Aktion Psychisch Kranke e.V.

Abschlussbericht

zum Projekt:

„Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen“

1.3.2008 – 28.2.2009

Prof. Dr. Heinrich Kunze (Projektleiter)
Ulrich Krüger
Katharina Lorenz
Jörg Holke

Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung 4

1. Einleitung 5

2. Allgemeine Analyse der Entwicklung 6

2.1 Entwicklungen seit der Hochzonung 6

2.2 Analyse der bisherigen Entwicklungen und des aktuellen Standes 6

2.2.1 Stärkung der Nutzerinnen und Nutzer von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 6

2.2.2 Stärkung der ambulanten Eingliederungshilfe durch Entdeckelung des Ambulant Betreuten Wohnens (ABW) 7

2.2.3 Flexibilisierung der Hilfeleistungen entsprechend der individuellen Bedarfe 7

2.2.4 Intensivierung und Optimierung der Kooperationsbeziehungen zwischen Leistungserbringern von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und dem Landschaftsverband Rheinland sowie der Leistungserbringer untereinander 8

3. Handlungsempfehlungen 8

3.1 Optimierung der Hilfeleistungen 9

3.1.1 Sicherstellung der Eingliederungshilfe aus einer Hand 9

3.1.2 Entwicklung von ambulanten und stationären Hilfen im Wohnbereich 10

3.1.3 Hilfe zu Arbeit und Beschäftigung 11

3.2 Optimierung der Hilfeplanung 13

3.2.1 Einbeziehung der Leistungsberechtigten 13

3.2.2 Integrierte Hilfeplanung 14

3.2.3 Leistungsbereichs-übergreifende Abstimmung in den Hilfeplankonferenzen 16

3.2.4 Zeitmanagement in den Hilfeplankonferenzen 17

3.3 Ressourcenverschiebung zu ambulanten Leistungen und Schaffung eines durchlässigeren Hilfesystems im Bereich der Eingliederungshilfe durch zeitbezogene Finanzierung von Hilfen zur Teilhabe in allen Bereichen, also auch Wohnheim, Tagesstruktur, Arbeit und Beschäftigung 18

3.4 Stärkere Vernetzung psychiatrischer Dienstleistungen mit Selbsthilfe, Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerhilfe und anderen nicht-psychiatrischen professionellen Dienstleistungen 19

3.5 Optimierung der Kooperationsbeziehungen der Leistungsanbieter 20

3.6 Sicherstellung niedrigschwelligen Zugangs - zur Notwendigkeit von Teilhabeleistungen neben antragsgestützten Einzelleistungen 20

3.7 Verstärkte Einbeziehung ambulanter psychiatrischer Behandlung und Rehabilitation 21

3.8 Mehr Transparenz von Versorgungsprozessen durch Monitoring als Orientierung für gezielteres Steuern 21

4. Projektauftrag und Vorgehensweise 22

4.1 Ziel des Projekts 22

4.2 Vorgehen 23

5. Analyse spezieller Leistungsbereiche 24

5.1 Regional versorgende psychiatrische Kliniken 24

5.1.1 Erfahrungen mit der Hochzonung aus Sicht von Klinikleitern 24

5.1.2 Verstärkte Inanspruchnahme von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 28

5.1.3 Verkürzte Behandlung in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie 30

5.2 Sozialpsychiatrisches Zentrum (SPZ) 31

5.3 Hilfen für suchtkranke Menschen 33

5.4 Wohnheime 37

5.5 Hilfeplanverfahren 40
5.5.1 Die flächendeckende Einführung eines einheitlichen Hilfeplanverfahrens (IHP) 40
5.5.2 Die flächendeckende Einführung eines kooperativen Bedarfsfeststellungsverfahrens (Hilfeplankonferenzen) 43
5.5.3 Controlling – Daten gestützte Steuerungsprozesse 45

6. Anhang 47
Anlage I 47
Anlage II 48
Anlage III 50
Anlage IV 51
Anlage V 54
Anhang VI 56
Anlage VII 58
Anlage VIII 62
Anlage IX 63
Anlage X 64
Anlage XI 65
Anlage XII 66
Anlage XIII 67
Anlage XIV 78

Zusammenfassung

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) hat die Aktion Psychisch Kranke (APK) beauftragt, die Entwicklung seit der Zuständigkeitszusammenführung für die ambulanten und stationären Wohnhilfen bei den Landschaftsverbänden („Hochzonung") im Jahre 2003 für den Bereich der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Behinderung zu analysieren und Empfehlungen für die Zukunft vorzulegen. Die APK legt einen **Kurzbericht** vor, dessen Kern zentrale Handlungsempfehlungen sind, sowie einen **ausführlichen Bericht** mit Analysen und Empfehlungen im Einzelnen. Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LVR sowie den Gesprächspartnern vor Ort für die sehr gute Kooperation. Mit den Handlungsempfehlungen soll der 2003 im Rheinland begonnene erfolgreiche Veränderungsprozess zur effizienteren Realisierung von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unterstützt und verstärkt werden.

Der LVR hat insbesondere die Steuerung der Hilfen zur Teilhabe im Rheinland systematisch verbessert, was dezentral auf kommunaler Ebene wesentlich schwieriger gewesen wäre und zu unterschiedlichen Entwicklungen geführt hätte. Die Hilfen zur Teilhabe berücksichtigen inzwischen viel stärker die individuellen Bedürfnisse der behinderten Menschen und ermöglichen ihnen größere persönliche Gestaltung ihres Alltags. In NRW und in anderen Bundesländern nimmt die Zahl der Personen mit Bedarf an Hilfen zur Teilhabe zu, aber der allgemeine Trend einer Zunahme der stationären Hilfen zum Wohnen konnte im Rheinland umgekehrt werden. Dadurch wurden auch die durchschnittlichen Fallkosten gesenkt. Die „Entdeckelung" der ambulanten Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft entsprach fachlichen und sozialrechtlichen Erfordernissen. Sie ist als großer Fortschritt zu werten.

Viel ist erreicht worden, doch es besteht weiterer Handlungsbedarf:

- Optimierung der Hilfeplanung und der Hilfeleistungen zu **integrierter** Hilfeplanung (Gesamtplan unter Einschluss **aller** Leistungsbereiche: Eingliederungshilfe, Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, medizinische Behandlung und Rehabilitation, Pflege und sonstige Hilfen) und übergreifend **koordinierter** Hilfeleistung

- Ressourcenverschiebung hin zu ambulanten Leistungen und Schaffung eines durchlässigeren Systems im Bereich der Eingliederungshilfe durch zeitbezogene Finanzierung von Hilfen zur Teilhabe in allen Bereichen, also auch Wohnheim, Tagesstruktur, Arbeit und Beschäftigung

- Stärkere Vernetzung psychiatrischer Dienstleistungen mit Selbsthilfe, Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerhilfe und anderen nicht professionellen Dienstleistungen

- Optimierung der Kooperationsbeziehungen der Leistungsanbieter durch Initiierung gemeindepsychiatrischer Verbünde und seitens der Kliniken stärkere Berücksichtigung der Erfordernisse der Leistungsanbieter zur zielgruppenbezogenen Kooperation

- Sicherstellung des niedrigschwelligen Zugangs auch zu Teilhabeleistungen neben den antragsgestützten Einzelleistungen

- Verstärkte Einbeziehung von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nach dem SGB V sowie der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

- Mehr Transparenz von Versorgungsprozessen durch Monitoring als Orientierung für verbessertes Steuern

An diesen Themen arbeiten der Landschaftsverband und die Akteure vor Ort bereits erfolgreich. Mit den vorliegenden Handlungsempfehlungen soll dieser Prozess unterstützt werden.

Ein wichtiges strukturelles Hindernis auf dem Weg zur weiteren Verbesserung der Hilfen zur Teilhabe ist die bisherige Beschränkung der „Hochzonung" auf Hilfen zur Teilhabe im Wohnbereich („Hilfen zum selbständigen Wohnen") mit der Folge, dass andere wichtige Bereiche der Eingliederungshilfe, insbesondere ambulante Hilfen zur Tagesgestaltung und ambulante Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung für voll erwerbsgeminderte Personen, in der Zuständigkeit der örtlichen Ebene verblieben sind. Dies hat Nachteile, weil so Synergieeffekte zum Nutzen der Betroffenen und zur verbesserten Steuerung der Kostenentwicklung nur schwer zu realisieren sind. Bei seelisch behinderten Menschen gilt in der Regel: ohne gesicherte Wohnverhältnisse gelingt Arbeit nicht - ohne geeignete Arbeit gelingt das selbstständige Wohnen nicht. Der Bedarf für wohnbezogene Hilfen sinkt erfahrungsgemäß erheblich bei Personen, die in – für sie als sinnvoll erlebte – Arbeit und Beschäftigung integriert werden können. Der Koppelung von wohnbezogenen und arbeitsbezogenen Hilfen kommt deshalb höchste Bedeutung zu.

1. Einleitung

Der Landschaftsverband Rheinland hat durch das Landesausführungsgesetz zum SGB XII (AG-SGB XII NRW) und die Ausführungsverordnung zum SGB XII vom 1.7.2003 die sachliche Zuständigkeit für sämtliche Hilfen zum selbständigen Wohnen von Menschen mit Behinderung erhalten. Damit wurde auch die zuvor bei den Kommunen angesiedelte Zuständigkeit für das Ambulant Betreute Wohnen dem Landschaftsverband Rheinland übertragen.

Der Landschaftsverband Rheinland hat die zusammengeführte Zuständigkeit für weit reichende Entscheidungen zur Steuerung der Eingliederungshilfe genutzt (siehe Kapitel 2.2).

Die zusammengefasste Zuständigkeit („Hochzonung") war in der Verordnung befristet worden. Vor Ablauf dieser Regelung wollte der Landschaftsverband Rheinland die Wirkungen seiner Entscheidungen auf die Entwicklung der Eingliederungshilfe im Rheinland untersuchen und klären, welche Schritte zur weiteren Entwicklung der Eingliederungshilfe sinnvoll bzw. erforderlich sind. Vor diesem Hintergrund erfolgte ein Projektauftrag an die Aktion Psychisch Kranke, der sich auf psychisch (inklusive sucht-) kranke Menschen bezieht, nicht auf Menschen mit Behinderungen insgesamt.

Kern dieses Projektauftrags ist die Erstellung von Handlungsempfehlungen.

Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LVR für die vielen Informationen, die ausführlichen Gespräche und die konstruktive Zusammenarbeit. Ebenso danken wir den Akteuren vor Ort, die uns in ihre Arbeit, ihre Möglichkeiten und Grenzen, eingeführt haben.
Zu den Handlungsempfehlungen wollen wir vorab hervorheben, dass die beiden Ebenen je für sich und miteinander schon an diesen Themen arbeiten und in Bezug auf die grundsätzlichen Ziele zwischen den beiden Ebenen sowie der APK ein hohes Maß an Übereinstimmung sichtbar geworden ist. Deshalb hoffen wir, dass unsere Handlungsempfehlungen den 2003 begonnenen komplexen Veränderungsprozess im Rheinland zur effizienteren Realisierung von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unterstützen und verstärken. Unser Verständnis von Effizienz berücksichtigt die Wirksamkeit der Teilhabe unterstützenden Leistungen zu möglichst niedrigen Kosten sowie die Arbeits-Zufriedenheit der Leistungserbringer.

Nach dem gemeinsamen Grundverständnis geht es nicht um den Alleinvertretungsanspruch der einen gegen die andere Ebene, sondern um das Wohl der hilfebedürftigen Menschen und dabei um die Frage: Was kann die eine und was die andere Ebene in Kooperation dazu beitragen?

2. Allgemeine Analyse der Entwicklung

2.1 Entwicklungen seit der Hochzonung

Durch Beschlüsse der politischen Gremien des Landschaftsverbandes Rheinland sind neue Formen der Steuerung mit weit reichenden Auswirkungen auf die Angebotsstruktur eingeführt worden.

Zu nennen sind vor allem:

- Individuelle Hilfeplanung,
- Hilfeplankonferenzen,
- Fachleistungsstundensystem,
- neue Vertragsgrundlagen gemäß § 75 SGB XII,
- Ausweitung der Anbieterlandschaft,
- Wohnverbünde,
- Rahmenzielvereinbarung zum Abbau von Heimplätzen,
- neue Struktur- und Ablauforganisation im Aufgabenbereich des LVR als überörtlichem Träger der Sozialhilfe

Gleichzeitig haben sich die Rahmenbedingungen für die Eingliederungshilfe verändert:

- Psychische Erkrankungen werden häufiger diagnostiziert (GKV, RV),
- Fallzahlen im Bereich der Eingliederungshilfe steigen bundesweit (im Rheinland nur bei ambulanten Hilfen),
- Angebotsänderungen im Bereich psychiatrischer Behandlung (Verweildauerverkürzung in psychiatrischen Kliniken),
- Neue sozialrechtliche Ansprüche im SGB V (Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege, integrierte Versorgung – alles kaum umgesetzt),
- SGB II - erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger werden zu Arbeitssuchenden mit neuen Möglichkeiten auf Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Änderung des Betreuungsrechts (begrenzte Zeitkontingente für gesetzliche Betreuer),
- ICF als internationale Übereinkunft zur Beschreibung von Rehabilitationsbedarfen

Von der Aktion Psychisch Kranke sind seit der Hochzonung weitere Erfahrungen bei der Implementation personenzentrierter Hilfesysteme gewonnen und konzeptionelle Fortentwicklungen vorgenommen worden. Insbesondere sind untersucht worden:

- die Hilfe für psychisch beeinträchtigte Menschen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung
- Hilfen für psychisch kranke alte Menschen
- Anforderungen an regionale Steuerung / regionale Verbundsysteme

2.2 Analyse der bisherigen Entwicklungen und des aktuellen Standes

Auf Initiative und unter Federführung des Landschaftsverbands sind im Rheinland seit der Hochzonung bei der Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischer Behinderung erhebliche Fortschritte erzielt worden, deren flächendeckende Erreichung in gleichem Zeitraum unter der Bedingung dezentraler Steuerung auf kommunaler Ebene wesentlich schwieriger gewesen wären und zu unterschiedlichen Entwicklungen geführt hätte.
Insbesondere sind zu erwähnen:

2.2.1 Stärkung der Nutzerinnen und Nutzer von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Die Abkehr vom traditionellen System mehr oder weniger ‚verordneter' fürsorglicher Hilfeleistungen für psychisch behinderte Menschen ist unumkehrbar eingeleitet. Dieser wichtigste Reformbedarf wurde vor allem durch die Einführung neuer Steuerungsformen (individuelle Hilfeplanung und individuelle Bedarfsermittlung) erreicht. In diesem Zusammenhang sind vor allem folgende Aspekte zu erwähnen:

- Obligatorische Einbeziehung der psychisch beeinträchtigten Menschen bei der Hilfeplanung statt gutachterlicher Bewertung beim Erstzugang zu Hilfen bzw. professioneller ‚Verlaufsberichte' bei Maßnahme-Verlängerungsanträgen.

- Erkennbare Öffnung in Richtung individueller Hilfelösungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls und der persönlichen Wünsche des Hilfenehmers.

- Deutliche Verkürzung der Zugangszeiten zu erforderlichen Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. In der Regel erfolgt die Kostenbewilligung in der ersten Hilfeplankonferenz

Entwicklung Leistungsempfänger im Bereich ambulanter wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung in den Projektregionen[1]

	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007
Mettmann	212	256	375	431
prozentuale Steigerung		*21 %*	*47 %*	*15 %*
Mönchengladbach	102	195	334	409
prozentuale Steigerung		*91 %*	*71 %*	*23 %*
Heinsberg	119	196	362	459
prozentuale Steigerung		*65 %*	*85 %*	*27 %*
Wuppertal	205	273	369	482
prozentuale Steigerung		*33 %*	*35 %*	*31 %*

nach der Bedarfsfeststellung. Wartelisten gehören weitgehend der Vergangenheit an.

- Größere Entscheidungsfreiheit bei der Auswahl des Leistungsangebots und des Leistungserbringers.

2.2.2 Stärkung der ambulanten Eingliederungshilfe durch Entdeckelung des Ambulant Betreuten Wohnens (ABW)

Vor der Hochzonung bestand im Bereich Ambulant Betreutes Wohnen ein doppelter Deckel:

1. Begrenzung der Platzzahlen
2. Begrenzung der Hilfeintensität auf vorgegebene Personalschlüsselzahlen (in der Regel 1:12, teilweise 1:6)

Die Platzzahlbegrenzung führt vielerorts zu Wartezeiten trotz festgestellten Hilfebedarfs. Da neben der freiwilligen Leistung ‚Ambulant Betreutes Wohnen' ambulante Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft kaum vorkamen, widersprachen die Verhältnisse eindeutig den sozialrechtlichen Individualansprüchen auf zeitnahe bedarfsgerechte Hilfe zur Teilhabe. Das stellte psychisch kranke Menschen, ihre Angehörigen und das soziale Umfeld vor große Probleme.

Die Begrenzung der Intensität ambulanter Hilfen zur Teilhabe auf festgelegte Standard-Intensitäten stellte ebenfalls eine Abweichung vom Prinzip der Bedarfsorientierung des SGB XII dar. Für psychisch behinderte Menschen mit höherem Hilfebedarf standen keine bedarfsgerechten ambulanten Angebote zur Verfügung.

Die ‚Entdeckelung' der ambulanten Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft entsprach fachlichen und sozialrechtlichen Erfordernissen. Sie ist als ein großer Fortschritt zu werten.

Es kann nicht überraschen, dass es in der Folge zu einer Fallzahlsteigerung im Bereich Ambulant Betreutes Wohnen kam, denn mit der Flexibilisierung der ambulanten Leistung konnten auch Menschen ambulante Hilfen in Anspruch nehmen, die vor der Umstellung

a) nur in stationären Einrichtungen der Hilfe zur Teilhabe leben konnten,
b) nur in stationären Pflegeeinrichtungen leben konnten,
c) nur bei sie versorgenden Eltern oder sonstigen Angehörigen leben konnten,
d) häufiger und länger stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch nahmen
e) oder trotz Hilfebedarfs unversorgt blieben, weil geeignete stationäre Hilfen nicht akzeptiert wurden oder ebenfalls nicht zur Verfügung standen.

Dass in den Fällen c) bis e) keine Kosten für die Träger der Sozialhilfe anfallen und ein bedarfsgerechteres Angebot an ambulanter Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft daher in diesen Bereichen zu Mehrkosten im Bereich der Eingliederungshilfe führt, spricht keineswegs gegen die Entdeckelung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt unter der Bedingung der Bedarfsdeckung.

In der gleichen Zeit konnte Rheinland-weit der steigende Trend im stationären Bereich umgekehrt und eine Platzzahlreduzierung erreicht werden. Seit 2005 greifen die Anreizprogramme des Landschaftsverbands Rheinland bei den stationären Einrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung. Die Anzahl der Leistungsempfänger/innen im Bereich stationärer wohnbezogener Hilfen für Menschen mit seelischer Behinderung ging von 5.202 (31.12.2005) auf 5.098 (31.12.2007) zurück.[1]

2.2.3 Flexibilisierung der Hilfeleistungen entsprechend

1 Angaben aus: ZPE, Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand, Abschlussbericht, Siegen, 2008, S. 158

der individuellen Bedarfe

Vor der Hochzonung galt das Ambulant Betreute Wohnen als weitgehend standardisiertes Hilfeangebot für ein spezifisches Klientel („BeWo-fähig"[2]). Infolge der quantitativen Flexibilisierung ambulanter Hilfeleistungen ist in Einzelfällen auch eine weit reichende sonstige Flexibilisierung erreicht worden: Hilfen zu allen Zeiten in der Woche, vielfältige Settings, Kontaktintensität entsprechend dem aktuellen Bedarf usw.

2.2.4 Intensivierung und Optimierung der Kooperationsbeziehungen zwischen Leistungserbringern von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und dem Landschaftsverband Rheinland sowie der Leistungserbringer untereinander

Die Einführung einer Rheinland-weit einheitlichen Systematik der Hilfeplanung mit dem Integrierten Hilfeplan (IHP) und der einrichtungsübergreifenden Erörterung der Hilfeziele und Hilfebedarfe in den regionalen Hilfeplankonferenzen (HPK) hat einen wichtigen Beitrag zur Intensivierung der Kooperationsbeziehungen geleistet. Diese Vorgehensweise führt zu persönlichem und fachlichem Kennenlernen und begünstigt konstruktive wechselseitige Beeinflussungen.

Auch durch die Bildung von Regionalkonferenzen unter Leitung des LVR wurde ein Signal zur Intensivierung kooperativer Beziehungen gesetzt.

3. Handlungs-empfehlungen

Die weitgehende Zusammenführung der Zuständigkeit für Eingliederungshilfe hat sich bewährt.
Es sei jedoch vorab darauf hingewiesen, dass die Zusammenführung nicht vollständig war: Dem Landschaftsverband Rheinland wurde die Zuständigkeit für stationäre und teilstationäre Eingliederungshilfen sowie Hilfen zur Förderung des selbständigen Wohnens übertragen, nicht aber die Zuständigkeit für alle ambulanten Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Da sich Eingliederungshilfebedarfe nicht nur auf den Wohnbereich beziehen, sollten künftige Regelungen eine weitergehende Zusammenführung der Zuständigkeit für Eingliederungshilfe vorsehen.

In der Phase der zusammengefassten Zuständigkeit für Hilfen zum selbständigen Wohnen von behinderten Menschen sind erhebliche Erfolge bei der Optimierung der Qualität und der Effizienz der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erreicht worden. Dennoch ist der Reformprozess keineswegs abgeschlossen. Als Ergebnis der Analyse der Versorgungssituation für psychisch kranke und behinderte Menschen im Rheinland stellt sich aus Sicht der Aktion Psychisch Kranke vor allem in den folgenden Bereichen **weiterer Handlungsbedarf** dar:

1. Optimierung der Hilfeleistungen
2. Optimierung der Hilfeplanung
3. Ressourcenverschiebung zu ambulanten Leistungen und Schaffung eines durchlässigeren Hilfesystems im Bereich der Eingliederungshilfe durch zeitbezogene Finanzierung von Hilfen zur Teilhabe in allen Bereichen, also auch Wohnheim, Tagesstruktur, Arbeit und Beschäftigung
4. Stärkere Vernetzung psychiatrischer Dienstleistungen mit Selbsthilfe, Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerhilfe und anderen nicht-psychiatrischen professionellen Dienstleistungen
5. Optimierung der Kooperationsbeziehungen der Leistungsanbieter durch
   - Initiierung Gemeindepsychiatrischer Verbünde
   - Kliniken, die ihre Strukturen und die Arbeitsabläufe auch an den Erfordernissen der Zielgruppen-bezogenen Kooperation mit den anderen Leistungserbringern orientieren, statt nach Maßnahmearten wie stationär, teilstationär, ambulant
6. Sicherstellung niedrigschwelligen Zugangs – zur Notwendigkeit von schnelleren, flexibleren (auch nach Art und Umfang der Hilfen verschiedenen) Interventionen, als es durch das Verfahren für individuell auf Antrag

2 Der Begriff ‚Betreutes Wohnen' stammt aus der Zeit einer eher Fürsorge-orientierten Sozialhilfe. Er drückt noch nicht das moderne teilhabeorientierte Rehabilitationsverständnis des SGB IX aus, das ‚Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft' regelt.

gewährte Hilfen zur Teilhabe möglich ist

7. Verstärkte Einbeziehung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten (psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung, psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie, Ergotherapie) sowie der medizinischen und beruflichen Rehabilitation
8. Mehr Transparenz von Versorgungsprozessen durch Monitoring als Orientierung für weiter verbessertes Steuern

An diesen Themen arbeiten der Landschaftsverband und die Akteure vor Ort bereits erfolgreich. Mit den vorliegenden Handlungsempfehlungen soll dieser Prozess durch eine systematisierte Darstellung von Zielen, Problemen und Lösungswegen unterstützt werden.
Dabei bezieht sich die Aktion Psychisch Kranke (APK) auf ihre langjährigen Erfahrungen in Projekten der Bundesregierung sowie verschiedener Länder und in der Politikberatung zu Fragen der Psychiatrie-Reform. Aus den Gesprächen mit vielen Akteuren im Rheinland im Rahmen dieses Auftrages war erkennbar, dass die in diesen Handlungsempfehlungen formulierten Ziele und Problembeschreibungen Akzeptanz und Unterstützung finden.

Die Empfehlungen beziehen sich auch auf die Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen. Der üblichen Differenzierung entsprechend wurden auch in diesem Projekt gesonderte Erhebungen für den Suchtbereich vorgenommen. Aus den Ergebnissen wurde deutlich, dass die folgenden Empfehlungen für alle Hilfen für seelisch behinderte Menschen einschließlich der Menschen mit Suchterkrankung gelten.

3.1 Optimierung der Hilfeleistungen

3.1.1 Sicherstellung der Eingliederungshilfe aus einer Hand

Die Aufteilung der sachlichen Zuständigkeit auf die örtlichen Träger der Sozialhilfe für ambulante und den überörtlichen Träger der Sozialhilfe für stationäre und teilstationäre Eingliederungshilfen bis 2003 erschwerte die fachlich und sozialrechtlich gebotene Vorrangigkeit ambulanter Hilfen und stellte ein erhebliches strukturelles Hindernis beim Übergang von stationären zu ambulanten Hilfen dar.

Durch eine Ausführungsverordnung zum SGB XII des Landes Nordrhein-Westfalen[3] wurde die Zuständigkeit ab 1.7.2003 befristet überwiegend auf die Ebene des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe gelegt („Hochzonung"). Der Landschaftsverband Rheinland ist seither zuständig

- für stationäre und teilstationäre Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII
- „für alle Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII für behinderte Menschen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, außerhalb einer teilstationären oder stationären Einrichtung, die mit dem Ziel geleistet werden, selbständiges Wohnen zu ermöglichen oder zu sichern;..."[4]
- für weitere Hilfen nach § 55 Abs. 2 Nr. 3 bis 7 SGB IX, „ohne die ein selbständiges Wohnen nicht erreicht oder gesichert werden kann;..."[5]

Damit ist die Eingliederungshilfe weitgehend, aber nicht vollständig in die Zuständigkeit des Landschaftsverbandes Rheinland gelegt. In der Verordnungsformulierung fehlen insbesondere:

a) ambulante Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung
b) ambulante Hilfen im Wohnbereich, die nicht auf selbständiges Wohnen abzielen
c) sonstige Eingliederungshilfen, die nicht auf selbständiges Wohnen abzielen

Dies hat Nachteile für die Betroffenen und die Steuerung der Kostenentwicklung.

a) Die Leistungen in den Bereichen Arbeit und Beschäftigung[6] insbesondere Zuverdienst und tagesstrukturierende Hilfen sind regional unterschiedlich,

3 AG-SGB XII NRW vom 16.12.2004
4 § 2 Abs. 1 Punkt 2. AV-SGB XII NRW vom 16.12.2004
5 § 55 Abs. 2 Nr. 3 bis 7 SGB IX:
3.Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen
4. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt
5. Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht
6. Hilfen zu selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten
7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.
6 Unter ‚Beschäftigung' ist hier stets eine Tätigkeit gemeint, die auch für andere Personen von Nutzen ist und sich dadurch von reiner Freizeitgestaltung unterscheidet. Auch ein Mensch mit behinderungsbedingt voller Erwerbsminderung kann durchaus stundenweise oder gelegentlich wertschöpfende oder anderweitig sinnvolle Arbeiten verrichten.

aber fast überall unzureichend geregelt, obwohl eine sinnvolle Tagesstruktur und die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung nachweislich den höchsten Effekt bei allen Hilfen zur Teilhabe hat.

Die Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) – wie in der Koalitionsvereinbarung der derzeitigen Bundesregierung beschlossen – sind bundesweit nur unzureichend realisiert. Es gibt in diesen Leistungsbereichen nach wie vor erhebliche Versorgungsdefizite.

In vielen Kommunen wird davon ausgegangen, dass alle Hilfen der personenbezogenen Eingliederungshilfen in der Zuständigkeit der Landschaftsverbände liegen. Sie genehmigen deshalb keine erforderlichen (erfolgsversprechenden) ambulanten Eingliederungshilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Gerade bei Menschen mit psychischen Störungen und Suchterkrankungen sind diese Hilfen aber unverzichtbar.

b) Bei den Hilfen im Wohnbereich ist sicherzustellen, dass Hilfeleistung in allen individuell erwünschten Wohnformen möglich sind: allein lebend in eigener Wohnung, allein lebend in vorübergehenden Unterkünften (z. B. bei Freunden, wechselnden Bekannten, „Mitwohnen"), mit Partner oder Partnerin, Freund oder Freundin, bei Eltern, mit eigenen Kindern, in Wohngemeinschaft mit nicht behinderten Mitbewohnern, in Wohngemeinschaft mit behinderten Mitbewohnern, in Hausgemeinschaften, in Pflegefamilien, in Wohnverbünden oder in anderen Wohnformen.

In der Vergangenheit sind gelegentlich Schwierigkeiten aus strittigen Zuständigkeitseinschätzungen entstanden. Der Landschaftsverband Rheinland ist gemäß Ausführungsverordnung zum SGB XII NRW sachlich zuständig für „Leistungen der Eingliederungshilfe ... außerhalb einer teilstationären oder stationären Einrichtung, die mit dem Ziel geleistet werden sollen, selbständiges Wohnen zu ermöglichen oder zu sichern;...". [7] Damit war fraglich, ob der Landschaftsverband zuständig ist für ambulante Hilfen für behinderte Menschen ohne eigene Häuslichkeit und ohne das Ziel eigener Häuslichkeit, z.B. für Menschen, die bei den Eltern leben.

c) Die Öffnung auf Hilfen nach § 55 SGB IX ermöglicht dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe die Förderung von Hilfen zur Tagesgestaltung, zur Teilnahme am kulturellen Leben und zum Kompetenzerwerb, die der Landschaftsverband Rheinland in sinnvoller Weise nutzt (z.B. Geldleistungen für niedrigschwellige tagesstrukturierende Angebote außerhalb von Einrichtungen). Diese Aktivitäten bleiben allerdings an die Einschränkung des Verordnungstextes gebunden „ohne die ein selbständiges Wohnen nicht erreicht oder gesichert werden kann"[8].

Empfehlung:
Unter den Bedingungen der Zusammenführung der Zuständigkeit für Hilfen für Menschen mit Behinderung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auf der Ebene des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe sollte die Letztverantwortung für sämtliche Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderung im Rheinland beim Landschaftsverband Rheinland festgelegt werden. Ein zusätzliches Engagement der Kommunen in diesem Bereich ist dadurch natürlich nicht ausgeschlossen.

Die Ausweitung der Letztverantwortung auf der überörtlichen Ebene ist zu verknüpfen mit der Intensivierung der Kooperation mit der örtlichen Ebene.

Es gibt gute Beispiele von konstruktiver Kooperation zwischen dem überörtlichen und dem örtlichen Sozialhilfeträger (z. B. zur Abstimmung von Hilfen zur Teilhabe und zum Lebensunterhalt/Grundsicherung) sowie den kommunalen Fachdiensten und den Leistungserbringern vor Ort (siehe Ausführungen zur Hilfeplankonferenz und Regionalkonferenz).

3.1.2 Entwicklung von ambulanten und stationären Hilfen im Wohnbereich

Das Wachstum des Ambulant Betreuten Wohnens stellt sich aus Sicht der APK als erwünschte und begrüßenswerte Entwicklung dar. Sie entspricht dem Vorrang ‚ambulant vor stationär' und entspricht dem tatsächlichen Bedarf. Das zuvor aufgrund der doppelten Deckelung der Platzzahlen und der Betreuungsintensität im Ambulant Betreuten Wohnen geringere Angebot war nicht bedarfsgerecht.

Allerdings ergeben sich durch die gute Erreichbarkeit der Hilfeform ‚Ambulant Betreutes Wohnen' Risiken, denen auf der Ebene der Hilfeplanung (siehe Kap. 3.2) gezielt entgegengewirkt werden sollte, z. B. dass das Ambulant Betreute Wohnen zwar neue Klientengruppen einbezieht, bei denen eigentlich psychiatrische Behandlungsmaßnahmen, medizinische Rehabilitation oder Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

7 Aus: Ausführungsverordnung zum SGB XII des Landes NRW vom 16.12.2004

8 § 2 Abs. 1 Punkt 2. AV-SGB XII NRW vom 16.12.2004

Im Vergleich zum Wachstum der ambulanten Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Ambulant Betreutes Wohnen) ist zwar eine Umkehr des bisher kontinuierlichen Anstiegs, aber erst eine geringe Reduzierung der stationären Hilfen für seelisch behinderte Menschen erreicht worden. Das Anreizprogramm des LVR wirkt positiv (2% weniger Leistungsempfänger in Heimen), insgesamt ist der Anteil stationärer Hilfeleistungen aus Sicht der Aktion Psychisch Kranke jedoch noch deutlich zu hoch.

Dabei ist zu beachten, dass die Wohnheim-Kapazitäten regional sehr unterschiedlich (bis zum 3- bis 4-fachen, vgl. ZPE S. 158/9) verteilt sind, so dass manche Regionen für ihre Hilfeempfänger externe Plätze in Anspruch nehmen müssen und in anderen Regionen die Einrichtungen aus wirtschaftlichen Gründen aktiv Bewohner ‚suchen', wodurch eine erhebliche Dynamik für wohnortferne „Eingliederungs"-Maßnahmen aufrechterhalten wird.

Empfehlungen:

Man sollte den Bereich der stationären Hilfen kurzfristig insgesamt auf den Status quo begrenzen und tendenziell verringern. Dazu sind zwischen dem LVR, den Leistungserbringern und den Kommunen **regionale Zielplanungen** für Orientierungsgrößen zu verhandeln. Es geht also um einen **Ausgleich der Kapazitäten zwischen den Regionen:** In der Folge sollte auf der Ebene der individuellen Hilfeplanung noch intensiver nach ambulanten Alternativen gesucht werden als bisher. Insbesondere sind stationäre Aufnahmen außerhalb des Versorgungsgebiets zu vermeiden, weil diese zu einer besonders schlechten Reintegrationsperspektive in die Heimatgemeinde führen und langfristig eine geringere Chance zur Verminderung des Betreuungsbedarfs besteht.

Die Durchlässigkeit von stationären zu ambulanten Hilfeformen im Wohnbereich bei abnehmendem Hilfebedarf würde gefördert, wenn das im Ambulant Betreuten Wohnen bewährte **Prinzips der zeitbezogenen Finanzierung auch auf den stationären Bereich** angewandt würde (siehe Kap. 3.3).

3.1.3 Hilfe zu Arbeit und Beschäftigung

Arbeit und Beschäftigung sind im Vergleich mit selbständigem Wohnen mindestens gleichwertige Hilfeziele für Menschen mit psychischer Behinderung. Dass aktuell ein überwiegender Teil der Hilfen für psychisch kranke Menschen im Wohnbereich geleistet wird, ist fachlich nicht zu begründen. Der Koppelung von wohnbezogenen und arbeitsbezogenen Hilfen kommt höchste Bedeutung zu. Bei seelisch behinderten Menschen wird oft zutreffen: Ohne gesicherte Wohnverhältnisse gelingt Arbeit nicht, ohne geeignete Arbeit gelingt das selbständige Wohnen nicht. Der Bedarf für wohnbezogene Hilfen sinkt erfahrungsgemäß erheblich bei Personen, die in - für sie als sinnvoll erlebte - Arbeit und Beschäftigung integriert werden können.

In diesem Zusammenhang kommt auch zwei Rechtsbereichen im SGB II/III und XII große Bedeutung zu und nicht nur dem klassischen Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.

1. Leistungen nach SGB II / SGB III

Mit In-Kraft-Treten des SGB II sind auch Arbeitssuchende, die noch keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung geleistet haben, bei der Unterhaltssicherung und der Beschäftigungsförderung in die Zuständigkeit der SGB II-Träger (Optionskommune/Arge SGB II) gekommen, sofern sie mindestens 3 Stunden erwerbsfähig sind oder werden können. Dadurch haben sich Fördermöglichkeiten eröffnet, die bei weitem noch nicht ausgeschöpft werden.

In Hinblick auf den Erwerbsstatus sind folgende Zielgruppen zu unterscheiden

a) Menschen in sozialversicherungspflichtiger oder selbstständiger Arbeit
b) Arbeitssuchende Bezieher von ALG I
c) Arbeitssuchende, die mindestens 3 Std./Tag unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbsfähig sind
   - mit Anspruch auf ALG II
   - ohne Anspruch auf ALG II
   - unter 25 Jahre alt
d) Arbeitssuchende, deren Fähigkeit, mindestens 3 Std./Tag unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein, unklar ist
e) Arbeitssuchende, deren Erwerbsfähigkeit unter 3 Stunden liegt – Teilhabeziel: über 3 Stunden erwerbsfähig
f) Arbeitssuchende, die unter 3 Stunden erwerbstätig sein können – Teilhabeziel: Arbeit im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten
g) Menschen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsbedingt auch mit Förderung nicht in Betracht kommt, die aber in der Lage sind, regelmäßig (täglich) 4 bis 6 Stunden ein Mindestmaß an wirtschaftlich

verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen

h) Menschen, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt behinderungsbedingt auch mit Förderung nicht in Betracht kommt, und die nur unregelmäßig oder stundenweise in der Lage sind, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen

i) Menschen, die (noch) nicht in der Lage sind, wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen, aber arbeitsähnliche Beschäftigung suchen

In jeder der Zielgruppen a) bis i) können psychisch behinderte Menschen Ansprüche auf Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft haben. Unter den Anspruchsberechtigten auf Eingliederungshilfe befinden sich dementsprechend Beschäftigte und Arbeitssuchende aus allen Zielgruppen.[9]

Für die „klassischen" Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß SGB IX ist entweder die Rentenversicherung, die Agentur für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaft nach SGB II (Arge) oder die Optionskommune nach SGB II zuständig. Entscheidend für entsprechende Ansprüche ist dabei bestehende Erwerbsfähigkeit oder die Aussicht, Erwerbsfähigkeit erreichen zu können. (Zielgruppe a) bis g))

Psychisch kranke Menschen sind bei den Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben deutlich benachteiligt. Psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und zweithäufigster Anlass für Arbeitsunfähigkeit. Nach Erhebungen der Techniker Krankenkasse werden deren Mitglieder im SGB II-Bezug zu ca. 40% mindestens einmal im Jahr wegen einer psychiatrischen Diagnose behandelt.[10]
Rehabilitationen für psychisch kranke Menschen sind dagegen selten. (Dies ist zu unterscheiden von den stationären „psychosomatisch-psychotherapeutischen" Behandlungen für einige Wochen in wohnortfern gelegenen Reha-Kliniken.) Die Personen de Zielgruppe, um die es hier geht, werden seitens der Träger der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben meist als ‚arbeitsmarktfern' eingestuft, ihre Rehabilitationsfähigkeit wird oft in Frage gestellt. Gleichzeitig sind viele psychisch kranke Menschen selbst zu verunsichert, um sich wirksam um bedarfsgerechte Hilfen einsetzen zu können.

Bei psychisch kranken Menschen wächst mit der Dauer beschäftigungsloser Zeit das Risiko des Eintritts

- voller Erwerbsminderung,
- damit verbundener Bedürftigkeit sowie
- eines (verstärkten) Bedarfs an Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Während bei ‚arbeitsmarktfernen' seelisch behinderten Personen das Unterlassen von arbeitsbezogenen Hilfen bzw. das Abwarten die Träger der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben perspektivisch finanziell entlastet (im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung), führt es in vielen Fällen absehbar zum Eintritt oder zur Verstärkung von Hilfebedarfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, für die der Sozialhilfeträger zuständig ist.

Empfehlung:
Im Rahmen der integrierten Hilfeplanung sollte grundsätzlich auch der Bedarf an Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. Arbeitsförderung geprüft werden.
Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei erwerbsfähigen Personen Hilfen aus dem SGB II-Leistungsbereich im Vordergrund stehen. Dies ist insbesondere bei suchtkranken Menschen mit seelischer Behinderung zu beachten, da diese zum größten Teil als erwerbsfähig gelten.
Sofern die zuständigen Leistungsträger (Agentur für Arbeit, Rentenversicherung, Arge nach SGB II) nicht oder noch nicht tätig werden, sollte der Sozialhilfeträger bei Menschen mit (fraglichem) Bedarf an Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auch für eine Hilfeplanung im Bereich Arbeit sorgen.

Da Bedarfe an Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben oft nicht ausschließlich im Rahmen von Hilfeplanungsgesprächen mit dem psychisch kranken Menschen ermittelt werden können, sind im Bedarfsfall geeignete Formen von Assessment zu nutzen (strukturierte zielgruppenspezifische Assessment oder begleitete Praktika, Trainings, angeleitete stundenweise Beschäftigung usw.).

Empfehlung:
Der Sozialhilfeträger sollte bei fraglichen oder in Art und Umfang unklarem Bedarf an arbeitsbezogenen Hilfen ein zielgruppenspezifisches[11] Assessment zur Klärung der möglichen Arbeitsperspektiven und der bestehenden Hilfebedarfe veranlassen und finanzieren.
Diese Empfehlung gilt

1. für voll erwerbsgeminderte Personen, um sie entweder in ihrer Erwerbsfähigkeit zu stärken und zu unterstützen, wieder Erwerbsfähigkeit zu erreichen, oder ihnen trotz dauerhafter voller Erwerbsunfähigkeit Arbeit und Beschäftigung

9 Den größten Anteil stellen SGB II-Anspruchsberechtigte und voll erwerbsgeminderte Personen. Angaben aus dem Rheinland oder aus den Schwerpunktregionen sind nicht verfügbar.

10 siehe TK Gesundheitsreport 2008

11 zielgruppenspezifisch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, da für diese hinsichtlich Methodik, Setting und Zielbestimmung spezielle Anforderungen bestehen, z. B. psychiatrische Kompetenz, Flexibilität bei der Arbeitszeit, stressmindernde Arbeitsplatzgestaltung, motivierendes Arbeitsmilieu

im Rahmen ihrer Fähigkeiten und Wünsche zu ermöglichen.

2. für erwerbsfähige seelisch behinderte Personen mit drohender Erwerbsunfähigkeit (auch während des oft langwierigen Verfahrens der Klärung der Erwerbsfähigkeit durch die Agentur für Arbeit und die Deutsche Rentenversicherung), um die Erwerbsfähigkeit zu stützen und Bedarfe an Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden oder zu reduzieren.

Sofern im Rahmen der Gesamt-Hilfeplanung oder durch das zielgruppenspezifische Assessment ein Bedarf an Hilfe zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung deutlich wird, sollte der Sozialhilfeträger durch arbeitsbezogene Hilfen (unterhalb der Schwelle der beruflichen Rehabilitation) die Fähigkeit des behinderten Menschen zur Arbeitsaufnahme stärken.
Dies wird auch bei erwerbsfähigen Menschen mit Behinderung empfohlen, obwohl hier ein rechtlich klar geregelter Vorrang der Leistungen der Träger der Arbeitsförderung besteht.

Arbeitsbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderung leistet auch die Werkstatt für behinderte Menschen. Dort findet im Eingangsverfahren (3 Monate) und im Berufsbildungsbereich (24 Monate) auch ein Assessment und eine Förderung statt, die nach Möglichkeit zur (Wieder-)Herstellung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Beschäftigungsfähigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt führen soll.

Gemäß § 38a SGB IX besteht auch die Möglichkeit einer ‚unterstützten Beschäftigung' im allgemeinen Arbeitsmarkt, die ähnliche Unterstützungen ermöglicht, wie sie behinderte Menschen in der Werkstatt für behinderte Menschen erhalten.

Leistungsträger ist in beiden Fällen die Agentur für Arbeit oder die Rentenversicherung.

Die Möglichkeit und Eignung dieser Hilfeformen sollte im Rahmen der individuellen Hilfeplanung geklärt werden. Oft sind jedoch (manchmal: zunächst) kürzere Formen von Assessment erforderlich, um entweder schneller den Weg zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern oder schneller Klarheit über bestehende Erwerbsfähigkeit oder Bedarf an Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben zu gewinnen. Besonders in diesen Fällen ist ein Assessment im Sinne der Empfehlung geboten.

2. Leistungen nach SGB XII:

Auch bei vielen psychisch behinderten Menschen, bei denen Erwerbsfähigkeit nicht besteht und kurzfristig nicht erreicht werden kann (Zielgruppe e) – i)) sind Arbeit und Beschäftigung höchst bedeutsame Lebensbereiche, in denen Teilhabe erreicht werden kann bzw. in denen behinderungsbedingt Teilhabe versagt bleibt. Daher sind Hilfen zur Teilhabe auch in diesem Bereich fachlich unverzichtbar.

Dies unterstreicht auch § 53 SGB XII:
„Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, ... den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen...."

Gesetzlich geregelt ist die Hilfe durch Werkstätten für behinderte Menschen.[12] Diese Hilfeform ist jedoch nicht für alle psychisch behinderten Menschen geeignet. (Für Zielgruppen e) und f) ist die WfbM nur bedingt, für Zielgruppe h) und i) nicht geeignet.)

Empfehlung:

Wohnen und Tagesgestaltung sind gleichwertige Teilhabebereiche. Bei der Tagesgestaltung kommt der Arbeit und arbeitsähnlicher Beschäftigung eine vorrangige Bedeutung zu. Entsprechend sollten auch die entsprechenden Hilfen zur Teilhabe gleichwertig ausgestaltet werden. Im Rahmen der Eingliederungshilfe bedeutet dies, dass Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht nur durch selbständiges Wohnen, sondern gleichwertig auch durch Arbeit und Beschäftigung realisiert werden kann. Hilfeziele in beiden Bereichen sind gleichwertig zu verfolgen (Nicht: „erst Wohnen und dann – vielleicht – Arbeit").[13]

Der Landschaftsverband Rheinland sollte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung auch außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen finanzieren. (Voraussetzung ist eine eindeutige sachliche Zuständigkeit für diese Hilfen – s.o.) Dabei sollte ein breites Spektrum von Arbeitszeiten, Arbeitsorten, Arbeitsanforderungen und Hilfen (tätigkeitsbezogen und psychosozial) ermöglicht werden. Dies kann in Form von

12 Leistungsträger sind im Eingangsbereich und im Berufsbildungsbereich der WfbM Rentenversicherung oder Agentur für Arbeit, im Arbeitsbereich die Träger der Sozialhilfe

13 Zum Thema Arbeit und Beschäftigung hat die Aktion Psychisch Kranke zwei Projekte durchgeführt: 1. Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker, 2000-2003, siehe Aktion Psychisch Kranke (Hg.), Individuelle Wege ins Arbeitsleben, Bonn, 2004, 2. Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme (2004-2007), Abschlussbericht siehe www.apk-ev.de
Auch der Deutsche Verein befasst sich seit einiger Zeit intensiv mit diesem Thema; siehe: Empfehlungen des Deutschen Vereins zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen und Unterstützungsbedarf an der Grenze zwischen WfbM und allgemeinem Arbeitsmarkt, Entwurf der AG „Berufliche Teilhabe behinderter Menschen" vom 5.2.2009

existenzsichernder Förderung von Arbeitsmöglichkeiten im allgemeinen Arbeitsmarkt oder durch Zuverdienst zu Sozialleistungen (Rente oder Grundsicherung nach SGB XII) ermöglicht werden.

Der Austausch zwischen Regionen, die sich intensiv um möglichst normalisierte Arbeit und Beschäftigung kümmern und solchen, in denen dies unterentwickelt ist, sollte nachdrücklich gefördert werden.

3.2 Optimierung der Hilfeplanung

Die Integrierte Hilfeplanung und die Regionale Hilfeplankonferenz sind als wichtige Steuerungsprozesse flächendeckend eingeführt und sollten durch kontinuierliche Verbesserungen in ihrer Wirksamkeit weiter entwickelt werden.

3.2.1 Einbeziehung der Leistungsberechtigten

Der mit dem SGB IX sozialrechtlich eingeleitete Paradigmenwechsel von einer fürsorgeorientierten zu einer subjektorientierten Grundhaltung ist auf gutem Weg, doch weder formell noch im Bewusstsein vollständig vollzogen. Solche Prozesse erfordern längere Zeiträume als die Jahre seit der Hochzonung.

3.2.2 Integrierte Hilfeplanung

Die Rheinlandweite Einführung eines einheitlichen individuellen Hilfeplanverfahrens (Individueller Hilfeplan / IHP) und die Schaffung von Abstimmungsgremien über die Hilfebedarfe (Hilfeplankonferenzen / HPK) hat zu Transparenz, Qualitätssteigerungen bei der Hilfeplanung, Flexibilisierung der Hilfeleistungen und einer deutlich intensivierten und verbesserten Zusammenarbeit der Leistungsanbieter mit dem Landschaftsverband Rheinland geführt.

Allerdings stoßen die Hilfeplankonferenzen an zeitliche Kapazitätsgrenzen.

Bei psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf sind in der Regel Hilfebedarfe in mehreren Leistungsbereichen gegeben. Gleichzeitig sind diese Menschen oft krankheitsbedingt nur eingeschränkt in der Lage, verschiedene Leistungen selbständig zu koordinieren.

Daher besteht die Aufgabe, über eine integrierte Hilfeplanung den Gesamtbedarf festzustellen und die Grundlage für eine koordinierte Gesamthilfeleistung mehrerer Fachdienste und Einrichtungen zu legen.

Diese aufwändige individuelle Hilfeplanung ist nicht erforderlich, wenn Beratung oder einzelne Behandlungsmaßnahmen ausreichen, oder wenn der Leistungsempfänger in der Lage ist, synchrone oder aufeinander folgende Behandlungsleistungen selbständig zu koordinieren. Hilfen zur Teilhabe sind grundsätzlich multiprofessionell und methodisch vielfältig angelegt, so dass dabei grundsätzlich eine integrierte Hilfeplanung erforderlich ist.

Empfehlung:

- Überwiegend ist der Fokus noch zu sehr auf Hilfen zur Teilhabe im Wohnbereich beschränkt und sollte deshalb erweitert werden auf andere Hilfen zur Teilhabe und darüber hinaus auf Behandlung und Rehabilitation.
- Vor allem sollte im Rahmen der Hilfeplanung verstärkt geachtet werden auf Bedarfe an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX, bzw. SGB II und SGB III.
- Medizinische Rehabilitation nach § 27 / § 40 SGB V
- Psychiatrische Behandlung, dabei vor allem multiprofessionelle Komplexleistungen durch die Institutsambulanzen und verordnungsfähige ambulante Leistungen wie ambulante Soziotherapie, häusliche psychiatrische Krankenpflege, allgemeine häusliche Krankenpflege, Ergotherapie, Physiotherapie; auch für bedarfsgerechte psychotherapeutische Behandlung ist Sorge zu tragen
- Soweit erforderlich, sind Bedarfe an Grundpflege nach SGB XI zu klären; dabei ist mit der Pflegeberatung bzw. soweit bereits entwickelt mit den Pflegestützpunkten zusammen zu arbeiten; hier ist zu beachten, dass zur Zeit eine Änderung des Pflegebegriffs im SGB XI vorbereitet wird, der zu einer stärkeren Berücksichtigung von Pflegebedarfen aufgrund psychischer Beeinträchtigung führt.

Auf die hohe Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen wurde bereits unter 3.1.3 hingewiesen. Dabei wurde auch ausgeführt, wie heterogen die Arbeitsziele und die entsprechenden Hilfebedarfe sind. Daher ist eine differenzierte Hilfeplanung erforderlich.

Nach wie vor besteht eine Tendenz, Bedarfe an **ambulanter**

Behandlung (einschließlich Soziotherapie und Krankenpflege) und **medizinischer Rehabilitation** in die Eingliederungshilfe zu verlagern, weil diese leichter zu erreichen bzw. besser finanziert ist. (Siehe dazu auch Kap. 3.7).

Wenn die primär für Hilfen zur Teilhabe zuständige individuelle Hilfeplanung und die Hilfeplankonferenz auch den Rehabilitations-, Behandlungs- und ggf. Pflegebedarf „prüft", so bedeutet das nicht, den dafür zuständigen Leistungsträgern und Leistungserbringern ihre originäre Verantwortung abzunehmen. Es geht darum, das personenbezogene Zusammenwirken der verschiedenen Leistungsbereiche zu koordinieren, aber untätige Leistungsträger/-erbringer in die Pflicht zu nehmen.[14]

Dem ist durch eine konsequente Ausrichtung auf integrierte Hilfeplanung und integrierte Hilfeleistung zu begegnen, indem schon vorhandene Ansätze systematisch weiter entwickelt werden:

Empfehlungen:

- In jeder individuellen Hilfeplanung ist auch der psychiatrische **Behandlungs**bedarf zu prüfen. Diese Aufgabe fällt insbesondere den an der Erstellung des IHP beteiligten SGB V-Leistungserbringern (Psychiatrische Klinik einschließlich Institutsambulanz, niedergelassene Psychiater, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankenpflegedienste, soziotherapeutische Leistungserbringer) sowie dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu. Behandlungserfordernisse sollen auch dann im IHP festgehalten werden, wenn deren Realisierung vermutlich auf Schwierigkeiten stößt (kein entsprechendes Leistungsangebot in der Region verfügbar, Kostenübernahmen durch GKV fraglich oder nicht zu erwarten usw.).

- Um der besonderen Bedeutung des Lebensbereichs **‚Arbeit und Beschäftigung'** Rechnung zu tragen, wird der IHP um einen gesonderten Teil erweitert, der die Hilfeplanung in diesem Bereich differenziert (siehe Bogen 3b des IBRP).

- Alle IHP werden darauf geprüft, ob sie Bedarfe an Behandlung, medizinischer Rehabilitation und Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigt haben. Diesbezüglich unvollständige IHP werden zur Ergänzung an die koordinierenden Bezugspersonen bzw. den Hilfeplaner zurückgegeben.
  Dabei ist das ICF-Verständnis[15] der Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit zugrunde zu legen. Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen sind primär dem Bereich **der Behandlung und der medizinischen Rehabilitation** nach SGB V zuzuordnen. Für die diesbezügliche Diagnostik und Hilfeplanung sind insbesondere die psychiatrischen Kompetenzen
  - der Institutsambulanzen und
  - der Sozialpsychiatrischen Dienste

  einzubeziehen.
  Bei der Teilhabe sind alle relevanten Lebensbereiche gleichwertig zu berücksichtigen, also grundsätzlich auch der Arbeitsbereich.
  Für die arbeitsbezogene Hilfeplanung sollten entsprechende Fachleute einbezogen werden. In Frage kommen dafür, Vertreter
  - der Agentur für Arbeit und der Rentenversicherung (Rehabilitationsberater oder Vertreter der Medizinischen oder Psychologischen Dienste),
  - der Arge nach SGB II bzw. der Optionskommune
  - des IFD (Integrationsfachdienst),
  - von Einrichtungen für zielgruppenspezifisches arbeitsbezogenes Assessment für psychisch kranke Menschen,
  - von Einrichtungen und Maßnahmeträgern zur beruflichen oder medizinisch/beruflichen Rehabilitation für psychisch Kranke
  - der Werkstätten für behinderte Menschen
  - von Integrationsprojekten.

- Die Kooperation zwischen den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und der Eingliederungshilfe sollte weiter intensiviert werden. Dafür bieten sich insbesondere die Kooperation bei der Hilfeplanung und die Mitwirkung der Kliniken in den Hilfeplankonferenzen an.

Bei Fortschreibungen der Hilfeplanung (Anträge auf Verlängerung der Hilfeleistung) kommt der Auswertung der Ergebnisse der bisherigen Hilfeleistungen eine starke Bedeutung zu: **Wirkungskontrolle**. Dem trägt der Bogen IV des IHP Rechnung. Allerdings wird dabei nicht explizit auf die im letzten IHP festgelegten Ziele Bezug genommen.

Empfehlung:

Im Rahmen der individuellen Hilfeplanung bei Menschen, die bereits Hilfen erhalten haben (Verlängerungsanträge), sollte

14 siehe auch Versorgungsmanagement in § 11 SGB V, Pflegeberatung in § 7a SGB XI

15 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO (ICF), siehe z.B. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, ICF-Praxisleitfaden 2, Frankfurt/M, 2008

eine differenzierte Bewertung der Erreichung der im letzten IHP festgelegten Ziele vorgenommen werden. Dazu gehört auch, bei jeder Hilfeplanung mit dem Klienten die Kriterien für die Erkennung der Zielerreichung zu vereinbaren, unter Bezug auf die Relevanz für den Klienten und in seiner Sprache. Diese Vorgehensweise verstärkt auch die Vorgabe, im IHP realistische, konkrete und in der Zielerreichung messbare Ziele anzugeben.[16]

Leistungen der ambulanten psychiatrischen Behandlung werden manchmal von den Hilfeplanern erkannt, aber nicht verfolgt, weil

- die von der Krankenkasse vorgesehene Vergütung unter den Sätzen für Fachleistungsstunden der Eingliederungshilfe liegen,
- die SGB V-Leistung begrenzt ist[17] und dabei bereits absehbar ist, dass der Hilfebedarf auch nach Ausschöpfen der Leistungskontingente fortbestehen wird (oft bei erheblichen Schwierigkeiten des Leistungsberechtigten, sich auf neue Therapeuten einzustellen),
- Leistungsausschlüsse bei der Eingliederungshilfe befürchtet werden.

Empfehlung:
Der Landschaftsverband Rheinland sollte eine gekoppelte Erbringung von Eingliederungshilfe und ambulanter Soziotherapie und häuslicher psychiatrischer Krankenpflege ermöglichen, indem er dem soziotherapeutischen Leistungserbringer bzw. der psychiatrischen Krankenpflegekraft gesondert ihre Leistungen der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft finanziert, wenn bei den entsprechenden Patienten neben dem Behandlungsbedarf auch Bedarf an Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft besteht.

Im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28.5.2008 wurde ein individueller Anspruch auf Pflegeberatung festgesetzt[18]. Aufgabe der Pflegeberatung ist es danach unter anderem "2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,..." (§ 7a Abs. 1 SGB XI)

16 Als Beispiel kann der von der Aktion Psychisch Kranke entwickelter Zusatzbogen „Zielerreichung" dienen.

17 Begrenzungen durch Richtlinien gibt es bei der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und bei der ambulanten Soziotherapie; bei Heilmitteln ergeben sie sich oft aus der im Hinblick auf Praxisbudgets eingeschränkten Verordnungsbereitschaft der behandelnden Ärzte.

18 Siehe § 7a SGB XI Pflegeberatung

Empfehlung:
Bei seelisch behinderten Menschen mit Pflegebedarf ist eng mit den Pflegeberatern zusammen zu arbeiten. Der Landschaftsverband Rheinland sollte daher auch in den entstehenden Pflegestützpunkten mitwirken und dadurch sicherstellen, dass auch die Eingliederungsbedarfe im Rahmen der Gesamtplanung („individueller Versorgungsplan" nach SGB XI) berücksichtigt werden.

3.2.3 Leistungsbereichs-übergreifende Abstimmung in den Hilfeplankonferenzen

Die Hilfeplankonferenzen sind weitgehend auf den Bereich Eingliederungshilfe im Wohnbereich eingegrenzt.

Empfehlungen:
Es wird empfohlen, alle sonstigen Hilfebereiche (siehe 3.2.2) – schrittweise – einzubeziehen. Am nächstliegenden ist die Erweiterung des Fokus „Wohnen und Selbstversorgung" um „Arbeit und Beschäftigung".
Die HPK werden forciert zu **leistungsträgerübergreifenden Empfehlungsrunden** entwickelt: Einbeziehung

- der Arge im Hinblick auf Assessments, Leistungen zur Eingliederung nach SGB II z. B. Arbeitsgelegenheiten § 16 d, Leistungen zur Beschäftigungsförderung nach § 16 e, Einschätzung der Erwerbsfähigkeit, freie Förderung nach § 16 f, (Zielgruppe: nur seelisch behinderte Menschen, (möglicherweise) auch die Anspruch auf Eingliederungshilfe haben)
- der Agentur für Arbeit im Hinblick auf Assessments, berufliche und beruflich/ medizinische Rehabilitation, Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen, Zielplanung für den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen, Begutachtungen zur Erwerbsfähigkeit und Leistungen der Agentur im Rahmen eines trägerübergreifenden persönliche Budgets (Zielgruppe: nur seelisch behinderte Menschen, (möglicherweise) auch die Anspruch auf Eingliederungshilfe haben)
- der Deutschen Rentenversicherung im Hinblick auf medizinische Rehabilitation für seelisch behinderte Menschen (auch RPK), Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen, Zielplanung für den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen,

Unterstützte Beschäftigung, Klärung der Erwerbsfähigkeit, Leistungen der DRV im Rahmen eines trägerübergreifenden persönliche Budgets (Zielgruppe: nur seelisch behinderte Menschen, (möglicherweise) auch die Anspruch auf Eingliederungshilfe haben)

- des Integrationsamts im Hinblick auf Minderleistungsausgleich, Beschäftigung in einem Integrationsprojekt und Leistungen des Integrationsamtes im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets

- und einzelfallbezogen der gesetzlichen Krankenkasse im Hinblick auf medizinische Rehabilitation (auch RPK), antragspflichtige Leistungen wie ambulante Soziotherapie und Psychotherapie und Leistungen der Krankenkasse im Rahmen eines trägerübergreifenden persönliche Budgets

Bei der Vorbereitung der HPK ist darauf zu achten, dass mögliche Hilfebedarfe neben der Eingliederungshilfe gebündelt in der HPK besprochen werden, damit Vertreter der sonstigen Leistungsträger nur für deren Besprechung eingeladen werden können.

Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im SGB V-Bereich bedürfen des Ausbaus. Entsprechende Hilfebedarfe sollten regelhaft in den HPK erörtert werden. Nicht nur Kliniken, sondern auch die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen ist wichtig – jedoch schwierig zu erreichen. Es sollten aber Versuche gemacht werden, Wege zu einer kooperativen Hilfeplanung zu finden.

Ggf. kann das Instrument **Persönliches Budget** genutzt und eine trägerübergreifende Budgetkonferenz einberufen werden. Dazu kann der LVR als federführender Leistungsträger alle im Einzelfall erforderlichen sonstigen Leistungsträger einladen. Die Budgetkonferenz ist gemäß Budgetverordnung beschlusskompetent. Voraussetzung ist ein Antrag des Leistungsberechtigten auf persönliches Budget. Die Leistungsform persönliches Budget kann, insbesondere auf Wunsch des Leistungsberechtigten, auch als Gutschein bewilligt werden.
Eine derartige abgestimmte Form der Zusammenarbeit in der HPK entspräche den gesetzlichen Anforderungen auf Zusammenwirken der Rehabilitationsträger gemäß §§ 10 bis 12 SGB IX.

3.2.4 Zeitmanagement in den Hilfeplankonferenzen

In der Vergangenheit ist der Steuerung individueller Hilfeleistungen zu wenig Beachtung geschenkt worden. Das gilt insbesondere für die leistungsträgerübergreifende Steuerung von Leistungen. Die Folge waren Fehlsteuerungen, die finanziell insbesondere zu Lasten der Sozialhilfe gingen, die das letzte Auffangnetz im gegliederten System der sozialen Sicherung bildet. Der Landschaftsverband Rheinland hat mit Bildung der Hilfeplankonferenzen für den Bereich der Eingliederungshilfe die Steuerung deutlich optimiert.

Empfehlung:
Für die Leistungsträger-übergreifende Steuerung sind zusätzliche zeitliche Ressourcen der Fallmanager aufzubringen. Dieser erhöhte Aufwand führt zu optimierten Hilfeleistungen und damit Vorteilen für den behinderten Menschen, aber auch volkswirtschaftlichem Nutzen.
Es ist zu erwarten, dass durch die Leistungsträger-übergreifende integrierte Hilfeplanung im Rahmen von Hilfeplankonferenzen sozialrechtliche Vor- und Nachrangregelungen besser eingehalten werden können.

Bei einer Ausweitung der Aufgabenstellung auf weitere Bereiche des Hilfebedarfs (Behandlung, Arbeit und Beschäftigung, Pflege, Selbsthilfe (!) usw.) wird zwar die Zielgruppe nicht wesentlich größer, wohl aber der zu erörternde individuelle Hilfebedarf.

Die Hilfeplankonferenzen stoßen bereits jetzt an Kapazitätsgrenzen. In verschiedenen HPKs wird schon eine Eingrenzung praktiziert. Fachlich geeignet ist ein Verfahren, nach dem zwar alle aktuell beantragten Hilfebedarfe in bzw. vor der HPK den Teilnehmern mitgeteilt werden, aber nur eine – von der Leitung der HPK vorgeprüfte – Auswahl in der HPK erörtert wird. Dabei kann jeder Teilnehmer durch Vorschlag eine Besprechung auch anderer Anträge in der HPK herbeiführen. Bei dieser Vorgehensweise ist jedoch darauf zu achten, dass sich das Gremium verlässlich mit den Hilfebedarfen befasst, die von den übergeordneten Qualitätszielen abweichen.

Empfehlungen:
Die Mitglieder der Hilfeplankonferenz sollten sich Schwerpunkte (und Regeln zur Bestimmung der Priorität von Schwerpunkten, Was, mit Wem, wie viel Zeit?) setzen und diese ggf. verändern.
Im Folgenden wird ein Vorschlag zur Priorisierung vorgelegt:

- alle Neuaufnahmen in ein Wohnheim prüfen (Qualitätsziel: ambulant vor stationär)

- alle Hilfen prüfen, die außerhalb des Versorgungsgebiets geleistet werden sollen:

Wunsch des Hilfesuchenden? oder Mangel an Hilfen in der Region? (Qualitätsziel: gemeindeintegrierte Hilfe vor wohnortfernere Hilfe)

- kombinierten Hilfen, die nicht vom Klienten selbst koordiniert werden können (z. B. Eingliederungshilfe und Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben) (Qualitätsziel: Komplexleistung statt additive Leistungen)

- in abgestimmten Zeitintervallen (z. B. alle 3 Jahre) auch mit vermeintlich eindeutigen Hilfebedarfen befassen. (Qualitätsziel: Hilfe zur Selbsthilfe statt dauerhafte kompensatorische Unterstützung)
- nicht nur Zugang zu Hilfen, sondern auch Erreichung der (Zwischen-) Ziele, Änderung, Minderung und Beendigung der Hilfen systematisch beraten (d. h. die HPK achtet auf entsprechende anteilige Berücksichtigung).

Ungünstig ist eine Eingrenzung der Zielgruppe auf den Bereich Ambulant Betreutes Wohnen, ggf. erweitert um Neuaufnahmen ins Wohnheim. Sofern eine solche Eingrenzung besteht, sollte sie überwunden werden.

3.3 Ressourcenverschiebung zu ambulanten Leistungen und Schaffung eines durchlässigeren Hilfesystems im Bereich der Eingliederungshilfe durch zeitbezogene Finanzierung von Hilfen zur Teilhabe in allen Bereichen, also auch Wohnheim, Tagesstruktur, Arbeit und Beschäftigung

Der im SGB XII vorgegebene Wechsel von einer angebotsorientierten zu einer leistungsorientierten Finanzierung der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, vor allem der Ablösung der Finanzierung vom Einrichtungsbezug, ist bisher nur bei den ambulanten Hilfen erreicht worden.

Die regelhafte Koppelung der fachlichen Hilfe mit einer entsprechenden Einrichtung – Hilfe zum Wohnen in einer Einrichtung zum Wohnen, Hilfe zur Tagesgestaltung in einer Einrichtung zur Tagesgestaltung, Hilfe zu Arbeit und Beschäftigung in einer Einrichtung für Arbeit und Beschäftigung – steht grundsätzlich dem Normalisierungsprinzip entgegen.
Gleichwohl ist für einen Teil der Leistungsberechtigten eine Koppelung sinnvoll, weil sie sonst überfordert sind. Auch in diesen Fällen sollte, die Finanzierung grundsätzlich entkoppelt werden (gesonderte Vergütung für Hilfen zur Teilhabe einerseits und Unterkunft, Verpflegung, Arbeitsplatz, Funktionsräume usw. andererseits).

Empfehlung:
Erforderliche Hilfen sollten in allen Settings, vorrangig im normalen Leben, und nicht nur in spezialisierten Einrichtungen realisiert werden.

Die Bestimmung erforderlicher Hilfeleistungen sollte grundsätzlich vom Ort der Erbringung gelöst werden. Sinnvoll wäre ein durchgehendes System der individuellen Hilfebemessung über Zeitbedarfe (im Kern Fachleistungsstunden) unabhängig von Ort und Einrichtungstyp.

Erst dann kann die im Ambulant Betreuten Wohnen erreichte Flexibilisierung auch auf andere Bereiche der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft übertragen werden. Wenn Veränderungen der Hilfen nicht auch mit einer Entwurzelung aus dem gewohnten Wohnfeld (fremdbestimmter Umzug) und einem (fremdbestimmten) Wechsel des Bezugstherapeuten verbunden sind, dann mindert dies entscheidend die Widerstände gegen Veränderungen, z. B. gegen die Reduzierung der Hilfe von der „institutionellen Dosis" Wohnheim zu Ambulant Betreutem Wohnen oder zu ambulanter Beratung – die Durchlässigkeit des Versorgungssystems kann so erheblich gefördert werden.

Aufgabe der Fachleistung ist es insbesondere, die Klienten zu befähigen in normalen Milieus (z. B. Mietwohnung statt Wohnheim, Praktikum im Betrieb statt WfbM, Verein statt Tagestätte) zurecht zu kommen, und erforderlichenfalls die in den Milieus handelnden Personen zu unterstützen, mit den Besonderheiten der Klienten zurecht zu kommen. Deshalb sollten auch Aufwand z. B. für Bürgerhelfer und Sachkosten berücksichtigt werden. (Siehe auch 3.4)

Empfehlung:
Auch in Heimen und in Tagesstätten sollte eine zeitbezogene Finanzierung nach dem Muster der Fachleistungsstunden im Ambulant Betreuten Wohnen eingeführt werden. Dies leitet die Trennung von Maßnahme und Wohnen ein und damit wird die vollstationäre Institution (Heim) als leistungsrechtliche Einheit aufgegeben.

Empfehlung:
Die Begriffe des § 75 SGB XII „Leistungen" und „Leistungsbereiche" sollten nicht als „Leistungstypen = Institutionstypen" definiert werden, sondern als Hilfefunktionen in den Teilhabebereichen Wohnen

und Alltagsbewältigung, Arbeit und Beschäftigung.

Das ist der entscheidende Schritt, um die bisherige Trennung zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Hilfen zu flexibilisieren und die Durchlässigkeit bei abnehmendem Hilfebedarf zu verbessern. – Außerdem müssen andere Nutzungen für Heim-Gebäude durch Ablösung von der Zweckbindung infolge der Investitionsfinanzierung ermöglicht werden. Sonst „dürfen" die Wohnheim-Bewohner nicht ausziehen, weil der Träger in finanzielle Schwierigkeiten kommen würde.

Durch Angleichung der Finanzierung von Eingliederungshilfe in allen Bereichen entfällt der wirtschaftliche Anreiz zu Heimaufnahmen. Es ist davon auszugehen, dass sich Hilfebedarfe nach langjährigem Wohnen in einem Wohnheim reduzieren. Durch verminderte Neuaufnahme und bedarfsgerechter Anpassung der Finanzierung an die individuellen Hilfebedarfe lässt sich der Anteil stationärer Hilfen reduzieren.

Zur Angleichung der Finanzierung gehört auch eine Angleichung der Finanzierungsmodalitäten. Gemäß § 77 SGB XII werden Vergütungssätze für Leistungen von Einrichtungen und Diensten prospektiv vereinbart. Im stationären und teilstationären Bereich werden in der Regel die vereinbarten Leistungen als erbracht gewertet, sofern der Anspruchberechtigte in der Einrichtung lebt, diese besucht oder in einem definierten Betreuungsverhältnis steht. Dagegen gelten im ambulanten Bereich erhöhte Dokumentationspflichten über erbrachte Leistungen. Grundlage der Finanzierung ist der dokumentierte Kontakt zum behinderten Menschen. Dies führt zu finanzieller Planungsunsicherheit für die Leistungserbringer, wenn die Hilfeleistung unregelmäßig in Anspruch genommen wird.

Das kann zu Fehlanreizen und Über- und Unterversorgung führen:

- Psychisch kranke Menschen mit eingeschränkter Abspracheverlässlichkeit oder stark schwankenden Hilfebedarfen werden auf stationäre Hilfeformen verwiesen oder bleiben ohne Hilfe.
- Ambulant betreute psychisch kranke Menschen werden auch ohne aktuellen Bedarf zu Betreuungskontakten motiviert (und damit an eine nicht immer erforderliche Betreuungsdichte gewöhnt).
- Bei der Hilfeplanung werden Hilfebedarfe an den zu erwartenden Spitzenwerten an Betreuungsintensität gemessen, und nicht, wie es richtig wäre, an den Durchschnittswerten.
- Wenn fest verabredete Betreuungskontakte die verfügbare Wochenarbeitszeit einer Fachkraft ausfüllen, besteht keine Möglichkeit in personeller Kontinuität auf Krisen mit erhöhtem Zeiteinsatz zu reagieren.

Empfehlung:
Grundlage der zeitbezogenen Finanzierung sollte grundsätzlich der prospektiv festgestellte Hilfebedarf sein. Dem ambulanten Leistungserbringer sollten verlässliche Vergütungen auch dann gewährt werden, wenn (selbstverständlich in Absprache mit dem Leistungsberechtigten) der Zeitaufwand für Betreuungsleistungen unter den Planungswert abgesenkt werden. Dabei darf die Zielerreichung nicht durch geminderte Hilfeleistung gefährdet oder verzögert werden.
Im Vordergrund der Leistungsüberprüfung sollte die Wirkungskontrolle (Zielerreichung), nicht die Leistungskontrolle (dokumentierter Kontakt) stehen.

Zu berücksichtigen ist auch, dass eine unterschiedliche Heranziehung von Unterhaltsverpflichteten mit ungünstigen Steuerungswirkungen verbunden sein kann.

3.4 Stärkere Vernetzung psychiatrischer Dienstleistungen mit Selbsthilfe, Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerhilfe und anderen nicht-psychiatrischen professionellen Dienstleistungen

Im Rahmen der Integrierten Hilfeplanung (IHP) ist vorgesehen, vor jeder psychiatrischen Hilfe abzufragen, ob sie durch nicht-psychiatrische Hilfen ersetzt oder zumindest ergänzt werden kann: Im Bogen V des IHP werden die individuellen Ziele in Bezug zur Vorgehensweise gesetzt. Bei den erforderlichen Leistungen wird dabei der Vorrang der Hilfen aus dem sozialen Umfeld und der allgemeinen sozialen Hilfen betont. In der Erläuterung im IHP heißt es: Nur wenn Hilfen aus dem sozialen Umfeld und allgemeine medizinische oder soziale Hilfen nicht möglich sind, sollen „behinderungsspezifische Leistungen durch Fachdienst" angegeben werden.

Empfehlung:
Die Vernetzung psychiatrischer Dienstleistungen mit Selbsthilfe, Familienselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Bürgerhilfe und anderen professionellen Dienstleistungen sollte erheblich verstärkt werden.

Empfehlung:

Den Hilfen aus dem sozialen Umfeld und den allgemeinen medizinischen und sozialen Hilfen sollte in den Hilfeplanbesprechungen stärkere Beachtung beigemessen werden. Insbesondere ist zu verdeutlichen, dass zielbezogene fachliche Hilfen auch die Funktion haben, Hilfen aus dem sozialen Umfeld zu initiieren, zu fördern und zu ermöglichen.

Empfehlung:
In diesem Zusammenhang ist bei Pflegebedürftigen eine enge Kooperation mit den entstehenden Pflegestützpunkten sicher zu stellen. Die dort angesiedelten Pflegeberater haben einen Beratungs- und Begleitungsauftrag, der deutlich über die Grenzen der Grundpflege nach SGB XI hinausgeht.

Empfehlung:
Der Landschaftsverband Rheinland sollte die Strukturverantwortung für die Unterstützung bürgerschaftlich/ehrenamtlicher Hilfen erhalten, die sich auf seelisch behinderte Menschen mit Bedarf an Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beziehen. Er sollte dabei darauf hinwirken, dass die übrigen Sozialleistungsträger angemessen einbezogen werden.

Die Aktivitäten der Sozialpsychiatrischen Zentren zur Förderung bürgerschaftlich/ehrenamtlicher Hilfen sollten deutlich ausgeweitet werden.

3.5 Optimierung der Kooperationsbeziehungen der Leistungsanbieter

durch:

- Initiierung Gemeindepsychiatrischer Verbünde
- Kliniken, die ihre interne Struktur und die Arbeitsabläufe auch an den Erfordernissen der Zielgruppen-bezogenen Kooperation mit den anderen Leistungserbringern orientieren, statt nach Maßnahmearten wie stationär, teilstationär und ambulant

Während sich die Transparenz erhöht hat und wechselseitige Beratungs- und Kooperationsbereitschaft gewachsen ist, sind hinsichtlich regionaler Verantwortung und Verbindlichkeit bei den Leistungsanbietern Unterschiede festzustellen. Sowohl die Realisierung komplexer Hilfeleistungen als auch die Sicherstellung von Versorgungsleistungen in der Region setzen einen Gemeindepsychiatrischen Verbund der Leistungsanbieter mit gemeinsamen Qualitätsstandards voraus. Die Beteiligung an einer regionalen Versorgungsverpflichtung ist dabei ein essentieller Qualitätsstandard.

Die Versorgungsverpflichtung ist unverzichtbarer Bestandteil regionaler Hilfesysteme. Durch Leistungsverlagerungen auf neue Leistungsanbieter ohne Leistungsvereinbarung (Persönliches Budget) wird es noch wichtiger, ein verpflichtend im Einzelfall kooperierendes Hilfesystem zu markieren, dass Qualitätsanforderungen auf der Ebene der Leistungsvereinbarungen genügt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass es im Vorfeld und teilweise nach Abschluss antragsgestützter Pflichtleistungen niedrigschwellige Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen geben muss.

Empfehlung:
Deshalb sollte eine Initiative des LVR zur Schaffung von Gemeindepsychiatrischen Verbünden in allen Kreisen und Städten gestartet werden. In großen Kreisen und Städten kann eine räumliche Unterteilung zur Bildung mehrere Verbünde sinnvoll sein.

Die patientenbezogene Kooperation zwischen Klinik und dem Teilhabebereich kann erleichtert und verbessert werden (sowohl aus Sicht der Klinik wie der Teilhabe-Einrichtungen und Dienste), wenn die Zielgruppen von Klinik-Einheiten denen der Teilhabe-Einrichtungen möglichst entsprechen (regionale Zuständigkeit, Art der Behinderung). Dann können die Mitarbeiter auf beiden Seiten in Bezug auf mehr Patienten kooperieren, wodurch die Qualität der Zusammenarbeit gefördert wird und Zeit besser genutzt werden kann, als wenn Kooperationen Einzelereignisse bleiben ohne Perspektive einer häufigeren Zusammenarbeit.

Empfehlung:
Deshalb sollten die Klinikstrukturen und -prozesse personenbezogen und nicht maßnahmebezogen weiter entwickelt werden.
Behandlungsprozesse und Strukturen der Klinik sollten vom Patienten her und aus der institutsambulanten Perspektive konzipiert werden: Zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse und der Kooperation der Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Der Landschaftsverband Rheinland ist als Träger nur für einen Teil der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie im Rheinland zuständig. Die Empfehlung richtet sich an alle psychiatrischen-psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen.

Empfehlung:
Psychiatrische Kliniken sollten in jedem Gemeindepsychiatrischen Verbund als Mitglied einbezogen werden. Die Versorgungsgebiete der Kliniken sind oft größer als die der Gemeindepsychiatrischen Verbünde. In diesen Fällen

sollten die Kliniken Mitglied in allen Gemeindepsychiatrischen Verbünden ihres Versorgungsgebiets werden.

Hinweis: Seit 1.1.2009 ist zu beachten, dass ins SGB V der Anspruch der Versicherten auf „Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche" aufgenommen wurde (§ 11 Absatz 4).

3.6 Sicherstellung niedrigschwelligen Zugangs - zur Notwendigkeit von Teilhabeleistungen neben antragsgestützten Einzelleistungen

Eine Sicherstellung bedarfsgerechter Hilfen zur Teilhabe ergibt sich nicht allein aus der Summe bedarfsgerechter Behandlung und auf Antrag bewilligter individueller Leistungen zur Teilhabe. Darüber hinaus sind Hilfeleistungen notwendig, die nicht oder unzureichend über individuelle Hilfeplanungsverfahren mit Antragsstellung und Bewilligung von Teilhabeleistungen erreicht werden können (und nicht in der Zuständigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste liegen), z. B.

- geringe oder sporadische Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für psychisch kranke Menschen,
- kurzfristige intensive Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen (psychosoziale Beratung, Unterstützung bei sozialen Angelegenheiten),
- Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen mit hohem Hilfebedarf, die eine Antragstellung ablehnen oder die Verbindlichkeit einer Betreuungsvereinbarung scheuen,
- Unterstützung und Beratung von Angehörigen bzw. sonstigen Bezugspersonen von psychisch kranken Menschen in Fragen der Teilhabe.

Diese Hilfebedarfe erfordern schnellere, flexiblere (auf nach Art und Umfang der Hilfe verschiedene) Interventionen, als durch das Verfahren für individuell auf Antrag gewährte Hilfen (die vermutlich auch teurer wären) möglich ist.

Empfehlung:
Es wird empfohlen, dass der Landschaftsverband Rheinland Teile der Eingliederungshilfe für pauschalisierte Leistungen für die o.g. niedrigschwelligen Hilfen einsetzt.

Die Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) sollten dabei eine zentrale Rolle spielen, sofern sie

- einem Gemeindepsychiatrischen Verbund angehören und dessen Qualitätsanforderungen erfüllen,
- über die eigenen Angebote hinaus im Zentrum der Kooperationsbeziehungen zwischen den Leistungsanbietern stehen und
- Selbsthilfeaktivitäten unterstützen.

3.7 Verstärkte Einbeziehung ambulanter psychiatrischer Behandlung und Rehabilitation

Die ambulante fachärztliche Behandlung durch niedergelassene Psychiater ist in vielen Fällen nicht ausreichend und teilweise nicht mehr zeitnah zu erreichen. (Hintergrund: Die ambulante psychiatrische Behandlung in den Fachpraxen wird von der KV mit ca. € 48 pro Quartal völlig unzureichend vergütet, so dass die meisten niedergelassenen Kollegen primär psychotherapeutisch arbeiten, weil sie für eine Therapiesitzung > € 80 erhalten.)

Die Institutsambulanzen haben rechtlich die Möglichkeit zu fachärztlicher Behandlung, auch komplexer Behandlung in Verknüpfung mit nicht-ärztlichen Leistungen: zum einen in eigener Zuständigkeit soweit über die Institutsambulanz finanziert, zum anderen auch durch Patienten-bezogene Kooperation mit anderen Leistungserbringern des SGB V oder des Teilhabe-Bereichs. Allerdings reicht die im Rheinland im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sehr niedrige Pauschalfinanzierung zur multiprofessionellen komplexen Behandlung nur bei wenigen Patienten.[19]

Empfehlungen:
Die Einbeziehung von Behandlungsleistungen nach SGB V sollte verstärkt werden. Dabei ist auch an psychiatrische Pflege, Soziotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie in der eigenen Häuslichkeit zu denken.

Diese Form von ambulanter Behandlung muss eng mit der Hilfe zur Teilhabe verknüpft werden. Sie soll Eingliederungshilfe ergänzen und entlasten.

Leistungsanbieter (Teilhabe) werden motiviert, feste Kooperationen mit Leistungsanbietern von SGB V-Leistungen zu begründen oder diese Leistungen selbst anzubieten. Diese Motivation kann z.B. durch regionale Zielvereinbarungen und durch spezielle Vereinbarungen zur ergänzenden Finanzierung (Koppelung von SGB V-Leistungen mit Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) gefördert werden.

Den Institutsambulanzen sollte auch **intensive** ambulante Behandlung ermöglicht werden.

19 Die Quartalpauschale liegt im Rheinland zwischen 100 und 200 Euro/Quartal.

3.8 Mehr Transparenz von Versorgungsprozessen durch Monitoring als Orientierung für gezielteres Steuern

Schon jetzt werden in der Hilfeplankonferenz und im Fallmanagement des LVR die Daten personenbezogen dokumentiert. Ausgehend davon könnte die Auswertung über die Häufigkeit von Maßnahmen hinaus auch als Inanspruchnahme von verschiedenen Maßnahmen durch **Personen/Zielgruppen** im Querschnitt und im Längsschnitt weiter entwickelt werden. Zusätzlich können die Leistungen mit dem Ressourcen-Verbrauch verknüpft werden. Die Ressourcensteuerung über Plätze könnte abgelöst werden durch Controlling von Budgets für Zielgruppen (Personen aus Regionen nach Art der Behinderung). Dann könnten auch vermutete Substitutionseffekte z. B. zwischen Teilhabeleistungen zum Wohnen sowie zu Arbeit und Beschäftigung geprüft werden (vgl. 3.1.3; 3.3), oder der langfristige Ressourcenverbrauch bei wohnortferner und wohnortnaher Wohnheimversorgung (vgl. 3.1.2).

Empfehlung:
Es sollte in der HPK eine standardisierte Beschluss-Dokumentation eingeführt werden, die unmittelbar nach der HPK anonymisiert allen Beteiligten zur Verfügung steht und auf diese Weise zeitnah Entwicklungen der Versorgungssituation abbildet.

Dabei ist mindestens zu erfassen:

a) Ort der Leistungserbringung: in der Herkunfts-Gebietskörperschaft, in der benachbarten oder weiter entfernten Gebietskörperschaft
- auf Wunsch des Hilfeempfängers
- weil geeignete Hilfe wohnortnah nicht verfügbar

b) Leistungsbereiche der bewilligten bzw. empfohlenen Hilfe nach den Funktionen[20], die von unterschiedlichen Institutionen erbracht werden:
- sozialpsychiatrische Grundversorgung[21]
- Hilfe zur Selbstversorgung im Wohnbereich,
- Hilfe zur Tagesgestaltung
- Hilfe zu Arbeit und Beschäftigung
- spezielle Therapieverfahren
- Hilfen bei Koordination und Abstimmung

c) Leistungsbereich der bewilligten bzw. empfohlenen Hilfe nach sozialrechtlichen Kategorien (SGB II – XII, sonstige Hilfen);

d) Art der Hilfeleistung
- Sachleistung ambulant
- Sachleistung stationär
- Persönliches Budget

e) Umfang der Hilfeleistung
- Zeitaufwand der direkt klientenbezogenen Hilfeleistung (Fachleistungen, andere Leistungen) pro Woche
- Bewilligungszeitraum

f) Bei Wiedervorstellungen: wurde die Zielerreichung überprüft?

g) Leistungserbringer

Empfehlung:
Dem Landschaftsverband Rheinland wird empfohlen, den HPK-Planungen den **geplanten** Ressourcenverbrauch zuzuordnen (pragmatisch der Größenordnung nach) und einen SOLL-IST Vergleich zu entwickeln, der auch die tatsächlich erbrachten Leistungen und abgerechneten Kosten berücksichtigt – um Leistungen und Kosten rückblickend bewerten und vorausschauend steuern zu können. Die aktuelle Verfügbarkeit solcher Controlling-Daten in der HPK und beim LVR verbessert erheblich die Orientierung für verantwortliche Steuerung auf der Einzelfall-Ebene und den höheren Ebenen.

Da für die zukünftige regionale Steuerung von Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung die Bedarfs- und Anspruchsvoraussetzungen von großem Interesse sind, sind die vorliegenden arbeitsbezogenen Daten auszuwerten und künftig regelhaft zu erfassen;
- Anteil der Erwerbsfähigen/voll Erwerbsgeminderten
- Erwerbsstatus (beschäftigt, in Maßnahme, nicht beschäftigt)
- Einkommensstatus (eigenes Einkommen, Einkommen in Bedarfsgemeinschaft, ALG I, ALG II, Erwerbsminderungsrente, Grundsicherung nach SGB XII, usw.)
- Rehabilitationsbedarf (geklärt – welcher Bedarf, bzw. ungeklärt)

Dies sind sehr anspruchsvolle Aufgaben, deren Realisierung ein längeres Vorgehen in überlegten Schritten („lernendes System") erfordert.

20 Aktion Psychisch Kranke (Hg.) Der personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung, Abschnitt 2.1.3. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 5. Auflage 2005

21 ‚Sozialpsychiatrische Grundversorgung' umfasst alle Leistungen, die nicht einzelnen Lebensbereichen zugeordnet werden kann, z.B. medikamentöse Behandlung, Kriseninterventionen, Präsenz von fachlichen Ansprechpartnern usw.

4. Projektauftrag und Vorgehensweise

4.1 Ziel des Projekts

„Der Landschaftsverband Rheinland möchte untersuchen, wie sich die ergriffenen Steuerungsaktivitäten seit Übernahme der Zuständigkeit auch für die ambulanten Eingliederungshilfen zum Wohnen auf die Entwicklung der regionalen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen im Bereich der Eingliederungshilfe ausgewirkt haben." (Beschluss LVR)

Das Projekt umfasste:

- Die Untersuchung der Entwicklung der Hilfe für psychisch behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft der letzten Jahre
- Die Beschreibung der aktuellen Situation
- Die Analyse der Versorgungssituation
- Die Erstellung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen und ihrer Steuerung.

Dabei war zu beachten die Ebene

- **des Einzelfalls**
- **der Leistungsanbieter bzw. Leistungserbringer**
- **der regionalen Steuerung und der Finanzierung**

4.2 Vorgehen

Bei der Analyse und Bewertung der Entwicklung im Rheinland hat sich die Aktion Psychisch Kranke konzentriert auf folgende **Ausgangsfrage:**

Dabei war zu beachten die Ebene

- des Einzelfalls,
- der Leistungsanbieter bzw. Leistungserbringer,
- der regionalen Steuerung und
- der Finanzierung

Konkrete Aspekte waren:

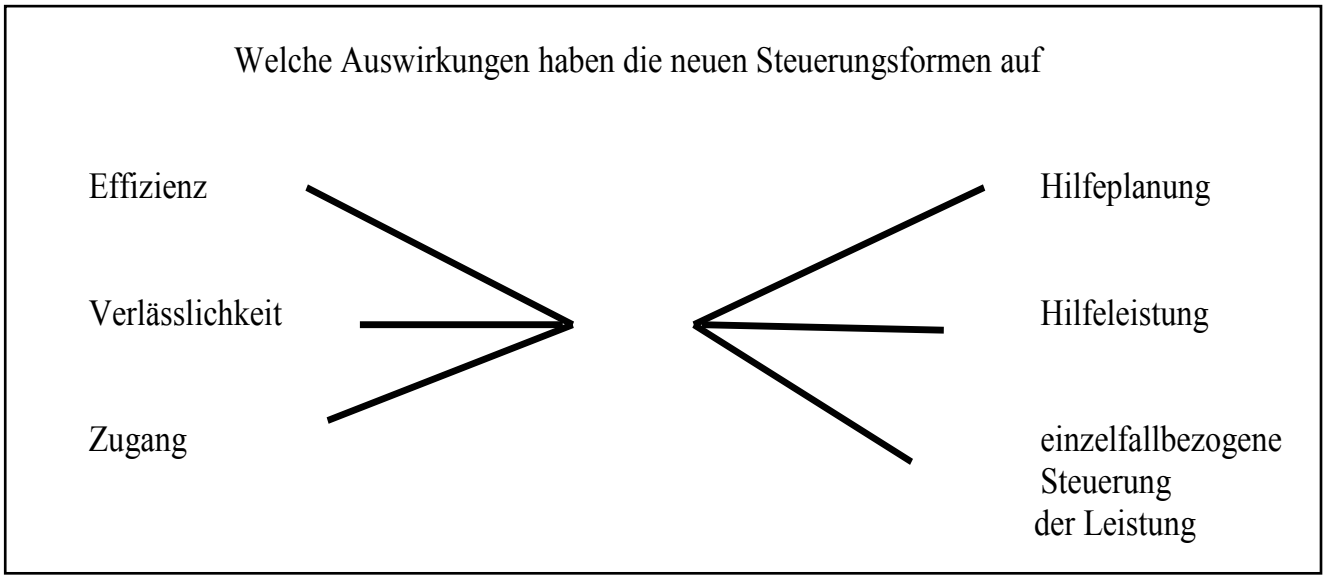
- ambulant vor stationär
- Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und Diensten
- Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern
- zusätzliche Entwicklungsbedarfe
- Zunahme im Bereich Ambulant Betreuten Wohnens

Es wurde eine monatlich tagende Arbeitsgruppe (insgesamt 9 Treffen) aus folgenden Personen gebildet:

Prof. Dr. Heinrich Kunze (Leiter)
Lothar Flemming (LVR)
Jörg Holke (APK)
Rainer Hölzke (APK)
Ulrich Krüger (APK)
Beate Kubny-Lüke (LVR)
Katharina Lorenz (APK)
Prof. Dr. Reinhard Peukert (APK)
Dr. Niels Pörksen (APK)

Die Arbeitsgruppe legte vier Schwerpunktregionen zur besonderen Beachtung bei der Analyse der Versorgungssituation fest:

- Kreis Mettmann



- Kreis Heinsberg
- Stadt Wuppertal
- Stadt Mönchengladbach

Die Schwerpunktregionen wurden alle mehrmals besucht. Es gab Kontakte zu den Psychiatriekoordinatoren, den Sozialpsychiatrischen Diensten, den regionalen Steuerungsgruppen sowie Leitenden (Abteilungs-) Ärzten der Schwerpunktregionen versorgenden Kliniken.

Es wurde ein Beirat gebildet, der zweimal tagte. (Mitglieder siehe Anhang Anlage I)

Das Projekt wurde durch Rundschreiben an die Sozialdezernenten in allen Kommunen bekannt gegeben. Dabei wurde zu einem Workshop (10. Juni 2008) eingeladen, auf dem über die Projektziele und die Vorgehensweise informiert wurde. Dabei wurden alle Akteure der psychiatrischen Versorgung zur Mitwirkung aufgerufen.

In der Folge gingen zahlreiche schriftliche und mündliche Stellungnahmen bei der APK ein.

Es wurden diverse strukturierte Telefon-Interviews und Vor-Ort-Gespräche geführt. (Auflistung: siehe Anhang Anlage II)

Es wurden Rheinland-weit die SPZ mit einem Fragebogen angeschrieben. (Auswertung: siehe Anhang Anlage IV)

5. Analyse spezieller Leistungsbereiche

Anhand konkreter vom LVR vorgelegter Fragen wurden folgende Bereiche untersucht:

1. Regional versorgende psychiatrische Klinik
2. Sozialpsychiatrisches Zentrum (SPZ)
3. Hilfen für suchtkranke Menschen
4. Wohnheime
5. Hilfeplanverfahren

5.1 Regional versorgende psychiatrische Kliniken

5.1.1 Erfahrungen mit der Hochzonung aus Sicht von Klinikleitern

In diesem Abschnitt wird eine Zusammenfassung von Äußerungen von 6 Leitenden Ärzten (oder Vertretung) von 6 Kliniken geleistet, die für die Versorgung der Kreise Heinsberg und Mettmann sowie die Städte Mönchengladbach und Wuppertal zuständig sind.

Welchen Nutzen können diese Äußerungen im Zusammenhang dieser Untersuchung haben, zumal es sich meist nicht um empirisch gesicherte Informationen handelt? Die Gesprächspartner geben ihre Eindrücke, ihren Wissensstand über Fortschritte, Problembereiche, Ziele, Wertmaßstäbe und Praktiken von Akteuren im Versorgungsnetz wieder. Aus der Sicht des LVR (aber auch der örtlichen HPK und anderer Beteiligter) kann jeweils überlegt werden, was davon aus eigener Perspektive relevant sein könnte, um dann ggf. sich in eigener Zuständigkeit die als notwendig erachteten Informationen zu beschaffen als Grundlage für aktives Vorgehen, z.B.: mit den für den konkreten Fokus relevanten Akteuren/Gremien das Thema zu erörtern, gezielte Auswertungen aus Daten (Leistungen, Kosten, Leistungserbringer, HPK ...) des LVR oder der Klinik-BaDo zu erstellen, zeitlich begrenzte, inhaltlich umschriebene Erhebungen sowie Planung von konkreten Schritten zur weiteren Verbesserung der Aufgabenerfüllung zu veranlassen.

Die Gespräche führte Prof. Kunze. Er besuchte die Rheinische Klinik Mönchengladbach am 5. Dezember 2008 und führte die Telefon-Interviews durch in der Zeit vom 20.- 23. Januar 2009. Aus den Gesprächsnotizen wurden die Informationen im folgenden Text systematisch nach den 6 Fragen A – F inhaltlich zusammengestellt., dei in einem Brief mit der Bitte um ein Telefoninterview vorab zugesandt worden waren. Darüber hinaus hatten die Gesprächspartner die Gelegenheit auch Punkte anzusprechen, die außerhalb dieser Systematik lagen. Diese werden, soweit sie für das Projekt relevant sind, auch berücksichtigt. Die Inhalte werden zum Teil mit einer Quellenangabe versehen, weil viele Aussagen in ähnlicher Form auch für einige andere Kliniken gelten, und weil manche Aussagen ohne Quellenangaben nur verwendet werden dürfen. Auf die Widergabe im Konjunktiv der indirekten Rede wurde zur sprachlichen Vereinfachung verzichtet. Eigene Kommentare des Autors sind durch andere Schrift kenntlich gemacht.

Die folgende Fragen A bis F wurden erörtert. Hier werden Äußerungen der Interviewpartner zusammengefasst angegeben. Ausführlichere Angaben zu den Äußerungen sind dem Anhang XIII zu entnehmen.

A. Führt die Verkürzung der Verweildauer zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Maßnahme der Eingliederungshilfe?

Zusammenfassung der Äußerungen:
Die Antworten waren sehr unterschiedlich: Sie reichen

von „kein Zusammenhang“ bis zu „Umgekehrt wird ein Schuh draus: Gute Eingliederungshilfe und ambulante Krankenhausbehandlung ermöglichen frühere Entlassung von schwierigen Patienten, deren Verweildauer sonst zu hoch wäre.“ Allerdings erfordere dies auch vermehrt Hilfen zur Teilhabe für kurzfristig sich verändernden Hilfebedarf. Außerdem wird hingewiesen auf den Einfluss von: Mangel an therapeutischem Personal, Druck der Krankenkassen zur Verweildauerverkürzung, Mangel an ambulanten Behandlungsmöglichkeiten außerhalb der Kliniken sowie von medizinischer und beruflicher Rehabilitation. – Damit werden wesentliche Themen der folgenden Fragen angesprochen.

Empfehlung:
Austausch über das Thema regelmäßig auf die Tagesordnung der Konferenz der Ärztlichen Direktoren des LVR setzen, Vertreter der Dezernate 7 und 8 des LVR dazu einladen.

B. Wie wird die regionale Bedarfssituation im Bereich der Eingliederungshilfe eingeschätzt? Bestehen ungedeckte Bedarfe? Und wenn ja für welche Teilgruppen?

Zusammenfassung der Äußerungen:
Mehrere Ausführungen konvergieren in der Beschreibung einer besonders schwierigen Gruppe von Patienten mit bestimmten Merkmalen und Versorgungsprozessen. Es geht um Jugendliche und junge Erwachsene mit kombinierten Beeinträchtigungen (durch Psychose, Persönlichkeitsstörung, Sucht/Missbrauch, Dissozialität), die von sich aus unzureichend kooperieren, die immer wieder therapeutische Beziehungen abbrechen oder wegen mangelnder Kooperation ausgeschlossen werden, die in die Anonymität der Großstädte driften und damit oft auch in die Zuständigkeit der Wohnungslosenhilfe oder der Polizei.

Empfehlung:
Patentlösungen sind nicht zur Hand. - Besonders wichtig ist die Realisierung einer langfristig koordinierenden Bezugsperson (Vertretung gewährleisten) mit zwei Anforderungen:
a) Einrichtungs- und Leistungsbereichs-übergreifend,
b) Beziehungsgestaltung nach dem angelsächsischen „Assertive Outreach“-Konzept, das in Deutschland z. B. in der forensischen Nachsorge erprobt wird. Solange diese Patienten krankheitsbedingt die üblicherweise vorausgesetzte Kooperationsfähigkeit in den therapeutischen Prozess nicht einbringen (können), hat der Therapeut die ganze Verantwortung dafür, dass der Kontakt nicht abreißt. Dazu sind oft auch rechtliche Mittel hilfreich (rechtliche Betreuung, Unterbringung nach Psych-KG und Verurteilung sowie Aussetzung der Strafen in Verbindung mit Auflagen).
In Verbindung mit diesem konsequenten Casemanagement macht dann auch die Nutzung unterschiedlicher Angebote des regionalen Hilfe-Netzes einschließlich der Klinik Sinn.

Zusammenfassung der Äußerungen:
Es kommt häufig zu einer Desintegration fördernden Prozessdynamik: Einrichtungen in der Wohnort-Gebietskörperschaft lehnen Patienten als zu schwierig ab, für den dann nur weiter auswärts etwas gefunden wird. Wenn aber nicht gleich ein „geeigneter“ Patient die Belegung des Heim-Platzes sichert, dann wird ein Patient von auswärts aus betriebswirtschaftlichen Gründen genommen. Auf diese Weise wächst trotz gemeindepsychiatrischer Konzeption der Einrichtung der Anteil von ortsfremden Bewohnern.
Diese reziproken Ausgliederungsprozesse erhalten Schub durch die Angebotsorientierung in Verbindung mit betriebswirtschaftlichen Gründen.

Kommentar APK:
Welche Personen-, Prozess- oder Institutions-Merkmale lassen diese Wanderbewegungen/ versorgungsinduzierte Ausgliederung besser verstehen und beschreiben? Es gibt gute Gründe für die Hypothese, dass jede Versorgungsstrategie, die mit Ausgliederung verbunden ist, langfristig auch teurer ist.

Empfehlung:
Dieser Desintegrationsprozess sollte unterbunden werden. Wie kann man solche Fälle und solche Praktiken zeitnah feststellen und im Rahmen von Qualitätsverbesserung durch Intervention andere Versorgungsabläufe einführen? Dies muss zwischen Klinik, HPK und LVR geklärt werden. – Hier ist sicherzustellen, dass solche Problemfälle nicht an der HPK der Heimatregion des auswärtig untergebrachten psychisch kranken Menschen vorbei gehen!
Ansatzpunkte zur Umsteuerung dieser Versorgungspfade könnten Informationen in Bezug auf folgende Fragestellung sein: Welche Hilfesysteme haben die „Problempatienten“ in Anspruch genommen, bevor die Eingliederungshilfe und die Erwachsenenpsychiatrie zuständig wurden? (Siehe auch Kapitel 3.8)

Zusammenfassung der Äußerungen:
Als eine wichtige Aufgabe bei der Eingliederung vor Ort wird die Umgebungs- und Nachbarschaftspflege herausgestellt. Insbesondere, wenn es um Personen geht, die für die Nachbarschaft eine Belastung sein können, müsse sehr darauf geachtet werden, wie man einen konstruktiven Umgang auch zur Zufriedenheit der Nachbarschaft erreicht. – Diese Arbeit mit dem sozialen Kontext der Hilfeempfänger

ist nicht ohne Weiteres dem Einzelfall zuzurechnen.

Empfehlung:

Die Kontextaufgaben sind bei einer zeitbezogenen Vergütung angemessen zu berücksichtigen. Aktuell wird nur das ambulant Betreute Wohnen zeitbezogen vergütet.

Zusammenfassung der Äußerungen:

Diese Ausführungen zur Versorgung mit stationären Hilfen zum Wohnen aus der Region Mönchengladbach – Viersen verdeutlichen die Zusammenhänge zwischen

- Gemeinsame Zielsetzung: bedarfsgemäße Versorgung in der Heimat-Gebietskörperschaft
- Individuelle Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz: Am Einzelfall werden Versorgungsdefizite deutlich.
- Berichterstattung aus der Sicht der HPKs und des LVR (integriert): von den Einzelfällen zur Analyse und Übersicht des – befriedigten/ungedeckten - Bedarfs von Personen nach Zielgruppen (nach Art der Behinderung und (Wohn-) Gebietskörperschaften),
- Weiterentwicklung des Angebots orientiert am regionalen Bedarf von Zielgruppen (gemäß definierten Qualitätskriterien) statt an den realisierten Maßnahmekapazitäten nach Messziffern / Einwohnern.

Empfehlung:

Berichterstattung: Die Beschreibung der Verteilung von (belegten) Plätzen in Einrichtungsbausteinen nach Maßnahmearten liefert nur ein statisches Bild;
bessere Orientierung für die Weiterentwicklung des regionalen Angebots bietet ein **Flussdiagramm**, ausgehend von Personen(-gruppen) aus kommunalen Gebietskörperschaften, das die **Versorgungsströme** von Personen (mit Merkmalen und den Hilfefunktionen, die sie im Querschnitt und Längsschnitt erhalten) sichtbar werden. Darauf sollte auch das Finanzcontrolling Bezug nehmen.

Empfehlung:

Zur Neutralisierung der Ausgliederungsprozesse können beitragen:

- Geeignete Anforderungen an die Einrichtungen (zur Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung im Rahmen der HPK, kontrollierte Verpflichtung, besonders die Problemfälle einzubringen), in Verbindung mit entsprechender Ausstattung und Änderung der betriebswirtschaftlichen Regelungen, z. B. damit die Über- und Unterbelegungen im Jahresdurchschnitt ausgeglichen werden können (Zulassung/Vertrag/Konzept/Ausstattung/ Finanzierung).
- Die Fallmanager des LVR sollten (weiterhin) bei der Eingangsprüfung von Anträgen auf Hilfen im Wohnbereich insbesondere darauf achten, ob sich eine Ausgliederungsdynamik droht? In Zweifelsfällen ist immer (auch) die HPK der Region einzubeziehen, zu der der psychisch kranke Mensch die stärksten Bezüge hat.

Das angebotsorientierte Verhalten müsste aus der Dokumentation des LVR-Dezernates Soziales, Integration erkennbar gemacht werden. Ein Hinweis sind die Zahlen zur Herkunfts-Gebietskörperschaft der Patienten im Vergleich zur Gebietskörperschaft, in der die – vorgesehene - Einrichtung liegt. (Vgl. ZPE Kapitel 5.3.4 zur Regionalisierung stationärer Hilfen) Nützlich wäre, dies mit personenbezogenen Merkmalen zu verknüpfen, sowie mit Prozessmerkmalen aus der Hilfeplankonferenz und Einrichtungs-Trägermerkmalen, um die Problematik regional gezielt ansprechen und gegensteuern zu können.

Jede HPK sollte zusätzlich in einer eigenen HPK-Dokumentation festhalten, in welchem Ausmaß, aus welchen Gründen und nach welcher Vorbehandlung psychisch kranke Menschen in Hilfeangebote außerhalb der Heimatregion wechseln? (vgl. Kapitel 3.8.)

Zusammenfassung der Äußerungen:

Die Praxis des Ambulant Betreuten Wohnens hat sich an manchen Orten schon in Richtung auf eine über die wohnbezogenen Hilfen hinausgehende allgemeine ambulante Teilhabehilfe entwickelt, die dem Patienten individuell integriert und die für ihn wichtigen Lebensbereiche im wirklichen Leben erschließt, an deren Teilhabe er/sie beeinträchtigt ist. Allerdings wird darüber wegen der geltenden Zuständigkeitsregelungen nicht offen gesprochen. Die jetzige Grenze zwischen der örtlichen und überörtlichen Zuständigkeit für Hilfen zur Teilhabe außerhalb des Wohnbereichs entlang der Unterscheidung, ob die Hilfe auf ein selbständiges Wohnen abzielt oder nicht, wird als lebensfremd und Ineffizienz fördernd angesehen. Es wurde berichtet, dass mit dem Ambulant Betreuten Wohnen auch Ersatzfunktionen für unzureichende Möglichkeiten anderer lebensfeldorientierter Teilhabeleistungen realisiert werden: zur Tagesstruktur, zu Arbeit / Beschäftigung, Zuverdienst, Kontakten usw., weil entsprechende Hilfen zur Teilhabe „ohne Bezug zum Wohnen“ im Zuständigkeitsbereich des örtlichen Sozialhilfeträgers unterentwickelt sind oder nicht realisiert werden. So kann das Ambulant Betreute Wohnen verschiedene Funktionen im Sinne allgemeiner ambulanter Teilhabehilfe haben, z. B. aus dem Zuverdienstarbeitsplatz ergeben sich Kantinenbesuch und Freizeitverabredungen. – So werden Ziele in den Bereichen Arbeit, Essensversorgung und Kontaktstiftung effizienter unterstützt, als wenn die drei

genannten Ziele getrennt realisiert werden.

Empfehlung:
Die Letztverantwortung für sämtliche Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderung sollte beim LVR liegen, solange dieser die Zuständigkeit für stationäre und teilstationäre Hilfen sowie ambulante Hilfen zur Förderung des Selbständigen Wohnens hat. (Vgl. 3.1.1)

C. Welche Rollen spielen überregionale Entlassungen oder Entlassungen in Pflegeeinrichtungen, der Obdachlosenhilfe etc. (als Indikator für regionale Bedarfsengpässe)?

Zusammenfassung der Äußerungen:
Außer den unter A. und B. angesprochenen Problemen wurde zusätzlich das Thema „geschlossene Unterbringung" verschiedentlich angesprochen. Es wurde berichtet, dass wohnortfern eine geschlossene Einrichtung gesucht wurde, weil wohnortnah ein entsprechender Platz nicht verfügbar war. Es gelang aber auch, für 5 Patienten, bei denen zunächst vom Bedarf „geschlossenes Wohnheim" ausgegangen wurde, durch intensive Beratung in der HPK andere individuelle Lösungen zu finden.
Dass Erwachsene mit Teilhabebedarf in Pflegeheime aufgenommen würden, kam gelegentlich als nicht belegter Verdacht zur Sprache. Einigkeit im Grundsatz bestand darüber, dass entscheidend die Art des vorrangigen Hilfebedarfs ist: Hilfe zur Teilhabe oder Pflege? Als Beispiele für überwiegenden Pflegebedarf wurden genannt ein 50-jähriger Patient mit Pflegebedarf bei einer fortgeschrittenen Chorea Huntington oder Zustand nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma.

Empfehlung:
Die Hilfeplankonferenz und das Fallmanagment des LVR sollte das Problem mit verstärkter Intensität im Auge behalten.

D. Haben sich Entlassstrategien/-prozesse und der damit für das Krankenhaus verbundene Aufwand durch das neue System verändert?

Zusammenfassung der Äußerungen:
Die Kliniken berichten: Ihre regionale Orientierung habe zugenommen, die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem LVR und den Kooperationspartnern und die Transparenz in der Region seien besser geworden. – Zu den organisatorischen Anpassungen wird berichtet: Die personelle Vertretung der Klinik in der HPK erfolge über spezialisierte Sozialarbeiterinnen oder alle seien in die Aufgabe eingearbeitet. Die Klinik Viersen behandle Patienten mit (wahrscheinlichem) Teilhabebedarf möglichst in einer Abteilung, die dann auch spezialisiert ist zur Zusammenarbeit mit der HPK. Die Klinik Mönchengladbach arbeite daran, die Struktur und Organisation der Klinik an den Funktionen für Zielgruppen innerhalb und über die Klinik hinaus zu orientieren. Zentrales Konzept seien die Therapeuten-Brücken über die Maßnahmegrenzen stationär/teilstationär/PIA hinweg und über die PIA mit den regionalen Kooperationspartnern für die jeweilige Zielgruppe:

Suchtbereich psychiatrischer Kliniken:
Facharztbrückenfunktion durch eine Oberärztin zwischen stationärer Behandlung, Stations- integrierter Institutsambulanz und regionaler Suchthilfe, so dass personenbezogene Kontinuität real möglich wird.

Gerontopsychiatrie: Facharzt und Oberarzt der Abteilung als therapeutische Brücke im gerontopsychiatrischem Zentrum, Institutsambulanz in Kooperation mit der Altenhilfe und der ambulanten Pflege. Ergänzung der vorhandenen ambulanten Beratung durch ein kommunales Angebot (Vorbild Köln) soll ins Gerontopsychiatrische Zentrum kommen.

Allgemeinpsychiatrie: RPK im Aufbau. Auch hier ist geplant, fachärztliche Brücken zur Allgemeinpsychiatrie in der Klinik zu schaffen.

Verbundarztstelle: seitdem 01.01.2008: 0,5 VK Arzt der Klinik tätig im SpDi zur besseren Vernetzung der Zusammenarbeit bei akut und bei chronischen Patienten.
Im Aufnahme- und Entlassstandard werde möglichst früh und systematisch auf Teilhabebedarfe und Bedarf in der Zuständigkeit anderer Kostenträger geachtet.

Empfehlung:
Regelmäßige Befassung mit dieser Thematik in der Konferenz der Ärztl. Direktoren der Rheinischen Kliniken mit dem Dezernat Soziales, Integration.
Die Kliniken erörtern die Thematik jeweils mit ihrer/n Hilfeplankonferenz/en.
Die Klinikstrukturen und -prozesse sollten grundsätzlich personenbezogen und nicht maßnahmebezogen weiter entwickelt werden.
Behandlungsprozesse und Strukturen der Klinik sollten vom Patienten her und aus der institutsambulanten Perspektive konzipiert werden: Zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse und der Kooperation der Klinik mit sonstigen sozialpsychiatrischen Leistungserbringern im

Gemeindepsychiatrischen Verbund.

E. Inwieweit findet sich der Aspekt Arbeit/Beschäftigung während der Behandlung Beachtung?

Zusammenfassung der Äußerungen:

Dem Thema Arbeit und Beschäftigung wird in den Kliniken überwiegend große Bedeutung beigemessen: Aufmerksam verfolgt werde die Lage auf dem regionalen Arbeitsmarkt als wichtige Rahmenbedingung für die Arbeitsmöglichkeit der Patienten, aber auch um Arbeitsaufträge für die Klinik-Arbeitstherapie zu bekommen. Ambulante Ergotherapie wird von einer Klinik selber betrieben, von einer anderen wurde ihre Entstehung am Rande der Klinik unterstützt. Im Aufnahme- und Entlass-Standard werde die Arbeitssituation ausdrücklich berücksichtigt. Es bestehe großes Interesse an Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung auch in Betrieben, weil viele Patienten Schwierigkeiten haben, eine WfbM für sich zu akzeptieren.

Der beigemessenen Bedeutung steht jedoch aufgrund der Behandlungsverkürzungen im stationären und teilstationären Bereich sowie der geringen durch Quartalspauschale ermöglichten Personalressourcen im ambulanten Bereich nur ein recht begrenzter Umfang an arbeitsbezogenen Behandlungsanteilen zur Verfügung.

Empfehlung:

Wiederherstellung und Förderung der Arbeitsfähigkeit sind bei allen erwerbsfähigen Patienten wesentliches Behandlungsziel. Auch bei voll erwerbsgeminderten Patienten ist die Förderung arbeitsbezogener Kompetenzen Behandlungsziel. Dem ist in allen Behandlungsbereichen verstärkt Rechnung zu tragen.

F. Inwieweit übernehmen ambulante und stationäre Wohnhilfen Ersatzfunktionen für Leistungen vorrangiger Kostenträger (medizinische Rehabilitation, Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege ...)?

Zusammenfassung der Äußerungen:

Die Kliniken berichten über jahrelange Bemühungen, medizinische Rehabilitation, ggf. in Form der RPK (Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen) aufzubauen. Die Möglichkeiten zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation nach der psychiatrischen Krankenhausbehandlung seien zu gering. Ambulante psychiatrische Krankenpflege (SGB V) sei nur sehr aufwändig und zu selten realisierbar, Soziotherapie (SGB V) praktisch gar nicht.

Man wünsche sich eine Strategie, die vorrangigen Leistungsträger stärker in die Pflicht zu nehmen. Dazu benötige man auch die „breiten Schultern" des LVR:

- um auf dem Verhandlungswege mit den Leistungsträgerverbänden Ergebnisse erreichen;
- wenn die Klinik oder ein GPV-Träger in Vorleistung geht, könnten diese vor Ort nicht mit dem finanziellen Risiko allein gelassen werden;
- wenn es notwendig wird im Einzelfall juristischen Druck aufzubauen: z. B. Vorleistungspflicht nach Gesetz einfordern, ggf. vorleisten durch den LVR und dann die Vorleistung juristisch eintreiben; ggf. die rechtlichen Betreuer der Klienten einbeziehen.

Empfehlung:

Entwicklung einer Strategie zur **stärkeren Einbeziehung der vorrangigen Leistungsträger** durch den LVR zusammen mit den Kliniken, den HPKs und interessierten therapeutischen Dienstleistern zunächst in interessierten Regionen mit der Perspektive der flächendeckenden Umsetzung.

5.1.2 Verstärkte Inanspruchnahme von Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft[22]

Ausgangspunkt ist die Frage „Führt die Verkürzung der Verweildauer zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Maßnamen der Eingliederungshilfe"?

Diese spezifische Frage ist Teil der allgemeineren Frage nach den **Versorgungsströmen:** Steuern kann man Bewegung. **Welche Institutionen und Prozesse beeinflussen maßgeblich die Versorgungspfade in Teilhabeleistungen hinein, durch sie hindurch und wieder hinaus?** (Auf den Einfluss von Personenmerkmalen und anderen Faktoren sei hingewiesen) Es geht um die Verbesserung der Orientierung über Prozesse der Inanspruchnahme, um deren Steuerung zu verbessern. Dazu können Auswertungen der Klinik-Basisdokumentation wichtige Beiträge leisten, indem sie Vermutungen aus der Praxis bestätigen, widerlegen oder differenzieren, oder indem sie im Vergleich (nach Regionen oder Institutionen) auffällige Unterschiede aufzeigen, die die Eingrenzung von Problembereichen erlauben. Statistische Auswertungen sind im Zusammenhang mit Vermutungen aus der Praxis zu sehen. Sie können zu verbesserten Vorkenntnissen führen, von denen ausgehend es dann Sinn macht, zu fokussierten Fragestellungen zeitlich und inhaltlich umgrenzte Erhebungen (z. B. Dokumentation in einer HPK, oder Auswertung von Daten aus der Einzelfallbearbeitung des LVR) durchzuführen.

Die Klinik trägt zur Steuerung der Inanspruchnahme von Teilhabe- und Pflegeleistungen maßgeblich bei (Tabelle Anhang III). Bemerkenswert ist insbesondere, dass der

22 Wir danken der Abteilung 8 des LVR für die spezielle Aufbereitung der BaDo-Daten. Außerdem werden Zahlen aus dem ZPE-Gutachten verwendet.

Versorgungsstrom von der Klinik ins Ambulant Betreute Wohnen deutlich zunimmt, dagegen aber in die stationären Einrichtungen Wohnheim und Altenheim deutlich abnimmt. Beispielhaft berücksichtigt die Tabelle für das Ambulant Betreute Wohnen auch die Saldierung der Versorgungsströme vom Ambulant Betreuten Wohnen in die Klinik und von der Klinik zurück ins Ambulant Betreute Wohnen.

Zur Tabelle „Patienten in Klinik, Ambulant Betreutem Wohnen, Wohnheim und Altenheim 2000 bis 2008" im Anhang III:

Die Basisdokumentation der LVR-Kliniken berücksichtigen stationäre und teilstationäre Behandlungen. Daraus kann folgende Beschreibung zusammengestellt werden, ohne Kausalverknüpfungen:

Von 2000 bis 2008 nahm in den LVR-Kliniken die Zahl der aufgenommenen Personen (und entsprechend der entlassenen Personen) um 20 % zu: von 23.299 auf 27.856. Eine Person kann mehrfach im Laufe des Kalenderjahres als Fall aufgenommen bzw. entlassen werden. Deshalb ist die Personenzahl informativer als die Fallzahl. Die Zahl der Fälle stieg um 22 % von 35.381 auf 43.012.
Zum Vergleich mit dem Ambulant Betreuten Wohnen, Wohnheim und Altenheim sollen die Zahlen der in den Kliniken behandelten Personen herangezogen werden, denn diese Zahlen korrespondieren mit der verkürzten Behandlungszeit einer Person im Laufe eines Jahres.

Die Aufnahmen von Personen in die Klinik, die zuvor im Ambulant Betreuten Wohnen waren, sind von 418 im Jahr 2000 auf 801 in 2008 gestiegen. Es handelt sich um einen verschwindend kleinen Prozentsatz von 1.8 % der aufgenommen Personen, für diese kleine Zahl beträgt allerdings die Steigerungsrate 60 %.
Von der Klinik ins Ambulant Betreute Wohnen gehen etwa doppelt so viele Patienten, wie von dort gekommen sind, die Steigerungsrate ist etwa gleich. (Offen ist: Zu welchem Anteil handelt es sich um dieselben Personen oder nicht? Wenn nicht: Woher kommen sie sonst, und wohin gehen sie dann?) Als Saldo ergibt sich ein jährlicher Neu-Zugang ins Ambulant Betreute Wohnen für 2000 von 439 Personen und für 2008 von 878 Personen.

Zur Bewertung dieser Zahlen wären Vergleiche mit Bestand, Zugängen und Abgängen ins Ambulant Betreute Wohnen sowie zu stationärem Wohnen und Altenheime sinnvoll, und zwar für das Rheinland insgesamt. Dazu müssten die Zahlen aller Kliniken vorliegen.
Wie diese Übersichtsdaten für das Rheinland entstehen, dazu könnten die Zahlen nach den Gebietskörperschaften im Vergleich interessante Hinweise geben.

Zu beachten ist:
Die Zahlen der Tabelle III sind **Bewegungs**daten (Zugänge/Abgänge), berücksichtigen aber nur die LVR-Kliniken und nicht die der weiteren psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken im Rheinland.
Die Zahlen aus dem ZPE-Bericht sind **Bestands**daten (Stichtage), beziehen sich auf das ganze Rheinland und werden nach Gebietskörperschaften aufgeschlüsselt. Bewegungsdaten berücksichtigt der Bericht nur ansatzweise im Kapitel 5.5, 199 f.

Personen im Ambulant Betreuten Wohnen LVR:

ZPE-Zahlen (S. 110 f):
Bestand am Stichtag 31.12.2007 Rheinland

Seelisch Behinderte	9.009
Suchtkranke	1.964
Summe	**10.973**

Das ZPE-Gutachten differenziert die Bestandszahlen am Stichtag nach Gebietskörperschaften und im Vergleich der Jahre 2003 zu 2004 und 2007 (S 110f). Zu stationären wohnbezogenen Hilfen sind entsprechende Zahlen S. 158 f. wieder gegeben. Dieser Ansatz vergleicht Häufigkeiten von Maßnahmen und ihre Veränderungen in der Summe, kann aber keine Analyse liefern, wie diese Veränderungen durch Personen-Ströme nach Versorgungspfaden zustande kommen. Dazu wären Bewegungsdaten mit Personenbezug notwendig. Auf Bewegungsdaten: „Zu- und Abgänge im Ambulant Betreuten Wohnen und im stationären Wohnen" geht der Bericht auf Seite 199 f. ein. Dabei werden jedoch nur Neufälle in, sowie Wechselfälle zwischen stationär und ambulant für 2005-2007 berücksichtigt, und ohne Differenzierung nach Gebietskörperschaften.

Daraus ergeben sich weitere Fragen:

Wie viele Personen kommen auf anderen (als Klinik) Zugangswegen/von Wo? (nach den LVR-Daten) ins Ambulant Betreute Wohnen/Jahr bzw. andere Hilfen zur Teilhabe im Wohnbereich – und wie viele beenden diese Maßnahmen und gehen wohin? Wohnheim, Altenheim, nach Hause, in die Klinik oder Sonstiges?

Wie viele kommen/gehen nicht direkt über die Klinik, haben aber Klinikbehandlung in der Vorgeschichte?

Woher: auf welchen Versorgungspfaden kommen wie viele Personen ins Ambulant Betreute Wohnen und in andere

Hilfen zur Teilhabe im Bereich Wohnen?
Wohin: auf welchen Versorgungspfaden gehen wie viele Personen aus dem Ambulant Betreuten Wohnen und aus anderen Hilfen zur Teilhabe im Bereich Wohnen?
Die Frage: Wie entwickelt sich das Saldo „aus dem ABW (aus Hilfen zur Teilhabe im Bereich Wohnen) in die Klinik?" vs. „aus der Klinik ins ABW (Hilfen zur Teilhabe im Bereich Wohnen)?" bedeutet nur einen Ausschnitt, der in den Zusammenhang der prozesshaften Darstellung der Versorgung der Menschen aus einer Region – in der Region und ggf. auch außerhalb – zu stellen ist.

Das könnte die Ausgangsbasis für gezielte Analysen zum Zweck der weiteren Optimierung der Steuerung des Zugangs und des Abgangs in die und aus den Hilfen zur Teilhabe im Bereich Wohnen (prozesshaft: Versorgungsströme) sein. Wirklich Sinn macht dies, wenn man von der Zielgruppe von Menschen aus einer kommunalen Gebietskörperschaft und ihrer Versorgung mit Teilhabeleistungen ausgeht und nicht von Maßnahmebausteinen und deren Häufigkeitsverteilungen.

Genauere Kenntnisse über die Personenströme (Ebenen Rheinland und Gebietskörperschaften) und welche Institutionen und Prozesse sie wie beeinflussen, würde gezielteres Steuern ermöglichen, z. B. von stationär nach ambulant. Alle Veränderungen der Häufigkeiten z. B. im stationären und ambulanten Wohnen kommen zu Stande durch Einzelentscheidungen über Hilfen für Personen. – Ein bekanntes Beispiel sind Analysen von Wählerwanderungen im Zusammenhang von Parlamentswahlen.

In den Regionen mit Pflichtversorgung durch LVR-Kliniken wäre der Zugang zu Basisdokumentationsdaten sowohl der Kliniken wie des Dezernats Soziales, Integration einfacher zu realisieren als mit anderen Kliniken. Im Regionen-Vergleich sichtbar werdende Unterschiede ließen sich besser aufklären als bei Rheinland-weiten Zahlen, denn die Verhältnisse sind für die Praktiker vor Ort und z. B. die Fallmanager des Dezernats Soziales, Integration überschaubar, oder eine umgrenzte problembezogene Erhebung wäre machbar.

Empfehlung:
Die Struktur der Tabelle III könnte auch für die einzelnen Kliniken und deren Pflichtversorgungsgebiete realisiert werden mit der Fragestellung: Gibt es Unterschiede zwischen Regionen, die näher zu untersuchen von spezifischem Interesse sind?
Analog wäre zu fragen: Welche anderen Institutionen beeinflussen maßgeblich die Versorgungspfade? Diese Frage könnte ausgehend von Informationen der HPK (vgl. Vorschläge zu Basisdokumentation HPK Kap. 3.8) und der Einzelfallbearbeitung des LVR nachgegangen werden.

5.1.3 Verkürzte Behandlung in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

Nach Klinikentlassung besteht **in erster Linie ambulanter Behandlungsbedarf und Bedarf an ambulanter medizinischer Rehabilitation.** Dagegen steht der Bedarf an Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in der Regel nicht im Vordergrund.

Das Angebot an ambulanter Behandlung und Rehabilitation ist nicht ausreichend:

- Ambulante, „ganztags ambulante" und stationäre psychiatrische Rehabilitation (medizinisch und beruflich) wird nur punktuell angeboten.
- Eine sich nahtlos anschließende ausreichend intensive Behandlung durch niedergelassene Psychiater ist immer seltener nach der Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Von der Kassenärztlichen Vereinigung (entsprechend den Beschlüssen ihrer Selbstverwaltung) erhalten die Fachpraxen für ambulante psychiatrische Behandlung ca. € 35-50, davon können sie durchschnittlich etwa 2 Termine je 20 Minuten im Quartal realisieren. Das ist für viele Patienten, die sich angesichts sinkender Verweildauern häufig in einem weniger stabilisierten Zustand als früher befinden, nach ihrer Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus nicht ausreichend.
- Hinzu kommt die zunehmende Schrumpfung der Behandlungskapazitäten der Fachpraxen. Die meisten Fachärztinnen und Fachärzte sind auch als Psychotherapeuten qualifiziert. Weil dafür die Vergütung viel besser ist (ca. 80 € pro Therapie-Stunde) und damit auch die Arbeit als fachlich attraktiver angesehen wird, als die ambulante psychiatrische „Schmalspurversorgung", haben viele niedergelassene Fachärzte die Zeitkontingente für Psychiatrie stark eingeschränkt oder ganz auf Null reduziert.
- Ausschließlich fachärztliche Behandlung reicht oft nicht aus. Sonstige Behandlungsangebote sind nicht flächendeckend bedarfsgerecht ausgebaut, z. B.
  - Ambulante Soziotherapie / fehlende Leistungserbringer wegen überhöhter Anforderungen
  - häusliche psychiatrische Krankenpflege / zeitlich zu sehr begrenzt, wenig Leistungsanbieter
  - Psychotherapie / hochschwelliger Zugang, Wartezeiten, Probleme bei der Bewilligung.

Nur in den Institutsambulanzen wird neben der fachärztlichen Behandlung und Psychotherapie auch psychiatrische Krankenpflege, Ergotherapie und Sozialarbeit angeboten; sie sind aber wegen einer pauschalierten Finanzierung (in einigen Bundesländern Einzelleistungsvergütung nach dem Bayrischen Vorbild) auf ein Niveau von Leistungsdichte beschränkt, das den komplexen Behandlungsbedarf von manchen Patientinnen und Patienten nicht deckt. Die PIA-Pauschalen im Rheinland betragen z. T. nur 50 % des Bundesdurchschnitts.

Es kann jedoch **nicht** davon ausgegangen werden, dass verkürzte Verweildauern in psychiatrischen Kliniken grundsätzlich den Bedarf an Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erhöhen, denn psychisch kranke Menschen sind vor allem bei langer Krankenhausbehandlung davon bedroht, unter Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe zu leiden.

Allerdings stellt sich die Frage der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft mit den zentralen Fragen Selbstversorgung im Wohnbereich, Kontakte, Tagesgestaltung, usw. früher und oft zeitlich drängender, wenn die Patientinnen und Patienten nach einer kurzen Verweildauer aus der Krankenhausbehandlung entlassen werden. Stehen nicht ausreichende Kapazitäten an ambulanter Behandlung und Rehabilitation zur Verfügung, kann dies dazu führen, dass Hilfeleistungen in die Eingliederungshilfe verschoben werden.

Eine sorgfältige Hilfeplanung, die auch die Hilfebedarfe in vorrangigen Leistungsbereichen ermittelt, muss oft unter hohem Zeitdruck durchgeführt werden. Die Hilfen müssen nach der Entlassung schnell greifen. Vor diesem Hintergrund können leichter zugängliche Hilfen favorisiert werden. Das erhöht das Risiko, dass Hilfebedarfe aus dem Bereich der Behandlung und der medizinischen Rehabilitation, die erfahrungsgemäß nur mit erheblichem Aufwand erreicht werden können, nicht angemessen verfolgt werden, etwa im Case-Management (Soziotherapie) in den komplexen Versorgungsstrukturen, in der Sicherung von Compliance, im Bereich der Psychoedukation und ähnlichen Leistungen, die sowohl zum Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe als auch des SGB V gehören können. Die Realisierung von Leistungsansprüchen im Bereich SGB V-Leistung ist mit z.T. fast unüberwindbaren Hürden, zumindest aber mit massivem Zeitaufwand verbunden.

Dies führt zu erhöhten Anforderungen an die Hilfeplanung, kurzfristig angemessene Entscheidungen zu ermöglichen und diese ggf. ebenfalls kurzfristig an veränderte Hilfebedarfe anzupassen. Die Kooperation zwischen Kliniken und den sonstigen Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung wird noch wichtiger.

Allerdings haben sich die Voraussetzungen in den Kliniken verschlechtert, diesen erhöhten Anforderungen nach Kooperation zwischen Klinik und regionalem gemeindepsychiatrischem Netz nachzukommen (vgl. AOLG-Beschlussempfehlung zur Psych-PV am 16. November 2007 in Wiesloch).

Einerseits hat in den Kliniken seit der Einführung der Psych-PV 1991eine erhebliche **Leistungsverdichtung** stattgefunden, insbesondere durch eine Erhöhung der behandelten Fälle (+80 % - Fälle, das entspricht Fälle zu Personen/Jahr = ca. 3 : 2). Hinzu kommen andere Anforderungen wie Qualitätsmanagement, neue Facharztweiterbildung, erhöhte Anforderungen an Dokumentation und Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen u.a.m.

Andererseits ist seit 1995 die **Realisierung der PsychPV-Stellen infolge der Budget-Deckelung immer weiter zurückgegangen** und hat in immer mehr Kliniken inzwischen bedrohliche Ausmaße erreicht. Darunter leidet besonders die individuelle Entlassungsvorbereitung wie Abstimmungsbedarf mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen sowie psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Dienstleistern außerhalb der Klinik. In dieser Situation werden die Therapeuten gezwungen, sich auf Krisenbewältigung und medizinische Grundversorgung zu konzentrieren (worunter auch die Attraktivität des Berufsfeldes leidet), und Paket-Lösungen aus einer Hand, wie sie von stationären Wohnhilfen angeboten werden, werden zum Ausweg, insbesondere bei den Patienten mit komplexem Hilfebedarf.

5.2 Sozialpsychiatrisches Zentrum (SPZ)

Inwieweit ist das Ambulant Betreute Wohnen in das Gesamtangebot des SPZ integriert?

Aufgrund des komplexen Hilfebedarfs ist bei vielen schwer psychisch beeinträchtigten Personen eine Integration verschiedener sozialpsychiatrischer Hilfen zu Komplexleistungsprogrammen erforderlich. Die Vielfalt der Angebote im Sozialpsychiatrischen Zentrum soll den psychisch kranken Menschen den Zugang zu erforderlichen Hilfen sowie den Übergang von einer Hilfeform in die andere erleichtern.

Dieses Ziel ist nach Auskunft der Beteiligten und Einschätzung der Aktion Psychisch Kranke weitgehend realisiert. Es gibt in der Regel eine intensive Zusammenarbeit der Bausteine des ‚SPZ'. Diese bezieht sich auch auf

klientenbezogene Kooperation einschließlich gemeinsamer Planung und Abstimmung der Hilfen ggf. mit wechselseitiger Vertretung. Die Integration der wohnbezogenen Hilfen mit Hilfen zur Tagesgestaltung (Tagesstätte und sonstige Hilfen zur Tagesgestaltung), dem Angebot einer offenen Kontaktstelle und häufig weiterer Angebote (SpDi) kann im bundesweiten Vergleich zu den besonderen Vorteilen der sozialpsychiatrischen Versorgung im Rheinland gezählt werden.

Allerdings bleiben die einzelnen Hilfsangebote in vielen SPZ jeweils angebotsbezogen getrennt – es handelt sich um eine gute Kooperation jeweils eigenständiger Hilfeformen mit gesonderten Teams, Settings und Betreuungsvereinbarungen.

Empfehlung:
Konsequenter personenbezogen wäre eine Loslösung der Hilfen vom Angebotsbezug (bzw. Leistungstyp): Ein Programm, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft mit ggf. verschiedenen Leistungsbereichen (Hilfe zur Selbstversorgung im Wohnbereich, Hilfe zur Tagesgestaltung, Hilfe zur Teilhabe am öffentlichen und kulturellen Leben usw.) wird durch ein personenbezogenes Team geleistet.
Dazu ist eine Organisation erforderlich, die Personal nicht angebotsbezogen, sondern personenbezogen gruppiert.

Auf der Finanzierungsebene kann eine solche Umorganisation befördert werden, indem pro Leistungsberechtigtem eine Bewilligung an einen (ggf. federführenden) Leistungserbringer erfolgt statt paralleler Bewilligungen für Ambulant Betreutes Wohnen, Tagesstätte usw. Ähnliches sieht die Budgetverordnung für Komplexleistungen vor, die durch trägerübergreifende Persönliche Budgets finanziert werden. Auch ohne Umstieg auf eine Finanzierung durch Persönliche Budgets könnten im Rahmen der Eingliederungshilfe individuelle Komplexleistungsprogramme als einheitliches Hilfeprogramm finanziert werden. Die Folge wären personenbezogene Hilfeteams – eine noch deutlich stärkere personenbezogene Kooperation als sie die intensivste Kooperation von separaten Hilfediensten erreichen kann.

Wird das Ambulant Betreute Wohnen zu einem Standardangebot für alle Nutzer? Wie hoch ist der Anteil an Klienten im Ambulant Betreuten Wohnen an den Besuchern der Kontaktstelle, der Tagesstätte ...?

Die Koppelung von Hilfen bei Besuchern der SPZ wurde im Rahmen des Projekts bei allen SPZ des Rheinlands erfragt. Die Rückmeldungen der verschiedenen SPZ sind sehr heterogen (siehe Anhang Anlage V). Als Durchschnittswerte ergaben sich:

- 27 % der Klienten des ABW besuchen die Kontakt- und Beratungsstelle[23].
- 47 % ABW-Klienten besuchen parallel die Tagesstätte des SPZ.
- Etwa 33 % der ABW-Klienten nehmen auch arbeitsbezogene Hilfen des SPZ in Anspruch (z.B. IFD, Zuverdienstarbeitsplätze).
- 11 % der ABW-Klienten nutzen andere Angebote wie bspw. Beratungsangebote des SPZ.

Eine Erhebung der Abteilung 8 des LVR im Jahr 2006 ergab, dass 26% der regelmäßigen Besucher der Kontakt- und Beratungsstellen auch die Leistung Ambulant Betreutes Wohnen nutzen.

Inwieweit werden Klienten betreut, die Hilfen zum Wohnen von anderen Trägern erhalten? Inwieweit ergeben sich Hinweise auf „Doppelleistungen"?

Klienten, die Hilfen zum Wohnen von anderen Trägern erhalten, nutzen deutlich seltener SPZ-integrierte Tagesstätten oder Kontakt- und Beratungsstellen als Personen, die Ambulant Betreutes Wohnen durch einen SPZ-integrierten Dienst erhalten.

Bei den meisten seelisch behinderten Menschen ist ein selbständiges Wohnen nur zu erreichen oder zu erhalten, wenn eine aus ihrer Sicht sinnvolle Tagesgestaltung gesichert ist. Auf die besondere Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung haben wir bereits oben hingewiesen. Bei den meisten psychisch kranken Menschen ist dabei eine Trennung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit möglich und sinnvoll. Grundsätzlich sollte vorrangig eine Beschäftigung und Freizeitgestaltung außerhalb ‚geschützter' psychiatrischer Milieus gefördert werden.

Das Vorhalten eigener Räume für Kontakt und Tagesgestaltung kann Betreuer dazu verleiten, diese auch Klienten nahe zu legen, für die Kontakt, Beschäftigung oder Arbeit auch außerhalb psychiatrischer Milieus erreichbar ist oder bei geeigneten Hilfen zur Teilhabe erreichbar wäre. Ob bzw. in welchem Maße dies geschieht, konnte im Rahmen des Projekts nicht geklärt werden. Dies sollte einzelfallbezogen im Rahmen einer integrierten individuellen Hilfeplanung geprüft werden.

Zu Arbeit, Beschäftigung, Tagesgestaltung und Kontakt außerhalb spezialisierter Einrichtungen für Menschen

mit Behinderung sind allerdings bei der Zielgruppe des Ambulant Betreuten Wohnens oft Hilfen erforderlich. Der Landschaftsverband Rheinland hat in letzter Zeit auch Hilfen zur Tagesgestaltung außerhalb von Tagesstätten gefördert. Das erscheint sehr sinnvoll.

Manche Klienten beschränken sich allerdings krankheitsbedingt zeitweise auf Kontakte zu vertrauten Personen und auf den Aufenthalt in vertrauten Räumen. In diesen Fällen kann eine enge Koppelung von Hilfen zum selbständigen Wohnen und Hilfen zur Tagesgestaltung sinnvoll sein. Dies sollte bei der Hilfeplanung und der Auswahl geeigneter Anbieter von Ambulant Betreutem Wohnen bedacht werden. In diesen Fällen sind Träger geeigneter, die auch Hilfen zur Tagesgestaltung anbieten.

Teilweise nutzen Anbieter von Ambulant Betreutem Wohnen bewilligte Fachleistungsstunden auch, um Hilfen zur Tagesgestaltung zu leisten. Sofern dies Arbeit, Beschäftigung und Kontakte außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen fördert, ist dies fachlich zu begrüßen, wenn es auch der Leistungsvereinbarung für Ambulant Betreutes Wohnen nicht entspricht. Sofern dabei im Rahmen der Fachleistungsstunden eigene Strukturen institutioneller Tagesgestaltung geschaffen werden, ist dies kritisch zu bewerten.

Verändert sich die Kernklientel? Gibt es neue Nutzergruppen, auf die gezielt zugegangen wird?

Es wird generell von Verschiebungen im Klientel berichtet: Erhöhter Anteil von Menschen mit stark ausgeprägten Verhaltensstörungen, Zunahme junger (meist verhaltensgestörter) Personen mit erheblichen sozialen Defiziten bei gering ausgeprägter psychiatrischer Symptomatik, Zunahme von Suchtmittelabusus bei allen psychisch kranken Betreuten, erhöhter Anteil von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund. (Es gibt keinen Hinweis darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger unter psychischen Erkrankungen leiden, eher darauf, dass sie jetzt häufiger als in den ersten Jahren des Bestehens der SPZ Hilfen annehmen. Dies dürfte an eigenen Einstellungsänderungen und an einer deutlich stärkeren Hinwendung der SPZ zu dieser Zielgruppe liegen.)

Verändert sich die Kooperation mit anderen Akteuren im System?

Während die interne Kooperation unter den Bausteinen des SPZ intensiv verläuft, ist die Strahlkraft in den sonstigen regionalen Versorgungsverbund ausbaufähig. Die Zentrumsfunktion hat sich zunehmend an der Wirkung über die eigenen Angebotsgrenzen der SPZ hinaus zu bemessen. Dabei ist nicht nur an sonstige Leistungserbringer der Eingliederungshilfe zu denken, sondern auch an andere Leistungsbereiche und vor allem an die Förderung von Selbst-, Nachbarschafts- und Bürgerhilfe.

Wie wird mit der Konkurrenz neuer Anbieter umgegangen?

Durch die kooperative Hilfeplanung in den Hilfeplankonferenzen ist der fachliche Austausch erheblich gefördert und eine stärkere personenzentrierte Zusammenarbeit der Leistungsanbieter im Bereich gefördert worden. Die Transparenz über die Betreuungsleistungen ist erheblich gewachsen. Dies führt zum Beispiel dazu, dass der Sozialpsychiatrischen Dienst gezielt fachliche Beratungen anbieten bzw. nahe legen kann, wenn Qualitätsmängel deutlich werden. Die Fachlichkeit in Hinblick auf eine Mitwirkung an Hilfeplanungen und damit Einfluss auf Hilfeleistungen der Anbieter von Ambulant Betreutem Wohnen wächst ständig.

Eine gemeinsame regionale Versorgungsverantwortung wird jedoch noch nicht regelhaft übernommen. Der Focus beschränkt sich im Wesentlichen auf das Ambulant Betreute Wohnen, abgestuft auf die sonstigen Eingliederungshilfen in der Region.

Mit Einführung der individuellen Hilfeplanung haben sich bisher nur vereinzelt Kooperationen zu vorrangigen Leistungsträgern verändert. So wurde bisweilen von guten Kooperationsbeziehungen mit den Argen gemäß SGB II sowie den Jugendämtern berichtet. In Köln wird die Arge bei erwerbsfähigen Klienten in die Hilfeplanung einbezogen. Sofern die HPK arbeitsbezogene Betreuungsbedarfe im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens sieht, finanziert die Arge anteilig die Fachleistungsstunden.
Die Ausweitung der Anbieterlandschaft führte zu verstärkter Konkurrenz der Leistungsanbieter untereinander. Vor dem Hintergrund des allgemeinen Anstiegs der Leistungsform Ambulant Betreutes Wohnen gibt es allerdings keine absoluten Verlierer im Wettbewerb. Insofern wird die Konkurrenz nicht als existenzbedrohend erlebt.

5.3 Hilfen für suchtkranke Menschen

Vorbemerkung:
Dieses Kapitel enthält auch Doppelungen zu anderen Teilen des Berichts. Damit soll erreicht werden, dass dieses Kapitel von speziell daran Interessierten auch selektiv gelesen werden kann.

Hilfeplanverfahren in Bezug auf Suchtkranke (wer erstellt Hilfeplan?, Integrierte Hilfeplanung, „Qualifizierung, Arbeit und Beschäftigung")

Hilfebedarfe von Suchtkranken, die für das Ambulant Betreute Wohnen (ABW) in Frage kommen, werden in der Regel in die Hilfeplankonferenz eingebracht, in der auch die Hilfebedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingebracht werden. In der Ausnahme werden hier vor allem im Bereich der Menschen mit Abhängigkeiten von illegalen Substanzen getrennte Konferenzsysteme genutzt (z.B. Stadt Köln). Der Hilfeplan wird im ambulanten Bereich von der Einrichtung des Ambulant Betreuten Wohnens erstellt, die voraussichtlich die Fachleistungsstunden erbringen wird. Wenn in einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation ein Bedarf an ABW gesehen wird, erfolgt die Hilfeplanerstellung zum Teil dort und zum Teil durch den vorgesehenen Anbieter „Ambulant Betreutes Wohnen" oder mit zumindest dessen Beteiligung.
In der Regel werden auch sonstige Angebote der Suchtkrankenhilfe in die Hilfeplanung einbezogen wie zum Beispiel Suchtberatung oder Selbsthilfeangebote.
Die Einbeziehung der Hilfen im Bereich ambulanter SGB V/VI-Leistungen (Ergotherapie/ambulante Reha), „Qualifizierung, Arbeit und Beschäftigung" und „Hilfen außerhalb der Suchtkrankenhilfe" im Sinne einer integrierten Hilfeplanung ist noch auszubauen.

In den Schwerpunktregionen ist die Umsetzung der Hilfeplanung identisch:

- in allen vier Schwerpunktregionen durchlaufen die Menschen mit Suchterkrankungen das gleiche Hilfeplanverfahren wie Menschen mit psychischen Erkrankungen.
- es wird nicht unterschieden zwischen legalen und illegalen Drogen

Einzelne Leistungserbringer bemängeln, dass die fachliche Diskussion über einzelne Hilfebedarfe in den Hilfeplankonferenzen zu kurz kommt. Als Ursachen werden hier gesehen, dass die Leistungserbringer „kritische" bzw. fachliche Inputs nur begrenzt einbringen und sich stärker auf die eigenen eingebrachten Fälle konzentrieren. Eine Atmosphäre der vertrauensvollen und konstruktiven Zusammenarbeit würde durch personellen Wechsel auf Leistungsträger- und Leistungserbringerseite erschwert. Die „kleineren" Träger seien nur bei ihren eigenen Fällen anwesend.
Dort wo es gelungen ist die Arge bzw. die Optionskommune in die Hilfeplanung mit einzubeziehen, ist die Berücksichtigung der Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung praktisch per Standard gewährleistet. In den Schwerpunktregionen Wuppertal und Mettmann nimmt die Arge an den Hilfeplankonferenzen teil bzw. ist eingebunden, sofern Bedarf an arbeitsfördernden Leistungen besteht.
In anderen Regionen – so auch Mönchengladbach und Heinsberg - wird dieser Hilfebedarf zunächst nur über die Vorgaben des Hilfeplans berücksichtigt.
Eine besondere Problematik ist hier, die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit.

Inwieweit ersetzt das Ambulant Betreute Wohnen andere ambulante Angebote der Suchtkrankenhilfe?

Hier sind aus den Gesprächen mit Leistungsanbietern und Experten keine direkten Hinweise zu finden. Zu vermuten wäre allenfalls, dass durch die Kürzungen der Landesmittel die Beratungsstellenkapazitäten nicht ausreichen und das Ambulant Betreute Wohnen hier Beratung/Therapie in Bezug auf die Suchtbewältigung mit anbietet. Zumal auch die Angebote der Ambulante Rehabilitation Sucht (ARS) nicht flächendeckend bzw. nicht bedarfsdeckend ausgebaut oder realisierbar sind. Hintergrund sind hier die Rahmenbedingungen, die durch die Empfehlungsvereinbarung vorgegeben sind. Einhellig wird hier von den Leistungserbringern bemängelt, dass Personalausstattung, Leistungsdichte und Finanzierung bei der ARS nicht dem ermittelten Bedarf entsprechen. Hier sollte seitens der DRV/Krankenkassen dringend nachgebessert werden. In der stationären medizinischen Rehabilitation werden wesentlich bessere Rahmenbedingungen gewährleistet. Als eine Orientierung kann hier die RPK-Empfehlungsvereinbarung dienen. [24]

Inwieweit ersetzt das Ambulant Betreute Wohnen niederschwellige Angebote der kommunalen Daseinsvorsorge?

Einhellige Einschätzung aller Interviewten war, dass in der Regel das ABW keine niederschwelligen Angebote der kommunalen Daseinvorsorge ersetzen kann.
Das Maß an Verbindlichkeit, dass für die Settings des ambulanten betreuten Wohnens notwendig ist und die Zielausrichtung „soziale Teilhabe", stimmt nicht mit der Zielausrichtung niederschwelliger Angebote überein. Hier stehen die Möglichkeit der Unverbindlichkeit, die Überlebenshilfe und die allererste Heranführung an Hilfen im Vordergrund.
Es gibt Hinweise aus Einzelgesprächen, dass ein geringer Teil des Klientels, die bisher möglicherweise Angebote der kommunalen Daseinsvorsorge soweit vorhanden zumindest sporadisch und gewissermaßen aus Mangel an Alternativen nutzten, jetzt Hilfen im Rahmen des ABW in

24 RPK = Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke; dabei wird medizinische und berufliche Rehabilitation gekoppelt.

Anspruch nehmen. Hintergrund ist hier, dass teilweise die Angebote der Suchtkrankenhilfe außerhalb der kommunalen Daseinfürsorge sehr auf eine „Komm-Struktur" und eine stabile Motivation für eine aktive Inanspruchnahme von Hilfen ausgerichtet waren. Durch die Möglichkeit des Betreuens in der eigenen Wohnung wurden auch Klienten mit einer „schwankenden" Motivation erreicht. Dieser Prozess hat allerdings bereits vor der Hochzonung eingesetzt und sich mit der Hochzonung verstärkt und ist grundsätzlich zu begrüßen.

Wie werden die Indikatoren für die Inanspruchnahme des Ambulant Betreuten Wohnens definiert? Gibt es ein eindeutiges fachliches Verständnis über die Zugehörigkeit zum Personenkreis der wesentlich Behinderten bzw. von einer wesentlichen Behinderung bedrohten im Feld?

Nach allgemeinem fachlichen Verständnis gehört zur Zielgruppe, wer länger als 6 Monate wegen Suchterkrankung (nach ICD 10 Diagnose) eine wesentliche Teilhabeeinschränkung aufweist. In Bezug auf die Teilhabeeinschränkungen wird die ICF-Diagnostik von den Leistungserbringern nicht verwandt und ist zum Teil auch nicht bekannt.
Es gibt Hinweise, dass Zugehörigkeit zur Zielgruppe wegen **drohender** wesentlicher Behinderung gelegentlich strittig ist. Insbesondere wird die Beurteilung für das Klientel schwierig, bei dem die Suchtbewältigung weit vorangeschritten ist, aber trotzdem noch Teilhabeeinschränkungen deutlich erkennbar sind. Hilfreich wären hier eine Qualifizierung in Bezug auf die „Diagnostik" bzw. Beschreibung von sozialen (und sonstigen) Teilhabeeinschränkungen.

Wie hat sich das SGB II auf die Hilfen für Suchtkranke ausgewirkt?

Die Kooperation mit den Argen bzw. Optionskommunen als SGB II-Träger hat sich in Bezug auf die Förderung von Arbeit und Beschäftigung verbessert. Zum Teil wurden Träger beauftragt Profiling in Bezug auf Einschätzung der Belastbarkeit oder auch das Fallmanagement durchzuführen. In einigen Regionen nimmt die Arge an den Hilfeplankonferenzen teil. Eine regelhafte Teilnahme ist hier anzustreben.
In Bezug auf mögliche psychosoziale Hilfen nach den § 16 a Kommunale Eingliederungsleistungen (neu/alt § 16,2) besteht noch große Unsicherheit bzw. Unklarheit im Feld in Bezug auf die Abgrenzung zu ABW-Leistungen. Gerade bei Menschen mit Suchterkrankungen könnten sich möglicherweise Leistungen nach dem ABW kontinuierlich in ihrer Quantität verringern und sich Leistungen nach dem SGB II anschließen. Hier müssen zukünftig konkrete Leistungsbeschreibungen der SGB II 16 a – Leistungen für die Hilfeplanung vorliegen.
Zum Teil gibt es Konflikte, wenn der SGB II Träger den Suchtberater als Informant nutzen will, da die Schweigepflicht der Betreuer dem entgegensteht, wenn es der Klient nicht ausdrücklich anders entscheidet.

Gibt es Unterschiede in den Hilfeangeboten für Suchterkrankungen/Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen?

Differenzierungsbereiche:

Alkohol: Hier existieren nur wenige Angebote im „Nachsorgebereich" nach Behandlung und medizinischer Rehabilitation, da die Teilhabeeinschränkungen hier bei der Mehrzahl durch ein noch vorhandenes soziales Umfeld nicht so ausgeprägt sind (CMA-Bereich siehe unten).

Illegale Drogen: Hier ist zu unterscheiden, zwischen der „Nachsorge" nach der Entzugsbehandlung bzw. stationären medizinischen Rehabilitationsphase und der Begleitbetreuung insbesondere im Bereich der Substitution bzw. CMA (siehe unten). Im nachstationären Nachsorgebereich ist vor allem die Übergangs- bzw. Anfangszeit betreuungsintensiv, während sie im Verlauf abnimmt, da sich über die längere stationäre Behandlungs- und Rehabilitationszeit mehr psychische Stabilität entwickelt hat. Eine frühzeitigere Teilhabeorientierung ist hier fachlich geboten.

Anders bei der Betreuung von Substituierten (CMA siehe unten). Hier kann es zu Schwankungen in dem parallelen Behandlungsverlauf kommen, die dann Auswirkungen haben auf den Betreuungsbedarf. Hier wird in der Regel eine über einen längeren Zeitraum gesehene gleichbleibend hohe Betreuungsintensität notwendig sein. Zumindest wird mit wiederkehrenden Phasen hoher Betreuungsintensität zu rechnen sein.

Chronisch mehrfachbeeinträchtigte/geschädigte Abhängige (CMA):
Die Zahl der Plätze in den soziotherapeutischen Wohnheimen für CMA-Klienten ist in den letzten Jahren nahezu konstant geblieben. Die Leistungserbringer haben über Außenwohngruppen und die anschließende Möglichkeit des ambulant betreuten Wohnens eine Flexibilisierung ihrer Angebote erreicht. Auch sind Teilangebote der Wohnheime auch für ambulant betreute Klienten nutzbar. Nicht die Regel scheint die Ausrichtung auf Angebote außerhalb der Suchtkrankenhilfe zu sein. Insgesamt ist hier mit einem längeren und oft intensiven Betreuungsbedarf zu rechen. Hier sind Reduzierungen möglicherweise durch

eine stärkere Nutzung nicht zielgruppenspezifischer Hilfen erreichbar.

Inwieweit hat sich das System in Richtung auf das Ziel „ambulant vor stationär" (bei gleichzeitiger Kostenkontrolle) entwickelt? Welche Veränderungen sind zu verzeichnen?

Im Bereich der soziotherapeutischen Wohnheime für Suchtkranke hat die Möglichkeit einer intensiven ambulanten Unterstützung durch „Ambulant Betreutes Wohnen" mit strukturierter Hilfeplanung Wege in eine ambulante Betreuungsform erleichtert.
Im Bereich der illegalen Drogen konnte im Zusammenwirken mit Substitutionsangeboten ein Klientel ambulant betreut werden, das möglicherweise zuvor nur stationär betreut werden konnte. Stationäre Angebote für Substituierte stehen nur in sehr begrenztem Umfang zur Verfügung.

Wie weit hat sich die fachliche Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und Diensten in den Regionen sowie zwischen Hilfeträger und Leistungsträger verändert?

Die fachliche Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und LVR wird von den Leistungserbringern überwiegend positiv bewertet insbesondere die Präsenz des überörtlichen Trägers vor Ort. Die Strukturvorgaben werden als fachlich geeignet eingestuft.
In allen vier Schwerpunktregionen wird die Zusammenarbeit mit dem LVR durchweg positiv eingeschätzt und als eine wesentliche strukturelle bzw. qualitative Verbesserung in der Hilfeplanung eingestuft.

Es werden seitens der Leistungserbringer außerhalb der Schwerpunktregionen teilweise Kommunikationsprobleme im fachlichen Dialog mit den Vertreterinnen des LVR formuliert:
- mit den Fallmanager/innen in Bezug auf die fachliche Einschätzung der Auswirkungen der Suchterkrankung
- mit den Vertretern/innen des LVR auf der Ebene der Regionalkonferenzen. Hier wird zum Teil von den Leistungserbringern bemängelt, dass hier die fachliche Diskussion und die Sichtweisen der Leistungserbringern zu kurz kommen.

Welche zusätzlichen Entwicklungsbedarfe ergeben sich aus den veränderten Rahmenbedingungen (Stichwort: brauchen selbständig lebende Menschen mit Behinderung mehr oder andere Formen von Tagesgestaltung als bisher?)

Hier wäre zu unterscheiden für die Zielgruppen

a. unter drei Stunden erwerbsfähig (A)
b. mindestens drei Stunden erwerbsfähig (B)

Zielgruppe A ist beim Klientel „Suchtkranke" des ABW nach Wahrnehmung der befragten regionalen Akteure signifikant geringer vertreten. Der Anteil der Suchtkranken mit ALG II Bezug ist zudem wesentlich höher als bei den Menschen mit psychischen Erkrankungen. Eine spezifische Regionalerhebung (Vergleich Klientel Suchtberatung/SPZ) im Kreis Mettmann ergab einen dreimal so hohen Anteil an ALG-II Empfängern.
Hintergrund ist hier, dass bei Suchtkranken eine Einstufung unter drei Stunden nur selten erfolgt, da hier die Erwerbsminderung von den ärztlichen Diensten (insbesondere DRV) in diesem Ausmaß nicht prognostiziert wird.

Für Zielgruppe A wird der Bedarf an tagesgestaltenden Maßnahmen mit der Zielrichtung sozialer Teilhabe gesehen. Einzelne Leistungserbringer berichten, dass auch Werkstätten für behinderte Menschen genutzt werden.

Für die Zielgruppe B werden Angebote der Arge - soweit möglich - in Anspruch genommen (AGH, Trainingsmaßnahmen, etc.). Bisher nur in sehr geringem Umfang wurden Leistungen zur Beschäftigungsförderung für Langzeitarbeitslose mit besonderen Vermittlungshemmnissen - ehemals § 16 a seit 01.01.2009 § 16 e SGB II - genutzt.
Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Argen einen Teil der Suchtkranken als arbeitsmarktfern einstufen und die Förderung der Arbeitsaufnahme hier in der Regel zurückstellen. Die aktivierenden Hilfen im SGB II als kommunale Eingliederungsleitung werden bisher nicht bzw. nur in sehr geringem Umfang genutzt.

Wie ist die unverminderte Zunahme von Anträgen auf ambulante Eingliederungshilfen zum selbständigen Wohnen zu erklären?

Aus Sicht der befragten Leistungserbringer hat sich nach deutlichen Steigerungsraten bis 2006 die Zunahme 2007 verlangsamt. Dies belegen auch die Zahlen des LVR. Nach deutlichem Anstieg der Zahlen bis 2006 (2005 um 29 % und 2006 um 31 %)[25] hat sich der Anstieg in 2007 mit 9 % in Bezug auf Menschen mit Suchterkrankungen deutlich verringert.
In den Schwerpunktregionen bestätigen sich diese Trends in Mettmann und Mönchengladbach. In Heinsberg ist auch 2007 eine deutliche Zunahme zu verzeichnen, allerdings

25 Quelle Daten aus 2004,2005 und 2007 ZPE Zwischenbericht und Abschlussbericht aus Tabellen Entwicklung Leistungsempfänger/innen, 2006 Daten aus Zahlen LVR, Frau Lincoln aus Anzahl der bewilligten Anträge zum 31.12.2006

Entwicklung Leistungsempfänger im Bereich ambulanter wohnbezogener Hilfen für Menschen mit Suchterkrankungen in den Schwerpunktregionen:

	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007
Mettmann	97	117	132	143
prozentuale Steigerung		*21%*	*13%*	*8%*
Mönchengladbach	56	71	96	103
prozentuale Steigerung		*27%*	*35%*	*7%*
Heinsberg	7	17	20	33
prozentuale Steigerung		*143%*	*18*	*65*
Wuppertal	38	42	66	59
prozentuale Steigerung		*11%*	*57%*	*-11%*

sind hier die Gesamtzahlen auch wesentlich niedriger. In Wuppertal ist dagegen eine geringfügige Abnahme der Leistungsempfänger 2007 zu erkennen.

Als Erklärung für den deutlichen Anstieg bis 2006 wurden genannt:

- Mit der personenzentrierten Bedarfsermittlung wurden Hilfebedarfe erfasst, die sich zuvor aufgrund der Deckelung durch Platzzahlkontingente noch auf Wartelisten befanden,
- die stärker ambulante Ausrichtung der Hilfen.

Die Zahl der Anträge auf ambulante Eingliederungshilfen zum selbständigen Wohnen im Bereich der Suchkrankenhilfe wird von den befragten Leistungserbringern dem Bedarf - abgesehen von den strittigen Ablehnungen - entsprechend bewertet. In einzelnen Fällen waren Ablehnungen aufgrund Nicht-Zugehörigkeit zur Zielgruppe für die Leistungserbringer nicht nachvollziehbar.
Sofern die Wohnheime für Suchtkranke noch stärker ambulantisieren, ist hier mit einem erhöhten Bedarf zu rechnen.

Fortentwicklungsbedarfe im Bereich der Suchtkrankenhilfe bestehen (Diese Bedarfe sind aus den Interviews mit Leistungserbringern und Experten abgeleitet, hier besteht fast vollständige Übereinstimmung mit den vorangestellten Empfehlungen.)

- in dem stärkeren Einbezug bzw. Teilhabeorientierung von Angeboten außerhalb der Suchtkrankenhilfe bei der Freizeitgestaltung und Gestaltung sozialer Kontakte,

- in der stärkeren Flexibilisierung der bewilligten Stundenkontingente in Richtung einer bedarfsorientierten Anpassung der Betreuungsintensität je nach Unterzielgruppe (Diese Empfehlung richtet sich an die Leistungserbringer. Seitens des LVR ist klargestellt, dass sich das Fachleistungsstunden-Budget grundsätzlich auf den gesamten Bewilligungszeitraum bezieht.),

- in der stärkeren Vernetzung bzw. Verbundarbeit zwischen den Leistungserbringern, um den individuellen Bedarfen besser gerecht zu werden und sich von zu starken trägerbezogenen Angebotsstrukturen lösen zu können,

- in der stärkeren Berücksichtigung des Grundsatzes, dass ambulant nicht gleichbedeutend mit weniger Unterstützungsbedarf ist. Ambulant bedeutet möglicherweise einen mindest gleich hohen Unterstützungsbedarf wie stationär. Hier müssen allerdings in der Hilfeplanung weitere Leistungen aus dem SGB II § 16 und 16 a-f , dem SGB V (Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS), Ergotherapie) und dem SGB VI (ARS, Belastungserprobung) einbezogen werden und zu Komplexleistungen verknüpft werden. Eine Integrierte Hilfeplanung ist hier Vorraussetzung. Im Bereich der ARS ist zudem die Vorraussetzung, dass der durch die Empfehlungsvereinbarung festgelegte Leistungsumfang in Bezug auf die Behandlungsintensität ausgeweitet wird.

- in der Verstärkung der Kooperation und Koordination (Vereinbarungen) mit den SGB II-Trägern, um Schnittstellen zu verbessern (in Bezug auf Arbeitsförderung und kommunale Eingliederungsleistungen).

5.4 Wohnheime

Das Projekt ‚Wohnen in eigener Wohnung' steht noch am Anfang. Zwar ist der Anteil ambulanter Hilfen erkennbar gestiegen. Das ist als Erfolg zu werten. Jedoch ist der Anteil stationärer Hilfen nach wie vor deutlich zu hoch. Die durch die Flexibilisierung ambulanter Hilfen entstandenen neuen

Möglichkeiten der rehabilitativen Begleitung im eigenen Wohnraum werden bei Weitem noch nicht ausgeschöpft.

Stationäre Hilfen haben neben den positiven Effekten stets auch die Nebenwirkung der Entwöhnung von einem Leben ohne diese Hilfen. Die Kontaktdichte zu Mitbewohnern, die durch Einrichtungsregeln gegebene Lebens- und Versorgungsstruktur und die Nähe zu therapeutischem Personal entsprechen nicht der Alltagswirklichkeit von psychisch behinderten Menschen außerhalb von Heimen. Eine Vorbereitung auf ein eigenständiges Leben ist daher nur eingeschränkt möglich. Zudem entspricht die Wohnform des Gruppenwohnens mit anderen psychisch behinderten Menschen nicht bei allen Heimbewohnern dem primär geäußerten Wunsch der Hilfeempfänger.
Der Anteil stationärer Hilfen am Gesamtvolumen aller Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist gesunken. Die Zahl der Leistungsempfänger in Heimen ist vom 31.12.2005 bis 31.12.2007 um 104 von 5.202 auf 5.098 (entsprechend 2 %) gesunken.[26] Angesichts der zuvor jahrelang kontinuierlich steigenden Zahlen von Heimbewohnern ist dieser Trend beachtlich.
Die Tatsache, dass die stationären Eingliederungshilfen gegen den allgemeinen Trend zur Ausweitung der Eingliederungshilfe gesunken sind, kann als Erfolg gewertet werden, der mit dem Steuerungsverhalten des LVR zusammenhängt:

- verbesserte Möglichkeiten zur ambulanten Eingliederungshilfe
- verbesserter Hilfeplanung
- zusätzliche finanzielle Förderung bei Auszug aus dem Wohnheim

Seitens der Heimleitungen wird zudem darauf hingewiesen, dass es seit der Hochzonung auch in ihrem Zuständigkeitsbereich Änderungen gegeben habe:

a. höhere Fluktuation
b. höherer durchschnittlicher Hilfebedarf der Heimbewohner (Doppeldiagnosen, Mehrfachbehinderung)

Gleichwohl liegt der Anteil stationärer Hilfen hinsichtlich der Personenzahl wie des Ressourceneinsatzes aus Sicht der APK auf einem fachlich nicht ausreichend begründeten Niveau. Eine weitere Reduzierung des Anteils stationärer Hilfen wie auch der Anzahl der stationär betreuten Personen erscheint möglich.

Dazu sollten allerdings die Möglichkeiten intensiver ambulanter Betreuung stärker genutzt werden. Die Vorgabe des SGB XII, nach der ambulante Hilfen im Vergleich zu vorhandenen stationären Angeboten nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sein sollen, wird oft dahingehend missverstanden, dass stationäre Durchschnittsvergütungen als ambulante Höchstintensitäten anzusehen sind. Die im Gegensatz zu ambulanten Hilfen geringe Differenzierung der Vergütung von stationären Hilfen wird als höhere Verlässlichkeit der Hilfen interpretiert. Beide Aspekte führen zu einer Begünstigung stationärer Hilfeleistung. Hinzu kommt, dass stationäre Hilfebedarfe bei ‚Verlaufsfällen' noch nicht regelmäßig in der HPK überprüft werden.

Eine Reduzierung des personenbezogenen Ressourceneinsatzes kommt in den Fällen in Frage, in denen psychisch kranke Menschen zwar einen im Vergleich zur Aufnahmesituation verminderten Hilfebedarf haben, aber ein Auszug aus dem Wohnheim nicht oder noch nicht in Frage kommt. Dies setzt allerdings ein Vergütungssystem für Heimbetreuung voraus, dass eine flexible Anpassung der Vergütungen bei veränderten Hilfebedarfen zulässt.

Ungünstige Anreize im traditionellen Vergütungssystem für stationäre und teilstationäre Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Während der Landschaftsverband Rheinland die Vergütungssystematik im Bereich der ambulanten Hilfen zu selbständigem Wohnen (Ambulant Betreutes Wohnen) auf individuell festgelegte Zeitwerte (‚Fachleistungsstunden') umgestellt hat, ist die Vergütung von Heimbetreuung weiterhin einrichtungsspezifisch, diejenige von Tagesstätten spezifisch bezogen auf den Einrichtungstyp (=Leistungstyp). Das traditionelle Finanzierungssystem von Einrichtungen der Eingliederungshilfe basiert auf einrichtungsbezogenen Verhandlungen. Die Vergütung orientiert sich am ‚Platz'. Dem ‚Platz' der Einrichtung ist eine festgelegte Personalausstattung zugeordnet (Personalschlüssel). Die maximale Anzahl der Plätze ist für jede Einrichtung und damit für die Region festgelegt.

In Verhandlungen zwischen Einrichtungsträger und Leistungsträger werden vereinbart

a) eine maximale Platzzahl „Z" für die Einrichtung und
b) eine Vergütung „P" für jede Zeiteinheit eines belegten Platzes, z. B.- Vergütungssatz pro Tag (bestehend aus Maßnahmepauschale, Grundpauschale und Investitionsbetrag).

Wurde ein Tagesvergütungssatz vereinbart, ergibt das Produkt Z x P x 365 den Maximalbetrag, den der Träger vereinnahmen kann bzw. der Leistungsträger verausgaben muss. Da es

26 Siehe: ZPE Universität Siegen, Selbständiges Wohnen behinderter Menschen – Individuelle Hilfen aus einer Hand, Siegen 2008

sich um Einheitspreise handelt, ist die Verwaltung einfach. Da eine Vollauslastung der Einrichtung vom Leistungsträger bei begründeter Nachfrage akzeptiert wird, eine finanzierte Überbelegung jedoch quasi ausgeschlossen ist, besteht für beide Seiten Planungssicherheit. Der Bedarf an Heimbetreuung auf dem vereinbarten Niveau wird vor allem beim Neuzugang geprüft. Anschließend wird die Fähigkeit des Bewohners zum Auszug geprüft. Ein wechselnder Hilfebedarf während des Wohnens im Heim führt nicht zu einer Anpassung der Vergütung. (Analog in der Tagesstätte: Bedarfsprüfung vor Aufnahme; während der Zeit der Tagesstättennutzung Überprüfung, ob auf die Tagesstätte verzichtet werden kann; während der Zeit der Tagesstättennutzung keine Überprüfung des Umfangs des Hilfebedarfs in der Tagesstätte.)

Von dieser platzbezogenen Finanzierung gehen jedoch einige ungünstige Anreize aus:

- Betriebswirtschaftlich empfiehlt es sich, Plätze möglichst vollständig mit möglichst einfach zu betreuenden Klienten zu besetzen. Gut eingewöhnte Klienten mit langer Verweildauer sind unter diesem Blickwinkel oft die erwünschteren. Mitarbeiter in Einrichtungen mit hohen rehabilitativen Bemühungen in Richtung auf Entlassung des Klienten, entsprechend hoher Klientenfluktuation und hohem Anteil akut kranker Menschen handeln aus berufsethischen Gründen gegen wirtschaftliche Vernunft, da die zeitliche und emotionale Inanspruchnahme bei gleicher Bezahlung höher ausfällt als bei einem weniger rehabilitativ ausgerichteten Arbeitsstil.

- Die einheitliche Vergütung legt nahe, den Klienten gleiche Leistungen zukommen zu lassen - eine Tendenz, die bei vorwiegender Gruppenarbeit ohnehin stark wirkt. Sowie ein Klient Teile des „Angebots" ablehnt, wird dies schnell als Verweigerung und therapeutischer Rückschritt interpretiert. Differenzierte Betreuungsleistungen werden nur bei (unerwünschten) individuellen Krisen geleistet. Der Klient weiß, dass er die Möglichkeit weiterer Betreuung und in Heimen die Wohnmöglichkeit verlieren kann, wenn er auf zu viele Leistungen verzichtet.

- Durch die Koppelung ‚stationär = viel Betreuung' und ‚ambulant = wenig Betreuung' wird bei hohem therapeutischen Betreuungsbedarf Druck auf den Klienten ausgeübt, auch Unterkunft und Verpflegung anzunehmen. Nimmt er als Teil der Leistung auch Unterkunft und Verpflegung in Anspruch (stationäre Hilfe), besteht Druck auch hohe therapeutische Leistungen anzunehmen. Das Bedürfnis und die Fähigkeit zum Leben in einer Groß- oder Kleingruppe ist jedoch unabhängig von der Intensität einer psychischen Störung sehr unterschiedlich ausgeprägt.

- Die einrichtungsbezogene Finanzierung zieht die Notwendigkeit eines Wechsels der Einrichtung bei verändertem Hilfebedarf nach sich. Der Verlust von Bezugspersonen und vertrauter Umgebung ist für schwer psychisch kranke Menschen oft problematisch. Soweit Wechsel aufgrund veränderten Hilfebedarfs erzwungen werden, kann dies für den Rehabilitationsverlauf problematisch sein. Wird der Wechsel aus diesem Grund vermieden, kommt es zu Über- und Unterversorgung.

- Die Einrichtungen sind in diesem System nicht nur auf eine weitgehend einheitliche Betreuungsintensität festgelegt, sondern auch auf die ausschließliche Finanzierung durch einen Leistungsträger. Da die Eingliederungshilfe / Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zeitlich und inhaltlich am wenigsten begrenzt ist, wird die Sozialhilfe auch bei erkennbarem Bedarf an medizinischer und beruflicher Rehabilitation vorgezogen, wenn die vom vorrangigen Leistungsträger (Renten- oder Krankenversicherung) finanzierten Leistungen erwartungsgemäß nicht ausreichend sind. Andernfalls wären nach Abschluss der sonstigen Hilfen zur Teilhabe wieder die problematischen Einrichtungswechsel die Folge. Auch ein zeitlich paralleler oder aufeinander folgender Bedarf an Eingliederungshilfe und Pflege kann nur unbefriedigend bedient werden.

Daher wird eine Änderung der Finanzierung in Richtung stärkerer Differenzierung, Flexibilisierung und Orientierung an der individuell notwendigen Leistung empfohlen.

Bedarfsermittlung / Quantitativer Hilfebedarf

Wie beschrieben hat sich im Bereich ‚Ambulant Betreutes Wohnen' die zeitorientierte Bedarfsermittlung bewährt. Es wird Transparenz geschaffen: Die Zeiten lassen sich auch von Klienten und Außenstehenden beurteilen und überprüfen. Es wird Flexibilität geschaffen: Bei Änderung des Hilfebedarfs ist eine Anpassung der Hilfeleistungen sehr viel einfacher möglich als bei einem Wechsel von Maßnahmearten.

Allerdings stehen hinter den Zeitwerten des Ambulant Betreuten Wohnens Leistungsbeschreibungen, die die

Nutzung der verfügbaren Zeit für Betreuungsleistungen eingrenzen. Bei einer einfachen Übertragung des Systems der Fachleistungsstunden auf andere Leistungsbereiche (Wohnheim, Tagesstätte usw.) würde diese Leistungsbeschreibung nicht mehr passen. Eine übergreifende Leistungsbeschreibung wäre zu allgemein und könnte zu Problemen bei der Zuordnung der bewilligten Fachleistungsstunden führen.

Es ist daher eine Differenzierung der Bedarfe in Leistungsbereichen sinnvoll:

Eingliederungshilfe im Bereich ...

- Selbstversorgung (Wohnen, Wirtschaften)
- Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- Arbeit und Ausbildung
- Grundversorgung
- spezielle Therapieverfahren
- Koordination durch eine Bezugsperson, Hilfeplanung und Abstimmung mit sonstigen Einrichtungen und Helfern

Im Hilfeplanungsverfahren werden für jeden Leistungsbereich individuelle Zeitwerte für direkt klientenbezogene Leistungen pro Woche festgelegt. **Direkt klientenbezogene** Leistungen sind alle Tätigkeiten, die sich **einem speziellen** Klienten zuordnen lassen, z.B.

- direkter Kontakt
- Wegezeiten
- Angehörigengespräche
- Kontakte mit sonstigen Bezugspersonen (z.B. Ärzte, Ämter)
- fallbezogene Dokumentation
- Fallbesprechungen

Bei der Preisbildung braucht zwischen den genannten Leistungsbereichen nicht unterschieden werden: Es gibt einen einheitliche zeitbezogene Vergütungssätze für alle genannten Leistungsbereiche.

Allerdings sollten (auch im Hinblick auf die vorrangige Einbeziehung von nicht-psychiatrischen Hilfen – siehe Punkt 2.) differenzierte Vergütungssätze für unterschiedliche Leistungsqualitätsanforderungen festgelegt werden:

- Hilfen, für deren Erbringung keine professionelle Kompetenz erforderlich ist.
- Hilfen, für deren Erbringung professionelle, aber keine zielgruppenspezifische rehabilitative Fachkompetenz erforderlich ist.
- Hilfen, für die eine zielgruppenspezifische rehabilitative Fachkompetenz erforderlich ist.
- Hilfen, für die eine zielgruppenspezifische rehabilitative Fachkompetenz erforderlich ist und die aufgrund des komplexen Hilfebedarfs des Klienten einer besonderen Verbundstruktur bedürfen.

Dabei ist nicht die Qualifikation des Leistungserbringers entscheidend, sondern der Bedarf des Hilfeempfängers. Nur soweit für dessen adäquate Versorgung psychiatrische (ggf. komplexe) Fachkompetenz erforderlich ist, ist diese als Bedarf anzuerkennen.

5.5 Hilfeplanverfahren

Der LVR hat ein flächendeckend ein personenzentriertes Verfahren individueller Hilfeplanung eingeführt und wirkt entschieden darauf hin, dass die Wünsche der Hilfeempfänger dabei festgestellt und möglichst weitgehend berücksichtigt werden. Bei der Hilfeplanung wurde die Zielorientierung in den Vordergrund gerückt und Hilfebedarfe aus den individuellen Zielen und den ihrer Erreichung entgegenstehenden krankheitsbedingten Beeinträchtigungen abgeleitet. Die individuelle Hilfeplanung hat deutlich an Bedeutung gewonnen und ist qualitativ erheblich besser geworden. Durch die Vereinheitlichung des Verfahrens und durch die Erörterung der Ergebnisse der individuellen Hilfeplanungen in der HPK ist ein erheblicher Transparenzgewinn hinsichtlich des Leistungsgeschehens und des Ressourcenverbrauchs erzielt worden (auch Ausgabencontrolling).

5.5.1 Die flächendeckende Einführung eines einheitlichen Hilfeplanverfahrens (IHP)

Der IHP entspricht den Anforderungen an integrierte personenzentrierte Hilfeplanung. Die durch ihn vorgegebene Systematik der Hilfeplanung begünstigt individuelle Gesamthilfeplanungen, individuelle Zielsetzungen, zielorientierte Maßnahmeplanungen und eine deutlich erhöhte Transparenz der Leistungserbringung.

Internationale Abmachungen zur Vereinheitlichung der Beschreibung von Rehabilitationsbedarfen (ICF), denen sich auch Deutschland angeschlossen hat, wurden dadurch teilweise vorweggenommen.

Der erzielte Qualitäts- und Transparenzgewinn rechtfertigt den zeitlichen Mehraufwand für eine intensivierte individuelle Hilfeplanung. Eine Individualisierung der Hilfen ohne differenzierte individuelle Gesamthilfeplanung ist nicht möglich. Eine Rückkehr zu maßnahmebezogenen Aufnahmeverfahren käme einem Rückfall zu institutionszentrierter Hilfeleistung gleich.

Aus der Individualisierung und erhöhten Transparenz ziehen vor allem die psychisch behinderten Menschen Nutzen. Ihre qualifizierte Einbeziehung in die Hilfeplanung stellt einen wesentlichen Fortschritt gegenüber traditionellen Aufnahme- bzw. Kostenbewilligungsverfahren dar.

Aus der Sichtung individueller Hilfepläne und Gesprächen mit Fallmanagern des LVR sowie Beteiligten der Hilfeplankonferenzen in den Schwerpunktregionen und weiterer Regionen ergeben sich aus Sicht der APK folgende Einschätzungen:
Der IHP hat als Instrument der Hilfeplanung erheblich zur Durchsetzung von Qualitätsstandards bei der individuellen Hilfeplanung beigetragen.

1. Die wesentlichen Prozessstandards bei der Hilfeplanung werden durch den IHP vorgegeben bzw. überprüfbar:

   - Förderung von Selbstbestimmung / Nutzerstärkung durch Einbeziehung bei der Hilfeplanung
     - IHP vom Klienten unterschrieben?
     - Einverständnis des Klienten zur kooperativen Hilfeplanung ist dokumentiert?
     - IHP für Klienten und Angehörige verständlich formuliert?
     - Formulierung gibt auch Klientenmeinung wieder?
     - Formulierung entspricht dem Sprachgebrauch des Klienten?
     - Ziele sind Ergebnis eines Aushandlungsprozesses?
     - Ersatzweise: unterschiedliche Zielvorstellungen sind dokumentiert?

   - Realistische Zielbestimmung und verbesserte Kooperation durch Einbeziehung aller Bezugspersonen (bei Zustimmung des Klienten)
     - Bei der Hilfeplanung unterstützende Person benannt, anwesend, federführend?
     - Einbezug der Angehörigen?
     - Einbezug des gesetzlichen Betreuers?
     - Einbezug professioneller Helfer (Behandlung und Hilfe zur Teilhabe)?
     - Einbezug wichtiger Bezugspersonen?

   - Darlegung unterschiedlicher Sichtweisen
     - Sicht der Klienten und der professionellen Helfer in III.1 bis III.5

2. Die Ziele werden in den Vordergrund gerückt. Der Bogen beginnt mit der Beschreibung der ‚angestrebten Wohn- und Lebensform' (Bogen II des IHP) und stellt die Leistungen in direkten Zusammenhang mit den individuellen Zielen (Bogen V des IHP).

3. In den Bögen III.1 bis III.5 sind die derzeitige Situation, vorrangige Probleme sowie Fähigkeiten und Ressourcen sowie Störungen und Beeinträchtigungen darzulegen. In der Printversion des IHP steht für jeden Lebensbereich eine ganze Seite zur Verfügung (Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, Freizeit, soziale Beziehungen, weitere Lebensbereiche).

Diese Strukturvorgaben fördern die Beachtung aller Lebensbereiche. Das ist insbesondere im Hinblick auf den Bereich Arbeit und Beschäftigung bedeutsam, weil dieser bei psychisch kranken Menschen traditionell vernachlässigt wird.

4. In gesonderten Spalten wird dabei jeweils die Sicht der antragstellenden bzw. leistungsberechtigten Person und eine ergänzende fachliche Sicht erhoben. Damit wird sichergestellt, dass im Hilfeplanungsgespräch die Einschätzungen der behinderten Menschen zu ihrer Situation aufgenommen werden.

5. Die Zielgruppenzugehörigkeit nach den Kriterien der UmsetzungsVO zum SGB XII (wesentlich seelisch behindert oder von Behinderung bedroht) lässt sich im Rahmen der individuellen Hilfeplanung in aller Regel eindeutig klären.

6. Auf der Basis der vorgelegten und erläuterten Hilfepläne ist in aller Regel eine sofortige Entscheidung über Bedarfe an Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft möglich.

7. Die individuelle Hilfeplanung mit dem IHP ist weitgehend auf den Bereich der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bezogen. In diesem Hilfebereich ist zudem eine Fokussierung auf die Hilfen im Wohnbereich festzustellen. Die Umsetzung des Hilfeplanungsverfahrens entspricht insofern nicht durchgehend den Anforderungen integrierter Hilfeplanung. Insbesondere sollten die sonstigen Hilfen zur Teilhabe stärker berücksichtigt werden (Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben und medizinische Rehabilitation). Aber auch psychiatrische Behandlungsbedarfe werden nicht immer ausreichend berücksichtigt (am ehesten noch die fachärztliche Behandlung, deutlich weniger Bedarfe an Soziotherapie, psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, Ergotherapie, Psychotherapie, Bewegungstherapie usw.). Die durch das SGB II eröffneten Fördermöglichkeiten werden noch nicht überall einbezogen.

8. Eine Klärung von Erwerbsfähigkeit oder bei Erwerbsfähigen eine Klärung der Arbeitsfähigkeit gehört nicht zum Standard der individuellen Hilfeplanung.

9. Ziele stehen im Vordergrund. Sie könnten jedoch konkreter formuliert werden. Der Zusammenhang zwischen der Zielsetzung und der geplanten Vorgehensweise kann deutlicher hergestellt werden.

10. Die Hilfeplanung erfolgt überwiegend durch Leistungsanbieter. Dieses Verfahren führt nicht zwingend zu einer überhöhten Bedarfsdarstellung, da grundsätzlich die Erörterung des Bedarfs in der HPK als interessenheterogene und dadurch regulierende Instanz obligatorisch folgt. Es könnte jedoch stärker auf eine kooperative Hilfeplanung mehrerer Beteiligter hingewirkt werden (insbesondere durch Einbeziehung der behandelnden Psychiater).

11. Der Soziapsychiatrische Dienst nimmt zu allen Hilfebedarfen Stellung.

12. Die Einbeziehung des örtlichen Trägers der Sozialhilfe ist sichergestellt, erfolgt jedoch teilweise nur bei konkretem Bedarf.

13. Der Zeitaufwand für eine individuelle Hilfeplanung liegt mit 2 bis 5 Stunden in einem angemessenen Bereich.

Folgende Aspekte sind aus Sicht der Aktion Psychisch Kranke zu beachten:

1. Zielbestimmung im Vordergrund

Hilfebedarfe sind aus den individuellen Zielen und den ihrer Erreichung dienenden und entgegenstehenden Aspekten zu bestimmen. Damit steht die individuelle Zielbestimmung im Mittelpunkt der Hilfeplanung.

Nach wie vor besteht jedoch bei vielen professionellen Helfern die Tendenz, Hilfebedarfe aus den Defiziten der Hilfesuchenden abzuleiten. Dem ist durch das Hilfeplanungsverfahren und das Hilfeplanungsinstrument entgegenzuwirken.

Die im Vergleich zur Zielbestimmung stärkere inhaltliche Vorstrukturierung der Bögen III.1 bis III.5 des IHP kann die falsche Einschätzung stützen, dass im Rahmen der Hilfeplanung der Situationsbeschreibung eine vorrangige Bedeutung zukommt.

Im Bogen II des IHP wird ausdrücklich vermerkt, dass eine fachliche Kommentierung oder Bewertung der vom Antragsstellenden formulierten Ziele nicht erwünscht ist. Das kann sinnvoll sein, um die Sicht des Hilfeempfängers in den Vordergrund zu stellen. Allerdings ist es dann notwendig, dass an anderer Stelle eine differenzierte Darlegung der Ziele und Teilziele erfolgt. Dafür ist der Bogen V vorgesehen. Dieser nimmt auf die allgemeinen Klientenziele in Bogen II Bezug und erfragt dazu eine Konkretisierung, Zeitplanung und Beschreibung der Vorgehensweise. Die unsystematische Sichtung von IHP und die (ebenfalls nicht repräsentativen) Berichte von HPK-Teilnehmern haben den Eindruck nahegelegt, dass auf der Ebene der Zielbestimmung im IHP die lebenswelt-übergreifende Betrachtung nicht immer fortgeführt wird. Insbesondere konkrete Ziele der psychiatrischen Behandlung und konkrete arbeitsbezogene Ziele fehlen danach zumeist.

Empfehlung:

Eine stärkere Differenzierung der Zielbestimmung im IHP ist sinnvoll. Insbesondere sollten die Lebensbereiche der Bögen III.1 bis III.5 aufgegriffen werden, das heißt, es sollte deutlicher werden, dass auch Teilhabeziele außerhalb des Wohnbereichs im Rahmen der integrierten individuellen Hilfeplanung geklärt und beschrieben werden: Teilhabe am Arbeitsleben, Freizeit, sonstige soziale Beziehungen. Auch der (nicht eindeutig einem der Lebensbereiche zuzuordnende) Bereich der psychiatrischen Behandlung ist dabei zu berücksichtigen.

Die Hilfepläne sind umfassend in Bezug auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden weniger differenziert dargestellt, Behandlungsbedarfe und Bedarfe an medizinischer Rehabilitation allenfalls benannt, aber nicht detailliert ausgeführt.

2. Ziele im Bereich der Hilfe zu Arbeit und Beschäftigung

Aufgrund psychischer Behinderung beeinträchtigte Menschen räumen der Teilhabe am Arbeitsleben unter ihren persönlichen Zielen oft eine besondere Bedeutung bei. Dabei sind ihre speziellen Interessen und Fähigkeiten mindestens ebenso breit gestreut wie bei Menschen ohne Behinderung.

Bei der arbeitsbezogenen Zielplanung im Rahmen einer individuellen Hilfeplanung wird jedoch oft nur sehr grob unterschieden zwischen den Polen ‚voll einsatzfähig im allgemeinen Arbeitsmarkt' und ‚langfristig angewiesen auf einen beschützten Arbeitsplatz, in der Regel in der Werkstatt für behinderte Menschen'. Richtig wäre eine an den individuellen Fähigkeiten und Neigungen orientierte

Differenzierung nach Art, Umfang, Ort/Erreichbarkeit, persönlicher Bedeutung (Verdienst, soziale Teilhabe, Qualifizierung, Tagesstruktur usw.) und weiteren relevanten Aspekten. Eine geminderte Leistungsfähigkeit, Einschränkungen bei der Kontinuität der Arbeitsleistung, bei der Regelmäßigkeit der Präsenz oder bei der emotionalen Belastbarkeit sollten nicht als Ausschlussgründe für eine Arbeit im allgemeinen Arbeitsmarkt gelten. Diese lassen sich weit gehend durch Hilfen zur Teilhabe oder sonstige Arbeitsförderungen ausgleichen.

Da solche Differenzierungen im Rahmen der Hilfeplanung noch nicht selbstverständlich sind, sollten sie durch das Hilfeplanungsinstrument angeregt bzw. vorgegeben werden.

Empfehlung:

Im IHP sollte durch inhaltliche Strukturvorgaben eine Differenzierung der Situationsbeschreibung und der Ziele im Bereich Arbeit und Beschäftigung vorgegeben werden, z.B. durch Fragen nach einer konkreten Beschreibung der aktuellen und der angestrebten Arbeit[27]:

- x Stunden / Woche
- in regelmäßiger/unregelmäßiger Verteilung
- Tätigkeitsbeschreibung
- in welchem Maß angeleitet bzw. selbständig
- in welchem Tätigkeitsbereich
- bei welchem Verdienst (auch ohne oder bei geringem?)
- in welchem Setting: allein oder Gruppenarbeit, Publikumsverkehr usw.

27 Ein Beispiel für differenzierte Erhebung des arbeitsbezogenen Hilfebedarfs bietet der Bogen 3b des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke

3. Ziele psychiatrischer Behandlung und medizinischer Rehabilitation

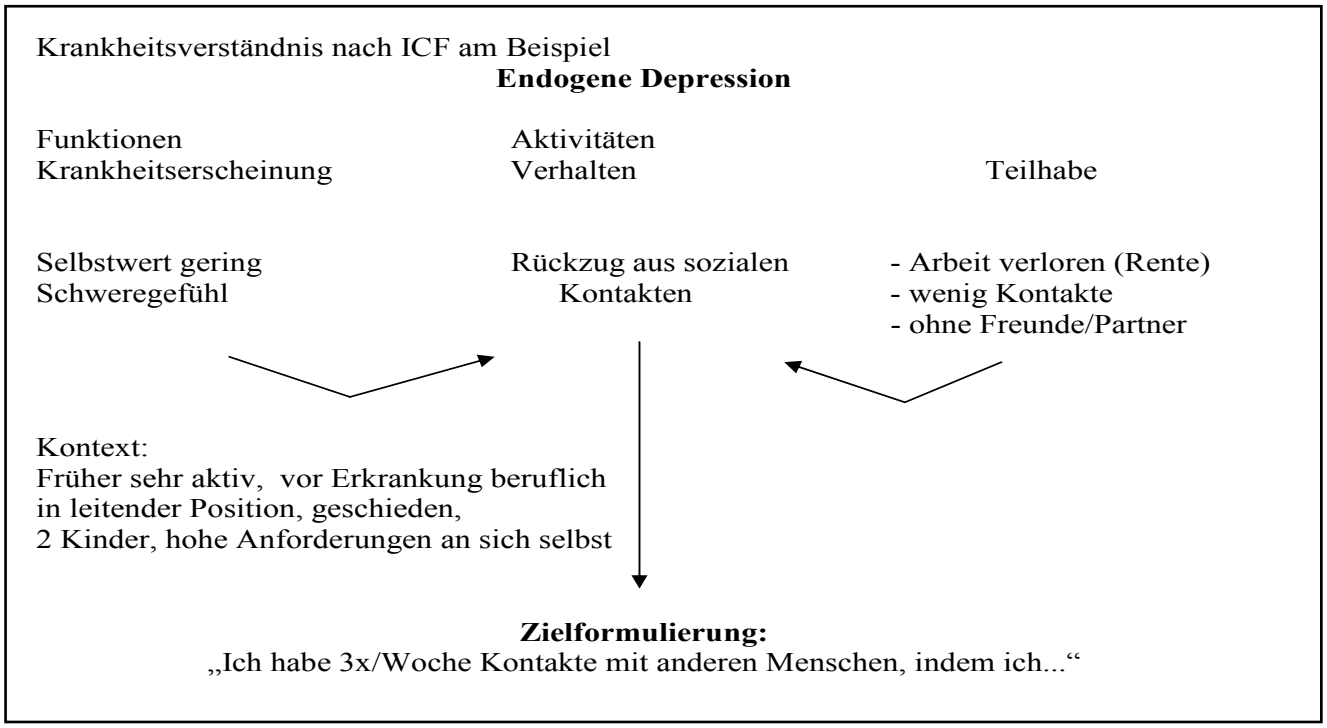
Das ICF-Verfahren zur Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation[28] greift das bio-psycho-soziale Modell des Verständnisses von Krankheit und Behinderung auf und stellt die Körperfunktionen, die Aktivitäten, die Teilhabe eines Menschen und die Kontextfaktoren auf eine zusammenhängende Ebene der Betrachtung der Ressourcen und der Beeinträchtigungen. Zu einer vollständigen Erhebung der Situation gehört danach die Klärung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen in allen genannten Bereichen.

Im Rahmen der individuellen Hilfeplanung mit dem IHP steht in der Regel die Teilhabe im Vordergrund (vor allen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, s.o.). Diese sind auch durch Strukturvorgaben des IHP (Bogen III.1-III.5) hervorgehoben. Dagegen fehlt ein Bogen zur Beschreibung der funktionellen Krankheitserscheinungen.

Funktionelle Störungen bei psychischer Erkrankung wirken sich oft in mehreren oder sogar allen Lebensbereichen aus. Wenn ein Mensch, der an einer Psychose leidet, häufig oder permanent innere Stimmen hört, wird dies in allen Teilhabebereichen zu Beeinträchtigungen führen.

Die Beseitigung oder Linderung von krankheitsbedingten funktionellen Störungen ist die Schwerpunktaufgabe der medizinischen Behandlung und, unter stärkerer Einbeziehung der Krankheitsfolgen, der medizinischen Rehabilitation.

28 siehe z.B. ICF-Praxisleitfaden 2 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/M 2008



Mit Behandlung sind in diesem Fall alle Formen der Krankenbehandlung nach SGB V gemeint, z.B.

psychiatrisch:
- Fachärztliche Behandlun
- Psych. Krankenpflege
- Soziotherapie
- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Psychotherapie

somatisch:
- zahnärztliche Behandlung
- Krankenpflege

Empfehlung:
Auf der Ebene der Situationsbeschreibung sollten im IHP die übergreifenden Aspekte, die sich nicht einzelnen Teilhabebereichen zuordnen lassen, stärker berücksichtigt werden. Auf der Ebene der Zielbestimmung entspricht dies der Einbeziehung der Ziele von psychiatrischer Behandlung und medizinischer Rehabilitation.

5.5.2 Die flächendeckende Einführung eines kooperativen Bedarfsfeststellungsverfahrens (Hilfeplankonferenzen)

Im Bedarfsfeststellungsverfahren vor der Hochzonung entschieden beim Träger der Sozialhilfe (örtlich und überörtlich) im wesentlichen Sachbearbeiter nach Aktenlage unter Berücksichtigung der Antragsbegründung, ärztlicher und sonstiger Stellungnahmen sowie ggf. bisheriger Verlaufsbeschreibungen. Nach der Hochzonung wurden beim Landschaftsverband Rheinland der Medizinisch-psychosoziale Fachdienst (MPD) mit eigener Hilfeplankompetenz gebildet. Zudem fiel die einzelfallbezogene Entscheidungskompetenz Fallmanagern zu, die neben der sozialrechtlichen Kompetenz ebenfalls über die Fähigkeit zur inhaltlichen Prüfung von Eingliederungsbedarfen verfügen.

Im Unterscheid zu anderen Leistungsträgern erhob der Landschaftsverband Rheinland jedoch nie den Anspruch mit dieser Kompetenz künftig allein das Hilfeplanverfahren durchzuführen. Diese Aufgabe ist bei Beachtung fachlicher Standards, insbesondere der umfangreichen Einbeziehung der Hilfesuchenden, auch nur mit erheblichen Personaleinsatz zu bewältigen. Zudem bevorzugen viele Leistungsberechtigte die Hilfeplanung mit ihnen vertrauten Betreuungspersonen.

Der Landschaftsverband Rheinland entschied sich daher für ein Verfahren, dass die Ermittlung des qualitativen Hilfebedarfs unter starker Beteiligung der Antragssteller in der Regel Fachkräften der regionalen sozialpsychiatrischen Versorgung erfolgt.

Bei dieser Vorgehensweise erhält die Plausibilitätsprüfung dieser Hilfepläne eine besondere Bedeutung. Daher hat der Landschaftsverband Rheinland flächendeckend Hilfeplankonferenzen gebildet, in denen unter Federführung des Landschaftsverbandes Rheinland unter Einbeziehung neutraler sozialpsychiatrischer Fachkräfte (z.B. Kliniken und Sozialpsychiatrischer Dienst) die individuellen Hilfebedarfe erörtert werden. Die Hilfeplankonferenzen sind als fachlich kompetente Empfehlungsgremien zu verstehen, deren Empfehlung die Entscheidung des Sozialhilfeträgers beeinflusst, aber nicht ersetzt. Die gesetzliche Zuständigkeit des Leistungsträgers im Sinne des § 59 SGB XII bleibt insofern unberührt.

Dieses Verfahren einer kooperativen Hilfeplanung nutzt die Kompetenzen und Ressourcen der Leistungsanbieter und ermöglicht dem Leistungsträger zugleich eine qualifizierte Beteiligung an der Bedarfsfeststellung. Dieses Verfahren findet bei den Beteiligten im Rheinland ganz überwiegend Zustimmung. Die flächendeckende Einführung im gesamten Rheinland ist als bundesweit vorbildlich anzusehen.

Die kooperative Hilfeplanung durch Leistungsträger und Leistungserbringer unter obligatorischer Beteiligung der Hilfesuchenden führte zu

- deutlich höherer Akzeptanz der Kostenübernahmeentscheidungen des LVR
- erheblichem Kompetenzgewinn bei den Fallmanagern des LVR, die nun nicht nur prüfend, sondern differenziert und qualifiziert an individuellen Hilfeplanungen beteiligt sind
- einer erheblichen Qualitätssteigerung bei der Hilfeplanung: schon die Erfordernis der persönlichen Vorstellung des Hilfeplans in einem multiprofessionell und aufgabenheterogen besetzten Gremium führt zu differenzierterer Bedarfsdarstellung; die Impulse in der HPK sorgen für weitere Qualitätsbesserungen
- einem deutlich intensivierten Qualitätstransfer unter den Beteiligten der einzelnen Hilfeplankonferenzen
- einem deutlich intensivierten überregionalen Qualitätstransfer durch die Fallmanager und vor allem zu einer deutlich erhöhten Transparenz hinsichtlich der Vorgehensweisen der verschiedenen Dienste und Maßnahmeträger.

Die bisher befragten Akteure psychiatrischer Hilfeleistungen im Rheinland[29] bewerten das Hilfeplanverfahren in seiner

29 Interviewpartner siehe Anhang Anlage II

Struktur eindeutig als Fortschritt und als einen Weg passgenaue Hilfen zu ermöglichen.
Das bezieht sich sowohl auf die Einführung eines einheitlichen Instruments der individuellen Hilfeplanung als auch auf die Form der Abstimmung und Entscheidungsfindung in Hilfeplankonferenzen.

Die dialogische Entscheidungsfindung hat zu einer wesentlich besseren Kooperation zwischen Leistungsträger und Leistungserbringern geführt.

Während es in früheren Zeiten nur selten (und dann fast nur in Streitfällen) zum Kontakt gekommen ist, ist nun der fachliche Austausch zwischen Vertretern des Sozialhilfeträgers und der Leistungsanbieter über individuelle Hilfebedarfe zum Standard geworden. Durchgängig wurde diese Form des Austauschs positiv bewertet. Die „Wertschätzung" der Leistungsanbieter für die Fallmanager ist im Laufe der Zeit kontinuierlich gestiegen. Insbesondere werden genannt:

- kooperative Grundhaltung
- Bereitschaft zur einzelfallbezogenen Fachdiskussion
- sozialpsychiatrischer Kompetenzgewinn der Fallmanager – kennen die Angebotspalette besser, gehen auf inhaltliche Aspekte der Hilfeleistung ein, fachlich anerkannt
- hohe personelle Kontinuität
- Bereitschaft zu passgenauen Einzellösungen
- Kompetenztransfer durch Fallmanager
- Sofern HPK-Koordinatoren: gute Organisation der HPK

Die in den Hilfeplankonferenzen verfügbare Zeit ist begrenzt. Daher werden regional unterschiedlich Eingrenzungen gewählt:

- In vielen Hilfeplankonferenzen werden nur Bedarfe an Ambulant Betreutem Wohnen und Neuzugänge in Wohnheime besprochen.
- In den meisten Hilfeplankonferenzen wird nur ein Teil der Bedarfe dieses Personenkreises besprochen. Allerdings kann jedes Mitglied der HPK eine Erörterung des Hilfebedarfs in der HPK einfordern.
- Hilfen zur Tagesgestaltung werden nur in der HPK besprochen, sofern die Klienten auch Ambulant Betreutes Wohnen beantragen.

Aus den Informationen über den Verlauf und die Beschlüsse der Hilfeplankonferenzen ergeben sich aus Sicht der APK folgende Einschätzungen:

- Die Zeitdauer bis zur Entscheidung in der HPK ist in aller Regel akzeptabel. Gegenüber dem Aufnahmeverfahren vor der Hochzonung ist ein erheblicher Zeitgewinn erzielt worden. Vorläufige Entscheidungen bei akutem Hilfebedarf werden vereinzelt getroffen.

- Für alle Personen, die Hilfen beantragt haben, besteht die Möglichkeit der Teilnahme an der HPK. Sie werden auch stets über diese Möglichkeit informiert. Es wird kein Druck in Richtung Teilnahme oder Nicht-Teilnahme ausgeübt.

- Nur in einzelnen HPK sind Mitarbeiter der Arge vertreten. Vertreter anderer Leistungsträger nehmen nicht an den HPK teil.

- Bei der Bedarfsfeststellung ambulanter Hilfen werden die bestehenden Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Es gibt äußerst selten ambulante Hilfeprogramme, die die Intensität stationärer Hilfen erreichen. Intensive ambulante Hilfeprogramme als Alternative zur Heimversorgung erfordern nicht nur eine entsprechende Vergütung. Diese ist durch hohe Fachleistungsstunden-Kontingente möglich. Sie erfordert auch eine entsprechende Arbeitsorganisation, z.B. flexible Dienstzeiten zu allen erforderlichen Tageszeiten an allen Tagen des Jahres. Dies ist im Bereich der ambulanten Eingliederungshilfe noch wenig entwickelt.

- Die Arbeitsatmosphäre in den Hilfeplankonferenzen ist konstruktiv und offen. Im Mittelpunkt steht eindeutig das Bemühen um bedarfsgerechte Lösungen für individuelle Probleme.

- Die Hilfeplankonferenzen tagen weitgehend in konstanter Zusammensetzung. Dies erleichtert die fachliche Abstimmung.

5.5.3 Controlling – Daten gestützte Steuerungsprozesse

Das ZPE-Gutachten kommt zu ermutigenden Ergebnissen. Doch könnten die bisherigen Steuerungsprozesse noch zielgenauer und differenzierter konzipiert werden. Eine wichtige Voraussetzung dafür wäre, die Versorgungsströme und was sie beeinflusst – geplant und ungeplant– besser zu kennen.

Der bisherige Ansatz stellt Häufigkeiten von Maßnahmen summarisch dar. Damit können Aussagen belegt werden wie: die belegten Plätze in Wohnheimen, im Betreuten Wohnen

(usw.) haben zu- oder abgenommen. Damit können auch Zeitreihen und regionale Verteilungen verglichen werden.

Dieser Ansatz ermöglicht aber nicht die Analyse von Versorgungsprozessen, die zu den beschriebenen Häufigkeitsverteilungen führen, und ergibt deshalb keine Orientierung für konkrete, zielorientierte Veränderungen von Versorgungsströmen. Wo kommen welche Personen her und erhalten welche Hilfen, wie lange, in welcher Abfolge, mit welchem Ergebnis (einschließlich Zu- oder Abnahme oder Beendigung der Hilfe), mit welchen Kosten?
Es geht also darum, personenbezogene Versorgungspfade als Versorgungsströme transparent zu machen. Zielgruppen sind nach Merkmalen wie Region, Alter, Behinderungsart zu definieren. Als Beispiel aus einem ganz anderen Gebiet sei auf die Analyse von Wählerwanderungen aus Anlass von Wahlen zum Bundestag hingewiesen.

Wichtig ist auch die Transparenz über die Ziele, um den Zweck der Datenerhebung deutlich zu machen sowie das Verhältnis von Nutzen und Aufwand abzuschätzen. Der LVR, die Kommunen, die HPKs, die Leistungserbringer haben welche verschiedenen und welche gemeinsamen Ziele? Zum Beispiel: Versorgung der hilfebedürftigen Personen eines Kreises/einer Stadt möglichst wohnortnah, damit die noch vorhandenen sozialen Bezüge erhalten bleiben und alte ggf. wieder aktiviert werden können; z. B. weniger stationäre und mehr ambulante Hilfen für eine bestimmte Zielgruppe in bestimmten Gebietskörperschaften oder bei Einrichtungsträgern.

Wenn eine Vollerhebung aus vorhandenen Daten automatisiert noch nicht möglich ist, wäre der Weg über eine gezielte Stichprobe mit ausweisbarer Repräsentanz zur Reduzierung des Aufwandes zu prüfen. Zu unterscheiden ist zwischen einer möglichst kleinen Basisdokumentation des Fachbereichs Sozialhilfe, der fortlaufend erhoben wird und zusätzlichen Daten für inhaltlich und zeitlich begrenzte Zwecke.

Um die Annäherung an das Ziel („Regionalisierungsgrad" S. 167 f.) sichtbar zu machen, benötigen die Beteiligten zu ihrer Orientierung Daten zu den Fragen:
Bestand: Wieviele Personen (mit welchen Merkmalen?) erhalten welche Hilfen innerhalb ihrer Wohnort-Gebietskörperschaft und wie viele außerhalb? (vgl. die Unterscheidung im ZPE-Gutachten zum Regionalisierungsgrad S. 171: „Herkunftsregion, angrenzende Region, entferntere Region" sowie die Unterscheidung zwischen Herkunftsregion im Sinn einer Gebietskörperschaft und Sozialraum und „Heimatnähe" in der Bedeutung für den Hilfeempfänger S. 167). Vgl. auch die Ausführungen zu Personen- und Prozess-Merkmalen, die die Verläufe der Versorgungsströme beeinflussen.

Beim LVR werden die Daten grundsätzlich Hilfeempfänger-bezogen gespeichert, sodass Personen-bezogene Auswertungen grundsätzlich möglich sind. Doch ist dies bisher noch nicht so aufbereitet, dass die differenzierten Analysen mit geringem Aufwand flexibel und zeitnah verfügbar wären (z. B. pro Monat SOLL-IST Controlling-Vergleiche). Zum Beispiel zur Unterstützung der Hilfeplankonferenz in der Beratung:
Regionales Planungsbudget für die Zielgruppe, wie viel schon für welche Maßnahmen bisher verplant? Welche Maßnahmen werden in der Sitzung mit welchen finanziellen Folgen beschlossen? Wie viel bleibt für den Rest des Jahres? Durch diese zeitnahen Informationen über Leistungen und Folgekosten auf dem Hintergrund der differenzierten Budgetplanung lässt sich differenzierter und verantwortungsvoller steuern als durch planwirtschaftliche Methoden.

6. Anhang

Anlage I

Beirat Projekt APK

Frau LVR-Dezernentin Martina Hoffmann-Badache, **Vorsitz, LVR-Dezernat Soziales und Integration**

Frau LVR-Dezernentin Ulrike Lubek, **stv. Vorsitz, LVR-Dezernat Gesundheit und Heilpädagogische Netzwerke**

Sozial- und Gesundheitsdezernenten der von der APK untersuchten Regionen:
Herr Beigeordneter Michael Schmitz, Stadt Mönchengladbach
Frau Beigeordnete Liesel Machat, Kreis Heinsberg
Herr Beigeordnete Dr. Stephan Kühn, Stadt Wuppertal
Herr Kreisdirektor Martin Richter, Kreis Mettmann

Frau Cornelia Prüfer-Storks, **AOK**

Herr Direktor Holger Baumann, **Deutsche Rentenversicherung Rheinland**

Herr Herbert Jans, **Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit**

Herr Ministerialdirigent Ullrich Kinstner, **MAGS**

Herr Dr. Jörg Steinhausen, **Sprecher des Arbeitsausschusses Hilfen für Menschen mit Behinderungen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW**

Für die Landschaftsversammlung Rheinland:
Frau Dorothee Daun, **Vorsitzende des Sozialauschusses, SPD**
Frau Andrea Asch, **Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, Bündnis 90/Die Grünen**
Frau Jutta Eckenbach, **CDU**
Frau Brigitte Mangen, **FDP**

Frau 1. Beigeordnete Evelin Schönhut-Keil, **LWV Hessen**

Herr Joachim Brandenburg, **Psychiatrieerfahrener**
Frau Susanne Heim, **Familienselbsthilfe**

Experten der APK:
Herr Prof. Dr. Peter Kruckenberg
Herr Prof. Dr. Reinhard Peukert

Mitglieder der projektbegleitenden AG:
Herr Prof. Dr. Heinrich Kunze, APK
Herr Dr. Niels Pörksen, APK
Herr Ulrich Krüger, APK
Herr Jörg Holke, APK
Frau Katharina Lorenz, APK
Frau Beate Kubny-Lüke, LVR
Herr Lothar Flemming, LVR

Anlage II

I. Strukturierte Interviews und Vor-Ort-Gespräche mit den Scherpunktregionen

Ort/Gremium	Anwesende
Stadt Mönchengladbach	
Diakonisches Werk Mönchengladbach, Suchthilfe	Frau Bloschak
LVR Klinik Mönchengladbach	Hr. Dr. Rinckens + ca. 8 Vertretern von Einrichtungen in den Regionen
LVR Klinik Mönchengladbach	Hr. Dr. Rinckens
LVR Kliniken Viersen	Hr. Dr. Wingenbach
Stadt Mönchengladbach, Gesundheitsamt	Fr. Bolten-Radau, Hr. Dr. Gros-Breuer
Stadt Mönchengladbach, BeWo-Netzwerk Mönchengladbach	Hr. Dr. Gros-Breuer + ca. 30 Mitglieder
Stadt Wuppertal	
Evang. Stiftung Tannenhof	Hr. Prof. Dr. Windgassen
Stadt Wuppertal, Prozessbegleitende Gruppe	ca. 28 weitere Mitglieder
Stadt Wuppertal, Psychiatrie- und Suchtkoordination	Fr. Dahlheim, Fr. Heinen, Fr. Hembach
Stadt Wuppertal, Psychiatrie- und Suchtkoordination, Schwerpunkt Sucht	Fr. Dahlheim
Kreis Heinsberg	
Gangelter Einrichtungen – allg. und Suchthilfe	Hr. Schweden
Krankenhaus Maria Hilf	Hr. Matentzoglu
Kreis Heinsberg, Gesundheitsamt	Hr. Dr. Feldhoff, Hr. Dr. Sommer
Kreis Mettmann	
Klinikum Niederberg	Hr. Dr. Meincke
Krankenhaus Langenberg	Hr. Dr. Reinert
Kreis Mettmann, GPV-Mitgliederversammlung	Hr. Dr. Albers + ca. 30 weitere Mitglieder
Kreis Mettmann, Psychiatrie und Suchtkoordination Schwerpunkt Sucht	Hr. Dr. Albers

II. Strukturierte Interviews und Vor-Ort-Gespräche mit sonstigen Interessierten

Ort/Gremium	Anwesende
Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland (AGpR)	Hr. Greve, Hr. Dochat, Hr. Vögeli, Fr. Seydholt
Caritasverband Diozöse Köln, Fachreferat Suchthilfe Fachgespräch-Auswertungsgespräch interner Befragung von 6 Caritas Suchthilfeeinrichtungen im Rheinland	Hr. Seegers
Caritasverband Neuss – Suchthilfe	Hr. Jünger
Der Paritätische NRW	Hr. Langer + 3 weitere Mitglieder
Fallmanager der 4 Regionen, LVR	4 Gesprächspartner
Gesundheitsamt Köln	Hr. Dr. Berger + Kölner SPZ-Koord.
Gesundheitsamt Köln	Fr. Dorgeloh (SpDi)
Gesundheitsamt Opladen	Fr. Vogt (Abt. Leiterin FB Soziales)
Kölner Verein für Rehabilitation	Hr. Jansen
Landeskoordinationsstelle Integration Suchtkranker NRW	Fr. Klemm-Vetterlein
LVR, Schwerpunktthema Dokumentation	Fr. Lincoln-Codjoe
LVR Koordinierungsstelle Sucht	Hr. Weingarz, Fr. Schmieder
Mitgliederversammlung AGpR	ca. 40 Mitglieder
Psychiatrie- und Suchtkoordination Stadt Köln	Hr. Dr. Berger
Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach	Hr. Pin
Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V.	Hr. Greve
Sozialpsychiatrisches Zentrum Köln-Mülheim	Herr Marschall
Veranstaltung Landeskoordination Integration "Berufliche Eingliederung Suchtkranker"	Gespräche mit Teilnehmern
Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, Köln	Hr. Brandenburg

Anlage III

Patienten in Klinik, Amb. Betreutem Wohnen, Wohnheim und Altenheim 2000 – 2008

	- 1-		- 2-			- 3 -			- 4 -	
	Klinik-Aufnahmen		**vor der Aufnahme**			**Nachbetreuung durch**			**Saldo 3 - 2**	
	Personen		**Amb. Betreutes Wohnen**			**Amb. Betr. Wohnen**				
2000	23.212	**100 %**	418	**1.8 %**	**100 %**	857	**3.7%**	**100%**	439	100%
2003	24.123		331	1.4 %		663	2.7 %		332	
2005	25.837		429	1.7 %		1364	5.3 %		935	213%
2007	26.717		544	2.0%		1406	5.3 %		862	
2008	27.813	**120 %**	801	**2.9 %**	**161 %**	1679	**6.0 %**	**162 %**	878	200%

	Klinik-Entlassung		**---------- Nachbetreuung durch**						**----------**		
	Personen		**Amb. Betreutes Wohnen**			**Wohnheim**			**Altenheim**		
2000	23.299	**100 %**	857	**3.7 %**	**100 %**	835	3.6 %	**100 %**	1515	6.5 %	**100 %**
2003	24.793		663	2.7 %		696	2.8 %		1315	5.3 %	
2005	25.794		1364	5.3 %		746	2.9 %		1331	5.2 %	
2007	26.780	115 %	1406	5.3 %		621	2.3 %		969	3.6 %	
2008	27.856	**120 %**	1679	6.0 %	**162 %**	562	2.0 %	**56 %**	933	3.4 %	**52 %**

Der untere Teil der Tabelle enthält einen Vergleich zur Nachbetreuung, veranlasst durch die Klinik in den Einrichtungen Amb. Betreutes Wohnen, Wohnheim und Altenheim. Im Unterschied zur schon beschriebenen Steigerung der Zugänge zum Amb. Betreuten Wohnen nehmen die Zugänge von der Klinik zum Wohnheim und zum Altenheim ab, in Prozent der prozentualen Anteile der Klinikentlassungen ganz erheblich!

Anlage IV

Inhaltliche Zusammenfassung der schriftlichen Befragung der Sozialpsychiatrischen Zentren (Tendenzaussagen von 56 eingegangenen Antworten)

Rheinlandweit wurden 69 SPZ angeschrieben. Es erfolgte ein Rücklauf von 56 SPZ-Standorten.

1. Welche Angebote werden angeboten?

- Kontakt- und Beratungsstellen
- Ambulant Betreutes Wohnen
- Tagesstätte
- Integrationsfachdienst
- Ambulant Psychiatrische Krankenpflege
- Zuverdienst
- Sonstiges (z.B. niedrigschwellige Einzelhilfe, Maßnahmen der Arge, Angebote für Jugendliche)

2. Wie hoch ist der Anteil an Klienten des Ambulant Betreuten Wohnens an den Besuchern?

- Die Rückmeldungen der verschiedenen SPZ sind sehr heterogen (siehe Anlage V): 26 % der Klienten des ABW besuchen die Kontakt- und Beratungsstelle, 42 % besuchen parallel zum ABW die Tagesstätte des SPZ. Etwa 32 % nehmen arbeitsbezogene Hilfen des SPZ in Anspruch (z.B. IFD, Zuverdienstarbeitsplätze), 8 % nutzen andere Angebote wie bspw. Beratungsangebote der SPZ.

3. Wie wirkt sich die Öffnung der Anbieterlandschaft auf das Ambulant Betreute Wohnen aus?

- Es herrscht eine hoher Anbieterdruck, jeder Anbieter versucht möglich selbst alle Hilfen zur Verfügung zu stellen.
- Die Vielfalt der Anbieterlandschaft führt jedoch i.d.R. zur Qualitätssteigerung der Hilfeerbringung.
- Einerseits gibt es durch die Öffnung mehr Klienten im Hilfesystem. Andererseits fallen jedoch Zielgruppen aus dem System heraus (z.B. Selbstzahler, Klienten wohnhaft bei der Herkunftsfamilie).

- neue Zielgruppen:
- Klienten mit Migrationshintergrund
- alleinerziehende Mütter
- Klienten mit höherem, komplexen Hilfebedarf

4. Wie wird mit konkurrierenden Anbietern des Ambulant Betreuten Wohnens umgegangen?

- Z. T. kein Kontakt
- Z. T. erfolgt die Vermittlung von Klienten zu externen Anbietern wegen fehlender eigener Kapazitäten oder im Einzelfall aus fachlichen Gründen.
- Innerhalb der HPK besteht die Möglichkeit der inhaltlichen Auseinandersetzung.
- Daher wird meist von einer kooperative Zusammenarbeit und Konkurrenz berichtet.
- „Qualität (Q.) setzt sich durch" (innere Q. - Mitarbeiterschulung, äußere Q.-Mitarbeiterschulung im GPV, Weiterentwicklung der Qualitätsstandards)
- Die Zusammenarbeit sei als kollegial, professionell, klientenorientiert zu bezeichnen.
- Neue Anbieter bekommen die Möglichkeit der Vorstellung durch Einladungen in regionale Gremien, wie PSAG.
- In einer Region erfolgte das Anschreiben aller neuen Anbietern mit der Darstellung des SPZ-Angebots als Angebot für die Klienten, bislang ohne Resonanz. Häufiger wurde jedoch geäußert, dass freie Anbieter mit ihren Klienten ebenfalls die offenen Angebote der SPZ nutzen.

5. Wie viele Klienten werden innerhalb des SPZ betreut, die Hilfen zum Wohnen von anderen Trägern erhalten (Angaben als monatlicher Schätzwert in Prozent)?

- sehr unterschiedlich
- Angaben von 0,5 % bis 30 % (häufig genannt ca.10 %)

6. Gibt es Veränderungen im Kernklientel des SPZ? Gibt es seit der Hochzonung neue Nutzergruppen, auf die gezielt zugegangen wird?

- junge Menschen mit allg. Störungen
- mehr traumatisierte Klienten
- mehr Klienten in allg. Krisensituation, statt psychiatrische Diagnose
- Menschen mit Doppeldiagnosen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Ängsten
- Menschen nach langer Arbeitslosigkeit
- Der Anteil der KoB-Klienten, die von SPZ externen ABW-Anbietern betreut werden steigt.
- Nachsorge von Klienten mit forensischem

Hintergrund in enger Kooperation mit der forensischen Ambulanz.
- Veränderung in den Beratungsstellen, da hier z.T. psychosoziale Beratung für die Argen angeboten wird/Zuweisungen seitens der Argen.
- Es erfolgt vermehrt Beratung in Kontakt- und Beratungsstelle von den Klienten, die die Zugangskriterien von Ambulant Betreutem Wohnen nicht erfüllen.

7. Hat sich die Kooperation zu anderen Akteuren im System seit der Hochzonung verändert? Wenn ja, wie sieht die neue Kooperation aus?

- Die Leistungserbringer sehen sich als Wettbewerber.
- Die HPK fördert jedoch den fachlichen Austausch und bewirkt mehr Kontakt untereinander.
- Dennoch gibt es deutlich mehrere kleine Anbieter, die nicht bekannt sind.
- Es erfolgt der Versuch der Integration neuer Anbieter ins regionale Netzwerk durch die Einbeziehung in Arbeitsgruppen oder durch Kooperation in Einzelfällen.
- Es enstand ein stärkerer Kontakt zu den gesetzlichen Betreuern.
- Seitens eines SPZ wird weniger Kooperation mit Kliniken geäußert, da die Klinik selbst ABW-Anbieter (sowie LT 24) geworden sind.
- Es wurde die verbesserte Kooperation mit Arge und Jugendamt im Einzelfall geäußert.

8. Weitere Bemerkungen zur Situation und zum Entwicklungsbedarf sozial-psychiatrischer Hilfen im Rheinland:

<u>Vorteile</u>
- Es erfolgt ein stärkerer Fokus auf Individualisierung des Hilfebedarfs seit der Einführung des IHP.
- Komplexe Betreuungssettings sind möglich.
- Die HPK fördert das Verantwortungsbewusstsein für regionale Planung und Steuerung.
- Mit Hilfe dieser Gremienstruktur erfolgt konstruktive Kooperation einzelner Leistungserbringer.
- Die Zugangswege sind einfacher, Hilfen werden zeitnah möglich. Die Wartezeiten gehören i.d.R. der Vergangenheit an.
- Ehrenamtliche übernehmen mehr Verantwortung, fordern jedoch fachliche Unterstützung.

<u>Nachteile</u>
- Jeder Träger versucht sein eigenes Angebot auszuweiten, Angst vor Klientenverlust.
- Der Klient kommt in Überforderungssituation (gleichgesetzt mit marktüblichen Kundenbegriff), bei Problemen erfolgt ein Wechsel zum nächsten Anbieter. Das System birgt die Gefahr einer Konsum- und Anspruchshaltung seitens der Klienten.
- Schnittstellenproblematik Übergang SGB XIII und SGB XII (da die Klienten immer jünger werden).
- Die Hilfethemen sind zu sehr aufgegliedert, versch. Kostenträger mit unterschiedlichen Bedingungen – entgegen dem Prinzip „Hilfen aus einer Hand".
- zu wenig ambulante Psychiater und kassenärztliche zugelassene Psychotherapeuten
- Parallelversorgungen führen zur Überversorgung der Klienten, Selbsthilfecharakter und Ehrenamt, so scheint es, geraten immer mehr aus dem Blick.
- Das Angebot von ABW und LT 24 durch Kliniken bewirkt einen Rückgang der Gemeindepsychiatrie.
- Der Kostenträger erwartet z.T. von ABW-Anbieter eine große Vorleistung (Hilfeplanerstellung ...) und überlässt dem Träger das finanzielle Risiko z.B. bei vorzeitigem Abbruch des Klienten oder keiner Bewilligung durch den LVR.

9. Entwicklungsbedarf

- Zur Qualitätsformulierung/-erhaltung wird in Mönchengladbach die GPV-Gründung favorisiert.
- Entwicklungsbedarf wird bzgl. der Angebotsstruktur für alte psychisch kranke Menschen sowie für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern geäußert.
- Weiter besteht ein hoher Bedarf an (niedrigschwelligen) Arbeits- und Beschäftigungsangeboten,
- Preiswerter Wohnraum,
- Wohn- und Betreuungsangebote für jüngere Menschen (16-18 Jahre).
- Der „LT 24" sollte an die SPZ angebunden werden.
- Erforderlich wäre außerdem die Stärkung (personell, sächlich und finanziell) niedrigschwelliger Beratungsangeboten der SPZ, um den Klienten Zugang zu geben, die die Zugangsvoraussetzung für ABW nicht erfüllen.
- Bessere Vernetzung mit stationären Hilfen: ABW setzt bei Neufällen erst mit dem Tag der Entlassung ein. Gerade bei schwierigen Patienten sollte die Phase der Behandlung genutzt werden können, um eine tragfähige Beziehung aufzubauen und das Ziel der Nachsorge zu erarbeiten.

- Die Hilfeplanung und –verfahren sind sehr auf die Eingliederungshilfe konzentriert. Hilfeplanung muss ganzheitlich erfolgen. Ziel: Einbindung weiterer Kostenträger bzw. Akzeptanz und Anerkennung des Votums der HPK durch andere Kostenträger.
- Die Fallzahlen der HPK steigen. Die Teilnahme an der HPK, incl. Vor- und Nachbereitung erfolgt aus fachlichem Interesse. Zu klären wäre hier, die Finanzierung der Teilnahme an der HPK.
- Schaffung von Qualitätsstandards für die Praxis (keine ausschließlich auf dem Papier befindlichen theoretischen Ausführungen zu Vorgehensweisen) wird notwendig: Wer ist wann mit welcher Qualifikation in welchem Umfang mit welchem Angebot vor Ort.
- Der Wunsch nach mehr Transparenz im Bewilligungsverfahren insbesondere von Hilfen des ABW wird geäußert.
- Ausbau und Stärkung der ärztlichen Versorgung/ Institutsambulanzen/Tageskliniken.

Anlage V

Anteil an Klienten des Amb. Betreuten Wohnens an den Besuchern der ...
(Angaben in Prozent)

Kontakt- und Beratungsstelle	Tagesstätte	arbeitsbezogene Hilfen	andere Angebote
60	80	90	
20	60	25	
10	40		3
10			10
50		20	
5	15		
10	20		
25	60	50	
55			
20	30		
25	35	30	
25	35	30	
40		5	2
10	15	10	
20			5
10	20	1	
25	30	10	
30			
30			
50	30		5
30	43	62	
30	43	62	
30	90		
14		66	
15		66	
10	40	50	17
30	30		
40	80		
35		20	
5	30	1	
40	70	30	6
10			10
35	30		20
30	75		20
30	75		20
25			
25			
10			3
40	60		

20	50	50	
20	50	50	
25			
40	70		
20	60		15
10	50	10	
25			
30	20		
35	25	5	5
30	81	17	30
15	30		
15	40		
50	70		
50	70		
50	50		
1449	1802	760	171
: N=54	: N=38	: N=23	: N=15
26,83%	**47,42%**	**33,04%**	**11,40%**

Quelle: Schriftliche SPZ-Befragung der APK 2009, angeschrieben wurden 69 SPZ. Es erfolgte ein Rücklauf von 56 SPZ, wobei 2 Standorte kein eigenes ABW anbieten und somit bei dieser Frage nicht berücksichtigt werden.

Anhang VI

Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke e. V. (A P K)

Zum aktuellen Entwurf der ersten Verordnung zur Änderung der Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe – des Landes Nordrhein-Westfalen (AV-SGB XII NRW)

Die APK führt derzeit im Auftrag des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) ein Projekt zur „Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen" durch.
Die in diesem Projekt gewonnenen Erkenntnisse stärken unsere bisherigen Erfahrungen und Grundhaltung zur regionalen Versorgung und veranlassen uns zu folgender aktueller Stellungnahme:

Durch die Änderung des Landesrechts (Landesverordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV – BSHG Juni 2003) wurden zeitlich befristet sämtliche Leistungen der Eingliederungshilfe für volljährige behinderte Menschen, die selbständiges Wohnen ermöglichen, in einer Hand bei den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe (Landschaftsverbände) zusammengeführt.
Mit der Zusammenfassung der personenzentrierten Leistungen „aus einer Hand" zur wohnbezogenen Teilhabe in einem flexiblen Hilfesystem sind wichtige Schritte auf das erwünschte Ziel hin erreicht worden. In allen Regionen wurden örtliche Versorgungslücken weitgehend geschlossen. Einheitliche Hilfeplanverfahren und Entscheidungen in Hilfeplankonferenzen, Clearingstellen etc. haben zu einer erheblichen Differenzierung und Qualifizierung der Entscheidungsprozesse in jedem Einzelfall beigetragen.

Gleichzeitig zeigt die Analyse der bisherigen Erfahrungen, dass die Entwicklung der Eingliederungshilfe zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung und hin zu einem durchlässigen und flexiblen Hilfesystem nicht für alle erforderlichen Hilfen der personenbezogenen Teilhabeleistungen erfolgte. Weite Teilhabebereiche sind nach wie vor auf verschiedene Zuständigkeiten aufgeteilt. Dies hat Nachteile für die Betroffenen **und** die Steuerung der Kostenentwicklung.

Die Leistungen in den Bereichen Arbeit und Beschäftigung insbesondere Zuverdienst und tagesstrukturierende Hilfen sind regional unterschiedlich und fast überall unzureichend geregelt, obwohl eine sinnvolle Tagesstruktur und die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung nachweislich den höchsten Effekt bei allen Hilfen zur Teilhabe hat.
Da Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) – wie in der Koalitionsvereinbarung der derzeitigen Bundesregierung beschlossen – nur unzureichend realisiert wurden, gibt es in diesen Leistungsbereichen nach wie vor erhebliche Versorgungsdefizite.
In vielen Kommunen wird außerdem davon ausgegangen, dass alle Hilfen der personenbezogenen Eingliederungshilfe in der Zuständigkeit der Landschaftsverbände liegen und genehmigen deshalb keine erforderlichen (erfolgsversprechenden) ambulanten Eingliederungshilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Die Ausführungsverordnung regelt nur die Zuständigkeiten für Leistungen zum Wohnen. Gerade bei Menschen mit psychischen Störungen und Suchterkrankungen sind diese Hilfen aber unverzichtbar.
Einzelne Leistungsanbieter versuchen deshalb, tagesstrukturierende Hilfen oder Zuverdienstangebote im Rahmen der Leistungen des betreuten Wohnens (Fachleistungsstunden) aufzubauen. In vielen Regionen reduzieren die Hilfeplankonferenzen ihre Funktion ausschließlich auf wohnbezogene Hilfen, obwohl die personenbezogene integrierte Hilfeplanung und die anschließenden Entscheidungen **alle** erforderlichen Hilfen einbeziehen müssten.
Nach dem Verständnis des SGB XII und der Teilhabephilosophie ist es unverzichtbar, **alle personenbezogenen Teilhabeleistungen** der Eingliederungshilfe **flexibel und aus einer Hand** verbindlich zu regeln.

Die nicht personenbezogenen Hilfen wie Kontakt- und Beratungsstellen, gemeinwesen- und sozialraumbezogene Hilfen – verbleiben richtigerweise ohnehin als Teile der Daseinsvorsorge in der Zuständigkeit der Kommunen.

Wir empfehlen deshalb mit aller Dringlichkeit, in der Verordnung zum 01. April 2009 die Zusammenführung aller personenbezogenen teilhabebezogenen Leistungen der Eingliederungshilfe – zumindest ab Eintritt in das Erwachsenenalter – auf der überörtlichen Ebene bis zum Jahr 2013 vorzusehen, zumindest aber Entwicklungsschritte in die genannte Richtung zu initiieren.

Es darf nicht sein, dass jetzt eine Verordnungen in Kraft tritt, die die Gefahr in sich birgt, dass wesentliche und Erfolg versprechende Hilfeleistungen durch ungeklärte

Zuständigkeiten vor Ort nicht gewährt werden.

Es ist zumindest erforderlich dass Kommunen und Landschaftsverbände entsprechende Vereinbarungen treffen und in den Hilfeplankonferenzen gemeinsam darauf hinwirken, dass möglichst alle Hilfen zur Teilhabe personenbezogen und bedarfsgerecht verbindlich gewährt werden. Positive Beispiele gibt es. Der vorgesehenen Fachkommission zur Förderung des flexiblen personenbezogenen Hilfesystems „aus einer Hand" sollte in der Begründung der Verordnung auch die Aufgabe übertragen werden, hierzu Empfehlungen zu erarbeiten, damit eine langfristig unverzichtbare Entwicklung zumindest schrittweise ermöglicht werden kann.

Bonn, den 16.Januar 2009

Anlage VII

Entwicklung von Rahmenbedingungen der Eingliederungshilfe 2004 - 2009

SGB V

Gesetzliche Krankenversicherung

- Integrierte Versorgung
- Medizinische Rehabilitation
- Richtlinienerweiterung AmbPsychPflege
- Erweiterung der häuslichen Krankenpflege
- Soziotherapie
- Verbesserung Psych-PV

SGB V § 140 a-d Integrierte Versorgung

- integrierte Versorgungsangebote werden gezielt gefördert, die flächendeckend oder für bestimmte „Volkskrankheiten" entwickelt werden
- abgestimmte Versorgung, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken und einen gemeinsamen Vertrag mit den Krankenkassen abschließen.
- zur Anschubfinanzierung werden 1% des SGB V- Etats für vertragsärztlichen Versorgung und Krankenhausbehandlung einbehalten

SGB V § 140 a-d Integrierte Versorgung
Umsetzung, Probleme, Chancen

- Bundesweit bisher nur 60 Integrierte Versorgungsverträge im Bereich Psychiatrie/Sucht/Psychosomatik
- Schnittstellenlösungen zwischen Krankenhausbehandlung und ambulanter Behandlung;
- Einbeziehung im ambulanten Bereich: Heilmittel, APP und Soziotherapie
- mehr Flexibilität und verbesserte Finanzierung

Einbindung von LE außerhalb SGB V-Bereich

SGB V § 40 Medizinische Rehabilitation

- Seit 01.07.2007 Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei gegebenen Bedarf
- Seit 01.07.2007 neue Empfehlungsvereinbarung „Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)" in Kraft getreten.

Ermöglicht auch teilstationäre und ambulante Leistungserbringung; stärkere Orientierung an der ICF

SGB V § 40 Medizinische Rehabilitation
Umsetzung, Probleme, Chancen

- Bundesweit nur wenige, einzelne Angebote zu ambulanten medizinischen Rehabilitation;
- Chance: Wenn Behandlung nicht ausreicht medizinische Reha mit fließenden Übergang zur Eingliederungshilfe
- Problem: Ausreichend qualifiziertes Personal zu finden, insbesondere Ärzte mit Zusatzausbildung „Sozialmedizin"
- Effiziente Verzahnung medizinische und berufliche Reha im Rahmen RPK eröffnet mehr Chancen auf Teilhabe am

Arbeitsleben, nach neuer RPK-E erste Anträge erst auf dem Weg

SGB V § 37 häusliche Krankenpflege
§ 37 a Soziotherapie, § 32 Heilmittel

- Seit 01.01.2005 Richtlinienerweiterung Häusliche Krankenpflege: Häusliche psychiatrische Krankenpflege
- Seit 01.07.2007 Erweiterung Häuslichkeitsbegriff (auch im Wohnheim)
- Seit 01.01.2008 Wegfall „Empfehlungen Soziotherapie"

Keine Budgetierung für F-Diagnosen bezügliche Ergotherapie

SGB V § 37 APP § 37 a Soziotherapie, § 32 Heilmittel
Umsetzung, Probleme, Chancen

- APP: Keine Umsetzung in der Fläche, Verordnungspraxis unterschiedlich, Problem 4 Monate Regelung, Zulassung nur bei ausreichender Zahl an Fachkräften, Diagnoseausschlüsse
- Soziotherapie: weiterhin gravierende Unterversorgung
- Ergotherapie wird zumindest in ersten Ansätzen stärker genutzt, Kombination mit ambulanter Reha

SGB II Grundsicherung für Arbeitssuchende

- Seit 01.01.2005 in Kraft

für alle, die mindestens 3 Stunden täglich erwerbsfähig sind und keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld I haben
Maßnahmen zur Eingliederung in Arbeit (alle SGB III-Fördermaßnahmen als Kann-Leistung, zusätzlich Schaffung von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung)

- Hilfen zur Überwindung von Eingliederungshemmnisse (Kinderbetreuung, Schuldnerberatung, Suchtberatung, psychosoziale Betreuung) in kommunaler Verantwortung

- Seit 1.10.2007 ermöglicht der § 16 a (seit 01.10.2009 § 16e) dauerhafte Beschäftigungsförderung, seit dem 01.04. 2008 ohne Beschränkung auf Sozialbetriebe

- Seit 01.01.2009 gesetzliche Regelung zu freien Fördermöglichkeiten durch die SGB II Träger konkretisiert (10 % nach § 16f)

SGB II
Grundsicherung für Arbeitssuchende
Umsetzung, Probleme, Chancen

- Zugang zu Förderleistungen nach SGB III für alle, die erwerbsfähig sind, unabhängig von Beitragszeiten
- Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Stärkere Individualisierung der Hilfen (§3 und §14 SGB II)
- Besserer Betreuungsschlüssel durch PAP und Fallmanagement, z.T. in Delegation
- Schaffung von betriebsnahen Arbeitsgelegenheiten mit zusätzlicher Betreuung (MAE oder Entgelt) einschließlich bis zu 75 % Förderung von Arbeitsplätzen ohne Befristung
- Psychosoziale Betreuung
- Jobcoaching für psychisch kranke Menschen in einigen Regionen
- Eingliederungsvereinbarungen, daher HPK-Teilnahme in einigen Regionen

SGB IX

Rehabilitation/Teilhabe behinderter Menschen

§ 17 Persönliches Budget

- Individueller Rechtsanspruch Persönliches Budget seit 01.01.08
- Bundesweit geschätzt mehr als 10000 Bewilligungen
- oft nur eingesetzt, wenn Nachbarschaftshilfe ausreicht bzw. keine organisierte professionelle Kompetenz notwendig
- Entsprechend werden die Budgetsätze bestimmt.
- Gesetz: alle Hilfen zur Teilhabe sind budgetfähig
- Die Budgetbemessung muss sowohl Zeitaspekte als auch fachliche Anforderungen berücksichtigen.
- Vier Arten von Budgets
- nicht professionelle Hilfe
- professionelle, nicht fachliche
- fachliche, rehabilitative Hilfe
- Komplexleistung durch Verbundsystem

SGB IX

Rehabilitation/Teilhabe behinderter Menschen

Neuer Fördertatbestand „Unterstützte Beschäftigung"

- Alternative zur Werkstatt Rechtssicherheit durch Aufnahme im SGB IX § 38a
- Grundsatz erst platzieren, dann rehabilitieren (amerikanische Studien, Europaweite Studie Rössler et al.)
- Geeignete Einschätzungsverfahren notwendig, DIA-AM ein erster Schritt
- Förderdauer 2 Jahre, Verlängerung bis zu 3 Jahren möglich
- Personalschlüssel für Jobcoach bzw. Trainer 1:5
- Im Anschluss zum Erhalt des Arbeitsplatzes Nachteilsausgleiche durch Integrationsamt (Ausgleichabgabemittel für außergewöhnliche Belastungen), Förderung nach SGB II z.B. §16e oder Eingliederungshilfe (bei weniger als 3 Stunden) alternativ Arbeitsbereich

Föderalismusreform

- Heimgesetz jetzt Ländersache
  Vertragrecht Bundessache
- NRW: Wohn- und Teilhabegesetz in Kraft getreten
- Weniger Bürokratie
- mehr Verbraucherschutz?
- für ambulante Angebote noch keine Schutzmöglichkeit

APK-Projekte

- Implementationsprojekte in NRW
- TAB-Projekt
- PAD-Projekt
- Evaluation Psych-PV 2007
- Projekt Steuerung / BAG GPV

Reformdiskussion Eingliederungshilfe

- Koalitionsvertrag (11.11.06)
- AG BMAS (parallel zu KOLZ)
- Empfehlung des Deutschen Verein
- Empfehlungen der BAG ÜS
- Beschluss der ASMK

Internationale Impulse

- UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
  (Recht auf barrierefreien Zugang zu Wohnen, Bildung und Arbeit)

ICF- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit WHO

Eu-Grünbuch zur psychischen Gesundheit

(Kapitel „Förderung der sozialen Integration psychisch kranker und geistig behinderter Menschen"; Initiativen:

GrundrechteAgentur der EU, Best-Practice-Sammlung, Studie zur Effizienz des Einsatzes finanzieller Ressourcen"

Anlage VIII

Kreis Heinsberg

Hilfeplankonferenz/Hilfeplanung

Die Planung und Steuerung der Hilfeplankonferenz (HPK) erfolgt durch den LVR, den Vorsitz übernimmt die Kommune durch den Leiter des SpDi.

Als ständige Mitglieder der HPK sind: örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger, Vertreter der AOK, SpDi, Caritas, Gangelter Einrichtungen, Vertreter für Suchtbelange, WfbM sowie Vertreter von Anbietern, die durch wechselnde Teilnahme in der HPK vertreten sind.

Bemerkenswert ist die Einbeziehung der AOK. Der Vertreter nimmt regelmäßig teil und bereichert die Planung insbesondere durch seine Kompetenz im Bereich der SGB V-Leistungen.

Die HPK tagt monatlich 1-2 Tage. I.d.R. handelt es sich um ca. 60 psychisch- und suchtkranke Menschen, die monatlich einen Hilfebedarf signalisieren. 1/3 dieser Fälle werden in der HPK besprochen. Deren Hilfepläne liegen den Teilnehmenden vor. Es werden vor allem die Klienten ausführlich besprochen, bei denen ein hoher Hilfebedarf beantragt wurde. Die anderen Fälle werden mit Namen und Stundenzahl benannt, es liegt jedoch kein IHP vor.

Innerhalb der HPK werden Klienten mit Hilfebedarf im Bereich Ambulant Betreutes Wohnen sowie im stationären Wohnbereich (Neuaufnahmen sowie Bestandsfälle) behandelt.

Zur Entscheidungsfindung erfolgt nach Angabe des SpDi eine "eingeschränkte" kommunale Einbeziehung, da die Hilfepläne so zeitnah vor der HPK zugearbeitet werden, dass eine ausführliche Thematisierung mit den einzelnen Klienten oftmals nicht möglich ist.

Dokumentation/Transparenz

Dem Kreis liegt keine Dokumentation der HPK bzw. der beteiligten Hilfepläne vor. Es fehlt aus Sicht des Kreises an Transparenz zwischen dem LVR und der Kommune.

Regionalkonferenzen

Die Regionalkonferenz tagt 1x/Jahr. Alle Mitglieder des Kreises sind vertreten. Als wesentlicher werden jedoch die Gesundheitskonferenzen sowie die PSAG erachtet, da innerhalb dieser Gremien die koordinierenden Aufgaben des Kreises erfolgen.

SPZ

Im Kreisgebiet wird ein SPZ gefördert. Das SPZ ist allerdings dezentral an 5 Standorten angesiedelt. Am jeweiligen Standort ist daher die Präsenz eingeschränkt (1-2 Öffnungszeiten pro Woche).

Leistungen der Institutsambulanz

Die Institutsambulanz arbeitet nicht zugehend. Die ambulanten Angebote (Ergotherapie, Arbeitstherapie...) sind Thema in der HPK. Sie werden jedoch nicht seitens der Institutsambulanz erbracht, sondern durch externe Leistungserbringer.

Klare Zuständigkeiten

Bezüglich der Zuständigkeiten für die Kostenübernahme bei Klienten für Ambulant Betreutes Wohnen, die im Elternhaus leben, besteht Einigkeit zwischen dem örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger. Der LVR ist Kostenträger für das Ambulant Betreute Wohnen, sobald der Hilfesuchende einen Auszug aus dem Elternhaus anstrebt. Wird kein Auszug signalisiert, liegt die Zuständigkeit bei der Kommune.

Ausweitung der Anbieterlandschaft

Grundsätzlich wird die Ausweitung als positiv erachtet. Die Ausweitung führte zu einer steigenden Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfen von Klienten, die vorher nicht in das Hilfesystem involviert waren. Große Einrichtungen kooperieren mit Einzelanbietern. Der Anstieg/Mehrbedarf konnte ambulant mit Hilfe des Ambulant Betreuten Wohnens aufgefangen werden, es erfolgte keine Ausbau von stationären Angeboten.

Anfänglich bestanden jedoch Probleme durch die Vorfinanzierung der Leistungserbringer, da die Kostenbewilligungen häufig zeitversetzt erfolgten, die Hilfen jedoch zeitnah gewährt wurden. In Einzelfällen habe es bis zu einem Jahr gedauert, die Finanzierung sicherzustellen.

Insgesamt kann man im Kreis Heinsberg von einer Versiebenfachung der ambulanten Leistungen sprechen. Neue Personenkreise des Ambulant Betreuten Wohnens können nach und nach erschlossen werden (z.B. Obdachlose mit psychiatrischer Diagnose).

Problemfelder

Als problematisch erweist sich die Personengruppe im Alter zwischen 18 und 21 Jahren. Hier besteht keine Einigkeit der Zuständigkeit zwischen dem LVR und dem Jugendamt. Die Zuständigkeiten bleiben umstritten, es erfolgen keine Positionierungen bei den entsprechenden Einzelfällen, die Hilfegewährung bleibt oftmals aus. Eine Einbeziehung der Jugendämter in die HPK ist gescheitert. Erschwerend wirkt dabei, dass es im Kreisgebiet mehrere Jugendämter gibt, da diese an den Gemeinden angesiedelt sind.

Anlage IX

Kreis Mettmann

Hilfeplanung/Hilfeplankonferenz

Innerhalb der Hilfeplanung im IHP wird unter den Zielen und dem Vorgehen in der Regel ausschließlich der Wohnaspekt thematisiert, entsprechend wird nur dieser in der HPK verhandelt. Weitere Bereiche, wie Arbeit und Beschäftigung fanden bislang keine Beachtung, da der Kostenträger in der HPK nicht vertreten war und eine Umsetzung bisher unmöglich schien. Eine aktuelle Entwicklung ist die Beteiligung der Arge an den HPK. Es gibt eine Zusage der Arge, perspektivisch arbeitsbezogene Leistungen zu übernehmen.

An 4 Standorten (Langenfeld, Mettmann, Ratingen, Velbert) tagen HPK. Im Jahr 2008 fanden insgesamt 39 Sitzungen statt. Im Kreis werden alle Eingliederungsfälle innerhalb der HPK besprochen (im Jahr 2008 waren es insgesamt 529 Hilfepläne bzgl. der wohnbezogenen Hilfen).

Ambulant Betreutes Wohnen und stationäres Wohnen

Das Ambulant Betreute Wohnen wurde schnell ausgebaut. Aufgrund der Fallzahlsteigerung erfolgte eine Angebotsweitung. Dies wirkte sich bislang jedoch nicht auf den stationären Wohnbereich aus. Für einen „typischen Heimbewohner" wird derzeit kein angemessenes ambulantes Angebot gesehen.

Anlage X

Mönchengladbach

Hilfeplankonferenz

Die Zusammenarbeit innerhalb der HPK zwischen dem LVR und der Stadt Mönchengladbach wird als Bereicherung gesehen. Die Moderation der HPK erfolgt durch das Gesundheitsamt, was als positiv erachtet wird, da der Moderator neutral gegenüber den konkurrierenden Anbietern sowie dem Kostenträger auftreten kann. Diese HPK-Moderation stellt aus Sicht der Psychiatriekoordination eine gute Ausgangssituation zur Einbeziehung weitere Kostenträger dar.

Innerhalb der HPK werden monatlich 4-5 Fälle mit Hilfe des IHP besprochen. Weitere 50-60 Fälle werden ausschließlich mit Name, Diagnose, Einrichtung und bewilligte Fachleistungsstunde innerhalb der HPK benannt. Diese können bei Bedarf aufgerufen und näher besprochen werden. Einzelne Risikopatienten werden ebenfalls gemeinsam besprochen (Klinik, SpDi), mit dem Wissen, dass die aufwendigen Maßnahmen durch alle Beteiligten getragen, aber auch die damit verbundenen Risiken gemeinsam geschultert werden.
Die HPK wird als fachliches Gremium, nicht nur als Kontrollgremium verstanden. Durch die Installation der HPK entstand ein neues regionales Miteinander bzw. ein stärkeres gegenseitiges Vertrauen.

Schwerpunkt der Verhandlungen innerhalb der HPK ist das Ambulant Betreute Wohnen sowie das stationäre Wohnen. Gibt es ergänzend weitere Hilfebedarfe, werden diese individuell mit besprochen. Da das Sozialamt vertreten ist, können Assistenzleistungen seitens der Stadt besprochen werden, dennoch werden freiwillige Leistungen kaum vergeben. Das Gremium gerät jedoch an die Grenzen seiner Kapazität, wenn häufiger zusätzliche Leistungen, neben dem Wohnbereich, z.B. ein Persönliches Budget, verhandelt werden. Hier werden weitere Fallkonferenzen notwendig. Bisher werden solche umfassende Hilfeprogramme nur marginal besprochen.

Weitere Gremien

Die PSAG umfasst 5 Arbeitsgruppen mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung:
- Menschen mit Behinderungen
- Kinder und Jugendliche
- Erwachsene/Gerontopsychiatrie
- Sucht
- Schwerpunkt Arbeit

Innerhalb den verschiedenen Arbeitsgruppen sind Vertreter von Verbänden, Leistungserbringer, der Selbsthilfe und weniger die Leistungsträger organisiert.

Weiter gibt es einen Gesamtsprecherrat. Jeweils ein Vertreter der jeweiligen Arbeitsgruppe treffen sich in diesem Sprecherrat zum Austausch sowie zur möglichen Verzahnung verschiedener Themen (z.B. innerhalb der Öffentlichkeitsarbeit).

Das BeWo-Netzwerk Mönchengladbach als ein weiteres Gremium dient zum regionalen Austausch und zur Kooperation der einzelnen Leistungserbringer. Mit Hilfe dieses Gremiums wurde eine neue Struktur geschaffen, in der sämtliche Anbieter von Ambulant Betreutem Wohnen für die Region Mönchengladbach ein Forum erhalten. Ein Austausch aller Anbieter wird möglich, innerhalb derer Probleme und/oder Lösungen thematisiert werden können. Dieses Forum steht nicht nur dem Bereich Psychiatrie/ Sucht offen, sondern ebenfalls dem Hilfebereich geistige und körperliche Behinderung.

Wunsch hinsichtlich Dokumentation

Seitens des LVR werden jährlich Aufnahmestatistiken geführt, die Übersicht einer Entlassstatistik wäre erstrebenswert, um Verläufe besser nachvollziehen zu können.

Anlage XI

Wuppertal

Hilfeplankonferenz/Hilfeplanung

Die Steuerung und Planung der Hilfeplankonferenz (HPK) erfolgt durch die Stadt Wuppertal. Als ständige Mitglieder der HPK sind: örtlicher und überörtliche Sozialhilfeträger, Arge, Klinik, Träger mit Beschäftigungsangeboten, SpDi als Fachdienst, Vertreter für den Bereich Sucht, Anbieter für tagesstrukturierende Maßnahmen, Wohnanbieter sowie ein Vertreter der Selbsthilfe.

Die HPK tagt wöchentlich mit ca. 15 Fällen. Monatlich gibt es 3 HPK für den ambulanten Bereich, 1 HPK für den stationären Wohnbereich. Es werden alle Eingliederungsfälle mit dem Schwerpunkt Wohnen besprochen. Tagesgestaltende Maßnahmen oder Arbeit und Beschäftigung finden nur marginal Beachtung innerhalb der Hilfeplanung, dies ist nicht zuletzt dadurch bedingt, dass die Arge-Teilnahme erst seit einem halben Jahr erfolgt. Für Erwerbsminderungsrentner stehen verschiedene Zuverdienstprojekte sowie tagesstrukturierende Maßnahmen bei regionalen Leistungsanbietern zur Verfügung, die Vergabe dieser Plätze erfolgt nicht über die HPK.
Klienten, die Hilfen außerhalb des Bereichs Wohnen benötigen, werden nicht in der HPK thematisiert. Hier erfolgen direkte Kontakte zwischen dem Hilfesuchenden und dem entsprechenden Leistungsträger.

Problem: Es erfolgen vermehrt Forderungen seitens des LVR nach weiteren Gutachten zur Plausibilitätsprüfung. Weiter wird der Hilfebedarf bei Klienten, ohne die Diagnose einer wesentlichen Behinderung, in Frage gestellt. Der Personenkreis von Menschen, der „von Behinderung bedroht" ist, wird zunehmend aus der Leistungsgewährung ausgeschlossen bzw. in Frage gestellt.
Allgemeine vorherige Absprachen werden am Einzelfall neu diskutiert und finden bisher keine generelle Klärung.

Der Hilfeplan liegt ausschließlich dem Leistungsträger sowie dem Leistungserbringer in schriftlicher Form vor. Die anderen Mitglieder sehen den Hilfeplan erst in der HPK durch eine Folienvorlage.

Ausweitung der Anbieterlandschaft

Alle neuen Anbieter sind oder werden in das Hilfeplanverfahren einbezogen und nehmen somit an der HPK teil. Zur Umsetzung einer möglichst gemeinsamen Vorstellung von Hilfeplanung werden regelmäßig Hilfeplanungs-Schulungen durchgeführt.

Dokumentation/Transparenz

Die Psychiatriekoordination beklagt fehlende Transparenz seitens des LVR. Eine umfassende Planungs-Dokumentation wäre wünschenswert.

Regionalkonferenz

Die Regionalkonferenzen werden als Informationsgremien, statt als ein Planungsgremium empfunden. Die Steuerung und Planung dieses Gremiums erfolgt durch den LVR, mit gelegentlichen Absprachen mit der Stadt Wuppertal. Ein Planungsgremium für die Stadt kann jedoch nicht ohne Einbeziehung des örtlichen Sozialhilfeträgers erfolgen. Eine "echte" Kooperationsbeziehung zwischen LVR und Kommune wird gewünscht.

Anlage XII

Übersicht der Hilfeplankonferenzen der verschiedenen Schwerpunktregionen

	HPK	**Fälle/Monat**	**Fälle/Monat Besprechung in HPK**	**Beteiligung anderer Leistungsträger**	**Schwerpunkt der HPK**
Heinsberg	1-2x/ Monat	ca. 60 Fälle	1/3 Fälle/Monat	AOK	Amb. Betr. Wohnen und stationäres Wohnen
Mettmann	in vier Regionen HPK (Ratingen, Velbert, Langenfeld und Mettmann) - ca. 3 HPK/Monat (39 HPK/2008)	alle Eingliederungsfälle (529/Jahr 2008)	ca. 44 Fälle/Monat	Arge, Übernahme arbeitsbezogener Leistungen angestrebt	bislang Amb. Betr. Wohnen und stationäres Wohnen, Arbeit zunehmend im Blick durch aktuelle Arge-Beteiligung
Mönchengladbach	1x/Monat	ca. 50-60 Fälle/Monat, nur bei Bedarf in HPK	4-5 Fälle/Monat		Amb. Betr. Wohnen und stationäres Wohnen
Wuppertal	4x/Monat - 3 HPK für ABW - 1 HPK für stat. Wohnformen	alle Eingliederungsfälle	ca. 60 Fälle/Monat	Arge (wird derzeit überprüft)	Amb. Betr. Wohnen und stationäres Wohnen

	Anteil der Klienten, die an ihren Hilfeplanbesprechungen in der HPK teilnehmen (Schätzung der Fallmanager)
Heinsberg	25 %
Mettmann	25 %
Mönchengladbach	
Wuppertal	10 – 20 %

Anlage XIII
zum Kapitel
5.1 Regional versorgende psychiatrische Kliniken

5.1.1 Erfahrungen mit der Hochzonung aus Sicht von Klinikleitern

In diesem Abschnitt wird eine Zusammenfassung von Äußerungen von 6 Leitenden Ärzten (oder Vertretung) von 6 Kliniken, die für die Versorgung der Kreise Heinsberg und Mettmann sowie die Städte Mönchengladbach und Wuppertal zuständig sind.

Welchen Nutzen können diese Äußerungen im Zusammenhang dieser Untersuchung haben, zumal es sich meist nicht um empirisch gesicherte Informationen handelt? Die Gesprächspartner geben ihre Eindrücke, ihren Wissensstand über Fortschritte, Problembereiche, Ziele, Wertmaßstäbe und Praktiken von Akteuren im Versorgungsnetz wieder. Aus der Sicht des LVR (aber auch der örtlichen HPK und anderer Beteiligter) kann jeweils überlegt werden, was davon aus eigener Perspektive relevant sein könnte, um dann ggf. sich in eigener Zuständigkeit die als notwendig erachteten Informationen zu beschaffen als Grundlage für aktives Vorgehen: mit den für den konkreten Fokus relevanten Akteuren/Gremien das Thema zu erörtern, gezielte Auswertungen aus Daten (Leistungen, Kosten, Leistungserbringer, HPK ...) des LVR oder der Klinik-BaDo zu erstellen, zeitlich begrenzte, inhaltlich umschriebene Erhebungen sowie Planung von konkreten Schritten zur weiteren Verbesserung der Aufgabenerfüllung zu veranlassen.

Die Gespräche führte Prof. Kunze. Er besuchte die Rheinische Klinik Mönchengladbach am 5. Dezember 2008 und führte die Telefon-Interviews durch in der Zeit vom 20.- 23. Januar 2009.
Aus den Gesprächsnotizen wurden die Informationen im folgenden Text systematisch nach den 6 Fragen A – F inhaltlich zusammengestellt, entsprechend der Systematik des Gesprächsleitfadens, der in einem Brief mit der Bitte um ein Telefoninterview vorab zugesandt worden war. Darüber hinaus hatten die Gesprächspartner die Gelegenheit auch Punkte anzusprechen, die außerhalb dieser Systematik lagen. Diese werden, soweit sie für das Projekt relevant sind, auch berücksichtigt. Die Inhalte werden zum Teil mit einer Quellenangabe versehen, weil viele Aussagen in ähnlicher Form auch für einige andere Kliniken gelten, und weil manche Aussagen ohne Quellenangaben nur verwendet werden dürfen. Auf die Widergabe im Konjunktiv der indirekten Rede wurde zur sprachlichen Vereinfachung verzichtet. Eigene Kommentare des Autors sind durch andere Schrift kenntlich gemacht.

A. Führt die Verkürzung der Verweildauer zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Maßnahmen der Eingliederungshilfe?
(Die Antworten waren sehr unterschiedlich:)

Aussagen der Interviewpartner:

- Umgekehrt wird ein Schuh daraus: Gute Eingliederungshilfe und ambulante Krankenhausbehandlung ermöglichen frühere Entlassung von schwierigen Patienten, deren Verweildauer sonst zu hoch wäre. Ziel der Klinik sei es, mehr Patienten institutsambulant und teilstationär zu behandeln.

- Die sozialen Folgen der psychischen Erkrankungen treten deutlicher in Erscheinung, denn die Patienten werden früher, d. h. noch kränker aus der stationären/teilstationären Behandlung entlassen. Dem Eindruck nach werden deshalb mehr Heimplätze gebraucht.

- Ja, es besteht ein Zusammenhang. Der Ärztemangel trägt dazu bei, dass die vorhandenen Ärzte unter einem erheblichen Rechtfertigungsdruck für die stationäre Behandlung stehen. Außerdem ist die ambulante psychiatrische Versorgung durch die Fachpraxen katastrophal geworden, und die PIA kann das nur unzureichend auffangen, wenn sie mit ca. € 120 pro Quartal völlig unterfinanziert ist. So hat das Ambulant Betreute Wohnen schon eine gewisse Ersatzfunktion.

- Kein Zusammenhang zwischen Verkürzung der Verweildauer und verstärkter Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen.

- Zwar üben die Kassen Druck aus zur Verkürzung der Verweildauer, aber es wird nicht auf Maßnahmen der Eingliederungshilfe ausgewichen, wenn diese nicht angemessen sind.

- Ja, weil der Druck der Krankenkassen zu früheren Entlassungen und schnellerem Antrag auf Ambulant Betreutes Wohnen oder Wohnheim führt. Aber frühere Entlassungen sind nicht per se besser, weil es auch im Betreuten Wohnen und im Wohnheim oder in der eigenen Wohnung moderne Formen des

Hospitalismus gibt. – Hinzuweisen sei aber auch auf Formen von Hospitalismus der Profis in der Klinik und in andere Institutionen.

- Es besteht kein Zusammenhang wie in der Frage unterstellt, wohl aber mit einer Veränderung im Umgang mit den sogenannten „Wartefällen" durch den LVR. (Wenn für einen Patienten die Krankenkassen die Behandlungskosten nicht mehr übernehmen und eine geeignete Versorgung außerhalb noch nicht gefunden wird, übernimmt das LVR die Kosten für den weiteren Aufenthalt in der Klinik.) Die Abschaffung der sogenannten Wartefälle in den LVR-Kliniken hat zu einer veränderten Haltung der Therapeuten geführt: Während zuvor eine „Niedrigrisikostrategie" vorherrschte, geht man jetzt mehr Risiko ein, allerdings in Verbindung mit enger Kooperationen mit dem gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz und gestützt auf die eigene Institutsambulanz. Dabei hat man die Erfahrung gemacht, dass deutlich mehr Patienten mit weniger Hilfe auskommen, als zuvor befürchtet und manchen Patienten die Heimkarriere erspart werden konnte.

- Es gibt noch „Wartefälle" in einer Nicht-LVR-Klinik.

- Krisen: zuständig Klinik, GPV und SpDi? In den Kliniken erhebliche Verweildauerverkürzung zunehmend seit Jahren, die Teilhabeleistungskonzepte und Finanzierungs- und Leistungskonzepte sind aber entstanden in einer Zeit, als in den Kliniken noch Langzeitbehandlungen gut verfügbar waren. Deshalb sollte die Frage untersucht werden, welche der jetzt nach kurzer Verweildauer aus Klinik entlassenen Patienten sehr kurzfristigen aber auch kurzfristig sich verändernden Teilhabebedarf haben statt Langzeitmaßnahmen wie ein halbes Jahr oder ein Jahr Ambulant Betreutes Wohnen oder Wohnheim oder andere klassische Teilhabeleistungen. Dabei stellt sich die Frage der Kombination mit ambulanten SGB V Leistungen und die Frage der Koordination als integrierte Komplexleistung bei der Erbringung durch unterschiedliche Leistungserbringer des Verbundes, einschließlich der Klinik. In Mönchengladbach wird das Thema Krisendienst diskutiert: Für welche Problemlagen? was ergibt sich daraus an Zuständigkeiten im SGB V-Bereich (Klinik, niedergelassene Ärzte), Teilhabeleistungen, SpDi – Wer/Was noch?
- Der Krisendienst Mönchengladbach e.V. hat seit dem Herbst 2007 seine Arbeit aufgenommen und sieht sich für vielfältige psychosoziale Krisen zuständig. Bisher ist aber die Finanzierung nicht gesichert und das Spektrum der Interventionsmöglichkeiten ist noch begrenzt auf eine telefonische Beratung am Wochenende. Es sind in Zukunft Anstrengungen erforderlich, um den Dienst aufrecht zu erhalten und seine Tätigkeit weiter auszubauen. Bisher gibt es überwiegend Vernetzungen zu Beratungsstellen und zum SpDi, aber kaum zum SGB V-Bereich. (vgl. Abschnitt zu Bedarf für niederschwellige Leistungen neben auf Einzelantrag bewilligten Teilhabeleistungen.)

B. Wie wird die regionale Bedarfssituation im Bereich der Eingliederungshilfe eingeschätzt? Bestehen ungedeckte Bedarfe? Und wenn ja für welche Teilgruppen?

Aussagen der Interviewpartner:

- Das Angebot in unserer Region ist auf dem richtigen Weg.

- Defizit: prozessuales Denken vom Patienten her ist unterentwickelt.

- Migranten werden unzureichend berücksichtigt.

- Das Hilfesystem ist so differenziert, dass grundsätzlich für alle Patienten geeignet individuelle Lösungen nach dem Wohnortprinzip gefunden werden können, nur einzelne Patienten werden auch überregional versorgt z. B. in Düsseldorf oder Hagen.
  Individuelle Hilfeplanung und die Kooperation mit der HPK werden schon lange praktiziert. Die Klinik hat eine Sozialarbeiterin im CMA-Bereich (CMA = Chronisch Mehrfachgeschädigte Alkoholkranke) und Spezialistin für die Zusammenarbeit mit der Hilfeplankonferenz.

Kommentar:
Problemgruppe: Mehrere Ausführungen konvergieren in einer besonders schwierigen Gruppe von Patienten mit bestimmten Merkmalen und Versorgungsprozessen.

Aussagen der Interviewpartner:

- Personenmerkmale:
  Altersstufe: Jugendliche und junge Erwachsene mit Brüchen in Schule und Berufsausbildung, sozial entwurzelt, Neigung zu Dissozialität und Deliquenz
  Diagnose: Psychose und Sucht/

Suchtmittelmißbrauch, unzureichend abstinenzfähig, mehr oder weniger „nasse" Alkoholiker, Mißbrauch/süchtiger Gebrauch unterschiedlicher Suchtmittel („Politoxikomanie")

- Merkmale von Versorgungsprozessen Positiv: Hier kommt es auf die gute Zusammenarbeit zwischen der Klinik und den „komplementären" Einrichtungen an. Wichtig ist der Grundsatz, dass die entlassende Klinik eine Wiederaufnahmegarantie gibt, aber umgekehrt die in die Klinik einweisende Einrichtung die Verantwortung für den Patienten nach Klinik-Entlassung behält und nicht der Klinik auch noch aufdrückt. Negativ: Es gibt gewisse Tendenzen der Klinik, unbequeme, unkooperative, unmotivierte Patienten zu früh zu entlassen, dann auch oft mit unzureichender Vorbereitung der Nachsorge. Diese driften dann in Städten in die Desintegration oder gar Obdachlosigkeit. Dieser Desintegrationsprozess ist zum Teil auch Folge der unzureichenden und der fragmentierten Versorgung ohne übergreifende patientenbezogene Verantwortung: Versorgungsinduzierte Ausgliederung

- Als erfolgreich wird benannt ein Kleinwohnheim für diese Zielgruppe in einem Ort an der holländischen Grenze gegenüber von Venlo.

- Die Entwicklung des Angebotes in der Region ist gut. Das Ambulant Betreute Wohnen hat nicht erheblich zugenommen. Es gibt auch keinen ungedeckten Bedarf. Für die chronisch mehrfachgeschädigten Suchtkranken (CMA) gibt es Einrichtungen, mit denen zusammen gearbeitet wird.

- Die Region hat angemessene Angebote geschaffen und praktiziert keine Fehlplatzierung mehr von Erwachsenen mit schizophrenen, Borderline oder anderen psychischen Erkrankungen in Heimen außerhalb. Die Heime in der Region verschaffen sich aber Belegung aus den umliegenden Kreisen und von weiter her. Wie kann man diesen Fehlsteuerungsprozess von Anfang an in die richtige Bahn lenken?

- Seit langer Zeit keine überregionalen Aufnahmen mehr, entlässt nur regional, aber die Träger in der Region holen aus anderen Regionen Patienten zur Belegung, die dann in der Klinik aufgenommen werden, die eigentlich für die Region, aus der die Patienten einmal gekommen sind, nicht zuständig ist.

- Der betriebswirtschaftliche Druck zur Vollbelegung führt bei Wohnheimen zur überregionalen Belegung durch passende Patienten. Diese Patienten kommen in Krisen dann in die Klinik, für die sie nach regionaler Bettenplanung nicht zuständig ist. Oft kündigt die Einrichtung dann den Heimplatz und die Klinik soll für Patienten, die aus anderen Regionen stammen, einen neuen Platz suchen.

Kommentar:
Desintegration fördernde Prozessdynamik: Einrichtungen in der Wohnort-Gebietskörperschaft lehnen Patienten als zu schwierig ab, für den dann nur weiter auswärts etwas gefunden wird. Wenn aber nicht gleich ein „geeigneter" Patient die Belegung des Heim-Platzes sichert, dann wird ein Patient von auswärts aus betriebswirtschaftlichen Gründen genommen.

Empfehlung:
Dieser Desintegrationsprozess sollte unterbunden werden. Wie kann man solche Fälle und solche Praktiken zeitnah feststellen und im Rahmen von Qualitätsverbesserung durch Intervention andere Versorgungsabläufe einführen? Dies muss zwischen Klinik, HPK und LVR geklärt werden. - Sicherstellen, dass solche Problemfälle nicht an der HPK vorbei gehen!
Ansatzpunkte zur Umsteuerung dieser Versorgungspfade könnten Informationen darüber sein: Welche Hilfesysteme haben die „Problempatienten" in Anspruch genommen, bevor die Eingliederungshilfe und die Erwachsenenpsychiatrie zuständig wurden?

Aussagen der Interviewpartner:

- Wohnheim-Versorgung außerhalb der Gebietskörperschaft:
  Zum Beispiel arbeitet Mönchengladbach und der LVR an einem Lösungsweg. Ausgangspunkt waren Zahlen des LVR, dass unverhältnismäßig viele Klienten mit stationärem Hilfebedarf in entfernt liegende Einrichtungen vermittelt werden müssen, weil in der Region MG die Platzzahlen offenbar nicht ausreichen. Dies geht mit einem nicht vertretbaren Verlust an individuellen Ressourcen u.a. in den Bereichen 'persönliche Bindungen', räumliche Orientierung und Beheimatung einher. Dieser Ressourcenverlust steht mit den Zielen der individuellen Hilfeplanung in eklatantem Widerspruch.

- Da MG im Bereich Sucht/ Psychiatrie fast ausschließlich abgebende Region ist, haben wir mit dem LVR die Absprache, dass wir über die abgegebenen Klienten informiert werden.

- Darüber hinaus gibt es hierzu konkrete Absprachen zur gegenseitigen Information zwischen der HPK MG und der HPK Viersen als Nachbarregion, wo z.T. Patienten aus MG versorgt werden.

- Anderen Klientenströmen wollen wir ebenfalls nachgehen. Hierbei sind wir auf die Daten des LVR angewiesen, wo allerdings bis dato aufgrund technischer Hindernisse nur ein relativ eingeschränkter Datenzugriff möglich ist. - Beim LVR ist dieses Problem bekannt und man arbeitet daran.

- Zur Frage in welcher HPK ein Fall besprochen werden soll, haben wir die Haltung gefunden, dass der Klient in jedem Fall in der aufnehmenden Region aber auch in der abgebenden Region mindestens bekannt gegeben werden sollte, schon allein um dem Vorgang des Ortswechsels die nötige Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, aber auch um ggf. wichtige Informationen und Erfahrungen der abgebenden Region zu transportieren. Es gilt auch, die abgegebenen Klienten im Blick behalten zu können, um sie ggf. wieder in die Heimatregion zurückholen zu können. Die Benachrichtigung der abgebenden Region sollte dieser den Anstoß geben, noch bestehende Versorgungsdefizite wahrzunehmen und Aktivitäten zwecks Verbesserung in Gang zu setzen.

Kommentar:
Diese Ausführungen aus der Region Mönchengladbach – Viersen verdeutlichen die Zusammenhänge zwischen

- Gemeinsame Zielsetzung: bedarfsgemäße Versorgung in der Heimat-Gebietskörperschaft
- Individuelle Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz: Am Einzelfall werden Versorgungsdefizite deutlich.
- Berichterstattung aus der Sicht der HPKs und des LVR (integriert): von den Einzelfällen zur Analyse und Übersicht des – befriedigten/ungedeckten - Bedarfs von Personen nach Zielgruppen und (Wohn-) Gebietskörperschaften,
- Weiterentwicklung des Angebots orientiert am Bedarf von Zielgruppen (gemäß definierten Qualitätskriterien) statt an den realisierten Maßnahmekapazitäten.

Empfehlung:
Berichterstattung: nicht nur die Verteilung von (belegten) Plätzen in Einrichtungsbausteinen nach Maßnahmearten = statisches Bild;
als Orientierung für Weiterentwicklung des regionalen Angebots: Flussdiagramm, ausgehend von Personen(-gruppen) aus kommunalen Gebietskörperschaften, das die Versorgungsströme von Personen (mit Merkmalen und den Hilfefunktionen, die sie im Querschnitt und Längsschnitt erhalten).
Darauf sollte auch das Finanzcontrolling Bezug nehmen.

Aussagen der Interviewpartner:

- Eine HPK hat vom LVR auf Nachfrage die Information erhalten, wie viele Patienten aus der Region in Wohnheimplätzen außerhalb der Region leben: Das sind deutlich mehr Personen, als innerhalb der Region versorgt werden. Daraus hat der Lenkungsausschuss der HPK abgeleitet, dass jede Vermittlung nach außerhalb der Region als „Offenbarungseid" aufzufassen ist - mit der Aufforderung zu überlegen wie dies künftig verhindert werden kann. Der Ausgliederungsprozess der Personen, die außerhalb untergebracht sind, soll schrittweise analysiert werden mit dem Ziel herauszufinden, wie zukünftig solche „Karrieren" verhindert werden können.

- Die Erfahrung zeigt, dass Wohnheimplätze sehr unterschiedlich verfügbar sind. Es gibt Wohnheime, in denen fast nie etwas frei wird, die Startbelegschaft mit wenig Änderung ist immer noch zusammen. Bei anderen ist viel Bewegung, sie nehmen flexibel neue Patienten auf und entlassen. Dies gilt auch für andere Bausteine des Gemeindepsychiatrischen Netzes wie SPZ oder Ambulant Betreutes Wohnen.

Empfehlung:
Die Eindrücke vor Ort sollten mit LVR-Daten/Informationen abgeglichen werden, um daraus ggf. gezielte Interventionen der HPK oder der Vertragsgestaltung durch den LVR abzuleiten.

Kommentar und Empfehlungen:
Diese reziproken Ausgliederungsprozesse erhalten Schub durch die Angebotsorientierung in Verbindung mit betriebswirtschaftlichen Gründen: Die Angebotsorientierung kann korrigiert werden durch geeignete Anforderungen an die Einrichtungen (zur Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung im Rahmen der HPK) in Verbindung mit entsprechender Ausstattung und Änderung der betriebswirtschaftlichen Regelungen, damit die Über- und Unterbelegungen im Jahredurchschnitt ausgeglichen

werden können (Zulassung/Vertrag/Konzept/ Ausstattung/ Finanzierung) - in Verbindung mit der Verpflichtung, besonders die Problemfälle in die Hilfeplankonferenz einzubringen.
Anforderung an kleine Einrichtungen, damit sie ihren definierten Beitrag zur regionalen Versorgungsverpflichtung für Leistungen zur Teilhabe realisieren können: Zusammenschluss zu ausreichend großen betriebswirtschaftlichen Einheiten.
LVR/HPK: Anträge →→ Eingangskontrolle, ob Ausgliederungsdynamik absehbar, um früh gegenzusteuern. Dieses angebotsorientierte Verhalten müsste aus der LVR-BADO erkennbar sein. Ein Hinweis sind die jetzigen Zahlen zum Herkunfts-Gebietskörperschaft der Patienten im Vergleich zur Gebietskörperschaft, in der die – vorgesehene - Einrichtung liegt. Nützlich wäre dies mit den o. g. Patientenmerkmalen zu verknüpfen, sowie mit Prozessmerkmalen aus der Hilfeplankonferenz oder Trägermerkmalen, um die Problematik regional gezielt ansprechen und gegensteuern zu können. Frage: Inwieweit kann die HPK aus ihrer praktischen Arbeit und ihrer HPK-Dokumentation dies Problem auch unabhängig von der LVR-BADO konkret beschreiben und lokalisieren?
Welche Personen-, Prozess- oder Institutions-Merkmale lassen diese Wanderbewegungen/ versorgungsinduzierte Ausgliederung besser verstehen und beschreiben? Es gibt gute Gründe für die Hypothese, dass die Versorgungsstrategie, die mit Ausgliederung verbunden ist, langfristig auch teurer ist.

Schon beim Antrag müsste eine Eingangsprüfung stattfinden:
passen zusammen
Art und Ausmaß des Hilfebedarfs
Wohnort- versus Einrichtungskommune
Maßnahmeart
Institutionstyp

Ablaufanforderung aufstellen und prüfen, Prozessstandard einführen?

Aussagen der Interviewpartner:

- Das Ambulant Betreute Wohnen hat auch eine Ersatzfunktion für unzureichende Möglichkeiten anderer und stärker lebensfeldorientierter Teilhabeleistungen: zur Tagesstruktur, zu Arbeit / Beschäftigung, Zuverdienst, Kontakten usw., weil andere Leistungen zur Teilhabe im Zuständigkeitsbereich des örtlichen Sozialhilfeträgers unterentwickelt sind oder nicht realisiert werden. So kann das Ambulant Betreute Wohnen verschiedene Funktionen im Sinne ambulanter Teilhabehilfen haben (verbunden mit dem Vorteil, dass z. B. ein Zuverdienstarbeitsplatz durch Kantinenbesuch im Betrieb auch zur Essensversorgung und zur Kontaktstiftung für Freizeitaktivitäten führt). Also können Synergieeffekte viel besser erschlossen werden, als wenn die drei genannten Funktionen getrennt realisiert werden. Therapeuten mit Kreativität und Lebensfelderfahrung realisieren lebensfeldintegrierte Unterstützungen im Bereich Wohnen, Tagesgestaltung, Arbeit, Qualifizierung, Kontakten aus der über Ambulant Betreutes Wohnen finanzierten Personalressource. - Beispiel des Gesprächspartners aus seiner früheren Tätigkeit in Berlin: Einzelfallhilfe nach BSHG § 49: Begleitung des Patienten zur Teilnahme an einem Volkshochschulkurs, beide melden sich an und dann zieht sich der Therapeut schrittweise zurück und befähigt so den Klienten zur selbstständigen Teilnahme an einer normalen nicht-psychiatrischen Dienstleistung. – Die Unsicherheit wird angesprochen, dass der Leistungsträger LVR seine Zuständigkeit in Frage stellen würde, wenn er dies genau erführe, weil dies keine Hilfe zum Wohnen im engeren Sinne sei.

- Tagesstätte: Wird nicht mehr als Institution genutzt, in die die Patienten kommen: ambulante Ergotherapie und die Fachleistungsstunden für Ambulant Betreutes Wohnen realisieren die gezielten Funktionen für Menschen zur Unterstützung in ihrem normalen Leben und befähigen sie, sowie die normalen Dienstleistungsangebote für Alltagsprobleme im Wohnbereich, zur Teilhabe in der Normalität.
  Tagesstätte als Institution wird genutzt, um daraus Hilfefunktionen zu ermöglichen, am normalen Leben im Alltag in der Kommune teilzunehmen.

- Eine wichtige Aufgabe bei der Eingliederung vor Ort ist auch die Umgebung- und Nachbarschaftspflege. Insbesondere, wenn es um Personen geht, die für die Nachbarschaft eine Belastung sein können, muss sehr darauf geachtet werden, wie man einen konstruktiven Umgang auch zur Zufriedenheit der Nachbarschaft erreicht.

Empfehlung:
Statt alles selber durchzuführen, sollte die Aufgabe ambulanter Teilhabeleistungen zunehmend darin bestehen,
a.) die Hilfeempfänger zu befähigen, die normalen Dienstleistungen in den Kommunen (Wohnungsamt, Makler,

Vereinsleben, Kino, Arbeitsagentur, Betriebe ...) in Anspruch zu nehmen, sowie
b.) die normalen Dienstleistungen in Kommunen zu befähigen, auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unterstützen zu können.

Kommentar:
Die Praxis des Ambulant Betreuten Wohnens hat sich an manchen Orten schon weiter (als offen darüber gesprochen wird) in diese Richtung auf eine allgemeine ambulante Teilhabehilfe entwickelt, die dem Patienten individuell integriert die für ihn wichtigen Lebensbereiche erschließt, an deren Teilhabe er/sie beeinträchtigt ist. Dies sollte auch offiziell die Aufgabe werden, damit die Hilfeplankonferenz sich damit offen befassen kann.

Aussagen der Interviewpartner:

- Tagesstätte ist erreichbar für sehr arme und sehr reiche Patienten. Für Selbstzahler mit normalen Einkommen ist sie mit 70 Euro pro Tag zu teuer.

- Problem ist der Kostenstreit zwischen der Klinik und den Krankenkassen und der Kostenübernahme mit dem LVR. Die Schrittfolge zur Zuständigkeitsklärung ist nicht immer klar.

- Medizinische Rehabilitation: Anträge werden entwickelt, weiter sind wir (die Klinik) noch nicht.

- Eine Klinik hat eine lange Tradition selber einen Trägerverein zu organisieren, der sich jetzt zu einem großen Sozialpsychiatrischen Zentrum mit neuem Gebäude und ca. 50 Mitarbeitern entwickelt hat.

- Die psychiatrische Familienpflege hat sich besonders bewährt, insofern sie sehr individuelle Eingliederungsmaßnahmen realisieren und diese auch grundsätzlich bis zum Lebensende erbringen kann, d. h. mit dem Hilfebedarf der Menschen wird auch das Hilfeangebot flexibel verändert, ohne erneute Entwurzelung aus administrativen Gründen.

- Problem der älter werdenden seelisch Behinderten: hier sollten sich die Einrichtungen mit dem geänderten Hilfebedarf der Menschen ändern und sich diesen anpassen statt die Menschen zu verlegen.

- Verhältnis zur rechtlichen Betreuung:
  Das veränderte Betreuungsrecht hat dazu geführt, dass die Berufsbetreuung auf die rechtliche Zuständigkeit zurückgeführt wurde und so die „gerichtlich gesponserte soziale Betreuung" reduziert wurde – und so Bedarf für Ambulant Betreutes Wohnen sichtbar wird.

- Die rechtlichen Betreuer erweisen sich als sehr einflussreich, insbesondere wenn sie in der rechtlichen Zuständigkeit auch ihre fachlichen Vorstellungen umsetzen, wenn z. B. der rechtliche Betreuer von der Qualifikation her und ggf. auch Berufserfahrung Sozialarbeiter ist oder gar mit der sozialen Szene verbandelt ist.

- Es gibt auch seit drei Jahren die Konstellation, dass rechtliche Betreuer eine Geschäftsgemeinschaft mit sozialen Betreuern eingehen. Zu achten ist auch auf sehr spezielle Konstellationen wie z. B.: der rechtliche Betreuer ist Lebenspartner der Leiterin einer Teilhabeeinrichtung.
  Hier hat die HPK besondere Verantwortung für Transparenz in der Region zu sorgen, damit die Kooperationen im Interesse der Patienten erfolgt und nicht von den Eigeninteressen der Institution angetrieben wird. Zum Beispiel hat die HPK Mönchengladbach ein „Formblatt zur Absprache und Aufgabenverteilung im Ambulantbetreuten Wohnen" zwischen therapeutischem und rechtlichem Betreuer entwickelt, das die Bereiche Vermögen, Wohnen, Gesundheit, weitere Lebensbereiche (jeweils mit Unterpunkten) berücksichtigt. - Dieses Vorgehen sollte auf andere Teilhabebereiche ausgedehnt werden.

C. Welche Rollen spielen überregionale Entlassungen oder Entlassungen in Pflegeeinrichtungen, der Obdachlosenhilfe etc. (als Indikator für regionale Bedarfsengpässe)?

Aussagen der Interviewpartner:

- Es soll Patientenwege an der HPK vorbei in Pflegeheime geben. Die gerechtfertigten Ausnahmen: Pflegeheime werden belegt mit Personen im Erwachsenenalter nur bei erheblichem Pflegebedarf infolge neuro-psychiatrischer Erkrankungen z. B. Chorea-Huntington im fortgeschrittenen Stadium.

- Hilfreich wäre die Regel: Keine Erwachsenen in Altenheime, keine Kostenzusage für Eingliederung in Altenheimen - außer für klar vom Einzelfall her

begründeten HPK-Entscheidungen. An welchen Stellen im Prozess - Antragstellung HPK, LVR - müsste die Einhaltung dieser Regel überwacht werden?

- Desintegration aus dem Behandlungs-/Teilhabe-Bereich in die Obdachlosigkeit, siehe auch oben Abschnitt B.)

- Bedarf für „geschlossenes Wohnheim" sieht ein Gesprächspartner einmal im Jahr. Das gibt es nicht in der Region, dann wird eine Einrichtung weiter weg gesucht.

- Bedarf an geschlossener Unterbringung: Im letzten Jahr gab es fünf Patienten, bei denen dies notwendig erschien. Es konnten aber andere Lösungen gefunden werden: Rehabilitation, offenes Altenheim, Bauernhof im Sauerland (Reizabschirmung durch das abgelegene Leben führte zu Stabilisierung des Patienten). Zwei Patienten in offene soziale Rehaprogramme. - Es fanden sich also für Patienten, die einen geschlossenen Bedarf haben sollten, andere individuelle Lösungen.

D. Haben sich Entlassstrategien/-prozesse und der damit für das Krankenhaus verbundene Aufwand durch das neue System verändert?

Aussagen der Interviewpartner:

- Klinik (und GPV) betonen die vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Vergangenheit und bei der gegenwärtigen Planung im Bezug auf weitere gemeinsame Projekte.

- Die HPK verstärkt die regionale Orientierung der früher überregional orientierten Klinik.

- IHP/HPK: Alle Sozialarbeiter einbezogen, einige auch als Spezialisten. Mix von Generalisten und Spezialisten ist sinnvoll.

- Allgemeiner Eindruck, dass mit der HPK mehr Transparenz der Anbieter, der Zuweiser und des Umgangs mit Problemfällen entstanden ist, die anfänglichen Bedenken haben sich aufgelöst. Die HPK ist kein Kartell.
- Kooperation mit dem LVR ist deutlich besser geworden. Ein gewisser Problembereich seien Patienten, die flexible vorläufige Lösungen erfordern. Das sei manchmal noch nicht zeitnah genug, aber es entwickelt sich gut im Hinblick auf das Ziel.
  Für Patienten mit aktuellem Hilfebedarf gibt es inzwischen ganz gute praktikable Regelungen, sodass sie nach einer Vorprüfung in die Versorgung aufgenommen werden können und die nachträgliche Besprechung in der HPK dann erfolgt.

- HPK wird insgesamt sehr positiv gesehen. Kritisch gesehen wird das Zeitmanagement, das noch zu aufwendig sei und eher an Verwaltungsgewohnheiten erinnert als an Klinikbedarfen orientiert ist.

- Die Verkürzung der Verweildauer führt auch zu mehr Aufnahmen und Entlassungen pro Person im Jahr (Drehtürpatienten).

- Eine andere Klinik hat das Prinzip der Zielgruppen-bezogenen therapeutischen Verantwortung in Verbindung mit therapeutischen Brücken schon umgesetzt für depressive Patienten, teilweise für Alkoholiker, und als nächstes vorgesehen für schizophrene Patienten.

- Die Drehtür kann destruktiv wirken bei traditioneller Fragmentierung der Behandlungs- und Versorgungspfade ohne Maßnahme-übergreifende Patienten-bezogene Verantwortung – siehe oben Abschnitt B.) „Desintegrationsprozesse …". Die „Drehtür" kann aber auch konstruktiv sein, wenn die Zusammenarbeit der beteiligten Therapeuten patientenbezogen mit Kontinuität, abgestimmten Konzepten und Auffangnetz für die Risiken erfolgt (vgl. A.) und B.)).

- Änderung der Klinikstruktur und -prozesse (realisiert oder geplant) zur Verbesserung der Kooperation mit den Teilhabebereichen nach dem Prinzip: Organisation nach Funktionen für Zielgruppen (Mönchengladbach). Therapeuten-Brücken über die Maßnahmegrenzen stationär/ teilstationär/PIA hinweg und über die PIA mit den regionalen Kooperationspartnern für die jeweilige Zielgruppe:

  Alkoholkranke: Facharztbrückenfunktion durch eine Oberärztin zwischen stationärer Behandlung, Stations- integrierter Institutsambulanz und regionaler Suchthilfe, so dass personenbezogene Kontinuität real möglich wird. Gerontopsychiatrie: Facharzt und Oberarzt der Abteilung als therapeutische Brücke

im gerontopsychiatrischem Zentrum, Institutsambulanz in Kooperation mit der Altenhilfe und der ambulanten Pflege. Ergänzung der vorhandenen ambulanten Beratung durch ein kommunales Angebot (Vorbild Köln) soll ins Gerontopsychiatrische Zentrum kommen.
Allgemeinpsychiatrie:
RPK im Aufbau. Auch hier ist geplant, fachärztliche Brücken zur Allgemeinpsychiatrie in der Klinik zu schaffen.
Verbundarztstelle:
seitdem 01.01.2008: 0,5 VK Arzt der Klinik tätig im SpDi zur besseren Vernetzung der Zusammenarbeit bei akut und bei chronischen Patienten.

- Systematische Berücksichtigung der Frage nach Bedarf für Teilhabe-Leistungen in der Klinikbehandlung.

- Klinik: Zum Beispiel bei einer 18-Betten-Station sind immer fünf bis sechs Patienten, die Kontakt mit dem GPV haben, Mitarbeiter des betreuten Wohnens sind regelmäßig im Stationsteam präsent, andere GPV-Bereiche wie Arbeit / Tagesstruktur und WfbM sind weniger bewusst im Stationsteam.

- Aufnahmestandard: Immer auch die Frage, was aus der Sicht der Problemdefinition bei der Aufnahme ist das Entlassungsziel? Welche Probleme müssen gelöst werden, damit die Entlassung möglich wird? Geplant ab 01. Januar ist: Facharztaufnahmedienst, der aus der ambulanten Perspektive die Aufnahmeprobleme definiert.

- Entlassmanagement: Im Standard ist die Zusammenarbeit mit den GPV-Komponenten ausdrücklich vorgesehen.

- SpDi-Einweisungen: In der Regel mit Hausbesuch: Die häusliche Situation wird bewertet und gezielt an die Klinik transferiert mit der Frage was muss erreicht werden für die Entlassung. Bisher gibt es dafür noch keinen strukturierten Berichtsbogen.

- Für Personen mit komplexem Hilfebedarf finden ggf. auch Systemkonferenzen mit allen Beteiligten statt. Dies könne nicht häufig durchgeführt werden, weil sehr aufwendig, haben aber eine wichtige Funktion mit Lerneffekten für die Beteiligten, die anderen Akteure im Bewusstsein zu haben und dann gezielter zusammen zu arbeiten auch ohne die Einberufung einer Systemkonferenz.

- Die Klinik Ev. Stiftung Tannenhof hat das Prinzip der Zielgruppen-bezogenen therapeutischen Verantwortung in Verbindung mit therapeutischen Brücken umgesetzt für depressive Patienten, teilweise für Alkoholiker, und als nächstes ist vorgesehen für schizophrene Patienten.

- Die Hilfeplankonferenz ist wichtig für die wechselseitige Information und die konstruktiv-kritische Begleitung. Kontakte zwischen den Einrichtungen verschiedener Träger ermöglichen auch die Wahrnehmung der Langzeitverläufe von Patienten im Versorgungsnetz, während sonst die Beteiligten nur den eingeengten Röhrenblick von der eigenen Institution haben. – Z. B. Klinikmitarbeiter erleben die Patienten in der Klinik immer kürzer und schwerer krank und verallgemeinern diesen Eindruck zu einer falsch zu negativen Perspektive, wenn sie keine Erfahrungen mit Patienten in anderen Kontexten machen können.

- Klinik Mönchengladbach: Das Geld des LVR für Verbundkooperation wird nicht in Stellen umgesetzt, die dann nach der Förderung wieder finanziell in der Luft hängen, sondern gezielt zu Schulungs-/Qualifizierungsveranstaltungen für die patientenbezogene leistungsträgerübergreifende Kooperation zwischen Klinik und den Verbund-Einrichtungen.

- Erfahrungen mit der Hilfeplankonferenz Sucht-Psychiatrie: Sie hat zu einer Kultur des offenen Umgehens der unterschiedlichen Anbieter miteinander und zum Aufbau von Vertrauen beigetragen. Auf eine vernetzte Hilfeplanung wurde als Qualitätskriterium von Anfang an Wert gelegt. In die HPK gehen die verschiedenen Teilnehmer der unterschiedlichen Einrichtungen auch mit offenen Fragen, um sich beraten zu lassen, da die HPK-Mitglieder die Möglichkeiten der anderen Einrichtungen in der Region besser kennen. Das wird positiv bewertet. Pro Beratungstermin werden vier bis fünf Fälle ausführlich besprochen. 30 bis 40 Fälle werden anhand einer Liste besprochen, die dezidierte Zusatzinformationen enthält, so dass sich ein Überblick über das Versorgungsgeschehen ergibt.. Diese Fälle werden aufgerufen und diskutiert und die Anerkennung eines IHP ggf. von einer Vorstellung in der darauf folgenden HPK abhängig gemacht. Auf diese Weise kommt ein für alle Seiten zufrieden stellendes Zeitmanagement zustande.

- Aber auch allgemeine Themen, wichtige Fragen, Standardentwicklung, Informationen, Leitlinien werden besprochen und die Informationen in der Region verteilt. Hierzu dienen Jahresberichte der HPK und die Gründung eines BeWo-Netzwerkes Mönchengladbach, an dem alle Anbieter aus allen Hilfebereichen (auch GB, KB) beteiligt sind.

- Einzelne Risikopatienten werden besprochen mit dem Ziel, die Verantwortung für die aufwendigen Maßnahmen, aber auch die damit verbundenen verbleibenden Risiken gemeinsam (Klinik – GPV – SpDi) zu tragen. Auch das Thema Arbeit wird zunehmend berücksichtigt im Hinblick WfbM aber auch andere Möglichkeiten, ebenso zunehmend das Thema Altenhilfe. Das örtliche Sozialamt ist regelmäßig in der HPK vertreten, so dass hier ggf. noch in der HPK-Sitzung Absprachen zur individuellen Kostenklärung erfolgen können.

- Der LVR-Fallmanager und der SpDi-Leiter planen, welche Klientinnen und Klienten wie besprochen werden und wer dabei sein muss insbesondere im Hinblick auf Leistungsträger- oder Leistungserbringervertreter, die nicht regelmäßig dabei sind. Man denkt auch an die gesetzlichen Betreuer, deren Teilnahme regelmäßig gewünscht wird. (Zur Kooperation zwischen BeWo-Anbietern und gesetzlichen Betreuern gibt es Leitlinien und Arbeitshilfen wie die Kooperation verbessert werden kann.

- Kliniken haben z. T. schon seit Ende der 1970er Jahre eine aktive Rolle in der Entwicklung des regionalen Versorgungsnetzes gespielt und auch für Suchtkranke medizinische Rehabilitation aufgebaut.

- Von den Klinikmitarbeitern, die an der HPK teilnehmen, wird die Zeit dort als gut genützt beurteilt (das hängt natürlich auch von den Erwartungen der Mitarbeiter ab und es gibt auch Mitarbeiter, die besonders gerne in Gremien ihre Zeit verbringen).

- Klinik Langenberg: Die Organisation der Hilfeplankonferenz ist verbesserungsbedürftig: bisher wurden möglichst viele Fälle gleich lang besprochen, was zu einer immensen Ausweitung des Zeitbedarfes führte. Die Klinik wünscht sich zusammen mit anderen Partnern im Netz der Hilfeplankonferenz eine Optimierung dadurch, dass die Zeit als kostbare und knappe Ressource besser genützt wird, indem weniger Fälle ausführlich und mehr Fälle kurz oder nachrichtlich behandelt werden. Das heißt es geht darum, eine gezielte und überlegte Priorisierung auf der Grundlage der Vorprüfung durch die HPK-Leitung zu vereinbaren, z. B. seien bisher die Möglichkeiten nicht ausgeschöpft worden, die zu Beteiligenden zeitlich gezielt zu den sie betreffenden Patienten einzuladen oder zu allgemeinen Themen oder zum Zweck der Fortbildung - d. h. den Zweck und die Teilgruppe der jeweiligen Aktivität der Hilfeplankonferenz vorher zu planen und diesen Ablaufplan auch zur selektiven Teilnahme vorsehen, im Unterschied zur Kerngruppe mit ständiger Präsenz.

- Eine Klinik hat Spezialisten (seit 20 Jahren erfahrene Sozialarbeiterinnen), die die Kooperation mit Hilfeplanung in den Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie für die Klinik wahrnehmen.

Kommentar:
Es gibt verschiedene richtige Lösungen – auf das Ergebnis kommt es an und die Absprache zwischen LVR und Region.

Aussagen der Interviewpartner:

- HPK – zuständig nach Wohnort- oder Behandlungsort?
  Zum Beispiel: Patienten (insbesondere Suchtkranke) aus Mönchengladbach werden ggf. in Viersen eingebracht und werden dann, wenn sie Teilhabeleistungen bekommen sollen, in die HPK Viersen eingespeist mit einem vom Anbieter in Viersen erarbeiteten Hilfeplan.

- Erörtert wird die Anwendung des Wohnortprinzips für die Zuständigkeit der HPK und die Frage wie wohnortbezogene Träger die Hilfeplanung machen, um nicht auf dem beschriebenen Umweg zu einer Expatriierung der Patienten aus MG zu kommen.

- Die Hilfeplankonferenz arbeitet mit dem LVR zusammen (Fallmanager für die Region Herr Böhnke) und erhält Hinweise auf Patienten aus MG, die an der HPK vorbei Teilhabeleistungen erhalten sollen oder aus dem Stadtgebiet heraus driften, auf dem einen oder anderem Wege. Dies hat begonnen und ist weiter auszubauen.
- Wichtige Frage: Welche Klienten erhalten kein Angebot in MG, sondern nur außerhalb? Prinzip mit allen Beteiligten konsequent umsetzen: MG-Bürger erhalten

Hilfeplanung und Hilfeplankonferenz, Beratung nach dem Wohnortprinzip.

- HPK MG: 95 % der von Anbietern erarbeiteten Hilfepläne sind in der HPK plausibel, durch die HPK ist bei den Anbietern eine starke Patientenorientierung als fachliche Einstellung vorherrschend worden.

- HPK hat Gewicht in der Region, die Hilfepläne werden besser, es entsteht zunehmend Transparenz. „Wir wollen hier transparent sein im Bezug auf die Einzelfälle, aber auch was strukturell läuft, dazu werden Berichte verfasst und verteilt."

- Es finden Veranstaltungen statt:
- Bewo und Pflege: Kernkompetenz der beiden Leistungen beschreiben im Bezug auf die Differenzierung und ggf. beantragen
- HPK Viersen: was geschieht mit den MG-Fällen? (Kooperation benachbarter HPKs)
  Krisen: kurzfristige flexible Teilhabehilfen, kombiniert mit Klinikbehandlung z. B. PIA und SpDi

E. Inwieweit findet sich der Aspekt Arbeit/Beschäftigung während der Behandlung Beachtung?

Antworten der Interviewpartner:

- Die Integration der psychiatrischen Patienten in normale Arbeit ist schwieriger geworden.
  Eine Klinik ist stolz auf eine große Arbeitstherapie, die differenziert ist mit vielen Arbeitsfeldern. Die Klinik betreibt selber Ergotherapie ambulant, finanziert nach SGB V. Einzelne Patienten gehen in medizinische Reha in Wuppertal und Duisburg „ganztags ambulant".

- Die Klinik verfügt über große differenzierte Arbeitsgelegenheiten, Selbstversorgungsbereiche, Praktika, 30 Lehrberufe. Klinik hat eingefädelt, dass eine Ergotherapiepraxis am Rande der Klinik entstanden ist. Daneben gibt es ambulante Ergotherapie als Eingliederungshilfe nach LT 24.

- Die Beschaffung von Arbeiten für die interne AT ist eingebrochen, weil die Firmen bei Arbeitsknappheit primär an ihr eigenes Personal denken, dies halten wollen.

- Das Thema Arbeit und Beschäftigung ist unterbelichtet, denn es gibt zu wenig Stellen für AT/BT im Klinikbereich und damit zu wenig Bewusstsein für die Aufgaben.

- Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurde Checklisten erarbeitet für das Aufnahme-/Entlassmanagement, darin kommt das Thema Arbeit und Beschäftigung insbesondere aber die möglichst frühe Erkennung von Teilhabebedarf vor.

- Es gibt einen hohen Anteil von arbeitslosen Patienten in der Entwöhnungsstation über 50 % und dies ist schon eine positive Auslöse. Die Betriebe gehen jetzt härter mit Suchtkranken um, kündigen schneller. Die Tradition der sozialen Verantwortung den Mitarbeitern gegenüber und die Praktizierung der Suchtvereinbarung oder die Einsetzung betrieblicher Suchtberater geht zurück.

F. Inwieweit übernehmen ambulante und stationäre Wohnhilfen Ersatzfunktionen für Leistungen vorrangiger Kostenträger (medizinische Rehabilitation, Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege ...)?

Antworten der Interviewpartner:

- Ambulante psychiatrische Krankenpflege SGB V ist nur aufwändig für den Einzelfall zu organisieren.

- In der HPK will man zunehmend die ambulanten Leistungen vorrangiger Leistungsträger planen und auch beantragen, um zu sehen, was dann passiert.

- Klinik bemüht sich seit zwei bis drei Jahren medizinische Reha aufzubauen. Das Projekt stagniert, die Kassen verhandeln hinhaltend. Die Patienten, die für medizinische Reha geeignet wären, werden stattdessen tagesklinisch behandelt zu Lasten der Krankenkassen, aber auch in Zusammenarbeit mit einem Berufsförderungswerk. Entweder gehen sie dort ins Wohnheim oder sie besuchen eine Außenstelle des BfW in der Nähe des Wohnorts als "ganztags ambulante" Teilnehmer. Wichtig ist die Fahrzeit, kann diese bewältigt werden?

- Diskussion über eine Strategie, die vorrangigen Leistungsträger stärker in die Pflicht zu nehmen.
  Dazu benötigt man auch die „breiten Schultern" des LVR:
  - auf dem Verhandlungswege mit den

Leistungsträgerverbänden Ergebnisse erreichen;

- wenn die Klinik oder ein GPV-Träger in Vorleistung geht, können diese vor Ort nicht mit dem finanziellen Risiko allein gelassen werden;
- wenn es notwendig wird im Einzelfall juristischen Druck aufzubauen: Vorleistungspflicht nach Gesetz einfordern, ggf. vorleisten durch den LVR und dann die Vorleistung juristisch einzutreiben; ggf. die rechtlichen Betreuer einbeziehen.

Anlage XIV

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
AG-SGB XII NRW	Ausführungsgesetz zum Sozialgesetzbuch XII des Landes Nordrhein-Westfalen
AGH	Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung
ALG I	Arbeitslosengeld I
ALG II	Arbeitslosengeld II
APK	Aktion Psychisch Kranke e.V.
APP	Ambulant Psychiatrische Pflege
Arge	Arbeitsgemeinschaft nach SGB II
AV-SGB XII NRW	Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch XII des Landes Nordrhein-Westfalen
BfW	Berufsförderungswerk
CMA	Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HPK	Hilfeplankonferenz
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten 10
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IFD	Integrationsfachdienst
IHP	Individueller Hilfeplan
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LVR	Landschaftsverband Rheinland
NRW	Nordrhein-Westfalen
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz

PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
RPK	Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke
SGB	Sozialgesetzbuch
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPZ	Sozialpsychiatrisches Zentrum
TK	Techniker Krankenkasse
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

Impressum
Herausgeber:
Landschaftsverband Rheinland (LVR)
Der Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland
50663 Köln

Text:	Prof. Dr. Heinrich Kunze (Projektleitung)
	Ulrich Krüger
	Katharina Lorenz
	Jörg Holke
Grafiken:	Aktion Psychisch Kranke e.V.
Fotos:	Ludger Ströter (LVR)
Layout:	Sebastian Bohmann
Druck:	LVR-Hausdruckerei, Köln
Stand:	August 2009

Weitere Informationen im Internet unter www.soziales.lvr.de