterricker, 28.04.2021)

Eine Unterscheidung zwischen ambulant und stationär wurde mit der dritten Reformstufe des BTHGs obsolet, die Höhe der Unterstützungsleistungen hängt nun ausschließlich vom individuellen Bedarf der Antragstellerin/des Antragstellers ab.

Im Zuge dieser Veränderungen mussten für alle Bewohner*innen neue (Heim-) Verträge sowie separate Mietverträge ausgearbeitet und angelegt werden. Die Bewohner*innen, die bis dahin noch keine gesetzliche Betreuung hatten, beantragten nach einer Infoveranstaltung durch die Betreuungsbehörde eine solche für den Bereich Vermögenssorge, da sie sich mit der Eigenverantwortung für die Zahlungen überfordert fühlten. Diese wurde in allen Fällen auch eingerichtet, wengleich hierzu auch eine kritische Diskussion stattfand unter dem Aspekt, dass das BTHG nicht zur vermehrten Einrichtung von Betreuungen führen sollte.



Vielmehr sollen Klient*innen, die bei der Regelung ihrer finanziellen Angelegenheiten Unterstützungsbedarf haben, diese zukünftig in Form einer Assistenzleistung bekommen können.

Das neue System scheint aufgrund der unterschiedlichen Zahlungsströme aufwändiger und komplexer zu sein als das alte, so dass selbst manche gesetzl. Betreuer*innen Schwierigkeiten hatten, Zahlungen korrekt zuzuordnen.

Für alle Bewohner*innen wurde von den gesetzl. Betreuer*innen mindestens ein Girokonto eingerichtet, über das die Zahlungsströme abgewickelt werden konnten. Bewohner*innen, die ihre Finanzen weitgehend selbstständig verwalten können, nutzen ein Zwei-Konten-Modell, bei dem die persönlichen Gelder über ein selbstverwaltetes Girokonto verfügbar sind. Entgegen allen Befürchtungen erfolgte die Umstellung der Zahlungsströme überwiegend zuverlässig und pünktlich.

Die Übergangsvereinbarung hatte u.a. das erklärte Ziel, dass den Bewohner*innen weiterhin mindestens der Barbetrag plus die Kleidergeldpauschale zur Verfügung stehen sollten. Die Menschen sollten also durch die Reform finanziell nicht schlechter gestellt werden.

Bewohner*innen, die monatlich eine hohe Rente beziehen, konnten sich mit der Neuregelung finanziell sogar besserstellen, da die Eingliederungshilfe durch angehobene Freigrenzen nur noch bei sehr hohen Einkommen Eigenanteile einfordert. Bewohner*innen, die von der Grundsicherung leben, sind eventuell finanziell leicht benachteiligt, sofern sie zusätzlich Kontoführungsgebühren zahlen müssen.

Ganz allgemein kann man also sagen, dass die dritte Reformstufe des BTHGs den Menschen mit Teilhabebedarf, die ihre finanziellen Angelegenheiten eigenverantwortlich regeln können, deutlich mehr Transparenz und Selbständigkeit gebracht hat.

Auch sind nicht wenige Menschen finanziell bessergestellt worden, da alle Einkommensarten wieder direkt bei ihnen eingehen und die Einkommensfreigrenzen deutlich angehoben wurden. Neue Assistenzleistungen sollen nun zukünftig dazu dienen, noch passgenauer auf den individuellen Teilhabebedarf einzugehen.



Was von der Übergangsvereinbarung noch nicht angegangen wurde, sind die Leistungen der Pflegekasse: Nach wie vor haben Bewohner*innen einer besonderen Wohnform keinen Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. Besitzt eine Bewohnerin/ein Bewohner einen Pflegegrad, so gehen die Zahlungen der Pflegekasse trotzdem weiterhin direkt an die Eingliederungshilfe.

Eine Auszahlung an die Betroffenen oder eine Inanspruchnahme von zusätzlich erbrachten Pflegeleistungen innerhalb der besonderen Wohnform ist noch immer nicht möglich. Dies führt in den meisten Fällen dazu, dass die Bewohner*innen ihr gewohntes Wohnumfeld verlassen müssen, sobald ihr pflegerischer Bedarf deutlich ansteigt. Dies ist nicht Klient*innen orientiert und somit auch noch nicht im Sinne des BTHGs gut gelöst.

Fazit

- Vieles verändert sich durch die fortschreitende Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes.
- In der Summe sind es wichtige und notwendige Veränderungen, die allen Betroffenen zugutekommen werden.
- Die Umsetzung gestaltet sich aufwändig, im Lebensalltag der Betroffenen sind aber schon erste Veränderungen zu spüren.
- Es bleibt zu hoffen, dass mit der Umsetzung des Landesrahmenvertrags weitere positive Aspekte dazukommen werden!

1.2. AG HPK – Zusammenfassende Darstellung

Pauline 13 e.V.

Dr. Ulrike Amann

Gf. Vorstandsvorsitzende



Quo vadis HPK? - Fragestellung und Auftrag

Mit der Umstellung auf die neuen Vorgehensweisen der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung, stellt sich für alle Landkreise, die bisher Erfahrungen mit der HPK gemacht haben, die Frage, wie sich dieses Gremium neu gestalten muss, um die Kriterien einer Gesamtpflichtkonferenz oder Teilhabekonferenz zu erfüllen.



Für manche Landkreise bedeutete dies ein sofortiges „AUS“ der HPK, andere versuchen die bisherige Form weiterhin aufrecht zu erhalten – was teilweise dazu führte, dass bisher Teilnehmende sich ausgeklinkt haben.

Der GPV Bodenseekreis hat sich entschieden einen anderen Weg zu gehen und mit der Einberufung einer AG HPK gezielt einen neuen Rahmen zu definieren und zu erproben. Das erste Treffen der AG HPK, die vom Träger der Eingliederungshilfe einberufen wurde und an der neben EGH und Sozialplanung Vertreter*innen der Leistungserbringer teilnehmen, fand am 06.08.2019 statt.

Ergänzend zu den bisherigen Akteuren der HPK wurde hier der Bereich Arbeit durch Vertreter*innen der GPZs und des Integrationsfachdienstes einbezogen.

Die AG wurde darüber hinaus punktuell von Dr. Konrad als Vertreter des Sozialministeriums beraten. Dieser äußerte großes Interesse an der Umsetzung einer neuen Form der HPK als Gesamtplan- oder Teilhabekonferenz und betonte die Sonderstellung des Landkreises Bodenseekreis, der sich als erster im Land dieser Aufgabe stellte und insofern eine Vorreiterrolle in Baden-Württemberg einnimmt.

Die Umstellung der Hilfeplankonferenz in ein BTHG- konformes Gremium warf zunächst folgende Fragen auf:



Um herausfinden zu können, ob die HPK, wenn sie nach neuen Kriterien gestaltet wird, die Funktion einer Gesamtplankonferenz (oder Teilhabekonferenz) erfüllen kann, wurde eine Erprobungsphase von 6 Monaten, beginnend im Oktober 2020 vereinbart.

Umsetzung in der Erprobungsphase

Das Vorgehen in der Erprobungsphase wurde - nachdem einzelne Punkte sehr ausführlich diskutiert wurden - wie folgt festgelegt:

Die HPK findet nun 2x monatlich statt, davon einmal in Friedrichshafen, einmal in Überlingen. Wenn möglich sollen Leistungsberechtigte in ihrem Teil des Landkreises vorgestellt werden, was aufgrund der einzuhaltenden Fristen jedoch nicht immer möglich ist.

Die Anmeldung erfolgt beim Fallmanagement, das für die Vorbereitung der Fallvorstellungen (Erstellung BEI-BW und Feststellung des Teilhabebedarfs) wie auch für die Erstellung der Tagesordnung zuständig ist und die Fallvorstellungen in der HPK übernimmt. Die übergeordnete Koordination (Organisation, Protokoll etc.) verbleibt bei der bisherigen Koordinatorin. Die Moderation der Sitzung übernimmt weiterhin der Vertreter der Sozialplanung. Bei der Vorbereitung und Vorstellung sollen idealerweise Fachkräfte, die den/die Leistungsberechtigte/n bereits kennen (SpDi, Kliniksozialdienst), einbezogen werden. Sollten diese nicht zum regulären Teilnehmendenkreis der HPK gehören, können sie als Person des Vertrauens agieren, sofern der/die Leistungsberechtigte dies wünscht.

Es wurde vereinbart, den Kreis der Teilnehmenden zu verkleinern, um die Schwelle für die Leistungsberechtigten zu senken. So wurden Vertreter*innen der Klinik und der Suchtberatung, des Jobcenters und von iPEBo „ausgeladen“, außerdem soll jeder Leistungserbringer nur durch eine Person, die Auskunft zu verschiedenen Angeboten des Anbieters machen kann, vertreten sein. Zusätzlich nehmen nun je ein Vertreter der GPZs FN und ÜB am eigenen Standort als Gast teil.

Einer längeren Diskussion bedurfte die Frage, ob Leistungsberechtigte zur Teilnahme an der HPK verpflichtet werden können/sollen.



Es bestand schließlich Einigkeit darüber, dass die Anwesenheit zukünftig die Regel sein und hierfür von den Vorbereitenden entsprechende Motivationsarbeit geleistet werden sollte. Auch wurde ein Merkblatt erstellt, das die Leistungsberechtigten auf die Sitzung vorbereiten soll. Ausnahmen sollen möglich sein, wenn eine Teilnahme aus nachvollziehbaren Gründen abgelehnt wird.

Was Anfragen aus anderen Landkreisen angeht, sollen die dort zuständigen Fallmanager*innen mit den Leistungsberechtigten eingeladen werden. Es wurde jedoch nicht damit gerechnet, dass diese bei längerer Anreise tatsächlich bereit sind zu kommen. Ersatzweise können z.B. Vertreter*innen des angefragten Leistungserbringers die Vorstellung übernehmen. Dafür sollte das zuständige Fallmanagement den BEI-BW zur Verfügung stellen.

Zwischenauswertung

In einer Videokonferenz der Arbeitsgruppe (AG HPG) am 21.01.2021 fand eine Zwischenauswertung statt.



Dabei wurden folgende Erfahrungen berichtet.

- Die hohe Qualität der Vorbereitung durch das Fallmanagement wurde von verschiedenen Seiten lobend erwähnt.
- Die Vorstellungen durch das Fallmanagement verlaufen sehr effektiv, Diskussionen finden auf hohem Niveau und mit mehr Tiefe als zuvor statt, insbesondere bei als komplex erlebten Fällen.
- Die Leistungserbringer sind insgesamt bemüht, Angebote zu unterbreiten.
- Ein Mehrwert der Konferenz wird darin gesehen, Wahlmöglichkeiten für Leistungsberechtigte zu schaffen, auch wenn einzelne Fälle bereits auf einen Anbieter „gebucht“ zu sein scheinen.
- Von Seiten des Fallmanagements wurde der hohe zeitliche Aufwand der Vorbereitung und teilweise für Fahrten nach Überlingen kritisch erwähnt.
- Fast alle Teilnehmenden erlebten das Fehlen der Suchtberatung als Mangel, auch ein Vertreter der Klinik wurde von einzelnen vermisst.
- Es gestaltete sich deutlich schwieriger als erwartet, die Leistungsberechtigten zur Teilnahme an der HPK zu gewinnen, auch das entsprechende Merkblatt wurde als nicht ausreichend informativ erlebt.
- Insbesondere bei komplexen, als „schwierig“ beschriebenen Fällen, gab es von keiner Seite ein Angebot, häufiger noch als der früher oft beklagte Wohnungsmangel wurden hier fehlende personelle Kapazitäten als Begründung vorgebracht.
- Der Moderator erlebt seine Aufgabe als aufwändiger und anspruchsvoller als zuvor.

Zusammenfassend ergab sich die **Haltung**, die Erprobungsphase weiter fortzuführen, um dann eine sorgfältige Auswertung vorzunehmen und weiter zu planen. Kleine Änderungen wie die Einladung der Suchtberatung und wenn möglich die Überarbeitung des Merkblatts für die Leistungsberechtigten sollen schon jetzt vorgenommen werden.

Was Anmeldungen aus anderen Landkreisen angeht, sollen die jeweils zuständigen Fallmanger*innen gebeten werden, sich per Videokonferenz zuzuschalten.

Die **Sitzungen** finden aktuell pandemiebedingt ohnehin in diesem Format statt. Eine „Hybridform“ (Zuschaltung einzelner Teilnehmender per Video) wurde auch für die Zukunft angeregt.

Eine gewünschte Umstellung in der Vorstellung, in der Diagnosen nun wieder an den Anfang gestellt werden, soll erprobt werden. Trotz des für einige Teilnehmende erhöhten Reiseaufwands soll der Standort Überlingen zunächst beibehalten werden, um die dort lebenden Leistungsberechtigten nicht zu benachteiligen.



Nach Abschluss der Erprobungsphase wird sich die AG der spannenden Frage stellen, ob die HPK in dieser oder einer weiter anzupassenden Form zukünftig geeignet ist, die Gesamtplankonferenz zu ersetzen.

Die weitere Entwicklung erfolgt in enger Abstimmung mit allen Mitgliedern des GPVs in der Mitgliederversammlung. Von der AG HPK ergeht die Empfehlung, die HPK bis zur endgültigen Klärung in der aktuellen Form fortzusetzen.

Bildquelle: ZfP Südwürttemberg

1.3. Erprobungsphase HPK / Dokumentation HPK

Silvia Stein

BruderhausDiakonie

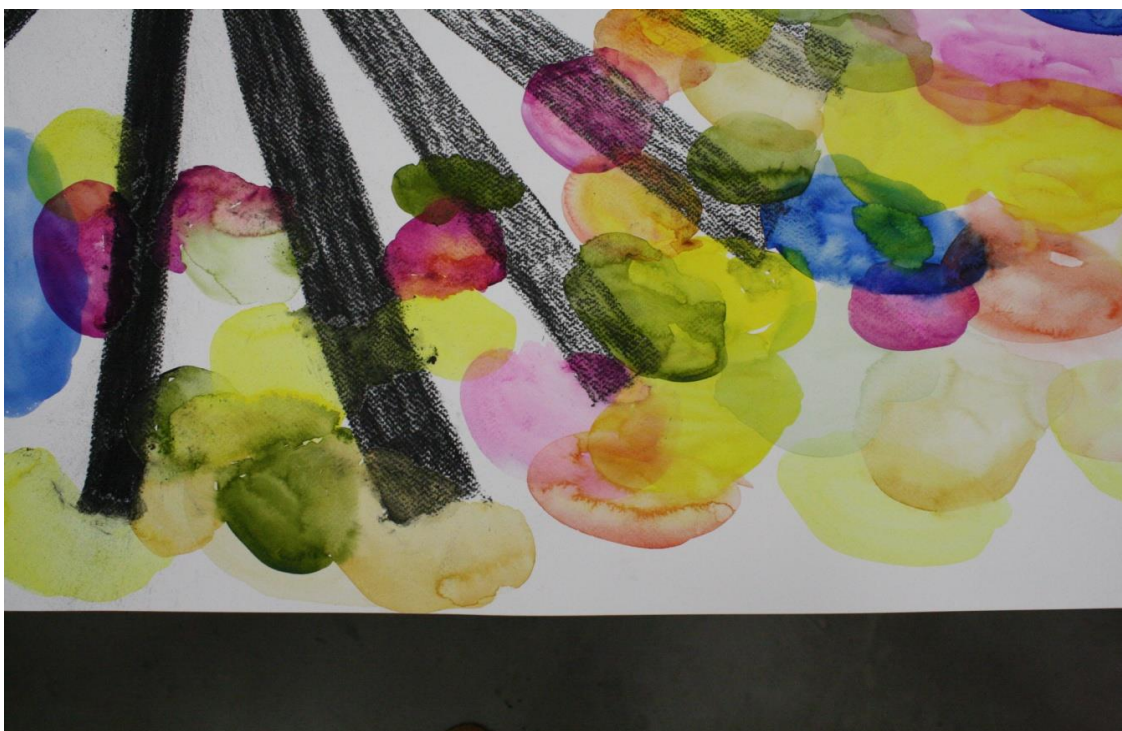
Sozialdienst und HPK Koordinatorin

bruderhausDIAKONIE
Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg

Die Hilfeplankonferenz wurde aufgrund des BTHG in der Durchführung umgestellt und befindet sich von Oktober 2020 bis März 2021 in einer Erprobungsphase. Sie soll so ausgestaltet werden, dass sie die gesetzlichen Funktionen einer Gesamtplankonferenz erfüllen kann. Ebenso soll in der Erprobungsphase geklärt werden, ob die HPK die Anforderungen einer Teilhabekonferenz erfüllen kann.

Dadurch wurden einige Veränderungen durchgeführt, die in einer Arbeitsgemeinschaft beschlossen wurden. Hierbei waren jeweils ein/e Vertreter*in der Leistungserbringer, des Fallmanagement und der Sozialplanung tätig.

Wesentliche Änderungen wurden bei der Anzahl der Mitglieder in der HPK getroffen. In der Erprobungsphase nimmt pro Leistungserbringer jeweils ein/e Vertreter*in für alle Standorte teil. Die Klinik, das Jobcenter, die Psychosoziale Beratungsstelle (PSB) und iPEBo werden vorerst nicht mehr teilnehmen.



Der Zugang zur HPK erfolgt inzwischen nur über das Fallmanagement, welches im Vorfeld eine Bedarfsermittlung durchführt. Die Fallvorstellung erfolgt dann anhand des BEI-BW und des Gesamtplanes durch das Fallmanagement. Die Klient*innen können durchaus auf Wunsch von einer Person des Vertrauens hier begleitet werden.

Eine Teilnahme der Klient*innen ist nach wie vor sehr wünschenswert und diese sollten dementsprechend beraten und motiviert werden. In der Erprobung wird die HPK im zweiwöchigen Rhythmus durchgeführt und in Friedrichshafen und Überlingen durchgeführt.

Die Fallvorstellung wird vorerst einen zeitlichen Rahmen von 45 Minuten in Anspruch nehmen, wobei hier eine Reduzierung angestrebt wird.

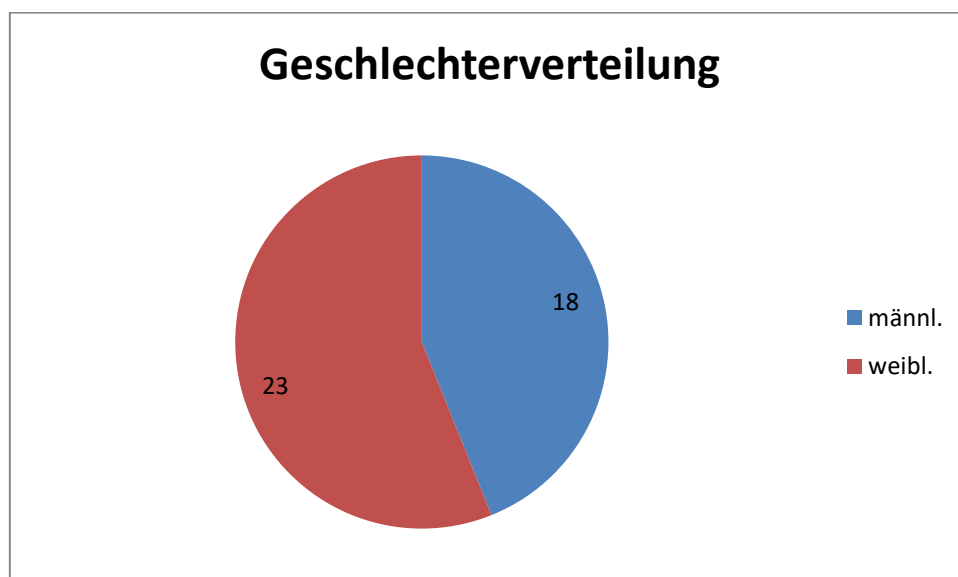
Die Erfahrungen, die in den sechs Monaten gesammelt wurden, werden dann am Ende der sechs Monate ausgewertet und fließen in die weiteren Überlegungen ein. Während des Zeitraumes wurde eine Statistik geführt, welche evtl. die Erfahrungen noch untermauern kann und mögliche Schwachpunkte aufzeigen kann.

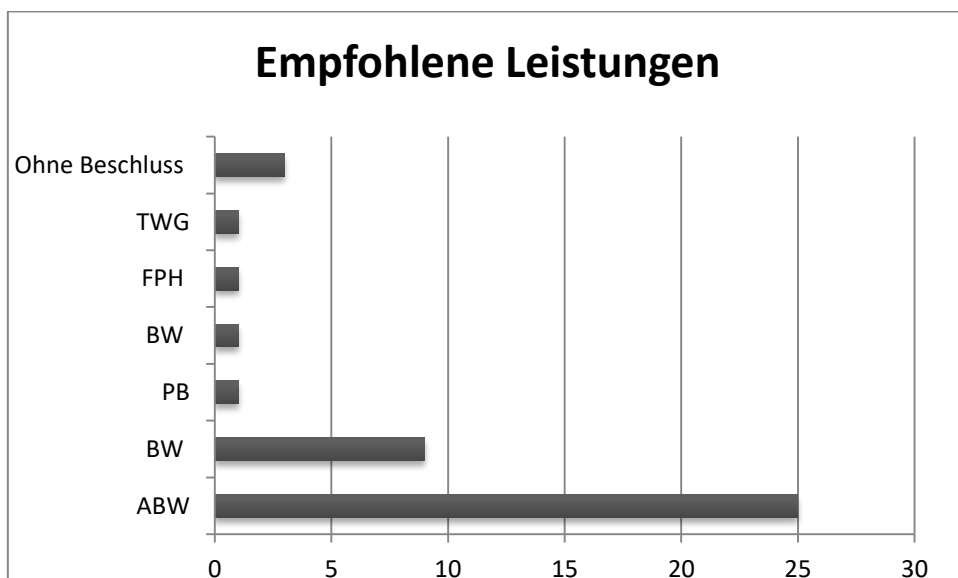
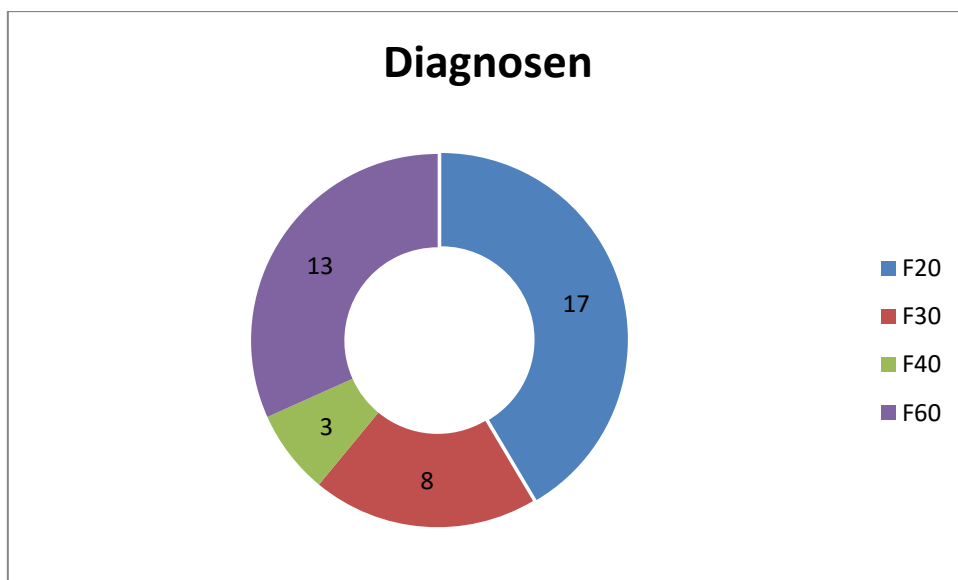
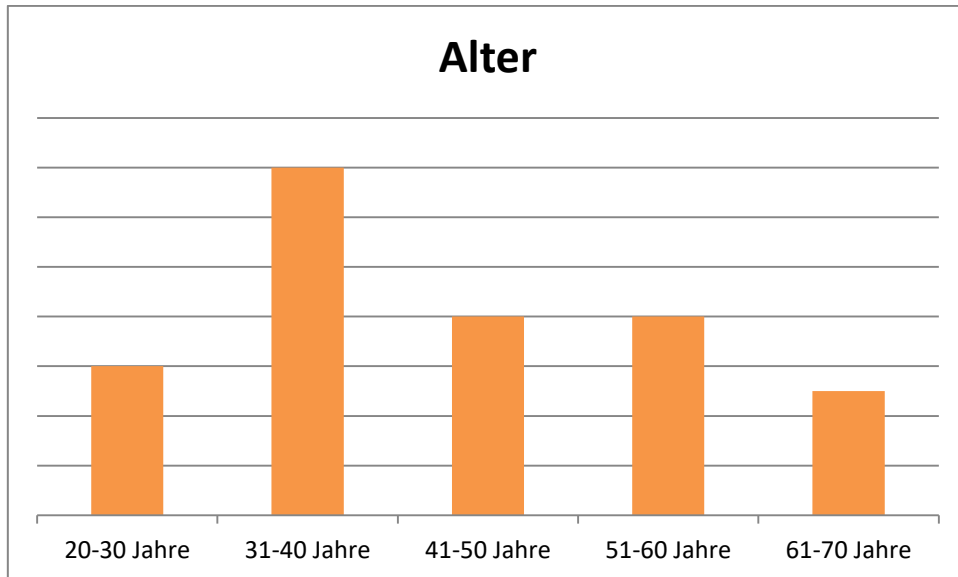
Vorläufiges Ergebnis der Erhebung von Oktober 2020 bis Februar 2021

(Stand Februar 2021)

➔ *41 Klient*innen wurden in diesem Zeitraum in der HPK vorgestellt*

- **11 Klient*innen** davon haben **persönlich teilgenommen**.
- 7 Klient*innen erhielten Maßnahmen im Rahmen der Suchthilfe.
- 4 Personen konnten aufgrund Ihres herausfordernden Verhaltens kein Leistungsangebot erhalten ("Systemsprenger").





1.4. Fachtag der BAG GPV

ZfP Südwürttemberg /Anode

Sabine Gnannt-Kroner

Leitung Anode



Hilfeplankonferenz 3.0 - Von der Bedarfsermittlung zur Teilhabeleistung

Am 02. und 03.03.2020 lud die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV) die Mitgliedsverbände zur internen Fachtagung nach Gelnhausen. Zentrales Thema war die Hilfeplankonferenz. Wie geht es damit weiter? Wird sie überhaupt weitergeführt? Worum kann/muss sie weitergeführt werden?

Im Einladungsschreiben fand sich die Position der BAG:

„Für uns in den GPV's bleibt wie auch für die Leistungsträger die Aufgabe bestehen, individuelle Gesamt-oder Teilhabep lanungen mit der regionalen Ressourcensteuerung in Verbindung zu bringen.“

Mangelnde Ressourcen stellen sowohl der Fachkräftemangel als auch der knappe Wohnraum bundesweit dar.

In Bundesländern, in denen die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe bei den überörtlichen Leistungsträgern liegt, wurden die Hilfeplankonferenzen auf kommunaler Ebene abgeschafft. Aus vielen Regionen wurde mit großer Betroffenheit darüber berichtet, dass bewährte Konferenzen vor Ort Ende 2019 zunächst eingestellt wurden. Damit endeten die Transparenz des Versorgungsgeschehens und die abgestimmten Prozesse. Was bedeutet das für die gemeinsame Versorgungsverpflichtung?

Mit großem Interesse wurden die Bemühungen im GPV Bodenseekreis wahrgenommen, die Hilfeplankonferenz BTHG-konform hin zu einer Gesamtplan-bzw. Teilhabep lanungskonferenz weiter zu entwickeln.

Als Resultat der Fachtagung entstanden die „Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. zur Durchführung und Weiterentwicklung von sog. Hilfeplankonferenzen.

Erarbeitet im Rahmen einer Fachtagung am 02. und 03.März 2020 in Gelnhausen.

https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Empfehlungen_der_BAG_GPV_zur_HPK_2020_6_.pdf;
abgerufen am 08.02.2021



Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. zur Durchführung und Weiterentwicklung von sog. Hilfeplankonferenzen

Erarbeitet im Rahmen einer Fachtagung am 02. und 03. März 2020 in Gelnhausen.

Bearbeitungsstand: 12.03.2020

Hilfeplankonferenzen haben sich seit vielen Jahren in nahezu allen Gemeindepsychiatrischen Verbänden bewährt. Sie dienen der Verknüpfung von individuellen Hilfeplanungen für einzelne Menschen mit der Steuerung der Angebote in einer Region. Ursprünglich sind die Vorläufer der Hilfeplankonferenz in den 1990 Jahren aus fachlichen Anliegen von Leistungserbringern entstanden, die sich eine freiwillige Selbstverpflichtung „auf die Fahne geschrieben hatten“. Die Hilfeplankonferenzen sollten der Qualifizierung von individueller Hilfeplanung durch Beratung sowie der Zusammenführung der individuellen Hilfeplanung mit der Belegungssteuerung von Einrichtungen im Sinne der Wahrnehmung von Versorgungsverpflichtung dienen. Auf Grund der guten Resultate haben sich in der Folge einige Träger der Eingliederungshilfe dieses Instrument zu Eigen gemacht und zu Konferenzen der Leistungsträger erklärt.

Nun wird seitens verschiedener Träger der Eingliederungshilfe die Neuregelung des SGB IX zum Anlass genommen, die Hilfeplankonferenzen, die sie durchgeführt haben, wieder abzuschaffen. Seither und in Zukunft werden an einigen Orten Hilfeplankonferenzen nicht mehr durchgeführt.

Der Kern der Begründungen zielt häufig darauf ab, dass der Gesetzgeber die Verantwortung der Teilhabe- und Gesamtplanung in die Hände der Leistungsträger gegeben und als Instrument ausschließlich die Teilhabekonferenz bzw. die Gesamtkonferenz vorgesehen habe, die stets nur als Personenkonferenzen zu verstehen seien.

Das Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe sieht vor, dass jeder anspruchsberechtigte Mensch nach erfolgter Teilhabe- oder Gesamtplanung sich selbst den passenden Leistungserbringer suchen muss, ggf. auch mit Unterstützung durch den Träger der Eingliederungshilfe. Aus Sicht der BAG GPV besteht jedoch das Risiko, dass bei einem derartigen Verfahren besonders Menschen mit eingeschränktem Hilfesuchverhalten ohne Leistung bleiben, bzw. nur mit hohem Aufwand und Unterstützung ein geeignetes Angebot finden werden.

Wenn fachliche Ressourcen (vorrangig sind das Mitarbeiterkapazitäten und Wohnräume, manchmal auch sog. „Plätze“) nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehen, oder wenn es sich um psychisch erkrankte Menschen mit einem das Hilfesystem herausfordernden Verhalten und / oder besonders

komplexen Hilfebedarf handelt, wird immer die Frage im Raum stehen, welcher Mensch kommt zu einer Leistung und welcher nicht?

Hilfeplankonferenzen waren geschaffen worden, um genau diesem Prozess entgegen zu wirken, und sie haben sich meist auch in diesem Sinne bewährt. Sie sind – gut durchgeführt – Garantien für Transparenz im Leistungsgeschehen und der Ort der Sicherstellung, dass kein anspruchsberechtigter Mensch ohne Hilfe bleibt.

Aber: Einiges ist in den bisherigen Hilfeplankonferenzen oft nicht oder nicht gut genug gelungen: Die Einbeziehung anderer Kostenträger über die Eingliederungshilfe hinaus gelang nur punktuell; statt einer qualifizierenden Beratung im Einzelfall wurden vorgestellte Hilfepläne auch nur „durchgewunken“; mancherorts wurde bei Kapazitätsengpässen nur Wartelisten angelegt, statt für alternative Hilfen zu sorgen. Konferenzen, die keinen wirklichen Beratungsgegenstand mehr haben, scheinen tatsächlich entbehrlich zu sein.

Wir schlagen daher eine Neubestimmung und -ausrichtung der Hilfeplankonferenzen vor, ggf. auch mit einer neuen Bezeichnung, um Missverständnissen vorzubeugen. Neue Bezeichnungen könnten z.B. sein: „Leistungskonferenz“, „Zugangskonferenz“, „Regionale Steuerungs- und Vermittlungskonferenz“. In Berlin sind diese Gremien im PsychKG verankert und werden dort als „Steuerungsgremien“ bezeichnet (§ 10 Abs. 4 PsychKG Berlin). Eine Rahmengesäftsordnung, die federführend von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung erlassen wird, regelt das Nähere zu diesen „Steuerungsgremien Psychiatrie und Sucht“.

1. Individuelle Hilfeplanung

Ausgangspunkt für personenzentrierte Arbeit in der Psychiatrie ist stets eine individuelle Hilfeplanung, die als Basis das Vertrauen des betroffenen Menschen benötigt und manchmal in einem herausfordernden Prozess zu erarbeiten ist. Psychische Erkrankungen gehen oft mit Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen einher und spiegeln sich dann in verschiedenen Leistungen wieder, die auch unterschiedlichen Rechtskreisen zuzuordnen sind. Eine Hilfeplanung muss daher von einer Person vorgenommen werden, die den Menschen und dessen Lebensumfeld kennt und über die dafür erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügt. Die Hilfeplanung muss grundsätzlich zunächst offen und unabhängig von der Zuordnung zu einem Leistungsträger stattfinden. Sie sollte alle Aspekte möglicher Leistungen in Betracht ziehen: Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe, Zuverdienst, Pflege und Hilfen anderer Kostenträger wie die der JobCenter, der Schuldnerberatung, der Wohnungslosenhilfe etc. Erst nach einer umfassenden Hilfeplanung kann sich herauskristallisieren, ob eine Behandlungsplanung (z.B. ein soziotherapeutischer Betreuungsplan), eine Teilhabeplanung, eine Gesamtplanung, ein Versorgungsplan nach § 7a SGB XI oder eine andere Leistungsplanung erforderlich werden.

Die Unübersichtlichkeit von Leistungsansprüchen und vorhandenen Leistungen aus verschiedenen Rechtskreisen zieht oft nach sich, dass keine Einzelperson mehr in der Lage ist, bei komplexen Bedarfen alle Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Hilfeplanung ist für diesen Personenkreis deshalb immer ein kooperatives Geschehen aus verschiedenen fachlichen Expertisen. Allerdings haben wir in der Vergangenheit allzu oft das hauptsächliche Augenmerk auf Leistungen zur Sozialen



Teilhabe gerichtet und zu wenig die Leistungsverpflichtungen anderer Rehabilitationsträger angesprochen.

Nun tritt durch das neue SGB IX das Element der Bedarfsermittlung durch den leistenden Rehabilitationsträger hinzu. Dieser Prozess ist grundsätzlich zu begrüßen, da nun damit geklärt ist, dass Menschen mit Behinderung einen Rechtsanspruch auf eine leistungsträgerübergreifende Teilhabeplanung haben.

Die Ermittlung des individuellen Bedarfs eines Menschen mit Behinderung ist eine Aufgabe in der Verantwortung des Leistungsträgers. Die Erfahrungen mit Menschen, die komplexe Beeinträchtigungen aufweisen, zeigen eindeutig, dass es sich bewährt hat, Hilfe- und Leistungsplanung kooperativ zu gestalten und dabei die Erfahrungen all der Personen und Institutionen einzubeziehen, welche die Person mit dem Hilfebedarf gut kennen und zur Beratung hilfreiche Aspekte beitragen können.

Wir empfehlen daher den verantwortlichen Leistungsträgern, die Kompetenz und den Kenntnisstand der Leistungserbringer im weiteren Sinne, also möglicher beteiligter Einrichtungen und Dienste, frühzeitig mit einzubeziehen. Der Begriff „Leistungserbringer“ darf nicht so verstanden werden, dass damit nur die Einrichtungen und Dienste gemeint sind, die Leistungen für den planenden Rehabilitationsträger erbringen. Der Leistungserbringer-Begriff, den das SGB IX im § 20 verwendet, ist bewusst weiter gefasst und meint auch andere Einrichtungen, die mit der Person befasst sind oder waren und aus dieser Perspektive auf Wunsch oder mit Zustimmung der leistungsberechtigten Person Erkenntnisse beisteuern können. Beispielhaft seien hier nur Krankenhäuser, Soziotherapeuten oder Sozialpsychiatrische Dienste genannt.

2. Von der Bedarfsermittlung zur Leistung

Um von der Bedarfsermittlung zur eigentlichen Leistung zu kommen, bedürfen viele Menschen der Unterstützung. Manche psychisch erkrankte Menschen finden den Zugang zu geeigneten Hilfen auch selbständig und bedürfen dabei keiner wesentlichen Unterstützung. Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen sollten grundsätzlich Wahlmöglichkeiten haben. Sie dürfen aber nicht gezwungen werden, sich bei Anbietern bewerben zu müssen, um in ein „Auswahlverfahren“ zu gelangen. Es muss vermieden werden, dass diejenigen Menschen bevorzugt die Hilfen bekommen, die sich am besten ausdrücken können, dafür aber die Menschen ohne Hilfe bleiben, die der Hilfe eher ablehnend und skeptisch gegenüberstehen, nicht ganz selten auch vor dem Hintergrund erlebter traumatisierender Situation in und mit dem psychiatrischen Hilfesystem.

Deshalb ist eine Zusammenführung von individueller fachlicher Bedarfsermittlung und Leistungsplanung mit der Steuerung der regionalen Ressourcen erforderlich, da andernfalls Menschen mit besonderen Bedarfen Gefahr laufen, gar keine, keine ausreichende oder keine passende Hilfe zu erhalten. Gerade dieser Umstand wird aktuell immer häufiger von Leiter*innen psychiatrischer Kliniken beschrieben.

Wie der Weg von einer Hilfeplanung zu einer Hilfeleistung konkret vonstattengeht, ist von Bundesland zu Bundesland und oft auch innerhalb von Bundesländern sehr verschieden. An welcher Stelle im Teilhabe- oder Gesamtplanprozess daher eine entsprechende Konferenz erforderlich oder sinnvoll ist, muss einer regionalen Betrachtung und Bewertung überlassen bleiben. Essentiell ist aber,

dass durch eine geeignete Struktur sichergestellt werden muss, dass die vorhandenen Ressourcen oder Kapazitäten von Leistungserbringern auch den Menschen zugutekommen, deren Fähigkeit zur Hilfesuche eingeschränkt ist.

Ein Prozess von Hilfeplanung, Bedarfsermittlung sowie Ziel- und Leistungsplanung bedarf der Zeit und benötigt Vertrauen und ist daher sehr oft als Verfahren in mehreren Schritten zu verstehen.

Für die Zukunft ist aus Sicht der BAG GPV eine gemeinsame Verantwortungsgemeinschaft für alle wesentlichen Leistungsanbieter des psychiatrischen Hilfesystems erforderlich, die möglichst auch rechtlich zu normieren und vertraglich zu vereinbaren sind. Versorgungsverpflichtung darf nicht auf psychiatrische Kliniken und Klinikabteilungen beschränkt bleiben. Die BAG GPV wird sich mit dieser Frage in Zukunft intensiver beschäftigen.

3. Zusammenführung individueller Planung mit Steuerung der regionalen Ressourcen

Um allen Menschen den Zugang zu den für sie passenden Leistungen zu ermöglichen, müssen Konferenzstrukturen etabliert werden, die folgende Aspekte berücksichtigen:

- Versorgungssicherheit herstellen: kein Mensch bleibt ohne ein konkretes Hilfeangebot (gemeinsame Versorgungsverpflichtung gewährleisten),
- vorgestellte Bedarfe beraten, um ergänzende Aspekte aus Sicht von Expert*innen beizutragen,
- Passgenauigkeit der Hilfeleistung ermöglichen,
- Transparenz über das Leistungsgeschehen herstellen, um den Überblick über die verfügbaren Ressourcen (Angebote und Leistungen) erhalten,
- damit auch einen Überblick für die Leistungsberechtigten ermöglichen,
- Lücken im Leistungsangebot identifizieren und Lösungsaufträge formulieren,
- die Anwendung von Zwangsmitteln, wie z.B. freiheitsentziehende Unterbringungen, vermeiden.

Ebenso muss sichergestellt sein, dass alle wesentlichen Leistungsbereiche und Leistungsträger angesprochen werden. Eine solche Konferenz geht damit ggf. über die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe hinaus und bezieht u. a. auch Leistungen der Behandlung (insbesondere rehabilitativ orientierte Behandlungsleistungen sowie z.B. Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege), der Pflegeversicherung und der JobCenter beratend mit ein.

Es muss gewährleistet sein, dass Beratungen und Vermittlungen von Hilfen in diesem Sinne auf Wunsch oder mit Zustimmung der leistungsberechtigten Menschen stattfinden. Die Vorgaben von Datenschutz und Schweigepflicht müssen sorgfältig beachtet werden. Dafür gibt es schon vielfältige gelungene Beispiele.

4. Praktische Durchführung

Wir stellen uns unter einer solchen Konferenz ein kooperatives, auf vertrauensvolle Beratung angelegtes und zur Entscheidung fähiges gemeinsames Geschehen vor. Entscheidungen von



Leistungsträgern können hier vorbereitet werden, und die Leistungserbringer sollten Entscheidungen hinsichtlich einer Leistungszusage treffen können.

Die Konferenz darf nicht zu groß werden und sie muss den Bedürfnissen von beteiligten Menschen mit Behinderung gerecht werden. Zugleich muss sie aber alle Leistungsbereiche abdecken. Für diese schwierige Frage des Ausgleichs verschiedener Ansprüche müssen lokale Lösungen gefunden werden. Bewährt haben sich in Regionen der BAG GPV verschiedene Modelle. Es gibt in Regionen mit großer Zahl von Leistungserbringern Erfahrungen mit beauftragten Delegierten, die über spezifische Expertise verfügen, aber auch mit verabredeter abwechselnder Teilnahme. Auch die Verkleinerung der Konferenz durch lokale Bezüge („Sektorkonferenzen“ in größeren Landkreisen oder Städten) haben sich bewährt; andere Varianten sind vorstellbar.

Die Konferenz sollte zur Beratung vorbereiteter Hilfeplanungen bzw. Bedarfsermittlungen in der Lage sein. Sie sollte aber auch Raum dafür bieten, Personen mit besonderen Bedarfen, bei denen ein gewisses Maß an Ratlosigkeit hinsichtlich des möglichen Ziels der Leistungen oder des geeigneten Vorgehens besteht, beraten zu können. Ggf. müssen von der Konferenz ausgehend weitere intensivere Personenkonferenzen in die Wege geleitet werden.

Die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen ist zu ermöglichen, die Betroffenen und ihre Vertrauensperson müssen grundsätzlich teilnahmeberechtigt sein. Ihre Teilnahme ist durch die Gestaltung der Konferenz zu fördern.

Die Erfahrungen aus den Verbänden der BAG GPV, gerade auch aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“ zeigen deutlich, dass eine koordinierte Hilfeplanung und Leistungserbringung ein Vertrauen forderndes zugleich aber auch ein Vertrauen bildendes Verfahren ist. Auf dieser Basis lassen sich auch für Menschen mit Beeinträchtigungen in besonderen Krisensituationen ungewöhnliche Lösungen finden. Die Bereitschaft, sich auf eine Erörterung mit offenem Ausgang einzulassen, ist für ein psychiatrisches Hilfesystem, das keinen Menschen wegen Art oder Schwere der Erkrankung unversorgt lässt, unabdingbar. Wo dies keine Beachtung findet, sind Verdrängungen in die Wohnungslosigkeit, in wohnortferne Angebote oder in freiheitsentziehende Maßnahmen zu beobachten.

Vor diesem Hintergrund empfehlen wir als BAG GPV, die Konferenz als Gremium des GPV zu verstehen und die Mitglieder des GPV aufzufordern oder sogar zu verpflichten, ihre Angebote nur über die Konferenz zu „belegen“. Die Vorbereitung, Koordination und Durchführung der Konferenz gehört dann in die Hände des GPV. Die Konferenz ist für jeden offen, der den Zugang zu einer Leistung sucht. Damit erspart eine solche Konferenz sowohl den Leistungsträgern als auch den Leistungserbringern aufwändige Einzelverfahren von Vorstellungen, Bewerbungen, Aufnahmemanagement oder Akquiseaktionen.

Es sind aber auch abweichende Konferenzmodelle und Durchführungsverantwortungen aus Städten, Gemeinden oder Bundesländern (z.B. Berlin) bekannt und vorstellbar, die dem Gesamtauftrag in vergleichbarer Weise gerecht werden können und müssen.

5. Gesetzliche Grundlagen

Bisher gab es im Leistungsrecht kaum rechtliche Anknüpfungspunkte für die Durchführung von Hilfeplankonferenzen. Mit dem Bundesteilhabegesetz hat der Gesetzgeber im SGB IX nun einige Anknüpfungspunkte geschaffen:

§ 1 SGB IX: Den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen. Diese Bestimmung macht deutlich, dass gerade der Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen mit Behinderungen hinsichtlich der Verfahren und Leistungen einer spezifischen Betrachtung bedarf.

§ 19 SGB IX: Dort ist unter anderem auch ein Rechtsanspruch auf einen Teilhabeplan verankert, wenn die leistungsberechtigte Person dies wünscht. Für den Teilhabeplan ist ausdrücklich die Beteiligung von Leistungserbringern (§ 19 Abs. 2 Nr. 5) genannt. Dies gilt im Übrigen auch für den Gesamtplan, der der Träger der Eingliederungshilfe aufzustellen hat, da nach **§ 121, Abs. 4 SGB IX** der Gesamtplan alles enthält, was der Teilhabeplan enthält, sowie weitere zusätzliche Aspekte. Der Teilhabeplan nach § 19 SGB IX dokumentiert auch die Ergebnisse der Teilhabeplankonferenz nach **§ 20 SGB IX**. An dieser nehmen ausdrücklich auch beteiligte Leistungserbringer teil. Nach **§ 119 Abs. 3 SGB IX** ist die Gesamtplankonferenz mit der Teilhabeplankonferenz zu verbinden. **§ 21 SGB IX** gibt vor, dass die Träger der Eingliederungshilfe die Vorschriften des Gesamtplanverfahrens zu beachten haben, wenn sie der im Einzelfall verantwortliche Rehabilitationsträger sind.

§ 94 Abs. 3 SGB IX: Die Länder haben auf eine „flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken“ und unterstützen die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrags.

§ 95 SGB IX: Die Träger der Eingliederungshilfe haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen dazu Vereinbarungen mit Leistungserbringern. Im Rahmen der Strukturplanung sind die Erkenntnisse aus der Gesamtplanung zu berücksichtigen.

§ 96 SGB IX: Die Träger der Eingliederungshilfe arbeiten mit den Leistungsanbietern zusammen. Ist die Beratung und Sicherung der gleichmäßigen, gemeinsamen oder ergänzenden Erbringung von Leistungen geboten, sollen zu diesem Zweck Arbeitsgemeinschaften gebildet werden.

Besonders wesentlich ist der **§ 106 SGB IX:** Die Träger der Eingliederungshilfe sind zur Beratung und Unterstützung verpflichtet. Die Unterstützung bezieht sich auch auf das Finden eines geeigneten Leistungserbringers und das Aushandeln eines Vertrages mit dem Leistungserbringer (**§ 106 Abs. 3 Nr. 7 und Nr. 8**). Konferenzstrukturen im vorgenannten Sinn geben hier eine wesentliche Hilfestellung, insbesondere in Regionen mit einer größeren Zahl von Leistungsanbietern.

2. Corona – Impulsbeiträge

2.1. Corona als Chance aus Sicht der Psychiatrieerfahrenen

iPEB e.V.
Rainer Schaff
Vorstand



Digitale Teilhabe unter Corona - Positive Aspekte aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Bei allen Beschwerlichkeiten und tragischen Geschichten, die Corona verursacht hat, ist die Digitalisierung zumindest ein Bereich, der sich im vergangenen Jahr positiv entwickelt hat. Hiervon handelt der folgende Text.

Der Vorstand von iPEBo hatte schon vor der Pandemie die Absicht gehabt sich digital zu professionalisieren. Für uns spielte die entsprechende technische Ausrüstung hierbei eine große Rolle. Über ein Non-Profit-Portal konnten wir einen Online-Server beziehen, der es ermöglicht, digital zusammenzuarbeiten, also z.B. zu wissen, an was der oder die andere gerade arbeitet, gemeinsame Kalender, gemeinsame Mailpostfächer, eine gemeinsame Aufgabenverwaltung.



Am Anfang von Corona waren wir also schon relativ weit für einen Betroffenenverein im Thema „Digitales“. Wir hatten bereits seit längerer Zeit Erfahrung mit der Kommunikation über eigene Internetseiten mit Online-Kontaktformularen (www.ipebo.de, www.ex-in-bodensee.de) und vor allem mit Video-Meeting-Tools wie Zoom oder MS Teams.

Wir ergriffen dann früh in der Corona-Pandemie in unseren Netzwerken die Initiative und motivierten andere Vereine wie den Betroffenen Bundesverband NetzG oder EX-IN Baden-Württemberg zu Video-Meetings als Ersatz für die bisherigen Präsenz-Treffen. Für uns bedeutete das eine große Erleichterung, da wir nun viele Treffen von zu Hause aus machen konnten und nicht mehr weite Strecken fahren mussten - die meisten überregionalen Meetings finden vom Bodensee aus gesehen weit weg statt. Schon ein Meeting in Stuttgart von nur 2-3 Stunden hat früher einen ganzen Tag in Anspruch genommen.

Jetzt war der Reiseaufwand weggefallen und der technische Aufwand bestand lediglich darin, ein Videomeeting-Programm am Arbeitsplatz zu öffnen, um mit der Kommunikation beginnen zu können.



Bildquelle: iPEBo

Es stellte sich im Laufe der Zeit heraus, dass die Zusammenarbeit auch in Bereichen funktionierte, wo wir es nicht für möglich gehalten hätten. So probierten wir einzelne Module unserer EX-IN Genesungsbegleiter-Weiterbildung online aus. Hier gab es gute Rückmeldungen der Teilnehmenden. Sogar auftretende Krisen konnten im Online-Austausch aufgefangen werden.

Die EX-IN Kursteilnehmenden äußerten sich mehrfach dankbar, dass ihr Kurs nicht Corona-bedingt abgebrochen worden war, sondern online fortgeführt wurde.

Fazit

„Ich gehe davon aus, dass die neuen digitalen Kommunikationsformen auch nach Corona bestehen bleiben werden, iPEBo ist hier gut aufgestellt.“

Wir haben uns damit endlich Teilhabe an einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung erarbeitet, die gerade stattfindet. Bisher hatten wir uns immer für Teilhabe eingesetzt in Bereichen, die für die Mehrheitsgesellschaft schon immer selbstverständlich war.

In meinen Ausführungen kommt meine Begeisterung für das Thema „Digitales“ zum Ausdruck, dennoch weiß ich, was es bedeutet, hieran keinen Anteil zu haben, so wie es vielen Mitbetroffenen geht, die über kein digitales Gerät verfügen und den Umgang mit dem Internet nicht beherrschen. Unser Knowhow vor allem im Bereich Online-Kommunikation würden wir deshalb gerne in den GPV Bodenseekreis einbringen, in dem wir festes Mitglied sind. Unser Ziel ist es, Mitbetroffene bei Schwierigkeiten in der digitalen Teilhabe zukünftig zu unterstützen.



Bildquelle: iPEBo

Präsenztreffen lassen sich trotz aller Begeisterung für „Digitales“ nicht ersetzen. Ich glaube Präsenz- bzw. Online-Treffen lassen sich schwer vergleichen. Sie haben verschiedene Qualitäten, die man entsprechend sinnvoll nutzen sollte. Zurückdrehen lässt sich die Corona-bedingte Entwicklung im Bereich „Digitales“ nicht mehr.

Ohne Corona hätte es vermutlich keine so hohe Bereitschaft in der Betroffenen-Community zur Nutzung digitaler Medien und hier vor allem von Videomeetings gegeben. Das ist aus meinen bisherigen Erfahrungen zumindest eine erfreuliche Entwicklung im Corona-Jahr 2020.

Die Corona-Pandemie verändert das Gesicht unserer Institutionen ...

Die Hinweise sind unübersehbar...



2.2. Corona aus Sicht der dezentralen und ambulanten Wohnversorgung

ZfP Südwürttemberg/ Arbeit und Wohnen

Christine Schuler

Leitung Eingliederungshilfe



Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Besondere Wohnform und das Ambulant Betreute Wohnen des ZfP Südwürttemberg

☞ *eine subjektive Beschreibung...*

Die Corona-Pandemie hat die „Besondere Wohnform“ und das „Ambulant Betreute Wohnen“ des ZfP Südwürttemberg, wie auch alle anderen Leistungserbringer, vor besondere Herausforderungen im Jahr 2020 gestellt. Die Pandemie hat viel Verunsicherung und Ängste bei den Mitarbeitenden und den Leistungsberechtigten ausgelöst. Die Mitarbeitenden wurden mit zahlreichen Verordnungen, Informationen, Vorgaben, Handlungsanweisungen konfrontiert, die in den Arbeitsalltag integriert werden mussten. Die Unterstützung der Leistungsberechtigten musste weiterhin im erforderlichen Umfang sichergestellt werden. Da die Leistungsberechtigten alle in Wohnungen leben, war es nicht möglich, Türen zu schließen, Besucherregelungen durchzusetzen, Menschen zu entlassen. Ein Gefühl der „Schutzlosigkeit“ gegenüber dem Virus machte sich breit, v.a. da zu Anfang der Pandemie die Beschaffung von Schutzmaterial extrem schwierig war.

*„Konstante Begleitung, Unterstützung, Motivierung und Entlastung durch die Mitarbeitenden war für die Klient*innen sehr wichtig, um psychische Stabilität zu erhalten und Krisensituationen zu bewältigen.“*

Für jeden einzelnen Leistungsberechtigten musste individuell geplant werden, wie die erforderliche Betreuung sichergestellt werden kann. Zahlreiche Fragen mussten bedacht werden (wie werden die persönlichen Kontakte gestaltet, können Kontakte in anderer Form und an anderen Orten gestaltet werden, wie kann die erforderliche Mobilität sichergestellt werden....?). Die Tatsache, dass teilweise andere Leistungserbringer ihre Angebote und Kontakte zu den Leistungsberechtigten weitgehend eingestellt hatten, erschwerte die Betreuung zusätzlich.

Die Mitarbeitenden der Wohnbetreuung waren phasenweise auch für Unterstützungsleistungen zuständig, die zuvor durch andere Leistungserbringer erbracht wurden.

Bei den Mitarbeitenden machte sich immer wieder das Gefühl breit, dass an ihren Schutz zu wenig gedacht wird. Im Fokus zahlreicher Verordnungen, Vorgaben und Handlungsanweisungen standen meist die Kliniken und klassisch „stationäre“ Einrichtungen. Viele Vorgaben mussten durch gezielte Rückfragen an das „dezentrale Setting“ angepasst werden.

Die Klient*innen erlebten die massiven Kontaktbeschränkungen zum Teil als sehr belastend. Das Gefühl der Einsamkeit machte sich immer mehr breit. Die einzigen Kontaktpersonen waren phasenweise nur noch die Mitarbeitenden der Wohnbetreuung und der Tagesstruktur. Mit zunehmender Dauer der Pandemie kam immer mehr Unmut auf, die Stimmung wurde angespannter. Konstante Begleitung, Unterstützung, Motivierung und Entlastung durch die Mitarbeitenden war für die Klient*innen sehr wichtig, um psychische Stabilität zu erhalten und Krisensituationen zu bewältigen.

Manchen Leistungsberechtigten ist es aber auch gut gelungen, in der belastenden Zeit der Pandemie, Ressourcen zu entwickeln, die für die Bewältigung der „Ausnahmezeit“ hilfreich waren.



Für die Situation, dass in einem der Teams der Eingliederungshilfe des ZfP, massiver Personalnotstand ausbricht wegen Krankheit und/oder Quarantäne-Regelungen, wurden Pläne für evtl. erforderliche Notbetreuung und gegenseitiges Aushelfen an einem anderen Standort erstellt. Trotz dieser vorausschauenden Planungen aber gleichzeitig nicht vorhersehbarer Entwicklungen und sich ausbreitenden Ängsten um die eigene Gesundheit und die Gesundheit des familiären Umfelds, wurde die Arbeit in der Zeit der Pandemie als sehr anstrengend und belastend erlebt.

Die Corona-Pandemie war in 2020 für alle Klient*innen und Mitarbeitenden eine schwierige Zeit, die gekennzeichnet war von zusätzlichen Belastungen, Unsicherheiten und Ängsten. Sehr erfreulich ist aber trotz allem, dass bis zum heutigen Tag am Standort Friedrichshafen niemand an Covid 19 erkrankt ist, weder von den Leistungsberechtigten noch von den Mitarbeitenden. Wir hoffen sehr, dass dies bis zum Ende der Pandemie so bleiben wird.



3. Ausblick 2021

Pauline 13 e.V.

Dr. Ulrike Amann

Gf. Vorstandsvorsitzende



Quelle: ZfP Südwürttemberg

Im zum Redaktionsschluss beinahe halb vergangenen Jahr 2021 beschäftigen uns weiterhin die hier dargestellten Themen, wenngleich in beiden Bereichen Entwicklungen spürbar sind:

Was die Pandemie betrifft, wurden wir alle vielleicht mehr als erwartet nochmals von einer sog. 3. Welle überrollt, die nun fast überstanden scheint. Gleichzeitig haben wir die Erfahrung gemacht, dass sich in den sich daraus ergebenden veränderten Prozessen (Aufrechterhaltung von Schutzmaßnahmen, Homeoffice, Umgang mit Medien etc.) eine gewisse Alltagsroutine eingestellt hat.

Viele von uns hatten das Glück, bereits früh die Möglichkeit einer Impfung nutzen zu können, was perspektivisch, so hoffen wir, die Situation deutlich entspannen und die Rückkehr zu einer ersehnten „Normalität“ ermöglichen wird.

Auch in der Umsetzung des Landesrahmenvertrags zum BTHG sind wir weitergekommen. Wir haben uns innerhalb des GPV darauf geeinigt, im Rahmen eines vom Sozialministerium geförderten und in dessen Auftrag von Dr. Michael Konrad begleiteten Implementationsprojekts gemeinsam auf den Weg zu machen. Das Projekt zielt darauf ab, zunächst Eckpunkte der Konzeptentwicklung und Leistungsbeschreibung sowie eine Fachleistungssystematik im Verbund zu entwickeln. Diese Punkte sind aktuell zu priorisieren, um die notwendigen Umstellungen der bestehenden Maßnahmen fristgerecht bewältigen zu können.

In weiteren Schritten sollen unter anderem die Themen Teilhabeplanung, Kooperation mit der klinischen Versorgung, SpDi und Beratungsstellen und die Entwicklung neuer Maßnahmen angegangen werden. Auch die Weiterentwicklung der HPK und die Verbesserung der Wohnversorgung sollen aufgegriffen, die entsprechenden Arbeitsgruppen ins Projekt integriert werden.

Es bleibt spannend, wie es uns gelingen wird, hierbei gemeinsame Grundlagen im Sinne unserer Versorgungsverpflichtung zu schaffen und gleichzeitig die trägerindividuellen Besonderheiten zu berücksichtigen und wertzuschätzen.

Adressen

GPV

Vorsitzende des Sprecherrates im GPV Bodenseekreis

Zentrum für Psychiatrie
Südwestfalen / Anode
Sabine Gnannt-Kroner
Eisenbahnstraße 43
88212 Ravensburg
Telefon 0751/7601-2537
sabine.gnannt-kroner@zfp-
zentrum.de

Koordinatorin Hilfeplankon- ferenz im GPV Bodenseekreis

Silvia Stein
Paulinenstraße 12
88046 Friedrichshafen
Telefon 07541/40 94-331
Fax 07541/40 94-370
silvia.stein@bruderhausdiakonie.de

Sozialplanung und Psychiatriekoordination

Landratsamt Bodenseekreis
Birgit Haidlauf
Albrechtstraße 75
88045 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/204-53 06
Fax 0 75 41/204-73 06
Sozialplanung@bodenseekreis.de

MITGLIEDER

Angehörigenvertretung Friedrichshafen

Ansprechpartnerin
Frau Stefanie Repenning
Martin-Luther-Straße 13
88079 Kressbronn
Telefon 0151-230 00530

Arkade-Pauline 13 gGmbH

Gartenstraße 3
88212 Ravensburg
Telefon 07 51/3 66 55-0
Fax 07 51/36 655-79
info@arkade-pauline.de

bruderhausDIAKONIE

Sozialpsychiatrische Hilfen
Paulinenstraße 12
88046 Friedrichshafen
Telefon 07541/40 94-330
Fax 07541/40 94-370
sph.fn@bruderhausdiakonie.de

Diakonie

Suchtberatung Friedrichshafen
Katharinenstr. 16
88045 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41 /95 01 80
Fax 0 75 41/95 01 820
info@suchtberatung-fn.de

Gemeindepsychiatrisches Zent- rum Friedrichshafen gGmbH

Paulinenstraße 12
88046 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/40 94-0
Fax 0 75 41/40 94-1 50
info@gpz-fn.de

Gemeindepsychiatrisches Zentrum Überlingen gGmbH

Obere Bahnhofstraße 18-22
88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/30 118 -0
Fax 0 75 51/30 118-80
email@g-p-z.de

Initiative Psychiatrie- Erfahre- ner Bodenseekreis e.V.

Ansprechpartner Rainer Schaff
Obere Bahnhofstraße 18
88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/30 11 8 – 149
info@ipebo.de

Landratsamt Bodenseekreis Eingliederungshilfe

Glärnischstr. 1-3
88045 Friedrichshafen
Telefon 0 75 41/204-5302
Fax 0 75 41/204-7302
eingliederungshilfe@bodenseekreis.de

Pauline 13 e.V. in Friedrichshafen

Paulinenstraße 12
88046 Friedrichshafen
Telefon 075 41 / 40 94-210
Fax 075 41 / 40 94 – 250
info@pauline13.de

Sprungbrett Werkstätten gGmbH

Ziegeleistraße 46
88697 Bermatingen
Telefon 0 75 44/95 27-0
Fax 0 75 44/95 27-34
martin.hahn@sprungbrett-
werkstaetten.de

Vianney-Gesellschaft e.V.

Auf dem Stein 17 -21
88662 Überlingen
Telefon 0 75 51/95 28-0
Fax 0 75 51/68 050
info@vianney-hospital.de

ZfP Südwestfalen

Region Ravensburg-Bodensee
Weingartshoferstraße 2
88214 Ravensburg
Telefon 07 51/76 01-0
Fax 0751/76 01-2413
www.zfp-web.de

Impressum



Herausgeber:	Gemeindepsychiatrischer Verbund Bodenseekreis
Redaktionsteam:	Dr. Ulrike Amann, Sabine Gnannt-Kroner, Rainer Schaff
Bearbeitung:	Nancy Kubitzky
Druck:	Landratsamt Bodenseekreis
Veröffentlichung:	2021
Titelfoto:	ZfP Südwürttemberg
Auflage:	200

Das Redaktionsteam weist darauf hin, dass die Gender-Schreibweise den Autorinnen und Autoren überlassen blieb.