

# Kommunale Verantwortung für personen- und lebensfeldbezogene Hilfen

In Mecklenburg-Vorpommern wurde die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe bei den Kommunen gebündelt, um dem Vorrang ambulanter Hilfen zum Durchbruch zu verhelfen

Von Ingmar Steinhart, Harald Freyberger, Kordula Kleinwort, Ines Ulrich

Recht früh hatte das Sozialministerium in Mecklenburg-Vorpommern erkannt, dass die psychiatrische Entwicklung im Lande nicht bei einer rein institutionellen Ausformung der Angebotsstrukturen stehen bleiben kann. Erste Analysen zeigten, dass trotz einer sehr differenzierten Angebotsstruktur mit nur wenigen größeren Einrichtungen und einem bundesweit einmaligen flächendeckenden Netz von Tagesstätten nach wie vor rund 70% aller Mittel der Eingliederungshilfe in stationäre Vollversorgungsstrukturen fließen. Darüber hinaus sind die Heimbereiche wenig durchlässig in ambulante Systeme: Viele Heimbewohner haben bis heute kaum Chancen, das Heim wieder zu verlassen, denn es fehlen ambulante Strukturen wie Hilfen zur Selbstversorgung, Orte der Begegnung, niedrigschwellige Zuverdienstangebote. Desweiteren existiert ein wesentlicher weiterer Strukturangel: Es fehlen integrierte Angebote von BSHG-Leistungen und Behandlungs-Leistungen nach SGB V, die auch für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen den Zugang zu Behandlung und Psychotherapie jenseits von Krankenhausaufenthalten in Kombination mit BSHG-Leistungen ermöglichen.

## Modellprojekt Sozialpsychiatrie

In einem vierjährigen ersten Modellprojekt »Sozialpsychiatrie« wurden von 1998 bis 2001 im Auftrag des Sozialministeriums inhaltliche Konzepte und Empfehlungen entwickelt, wie die außerklinische Versorgung für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen organisiert werden kann. Diese umfassen im Wesentlichen vier Schwerpunkte mit praktischen Vorschlägen der Umsetzung:

- Minimalstandard der Versorgungsstruktur auch in ländlichen Regionen,
- einheitliches und transparentes Hilfeplanverfahren,

- personenzentriertes Finanzierungskonzept,
- kommunale Verantwortung.

## Minimalstandard der Versorgungsstruktur

Als konzeptionelle Leitlinie und Organisationshilfe für die Strukturierung der psychiatrischen Angebote in ländlichen Regionen wurde das »Basis-Struktur-Modell« (s. Abb. unten) entwickelt, das drei Ebenen unterscheidet:

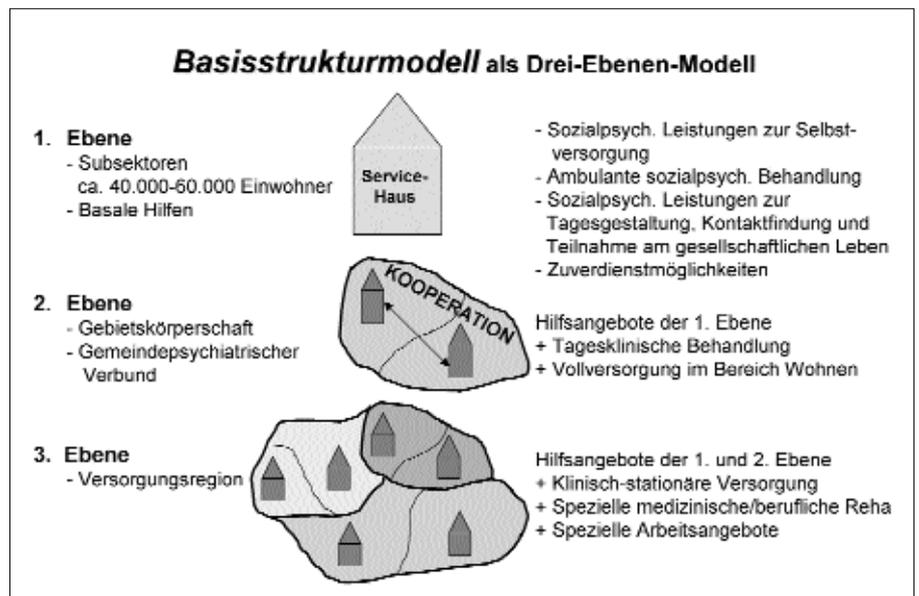
- den Sektor mit 40000 bis 60000 Einwohnern als Bereich der Grundversorgung,
  - die Gebietskörperschaft mit ca. 120000 Einwohnern als Bereich der Pflichtversorgung im Bereich Wohnen,
  - die Krankenhausversorgungsregion mit bis zu 300000 Einwohnern als Bereich der umfassenden Pflichtversorgung.
- Kristallisationspunkte dieses Konzeptes vor Ort sind die so genannten »Service-Häuser« mit ihrem integrierten Hilfen aus den Bereichen Behandlung (SGBV) und Eingliederungshilfe (BSHG), die unter einem Dach dezentral erbracht werden. Insbesondere ambulante (Institutsambulanz) und teilstationäre (Tageskli-

nik) Behandlungsangebote können mit dieser Konzeption unter der Beachtung von Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit ebenso in ländliche Regionen gebracht werden wie Leistungen zur Selbstversorgung, sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie Zuverdienstmöglichkeiten. Mittlerweile hat das erste Service-Haus auf der Insel Rügen im Jahre 2003 seine Arbeit aufgenommen (s. PSU 2/2004). Hier bieten drei Träger Tagesklinik, Institutsambulanz, Tagesstätte und Begegnungsstätte in einem gemeinsamen Haus an. Weitere Service-Häuser sind in Vorbereitung.

## Hilfeplanverfahren

Der Aufbau eines transparenten Hilfeplan-Verfahrens entsprechend § 46 BSHG wurde zunächst in zwei Regionen erprobt. Das Verfahren basiert auf dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und einem auf die Leistungen der Eingliederungshilfe bezogenen Maßnahmenplan inklusive einer differenzierten Leistungsbeschreibung.

Aufgrund der positiven Erfahrungen aller Beteiligten wurde dieses Verfahren als Zukunftsvision in der Rahmenvereinbarung nach § 93 ff BSHG für Leistungen des überörtlichen Sozialhilfeträgers festgeschrieben. Mittlerweile haben in allen Gebietskörperschaften IBRP-Schulungen nach einem vom Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern entwickelten Konzept stattgefunden. Dabei werden in zwei vollen und zeitversetzt je zwei halben Schultagen nicht nur die technische Anwendung der entsprechenden Bögen trainiert, sondern auch



Neugier und Verständnis für den personenzentrierten Ansatz geweckt. TeilnehmerInnen an diesen Schulungen waren Mitarbeiter der Gesundheits- und Sozialämter, der psychiatrischen Kliniken und der Anbieter aus der freien Wohlfahrtspflege. Das Sozialministerium, der Landkreistag und der Städtetag arbeiten zurzeit ebenso wie die Anbieterseite daran, den IBRP als Standard der Hilfeplanung zu etablieren und festzuschreiben.

Zu diesem in den Regionen schriftlich fixierten Standard gehört auch die Durchführung von Hilfeplan-Konferenzen und die stärke Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener am gesamten Verfahren. Langfristiges Ziel ist, Psychiatrie-Erfahrene auf »gleicher Augenhöhe« bei der Verhandlung um die notwendigen Unterstützungsleistungen der Eingliederungshilfe einzubeziehen und vorhandene Dominanzen der Anbieter oder des Kostenträgers zurückzudrängen.

#### Personenzentrierte Finanzierung

Aus fachlicher Sicht lautete die konzeptionelle Forderung: Einführung eines Finanzierungssystems für alle Hilfen der Eingliederungshilfe, das die Person in den Vordergrund stellt und nicht die Institution. Bislang wurden zu viele Entscheidungen von der Kostenzuständigkeit abhängig gemacht. Die Kommunen bauten mangels eigener finanzieller Ressourcen keine ambulanten oder niedrigschwelligen Strukturen auf, sondern verwiesen die Hilfebedürftigen lieber an (teil-) stationäre Angebote und damit in die Verantwortung des überörtlichen Kostenträgers. Insbesondere die schwierigen bzw. für das Hilfesystem problematischen Menschen, die so genannten »Systemsprenger«, hatten ein erhöhtes »Risiko« in andere Gebietskörperschaften oder sogar in andere Bundesländer »exportiert« zu werden, zumal die überörtliche stationäre Unterbringung im Allgemeinen mit unbefristeten Kostenzusagen versehen waren und so die Kommunen dauerhaft zu entlasten versprochen. Die Kosten der Eingliederungshilfe wurden so nicht nur vom örtlichen zum überörtlichen Kostenträger verschoben, sie stiegen durch diese Praxis auch enorm an.

Um die Interessen der Hilfeempfänger und ihren tatsächlich vorhandenen Hilfebedarf wieder in den Vordergrund zu stel-

len, war nach Meinung aller Experten notwendig, sowohl die örtliche wie die überörtliche Eingliederungshilfe bei einem Kostenträger anzusiedeln.

#### Kommunale Verantwortung

Die Sicherstellung der umfassenden, lebensfeldorientierten Versorgung vor Ort erfordert aus unserer Sicht die Übernahme kommunaler Verantwortung für die Ausgestaltung der Hilfen. Dafür muss sie je-



doch auch über die geeigneten Ressourcen verfügen. Der Expertenvorschlag konnte daher nur lauten: die kommunale Verantwortung durch die Übertragung der Aufgaben des überörtlichen Sozialhilfeträgers auf die Kommune zu stärken und Anreize zu schaffen für eine Umfinanzierung von heimzentrierten Angeboten hin zu personenzentrierten und lebensfeldorientierten Hilfeformen auf Basis ambulanter Unterstützungsstrukturen. Dies wurde durch das »Gesetz zur Neuordnung der Aufgaben nach dem BSHG und anderen Sozialvorschriften« am 17.12.2001 durch den Landtag Mecklenburg-Vorpommern beschlossen. Mecklenburg-Vorpommern war damit das erste Flächenland in der Bundesrepublik, das sich für ein »Herunterzonen« der Eingliederungshilfe (Übertragung der Aufgaben nach § 100 BSHG einschließlich der Kosten-erstattung nach §§ 100 Abs. 3, 104, 107 BSHG auf den örtlichen Sozialhilfeträger) ent-

schied und zusätzlich die Finanzierung von BSHG-Leistungen an inhaltliche Leitlinien gebunden hat. Das Ausführungsgesetz zum BSHG in Mecklenburg-Vorpommern ist bisher das Einzige, das die Finanzierung mit Personenzentrierung sowie Lebensfeldorientierung koppelt und den Sozialhilfeträger verpflichtet, unter Beachtung des Vorrangs ambulanter Hilfen (§ 3a BSHG) eine personenzentrierte und lebensfeldorientierte Leistungserbringung zu ermöglichen.

Dem Weg von Mecklenburg-Vorpommern wird häufig als wesentliches Argument entgegengehalten, dass die Kommunen nicht in der Lage wären, eine gleichmäßige Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in allen Regionen eines Landes zu gewährleisten. Dieses Problem besteht aber auch in den Bundesländern, die die Eingliederungshilfe beim überörtlichen Träger zusammengeführt haben (z.B. Bayern und Nordrhein-Westfalen). Beide Modelle sind auf Unterstützung bei der Ausgestaltung der Angebotsstrukturen angewiesen. Das Sozialministerium in Mecklenburg-Vorpommern entschloss sich, die Kommunen bei der Übernahme der Versorgungsverantwortung durch ein weiteres Modellprojekt zu unterstützen.

Dieses Projekt »Kommunale Psychiatrie« begleitet fünf Regionen (zwei kreisfreie Städte und drei Landkreise) intensiv bei der Neustrukturierung der Hilfen und deren Finanzierung, weitere fünf Gebietskörperschaften sind in ein Netzwerk zur gegenseitigen Information über die gewonnenen Erfahrungen eingebunden.

Natürlich unterstützt das Sozialministerium die Kommunen nicht ganz uneigennützig: mit der Etablierung geeigneter personenzentrierter Steuerungsmodelle und dem Aufbau primär ambulanter Strukturen können nicht nur inhaltliche Fortschritte erreicht werden, sondern vor allem dem weiteren rasanten Ansteigen der Eingliederungshilfekosten entgegengewirkt werden.

#### Sozialämter als Impulsgeber

Als wesentliches Ergebnis ist zu nennen, dass die Kommunen ein hohes Interesse an Steuerungsmöglichkeiten zur Beeinflussung der Höhe der Ausgaben für die Eingliederungshilfe zeigen, wenn sie wie jetzt das Geld für die gesamte Einglie-

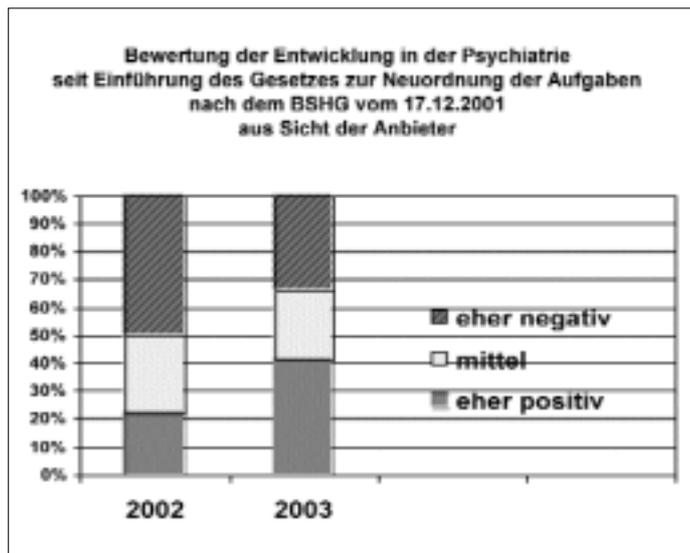
rungshilfe in ihren Haushalten haben und Kostenüberschreitungen mit finanziellen Nachteilen »bestraft« werden. So gehen wesentliche Impulse für die Einführung des IBRP, der Flexibilisierung von institutionellen Angeboten oder der Stärkung von ambulanten Strukturen von Sozialämtern aus. Allen Beteiligten ist klar, dass eine Ausweitung stationäre Angebote viel teurer wäre. Zunehmend fordern die Sozialämter von den Anbietern intelligente Angebotsstrukturen, die einen flexiblen Einsatz verfügbarer Ressourcen – orientiert am individuellen Hilfebedarf – erlauben. Beispielsweise waren Sozialämter bereit, zur Abfederung von niedrigschwelligem Betreuungsaufwand eine Begegnungsstätte als Pflichtleistung in den regionalen Katalog der Angebote für psychisch Kranke aufzunehmen. Im Gegenzug wurde der Betreuungsschlüssel in anderen Hilfeformen abgesenkt, so dass die hier gefundenen regionale Lösung sich jetzt deutlicher an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert und möglicherweise mehr Personen zugute kommt, aber sich im Haushalt fast kostenneutral darstellt. Das übliche Klischee vom »freien Anbieter« und »starrer Amt« beginnt sich zu verändern. Während manche Anbieter sich noch relativ starr am institutionellen Angebot für den Klienten »klammern« und den Klienten manchmal auch nicht »loslassen« wollen, profilieren sich manche HilfeplanerInnen der Sozialämter durch kreative Ideen, insbesondere für nichtpsychiatrische Hilfen im Lebensfeld (u.a. Arbeitsgelegenheiten, hauswirtschaftliche Hilfen). Solche Ideen können nur entstehen, wenn die Verantwortung – fachlich wie finanziell – für die Hilfen tatsächlich vor Ort liegt und mit Kenntnissen aus der Region direkt gekoppelt ist.

**Einschätzung der Anbieter ist noch gespalten**

Zur Einschätzung der 2002 in Kraft getretenen Neuregelungen mit der Bündelung der Zuständigkeit bei den Kommunen hat der Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V. – der sozialpsychiatrische Fachverband der Anbieter psychiatrischer Hilfen, insbesondere der Eingliederungshilfe – das Institut für Sozialpsychiatrie mit einer Befragung all seiner Mitglieder beauftragt.

Die Befragung wurde Anfang 2003 durchgeführt und Anfang 2004 wiederholt.

Während sich an der ersten Umfrage, ein Jahr nach Inkrafttreten der Neuregelung, 18 von 32 Anbietern (Rücklaufquote: 56%) beteiligten, beantworteten im Januar 2004 insgesamt 28 Anbieter (Rücklaufquote: 88%) aus allen 18 Gebietskörperschaften den Kurzfragebogen.



Damit können die Ergebnisse der Erhebung von 2004 als repräsentativ für die Anbieterseite und alle Gebietskörperschaften des Landes Mecklenburg-Vorpommern angesehen werden.

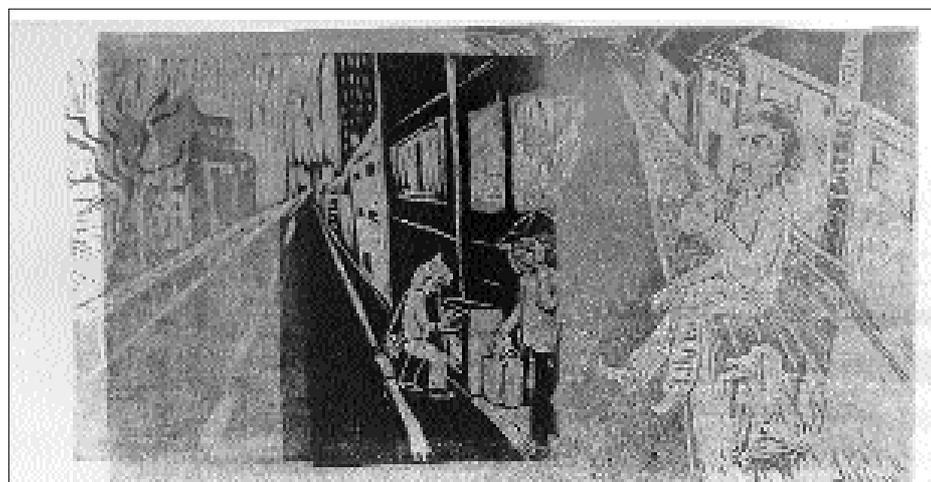
Wie die obige Grafik zeigt, schätzten Anfang 2003 die Hälfte der Anbieter (50%) das Gesetz eher negativ ein. Lediglich 22% bewerteten die Auswirkungen des Gesetzes für die Psychiatrie eher positiv. Jahr später, also Anfang 2004, haben sich die Einschätzungen deutlich verschoben: nunmehr bewerten 42%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

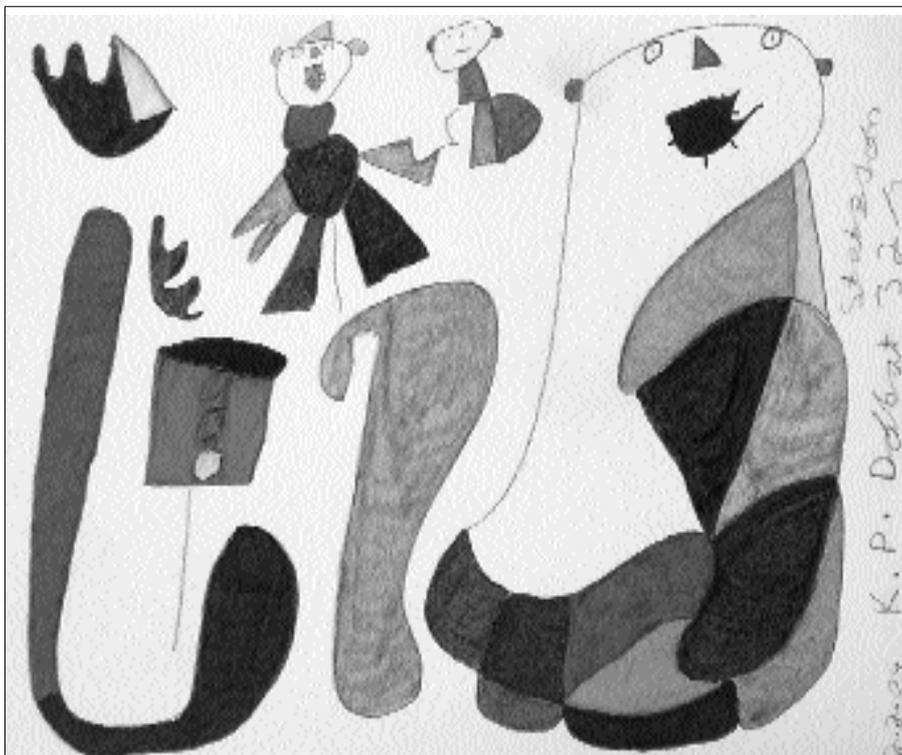
Sicherlich spiegeln sich in den beste-

henden negativen Bewertungen manche Schwierigkeiten der Anbieter wider, sich konzeptionell und persönlich 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«, zum Teil aber auch als »Existenz bedrohend« erlebt. Die Auseinandersetzungen in der Hilfeplan-konferenz über die Hilfepläne und die daraus abgeleiteten Maßnahmen im Einzelnen werden als nicht immer sachgerecht geschildert. In den Fragebögen gibt es zwar Indizien, dass sich der finanzielle Druck der Kommunen z. T. in Entscheidungen gegen die Interessen der Hilfesuchenden niederschlägt, aber es gibt positive Anhaltspunkte, dass dieser Trend eher abnimmt als zu-

nimmt. Seit der Einführung des Gesetzes hat sich die Angebotsdichte kaum verändert, was das Viertel der eher indifferenten Einschätzungen erklären könnte. Die sehr unterschiedlichen Einschätzungen insgesamt werten wir auch als Indiz für einen sehr differenzierten Umsetzungsstand des Gesetzes in den einzelnen Regionen. Allen Beteiligten wird jedoch immer deutlicher: Eine konsequente Umsetzung des lebensfeldorientierten und personenzentrierten Ansatzes erfordert tief greifende Umwälzungen auf allen Ebenen und bei allen Beteiligten. Die Umsetzung dieses Konzeptes ist eben mehr als das Ausfüllen neuer Dokumentationsbögen wie dem IBRP. Immer mehr Anbieter entdecken den personenzentrierten Ansatz für sich als fachliche wie wirtschaftliche Zu-





kunftsperspektive und bewerten die Neuordnung positiv. So 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 Befragung 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 Projektes »Kommunale 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

#### Nächste Schritte

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

In fast allen Kommunen wird der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitati-

onsplan (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. Dies entspricht auch dem zukunftsgerichteten Teil der bestehenden Rahmenvereinbarung (überörtlicher Träger) nach § 93 ff BSHG. Immerhin ist der IBRP schon heute in 33% der Gebietskörperschaften die Grundlage der Finanzierung von Eingliederungshilfeleistungen.

Die nächsten konkreten Schritte werden sein:

■ **Flächendeckende Einführung des IBRP und der Hilfeplankonferenz sowie Etablierung eines landesweiten Qualitätsstandards mit standardisiertem, aber regional variiertem Ablaufschema für die Durchführung des Hilfeplanverfahrens von Antragstellung bis Maßnahmebewilligung.**

■ **Integration der psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen in das Verfahren der Gesamtplanung nach § 46 BSHG. Konkret bedeutet dies als langfristiges Ziel: Jeder so genannte »chronisch psychisch Kranke« geht mit seinem von ihm verhandelten IBRP in die Klinik bzw. verlässt die Klinik mit einem entsprechenden Maßnahmevorschlag anhand eines IBRP.**

■ **Mittelfristig gewünscht: Einführung einer standardisierten und möglichst landeseinheitlichen PC-gestützten Dokumentation von Hilfeplanung und Verlauf.**

■ **Erweiterter Einsatz des IBRP auch in den**

Psychiatrischen Pflegewohnheimen für SGB XI Leistungen. Der »Pfleger-IBRP« wird in der entsprechend erweiterten Form vom MDK mittlerweile als Pflegeplanungsinstrument anerkannt, so dass hier eine Doppelplanung für Pflege und Eingliederungshilfe vermieden wird, sondern stattdessen integriert erfolgt.

■ **Landesweite Einbeziehung chronisch Suchtkranker in das Verfahren, wie es in einigen Regionen bereits mit großem Erfolg praktiziert wird.**

■ **Umgestaltung der Angebotslandschaft hin zu flexiblen Dienstleistungsstrukturen, die kreative Hilfeplanungskonferenzergebnisse tatsächlich in kreative Unterstützungsangebote umsetzen. Orientierungshilfe bietet hier das Basisstruktur-Modell.**

■ **Ausdehnung des Service-Haus-Gedankens auf weitere ländliche Regionen.**

■ **Umstellung auf eine personenzentrierte Finanzierung von BSHG-Leistungen, zunächst in wenigen ausgewählten Regionen. Die geplante Finanzierungsform mit ihren personenbezogenen Maßnahmebudgets wird eine tatsächlich individuelle Leistungserbringung auf Basis von Komplexleistungen, vereinfachte Abrechnungsverfahren und ein Controlling des Maßnahmeverlaufes und der Zielerreichung ermöglichen.**

■ **Um diese integrierten Leistungen tatsächlich personenzentriert in Form einer Komplexleistung erbringen zu können und um langfristig ein regionales Psychiatrie-Budget sinnvoll ausgestalten zu können, sollen mittelfristig regionale Leistungserbringer-Verbundsysteme als freiwillige Zusammenschlüsse entstehen.**

Besonders positiv ist anzumerken, dass alle aufgelisteten Punkte keine Zukunftswünsche oder Phantasien einiger sozialpsychiatrischer Schwärmer sind, sondern dass an diesen Punkten im Land Mecklenburg-Vorpommern konkret hart gearbeitet und »gestritten« wird – allerdings mit regionalen Schwerpunkten und verschiedenen Geschwindigkeiten in der Diskussion und Umsetzung. ■■■

Die Autoren Steinhart und Kleinwort arbeiten für den Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V. am Modellprojekt Kommunale Psychiatrie mit, die Autoren Freyberger und Ulrich sind an Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald tätig.

#### Korrespondenz-Anschrift:

Prof. Dr. Ingmar Steinhart  
Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine  
Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
Modellprojekt Kommunale Psychiatrie  
Schiffbauerring 20, 18109 Rostock  
E-Mail: IngmarSteinhart@aol.com