

Ingmar Steinhart, Harald Freyberger, Kordula Kleinwort und Ines Ulrich

Das Gesetz zur Neuordnung der Aufgaben nach dem BSHG in Mecklenburg-Vorpommern – aus Sicht der Anbieter

1. Einführung

Als erstes Flächenland der Bundesrepublik hat sich das Land Mecklenburg-Vorpommern mit dem „Gesetz zur Neuordnung der Aufgaben nach dem BSHG und anderen Sozialvorschriften“ vom 17. Dezember 2001 für eine „Kommunalisierung“ der Eingliederungshilfe (Übertragung der Aufgaben nach § 100 BSHG einschließlich der Kostenerstattung nach §§ 100 Abs. 3, 104, 107 BSHG auf den örtlichen Sozialhilfeträger) entschieden. Darüber hinaus wurde die Finanzierung von BSHG-Leistungen an fachliche Standards gebunden.¹ Das AG BSHG in Mecklenburg-Vorpommern ist bisher das Einzige, das Finanzen und Personenzentrierung sowie Lebensfeldorientierung verkoppelt und den Sozialhilfeträger verpflichtet, unter Beachtung von § 3 a BSHG eine personenzentrierte und lebensfeldorientierte Leistungserbringung zu ermöglichen. Beeinflusst wurde die Gesetzgebung insbesondere durch die Anbieter psychiatrischer Hilfen, die auf diese Verkoppelung von Finanzen und fachlichen Standards im Gesetzgebungsverfahren gedrängt haben.

Zustande gekommen ist das Gesetz letztendlich nur, weil es einen hohen Konsens zwischen Landkreistag, Städte- und Gemeindegemeinschaft, Sozialministerium und Anbieter von Eingliederungshilfeleistungen gab, die Zuständigkeiten bei den Gebietskörperschaften zu bündeln.

Dem Weg von Mecklenburg-Vorpommern wird häufig als wesentliches Argument entgegengestellt, dass die Kommunen fachlich nicht in der Lage wären, Fall- und Finanzverantwortung für alle Formen (ambulant und stationär) von Eingliederungshilfen zu übernehmen.² Selbstverständlich hat die Praxis in Mecklenburg-Vorpommern nach Einführung des Gesetzes gezeigt, dass die gewährten Hilfen unter qualitativen und quantitativen Aspekten erheblich differieren; die Ausgestaltung von Hilfen im Bereich der Sozialpsychiatrie war auch für den örtlichen Sozialhilfeträger bisher kein „Spezialgebiet“. Dieses Problem besteht jedoch auch in den Bundesländern, die die Eingliederungshilfe (örtlich und überörtlich) beim überörtlichen Träger zusammengeführt haben (z.B. Nordrhein-Westfalen, Bayern). Dort fehlt ebenfalls die Kompetenz in der Ausgestaltung ambulanter und „intelligenter“ lebensfeldorientierter Angebotsstrukturen.

Auch in Mecklenburg-Vorpommern wurde die Versorgungslandschaft bisher unter der Regie des überörtlichen Sozialhilfeträgers mit sehr großen regionalen Differenzen

ausgestaltet; insbesondere für ländliche Regionen bestand keine umfassende Konzeption für die Angebotsstrukturen. Eine Ausnahme bildet das bundesweit einmalige flächendeckende Netz von Tagesstätten.

Unter Abwägung aller Vor- und Nachteile wuchs bei allen Beteiligten in Mecklenburg-Vorpommern die Erkenntnis, dass in den Kommunen im Grundsatz der richtige Ort für die Ausgestaltung der Hilfen ist und primär dort das differenzierte Fachwissen über aktivierbare nichtpsychiatrische und psychiatrische Ressourcen vorhanden ist. Das Sozialministerium entschloss sich, die kommunale Seite durch ein Modellprojekt bei der Übernahme der Verantwortung zu unterstützen. Dieses Projekt „Kommunale Psychiatrie“ begleitet zurzeit fünf Begleitregionen (zwei kreisfreie Städte und drei Landkreise) intensiv bei der Umsetzung, weitere fünf Gebietskörperschaften sind in ein Netzwerk eingebunden. Mit diesem Projekt erhalten die Gebietskörperschaften direkte Unterstützung in der Ausgestaltung der Angebotsstrukturen und Hilfen im Hinblick auf den Willen des Gesetzgebers. Natürlich unterstützt das Sozialministerium die Kommunen nicht ganz uneigennützig: Mit der Etablierung geeigneter, in den Gebietskörperschaften verankerter personenzentrierter Steuerungs- und Finanzierungsmodelle und dem Aufbau primär ambulanter Strukturen können nicht nur inhaltliche Fortschritte erreicht werden, sondern vor allem dem von allen Fachleuten prognostizierten rasanten Anstieg der Eingliederungshilfekosten entgegengewirkt werden.

Sicherlich ist es auch kein Zufall, dass praktisch zeitgleich mit der Kommunalisierung der Fall- und Finanzverantwortung seitens des Sozialministeriums ein Projekt zur Problematik der so genannten „Systemsprenger“ etabliert wurde. Erste Ergebnisse dieser Studie aus dem Institut für Sozial-

1) Wendt, S.: Föderales Chaos: Unterschiedliche Landesregelungen der Zuständigkeiten der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger für die Behindertenhilfe. Rechtsdienst der Lebenshilfe 4/2003, S. 162–165.

2) Wendt (Fußn. 1).

Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Harald Freyberger und Ines Ulrich sind am Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern an der Universität Greifswald tätig; **Kordula Kleinwort** arbeitet im Projekt Kommunale Psychiatrie des Landesverbandes Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V.

psychiatrie Mecklenburg-Vorpommern ermutigen, dass mit einer gezielten Reflektion dieser Problematik auf Basis empirischer Daten praxistaugliche Antworten in Mecklenburg-Vorpommern gefunden werden, die v.a. einen weiteren „Export“ von so genannten Systemsprengern in andere Bundesländer überflüssig machen.³

2. Einschätzung der Anbieter

Während es von Seiten der Kostenträger zur Zeit keine aktuellen und zugänglichen Daten über die Entwicklung seit der Verlagerung der Zuständigkeit gibt, hat der Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V. – der sozialpsychiatrische Fachverband der Anbieter psychiatrischer Hilfen in der Eingliederungshilfe – das Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald mit einer Befragung aller seiner Mitglieder beauftragt.

Wir berichten hier über zwei Befragungstermine: nach dem ersten Jahr (Anfang 2003) und nach dem zweiten Jahr (Anfang 2004) seit der Einführung des Gesetzes zur Neuordnung der Aufgaben nach dem BSHG am 1. Januar 2002.

Während sich an der ersten Umfrage 18 von 32 Anbietern (Rücklaufquote: 56 %) beteiligten, beantworteten im Januar 2004 insgesamt 28 Anbieter (Rücklaufquote: 88 %) aus allen 18 Gebietskörperschaften den aus 10 Einzelfragen bestehenden Kurzfragebogen. So kann für das Jahr 2004 die Beantwortung als repräsentativ für das Land Mecklenburg-Vorpommern angesehen werden. Denn es liegen nicht nur von fast allen Anbietern sondern auch aus allen Gebietskörperschaften Antworten vor.

Wir möchten im Folgenden die wichtigsten Ergebnisse anhand ausgewählter Einzelfragen darstellen:

Intensität der Verhandlungen um die einzelfallbezogene Finanzierung von BSHG-Leistungen

Während nach dem ersten Jahr der Neuregelung nur 41 % von einer intensiveren Verhandlung über die einzelfallbezogenen Kosten berichteten, steigt die Zahl nach dem zweiten Jahr auf 63 % an. Aufgrund der Verlagerung auf die Ebene der Gebietskörperschaften findet demnach möglicherweise eine intensivere Auseinandersetzung um die fallbezogenen Kosten statt als bei der früheren Zuständigkeit beim überörtlichen Träger. Zumindest kann festgestellt werden, dass die Zusammenführung von Fach- und Finanzverantwortung zu einer intensiveren Prüfung des Einzelfalles einschließlich der Kosten führt.

Der örtliche Kostenträger findet kreative und personenbezogene Lösungen im Einzelfall

Dass in vielen Fällen unkonventionelle und personenbezogene Lösungen für den Einzelfall gefunden werden, wird im ersten Jahr nur von 19 % und im zweiten Jahr immerhin von 28 % der Anbieter berichtet. Deutlich sinkt die Feststellung, dass *institutionelle Aufnahmen im Vordergrund stehen*, von noch 44 % nach dem ersten Jahr auf nur 32 % nach dem zweiten Jahr.

Aus unserer Sicht bedeutet dies, dass dem gesetzgeberischen Auftrag, personenbezogene Maßnahmen zu finan-

zieren, zwar noch nicht umfassend nachgekommen wird, dass aber andererseits der reine „Reflex“ einer institutionellen und damit meist nur bedingt passenden und vielfach teuren Antwort auf einen individuellen Hilfebedarf abnimmt.

Einführung eines standardisierten Hilfeplanverfahrens und einer Hilfeplankonferenz

Während im ersten Jahr bereits 70 % der Anbieter berichteten, dass eine Hilfeplankonferenz in ihrer Gebietskörperschaft eingeführt ist, steigt diese Zahl im zweiten Jahr sogar auf 80 %.

Von der Einführung des Integrierten Rehabilitations- und Behandlungs-Planes (IBRP)⁴ berichten die Anbieter, dass bereits im zweiten Jahr in 33 % (erstes Jahr 22 %) der Gebietskörperschaften der IBRP nicht nur umfassend eingeführt, sondern auch Grundlage für die Finanzierungsentscheidung ist. In lediglich vier Gebietskörperschaften sei die Einführung des IBRP nicht vorgesehen. Von fast allen Anbietern (85 %) wird der IBRP mittlerweile für jeden Klienten erstellt. Die Mitglieder des Landesverbandes haben sich selbst verpflichtet, dieses Verfahren ab 1. Januar 2005 für alle von ihnen betreute Klienten der Eingliederungshilfe anzuwenden.

Aus dieser positiven Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern schließen wir, dass durch Selbstverpflichtung auf der Anbieterseite und die Akzeptanz eines aktuellen Standards in der Sozialpsychiatrie (Hilfeplanung mit dem IBRP und Entscheidung über die Hilfestellung in einer Hilfeplankonferenz) auf Seiten der Kommune landesweit eine hohe und vergleichbare Qualität in der Hilfestellung bei der Eingliederungshilfe erreicht werden kann, ohne dass ein „Big Brother“ wie z.B. ein Landschaftsverband diese Entwicklung steuert.

Bei der Bewilligung im Vordergrund stehende Maßnahmen (ambulant, vollstationär, Kombinationen/Komplexeleistungen)

Die Zusammenführung auf örtlicher Ebene hatte insbesondere zum Ziel, dass zukünftig ambulante oder komplexe, individuell zugeschnittene Maßnahmen im Vordergrund der Bewilligung stehen. Die Anbieterseite bestätigt den gewünschten Trend: Während im ersten Jahr 41 % beschreiben, dass ambulante Lösungen im Vordergrund stehen, sind es im zweiten Jahr bereits 68 %. Dass Leistungskombinationen im Vordergrund stehen, wurde im ersten Jahr nur von zwei Anbietern angegeben, die Zahl steigt im zweiten Jahr immerhin auf sechs Anbieter – zwar noch eine kleine Zahl, aber hier geht der Trend doch deutlich in die gewünschte Richtung.

3) Freyberger H. J./Ulrich, I./Dudeck, M./Barnow, S./Kleinwort, K./Steinhart, I.: Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem? Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern, Sozialpsychiatrische Informationen 2/2004, S. 16–21.

4) Siehe: Kauder V./AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ und Manual mit Behandlungs- und Rehabilitationsplänen. Psychosoziale Arbeitshilfe 11. 4. Auflage, Bonn 2001.

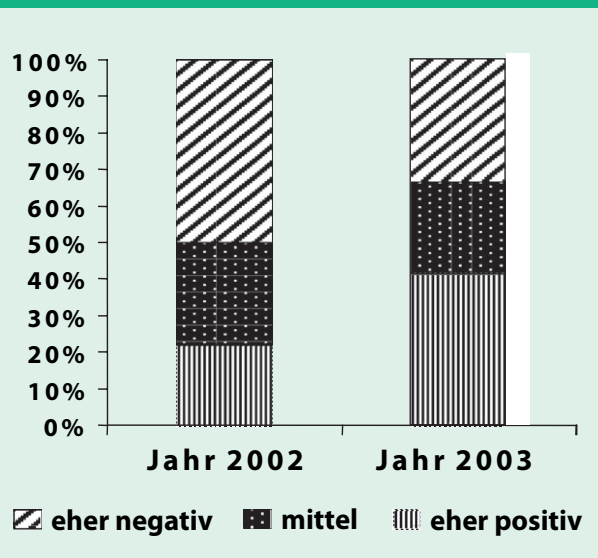
Wendet sich der finanzielle Druck aus den kommunalen Haushalten gegen die Interessen der Klienten?

Wir haben diese Frage in die Untersuchung aufgenommen, da vielfach insbesondere von Seiten der Anbieter befürchtet wurde, dass der direkt auf den Kommunen lastende finanzielle Druck sich verstärkt in Entscheidungen gegen die Interessen der Klienten wenden würde.

Dass dies eine Ernst zu nehmende Befürchtung war und leider bleibt, zeigen unsere Befragungsergebnisse: Im ersten Jahr geben 44 % der befragten Anbieter an, dass der finanzielle Druck der Kommunen zu Entscheidungen gegen die Interessen der Nutzerinnen und Nutzer führt, und weitere 44 % betonen, dass der finanzielle Druck der Kommunen eine immer größere Rolle spielt. Bei der zweiten Befragung sinken die Werte zwar auf 26 % bzw. verbleiben bei 44 %, sind aus unserer Sicht jedoch alarmierend hoch. Denn dies bedeutet im Umkehrschluss, dass auch nach Ablauf des zweiten Jahres nur von 30 % der Anbieter bestätigt wird, dass *der finanzielle Druck der Kommunen zu keinen Entscheidungen gegen die Nutzerinnen und Nutzer führt*. Dies gibt uns einerseits Anlass zu ernster Sorge, andererseits hat sich dieser Wert von 12 % im ersten Jahr auf 30 % im zweiten Jahr mehr als verdoppelt. Dies werten wir in Anbetracht der steigenden Verbreitung des standardisierten Hilfeplanverfahrens und der landesweiten Einführung von Hilfeplankonferenzen als Ergebnis einer verstärkten Nutzerbeteiligung und einer steigenden Transparenz des Verfahrens generell.

Gesamtschätzung auf die Frage: Wenn Sie in Ihrer Versorgungsregion seit 2002 die Auswirkungen des Gesetzes auf die Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen betrachten, wie bewerten Sie die Entwicklung insgesamt?

Grafik 1: Auswirkungen des „Gesetzes zur Neuordnung der Aufgaben nach dem BSHG ...“ vom 17. Dezember 2001 auf die Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der jeweiligen Versorgungsregion Mecklenburg-Vorpommerns aus Sicht der Anbieter



Wie Grafik 1 zeigt, schätzte noch Anfang 2003 die Hälfte der Anbieter (50 %) das Gesetz eher negativ ein. Lediglich 22 % bewerteten die Auswirkungen des Gesetzes für die Psychiatrie eher positiv. Ein Jahr später, also Anfang 2004, haben sich die Einschätzungen deutlich verschoben: Nunmehr bewerten 42 % der Anbieter die Einführung des Gesetzes eher positiv.

Trotz dieses sehr positiven Trends sollte die Zahl derjenigen mit einer negativen Bewertung in der Größenordnung von einem Drittel (33 %) nach wie vor nicht vernachlässigt werden.

3. Zwischenstand nach zwei Jahren Neuordnung

Sicherlich spiegeln sich in den nach wie vor bestehenden negativen Bewertungen des Gesetzes von etwa einem Drittel der Anbieter manche Schwierigkeiten wider, sich konzeptionell, persönlich und mit der eigenen Angebotsstruktur mit dem lebensweltorientierten und personenzentrierten Ansatz zu identifizieren. Der zunehmende Nachfragedruck der Sozialämter bezüglich der erforderlichen Quantität der Leistungserbringung – nicht selten aus reinen Sparzwängen motiviert, manchmal aber auch aus fachlichen Einsichten und Notwendigkeiten – wird als „lästig“, z.T. aber auch als „Existenz bedrohend“ erlebt. Die Auseinandersetzungen in der Hilfeplankonferenz über die Hilfepläne und die daraus abgeleiteten Maßnahmen im Einzelnen werden als nicht immer sachgerecht geschildert. Der finanzielle Druck der Kommunen scheint sich mehr als deutlich in Einzelfallentscheidungen und in einer nicht zu vernachlässigenden Größenordnung auch direkt gegen die Nutzerinnen und Nutzer zu wenden. Allerdings nimmt dieser negative Trend bereits im zweiten Jahr deutlich ab.

Die nach wie vor noch sehr – auch regional – unterschiedlichen Gesamtschätzungen durch die Anbieter werten wir als Indiz für einen sehr differenzierten Umsetzungsstand des Gesetzes in den einzelnen Gebietskörperschaften.

Insgesamt ist jedoch zu beobachten, dass allen Beteiligten immer deutlicher wird: Eine konsequente Umsetzung des lebensfeldorientierten und personenzentrierten Ansatzes, wie es das AG BSHG in Mecklenburg-Vorpommern vorsieht, erfordert tiefgreifende Umwälzungen auf allen Ebenen und für alle Beteiligten. Immer mehr Anbieter entdecken den personenzentrierten Ansatz als Zukunftschance und fachliche wie wirtschaftliche Perspektive für sich. Sie bewerten daher die Einführung der kommunalen Verantwortung positiv. Aus fachlicher Sicht stimmt es uns, bezogen auf die weitere Entwicklung der Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern, sehr optimistisch, dass die Zahl dieser innovativen Kräfte trotz bestehender Probleme in der Umsetzung deutlich zunimmt.

Wir haben die Bewertungen auch hinsichtlich der Gebietskörperschaften ausgewertet: Alle Gebietskörperschaften (mit einer Ausnahme), in denen die Anbieter die Auswirkungen des Gesetzes eher negativ bewerten, gehören nicht zu den Begleit- und Netzwerkregionen des Modellprojektes Kommu-

nale Psychiatrie. Dagegen gehören ausnahmslos alle diejenigen Gebietskörperschaften, aus denen eher positive Auswirkungen des Gesetzes beschrieben werden, zu den Begleit- und Netzwerkregionen. Die Strategie des Sozialministeriums, die kommunale Seite direkt bei der Übernahme der Verantwortung in der Eingliederungshilfe durch ein landesfinanziertes Projekt zu unterstützen, kann somit als „strategisch hervorragende Entscheidung“ gewertet werden und könnte als Beispiel auch in anderen Bundesländern Schule machen.

Nach zwei Jahren kommunaler Verantwortung – fachlich und finanziell – für die gesamte Eingliederungshilfe ist das Zwischenergebnis auch im bundesweiten Vergleich bereits jetzt aus unserer Sicht mehr als positiv zu bewerten:

- In fast allen Kommunen wird der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) bis Ende 2004 der Standard für das Hilfeplanverfahren nach § 46 BSHG sein, was auch vom Landkreistag und dem Städtetag als *Standard mit Empfehlungscharakter* unterstützt wird. Denn die kommunale Seite, insbesondere die Sozialämter, haben erkannt, dass ein standardisiertes und transparentes Hilfeplanverfahren ihnen erstmals Steuerungsmöglichkeiten gibt und ihre Position deutlich stärkt. Das Verfahren des IBRP ermöglicht erstmals, Ziele der Eingliederung mit Geldleistungen zu verbinden und die erbrachte Leistung nicht nur transparent, sondern auch kontrollierbar zu machen. Interessant ist auch, dass der Kommunale Sozialverband bei der Etablierung dieser neuen Standards überhaupt keine Rolle spielt, sondern diese Entwicklung direkt von den Gebietskörperschaften und hier vor allem von den Sozialämtern vorangetrieben wird.
- Alle Anbieter werden den IBRP als Standard im Rahmen einer Selbstverpflichtung ab 1. Januar 2005 umsetzen. Denn auch sie sind davon überzeugt, dass sie mit einem transparenten, vom individuellen Hilfebedarf der Nutzer ausgehenden Hilfeplanverfahren ihren Auftrag einer kundenorientierten psychosozialen Dienstleistung am besten erfüllen können.
- Der IBRP ist mittlerweile in 33 % der Gebietskörperschaften die Grundlage der Finanzierung von Eingliederungshilfeleistungen.
- In zwei Versorgungsregionen mit insgesamt vier Gebietskörperschaften ist vereinbart, eine personenzentrierte Finanzierung zu erproben unter der Voraussetzung einer für das Eingliederungshilfe-Budget – bezogen auf die Psychiatrie – kostenneutralen Umstellung der Finanzierung.

- Die Hilfeplankonferenzen gehören in mehr als drei Viertel der Gebietskörperschaften zum Standard.
- Aufgrund der Befragungsergebnisse scheint die Hoffnung gerechtfertigt, dass die Schaffung des transparenten und kontrollierbaren Hilfeplanverfahrens unter Einbeziehung der Nutzerinnen und Nutzer einer Entwicklung entgegensteuert, dass die finanziell enge Situation der Kostenträger vermehrt zu Entscheidungen gegen die Betroffenen führt.
- Die Akzeptanz der Neuordnung durch die Anbieter steigt merklich an.
- Die Begleitung durch das landesfinanzierte Projekt Kommunale Psychiatrie bringt insgesamt den Prozess voran und fördert seitens der Anbieter die positive Bewertung der Auswirkungen des Gesetzes deutlich.

Besonders positiv muss die Strategie des Landes Mecklenburg-Vorpommern hervorgehoben werden, zunächst in einem breiten Konsens von Land, Städte- und Gemeindetag, Landkreistag und Anbietern die Zusammenführung der Verantwortung der Sozialhilfeträger auf örtlicher Ebene per Gesetz vorzunehmen und anschließend nicht mit einer Überregulierung landesweite „Gleichmacherei“ zu betreiben, sondern stattdessen mit fachlichen Standards wie dem personenzentrierten Ansatz, dem Hilfeplanverfahren, den Hilfeplankonferenzen und einem Modellprojekt zur Unterstützung der Kommunen für neue Standards, die in praktischen kommunalen Erfahrungen „geerdet“ und regional differenziert ausgestaltet sind, zu werben. Wir glauben, dass perspektivisch sich auch landesweit aufgrund der gewonnenen Erfahrungen aller Beteiligten zukunftsorientierte Standards unter Beachtung einer weiteren Stärkung der Interessen der Nutzerinnen und Nutzer und der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen neu etablieren werden. Allerdings wird die Entwicklung und Formulierung sowie die Sicherung und Kontrolle von landeseinheitlichen Qualitätsstandards dann das Sozialministerium erneut in die Verpflichtung nehmen, mit allen Verfahrensbeteiligten diese Entwicklung auch von Landesseite weiterhin begleitend zu unterstützen.

Korrespondenz-Anschrift:

Prof. Dr. Ingmar Steinhart
 Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald
 Außenstelle Rostock
 Schiffbauerring 20
 18109 Rostock
 E-Mail: IngmarSteinhart@aol.com

Bitte besuchen Sie uns auch im Internet: **www.deutscher-verein.de**