

HEINRICH KUNZE
GERHARD KRONENBERGER
ULRICH KRÜGER
EVELIN SCHÖNHUT-KEIL (HG.)

Der Reiz des Unentdeckten

Neue Wege zu personenzentrierten
Teilhabeleistungen in Hessen



HEINRICH KUNZE
GERHARD KRONENBERGER
ULRICH KRÜGER
EVELIN SCHÖNHUT-KEIL (HG.)

Der Reiz des Unentdeckten

Neue Wege zu personenzentrierten
Teilhabeleistungen in Hessen

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884144602

**Heinrich Kunze, Gerhard Kronenberger, Ulrich Krüger, Evelin Schönhut-Keil (Hg.)
Der Reiz des Unentdeckten. Neue Wege zu personenzentrierten Teilhabeleistungen
in Hessen**

ISBN 978-3-88414-460-2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by Die Deutsche Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>

2. Auflage

© Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2009

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

| | |
|--|----|
| Abkürzungsverzeichnis | 8 |
| Fazit und Ausblick: Fit für die Zukunft? | 9 |
| <i>Evelin Schönhut-Keil</i> | |
| Vorwort | 14 |
| <i>Ulrich Krüger, Gerhard Kronenberger und Heinrich Kunze</i> | |
| 1 Einführung | 16 |
| 1.1 Einführung – aus Sicht der Aktion Psychisch Kranke | 16 |
| <i>Heinrich Kunze und Ulrich Krüger</i> | |
| 1.2 Einführung – aus Sicht des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen | 18 |
| <i>Gerhard Kronenberger</i> | |
| 2 Projekt zur Implementation personenzentrierter Hilfen in Hessen (Phase I) | 24 |
| <i>Hans-Günther Tiggemann und Harald Goldbach</i> | |
| 2.1 Vorgeschichte: Das Bundesprojekt | 24 |
| 2.2 Das Projekt der hessischen Gebietskörperschaften | 25 |
| 2.2.1 Ausgangslage des hessischen Projekts | 26 |
| 2.2.2 Ziele und Inhalte des hessischen Projekts | 27 |
| 2.2.3 Projektabsprachen und -finanzierung | 28 |
| 2.3 Die Projektvereinbarungen in den hessischen Implementationsregionen | 29 |
| 2.4 Das Vorgehen in den Regionen | 30 |
| 2.5 Ergebnisse und weitere Entwicklungsschritte | 33 |
| 3 Das Projekt zur Implementation personenzentrierter Hilfen in Hessen: Personalbemessung (Phase II) | 36 |
| <i>Anemone Gabler-Schröter</i> | |
| 3.1 Ziele | 36 |
| 3.2 Vorgehen zur Umsetzung | 37 |
| 3.3 Projektbegleitende Gruppen und Hilfeplankonferenzen | 38 |
| 3.4 Steuerungsgruppe | 39 |
| 3.5 Ergebnisse | |

| | | |
|----------|--|-----|
| 3.6 | Bewertung der Ergebnisse | 48 |
| 3.7 | Ausblick | 50 |
| 3.8 | Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke zu dem Projekt »Personalbemessung« <i>Ulrich Krüger</i> | 51 |
| 3.9 | Neue Anforderungen an die Fallbearbeitung im LWV Hessen <i>Silke Mannes Schmidt und Bianka Röhl</i> | 54 |
| 4 | Projekt »Leistungsfinanzierung« <i>Ralf Bremauer</i> | 60 |
| 4.1 | Projektbeschreibung | 60 |
| 4.2 | Vergütungsumrechnung | 73 |
| 4.3 | Verfahren der budgetneutralen Vergütungsumrechnung | 81 |
| 4.4 | Ergebnisse der Vergütungsumrechnung im Projekt | 91 |
| 4.5 | Ergebnisse im Erprobungszeitraum | 96 |
| 4.6 | Controlling <i>Wilfried Schröder</i> | 105 |
| 4.7 | Warum zeitbasierte Vergütung die angemessene Finanzierungssystematik für personenzentrierte Hilfen ist <i>Roland Breme</i> | 107 |
| 4.7.1 | Schwachstellen herkömmlicher Vergütungssysteme | 107 |
| 4.7.2 | Vorteile zeitbasierter Vergütung | 108 |
| 4.7.3 | Zur Kompatibilität von zeitbasierter Vergütung mit Trägerbudgets und persönlichem Budget | 112 |
| 4.7.4 | Kritikpunkte | 113 |
| 4.7.5 | Zusammenfassung | 114 |
| 4.8 | Aus der Nähe betrachtet. Ganz persönliche Eindrücke zur Hilfeplanung und Leistungsfinanzierung <i>Gabriela Deutsche</i> | 115 |
| 4.9 | Stellungnahme des Fachbeirats zum Projekt »Leistungsfinanzierung« <i>Heinrich Kunze</i> | 119 |

| | |
|--|-----|
| 5 Projekt »Wohnen«: Ergebnisse eines Modell- und Evaluationsprojekts | 125 |
| <i>Jessica Ruth, Anja Gutjahr, Gerd Iben, Harry Bernardis und Halgard Bestelmeyer-Grommet</i> | |
| 5.1 Die Idee | 125 |
| 5.1.1 Die Vereinbarungen | 126 |
| 5.1.2 Die Hypothesen | 127 |
| 5.2 Zum Evaluationskonzept und den Methoden | 128 |
| 5.3 Neue Formen der Leistungserbringung – Veränderte Strukturen und Haltungen | 130 |
| 5.3.1 Teamorganisation, Fort- und Weiterbildung | 131 |
| 5.3.2 Leistungsmodule | 136 |
| 5.3.3 Haltung und Abstimmung als zentrale Handlungskategorie | 142 |
| 5.3.4 Lebensweltbezug - Selbstbestimmung und Teilhabe | 150 |
| 5.3.5 Regionale Versorgungsverpflichtung | 161 |
| 5.4 Das Projekt als Modell | 166 |
| 5.5 Für die Zukunft | 169 |
| 6 Modellprojekt »Zentrum Biebesheim« | 176 |
| 6.1 Grundlagen, Ziele, Rahmenbedingungen, Ergebnisse | 176 |
| <i>Clemens Näder</i> | |
| 6.2 Die Gesamtfinanzierung eines Psychosozialen Zentrums – Eine betriebswirtschaftliche Untersuchung zum Projekt Zentrum Biebesheim« | 181 |
| <i>Klaus-D. Liedke</i> | |
| Anhang | 189 |
| Personalbemessungsbogen | 189 |
| Raster für die Berichte aus den Regionen | 189 |
| Fragebogen zur Evaluation für die Regionen | 190 |
| Autorinnen und Autoren | 192 |

Abkürzungsverzeichnis

- AG → Arbeitsgruppe
AnLei → Antragsaufnahme-/Leistungsgewährung
APK → Aktion Psychisch Kranke
BMFSEJ → Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BSHG → Bundessozialhilfegesetz
BW → Betreutes Wohnen
FB 207 → Fachbereich für Menschen mit seelischen Behinderungen und Abhängigkeitserkrankungen beim LWV Hessen (bis 31.12.2007 »Zielgruppenmanagement«)
FLS → Fachleistungsstunde
GdT → Gestaltung des Tages
GP → Grundpauschale
GPV → Gemeindepsychiatrischer Verbund
HBG → Hilfebedarfsgruppe
HMB-Verfahren → Verfahren der Erhebung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung nach Dr. Heidrun Metzler
HPK → Hilfeplankonferenz
HSM → Hessisches Sozialministerium
ICD-10 → International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF → Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IKJ → Institut für Kinder- und Jugendhilfe Mainz
ITP → Integrierter Teilhabeplan
LG → Leistungsgruppe
LS → Leistungsstufe
LWV Hessen → Landeswohlfahrtsband Hessen
IBRP → Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
ITP Hessen → Integrierte Teilhabeplanung
MP → Maßnahmepauschale
PBB → Personalbemessungsbogen
PSZ → Psychosoziales Zentrum
SGB → Sozialgesetzbuch
ReZiPsych → Regionale Zielplanung für die Psychiatrie

Fazit und Ausblick: Fit für die Zukunft?

Evelin Schönhut-Keil

*»Gestern war es zu früh,
morgen wird es zu spät sein,
heute ist der richtige Zeitpunkt.«*

Über Jahre hinweg entwickelte sich die Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte wie selbstverständlich allein über die Vermehrung der Angebote und deren Ausgestaltung weiter. Bestimmte Einrichtungen und Maßnahmen entstanden oft abhängig von der Hartnäckigkeit ihrer Befürworter, wobei eine zielgerichtete Gesamtsteuerung nicht zu erkennen war. Das System der Hilfeangebote, unterteilt in stationäre, teilstationäre und ambulante Maßnahmen, hat sich seit 30 Jahren nur in Nuancen verändert. Aus Kostengründen und auch aus der praktischen Erkenntnis, dass die Hilfen und Unterstützungen für behinderte Menschen möglichst alltagsnah anzubieten sind, wurde das ambulante Angebot in Form des Betreuten Wohnens auf- und ausgebaut. Bei einer genauen Analyse dieser Entwicklung lässt sich aber kein beim Bedarf der Klienten anzusetzendes Gesamthilfesystem erkennen. Die Steuerung erfolgt vorwiegend planwirtschaftlich nach Messzahlen und angebotsorientiert.¹

Mit der Initiative von zehn Gebietskörperschaften² in 2003 wurde für seelisch behinderte Menschen in Hessen der Anfang gemacht, die herkömmliche Planungslogik mittels einer systematischen Zugangs- und Verlaufssteuerung auf der Basis personenzentrierter Hilfen zu überwinden. Durch diese geänderte Sicht- und Verfahrensweise wurden die gesetzlichen Vorgaben nach dem Wunsch- und Wahlrecht der behinderten Menschen in den Mittelpunkt gestellt und der Gesamtplan (zunächst § 46 BSHG und ab 01.01.05 § 58 SGB XII) berücksichtigt. Damit wurde das bereits an anderen Orten außerhalb Hessens existierende – doch nirgendwo flächendeckend praktizierte – Verfahren zur Ermittlung klientenbezogener passgenauer Hilfen angewandt, zu dem auch die abgestimmte Verknüpfung mit anderen Hilfebereichen (auch den nichtprofessionellen) im Sinne einer ergebnisoffenen Hilfeplanung gehört.

Eine darauf aufbauende systematisierte³ Leistungsfinanzierung für seelisch behinderte Menschen wurde erst in den Regionen Wiesbaden und Wetteraukreis praktisch in einem Modellprojekt (siehe Kapitel 4) entwickelt. Das Prinzip

1 Siehe die Umsteuerungsprozesse stationär in ambulant in anderen Bundesländern, z. B. Nordrhein-Westfalen.

2 Projekt zur Implementation personenzentrierter Hilfen, siehe Kapitel 2.

3 Personal/Zeitbemessungsbogen und personenbezogen vergleichbare flexibilisierte Leistungszeiten über die Grenzen von einzelnen Leistungsbereichen hinweg.

von der Feststellung der personenzentrierten Hilfen mittels eines einheitlichen Hilfeplanbogens über die Zeitbemessung hin zur Verpreislichung der Leistungen erlaubt eine andere fundiertere Positionierung in der Eingliederungshilfe der Bundesrepublik Deutschland für Leistungsempfänger, Leistungsträger und Leistungserbringer. Erst auf diesem Wege ist es möglich, für alle am Geschehen Beteiligten die notwendige Transparenz in inhaltlicher/fachlicher, zeitlicher und finanzieller Hinsicht herzustellen. Die zunächst in einigen Projekten zur Beförderung qualitativ besserer Hilfeleistungen gewählte Budgetfinanzierung hat zwar den Spielraum in qualitativer Hinsicht um einiges verbessert, sie schafft aber eben nicht die nötige Zeit- und Kostentransparenz für die Beteiligten an der Hilfeplanung und -erbringung.

Bei den seit Jahrzehnten stattfindenden Veränderungen in der Behindertenhilfe drohen einmal mehr die Sparzwänge der öffentlichen Hand, aber auch der Leistungserbringer in den Vordergrund zu rücken. Gleichzeitig steigt die Zahl derjenigen, die Eingliederungshilfe nachfragen und auch benötigen. Das stellt uns alle vor große Herausforderungen.

Um diesen Prozess im Einklang mit den Bedürfnissen der betroffenen Menschen mit Behinderungen verantwortungsbewusst und zielgerichtet anzugehen, muss deren individueller Hilfebedarf konsequent in den Mittelpunkt gerückt werden.

Die Beiträge in den Kapiteln dieses Buches ermutigen, in ganz Hessen eine einheitliche Zugangs- und Verlaufssteuerung mit der entsprechenden personenzentrierten Vergütungssystematik für alle Zielgruppen der Eingliederungshilfe – also für seelisch, geistig und körperlich behinderte Menschen – umzusetzen. Damit bleibt die wenig passgenaue Platz- bzw. Angebotsfinanzierung auf der Strecke. Dies ist der eigentliche Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe, den der Bundesgesetzgeber zwar prinzipiell vorgegeben hat, dessen Weg er aber leider so nicht beschrieben und abgesichert hat. Das hier beschriebene einheitliche Verfahren bietet auch die Möglichkeit, dem oftmals bestehenden Streit um Zuständigkeiten zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern entgegenzuwirken.

Die in diesem Buch beschriebenen Projektergebnisse (siehe die Kapitel 2 bis einschl. 6) sind Grundlage dafür, die nötigen qualitativen und quantitativen Veränderungen zielführend anzugehen.

Worauf es bei dem eingeschlagenen Weg besonders ankommt, soll anhand der wichtigsten Ergebnisse der dargestellten Projekte kurz zusammengefasst werden:

- Die Einführung einer regelhaften und standardisierten individuellen Hilfeplanung für Menschen mit Behinderungen erhöht die Qualität der Behindertenhilfe.
- Die Rolle der Leistungsberechtigten ist durch die Beteiligung an der Hilfeplanung und das ›Aushandeln‹ der Leistungen und des Leistungsumfangs im Sinne von Teilhabe und Selbstbestimmung gestärkt worden.

- Die Hilfeplankonferenzen in den Landkreisen und kreisfreien Städten sind die kompetenten Fachgremien zur bedarfsgerechten, abgestimmten und zeitnahen Versorgung anspruchsberechtigter Menschen mit Behinderung.
- Die regionale Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern und – zumindest in ersten Ansätzen – Betroffenenorganisationen konnte verbessert und ausgebaut werden.
- Die zeitbasierte Vergütungssystematik, die auf einer standardisierten, individuellen Hilfeplanung mittels Integriertem Hilfeplan und den dort geplanten Leistungen beruht, ist entwickelt. So können die geplanten Leistungen prospektiv mit Zeitwerten hinterlegt und in eine Vergütung umgerechnet werden.
- Die zeitbasierte Finanzierung verbessert die Möglichkeiten für eine individuell passgenaue, flexible Hilfeplanung, wodurch Leistungen effizienter erbracht werden können.
- Die neue Vergütungssystematik hat eine hohe Akzeptanz bei den beteiligten Leistungserbringern erreicht. Diese sprechen sich für eine dauerhafte Anwendung in ihren Leistungsbereichen aus.
- Die Vergütungssystematik bietet ein hohes Maß an Transparenz zwischen Kosten und Leistungen; sie begünstigt damit sowohl die Einzelfallsteuerung als auch die Angebotsplanung vor Ort.
- Ein entwickeltes Controlling von Kosten und Leistungen gewährleistet eine tagesaktuelle Transparenz und bietet damit die Grundlage für eine übergreifende Planung und Steuerung.
- Durch die enge und zielorientierte Zusammenarbeit aller Beteiligten in den Hilfeplankonferenzen wurde die Kooperation in der Region deutlich verbessert.

Wie geht es weiter?

Der positive Verlauf und die bemerkenswerten Ergebnisse des Projekts »Leistungsfinanzierung«, dessen zwingende Vorläufe die beschriebenen Projekte »Implementation der personenzentrierten Hilfen« und »Personalbemessung« waren, haben mich als Erste Beigeordnete des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen darin bestärkt, den eingeschlagenen Weg individualisierter Eingliederungshilfen und zeitbasierter Vergütung weiter zu gehen.

Die in dem Projekt »Leistungsfinanzierung« angewandten Instrumente und Verfahren der systematischen Verbindung von individueller Hilfeplanung, Einschätzung des individuellen Bedarfs in Zeitwerten und Finanzierung werden von mir als zukunftsweisend angesehen. Im Sinne des gewünschten Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe ist es *jetzt* nötig, die nächsten Schritte zu gehen und die Empfehlung des Projektbeirats aufzugreifen, wenn dieser meint: »Die Möglichkeiten der individuell passgenauen Hilfen sind bisher noch nicht voll

entwickelt, insbesondere wenn es darum geht, Veränderungen im Hilfebedarf mit der Anpassung der Hilfen flexibel zu folgen und dabei die Integration in den Lebensfeldern (Wohnen/Privatleben, Ausbildung/Arbeit/Beschäftigung, Freizeit) sowie die verlässlichen Beziehungen im professionellen und ehrenamtlichen Hilfenetz zu erhalten. Diese Fortentwicklung der organisatorischen Realisierung personenzentrierter Hilfen mit Kontinuität und Lebensfeldbezug würde die Effizienz der Hilfen weiter steigern.« (Vgl. Kapitel 4.9)

Ganz in diesem Sinne hat der Landeswohlfahrtsverband auch mit Zustimmung der Hessischen Vertragskommission und der zuständigen Gebietskörperschaften die erfolgreichen Leistungsfinanzierungsprojekte auf der Basis personenzentrierter Hilfen in Wiesbaden und im Wetteraukreis unmittelbar nach deren Abschluss im Herbst 2007 in den praktischen Alltag überführt. Die in Kapitel 5 und 6 dargestellten Budgetprojekte im Vogelsbergkreis und in Groß-Gerau werden gegenwärtig auf die Finanzierungssystematik des Projekts Leistungsfinanzierung umgestellt.

Parallel zu den Projekten habe ich Anfang 2007 in meinem Zuständigkeitsbereich veranlasst, ein Konzept zu einer einheitlichen Hilfeplanung und Leistungsfinanzierung für alle Zielgruppen der Eingliederungshilfe zu erarbeiten. Dieses Konzept umfasst die personenzentrierte Hilfeplanung, die Installierung von Hilfeplankonferenzen, die regelhafte Zielüberprüfung und die zur personenzentrierten Hilfe passende Leistungsfinanzierung, und zwar für alle Zielgruppen der Behindertenhilfe.

Auf der Basis des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) wurde unter externer Mitarbeit von Frau Prof. Dr. Gromann ein Integrierter Teilhabeplan (ITP) erarbeitet, der als Hilfeplan für alle Gruppen von behinderten Menschen einsetzbar ist. Der ITP, der die Grundsystematik der ICF aufgenommen hat und auch eine DV-Auswertung zulässt, befindet sich gegenwärtig in der Praxiserprobung, die bis Herbst 2008 andauern wird. Gleichzeitig mit der Erprobung des ITP verknüpft ist auch eine notwendige sozial- und finanzwirtschaftliche Erkundung zur Einführung einer Zeitbemessung und Verpreislichung von Eingliederungshilfeleistungen für geistig und körperlich behinderte Menschen. Diese notwendigen Vorarbeiten vor einer flächendeckenden Umsetzung der individuellen Hilfeplanung und einer damit verknüpften Leistungsfinanzierung werden mit größter Sorgfalt durchgeführt.

Mittlerweile haben die Gremien im Landeswohlfahrtsverband entschieden, die personenzentrierte Leistungsfinanzierung auf alle Bereiche der Eingliederungshilfe zu übertragen. Mit den vorbereitenden Arbeiten dazu wurde bereits begonnen. Zur Begleitung dieses umfassenden Vorhabens, das ab Herbst 2008 schrittweise umgesetzt werden soll, wurde im Mai 2008 von der Hessischen Vertragskommission ein Eckpunktepapier verabschiedet.

Das Interesse, diesen neuen Weg in der Behindertenhilfe zu gehen, ist gegenwärtig bei den Leistungserbringern, den Gebietskörperschaften und dem

überörtlichen Sozialhilfeträger sehr weit entwickelt. Wir werden uns in diesem Verfahren um größtmögliche Transparenz bemühen und etwaige Ängste von Betroffenen und Mitarbeitern sehr ernst nehmen. Ich werbe um das Vertrauen aller Beteiligten bei diesem wahrscheinlich mehrere Jahre dauernden notwendigen Umstellungsprozess, der allerdings jetzt beginnen muss.

Vorwort

Ulrich Krüger, Gerhard Kronenberger und Heinrich Kunze

*Kühner, als das Unbekannte zu erforschen,
kann es sein, das Bekannte zu bezweifeln.
Paul Watzlawick et al., Lösungen 1974*

»Aber das wäre doch eigentlich ganz normal!« war die erstaunte Reaktion einer Journalistin, der wir das Anliegen des personenzentrierten Ansatzes am Rande einer Tagung der Aktion Psychisch Kranke (APK) kurz erklärten: Das Ziel unseres Konzeptes sei, zu erreichen, dass die therapeutischen Hilfen dem individuellen Hilfebedarf angepasst werden – statt umgekehrt – und dass auch bei Veränderungen des Hilfebedarfs die Beziehungen zu wichtigen Therapeuten nicht unterbrochen werden oder der Patient gar umziehen muss – im Ergebnis, dass eine Maßnahme zur Eingliederung nicht zur Ausgliederung führt.

Wie unnormal solch ein Ansinnen ist, kann entdecken, wer konsequent *das Bekannte bezweifelt* und von der Frage ausgeht, welche therapeutischen Hilfen eine Person in ihrem Lebenskontext benötigt, um dort nach ihren Präferenzen leben zu können – statt entsprechend der selbstverständlich gewordenen Perspektive zu fragen: Zu welchem Angebot der vielen differenzierten therapeutischen Institutionen passt die Person?

Dieser Band bündelt verschiedene Projekte und Modelle in Hessen, die sich mit der Überwindung vieler Hindernisse auf dem Weg zu dem oben formulierten »normalen« Ziel befassen. Die Herausforderung besteht darin, die zur Selbstverständlichkeit gewordenen Strukturen und Regelungen des Hilfesystems für Menschen mit schweren längerfristigen psychischen Erkrankungen und Behinderungen zu bezweifeln.

Wie im Bereich der Finanzierung und der Organisation von professionellen Hilfesystemen gibt es auch auf der Ebene der Forschung und der Durchführung von Modellprojekten Fragmentierungen, die in den jeweiligen Zuständigkeiten und Interessenlagen der Auftraggeber sowie der Spezialisierung von Instituten ihren Ursprung haben.

Die Vorstellung eines übergreifenden und über allen Partikularinteressen stehenden Gesamtprojekts mit langer Laufzeit und Ressourcen zur Klärung aller offenen Fragen, ist verlockend – aber ebenso wenig sinnvoll wie große umfassende Monopole im Bereich professioneller Hilfesysteme.

Zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern wie auch zwischen den verschiedenen politischen Ebenen (Bund, Land, Kommunen, Landeswohlfahrtsverband) gibt es partielle Interessengegensätze und damit Konkurrenz um Einfluss und Entscheidungskompetenz. Dazu kommen die Konflikte der Leistungsträger

untereinander sowie der Wettbewerb der Leistungserbringer. Natürlich bringen auch die psychisch kranken Menschen und ihre Angehörigen noch einmal eigene Vorstellungen mit.

Die bekannte, eigentlich selbstverständliche Strategie in dieser Ausgangslage ist: Weil alle Konkurrenten sind, die die Vorherrschaft über die anderen erreichen wollen, verfolgt jeder seinen eigenen Weg, lässt sich nicht in die Karten schauen und wappnet sich für die Auseinandersetzungen mit den jeweils anderen.

In Hessen wurde dieses bekannte Strategie-Muster bezweifelt und ein anderes Vorgehen gewählt: In den Steuerungsgremien der Projekte wirkten Vertreter des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, der Kommunen und des Landes, Leistungserbringer, Psychiatrieerfahrene und Vertreter der Aktion Psychisch Kranke mit. Wie sich bei den in diesem Buch beschriebenen Projekten gezeigt hat, gibt es auch hier eine realistische und effektive Alternative: Ein Verbund aufeinander bezogener und voneinander Nutzen ziehender Einzelprojekte.

Forschungs- und Implementationsprojekte des Bundesministeriums für Gesundheit und des Hessischen Sozialministeriums bildeten die Grundlage, auf der ein Strauß von Projekten des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen aufbaute. Bei klar abgegrenzten Projektzielen stand die gemeinsame Orientierung an Prinzipien der personenzentrierten Organisation von Hilfen im Vordergrund. Das ermöglichte gute Kooperationen der Projekte und ließ tatsächliche oder vermeintliche Interessengegensätze in den Hintergrund treten. Es entstand eine Kultur des gemeinsamen Lernens und Fortschreitens, die in dieser Form noch selten ist.

Über die gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse hinaus bleibt das beglückende Gefühl, dass es auch unter der Bedingung von Wettbewerb und Konkurrenz möglich ist, gemeinsame, an den Interessen der Nutzer orientierte, Qualitätsziele zu formulieren und zu verfolgen.

So konnte auf der Ebene der Projektorganisation bereits realisiert werden, was in der gemeindepsychiatrischen Versorgung noch Programm ist: Der an gemeinsamen Qualitätszielen orientierte Gemeindepsychiatrische Verbund.

1 Einführung

1.1 Einführung – aus Sicht der Aktion Psychisch Kranke

Heinrich Kunze und Ulrich Krüger

Aus den Berichten in diesem Band könnte der Eindruck entstehen, dieser Weg vom institutionszentrierten Hilfesystem zu Hilfen für Personen in ihrem Lebenskontext sei zu kompliziert und langwierig, das müsste doch schneller und leichter zu schaffen sein. Zu berücksichtigen ist aber, dass die Überwindung von in über 100 Jahren gewachsenen Strukturen, Zuständigkeiten, Finanzierungs- und Organisationsformen, materiellen und geistigen Besitzständen (Denkmustern) Zeit und Mühe erfordert, weil die Versorgungsrealität zur *unbezweifelbar* notwendigen, selbstverständlichen, einzig möglichen Realität der psychiatrischen Versorgung geworden ist, weil dieses Sein das Bewusstsein bestimmt. Seit über 100 Jahren sind die Einrichtungen, die Kostenträger, die Verwaltungen, die Regierungen von *ihrem* Organisations-»Bedarf«, Zuständigkeiten zu regeln, ausgegangen. Mit der Psychiatrie-Enquête (1975) wurde der *Patient in den Mittelpunkt* gestellt, der befähigt und dabei unterstützt werden soll, in seiner Gemeinde zu leben statt in der Anstalt oder einer Institution. Und in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung ... (1988) wurde kritisiert, dass die überkommenen Strukturen des Versorgungssystems diese Integration behindern. – Das ist der Ausgangspunkt für den Perspektivwechsel, um den es hier geht: Die Hilfen/Institutionen sollen dem Bedarf der Menschen angepasst werden statt wie bisher umgekehrt: Die Menschen mit ihrem Hilfebedarf müssen sich dem institutionellen Angebot anpassen.

Die frühere Heil- und Pflgeanstalt war gegliedert in Abteilungen und Stationen für je verschiedene Gruppen von Patienten mit im Querschnitt gleichem Betreuungs- und Hilfebedarf. Und wenn der Bedarf sich änderte, wurde die Person von einer Station zu einer anderen »verlegt«. Dies Prinzip gilt auch heute noch für das Konzept der sogenannten Behandlungs- und Rehabilitationskette von Einrichtungsbausteinen. Außerdem bedeutet ambulant geringe Hilfe und wer mehr braucht, muss die Kostenzuständigkeit für eine komplexe Hilfe dadurch auslösen, dass sie/er in eine Einrichtung geht und ggf. dort wohnt, auch wenn die Person in ihrem Lebenskontext im Alltag oder bei der Arbeit zurechtkommen würde, wenn die komplexe Hilfe ergänzend in ihren Lebenskontext hineinwirken würde. Die therapeutischen Teams der Einrichtungsbausteine fragen von ihrem Angebot ausgehend, was sie für einen Patienten tun können, statt zu fragen, welche Hilfen benötigt ein Patient, um in seinem Lebenskontext besser zurechtkommen.

Dass Einrichtungen und Dienste so maßnahmebezogen strukturiert sind, entspricht den traditionellen Anforderungen der Kostenträger, die wiederum sich nach dem traditionellen Verständnis des gegliederten Systems der sozialen Sicherung (Sozialgesetze) richten ebenso wie Regierungen und Parlamente. Nirgends

wird das Zusammenwirken von verschiedenen Maßnahmen wichtig, die psychisch kranke bzw. behinderte Menschen gleichzeitig oder nacheinander benötigen.

Neben den maßnahmebezogenen Zuständigkeiten auf allen Ebenen gibt es keine Zuständigkeit für die Verantwortung, die *personen- und zielgruppenbezogen die Wirkungen, die Kosten und die Effizienz* (das Verhältnis von Nutzen und Kosten) von Hilfen prüft und gestaltet. Und so arbeiten die verschiedenen sozialrechtliche Bereiche – und oft sogar auch die jeweiligen Subbereiche – weitgehend unverbunden nebeneinander her: psychiatrische Behandlung, medizinische Rehabilitation, Krisenhilfe und Beratung, Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft/Eingliederungshilfe, Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, Kinder- und Jugendhilfe, Altenhilfe, Wohnungslosenhilfe usw. Die Empfehlungen der Expertenkommission ... (1988) kritisierten deshalb die »strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen«.

Seither wird in vielen größeren und kleineren konkreten Schritten auf den verschiedenen Ebenen das System umgebaut. Die traditionelle Maßnahme-Logik auf allen Ebenen hat zur Folge, dass der Versuch, das institutionszentrierte Versorgungssystem an einer Stelle zu ändern, diesen Versuch in Widerspruch zu allen anderen Ebenen bringt.

Das ist der *rote Faden* dieses Buches: In den Projekten mit unterschiedlichen Ansätzen ging es um das gemeinsame Ziel, individuell passgenaue, lebensfeldorientierte, flexible, und effiziente Hilfen zu realisieren. Im Hessischen Implementationsprojekt (2) wurde die integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung in Verbindung mit der regionalen Hilfeplankonferenz gestartet. – Doch wenn in den Projekten nach personenzentrierter Hilfeplanung dann immer noch weitgehend nur die traditionellen Institutionsbausteine verfügbar sind, ist noch nicht genug erreicht. Deshalb erprobte das Projekt Personalbemessung (3) die nicht nur qualitative, sondern auch quantitative Beschreibung von Hilfebedarfen durch die Bemessung von Therapeutenzeit für Patienten/Klienten und das Projekt Leistungsfinanzierung (4) die betriebswirtschaftliche Realisierung der zeitbasierten Finanzierung.

Der Beirat zum Projekt Leistungsfinanzierung (4.9) bewertete das Erreichte und die weiteren Herausforderungen: *Die noch weitgehend institutions- bzw. maßnahmezentrierte Organisation des vorhandenen Hilfeangebotes sowie die bisherige planwirtschaftliche Steuerung über Plätze sind die größten verbleibenden Hindernisse auf dem Weg zur weiteren Verbesserung der Qualität der Hilfen und der Effizienz ihrer Realisierung. (...) Eine zeitwertbasierte prospektive Vergütung aufbauend auf personenbezogener Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen kann ihre Wirkung erst richtig entfalten in Verbindung mit dem Umstieg*

- zu personen- und lebensfeldorientiert organisierten Hilfen sowie
- zu einer am aggregierten individuellen Hilfebedarf orientierten Angebotssteuerung.

In den Projekten »Wohnen« (5) und »Zentrum Biebesheim« (6) wurde die traditionelle einrichtungsbezogene Finanzierung durch ein Trägerbudget außer Kraft gesetzt, um mehr Freiheit in der Gestaltung der Hilfen zu ermöglichen. Haltungen, Zuständigkeiten, Teamkonzepte, Arbeitsprozesse, Organisations- und Gebäudestrukturen wurden verändert.

An verschiedenen Stellen in den Berichten wird deutlich, dass die bekannten Finanzierungswege und Abrechnungsregeln bisher überwiegend institutionszentrierte Problemlösungen belohnen und effiziente, individuell passgenaue Hilfen für die Menschen in ihrem Lebenskontext eher behindern.

Wohin der Weg in der Behindertenhilfe gehen soll, worauf es dabei ankommt, was noch zu klären ist und welche Weichen bereits gestellt sind, ist in dem an den Anfang des Buchs gestellten Beitrag von Evelyn Schönhut-Keil »Fazit und Ausblick« dargestellt.

Die hier gebündelten Beiträge sind unterschiedlich im Ansatz, theoretischem Hintergrund, Methodik, Stil der Darstellung – dafür sind die Autorinnen und Autoren der Beiträge verantwortlich. Diese Zwischenbilanz soll vor allem eine aktuelle Diskussiongrundlage sein auf dem weiteren langwierigen und verschlungenen Weg mit dem allgemeinen Ziel: individuell passgenauere Hilfen für Menschen in ihrem Lebenskontext, und diese effizienter realisieren. – Dazu ist es notwendig, dass wir uns wechselseitig darin unterstützen, »das Bekannte zu bezweifeln«. In den Berichten kommt auch die Entdeckerfreude und der Stolz auf die Bewältigung einer ansehnlichen Strecke des Weges zum Ausdruck.

1.2 Einführung – aus Sicht des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen

Gerhard Kronenberger

Der Innovationsbedarf in der Behindertenhilfe ist groß. Dies wird spätestens deutlich wenn man einen Blick über die Landesgrenzen nach Dänemark, Schweden oder Großbritannien wirft. Das Bewusstsein über die Notwendigkeit struktureller Veränderungen ist im letzten Jahrzehnt hierzulande deutlich gewachsen. Die Kritik von Betroffenen, Angehörigen, Selbsthilfegruppen und einzelnen Fachverbänden wird in der Politik wahrgenommen und von Sozialleistungsträgern vermehrt in ihre Überlegungen und Planungen einbezogen. Das war nicht immer so. Und es ist auch jetzt noch keineswegs befriedigend. Allerdings mehren sich die Anzeichen konzeptioneller und praktischer Veränderungen – beim Gesetzgeber, bei den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, bei den Sozialhilfeträgern.

Als Meilensteine dieser Neuorientierung können das Sozialgesetzbuch IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und der von der Aktion

Psychisch Kranke e. V. formulierte »personenzentrierte Ansatz« gesehen werden. Vielen gelten sie als Beginn des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe. Heute, rund zehn Jahre später, gehört es zu den fachlich akzeptierten Ansprüchen einer modernen Behindertenhilfe, dass Leistungen zur Teilhabe personenbezogen geplant und durchgeführt werden sollen. Bemerkenswert und für die sozialpolitische Diskussion möglicherweise bedeutsam ist ein Beschluss der 84. Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder vom November des Jahres 2007, der sich mit der »Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen« befasst. Der Beschluss formuliert einen dringenden Handlungsbedarf, die Eingliederungshilfe nach dem Leitmotiv Bürgerrechte statt Fürsorge« weiterzuentwickeln und bekräftigt die Grundsätze, welche konstitutive Bestandteile des personenzentrierten Ansatzes sind. In die gleiche Richtung ging wenige Monate vorher der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge. In seinen »Empfehlungen (...) zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe« plädiert er u. a. für Hilfen aus einer Hand, die Überwindung von ambulant und stationär und für neue Formen der Leistungsfinanzierung.

Das Trägerübergreifende Persönliche Budget wird in der Fachwelt durchweg begrüßt und als wichtiger Beitrag zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts behinderter Menschen gesehen. Aber gerade die bisherige Umsetzung des Rechtsanspruchs auf ein Persönliches Budget zeigt, wie groß die Kluft zwischen rechtlichem und fachlichem Anspruch einerseits und der realen Welt andererseits ist: Ansprüche eben, und keineswegs durchgesetzte Praxis. Damit die Ansprüche und die daraus entwickelten Konzepte zunehmend Wirklichkeit werden, braucht es Menschen, die allen persönlichen Hemmnissen und institutionellen Widrigkeiten zum Trotz Gleichgesinnte suchen, sich etwas Gemeinsames vornehmen und zur Tat schreiten. Frei nach dem Motto von Erich Kästner »Es gibt nichts Gutes: außer man tut es«.

Die in den einzelnen Kapiteln dieses Buches beschriebenen Projekte und Aktivitäten sind Ausdruck dieses Selbstverständnisses der Beteiligten. Sie sind getragen von dem Bewusstsein der handelnden Personen, Dinge anders und besser machen zu wollen, dabei gemeinsam getragene Ziele in der Versorgung psychisch Kranker, Abhängigkeitskranker oder seelisch behinderter Menschen aktiv zu verfolgen, zu kooperieren, zu lernen und daraus wiederum Schlussfolgerungen für die weitere Praxis zu ziehen. Nichts Besonderes, nichts Aufregendes sollte man meinen. Indes zeigt die Praxis, dass ein derart harmlos klingendes Unterfangen manches mit einer Abenteuerreise gemein hat: Man weiß, wo man hin will, war aber nie dort. Wie sind die Wege zum Ziel, wo gehen sie lang, zu welchen Zwischenstationen führen sie, wie wird das »Wetter« sein, sind die Fortbewegungsmittel tauglich, sind die »Kraftreserven« ausreichend, welche unerwarteten Hindernisse werden auftreten – wer weiß es? Terra incognita. Und da ist dann der Reiz des Neuen, des »Unentdeckten« und die Hoffnung auf die andere, die »bessere Welt«.

Projekte können auch auf dem Feld sozialer Arbeit einen guten Rahmen bieten, auf Entdeckungsreise zu gehen. Unter ausgehandelten, vereinbarten und kontrollierten Bedingungen werden für einen definierten Zeitraum festgelegte Ziele avisiert, neue Verfahren entwickelt, erprobt und evaluiert. Hinterher ist von den Auftraggebern zu entscheiden, was daraus wird.

Die praktischen Veränderungen, über die im Folgenden berichtet wird, zeigen, dass es auch hierzulande unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht unmöglich ist, Entwicklungen in Gang zu setzen, die zu einer Steigerung der Qualität von Leistungen für Menschen mit Behinderungen führen, also deren Lebenssituation verbessern.

Und ebenso kann gewissermaßen als Nebenwirkung der Implementierung personenbezogener Hilfen eine wesentliche Veränderung im Zusammenspiel zwischen den örtlichen Trägern der Sozialhilfe und dem überörtlichen Träger LWV Hessen festgestellt werden: Je mehr es real darum geht, den Bedarf und die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen in den Mittelpunkt des Handelns aller Akteure zu stellen und diese Verantwortung ernst zu nehmen, umso mehr verlieren formale Zuständigkeitsfragen an Bedeutung und umso produktiver und vertrauensvoller ist die Zusammenarbeit zwischen den beiden Trägerebenen. Namentlich die Arbeit in den Hilfeplankonferenzen hat den beteiligten Fachkräften zu der Einsicht verholfen, dass in der heiß umstrittenen Frage der generellen Zuständigkeit für Eingliederungshilfen nicht ein »Entweder-oder«, sondern ein »Sowohl-als-auch« die Zauberformel sein kann: Die Ziele müssen gemeinsam akzeptiert sein und Aufgaben müssen klar verteilt und Ressourcen eindeutig zugeordnet sein.

Der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) war und ist als überörtlicher Sozialhilfeträger seit mehreren Jahren an zahlreichen Projekten auf dem Feld der Gemeindepsychiatrie beteiligt oder hat diese initiiert, die die Ziel- und Passgenauigkeit der Leistungen oder des Leistungsangebots für Menschen mit Behinderung auf der Grundlage der Sozialgesetzbücher IX und XII zum Ziel hatten. Der LWV Hessen war einer der ersten überörtlichen Sozialhilfeträger, der die Notwendigkeit einer systematischen Planung und Evaluation individueller Leistungen für Menschen mit Behinderung erkannte und fachlich motiviert konzeptionell umsetzte.⁴ Nach eigenem Verständnis will der Verband sich nicht mit der Rolle eines Kostenträgers begnügen, sondern sich als Sozialleistungsträger auch dafür interessieren, was die von ihm finanzierten Hilfen bei deren »Empfängern« bewirken und ob dies die Hilfen sind, die die Menschen brauchen und wollen.

4 Siehe KRONENBERGER G./BRINKMANN S./HASSENZAHL G.: Der Gesamtplan in der Eingliederungshilfe des BSHG, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, 2/1999. KRONENBERGER G.: Der Gesamtplan nach § 46 BSHG – Warum Hilfeplanung und wie geht sie? In: GREVING H. (Hrsg.): Hilfeplanung und Controlling in der Heilpädagogik. Freiburg 2002.

Für dieses Anliegen stehen die in diesem Buch beschriebenen Erfahrungen und Erkenntnisse aus fünf Projekten. Bei aller Unterschiedlichkeit der in den einzelnen Projekten vorgenommenen Schwerpunktsetzungen, angewandten Verfahren und Instrumente, hat der »Personenzentrierte Ansatz« ihnen als Soundtrack gedient. Also partizipativ, individuell passgenau, lebensfeldbezogen, ziel- und ergebnisorientiert.

In Kapitel 2 stellen Hans-Günther Tiggemann und Harald Goldbach das Projekt »Implementation personenzentrierter Hilfen in der hessischen Gemeindepsychiatrie« vor. Dieses Projekt fand in den Jahren 2003 und 2004 in zehn hessischen Gebietskörperschaften statt und wurde von der APK begleitend beraten. Hier kam es in Hessen erstmalig in größerem Umfang zu der Einführung einer systematischen individuellen Hilfeplanung, regionalen Hilfeplankonferenzen mit Beteiligung des örtlichen und des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe und verbindlichen Vereinbarungen zur regionalen gemeindepsychiatrischen Zusammenarbeit.

Der Beitrag beschreibt die Schritte, die dieser Implementationsprozess durchlaufen hat, benennt zentrale Elemente des Systemumbaus und macht deutlich, wie mit relativ bescheidenen Mitteln in verhältnismäßig kurzer Zeit bedeutende Veränderungen auf den Weg gebracht worden sind. Deutlich wird dabei auch, dass eine gute individuelle Hilfeplanung und fachlich qualifiziert arbeitende Hilfeplankonferenzen schnell an die Grenzen des heutigen gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems stoßen und weitere Veränderungen notwendig machen.

Vor diesem Hintergrund war die Fortsetzung und Erweiterung des Implementationsprojekts durch ein Verfahren der *Quantifizierung* der individuellen Hilfebedarfe der folgerichtige nächste Schritt. Dessen Umsetzung ist unter der Bezeichnung »Personalbemessung« Thema von Anemone Gabler-Schröter in Kapitel 3.

Ulrich Krüger nimmt dann aus Sicht der APK zur Entwicklung dieser Projekte in Hessen Stellung.

Silke Mannes Schmidt und Bianka Röhl stellen in ihrem Beitrag vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Erfahrungen dar, wie sich Rolle und Rollenwahrnehmung der Mitarbeiter des Sozialleistungsträgers LWV im System personenzentrierter Teilhabeplanung und Leistungserbringung wandeln und welche Lernprozesse »Verwaltung« in dieser Hinsicht durchlaufen muss.

Was sich in den Kapiteln 2 und 3 bereits abzeichnet, manifestiert sich in Kapitel 4 in der praktisch gewordenen Erkenntnis, dass es nicht ausreicht, Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen differenziert und individuell zu planen und zu organisieren, sie nach einem vereinbarten Verfahren in Zeitwerten zu bemessen, es ist auch nötig, sie zu verpreislichen. Denn je stärker die einzelnen Hilfen an der Person und der Lebenslage des behinderten Menschen ausgerichtet werden,

umso weniger passen die etablierten institutionellen Leistungspakete mit ihrer platzbezogenen Finanzierung. Also musste in einem nächsten, weiteren Schritt eine Form der Finanzierung von Teilhabe-Leistungen gefunden und entwickelt werden, die personenzentrierte Hilfen ermöglicht und unterstützt. Wie dies geschehen kann, wird in Kapitel 4 in dem Beitrag über das Projekt »Leistungsfinanzierung« von Ralf Bremauer beschrieben.

Roland Breme begründet auf Grundlage der Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Projekt »Leistungsfinanzierung«, warum aus der Sicht des LWV Hessen eine zeitbasierte Vergütung die adäquate Finanzierungsform personenbezogener Teilhabe-Leistungen darstellt.

Gabriela Deutschle schreibt in einem persönlich gehaltenen Beitrag aus dem Blickwinkel der Leiterin einer Einrichtung, über Veränderungen infolge des Projekts für Klienten und Fachkräfte und über ›heilsame‹ Wirkungen, die von der Hilfeplankonferenz ausgehen.

Für den Fachbeirat des Projekts »Leistungsfinanzierung« gibt Heinrich Kunze eine Stellungnahme ab, die sich nicht nur auf dieses Projekt beschränkt, sondern auch Erfahrungen und Erkenntnisse der zuvor dargestellten Projekte aufgreift und hochinteressante Empfehlungen für die weitere Entwicklung in Hessen formuliert.

In Kapitel 5 wird das Projekt »Wohnen« der Vogelsberger Lebensräume und des Behinderten-Werks Main-Kinzig e. V. durch Jessica Ruth, Anja Gutjahr, Gerd Iben, Harry Bernardis und Halgard Bestelmeyer-Grommet dargestellt. Dieses Projekt war das erste in Hessen, das eine konsequente Umsetzung individualisierter, passgenauer Leistungen für psychisch Kranke oder seelisch behinderte Menschen im Leistungsbereich »Wohnen« zum Ziel hatte. Die Projektvereinbarung benannte als Grundlagen der Arbeit die integrierte individuelle Hilfeplanung mittels IBRP, die Übernahme einer regionalen Versorgungsverpflichtung und die Bereitstellung eines Jahresbudgets durch den LWV Hessen für die zu erbringenden Teilhabe-Leistungen. Die reichhaltigen Erfahrungen aus dem Projekt, das nach übereinstimmender Meinung aller Beteiligten sehr erfolgreich verlaufen ist, wurden durch die Universität Frankfurt am Main wissenschaftlich evaluiert. Die Evaluation macht sichtbar, wie individualisierte Lösungen aussehen können, wenn entscheidende strukturelle Bedingungen verändert werden und die Akteure bereit sind, verfestigte professionelle Haltungen kritisch zu hinterfragen und zu überwinden. Dabei hilft die Ausführlichkeit und Differenziertheit des Beitrags zu erkennen, dass dieser Veränderungsprozess voraussetzungsreich erscheint und für schnelle, einfache Lösungen nicht geeignet ist. Die Erfahrungen mit einem Einrichtungsbudget boten Grundlage und Anlass im LWV Hessen verstärkt über Finanzierungssystematiken nachzudenken, die geeignet sind, flexible passgenaue Hilfen zu ermöglichen, aber auch gleichzeitig den sozialrechtlichen Vorgaben und Steuerungsinteressen aller Beteiligten ausreichend Rechnung tragen.

In Kapitel 6 werden in Beiträgen von Clemens Näder und Klaus-Dieter Liedke ausgewählte Aspekte des »Zentrumsmodell Biebesheim« beschrieben und analysiert. Ähnlich wie in dem »Wohnprojekt« zielt auch dieses Projekt im Kern auf die Entwicklung und Umsetzung personenzentrierter Hilfen unter den Rahmenbedingungen eines Einrichtungsbudgets und der Versorgungsverpflichtung für eine bestimmte Region. Neben den Leistungen für Wohnheim, interne Tagesgestaltung und Betreutes Wohnen sind hier auch die der Tagesstätte und der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle einbezogen. Der nahezu zeitgleiche Beginn des Implementationsprojekts, an dem auch der Kreis Groß-Gerau und die dort ansässigen sozialpsychiatrischen Leistungserbringer teilnahmen, legte den Gedanken nahe, einen systematischen Blick auf die Qualität der Hilfepläne und auf nutzerbezogene Wirkungen der Leistungen zu werfen. Hierzu hat der Fachbereich Behindertenhilfe des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe in Mainz eine Evaluation durchgeführt, deren Ergebnisse Clemens Näder in sehr geraffter Form darstellt und die in Hessen als Einstieg in das Thema »Wirkungsorientierung« und perspektivisch möglicherweise »wirkungsorientierte Steuerung« gesehen werden können.

Zum besseren Verständnis sei an dieser Stelle ein weiterer Unterschied zu dem in Kapitel 5 beschriebenen Projekt »Wohnen« benannt: er besteht darin, dass das Zentrum Biebesheim als *neue* Einrichtung geschaffen wurde und seine regionalen Versorgungsaufgaben erst sukzessive übernehmen konnte. Vor diesem Hintergrund hatte die wissenschaftliche Begleitforschung des Projekts durch die Fachhochschule Wiesbaden einen speziellen Blickwinkel auf die Entwicklung des Zentrums.

Gegenstand der Untersuchung von Klaus-D. Liedke war u. a.: Inwieweit stimmt der erhobene Hilfebedarf mit dem real erbrachten überein? Welches Verhältnis zwischen Angebot und Inanspruchnahme einer Hilfe besteht qualitativ und quantitativ? Erhalten die Leistungsberechtigten die Hilfe, die sie brauchen? Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Finanzierung über ein Einrichtungsbudget und den realen Leistungsprozessen in einem Psychosozialen Zentrum? Auch wenn die von Liedke gefundenen Antworten wegen der hohen Komplexität des Gegenstandes als vorläufig eingestuft werden müssen, liefern sie doch bedeutungsvolle Anhaltspunkte für eine mehr oder weniger funktionale Organisation und Finanzierung personenbezogener Teilhabe-Leistungen.

Die Bedeutung der Projekte für die Entwicklung der Behindertenhilfe in Hessen und Perspektiven der Weiterentwicklung beschreibt Evelyn Schönhut-Keil als verantwortliche Erste Beigeordnete im LWV Hessen gleich zu Beginn des Buchs.

2 Projekt zur Implementation personenzentrierter Hilfen in Hessen (Phase I)

Hans-Günther Tiggemann und Harald Goldbach

2.1 Vorgeschichte: Das Bundesprojekt

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in den Jahren 1992 bis 1996 das Forschungsprojekt »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« gefördert. Nachdem der Abschlussbericht⁵ Anfang 1999 veröffentlicht und im April 1999 auf der Tagung der Aktion Psychisch Kranke daran anknüpfend »personenzentrierte Hilfen« gefordert wurden, war das Interesse stark und die Bewertung überraschend positiv.

Das bestehende Hilfesystem war als »institutionszentriert«, »angebotsorientiert«, »unflexibel« und »unwirtschaftlich« grundlegend kritisiert worden. Auf allen Ebenen wurden einschneidende Reformen gefordert, die einem Paradigmenwechsel gleichkommen. Die Zustimmung bezog sich vor allem auf die Grundkonzeption, die »personenzentrierte Haltung«, nach der die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse psychisch kranker Menschen sehr viel stärker ins Zentrum der Betrachtung gestellt werden sollten. Bezüglich der konkreten Umsetzung beherrschten jedoch eher Ratlosigkeit und Skepsis die Diskussion.

Vor diesem Hintergrund entstand bei der Aktion Psychisch Kranke die Idee eines Umsetzungsprojekts.

Durch wissenschaftliche Beratung und Begleitung bei der Entwicklung personenzentrierter Gemeindepsychiatrischer Verbünde sollte die Umsetzung der Empfehlungen der Kommission »Personalbemessung« in einzelnen »Referenzregionen« gefördert werden. Damit war weder eine finanzielle Förderung für Leistungsanbieter oder Regionen als Starthilfe verbunden noch eine Evaluations- oder Begleitforschung. Das Angebot für Interessierte, im Aufbau begriffene Gemeindepsychiatrische Verbünde, bestand im Wesentlichen aus dem fachkompetenten Rat einer Arbeitsgruppe⁶, dem etwa monatlichen Besuch eines Projektmitarbeiters in der Region und der Chance, voneinander zu lernen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte der Aktion Psychisch Kranke ein Projekt »Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatri-

5 Autorengruppe KRUCKENBERG, Peter u. a., Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band 116 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1999.

6 Mitglieder der Arbeitsgruppe: Prof. Dr. Heinrich Kunze (Projektleiter), Ulrich Krüger (Projektkoordinator), Karl-Ernst Brill, Prof. Dr. Petra Gromann, Rainer Hölzke, Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Dr. Niels Pörksen, Dieter Stahlkopf.

schen Versorgung« (2000 bis 2002) in drei bis vier Referenzregionen bewilligt. Durch Zusatzfinanzierungen in Rheinland-Pfalz und Bayern stieg die Zahl der Projektregionen des Bundesprojekts auf sechs⁷.

Mit dem Paradigmenwechsel hin zum personenzentrierten Ansatz verbinden sich die Ziele

- mehr Selbstbestimmung und Autonomie für Menschen mit Behinderung,
- individuell passgenaue zielgerichtete Hilfen,
- verstärkte Umsetzung des Prinzips »ambulant vor stationär«,
- Lebensfeldbezug und Gemeindenähe,
- Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten in der Region zum Zwecke der individuell erforderlichen Hilfeleistung,
- Aus- und Umbau der regionalen Versorgungsleistungen,
- Kostenbegrenzung.

Diese Zielsetzungen wurden im Projekt zur »Implementation personenzentrierter Hilfen in der Gemeindepsychiatrie in Hessen« aufgegriffen.

2.2 Das Projekt der hessischen Gebietskörperschaften⁸

Von Psychiatriekoordinatoren und -koordinatorinnen aus sechs hessischen Gebietskörperschaften ging die Initiative aus, in ihren Regionen eine einheitliche und systematische individuelle Hilfeplanung einzuführen. Die Motivation, ein Projekt zur Einführung personenzentrierter Hilfen auch in Hessen umzusetzen, ergab sich aus dem starken Interesse an einer qualitativen Weiterentwicklung des vorhandenen Versorgungssystems.

Schon in der Vorbereitungsphase war man auf den Landeswohlfahrtsverband Hessen zugegangen und hatte den Fachbereich für Menschen mit seelischer Behinderung um Mitarbeit in dem Projekt gebeten. Wegen der großen inhaltlichen Nähe zu eigenen Überlegungen und Projekten war dort das Interesse an einer Beteiligung an dem Implementationsprojekt groß.

Das Hessische Sozialministerium ermöglichte die projektbegleitende Beratung durch die APK von Anfang März 2003 bis Dezember 2004. Das Projekt begann zunächst in den Regionen Stadt Wiesbaden, Vogelsbergkreis, Wetteraukreis, Main-Kinzig-Kreis, Lahn-Dill-Kreis sowie Stadt Darmstadt zusammen mit dem Kreis Darmstadt-Dieburg. Von vorneherein war festgelegt, dass im zweiten Projektjahr die Stadt Kassel, der Landkreis Kassel, der Main-Taunus-Kreis und der Kreis Groß-Gerau in das Projekt einbezogen werden sollten.

⁷ Berlin-Reinickendorf, Gera, Kaufbeuren, Kaiserslautern, Mainz, München-Süd.

⁸ Der Abschlussbericht zum hessischen Implementationsprojekt (Phase I) wurde zwar von den Projektbeteiligten verfasst, aber vom Hessischen Sozialministerium nicht veröffentlicht.

Bevor das Implementationsprojekt in Hessen realisiert werden konnte, hatten sich fast alle Projektinitiatoren bereits um eine Beteiligung an dem Bundesprojekt 2000–2002 beworben. Obwohl es nicht an Engagement und guten regionalen Ausgangsbedingungen mangelte, blieben die hessischen Regionen dort chancenlos, weil der überörtliche Sozialhilfeträger in Hessen zu diesem Zeitpunkt die Weichen zu dem Hilfebedarfsgruppenzuordnungsverfahren nach Metzler⁹ gestellt hatte, das nicht mit den Personenzentrierten Hilfen vereinbar war.

2.2.1 Ausgangslage des hessischen Projekts

Alle Projektbeteiligten hatten die Erfahrung gemacht, dass es im Bereich der Eingliederungshilfe und auch weiterer Unterstützungsmöglichkeiten für seelisch Behinderte keine systematische und schon gar keine einheitliche Zugangssteuerung gab, die Koordination und Kooperation bei der Planung und Erhebung zufällig waren, die Maßnahmen und Hilfen unzulänglich oder gar nicht überprüft wurden und keine verlässlichen Daten für die Planung von Angeboten existierten. Die psychiatrische Versorgungslage in Hessen konnte zwar in quantitativer Hinsicht als gut bezeichnet werden, sie stellte sich allerdings hinsichtlich des Ausbaustandes und auch inhaltlich von Gebietskörperschaft zu Gebietskörperschaft unterschiedlich dar.¹⁰

Der damalige Entwicklungsstand war dabei weniger auf eine zielgerichtete systematische und auf verlässlichen Daten beruhende regionale Sozialplanung zurückzuführen, sondern vielmehr auf angebots-/interessenorientierte und zufällige Entscheidungen.

Das so vorhandene Nebeneinander der Angebote und Dienste, das begünstigt wurde durch divergierende rechtliche und finanzielle Strukturen, führte zu einer zersplitterten Versorgungslandschaft, die wiederum, wenn es um die klientenorientierte Arbeit ging, ein kompliziertes und aufwendiges System der Kooperation und Koordination erforderlich machte. Eine systematische Kooperation, Koordination und Vernetzung war weder auf der Einzelfall-/Klientenebene noch auf der Ebene der Systementwicklung bzw. der Angebotsplanung in den Gebietskörperschaften, abgesehen von einigen Ansätzen in verschiedenen Regionen, erkennbar. Dabei mangelte es regional oft auch bei den Beteiligten auf

9 Gemeint ist das »HMB-Verfahren« = Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung. Das Instrument zur Erfassung des Hilfebedarfs wurde von der Forschungsstelle »Lebenswelten behinderter Menschen« der Universität Tübingen unter Federführung von Dr. Heidrun Metzler entwickelt und wird in der Fachwelt daher häufig verkürzt als »Metzler-Verfahren« bezeichnet.

10 Vgl. Gutachten des Instituts für Gesundheit und Sozialforschung Berlin im Auftrag des Landes Hessen »Psychiatrische Versorgung und Maßregelvollzug in Hessen«, Teil 1 »Psychiatrische Versorgung«, 2002.

der Planungs-, Bereitstellungs- und Durchführungsebene an der Übernahme der erforderlichen Verantwortungsbereitschaft.

Aber auch überregional waren die Planungs- und Abstimmungsstrukturen nicht an einheitlichen Kriterien orientiert. So fand zumeist nur ad hoc angebotsbezogen ein begrenzt standardisiertes und oft langwieriges Abstimmungs- und Planungsverfahren mit den örtlichen und überörtlichen Kostenträgern statt. Entscheidungen für oder gegen bestimmte Angebote waren oft nur schwer nachvollziehbar. Vordergründig wurde dann auf finanzielle und politische Abwägungen hingewiesen. Vor diesem Hintergrund wurde ein Versorgungssystem in Kauf genommen, das wenig klientenorientiert und gemessen am Aufwand eher als ineffektiv und ineffizient zu bezeichnen ist. Besonders für schwer und chronisch psychisch Kranke waren nur begrenzt Voraussetzungen geschaffen worden, ihnen in ihrer eigenen Lebenswelt – integriert in die Gemeinde – eine hinreichende Perspektive bieten zu können, ohne sie auf Dauer in Einrichtungen zu hospitalisieren.

Zur Vorbereitung des hessischen Projekts haben sich die Psychiatriekoordinatoren der sechs Gebietskörperschaften in 2002 auf nachfolgende Eckpunkte verständigt.¹¹

2.2.2 Ziele und Inhalte des hessischen Projekts

Im Kern des Implementationsprojekts sollte es um die personenzentrierte, bedarfsgerechte, vernetzte und koordinierte gemeindepsychiatrische Versorgung gehen, als Voraussetzung für eine effektive und auch wirtschaftlich effiziente gemeindepsychiatrische Arbeit. In den Projektregionen sollten einheitliche und vergleichbare Voraussetzungen für einen Umsteuerungsprozess hin zu einer klientenzentrierten vernetzten und qualitätsorientierten Gemeindepsychiatrie geschaffen werden. Die Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Strukturen sollte durch eine intelligentere Vernetzung, einen besseren Informationstransfer und eine konsequente Qualitätssicherung vorangetrieben werden. Nicht der Ausbau vorhandener Strukturen stand dabei im Vordergrund, sondern der Umbau und die Verknüpfung der vorhandenen Angebote im Sinne einer besseren individuellen und wirtschaftlichen Nutzung.

Um den Klienten in ihren Lebensfeldern individuelle Hilfen bieten zu können, standen folgende Ziele im Vordergrund:

- Eine intensivere Qualitätssicherung durch Umstellung auf den personenzentrierten Ansatz. Die Übernahme und Erfüllung von Pflichtversorgungsaufgaben. Eine träger- und einrichtungsübergreifende Kooperation und Koordination

¹¹ Vgl.: Projektantrag der sechs hessischen Gebietskörperschaften an das Hessische Sozialministerium vom 8.1.2003 (nicht veröffentlicht).

(Gemeindepsychiatrischer Verbund, Bildung von Funktionsbereichen, Entwicklung von Steuerungsinstrumenten zur Planung, Abstimmung, Entscheidung und Evaluation).

- Eine leistungsübergreifende Kooperation und Koordination, einheitliche kompatible Hilfeplanungsverfahren und -instrumente, einen Gesamtplan zur Hilfeplanung und -erbringung in verschiedenen Leistungsbereichen.
- Eine detaillierte aussagefähige Dokumentation der Leistungen im Einzelfall.
- Die Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung von Leistungen (auf der Einzelfall- und regionalen Ebene).
- Eine finanzielle Steuerung, Budgetregelung, Aufstellung und Einhaltung realistischer Finanzierungsgrößen, Optimierung des Ressourceneinsatzes.

Die Umsetzung der Ziele sollte schrittweise erfolgen, wobei die Wechselwirkung der einzelnen Ansätze berücksichtigt werden sollte. Im Einzelnen sollte, orientiert an den Ergebnissen des hessischen Gutachtens zur psychiatrischen Versorgung, der Umbau des Versorgungssystems auf folgenden Ebenen erfolgen:

- *Einzelfallebene*: Eine auf der Beteiligung der Hilfeempfänger basierende verbindliche und im Verfahren (Ablauf – Instrument – Überprüfung – Zuständigkeit) einheitliche Hilfeplanung, die vom Hilfebedarf der in der Region lebenden Personen ausgeht; personen- statt einrichtungszentrierte Konzepte und Arbeitsformen; einen personenbezogenen und institutionenübergreifenden Gesamtplan.
- *Einrichtungsebene*: Umorganisation der vorhandenen Einrichtungen, sodass sie die in den Hilfeplänen geforderten differenzierten Leistungen erbringen und die im gemeindepsychiatrischen Verbund konzipierten Funktionen erfüllen können.
- *Steuerungsebene*: Zunehmend aufeinander bezogene Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse mit dem Ziel der Schwerpunktverlagerung vom stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich.
- *Sozialrecht und Finanzierung*: Realisierung auch schwieriger Komplexleistungen im ambulanten Bereich. Komplexe Leistungen im ambulanten Bereich sind eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass auch schwer und chronisch psychisch kranke Personen auf Dauer außerhalb von Institutionen leben können.¹²

2.2.3 Projektabsprachen und -finanzierung

Die Projektregionen verständigten sich mit dem Hessischen Sozialministerium auf den Beginn des Implementationsprojekts Anfang 2003 mit einer Laufzeit von zwei Jahren. Letztlich begann das Projekt etwas verspätet am 01.03.2003. Die

12 Vgl. verschiedene Ausführungen der Aktion Psychisch Kranke zu diesem Thema.

Zahl der beteiligten Gebietskörperschaften wurde auf zehn festgelegt, wovon sechs in 2003 begannen und vier in 2004. Die Projektberatung, verbunden mit einer kurzen Auswertung, übernahm die Aktion Psychisch Kranke.

Entscheidend an dem Vorhaben war, dass die Umsetzung der personenzentrierten Hilfen in den Projektregionen *gleichzeitig* erfolgen sollte und das Hessische Sozialministerium zur Steuerung und der Landeswohlfahrtsverband als überörtlicher Sozialhilfeträger einbezogen wurden. Die Bereitschaft der freien Träger war bereits zur Vorbereitung einer Beteiligung in 1999 erkundet worden. Sie musste aber, nachdem das Projekt Gestalt annahm und eine Förderung des Landes in Aussicht stand, erneut bestätigt werden.

Die Finanzierung des Implementationsprojekts erfolgte, soweit sie die Beratungsleistungen durch die Aktion Psychisch Kranke betraf, allein durch das Hessische Sozialministerium. Hinzu kamen die Kosten mehrerer Schulungen zum Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), die von den Gebietskörperschaften und den Einrichtungsträgern übernommen wurden.

2.3 Die Projektvereinbarungen in den hessischen Implementationsregionen

In jeder Projektregion wurde mit allen an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten¹³ eine Projektvereinbarung ausgehandelt.

Im Mittelpunkt dieser Vereinbarungen standen in allen Regionen Qualitätsverbesserungen durch

- konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf,
- personenzentrierte Zusammenarbeit der Berater und Therapeuten,
- Übernahme regionaler Versorgungsverantwortung bzw. Beteiligung an regionaler Steuerung.

Die folgenden Eckpunkte sind ebenfalls übereinstimmend in allen Projektvereinbarungen enthalten:

- einheitliche Hilfeplanung mit dem IBRP, im Sinne eines Gesamtplanes, unter Einbeziehung aller psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Hilfen einschließlich derer von Angehörigen und anderen Personen des persönlichen Umfeldes;
- zielorientierte Hilfeplanung, die auch der Evaluation dient;
- Hilfeplanung unabhängig von der Wohnform;
- Ermittlung einrichtungs- und berufsgruppenübergreifender Hilfebedarfe;
- transparente Beschlussfassung in der Hilfeplankonferenz über eine Empfeh-

¹³ Gemeint sind: Leistungsträger, Kliniken, Betreuungsbehörde, Leistungserbringer, Psychiatrieerfahrene, Angehörige etc.

- lungsaussage, die zum individuellen Hilfebedarf, den vorgesehenen Leistungserbringern, dem Umfang und der Koordination der Hilfen Stellung bezieht;
- Kontinuität und Abstimmung im Verlauf der Hilfen (koordinierende Bezugsperson);
 - lebensweltbezogene Hilfen: weniger stationär – mehr ambulant; weniger psychiatrisch – mehr nicht-psychiatrisch;
 - weniger Sozialhilfe – mehr versicherungsfinanzierte Leistungen;
 - Flexibilisierung der Hilfeleistungen;
 - gemeinsame Verantwortung für Qualitätsentwicklung und finanzielle Steuerung;
 - gemeinsame Verantwortung für regionale Bedarfsdeckung (Pflichtversorgung) – obligatorisches Hilfeangebot in der Region (Versorgungsplanung).
- Unterschiede gab es bei der Zielgruppenbestimmung: In einigen Regionen wurden Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen explizit einbezogen. Die Zielgruppe »Kinder und Jugendliche« blieb aufgrund der Zuständigkeit des Jugendhilfeträgers unberücksichtigt.

Obwohl das Zeitbudget für das Umsetzungsprojekt sehr eng bemessen war, wurden auch Inhalte in die Vereinbarung aufgenommen, die absehbar erst in Folgeprojekten realisiert werden konnten: Monitoring und Ressourcensteuerung, Ermittlung und Offenlegung der Finanzströme, Controlling für den Einsatz von Ressourcen, Verzahnung mit sonstigen Reha- und Behandlungsbereichen.

2.4 Das Vorgehen in den Regionen

In den Projektregionen wurden als Erstes »projektbegleitende Arbeitsgruppen« gebildet, die etwa monatlich zusammentraten; sie wurden von den kommunalen Psychiatriekoordinatoren geleitet. Darin trafen sich Vertreter der Leistungserbringer, der Leistungsträger (zumindest der Sozialhilfeträger) und zum Teil Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen. In einigen Regionen konnten bereits bestehende Koordinierungsgremien diese Funktion übernehmen. Die Sitzungen dieser Arbeitsgruppen wurden von einem Vertreter der Aktion Psychisch Kranke begleitet.

Der weitere Verlauf war in allen Regionen ähnlich, auch wenn er in den Nachruckerregionen zeitlich versetzt erfolgte.

Zunächst wurde als Instrument der individuellen Hilfeplanung der IBRP eingeführt. Dazu gab es trägerübergreifende und -interne Fortbildungen, in denen u. a. anhand realer anonymisierter Hilfepläne verdeutlicht wurde, dass es sich beim IBRP nicht um einen auszufüllenden Fragebogen handelt, sondern um ein Verfahren, einen mit dem Klienten, mit allen beteiligten Betreuungspersonen und Helfern abgestimmten Hilfeplan zu erstellen. Dabei gibt es auch bei verschie-

denen Leistungen und unterschiedlichen Leistungsträgern nur *einen* Hilfeplan pro Person. In diesem werden alle erforderlichen Hilfen behandelt, ausdrücklich auch die nicht-psychiatrischen. Der IBRP ist geeignet zur zielorientierten und lebensweltbezogenen Planung, zur Koordination der Hilfen im Verlauf und zu deren Evaluation.

Der IBRP war in den Projektregionen teilweise bereits bekannt, auch wenn er nicht systematisch genutzt wurde. Trotzdem haben die trägerübergreifenden Schulungen eine starke Wirkung entfaltet. Sie schufen die Grundlage für gemeinsame Konzepte und Sprache und haben die Kooperationsbereitschaft ungemein erhöht.

Parallel dazu wurden *Hilfeplankonferenzen* konstituiert, in denen die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung vorgestellt, auf Plausibilität geprüft und Empfehlungen über die Hilfeleistungen ausgesprochen werden. Auf der Basis dieser Empfehlungen erstellt der Leistungsträger in aller Regel seine Bescheide.

Die Teilnehmer der Hilfeplankonferenz sind:

- der Psychiatriekoordinator/die Psychiatriekoordinatorin (zugleich Leitung);
- (autorisierte) Vertreter der Leistungserbringer, darunter psychiatrische Klinik, Sozialpsychiatrischer Dienst;
- Leistungserbringer aus den Bereichen Selbstversorgung/Wohnen, Tagesgestaltung/Kontaktfindung, Arbeit/Ausbildung, Grundversorgung und spezielle Therapieverfahren;
- Leistungsträger (zumindest örtlicher und überörtlicher Träger der Sozialhilfe);
- auf Wunsch Betroffene/Klienten, Angehörige, gesetzliche Betreuer.

Zunächst waren die Hilfeplankonferenzen in einigen Regionen noch relativ teilnehmerstarke Gremien, weil nur theoretische Vorstellungen der Aufgaben und Kompetenzen dieser Nahtstelle zur Hilfeabstimmung und -gewährung vorlagen. Aufgrund dessen wollten alle – auch sämtliche Leistungsbereiche einzelner Träger – darin vertreten sein. Im Verlauf der praktischen Arbeit reduzierten sich die Gremien auf arbeitsfähige Größen. Selbst gegenseitige Vertretungen mit Entscheidungskompetenz zwischen den Trägern wurden in der Folge praktiziert. Entscheidend war allerdings, dass die Hilfeplankonferenzmitglieder kontinuierlich an den Sitzungen teilnahmen und eine verbindliche Vertretungsregelung verabredet war.

Die Hilfeplankonferenzen fanden zunächst im vierwöchigen Rhythmus statt. Um der hohen Fallzahl (zunächst nur neue Hilfepläne, dann immer mehr Folgepläne) gerecht zu werden, erhöhten die meisten Regionen im Lauf des Projekts die Frequenz. Die einzelnen Sitzungen hatten oft eine Dauer von bis zu fünf Stunden, in manchen Regionen fanden sie ganztägig statt. Beraten wurden mitunter 16–28 Hilfepläne. Die Anwesenheit des Klienten war gewünscht, aber nicht Pflicht. Im

Laufe der Zeit nahmen mehr Klienten ihre Möglichkeit wahr, sich selbst einzubringen oder nur zuzuhören, wenn ihr Hilfeplan beraten wurde.

Die Hilfeplankonferenzen benennen eine *koordinierende Bezugsperson*. Diese ist eine psychiatrische Fachkraft, die mit dem Klienten in kontinuierlichem Kontakt steht und als Ansprechpartner für den Klienten und sonstige beteiligte Therapeuten dient. Es ist also kein außenstehender »Case-Manager«, der nur dirigiert, was andere erledigen. Die koordinierende Bezugsperson ist:

- einrichtungsübergreifend und leistungsbereichsübergreifend zuständig;
- Ansprechpartner für Klient und beteiligte Berater/Therapeuten;
- zuständig für die nächste Hilfeplanung und Einbringen in die Hilfeplankonferenz;
- nach Beschluss der Hilfeplankonferenz im Amt, bis der Beschluss aufgehoben wird;
- ohne Entscheidungskompetenz, aber mit Informationsrecht und Recht zur Stellungnahme.

In der Regel behält die koordinierende Bezugsperson diese Aufgabe für die festgelegte Dauer der Hilfeerbringung, d. h. bis zur Beendigung oder Wiedervorstellung eines neuen Hilfeplanes. Die Abgabe dieser Funktion ist erst nach verbindlicher schriftlicher Annahme durch eine Nachfolge sinnvoll. Hierzu sind genaue Absprachen vor Ort erforderlich.

Es wurde von einer *regionalen Pflichtversorgung* ausgegangen. Auch wenn es dazu noch keine vertragliche Vereinbarung im Sinne eines Sicherstellungsauftrags¹⁴ gab, wurde das Ziel, psychisch kranken Menschen Hilfemöglichkeiten in ihrer Region möglichst ohne zeitliche Verzögerung anzubieten, sehr ernsthaft verfolgt. Fälle, in denen kein Hilfeangebot in der Region gemacht werden konnte, wurden dokumentiert. Es gab aber auch (allerdings nur sehr wenige) Klienten, die explizit Hilfe außerhalb der Region wünschten.

Auf Landesebene wurde eine *Steuerungsgruppe* eingerichtet, der neben HSM, APK und den Koordinatoren der Projektregionen auch der FB für Menschen mit seelischen Behinderungen und Abhängigkeitserkrankungen des LWV Hessen angehörte. Dort vollzog sich im Wesentlichen der Austausch unter den Projektregionen im Sinne eines Benchmarkings, die Verteilung von Aufgaben zur Klärung von Detailfragen sowie die Abstimmung zwischen den Regionen und den anderen Projektbeteiligten.

14 Sie ist deshalb eher als eine Art »Verantwortungserklärung« der Beteiligten zu verstehen.

2.5 Ergebnisse und weitere Entwicklungsschritte

Zum »Projekt Personenzentrierte Hilfen in Hessen« fand keine wissenschaftliche ex-post Evaluation statt. Stattdessen wurde der Umsetzungsprozess laufend in Expertenrunden (Steuerungsgruppe für alle Projekte auf Landesebene und Begleit-AG auf örtlicher Ebene) analysiert und bewertet.

Zunächst kann festgestellt werden, dass Ende 2004 zumindest in den sechs Projektregionen die Ziele »Einführung des Instruments Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan zur Ermittlung personenzentrierter Hilfen« und des Verfahrens »Hilfeplankonferenz« (HPK) in allen Regionen umgesetzt waren, auch wenn es den HPK noch an Routine mangelte und die Hilfepläne weiterhin als verbesserungsbedürftig angesehen wurden.

Überall werden Neufälle und auch Fortschreibungen (Weiterbewilligungen) in den Hilfeplankonferenzen vorgestellt, beraten und abgestimmt. Unterschiede gab es bei den Zielgruppen: So hatten sich einige Projekte allein auf seelisch behinderte Menschen ausgerichtet, während andere auch Suchtkranke einbezogen haben. Auch in den vier Nachrückerregionen waren Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen eingeführt worden, allerdings erst kurz vor Projektende.

Was hat sich nun regional durch die Einführung personenzentrierter Hilfen geändert?

Auf der *ersten Ebene* sehen die Ergebnisse folgendermaßen aus:

- Es gibt nunmehr ein Verfahren und ein Instrument, um eine einheitliche Zugangs- und Verlaufssteuerung sicherzustellen.
- Das Wunsch- und Wahlrecht wird durch die Einbeziehung der Klienten in die Hilfeplanung (Ermittlung der Bedürfnisse/Bedarfe) sichergestellt.
- Durch die zielorientierte Hilfeplanung ist die Überprüfung (Zielerreichung) im Verfahren mit angelegt.
- Es besteht eine umfassende Transparenz hinsichtlich der Ziele der Leistungen für die an der Hilfeebringung beteiligten Personen und Institutionen, die Klienten, die Leistungserbringer und Leistungsträger.
- Doppelarbeit wird weitestgehend vermieden, es gibt nur einen Hilfeplan für einen Klienten.
- Die Hilfen sind verbindlich abgestimmt, die Verantwortlichkeiten sind zu Beginn des Hilfeprozesses und für den Verlauf der Hilfeebringung geklärt.
- Durch die individuelle personenzentrierte Betrachtung sind die nicht-psychiatrischen Hilfen stärker in das Blickfeld geraten, ebenso wie ungewöhnliche – bisher nicht praktizierte – Hilfeebringungskonstellationen.

- Die konsequente personenzentrierte Vorgehensweise bildet eine gute Grundlage für die regionale Sozialplanung, da sie Lücken im Versorgungssystem verdeutlicht und realistisch Aufschluss über die gegenwärtig nachgefragten Hilfen gibt (regionaler Psychiatrieplan).

Die Ergebnisse differieren zwar von Region zur Region, allerdings nur hinsichtlich ihrer Ausprägungen.

Auf einer *zweiten Ebene* hat es Ergebnisse gegeben, die von vornherein so nicht im Blickfeld waren.

Durch die gemeinsame regionale Fortbildung an einem einheitlichen Verfahren zur Hilfeplanung und aufgrund der Abstimmungserfordernisse in der praktizierten Hilfeplanung wurde die Kooperation innerhalb der Teams und über die Grenzen der Leistungserbringer hinaus deutlich verbessert. Ebenso entwickelte sich eine vertrauensvolle Kooperation mit dem überörtlichen und örtlichen Sozialhilfeträger. Förderlich waren in den Regionen die hohe Motivation und eine positive, interessierte Haltung bei den beteiligten Fachkräften und Leistungsträgern, mit dem Projekt zur Einführung personenzentrierter Hilfen neue Wege zu beschreiten. Dabei entwickelte sich regional ein »Wir-Verständnis«, ein hohes Vertrauen untereinander und ein deutlich erkennbarer Konkurrenzabbau. Diese positive Haltung bei der gemeinsamen Suche nach individuellen Lösungen zeigte sich auch in den Projektgruppen und in den Hilfeplankonferenzen.

Es soll aber nicht verschwiegen werden, dass es in der Praxis nicht immer einfach war, auf die personenzentrierten Hilfen mit dem gewählten einheitlichen Prozedere umzustellen. Es gab die bekannten Verwerfungen, Widerstände und Blockaden, die bei Systemumstellungen auftreten. Ihnen wurde mit größeren und kleineren Fortbildungsveranstaltungen, begleitenden Beratungen, in den Hilfeplankonferenzen, trägerintern und mit sonstigen Arbeitsgruppen begegnet. In den jeweils individuell auf die Region abgestimmten Vorgehensweisen zur Bewältigung der Widerstände bei Veränderungen von Arbeitsweisen liegt ein Schlüssel für das Gelingen von Veränderungsprozessen, der nicht unterschätzt werden darf. Ähnlich der individuellen Hilfeplanung gibt es – abgesehen von Kernpunkten – aber kein Patentrezept für diesen hochkommunikativen Umstellungsprozess.

Ausblick

Im Verlauf des Projekts ist der qualitative Teil der personenzentrierten Hilfen umgesetzt worden. Es wurde jedoch bei den einzelnen Hilfeplanungen deutlich, dass zur Abrundung auch die quantitative Seite, also die zeitliche und finanzielle Bemessung der Hilfen, von größter Wichtigkeit ist. Besonders deutlich wurde das Problem bei der Formulierung von Zielen, für die klar sein musste, bis wann

sie erreicht sein sollen und in welcher Intensität dazu Leistungen zu erbringen sind. Von daher war es zwingend, den quantitativen Aspekt über ein anschließendes Projekt mit dem Titel »Personalbemessung« ins Auge zu fassen, das eine genauere individuell auf Leistungen bezogene Abrechnung bzw. Finanzierung von Leistungen ermöglichen sollte.

In den einzelnen Hilfeplanungen und den Hilfeplankonferenzen war auch sichtbar geworden, wie starre Organisationsformen und Finanzierungsregelungen (die Finanzierung von Plätzen) die Umsetzung der individuell entwickelten Ziele und Hilfen einschränken können. Es war daher konsequent, eine Fortführung des Projektansatzes unter dem Schwerpunktthema »Personalbemessung« zu planen und bereits erste Überlegungen zu einer Leistungsfinanzierung anzustellen. Die darunter zu verstehende Quantifizierung und Zuordnung der Hilfen zu Leistungsbereichen im Einzelfall wurde allerdings nicht in allen Regionen sofort als umsetzbar angesehen. Da das Hessische Sozialministerium, trotz vorhandenen inhaltlichen Interesses, sich aus haushaltsrechtlichen Vorgaben nicht mehr an der Finanzierung des Anschlussprojekts »Personalbemessung« beteiligen konnte, übernahm der Fachbereich für Menschen mit seelischen Behinderungen und Abhängigkeitserkrankungen beim Landeswohlfahrtsverband Hessen, der bereits inhaltlich in das vorangegangene Projekt involviert war, die Förderung. Damit war ein lückenloser Übergang in eine notwendige weitere Projektphase gewährleistet, in der die Fragen der Wirtschaftlichkeit und der Ressourcensteuerung in den Mittelpunkt gestellt wurden.

3 Das Projekt zur Implementation personenzentrierter Hilfen in Hessen: Personalbemessung (Phase II)

Anemone Gabler-Schröter

3.1 Ziele

Wie viel Unterstützungszeit und welche personellen Ressourcen sind im Einzelfall erforderlich, um die in der Hilfeplanung für einen bestimmten Zeitraum definierten Ziele zu erreichen?

Das Projekt »Personalbemessung« hatte zum Ziel, die beteiligten Leistungserbringer und die Vertreter des primären Leistungsträgers LWV Hessen darin zu schulen, den in der Hilfeplanung prospektiv ermittelten qualitativen Hilfebedarf unter Berücksichtigung der jeweiligen Funktion der Hilfen verschiedenen Leistungsbereichen zuzuordnen und zeitlich zu quantifizieren. Hilfsmittel dafür ist der von der APK entwickelte Personalbemessungsbogen (PBB), der auch der Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf dient. Besondere Beachtung sollten dabei auch mögliche Leistungen anderer Leistungsträger sowie die Erschließung nicht-psychiatrischer Hilfen finden. Ergänzend zu den bereits genannten Zielen der ersten Phase des Projekts sollte Folgendes erreicht werden:

- (zunehmende) Kompetenz aller Beteiligten in der Anwendung des PBB; das bedeutet funktionsorientierte Zuordnung von Hilfeleistungen zu Leistungsbereichen und zeitliche Quantifizierung dieser zielorientierten Hilfeleistungen unter Berücksichtigung möglicher Überschneidungen und von Aufgabenabgrenzungen
- Entwicklung neuer, an die ermittelten individuellen Hilfebedarfe angepasster, Kooperationsstrukturen zwischen den Leistungserbringern
- Erkennen und Verringern von Fehlversorgung mittels individueller Hilfeplanung
- Intensivierung der leistungsträgerübergreifenden Anspruchsklärung

Die Projektziele wurden zwischen allen Projektbeteiligten abgestimmt und die Berichtsstruktur im Verlauf des Projekts wiederholt überarbeitet. Für die Regionen Wiesbaden und Wetterau wurden weitergehende Projektziele formuliert, da diese Regionen zeitgleich am Projekt »Leistungsfinanzierung«¹⁵ beteiligt waren und dort die Anwendung des PBB Voraussetzung der Leistungsfinanzierung war.

¹⁵ Das Projekt »Leistungsfinanzierung« geht als Teilprojekt des Implementationsprojekts in seiner Zielsetzung über das Projekt »Personalbemessung« hinaus; hier war die sachgerechte Anwendung der Personalbemessung, der zeitlichen Quantifizierung des Hilfebedarfs, Voraussetzung für die Entwicklung einer neuen, zeitwertbasierten Vergütungssystematik und dementsprechender neuer Vergütungen.

3.2 Vorgehen zur Umsetzung

Zum zentralen Thema des Projekts, der Quantifizierung der Hilfen mittels des PBB zum IBRP, wurden in allen Projektregionen Schulungen durchgeführt. Diese Schulungen richteten sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungserbringer, die mit der Erstellung von Hilfeplänen befasst sind. Darüber hinaus nahmen auch Mitarbeiterinnen des LWV Hessen, der örtlichen Sozialämter, der sozialpsychiatrischen Dienste und der Kliniken teil sowie Personen, die als Leitungskräfte der projektbegeleitenden Gruppe angehörten; außerdem Psychiatriekoordinatoren und Leitungen der Hilfeplankonferenzen. Die Teilnehmerzahl lag jeweils zwischen 20 und 40 Personen.

Im Verlauf der Schulungen wurden die folgenden Inhalte behandelt:

Der erste Tag diente der Einführung in die *quantitative* Hilfeplanung. Im Verlauf der Veranstaltung wurde erläutert, welche Neuerungen im Rahmen des Projekts geplant waren; es wurde der PBB vorgestellt sowie auf die Erweiterungen des IBRP um das Thema Arbeit und Beschäftigung eingegangen.

Da die Anwendung des PBB eine solide Hilfeplanung voraussetzt, wurde das Thema der Zielorientierung vertieft.

Eingegangen wurde auch auf die Finanzierungssystematik im Sozialrecht. Dabei wurde deutlich gemacht, dass der Projektansatz am Prinzip der prospektiven Leistungsgewährung festhält, mithin keine Einzelabrechnung tatsächlich erbrachter Leistungen vorgesehen ist.

Weiter wurden die Unterschiede zur Art der »Erhebung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung« nach Metzler (HMB-Verfahren) herausgestellt: Während im HMB-Verfahren die Ermittlung des Hilfebedarfs auf der Grundlage einer Punktbewertung der Ressourcen bzw. Defizite einer Person basiert, erfasst die Personalbemessung auf der Grundlage des IBRP unter Berücksichtigung anderer Hilfen den (psychiatrisch-)professionellen Aufwand, der zur Erreichung vereinbarter Ziele erforderlich ist.¹⁶ Es folgte die Vorstellung des PBB. Dabei nahmen Fragen der Zuordnung von einzelnen Hilfen zu den dort aufgeführten Leistungsbereichen einen breiten Raum ein. Ebenfalls ausführlich erläutert wurden die Zeitkontingente, die für direkt klientenbezogene Leistungen zur Verfügung stehen und somit im PBB darzustellen sind.

In den Regionen Wiesbaden und Wetterau wurden die Aspekte der Budgetermittlung und der budgetneutralen Umstellung der Leistungsvergütung, wie sie im Parallelprojekt »Leistungsfinanzierung« vorbereitet wurden, vertieft dar-

¹⁶ Zwar umfasst das HMB-Verfahren in der aktuellen Anwendung beim Landeswohlfahrtsverband auch eine Stellungnahme des Fachdienstes zur Feststellung des Bedarfes hinsichtlich zu erreichender Ziele und hierzu erforderlicher Leistungen. Diese ist allerdings weder mit dem Leistungsberechtigten noch mit den Leistungserbringern verbindlich vereinbart.

gestellt. In den übrigen Regionen wurden diese Themen soweit behandelt, wie sie zum Verständnis der neuen Finanzierungs- und Steuerungslogik erforderlich waren.

Exkurse zum Persönlichem Budget, wie im SGB IX vorgesehen, dienten dagegen dem Verständnis der Notwendigkeit einzelfallbezogener Quantifizierung von Leistungen und der Vorteile, die Hilfeplanung im Hinblick auf Qualitätssicherung bietet.

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde abschließend ein kurzer Handlungsleitfaden zur Quantifizierung mit dem PBB ausgehändigt.

Der zweite Schulungstag fand im Abstand von einigen Wochen statt und diente der Vertiefung. Auf Grundlage von praktischen Versuchen mit dem PBB wurden die Erfahrungen ausgetauscht und aufgetretene Schwierigkeiten besprochen. Dabei wurde erneut deutlich, dass die zentrale Herausforderung darin besteht, klare und individuell gefasste Ziele zu erarbeiten und im IBRP das geplante Vorgehen anschaulich, aber nicht überdetailliert darzustellen.

Die zeitliche Quantifizierung des geplanten Vorgehens und seine »Übersetzung« in den PBB bereiteten dann wenige Schwierigkeiten, abgesehen von einzelnen Problemen mit der Zuordnung zu den Leistungsbereichen.

Exkurs

Der »Personalbemessungsbogen« dient der Ermittlung des Zeitbedarfs aller im Einzelfall notwendigen Hilfen. Er enthält in der ersten Spalte ein Raster von funktional differenzierten Leistungsbereichen. Diesen Leistungsbereichen sind die im Übersichtsbogen des IBRP skizzierten direkt klientenbezogenen Leistungen und das geplante Vorgehen bei den Unterstützungsleistungen nach dem Finalitätsprinzip zuzuordnen und zu quantifizieren. Kriterium der Gruppenbildung ist der zeitliche Umfang der erforderlichen, direkt klientenbezogenen Hilfe. Dabei ist auf Überschneidungen bzw. sorgfältige Aufgabenabgrenzungen zu achten, um überhöhte Zeitbedarfe zu vermeiden. In der Soll-Wert-Spalte sind die durchschnittlich prospektiv für erforderlich gehaltenen Zeitwerte einzutragen. In den dann folgenden Spalten werden die für die einzelnen Aufgaben zuständigen Leistungserbringer benannt.

3.3 Projektbegleitende Gruppen und Hilfeplankonferenzen

Die regionalen Projektgruppen aus der Phase I setzten ihre Arbeit fort. Sie entwickelten Verfahrensweisen für die Anwendung des PBB bei der Hilfeplanung und der Vorstellung in der Hilfeplankonferenz. Zugleich musste das Verfahren

der steigenden Zahl von Fallvorstellungen angepasst werden, die auf die schrittweise Einbeziehung aller Klienten und die einsetzenden Wiedervorstellungen zurückzuführen war.

Weitere Themen waren die Analyse der Angebotsstruktur unter der Perspektive der Sicherstellung der regionalen Versorgung. Einige Projektgruppen nutzen das Instrument des »Bogens zur regionalen Zielplanung in der Psychiatrie« (ReZiPsych)¹⁷, um konkrete Entwicklungsziele gemeinsam festzulegen.

Fragen der regionalen Zuständigkeit der Hilfeplankonferenzen waren zu regeln; auch wurde daran gearbeitet, die neuen Verfahrensweisen auf eine dauerhafte und projektunabhängige Grundlage zu stellen. Damit rückte das Thema einer Vereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund wieder auf die Tagesordnung.

Das Instrument des PBB und – stärker noch – die damit verbundene Steuerungskonzeption lösten immer wieder Fragen und Bedenken aus, die diskutiert werden mussten.

3.4 Steuerungsgruppe

Der Austausch unter den zehn Projektregionen und die Abstimmung mit dem LWV Hessen als überörtlichem Sozialhilfeträger wie als Projektträger wurden in der »Steuerungsgruppe Personalbemessung« fortgeführt. Die Steuerungsgruppe trat in der Projektlaufzeit neunmal zusammen.¹⁸

Aufgabe der überregionalen Steuerungsgruppe war es, die Umsetzung der übergeordneten Projektziele zu begleiten und zu forcieren sowie eine einheitliche Praxis in den Kernprozessen des Projekts sicherzustellen.

Mitglieder der Steuerungsgruppe waren die Koordinatoren aller beteiligten Projektregionen, Herr Krüger und Herr Goldbach als Schulungsleiter und Projektberater von der APK, Vertreterinnen des HSM und der Fachbereichsleiter für Menschen mit seelischen Behinderungen und Abhängigkeitserkrankungen des LWV Hessen mit einer Mitarbeiterin.

Den beteiligten Koordinatoren kam die Aufgabe zu, die in der überregionalen Steuerungsgruppe behandelten Themen in die regionalen projektbegleitenden

17 Der Bogen zur »Regionalen Zielplanung für die Psychiatrie« (ReZiPsych) hat folgende Funktion: Schwierigkeiten bzw. die Unmöglichkeit der Umsetzung einzelner, in der individuellen Hilfeplanung ermittelter Hilfeleistungen aufgrund von Strukturdefiziten der regionalen Versorgungsstruktur werden im ReZiPsych dokumentiert und bieten damit eine valide Datenbasis für die Planungen hinsichtlich der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft.

18 Um die inhaltliche Übereinstimmung sicherzustellen, nahmen die Vertreter der Aktion Psychisch Kranke auch an den Sitzungen der Steuerungsgruppe des Teilprojektes »Leistungsfinanzierung« teil.

den Gruppen einzubringen und umgekehrt dort auftauchende Probleme in der überregionalen Steuerungsgruppe zu thematisieren und soweit möglich, einer allgemeinen Lösung zuzuführen.

Die überregionale Steuerungsgruppe tagte in ca. zweimonatigem Turnus; die wesentlichen, dort bearbeiteten Problembereiche waren:

- Erfahrungen aus den Schulungen zum Umgang mit dem Verfahren IBRP und dem PBB; dazu gehörte auch die permanente Arbeit an den Schwierigkeiten einer qualifizierten Zielformulierung
- Stand der Einführung des PBB in den Regionen und diesbezügliche Bedenken
- Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Richtung eines GPV auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung der Versorgung
- Status der Erfüllung der Pflichtversorgung
- mangelnde Versorgungsmöglichkeiten für Klienten mit besonderem Schutzbedürfnis (geschlossene Unterbringung)
- Erfordernis eines einheitlichen Dokumentationssystems
- Belastung der Koordinatoren

3.5 Ergebnisse

Berichtsraster und Fragebogen

Die Ergebnisse des Projekts waren vor allem wegen des zeitlich versetzten Einbezugs der Regionen in die erste Phase des Implementationsprojekts recht unterschiedlich. Um trotzdem eine Vergleichbarkeit der Zielerreichung zu gewährleisten, wurde für die Abschlussberichte aus den einzelnen Regionen gemeinsam ein für alle verbindliches Berichtsraster erarbeitet; die Berichte wurden von den Koordinatoren in Zusammenarbeit mit den projektbegleitenden regionalen Gruppen verfasst.

Ergänzend wurden Fragebögen entwickelt, deren Beantwortung ebenfalls durch die jeweiligen regionalen projektbegleitenden Gruppen erfolgen sollte. Ziel war dabei, die Diskussion in diesen Gruppen immer wieder auf die übergeordneten Projektziele zurückzuführen.

Das gemeinsam erarbeitete Raster für die Berichte aus den Regionen bezog sich auf folgende Ziele:

- gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten (nicht für ihn!) erfolgende Hilfeplanung; d. h. ganz wesentlich auch, Verinnerlichung der dem personenzentrierten Ansatz zugrunde liegenden Haltung
- Akzeptanz des Hilfeplanverfahrens mit dem IBRP und Verankerung des Verfahrens der Personalbemessung in der Region (was dies im Einzelnen bedeutet, s. o. unter 2.1)

- Verbesserung der Kooperationsstrukturen vor Ort und damit leistungsbereichs- und leistungserbringerübergreifende Hilfeerbringung
- Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenzen zu einem verbindlichen Gremium der regionalen Zusammenarbeit
- Optimierung der regionalen Versorgung durch Kooperation, Erkennen der darüber hinaus gegebenen Defizite der regionalen Versorgungsstruktur und deren Beseitigung
- vermehrte Inanspruchnahme der Leistungen anderer Leistungsträger aufgrund der individuellen Hilfeplanung
- Entwicklung der regionalen Versorgungsstruktur in Richtung eines Gemein-depsychiatrischen Verbundes
- zunehmende Erkenntnis der Vorteile des IBRP-Verfahrens bei den Mitarbeitern für die alltägliche Arbeit

Diese Projektziele hoben darauf ab, neben der Einführung eines weiteren, neuen Verfahrens in der Hilfeplanung das in der Phase I des Implementationsprojekts im Hinblick auf die Personenzentrierung Erreichte zu stabilisieren und zu vertiefen.

Die Aussagen aus den einzelnen Regionen hinsichtlich der Zielerreichung fielen sehr unterschiedlich aus. Die wesentlichen Aussagen zu den Ergebnissen sind im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

Darstellung der Ergebnisse aus den Regionen

Bevor die Berichte aus den Regionen auf die Erreichung der definierten Ziele eingehen, wird die jeweilige Ausgangssituation zu Projektbeginn (Phase II) beschrieben.¹⁹

Der erreichte Kompetenzgrad im Umgang mit dem IBRP, die Akzeptanz des damit verbundenen Perspektivwechsels war zum Ende der Phase I recht unterschiedlich, unter anderem, weil einzelne Regionen erst spät in das Projekt einsteigen konnten. Dementsprechend gut oder weniger gut waren die Ausgangsbedingungen für die Einführung des Verfahrens der Personalbemessung in der Hilfeplanung.

So erstrecken sich die Äußerungen zur Ausgangssituation zu Beginn der Phase II von einer »grundsätzlichen Bereitschaft, sich auf das neue Verfahren einzulassen«, der Bereitschaft, »sich von Mitstreitern zur Anwendung der Personalbemessung mitreißen zu lassen« bis zu »Projektmüdigkeit«, »Vorbehalte hinsichtlich der zu erwartenden erhöhten Arbeitsbelastung«, »Verwirrung über Sinn und Zweck der Personalbemessung«.

¹⁹ Zitate werden in den folgenden Ausführungen teilweise dem Sinn nach wiedergegeben, um die Textverständlichkeit zu erhöhen.

Auch die Inkompatibilität zum HMB-Verfahren und die Tatsache, dass die Quantifizierung der erforderlichen Hilfen (außer in den Regionen Wiesbaden und Wetterau) keine direkten Auswirkungen auf die Vergütung hatten, führten dazu, dass im Vordergrund der Wahrnehmung zunächst weniger die Vorteile des Verfahrens als vielmehr der »zusätzliche Arbeitsaufwand« standen.

Ziel: Hilfeplanung mit dem/der Leistungsberechtigten

Die Hilfeplanung erfolgt mit geringen, meist fachlich begründeten Einschränkungen gemeinsam mit dem/der Leistungsberechtigten; die Leistungsberechtigten werden zunehmend qualifizierter in die Hilfeplanung einbezogen.²⁰ Die Arbeit mit dem IBRP führt auch dazu, dass »die Zusammenarbeit mit dem Klienten verbindlicher, transparenter und zielorientierter erfolgt«. Als Indikator für eine gute Zusammenarbeit wird die Art der Darstellung der im IBRP formulierten Ziele gesehen. Das Problem der Formulierung operationalisierter, realistischer und authentischer Ziele war und ist nach wie vor Gegenstand diverser Fortbildungsveranstaltungen, auch verschiedener Leistungserbringer untereinander.

Zu der Frage, wie viele Klienten bei der Vorstellung ihres IBRP in der Hilfeplankonferenz anwesend sind, gab es nur teilweise Rückmeldungen; die Angaben weisen eine Schwankungsbreite zwischen 40 % und unter 10 % auf.

Die Anwesenheit der Klienten wird jedoch dort, wo sie häufig erfolgt, als »etwas Neues in der professionellen Hilfe« gesehen, das zu erhöhter »Umsicht und Verantwortung« führe.

Ziel: Akzeptanz des Hilfeplanverfahren mit dem IBRP

Das *Hilfeplanverfahren mit dem IBRP* ist in allen Regionen nicht nur fest etabliert und wird regelhaft angewandt, sondern erfreut sich auch einer hohen Akzeptanz. Die Hilfeplanung mit dem IBRP wird bei längerer und damit eingeübter Anwendung durchgehend als »hilfreiches Instrument« erlebt. Es bewirke »Veränderungen im Denken« oder wird als »unverzichtbare Voraussetzung für den Weg zu einer regionalen Versorgungsverpflichtung« gesehen, da es »das Erkennen struktureller Defizite in der Region« ermögliche. Es verändere auch die Strukturen vor Ort; so werde zum Beispiel im Main-Taunus-Kreis »in Einzelfällen die vereinbarte Regionalisierung durchbrochen, wenn der individuelle Hilfebedarf dies erfordere«.

Die Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfen bei der Hilfeplanung erfolgt in allen Projektregionen bewusster und zielgerichteter.²¹

20 Nach Auswertung der Fragebögen in fast allen Regionen in über 70 % der Fälle.

21 In den Regionen Wiesbaden und Wetterau (hier bei den am Projekt »Leistungsfinanzierung« teilnehmenden Leistungserbringern) erfolgt die Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfen in 81,5 % aller IBRP/PBB; die Berücksichtigung sonstiger Leistungsträger in 26 % der IBRP/PBB (Stand Juni 2006). In den übrigen Regionen wurden diesbezügliche Daten nicht erfasst; die Ein-

Die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und die Hilfeplanung erfolgt zunehmend leistungserbringerübergreifend. Nicht ganz so ausgeprägt erfolgt eine leistungserbringerübergreifende Hilfeleistung.²²

In einzelnen Regionen (in Wiesbaden und Wetterau wegen des Teilprojekts »Leistungsfinanzierung« von Beginn an verbindlich) wird bei der Fortschreibung des IBRP die *Zielerreichung* überprüft bzw. wird der Einsatz eines Bogens zur Überprüfung der Zielerreichung erprobt (Groß-Gerau, Landkreis Kassel, Main-Kinzig-Kreis). Wo dies geschieht, »führt es zu einer besseren und realistischeren Zielbeschreibung« und wird als wichtiges Instrument zur Qualitätsverbesserung der Hilfeplanung gesehen, das »Klarheit und Plausibilität in die Vorstellung der Hilfeplanung bringe«.

Ziel: Anwendung und Akzeptanz der Personalbemessung

Hinsichtlich der Anwendung und Verankerung des Verfahrens der *Personalbemessung* (zeitliche Quantifizierung der erforderlichen Hilfen) gibt es in den Regionen erhebliche Unterschiede.

Für die am Projekt »Leistungsfinanzierung« teilnehmenden Leistungserbringer der Regionen Wiesbaden und Wetterau war und ist die Anwendung des PBB verbindlich und wird als sinnvoll angesehen. Die Zuordnung der Leistungsberechtigten zu Hilfebedarfsgruppen (im Rahmen des Projekts zur Unterscheidung von den Hilfebedarfsgruppen nach Metzler »Leistungsgruppen« genannt) erfolgt hier auf der Basis des PBB und bestimmt damit auch die Höhe der Maßnahmepauschale (hier »Maßnahmebetrag«) im Einzelfall. Dieses neue Finanzierungssystem wird im Rahmen des Projekts seit Dezember 2005 erprobt. Aufgrund dieser Tatsache erfolgten die Schulungen zur Anwendung des PBB in diesen Regionen sofort zu Beginn des Projekts Anfang 2005 und mit besonderer Intensität, um die Voraussetzungen für die Anwendung des neuen Finanzierungssystems sicherzustellen. Die IBRP *aller* Klienten beinhalten daher dort auch die Quantifizierung des Hilfebedarfs, und das Verfahren, »das in der praktischen Anwendung zu erhöhter Transparenz führt«, wird als »sinnvoll und zweckmäßig« bezeichnet.

In anderen Regionen (Groß-Gerau, Vogelsbergkreis) wird die Relevanz des Quantifizierungsverfahrens aufgrund anderer, dort laufender Projekte mit Einrichtungs- bzw. Trägerbudgets infrage gestellt. Wird das Verfahren im Kreis

schätzungen durch die regionalen Steuerungsgruppen weisen hinsichtlich der Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfen eine Schwankungsbreite zwischen 10 % und über 50 % der Fälle auf. Gleiches gilt für die Berücksichtigung der Leistungen anderer Leistungsträger (s. hierzu auch unten).

22 Nach Angaben in den Fragebögen erfolgt eine leistungserbringerübergreifende Bedarfsermittlung/Hilfeplanung in über 50 % der Fälle; hinsichtlich der leistungserbringerübergreifenden Hilfen schwanken die Angaben zwischen unter 10 % und über 50 % der Fälle, allerdings mit steigender Tendenz.

Groß-Gerau seitens der Leistungserbringer strikt abgelehnt, so wird es im Vogelsbergkreis zumindest sporadisch angewandt. Als motivationshindernd wird der (zwar in diesen Projekten derzeit nicht gegebene, aber doch grundsätzlich noch vorhandene) »Dauerwiderspruch zwischen Personenzentrierung und Maßnahmemfinanzierung« genannt.

Relevanz wird dem Quantifizierungsverfahren zugemessen für die Ermittlung trägerübergreifender Persönlicher Budgets.

In den übrigen Projektregionen wird das Verfahren zur Personalbemessung erst seit Anfang/Mitte 2006 und überwiegend nur im Bereich Betreutes Wohnen eingesetzt. Im Lahn-Dill-Kreis kommt es zur Anwendung, wenn laut Hilfeplanung mindestens zwei Bausteine für die individuelle Betreuung erforderlich sind. In der Stadt Kassel wird der PBB seit Juli 2006 regelhaft angewandt; Widerstände gegen das Verfahren »konnten nur dadurch überwunden werden, dass Praktiker (Mitarbeiter der Werkgemeinschaft Rehabilitation Wiesbaden) über ihre positiven Erfahrungen mit dem PBB berichtet haben«. Leistungsanbietern im Main-Kinzig-Kreis wurden »die positiven Aspekte erst in der letzten Projektphase deutlich«. ²³

Ziel: Verbesserung der Kooperationsstrukturen vor Ort

Die *Kooperationsstrukturen* vor Ort haben sich nach Aussage *aller* projektbeteiligten Regionen erheblich verbessert, selbst dort, wo sie schon vor Projektbeginn als gut bewertet worden waren. Positiv herausgehoben werden die »strukturierte Zusammenarbeit mit Klienten und ihren Bezugspersonen«, »Synergieeffekte«, die »Klärung von Schnittstellen« (SGB XII und SGB II), die Institutionalisierung der Zusammenarbeit mit der Jugend- und Altenhilfe und eine verbesserte Kooperation mit dem Leistungsträger. Als »maßgeblich für die verbesserte Kooperation werden auch die persönlichen Kontakte in der HPK« genannt. Der positive Effekt dieser verbesserten Kooperation wird vor allem auch darin gesehen, dass für die Leistungsberechtigten vermehrt individuelle Unterstützungsleistungen gefunden werden können. Im Vogelsbergkreis und im Kreis Groß Gerau hat es leistungserbringerübergreifende Fortbildungsveranstaltungen gegeben, im

²³ Die angestrebte Quote von durchschnittlich 40 % erstellten Personalbemessungsbögen aller IBRP kann – bezogen auf die Gesamtheit der Regionen – als erreicht betrachtet werden, wenn auch erst zum Ende bzw. nach Abschluss der Projektzeit. Auf jede einzelne Region und die Projektlaufzeit bezogen konnte das Ziel nicht überall erreicht werden. In den Gebietskörperschaften Wiesbaden und Wetterau ist die zeitliche Bemessung des Hilfebedarfs realistisch in Bezug auf die regional zur Verfügung stehenden Ressourcen; dies lässt sich aus dem Zeit- und Finanzcontrolling zum Projekt »Leistungsfinanzierung« ablesen. Da in den anderen Regionen der PBB überwiegend im BW erprobt und dann in FLS umgesetzt wird, kann davon ausgegangen werden, dass die zeitliche Bemessung des Hilfebedarfs auch dort realistisch ist, gemessen an den zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Lahn-Dill-Kreis haben Leistungserbringer Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen. Als verbesserungsbedürftig wird häufig die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern bezeichnet.

Ziel: Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenzen zu einem verbindlichen Gremium der regionalen Zusammenarbeit

Als »zentraler Ort dieser verbesserten Kooperation« wird die *Hilfeplankonferenz* gesehen. Die »hohe Fachlichkeit und Verbindlichkeit« dieses Gremiums wird von *allen* Regionen hoch geschätzt, sie gilt als »das zentrale Instrument für die Regelung der Zusammenarbeit und ihrer Verbindlichkeit«, als »institutionsübergreifendes Fachgremium, das wichtige Eingaben für die Regionalkonferenz abgibt« (Stadt Kassel). Die »HPK erfüllt ihre Funktion der verbindlichen Abstimmung individueller Hilfen und ihrer zeitnahen Umsetzung« (Lahn-Dill-Kreis). Die »verbindliche Regelung von Verantwortlichkeiten« in der HPK wird positiv gesehen, »ihre Gestaltung ständig verbessert«.

Hilfeplankonferenzen finden in den jeweils erforderlichen regelmäßigen Abständen statt und haben inzwischen Routine erlangt. Allerdings werden auch hier vereinzelt Leistungserbringer genannt (vor allem Kliniken), die die regelhafte Zusammenarbeit verweigern.

Durchgängig positiv gesehen wird auch die »hohe Transparenz« der regionalen Bedarfs- und Leistungssituation, die durch die individuelle Hilfeplanung und ihre Behandlung in der Hilfeplankonferenz entsteht. Eine »Verständigung über kurze Wege« wird ermöglicht, »Doppelarbeit vermieden« und »Wartelisten abgeschafft« (Wiesbaden).

Ziel: Optimierung der regionalen Versorgung durch Kooperation und Erkennen der darüber hinaus gegebenen strukturellen Defizite der regionalen Versorgungsstruktur sowie deren Beseitigung

Auch die Erfüllung der *regionalen Versorgungsverpflichtung* wird von den Projektregionen als grundsätzlich verbessert bewertet, auch wenn sie noch nicht als vollständig umgesetzt bezeichnet werden kann. Entscheidend für die Verbesserung ist die »kooperative Hilfeplanung, auch mit dem Leistungsträger« (Groß-Gerau). Für die Stadt Wiesbaden wird angegeben, dass es im Erhebungszeitraum (11/05 bis 6/06) »außer einer therapeutisch indizierten keine Unterbringung außerhalb der Region« gegeben habe; »in Einzelfällen konnten sogar ehemalige Wiesbadener Bürger in die Heimatregion rückgeführt werden«.

Trotz der erzielten Verbesserung werden aus vielen Regionen *noch strukturelle Defizite der regionalen Versorgung* benannt. Diese werden »durch die Transparenz im Hilfeplanungsprozess fast automatisch aufgedeckt«. So entsteht sukzessive eine valide Datenbasis für Bedarfsplanungen in den Regionen.

Die Qualität des trotz Kooperation noch nicht zu deckenden Bedarfs ist in den Regionen aufgrund der gegebenen unterschiedlichen Versorgungsstruktur

nicht einheitlich. Übereinstimmend wird jedoch von vielen Regionen das Fehlen von Möglichkeiten zur geschlossenen Unterbringung von Leistungsberechtigten angegeben. An der Beseitigung der erkannten und benannten strukturellen Defizite wird überall – wenn auch in unterschiedlicher Form und Intensität – gearbeitet; dies geschieht durch die Entwicklung von Konzepten und durch den Aufbau neuer Kooperationsstrukturen ebenso wie durch die Rückmeldung an regionale Planungsstellen und den Leistungsträger.

Ziel: Vermehrte Inanspruchnahme anderer Leistungsträger

Das mit der individuellen Hilfeplanung, dem IBRP und der Anwendung des PBB angestrebte Ziel einer *vermehrten Inanspruchnahme anderer Leistungsträger* hat nach Aussagen in den Berichten zu einer »erhöhten Sensibilisierung« (Vogelsbergkreis) in dieser Hinsicht geführt, sodass bei der Beratung der IBRP »eine mögliche Inanspruchnahme zusätzlich fokussiert« wird (Stadt Kassel). Für die Projektregion Wiesbaden wird von einer verstärkten Inanspruchnahme des örtlichen Sozialhilfeträgers, der Krankenversicherung und von Leistungen nach SGB II ausgegangen. Ähnliches gilt für den Main-Taunus-Kreis.

Für alle Regionen gilt, dass sowohl bei der qualitativen Hilfeplanung als auch bei der zeitlichen Bemessung des professionellen Hilfebedarfs nicht-psychiatrische Hilfen in großem Umfang Beachtung finden.

Ziel: Entwicklung der regionalen Versorgungsstruktur in Richtung auf einen Gemeindepsychiatrischen Verbund

Konkrete Planungen zur Schaffung eines auch formellen (und rechtsfähigen) GPV gibt es derzeit nur in Wiesbaden und im Main-Kinzig-Kreis, dort ist die Gründung eines GPV kurzfristiges Ziel. In den anderen Gebietskörperschaften ist die Entwicklung noch nicht so weit gediehen.

Ziel: Verankerung des IBRP-Verfahrens bei den Mitarbeitern in der alltäglichen Arbeit

Auf die Frage nach der *Bewertung des IBRP-Verfahrens und des PBB* gibt es überwiegend positive Rückmeldungen:

- »bessere Nutzung vorhandener Ressourcen«
- »über den Einzelfall vermittelte Kooperation«
- »Transparenz von Komplexleistungen«
- »Transparenz hinsichtlich der Notwendigkeit von Hilfen, der Leistungserbringung und Qualitätssicherung«
- »Verfahren der personenzentrierten Steuerung konkreter Hilfen«
- »verbindliche Steuerungs- und Koordinationsverfahren auch für andere Bereiche«
- »vorteilhaft im Sinne der Bedarfsplanung«
- »Fokussierung nicht-psychiatrischer Hilfen«

Einschränkungen hinsichtlich des Nutzens des PBB werden gesehen zum einen aufgrund der nicht gegebenen Kompatibilität in der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Hilfebedarfsgruppen zu dem geltenden HMB-Verfahren und zum anderen aufgrund der positiven Erfahrungen mit dem Einrichtungsbudget (Vogelsberger Lebensräume, Behinderten-Werk Main-Kinzig e. V., Sozialpsychiatrischer Verein Kreis Groß Gerau), das den Leistungserbringern eine exakte und valide Quantifizierung des individuellen Hilfebedarfs eher entbehrlich erscheinen lässt.

Kritisch wird zum Teil auch der hohe Personalaufwand für die Hilfeplanung, die Vorbereitung und Durchführung von Hilfeplankonferenzen gesehen, andererseits werden auch die durch transparente Hilfeplanung und Kooperation in der HPK entstehenden Synergieeffekte betont.

Die weitere Nutzung des IBRP für eine individuelle, personenzentrierte Hilfeplanung wird überall befürwortet.

Dort, wo der PBB während der Projektzeit entweder durchgehend oder zumindest in größerem Umfang angewandt wurde, wird seine Anwendung auch in der Zukunft befürwortet (Wiesbaden, Wetterau, Main-Taunus-Kreis, Darmstadt/Darmstadt-Dieburg). Auch der Lahn-Dill-Kreis möchte sich in Zukunft »verstärkt dem Bereich der Quantifizierung stellen«. Gleiches gilt für die Stadt Kassel; hier wird allerdings gefordert, dass der »durch die Quantifizierung entstehende zusätzliche Zeitaufwand durch das Überflüssigwerden anderer Verfahren kompensiert« werden müsse.

Fortschritte während der Projektphase aus Sicht der Regionen

Welche Veränderungen/Fortschritte während der Projektphase II werden von den Beteiligten gesehen und besonders hervorgehoben? Zu nennen sind hier eine neu entstandene positive Kultur der Zusammenarbeit, eine »konstruktive Atmosphäre für Absprachen und Regelungen und ein verbesserter Umgangsstil« aller Beteiligten miteinander.

Weiter werden die »erhöhte Transparenz sowohl hinsichtlich des Bedarfs als auch der Leistungserbringung« genannt, ein »verbesserter Überblick über die regionale Versorgung und vor allem auch verbesserte Möglichkeiten der Versorgung schwieriger Klienten«, welche für diese zu »weniger Ausgrenzung« führe.

Häufig genannt wird auch eine Qualitätsverbesserung der IBRP, was sowohl in einer verbesserten Zielformulierung als auch in einer Zunahme leistungserbringerübergreifender Bedarfsermittlung und Hilfeplanung zum Ausdruck kommt. Darüber hinaus werden die Entstehung verbesserter und erweiterter Kooperationsstrukturen und die Optimierung von Verfahrensabläufen hervorgehoben.

Die Einführung des PBB habe, auch wenn er faktisch noch nicht sehr umfangreich angewandt wird, »zu einem Bewusstsein für die quantitative Dimension der Hilfeleistungen und die Aufschlüsselung von Komplexleistungen geführt«.

Der Wechsel hin zum Paradigma der Personenzentrierung wird als ein gemeinsamer Lernprozess aller Beteiligten verstanden, der kontinuierlich fortgesetzt werden muss.

3.6 Bewertung der Ergebnisse

Der Prozess der Verinnerlichung und Umsetzung des Paradigmas »Personenzentrierung« ist in den an den Projekten beteiligten Regionen im Verlauf der Projektzeit deutlich vorangekommen.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Paradigmenwechsel »weg von der Zuordnung von Menschen mit Behinderung zu einrichtungsbezogenen Pauschalangeboten« hin zu einer grundlegend neuen Konzeption, einer »personenzentrierten Haltung« allen Beteiligten einen fundamentalen Perspektivwechsel abverlangt hat, können die Ergebnisse der beiden Projektphasen als ausgesprochen gut bewertet werden.²⁴

Das Hilfeplanverfahren mit dem IBRP ist in den Regionen fest verankert, wird durchgehend als Bereicherung der alltäglichen Arbeit erlebt, auch wenn vielerorts von allen Beteiligten noch Optimierungsbedarf gesehen wird. Diese Sichtweise unterstreicht die Prozesshaftigkeit der Entwicklung.

Gleiches gilt für die Hilfeplankonferenzen und Optimierung der Kooperationsstrukturen vor Ort. Die transparente Beschlussfassung über individuelle Hilfebedarfe, Erbringer und Umfang der Hilfen wird durchgehend als eine positive Entwicklung bewertet.

Trotz verbreiteter Bedenken gegen den PBB hat auch hier eine Einstellungsveränderung stattgefunden: das Transparent- und Bewusstwerden der quantitativen Dimension der Hilfeerbringung im Einzelfall und in der Gesamtheit hat vielfach zu »Aha-Erlebnissen« und zu einer realistischeren Sicht auf die eigene Arbeit geführt. In den Regionen, in denen die Quantifizierung des Hilfebedarfs direkte Auswirkungen auf die Leistungserbringung und deren Vergütung hat (Wiesbaden und Wetterau im Rahmen des Teilprojekts »Leistungsfinanzierung«), wird deutlich gesehen, dass die Arbeit mit dem IBRP und dem PBB zu einer besseren Nutzung vorhandener Ressourcen und einer besseren Erfüllung der regionalen Versorgungsverpflichtung führt.

Eine gemeinsame Verantwortung für die regionale Bedarfsdeckung wird nicht nur hier empfunden und gelebt; Lebensweltbezug, d. h. weniger stationäre und

²⁴ Siehe hierzu auch die Stellungnahme der APK Kapitel 3.8

mehr ambulante Betreuung, weniger psychiatrische und mehr nicht-psychiatrische Hilfen, wird zunehmend beachtet.

Bemerkenswert sind die Feststellungen, dass die Anwendung des PBB zur Quantifizierung des Hilfebedarfs dann langfristig erfolgen sollte, wenn dieses Verfahren an die Stelle des geltenden HMB-Verfahrens der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Hilfebedarfsgruppen tritt.

So kann zusammenfassend gesagt werden, dass sich sukzessive ein Einstellungswandel vollzogen hat; dass alle Beteiligten voneinander lernen und eine Beteiligung aller an gemeinsam getragener Verantwortung für die Leistungsberechtigten der Region, an der Steuerung des Versorgungssystems entstanden ist.

Dass das Ziel der vermehrten Inanspruchnahme von Leistungen anderer Leistungsträger in mancher Hinsicht noch wenig erreicht wurde, liegt wesentlich auch daran, dass diese Leistungen regional nicht zur Verfügung stehen (Soziotherapie) oder beantragte Leistungen von anderen Sozialleistungsträgern nicht bewilligt werden. Hierzu sollen in der Zukunft in Einzelfällen verstärkt gerichtliche Entscheidungen im Sinne von Präzedenzfällen herbeigeführt werden.

Die Entwicklung der regionalen Versorgungsstruktur in Richtung auf einen Gemeindepsychiatrischen Verbund steckt noch in den Anfängen; in den Regionen gewinnt jedoch zunehmend das Bewusstsein an Bedeutung, dass die Bildung von Verbänden der Qualitätssicherung und auf dem »Markt« auch der langfristigen Sicherung der eigenen Arbeit dienen kann.

Mit der Einführung des Bogens zur Überprüfung der Zielerreichung bei der Fortschreibung der IBRP konnte in einigen Regionen ein erster Schritt getan werden hin zu einer Wirkungsevaluation. Nicht nur in dieser Hinsicht ist das Fehlen eines umfassenden, auf den personenzentrierten Ansatz hin ausgerichteten Dokumentationssystems ein Mangel, der von vielen Seiten beklagt wird.

Das wesentliche Hindernis für eine umfassende Auswirkung der mit der Einführung des personenzentrierten Ansatzes verbundenen Intentionen ist der bislang noch bestehende Widerspruch zwischen Personenzentrierung einerseits und der Planung und Steuerung der Angebote über Plätze; nach wie vor behindern starre Organisationsformen und platzbezogene Finanzierungsregelungen die Umsetzung individuell passgenauer Hilfen. Dass es anders geht, zeigen indes auf unterschiedliche Weise die Modellprojekte »Wohnen« und »Leistungsfinanzierung«.²⁵

25 Siehe hierzu die Dokumentation der Fachtagung »Es geht auch anders!«. www.esgehtauchanders.info

3.7 Ausblick

Zum Projektende war in allen Projektregionen seitens der Beteiligten der Wunsch vorhanden, den eingeschlagenen Weg der personenzentrierten Neugestaltung des Hilfesystems fortzusetzen, weil darin eine Verbesserung der Lebensqualität psychisch Kranker und seelisch behinderter oder suchtkranker Menschen gesehen wird. Die Mitglieder der Projektsteuerungsgruppe wollten deshalb ihre fachliche Zusammenarbeit und ihren Erfahrungsaustausch landesweit fortsetzen und haben hierzu einen »Qualitätszirkel personenzentrierte Hilfen« gebildet. Dieser wurde auch für interessierte Vertreterinnen und Vertreter der anderen hessischen Gebietskörperschaften geöffnet, um die Entwicklung personenzentrierter Hilfen auch dort zu unterstützen. Insbesondere die Vertreterinnen und Vertreter des LWV Hessen, FB 207, sahen und sehen darin eine bedeutende Aufgabe.

Die fachliche Weiterentwicklung der nächsten Jahre wird folgende Ziele zu realisieren haben, deren Umsetzung teilweise bereits eingeleitet wurde:

- Hessenweit ist ein qualifiziertes individuelles Hilfeplanverfahren für alle ambulanten, teilstationären und stationären Fälle eingeführt.
- Es gibt in allen Gebietskörperschaften Hilfeplankonferenzen, die nach einheitlichen Standards qualifiziert (zusammen-)arbeiten und die Versorgungsverpflichtung für die Region praktizieren.
- Für die nach Punkt 1. erforderlichen Leistungen wird im Rahmen der Hilfeplanung eine prospektive Quantifizierung der Unterstützungsleistungen vorgenommen.
- Die Quantifizierung der Leistungen ist eng mit der Finanzierung verzahnt, und die Fachkräfte der beteiligten Institutionen sind in der Anwendung dieser Systematik gemeinsam geschult.
- Die Zweigleisigkeit in der Hilfebedarfserfassung ist beseitigt.
- Es ist eine systematische personenbezogene Verknüpfung zwischen individuellem Bedarf, Leistung und Vergütung in Gestalt einer veränderten Finanzierungssystematik hergestellt.
- Die Anteile nicht-psychiatrischer Hilfen und nicht-professioneller Unterstützung sind gesteigert.
- Das Verhältnis offener, ambulanter Leistungen hat gegenüber stationären Leistungen weiter deutlich zugenommen.
- Die Strukturen und Formen der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern sind in der Region im Sinne des Gemeindepsychiatrischen Verbundes weiterentwickelt.

3.8 Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke zu dem Projekt »Personalbemessung«

Ulrich Krüger

Der grundsätzliche Wunsch, Hilfen für psychisch kranke Menschen von einrichtungsbezogen fragmentierten zu personenzentriert koordinierten Leistungen zu entwickeln, war vor Projektbeginn mit erheblichen Befürchtungen verbunden. Unausgesprochen oder offen wurden Zusammenhänge hergestellt zwischen

- intensivierter Hilfeplanung und Bürokratie,
- erhöhter Transparenz und Angreifbarkeit,
- Flexibilisierung der Leistungen und Planungsunsicherheit,
- Zielorientierung und Leistungsdruck,
- Orientierung an individuellem Bedarf und allgemeinem Leistungsabbau bzw. genereller Leistungsausweitung,
- Kooperation und Machtverlust,
- einzelfallbezogener Koordination der Leistungen und ausufernder Gremienarbeit.

Über allem stand die Sorge, (unsichere) Qualitätsgewinne nur mit (nicht leistbarer) Mehrarbeit erreichen zu können.

Bei der praktischen Erprobung lösten sich diese Befürchtungen zunehmend auf. Das beeindruckend positive Resümee in allen Projektregionen verdeutlicht dies. Die Erfahrung in zehn Projektregionen zeigt, dass individuelle Hilfeplanung mit dem IBRP, kooperative Entscheidungsprozesse in der Hilfeplankonferenz und passgenaue und koordinierte Hilfeleistung im Einzelfall in übereinstimmender Einschätzung von Nutzern, Leistungsträger und Leistungserbringern zu effizienter und konstruktiver Zusammenarbeit führen.

Durch den direkten Austausch zwischen Hilfesuchenden bzw. deren Vertretern, Leistungsträger und Leistungserbringern in der Hilfeplankonferenz wurde eine effiziente (auch unter Zeitaspekten) und partnerschaftliche Struktur kooperativer Hilfeplanung und Entscheidungsfindung geschaffen. Dies hat den Weg geöffnet, in allen Fragen von individuellen Hilfebedarfen, auch in komplizierten mit der Notwendigkeit neuartiger Vorgehensweise, zu zeitnahen und einvernehmlichen Lösungen zu kommen.

Die Umsetzung wesentlicher Prinzipien personenzentrierter Hilfeleistung konnte erheblich vorangebracht werden:

- Stärkung der Nutzer
- Einbeziehung aller Bezugspersonen
- individuelle Bedarfsorientierung statt einrichtungsbezogener Maßnahmezuordnung, gesonderte Erhebung von Hilfebedarf und Wohnperspektive
- Berücksichtigung aller Leistungsbereiche im Sinne eines Gesamtplans (unter besonderer Berücksichtigung sozialrechtlich vorrangiger Leistungen: Behand-

lung, medizinische Rehabilitation, Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, Pflege nach SGB XI)

- Zielorientierung statt Orientierung an Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
- einrichtungsübergreifende Koordination und Abstimmung aller Hilfeleistungen

Allerdings stellen sich die angestrebten Qualitätsgewinne noch nicht automatisch mit Einführung von IBRP, HPK und koordinierender Bezugsperson ein. Dies sind vielmehr Instrumente, die positive Prozesse ermöglichen bzw. beschleunigen. Die Einführung dieser Instrumente kann noch nicht selbst als Beweis personenzentrierter Hilfeleistung gelten. Aber sie schaffen die Transparenz und die Methoden, um mit jedem Einzelfall auf stetig höherem Niveau zu personenzentrierten und damit besonders effizienten und zufriedenstellenden Hilfeleistungen zu kommen.

In den Projektregionen ist ein solcher Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung erheblich beschleunigt worden. Diese Entwicklung endet jedoch nicht mit dem Projektabschluss. Wesentliche Aspekte der künftigen Entwicklungsprozesse sollten sein:

- Die Ergebnisse in den Regionen müssen verstetigt werden. Personenzentrierte Sichtweisen müssen immer wieder neu erreicht werden. Es müssen regelmäßig Überprüfungen stattfinden, ob die Instrumente tatsächlich zu personenzentrierter Anpassung der Hilfen führen.
- Die erreichten Erfolge beziehen sich weitgehend auf den Bereich der Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die leistungsbereichsübergreifende Kooperation und Koordination aller Hilfen zur Teilhabe im Sinne des SGB IX ist noch nicht erreicht. Dazu müssen noch weit stärker Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben und medizinische Rehabilitation einbezogen werden. Auch neue Leistungen nach SGB V wie Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege sind noch nicht bedarfsgerecht entwickelt und einbezogen.
- Die Konsequenz aus personenzentrierter Hilfeplanung und flexibler Leistung ist eine Umstellung der Finanzierung von einrichtungsbezogener zu individuell bedarfsbezogener Vergütung. Dieser Weg wurde in zwei Projektregionen erfolgreich beschritten.
- Das Projekt ist in allen beteiligten Regionen äußerst erfolgreich verlaufen und sollte landesweit beispielgebend wirken.
- Alle Beteiligten haben zu diesem positiven Ergebnis beigetragen. Zwei Akteure seien jedoch besonders hervorgehoben: Die kommunalen Psychiatriekoordinatoren und der Fachbereich des Landeswohlfahrtsverbands Hessen.
- Die Psychiatriekoordinatoren hatten am Zustandekommen des Projekts in den jeweiligen Regionen entscheidenden Anteil. Sie sorgten im Verlauf für notwendige Klärungen in der Region sowohl mit und unter den Leistungserbringern als auch mit der örtlichen Sozial- und Gesundheitsverwaltung. Sie

haben in der Steuerungsgruppe und in direktem Kontakt für den notwendigen Informationsfluss gesorgt und so sichergestellt, dass Unklarheiten schnell aufgelöst und Schwierigkeiten beseitigt werden konnten.

- Aufgrund der konsequenten Regionalisierung des Fachbereichs des LWV war dies in kontinuierlicher Zusammenarbeit mit den Regionalmanagern möglich. Die Mitarbeiter des LWV haben darüber hinaus die Funktion des überregionalen Qualitätstransfers übernommen. In den Hilfeplankonferenzen und bei der Beurteilung individueller Hilfepläne hat der Überblick des Regionalmanagements entscheidend zum überregionalen Erfahrungstransfer beigetragen und für eine vergleichbare Entwicklung in den Regionen gesorgt.
- Die Einflussgrößen »regionale Koordination« und »überregionale Steuerung« haben sich in idealer Weise ergänzt. Dies hat nicht nur zu der beschriebenen Effizienz geführt, sondern auch zu einer äußerst konstruktiven Arbeitsatmosphäre. Zurückliegende offene oder verdeckte Konflikte zwischen der kommunalen Ebene und dem LWV wurden vollständig aufgelöst.
- Die individuelle Hilfeplanung – personenbezogen, leistungserbringer- und leistungsträgerübergreifend, auf der Grundlage des IBRP – wurde eingeführt (mit Einführungsschulungen und Vertiefungskursen). Die Hilfeplankonferenz wurde zugleich ein wichtiger Ort zur kontinuierlichen Kompetenzverbesserung sowie zur Information über Möglichkeiten und Grenzen der Hilfen in der Region.
- Als Ergebnis ist festzuhalten: Das Hilfeplanverfahren mit dem IBRP ist in den Modellregionen fest etabliert und erfährt hohe Akzeptanz: »hilfreiches Instrument«, »Veränderungen im Denken«, »unverzichtbare Voraussetzung für den Weg zu einer regionalen Versorgungsverpflichtung«, »Erkennen struktureller Defizite in der Region«.
- Allerdings hängt die Kompetenz der Hilfeplaner nicht nur von ihrer theoretischen Schulung ab, sondern vor allem auch von den supervidierten Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis. Diese sind bisher noch sehr beschränkt, denn die reale Hilfeplanung läuft aus Mangel an verfügbaren Alternativen meist noch auf eine Platz-Zuweisung hinaus (Betreutes Wohnen, Wohnheim, Tagstätte, Werkstatt). Daher orientieren sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitgehend an den ihnen aktuell verfügbaren Hilfen, was die Flexibilität und Personenorientierung der Hilfen stark begrenzt.
- Die leistungserbringerübergreifende Bedarfsermittlung ist eingeführt, auch die leistungserbringerübergreifende Realisierung der Hilfen, ebenso wie die Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfen; diese sind stärker angestiegen als die Berücksichtigung vorrangiger Leistungsträger (z. B. Leistungen nach SGB II; Leistungen der Krankenversicherung – SGB V, wobei die ambulante psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie meist regional nicht verfügbar sind).
- Die Hilfeplankonferenz in kommunaler Verantwortung wurde etabliert, verantwortlich koordiniert von den Psychiatrie-Koordinatorinnen bzw. -Koor-

dinatoren in den Kommunen mit maßgeblicher Beteiligung der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe als Leistungsträger sowie der Leistungserbringer und ggf. der betroffenen Person/Stellvertretung. Der vorbereitete integrierte Hilfeplan wird fachlich beraten mit dem Ziel einer Beschluss-Empfehlung – vorrangig in den beiden Regionen des Finanzierungsprojekts auch unter Berücksichtigung des Ressourcenverbrauchs sowie der im Jahr schon verplanten/noch verfügbaren Mittel – und mit dem Bemühen um die künftige Beteiligung der vorrangigen Leistungsträger im Sinne der Servicestellen.

Als Ergebnis ist festzuhalten: Die Hilfeplankonferenz gilt nun in den Projektregionen als »das zentrale Instrument für die Regelung der Zusammenarbeit und ihrer Verbindlichkeit«, als »institutionsübergreifendes Fachgremium, das wichtige Eingaben für die Regionalkonferenz abgibt«.

Das Zusammenwirken der kommunalen Ebene – vertreten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst, die Psychiatriekoordinator/-innen sowie den örtlichen Sozialhilfeträger – und des überörtlichen Sozialhilfeträgers hat erhebliche Bedeutung:

- Der Sozialpsychiatrische Dienst hat mit seiner Multiprofessionalität die fachliche Kompetenz gestärkt und er war
- in Verbindung mit der Psychiatriekoordination für die Etablierung der leistungsträgerübergreifenden Perspektive der Hilfeplankonferenz sowie für die Organisation und Steuerung der HPK mit ausschlaggebend,
- wobei sich die transparente Verwendung der beim örtlichen und überörtlichen Leistungsträger verfügbaren Leistungsdaten für die regionale Steuerung der Hilfen in der HPK als höchst wirksam erwiesen hat. Durch die Mitwirkung der Vertreter des überörtlichen und des örtlichen Sozialhilfeträgers in der HPK konnte diese ihre Beratungen über die vorgetragenen Hilfepläne mit konkreten Entscheidungen abschließen, vorbehaltlich der sozialrechtlichen Prüfung.

3.9 Neue Anforderungen an die Fallbearbeitung im LWV Hessen

Silke Manneschmidt und Bianka Röhl

Die Umsetzung des Paradigmas personenzentrierter Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung bedeutet nicht nur für die Betreuungskräfte der Leistungserbringer Veränderungen im beruflichen Selbstverständnis und der professionellen Haltung. Diese Veränderungen muss es ebenfalls in der Aufgaben- und Rollenwahrnehmung der Fachkräfte der Sozialleistungsträger geben. Auch hier muss der Wechsel von fürsorgerisch geprägter Hilfe hin zu teilhabeorientierter Assistenz vollzogen werden.

Zur Ausgangslage vor dem Start der Projekte im Jahr 2003 gehörte, dass die Fallbearbeitung im Bereich der Einzelfallhilfe des LWV Hessen tradierten Bearbeitungsmustern folgte. Danach lag das Hauptaugenmerk in der Prüfung des

sozialhilferechtlichen Anspruchs des Antragstellers. Wurde der Leistungsanspruch aufgrund einer amtsärztlichen Stellungnahme und bei Vorlage der wirtschaftlichen Voraussetzungen bestätigt, erfolgte per Bescheid die Zustimmung zu der in der Regel von anderer Seite vorbereiteten oder bereits erfolgten Unterbringung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe. In bestimmten Zeitabständen hatte die Betreuungseinrichtung durch die Vorlage von Entwicklungsberichten darzulegen, ob die Voraussetzungen für die Fortsetzung der bisherigen Maßnahmen noch vorlägen, was diese in der Regel tat und die Verlängerung der Kostenzusage nach sich zog.

Die Beurteilung der fachlichen Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit, der Plausibilität der Hilfgewährung stützte sich in der Regel auf ein ärztliches Gutachten bzw. Entwicklungsberichte der abgebenden oder aufnehmenden Dienste.

Durch die Projekte, insbesondere die Implementation mit der Einführung des IBRP und der Installation der Hilfeplankonferenzen, verändert sich die Arbeit in der Einzelfallhilfe aus einer rein reagierenden Position hin zu einer beratenden, steuernden Position.

Zwar war im LWV Hessen ein verändertes Bewusstsein diesbezüglich im Rahmen der Erarbeitung eines Qualitätskonzeptes²⁶ sowie durch die Erprobung des Gesamtplans²⁷ entstanden, diese Ideen hatten jedoch noch kaum Einzug gehalten in die tägliche Arbeit der Einzelfallhilfe.

Die Pilotierung und die Erprobung des Gesamtplanverfahrens hatten jedoch gezeigt, dass Fallsachbearbeiterinnen und -bearbeiter diese Aufgaben kompetent wahrnehmen können, wenn sie dafür qualifiziert weitergebildet werden und die notwendigen zeitlichen Ressourcen für die gesetzlich vorgesehene Gesamtplanung nach § 56 SGB XII erhalten.

Mit der verbindlichen Einführung von Hilfeplankonferenzen durch das Implementationsprojekt²⁸ und später im Kontext der Umsetzung der hessischen Vereinbarung zum Ausbau des Betreuten Wohnens für Menschen mit Behinderung, erweiterte sich das klassische Aufgabenprofil der Fallsachbearbeitung um die regelhafte Teilnahme an den Hilfeplankonferenzen und Vertretung des LWV Hessen in diesen Konferenzen:

- Eine der bedeutsamsten Veränderungen bei der Teilnahme an Hilfeplankonferenzen ist der regelmäßige persönliche Kontakt zu Mitarbeitern der Leistungserbringer und – sofern diese an der Konferenz teilnehmen – zu den Menschen mit Behinderung selbst. In der herkömmlichen Verwaltungspraxis

26 Siehe Qualitätskonzept für die Einzelfallhilfe im Landessozialamt, Bericht über die Pilotierung, 01.02.1997 bis 31.07.1997.

27 Siehe Abschlussbericht über die Erprobung des Gesamtplanverfahrens, 01.11.2001 bis 30.04.2003.

28 Siehe Kapitel 2 dieses Buchs.

ist dieser Kontakt eher selten und insofern eine Neuerung, die nicht von allen Mitarbeitern begrüßt wurde und Verunsicherungen auslöste.

- Mitarbeiter des Sozialleistungsträgers nehmen in den Hilfeplankonferenzen eine besondere Rolle ein. Mit ihrer Kompetenz in Sachen Sozialhilferecht/Verwaltung sind sie oft allein, da die meisten anderen HPK-Teilnehmer Beschäftigte der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen sind und von daher anderen Berufsgruppen angehören und über andere Erfahrungshintergründe verfügen. Die Frage, ob ein vereinbarter Hilfeplan auch sozialhilferechtlich finanziert werden kann, ist aber von entscheidender Bedeutung.
- Fallsachbearbeiter sollen dabei zum einen den individuellen Anspruch des Menschen mit Behinderung im Blick haben, sind aber zum anderen als »Verwalter von Steuergeldern« dem Gemeinwohl verpflichtet. Dabei müssen sie ihre Entscheidungen, genau wie alle anderen HPK-Teilnehmer, gegebenenfalls spontan treffen und in diesem Gremium vertreten können. Diese Entscheidungen werden jetzt offen diskutiert und auch infrage gestellt.
- Hilfeplanung und Hilfevereinbarung sind Prozesse, die auf zielorientierter Zusammenarbeit aller Beteiligten beruhen. Hier geht es um »aushandeln«, nicht um »bescheiden« vom Schreibtisch aus. Auch dies ist eine gravierende Veränderung im Vergleich zu der bisherigen Bearbeitung, bei welcher Entscheidungen am Schreibtisch getroffen wurden und Kollegen oder Vorgesetzte beratend zur Seite standen.
- In der Rolle als Vertreter des Leistungsträgers in der HPK sind Kompetenzen wie Selbstbewusstsein, Dialog- und Konfliktfähigkeit sowie Offenheit und Mut zu neuen Wegen wichtig, um den Erwartungen an die Rolle gerecht zu werden.
- Durch das Steuern über Ziele im Einzelfall wird die Auseinandersetzung mit der Zielerreichung notwendig. Neben die bisherige Praxis der Bedarfsfeststellung und der hieraus abgeleiteten Hilfeleistung, ist die aus der prospektiven, zielorientierten Sicht beschriebene Hilfeplanung getreten. Natürlich besteht hier auch immer die Versuchung, auch die rein »sozialpädagogischen« Aspekte mitzudiskutieren, aber in der Regel stellten die Sachbearbeiter sehr schnell fest, dass dies nicht notwendig ist.
- Die Kompetenz, die sie als Fachkräfte des Sozialleistungsträgers mitbringen, sind genauso wichtig, wie die Kompetenzen der sozialpädagogischen Fachkräfte. Gleichwohl erwerben die Sachbearbeiter quasi »nebenbei« durch die Besprechung der vielen verschiedenen Einzelfälle ein »Erfahrungswissen«, das sie zunehmend in die Lage versetzt, Hilfebedarfe und Leistungen zu beurteilen. Wenn die Zusammenarbeit zielgerichtet und vertrauensvoll ablaufen kann, wird sehr schnell deutlich, dass jeder Beteiligte mit seiner Kompetenz notwendig ist und dass man gemeinsam viel mehr erreichen kann als gegeneinander.

- Dieses gegenseitige Vertrauen ist schon historisch gesehen nicht zwingenderweise zu Beginn der Zusammenarbeit gegeben und kann auch nicht »verordnet«, aber erlernt werden. Vorurteile vom »bösen Kostenträger, der immer nur sparen will« und von Leistungserbringern, die Menschen mit Behinderungen »übersorgen«, relativieren sich in der direkten Zusammenarbeit sehr schnell.

Die Bearbeitung in der Einzelfallhilfe sollte sich von der reinen Verwaltung von Fällen hin zu einer nach vorn blickenden, auf Kooperation und Beteiligung setzenden, wirkungsorientierten Arbeit verändern.

Zur Vorbereitung auf die neue Aufgabenbewältigung wurden durch interne und externe Fortbildungen theoretische Grundlagen zum Thema »personenzentrierter Ansatz« vermittelt.

Daneben fanden weitere Schulungen zu den Themen »Verhandlungsführung«, »Zieldefinition«, »Rhetorik«, »Konfliktmanagement« sowie »Fallführung« statt.

Seitens des Fachbereiches 207 wurden begleitend zu den Schulungen interne Workshops durchgeführt, die einen breiten Erfahrungsaustausch aller Mitarbeiter zum Ziel hatten. Diese Art der gemeinsamen Auseinandersetzung mit dem Themenbereich »Personenzentrierung/neue Aufgaben/Rollenfindung« wurde sehr gut angenommen von den Beteiligten. Hier entstand ein Raum, der genutzt werden konnte, um Befürchtungen und Ängste im Kollegenkreis zu äußern, aber auch motivierende Denkanstöße und praktische Umsetzungshilfen zu erhalten.

Die Möglichkeiten einer vorbereitenden Qualifizierung sollen auch in Zukunft genutzt werden, sind in ihrer Wirkung aber begrenzt. Der »Sprung ins kalte Wasser« der praktischen Arbeit kann dadurch abgefedert werden, zu vermeiden ist er wohl nicht. Damit erhält die berufsbegleitende Qualifizierung einen besonders hohen Stellenwert, dem durch entsprechende Fortbildungsangebote kontinuierlich Rechnung getragen werden muss. Ein Lernen auf der Grundlage der eigenen Erfahrungen wird von der Fallsachbearbeitung des LWV Hessen besonders geschätzt. So mehrheitlich die Antwort auf die Frage, was ihnen am meisten geholfen hat, Kenntnisse und Fähigkeiten zu erweitern.

Auch die Förderung von Netzwerken, die der kollegialen Beratung dienen, kann die berufsbegleitende Qualifizierung unterstützen.

Weitere wichtige und intensive Erfahrungen aus der Praxis ergaben sich durch die direkte Arbeit in den Projekten selbst:

Idealerweise, wie es sich in mehreren Projektregionen dargestellt hat, erfolgt ein beidseitiger Lernprozess im Zusammenspiel aller Akteure, die sich für die Umsetzung des neuen Ansatzes in der Arbeit engagieren. Dies wird umso bedeutsamer, je mehr es gilt, gemeinsam nach definierten und vereinbarten Zielen zu handeln; Entwicklungen mitzugestalten, die nicht nur den Einzelfall, sondern auch grundlegende strukturelle Bedingungen betreffen.

Die gute Zusammenarbeit von örtlichen und überörtlichen Sozialleistungsträgern auf der Arbeitsebene im Hinblick auf alle Eingliederungshilfen ist sinnvoll und erfolgreich.

Am Beispiel des »Wohnprojekts« (Kapitel 5) wurde besonders deutlich, dass – über die offen geführte Auseinandersetzung aller mit dem herkömmlichen Hilfesystem und seinen Schwächen, mit der intensiven Suche nach anderen Möglichkeiten – auch eine gegenseitige neue Wahrnehmung der Partner entstehen kann. Die Auslotung von Grenzen und Anforderungen des jeweils anderen Arbeitsbereichs, die gemeinschaftlich erarbeiteten Impulse zur Verbesserung, aber auch gemeinschaftliches Problembewusstsein und »Fehlschläge« können auf beiden Seiten zu einem besseren Verständnis und zur Vertrauensbildung beitragen.

Wenn zudem Ergebnisse von Projekten durch eine wissenschaftliche Begleitung noch aus neutralerem Blickwinkel betrachtet, gesichert und für künftige Planungen einzelfallbezogener Hilfearrangements zur Verfügung gestellt werden, sind die Auswirkungen geleisteter Hilfe stets für alle sichtbar.

Eine solche Begleitung, wie sie teilweise in den Projekten vorhanden war, machte es den Mitarbeitern des LWV beispielsweise leichter möglich, auch Lösungen mitzutragen und Leistungen zu bewilligen, die bisher noch nie erprobt und finanziert worden waren.

Insgesamt wird anhand der beschriebenen Anforderungen an die Mitarbeiter der Verwaltung deutlich, dass parallel zu äußeren Veränderungen auch intern ein neues Rollenverständnis erarbeitet werden muss. Dabei ist seitens der Leitungskräfte zu prüfen, inwiefern die Mitarbeiter neben der Vermittlung des theoretischen Wissens, in die äußeren Umgestaltungsprozesse einbezogen sind und mitlernen können. Dieses Mitlernen scheint nach den Erfahrungen in den Projekten eine wichtige Voraussetzung dafür zu sein, dass es den Mitarbeitern gelingt, ihre eigene Rolle zu finden und sich neuen Aufgaben zu öffnen.

Die Teilnahme an den Entwicklungen in der Region, an Schulungen, Diskussionsforen, Abstimmungsgesprächen etc. sollte dabei als notwendige Erweiterung des Aufgabenfeldes der Fallsachbearbeitung betrachtet werden.

Dass die Rollenfindung gelingen kann, belegen u. a. Aussagen von am Projekt beteiligten Mitarbeitern:

- »Die Auseinandersetzung mit den fachlichen Inhalten der Hilfeplanung nimmt einen wesentlich größeren Raum und höheren Stellenwert in meiner Bearbeitung des Einzelfalls ein.«
- »Ich sehe mich weniger in einer grundsätzlich kontrollierenden Haltung gegenüber allen anderen Beteiligten, sondern erlebe eine konstruktive Zusammenarbeit.«
- »Ich bin heute in der Lage, im Einzelfall kompetentere Beratung zu leisten, weil ich mehr Kenntnisse über Angebote und mögliche Hilfearrangements habe, die erbracht und auch finanziert werden können.«

Das neue Rollenverständnis ist zweifelsohne eine Herausforderung für die Fachkräfte des Sozialleistungsträgers. Für Mitarbeiter, die sich auf die neuen Aufgaben einlassen, die bereit sind, die neue Rolle auszufüllen, ergeben sich dadurch aber auch viele Möglichkeiten der beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung.

Die »neue Rolle« wird von vielen Mitarbeitern sehr motiviert übernommen und steigert, genau wie auch bei den Mitarbeitern der Leistungserbringer, die Zufriedenheit.

Für die Mitarbeiter des LWV wird es künftig darum gehen, die erworbenen Kompetenzen weiter auszubauen und verstärkt auf die Prüfung der Qualität von Hilfeplanung und Hilfeerbringung anzuwenden, stets unter Beachtung der bereits zu Beginn genannten Prinzipien des Sozialhilferechts. Hierbei werden die Themen der »nicht-psychiatrischen und der nicht-professionellen Hilfen« ebenso wie »Wirkungsorientierung« stärker ins Blickfeld rücken müssen.

4 Projekt »Leistungsfinanzierung«

Ralf Bremauer

Vorbemerkung

Dieser Beitrag erläutert die Ziele und Rahmenbedingungen des Projekts »Leistungsfinanzierung«, das Vorgehen im Projektverlauf sowie die Projektergebnisse.

Die Zusammenführung fachlich-inhaltlicher und betriebswirtschaftlicher Fragestellungen bedarf umfangreicher Erläuterungen, um die Zusammenhänge, Schwierigkeiten und Lösungen im Detail sichtbar zu machen.

Zur Darstellung der betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge in der sozialen Arbeit ist die Verwendung bestimmter Fachbegriffe unumgänglich. Mir ist es daher wichtig zu betonen, dass ich mir der wunderbaren Vielfalt menschlicher Eigenschaften bewusst bin, diese bei jedem Menschen achte und nicht beabsichtige, jemanden auf die Eigenschaften als »Klient« oder »Leistungsfall« zu reduzieren.

Meine Arbeit soll dazu dienen, die praktische Umsetzung individueller fachlicher Hilfeplanung und Leistungserbringung durch eine geeignete Finanzierungssystematik zu unterstützen. Die bestehenden vertraglichen Bindungen zwischen allen Beteiligten waren zu beachten und erforderten entsprechende Kompromisse im Vorgehen, ohne dass dadurch das zentrale Anliegen der Förderung des personenzentrierten Ansatzes aus den Augen verloren werden durfte. Orientiert habe ich mich dabei an dem Wort Gustav Werners »Was nicht zur Tat wird, ist ohne Wert«.

4.1 Projektbeschreibung

Hintergründe und Grundlagen des Projekts

Der Landeswohlfahrtsverband Hessen hat seit einigen Jahren gemeinsam mit den Einrichtungen für Menschen mit psychischer Behinderung, der Liga der freien Wohlfahrtspflege und privaten Anbietern Anstrengungen unternommen, den personenzentrierten Ansatz in der Hilfeplanung und Hilfeleistung in der hessischen Behindertenhilfe zu etablieren. Für personenbezogene Teilhabeleistungen eine geeignete Finanzierungsform zu schaffen und zu erproben, war Gegenstand des Projekts »Leistungsfinanzierung«.

Der hier vorgelegte Projektbericht beschreibt

- die Ziele des Projekts, eingebunden in die aktuelle fachliche Entwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen in Hessen,

- das betriebswirtschaftliche Vorgehen bei der Entwicklung und Umsetzung einer neuen Finanzierungssystematik sowie
- die fachlichen und wirtschaftlichen Ergebnisse des Berichtszeitraums 01.12.2005 bis 30.11.2007.

Der personenzentrierte Ansatz gilt als der fachliche Standard für die Weiterentwicklung der Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung. Er ist auch Grundlage des hier vorgestellten Projekts. Der Ansatz formuliert Qualitätsanforderungen nicht nur für den Prozess der Hilfeplanung selbst, sondern auch für die Steuerung eines Hilfesystems und die Ausgestaltung der Leistungserbringung.

Das Projekt wurde vom Fachbereich für Menschen mit seelischen Behinderungen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (FB 207) des LWV Hessen initiiert, um die Umsetzungsmöglichkeiten personenzentrierter Hilfen in Hessen weiter zu fördern, nachdem die Hilfeplanung mit dem IBRP in zehn Regionen bereits in einem vorangegangenen Projekt implementiert worden war. Das Projekt »Leistungsfinanzierung« ist darüber hinaus in engem Zusammenhang zu sehen mit dem parallel laufenden Projekt »Personalbemessung«, in welchem die in den Kreisen und Städten des Implementationsprojekts tätigen Leistungserbringer in der zeitlichen Bemessung des individuellen Hilfebedarfs geschult wurden.²⁹

Die Kompetenz der Beteiligten in der Hilfeplanung auf der Grundlage des IBRP und in der zeitlichen Bemessung des individuellen Bedarfs mittels des PBB ist die wichtigste Voraussetzung für die Anwendung der im Folgenden beschriebenen Systematik »Leistungsfinanzierung«.

Insbesondere die Erfahrung im Projekt »Personalbemessung« hat gezeigt, dass individualisierte Leistungen, wie sie sich aus der Hilfeplanung ergeben und wie sie von der Hilfeplankonferenz (HPK) empfohlen werden, mit der traditionellen, platzbezogenen Vergütungssystematik von Tagesentgelten nicht kompatibel waren. Dies hatte dort zur Folge, dass zwar individuelle Hilfeleistungen geplant wurden, aber in der Folge nicht als individuelle Hilfeleistungen umgesetzt werden konnten, da die bestehende platzbezogene Vergütungssystematik dafür nicht die Voraussetzung bot. Das Projekt »Leistungsfinanzierung« baut somit auf Ergebnissen früherer Projekte des FB 207 und deren Zielsetzungen auf und will dort erfahrene Begrenzungen aufheben.

Da in der Erprobungsphase des Projekts »Leistungsfinanzierung« eine von den Regelungen des Hessischen Rahmenvertrages abweichende Finanzierungsform angewandt werden sollte und es hierzu einer Zustimmung der Vertragskommission³⁰ bedurfte, wurde von dort eine Genehmigung für die Projektdurchführung eingeholt (Beschluss der Vertragskommission vom 22.04.2004).

²⁹ Siehe Kapitel 3.

³⁰ Vertragskommission nach § 26 des Rahmenvertrags nach § 79 SGB XII zu den Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 75 ff. SGB XII für Hessen.

Glossar »Leistungsfinanzierung«

| | |
|--|---|
| Abweichung 1 | beschreibt die Differenz zwischen dem »Orientierungswert max. Leistungsminuten« minus »Bewilligte Leistungsminuten«. |
| Abweichung 2 | beschreibt die Differenz zwischen der »Gesamtsollplatzzahl« und der »Belegung laut Stichtagsliste«. |
| Belegung lt. Stichtagsliste | beschreibt die Summe der Leistungsberechtigten, für die an den jeweiligen Stichtagen Kostenzusagen bestanden haben. Nimmt ein Leistungsberechtigter zwei Angebote wahr (z. B. Hilfen zum Wohnen und Hilfen zur Tagesstrukturierung) wird diese Belegung der (Soll-)Plätze in den zwei Einrichtungen auch zweifach gezählt. |
| Bewilligte Leistungsminuten | beschreibt die Summe aller durch Kostenzusagen bewilligten Leistungsminuten. |
| Budgetneutral | beschreibt, dass die Summe aller Vergütungen vor der Umstellung gleich der Summe aller Vergütungen nach der Umstellung ist. |
| Durchschnittswert (Min) je Leistungsberechtigter und Woche | beschreibt die Anzahl der Minuten, die über alle Leistungserbringer und Angebote des SGB XII hinweg durchschnittlich für einen Leistungsberechtigten zum jeweiligen Stichtag Anspruch genommen wurden. |
| Einrichtungstypen | sind in den Anlagen der Rahmenverträge nach § 93 Abs. 2 BSHG bzw. § 79 SGB XII definiert (z. B. stationäres Wohnen oder Hilfen zur Gestaltung des Tages). |
| Fiktives Jahresbudget | Summe der Vergütungen, die sich aus der Belegung zum Stichtag der budgetneutralen Umstellung für den Zwölfmonatszeitraum vor und nach der Umstellung auf die neue Vergütungssystematik ergeben würden. |
| Gesamtbudget | Summe der Vergütungen, die sich aufgrund der jeweiligen SGB-XII-Vereinbarungen im jeweiligen Zeitraum (i. d. R. zwölf Monate) und Fallzahlen ergeben. |
| Gesamtsollplatzzahlen | beschreibt die durch die bestehenden Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 und § 76 SGB XII vereinbarten (Soll-)Plätze der Leistungsangebote. |
| Institutionsgebundene Finanzierungssystematik | Finanzierung der Hilfeleistungen aufgrund von Vergütungen, die nach der Beschreibung des institutionellen Leistungsangebots je Platz bezahlt werden. |
| Jährl. Durchschnittskosten je Leistungsberechtigten | die zum jeweiligen Stichtag festgestellten Kosten werden auf das Jahr (zwölf Monate) hochgerechnet und in Verhältnis zur Anzahl der Leistungsberechtigten, die sich zum Stichtag in der Betreuung befinden, gesetzt. Dieser Wert beschreibt, über alle Einrichtungsarten hinweg, ausgehend vom Stichtag das jeweilige Jahresergebnis unter der Annahme, dass sich dieser Stichtagswert ohne Veränderung für die nächsten zwölf Monate fortschreibt. |
| Orientierungswert | max. Leistungsminuten beschreibt den sich aus der vereinbarten Platzzahl errechneten (sozialplanerischen) Leistungsumfang in Minuten pro Zeitraum (i. d. R. zwölf Monate). |

Projektziele und Projektauftrag

Der LWV Hessen hat sich für seine Initiative zur Weiterentwicklung der personenzentrierten Versorgung in Hessen durch

- die Beschlussfassung für das Projekt im Verwaltungsausschuss des LWV,
- die Befürwortung des Projektauftrags in der Vertragskommission,
- die Projektvereinbarungen mit den beteiligten Leistungserbringern und den Vertretern des Landkreises Wetterau bzw. der Landeshauptstadt Wiesbaden und

- die Einbindung des Sozialministeriums, der Vertretung der Angehörigen und angesehener Verbände sowie Fachleute im Projektbeirat der hohen Akzeptanz und Unterstützung seiner Bemühungen versichert.

Folgende *Zielsetzungen* wurden mit dem Projekt angestrebt:

1. Modellhafte Entwicklung und Erprobung einer Finanzierungssystematik, die es ermöglicht, individuell bemessene Hilfeleistungen zu vergüten.
2. Durchführung der stichtagsbezogenen, budgetneutralen Vergütungsumrechnung.
3. Unterstützung und Förderung der Umsetzung personenzentrierter, flexibler Hilfen durch die neue Finanzierungssystematik und zeitnahe Erfüllung der individuellen Rechtsansprüche aller leistungsberechtigten Personen in der Region.
4. Effizienterer Einsatz der vorhandenen Ressourcen. Das heißt Vermeidung einer Leistungs- und Kostenexplosion, die im Zusammenhang mit der personenzentrierten Systematik befürchtet wird.
5. Anpassung der internen Organisation der projektbeteiligten Leistungserbringer an die Erfordernisse einer personenzentrierten Leistungserbringung.
6. Verbesserung der Vergleichbarkeit der Leistungen der projektbeteiligten Leistungserbringer.

Im *Projektauftrag* für die sozialwirtschaftliche Beratung sind folgende Punkte hervorgehoben:

- Schaffung der betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen für die modellhafte Umstellung der bestehenden Vergütungssystematik in Hessen,
- Begleitung der beteiligten Leistungserbringer und Leistungsträger während der Erprobung,
- Evaluation der Projektergebnisse und
- Qualifizierung eines betriebswirtschaftlichen Mitarbeiters des LWV Hessen im Verfahren der Vergütungsumstellung.

In den Projektvereinbarungen wurde die Vertraulichkeit der durch die sozialwirtschaftliche Beratung erhobenen Daten für jede beteiligte Projektpartei zugesichert. Im Rahmen der Erprobungsphase des Projekts sollte auch die Hypothese überprüft werden, dass aufgrund einer flexibleren, personenzentrierten Planung und Leistungserbringung eine Effizienzsteigerung bei den Leistungen möglich ist.

Dies geschieht innerhalb des Projekts durch eine Analyse der Entwicklung

- von Fallzahlen,
- der Kosten je Leistungsfall,
- des Umfangs der geplanten Leistungen in Minuten und
- des Gesamtbudgets.

Durch ein transparentes und aussagekräftiges Controlling werden diese Sachverhalte für Leistungserbringer und Leistungsträger dargestellt.

Die Projektvereinbarungen bilden die Basis für die Entwicklung eines Systems personenbezogener Leistungsfinanzierung, seine Erprobung in der Praxis und die Prüfung der Steuerbarkeit des Gesamthilfesystems.

Projektphasen

Die Projektphasen sind in fünf Schritte gegliedert, die sich nicht durchgängig gegeneinander abgrenzen lassen:

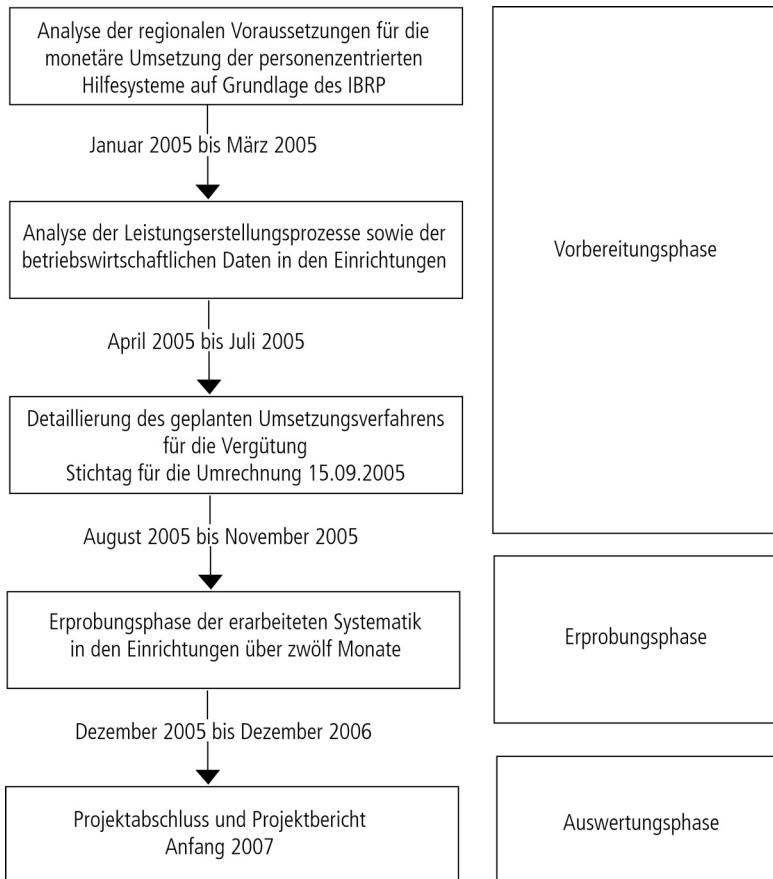


Abb. 1: Projektphasen

In Schritt 1 der Vorbereitungsphase wurden die Gremien für die Projektsteuerung gebildet, die Vernetzung mit dem Projekt »Personalbemessung« hergestellt und der Besuch aller Einrichtungen und Dienste durch die sozialwirtschaftliche Beratung durchgeführt. Durch die sozialwirtschaftliche Beratung wurden die

Daten der am Projekt beteiligten Einrichtungen der Leistungserbringer erhoben. Für die Umsetzung der Systematik Leistungsfinanzierung ist ein einheitliches Verständnis von Definitionen und Begriffen unerlässlich. Es wurde daher eine Liste der Definitionen, Begriffe und Vorgehensweisen erstellt, die die Basis für das Vorgehen bei der Vergütungsumrechnung darstellen (siehe Kapitel 4.2).

In Schritt 2 der Vorbereitungsphase stand die Analyse des Leistungserstellungsprozesses in den Einrichtungen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der sozialwirtschaftlichen Beratung. Aufgrund dieser Erkenntnisse konnten die betriebswirtschaftlichen Daten des jeweiligen Dienstleistungsangebots in fixe und variable (oft auch: »flexibel« genannte) Kostenbestandteile aufgegliedert und entsprechend in der zukünftigen Vergütungskalkulation abgebildet werden. In diesem Schritt wurden auch die Grundlagen für das zukünftige Controlling in den Regionen vereinbart.

In Schritt 3 der Vorbereitungsphase wurden die Gemeinsamkeiten und Differenzen der Ergebnisse dieser Einzelbetrachtungen untersucht und Regelungen abgesprochen, um dann nach dem Erreichen einer hohen Quote übereinstimmender Faktoren ein Kalkulationsschema je Einrichtungsart auf Grundlage der jeweiligen vereinbarten Vergütungen zu entwickeln. Diese Kalkulationsschemata wurden dann wieder in der Praxis überprüft und verfeinert. Zum vereinbarten Stichtag, dem 15.09.2005, wurde die stichtagsbezogene Erhebung des qualitativen und quantitativen Hilfebedarfs aller Leistungsberechtigten als eine Voraussetzung der Vergütungsumrechnung durchgeführt. In der Folge konnten die Vergütungen entsprechend der neuen Finanzierungssystematik umgerechnet, abgestimmt und zum 01.12.2005 vereinbart werden.

In Schritt 4 der Erprobungsphase wurde die neue Finanzierungssystematik in der Praxis erprobt. Die vorbereiteten Controllinginstrumente wurden eingeführt, überprüft und mit den vorhandenen Datenstrukturen verknüpft. Die Daten wurden regelmäßig allen Projektbeteiligten zur Verfügung gestellt.

In Schritt 5 der Auswertungsphase wurden die Ergebnisse des vereinbarten Erprobungszeitraums (01.12.2005 bis 30.11.2006) zusammengefasst und in einem Projektbericht dargestellt.

Auf Wunsch aller Projektbeteiligten und mit Beschluss des Verwaltungsausschusses des LWV Hessen wurde der Erprobungszeitraum um ein weiteres Jahr (bis zum 30.11.2007) verlängert, um den Nutzen und die Chancen der neuen Leistungsfinanzierung weiter zu erproben und diese Erfahrungen für den Entscheidungsprozess hinsichtlich ihrer dauerhaften Anwendung zu nutzen.

Für dieses Kapitel lagen die Zahlen für den Verlängerungszeitraum bis 31.12.2007 vor und wurden in die Auswertungen eingearbeitet.

Grundlegende Annahmen der neuen Vergütungssystematik

Um von der institutionsgebundenen zur personenzentrierten Finanzierung von Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderungen zu gelangen, sind inhaltlich-fachliche wie auch betriebswirtschaftliche Vorarbeiten notwendig. Für die betriebswirtschaftliche Umsetzung wurden im Bundesgebiet bereits unterschiedliche Verfahren konzipiert.

Für das Verfahren in Hessen wurde die stichtagsbezogene, budgetneutrale Vergütungsumstellung auf zwei unterschiedliche Vergütungsanteile weiterentwickelt. Bei diesem Verfahren wird der überwiegende Anteil der Vergütungssumme an die personenzentrierte Hilfeplanung gebunden, während ein geringerer Anteil an die »Platzsystematik« gebunden bleibt. Dieses Verfahren soll den Prozessschritt der Umstellung und praktischen Einführung in Hessen optimal unterstützen, ohne die zukünftige Weiterentwicklung hin zu »vollständig« personenzentrierten Vergütungen zu blockieren. Die Hintergründe dieser Entscheidung werden nachfolgend dargestellt.

Die Hilfeleistung für eine leistungsberechtigte Person gliedert sich in Strukturkomponenten und intensitätsabhängige Komponenten.

Den bestehenden Leistungsangeboten werden im Rahmen der Analyse des Leistungserstellungsprozesses Struktur- und Intensitätsmerkmale zugeordnet. Die Struktur eines Leistungsangebotes beschreibt dessen »Hülle«. Zu dieser »Hülle« gehören z. B. die Gebäudekosten, Gebäudeinstandhaltung und Küche sowie wesentliche Anteile der Kosten aus Reinigung sowie Verwaltungs- und Leitungskosten. Je nach Umfang der erforderlichen Hilfen werden vom intensitätsabhängigen Teil des Angebots Leistungen abgerufen. Diese bestehen überwiegend aus sogenannten »fachlichen« oder »inhaltlichen« Betreuungsleistungen. Hinsichtlich der Vergütung ist dieses Prinzip in Abbildung 2 dargestellt.

Die bereitgestellten Plätze in Einrichtungen und Diensten für den leistungsberechtigten Personenkreis werden über Basisbeträge (je Leistungsberechtigter und Tag) abgesichert. Auf der Basis von Zeitwerten werden leistungserbringerbezogene Preise für Leistungseinheiten (Maßnahmebeträge) ermittelt, die unabhängig von der Betreuungsform und den jeweiligen Leistungsbereichen angebotsübergreifend gelten. Die Finanzierung der individuell bemessenen Hilfeleistung wird damit von der Finanzierung von Plätzen in den Einrichtungen und Diensten entkoppelt.

Für die Deckung der strukturbedingten Kosten können unterschiedliche Finanzierungsmodelle gewählt werden. Strukturbedingte Kosten entstehen aufgrund der bisher üblichen Praxis der Sozialplanung, anhand bestimmter Kenngrößen in einer Region eine bestimmte Anzahl von Plätzen eines Leistungsangebotes vorzuhalten und entsprechend der Kalkulation auszulasten.

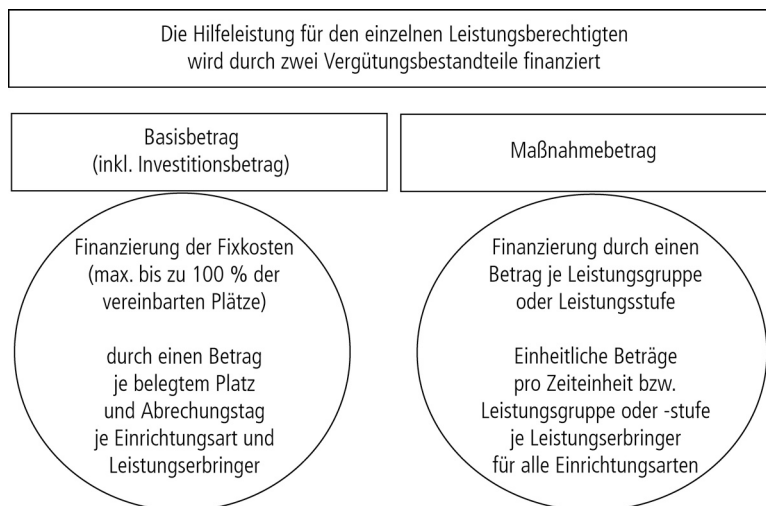


Abb. 2: Gliederung der Vergütung

Vor diesem Hintergrund wurde im Projekt der Weg gewählt, diese »Fix«-Kosten in Abhängigkeit von den sozialplanerischen Größen (Plätze eines definierten Leistungsangebotes in einer Region) und der tatsächlichen Belegung dieses Leistungsangebotes zu finanzieren. Dabei können die Basisbeträge maximal bis zur vereinbarten Anzahl der Plätze abgerechnet werden.

Im Projekt wird dies dadurch erreicht, dass für die Abrechnung der zu erbringenden Leistungen auch weiterhin eine Zuordnung der Leistungsberechtigten zu den bestehenden Plätzen in Einrichtungstypen entsprechend der Belegungstage durchgeführt wird.

Die hier angewandte Regelung dient dem Übergang von institutionsorientierter zu personenzentrierter Finanzierung und Leistung. Die separate Darstellung des Basisbetrages und seiner Grundlagen ermöglicht in dieser Phase des Umstellungsprozesses eine einfachere Handhabung des fachlichen und betriebswirtschaftlichen Controllings für alle Beteiligten und minimiert die Risiken, die in diesen Umstellungsprozessen immer begleitend vorhanden sind.

Die sachgerechte Ermittlung des Basisbetrages sowie die Umsetzung auf entsprechende Umrechnungsregeln ist die Grundlage für den Erfolg dieser Umstellung, da ansonsten Über- bzw. Unterfinanzierungen je nach Belegung stattfinden würden.

Im Extremfall würde eine direkte Anbindung der Kosten des Basisbetrages an die flexiblen Leistungsmengen bei einer Auslastung der betreffenden Einrichtungsart

- von über 100 % zu einer Überfinanzierung der Struktur-Komponenten füh-

ren, die in diesem Umfang nicht notwendig ist, da es sich bei Strukturkosten überwiegend um intervallfixe Kosten³¹ handelt, und

- bei sich erheblich reduzierendem Hilfebedarf der leistungsberechtigten Klienten (gleichbleibende Anzahl vorausgesetzt) die Strukturkosten nicht mehr gedeckt wären.

Die direkte Anbindung der Refinanzierung der fixen Kosten an die flexiblen Leistungsmengen würde in dieser Phase der Umstellung falsche Anreize (z. B. betriebswirtschaftliche Zwänge zu gleichbleibenden bzw. steigenden Leistungsmengen) im Finanzierungssystem bieten.

Eine andere Beurteilung dieser Frage würde sich ergeben, wenn tatsächlich die institutionellen Angebote (z. B. Wohnheime) aufgelöst würden. Daher sollte bei den nächsten Schritten zur weiteren Entwicklung und Ausweitung personenzentrierter Hilfen, über die Leistungen des SGB XII hinaus, der Umgang mit diesen Strukturmerkmalen in der Sozialplanung und Refinanzierung überprüft werden.

Die leistungs- oder intensitätsabhängigen Kosten einer geplanten Betreuungsleistung werden über die Maßnahmebeträge finanziert. Sie beinhalten nicht nur die direkt und indirekt personenbezogenen Kosten, sondern auch die leistungsabhängigen Kosten der weiteren Dienstleistungsbereiche. Der vereinbarte Maßnahmebetrag kann als Orientierung dienen, wenn die Leistungen in der Eigenverantwortung des Leistungsberechtigten gebündelt werden, wie z. B. im persönlichen Budget.

Die Maßnahmebeträge müssen von einer flexiblen Berechnungsgröße abhängig gemacht werden, nämlich von dem durch die Quantifizierung der Hilfeleistung ermittelten »ganzheitlich geplanten« individuellen Leistungsminutenwert. Dieser Wert wird dann den jeweiligen Leistungsgruppen³² zugeordnet und gemittelt. Die Refinanzierung erfolgt anhand der Mittelwerte der jeweiligen Leistungsgruppe multipliziert mit dem kalkulierten Euro-Wert je geplanter Leistungsminute dieses Leistungserbringers.

Das Verfahren der Mittelwertbildung³³ vereinfacht den Umgang mit den individuellen Zeitwerten dahingehend, dass über die doppelte Mittelung kein Beteiligter

31 Definition nach Erich GUTENBERG (1987), Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, 8. Auflage. Berlin.

32 In dem vorliegenden Projektzusammenhang wird von Leistungsgruppen und Leistungsstufen für die Bildung von Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs nach § 76 SGB XII gesprochen.

33 Die aufgrund der Hilfeplanung ermittelten Minutenwerte für die einzelnen Leistungsbereiche werden zuerst je Leistungsbereich addiert und entsprechend dem Schema der Erläuterungen des Personalbemessungsbogens je Leistungsbereich das erste Mal gemittelt. Die gemittelten Werte der sechs Leistungsbereiche werden addiert und ein zweites Mal entsprechend dem Schema gemittelt. Der auf diese Weise ermittelte Wert wird einer Leistungsstufe bzw. Leistungsgruppe zugeordnet.

in der Lage ist, das Ergebnis für seine Zwecke zu optimieren, denn das Ergebnis ist nicht einfach vorhersehbar. Ein »Feilschen« um den einzelnen Minutenwert macht daher bei der Quantifizierung kaum Sinn.

Durch die Mittelung werden Korridore geschaffen, die zwischen der Planung und der tatsächlich erbrachten Leistung ausgleichend wirken, da abweichende Werte bis ca. +/- 17% um den Mittelwert innerhalb der Grenzen der Korridore einer Leistungsstufe bzw. -gruppe liegen.

Wichtig war es, im Vorfeld der Umstellung zu klären, welche empfohlenen Hilfeleistungen in den Hilfeplanungen (intensitätsabhängiger Bereich) quantifiziert und welche dem Leistungsbereich zugeordnet werden, der in den Basisbeträgen (strukturabhängiger Bereich) abgebildet ist.

In der weiteren Betrachtung des Dienstleistungsprozesses könnte dieses funktionale Prinzip zur Weiterentwicklung der Steuerung und Sozialplanung entsprechend der jeweiligen örtlichen bzw. überörtlichen Funktion herangezogen werden.

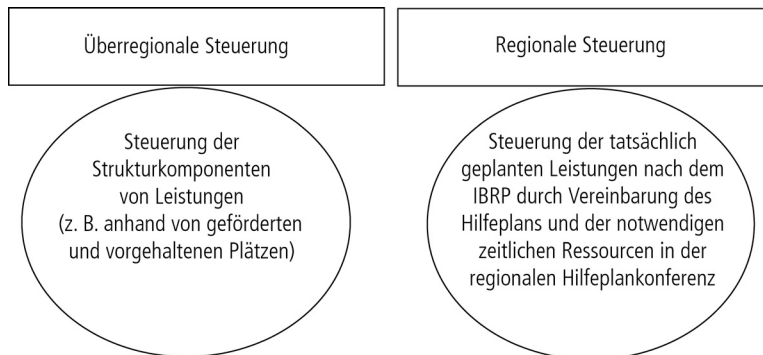


Abb. 3: Regionale und überregionale Steuerung

Die funktionierenden Hilfeplankonferenzen in den Modellregionen könnten die Basis für die weitere Entwicklung dieser Steuerungsidee bilden.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Umstellung auf die personenzentrierte Leistungsfinanzierung im Projekt stichtagsbezogen budgetneutral erfolgte. Diese Vorgabe und die dabei unterstellte relative Sicherheit hinsichtlich der zu erwartenden Einnahmen bzw. Ausgaben war für alle Projektbeteiligten eine Voraussetzung, sich auf die Erprobung der neuen Vergütungssystematik im »Echteinsatz« einzulassen.

Modellregionen, Einrichtungen und Personenkreis

Wichtige Kriterien für die Auswahl der beiden Modellregionen waren

- die vorliegenden Erfahrungen und Kompetenzen in der Anwendung des IBRP als Hilfeplanungsinstrument bei den Leistungserbringern und in der Hilfeplankonferenz,
- die Beteiligung am Projekt »Personalbemessung« zum Erwerb der Quantifizierungskompetenz,
- die Bereitschaft der Einrichtungen und Gebietskörperschaften, sich den großen Herausforderungen eines Finanzierungsprojekts im »Echteinsatz« zu stellen und
- die Möglichkeit, einerseits einen Flächenlandkreis und andererseits eine urbane Struktur einzubeziehen.

Unter diesen Voraussetzungen wurden der Wetteraukreis und die Landeshauptstadt Wiesbaden als Projektregionen ausgewählt.

Bei der Auswertung der Bevölkerungsstatistik ergeben sich folgende Ergebnisse für diese beiden Regionen: Der Wetteraukreis liegt mit 1100,71 km² (zum 01.01.2006) im Vergleich der Flächenausdehnung auf dem achten Platz der hessischen Landkreise und mit der Bevölkerung von 298 868 Menschen (zum 30.09.2006) ergibt sich daraus ein Quotient von 271,52 Einwohner je km². Damit liegt der Wetteraukreis knapp unterhalb des landesweiten Mittelwertes von 288 Einwohnern je km² zum 31.12.2005.

Im Gegensatz dazu leben in der Landeshauptstadt Wiesbaden auf 203,90 km² (zum 01.01.2006) mit 275 522 Einwohnern (zum 30.09.2006) nur geringfügig weniger Menschen als im Wetteraukreis. Daraus ergibt sich ein Quotient von 1351,26 Einwohnern je km² (vgl. www.Statistik-Hessen.de/Gebiete, Bevölkerungsstand und -vorgänge).

Anhand dieser statistischen Daten wird deutlich, dass diese beiden Regionen sowohl die Situation eines großstädtischen Ballungsraumes als auch eines Flächenlandkreises abbilden.

In den beiden Regionen nahmen folgende Leistungserbringer und Leistungsträger am Projekt teil:

In der Region Wetteraukreis:

- Leistungserbringer: Diakonisches Werk in Hessen und Nassau, regionales Diakonisches Werk Wetterau im Rahmen der von ihm vorgehaltenen und in das Projekt einbezogenen Angebote.
- Leistungsträger: FB 207 des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen als überörtlicher Sozialhilfeträger

Der Wetteraukreis als beteiligte Gebietskörperschaft und verantwortlich für die Hilfeplankonferenzen sowie mitverantwortlich für die Weiterentwicklung der regionalen Planung und Koordination.

Im Wetteraukreis hat nur einer der dort tätigen Leistungserbringer am Projekt teilgenommen. Leider konnte kein weiterer großer privater Leistungserbringer für eine Projektteilnahme gewonnen werden.

In der Region Wiesbaden:

- Leistungserbringer: Evangelischer Verein für Innere Mission e. V., Werkgemeinschaft Rehabilitation Wiesbaden e. V., Zentrum für Soziale Psychiatrie Rheinblick – Wohnverbund Wiesbaden, jeweils im Rahmen der von ihnen vorgehaltenen und in das Projekt einbezogenen Angebote.
- Leistungsträger: FB 207 des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen als überörtlicher Sozialhilfeträger, Landeshauptstadt Wiesbaden als beteiligte Gebietskörperschaft und verantwortlich für die Hilfeplankonferenzen sowie mitverantwortlich für die Weiterentwicklung der regionalen Planung und Koordination.

Das Projekt beschränkte sich von vornherein auf Leistungen für den Personenkreis Menschen mit einer seelischen Behinderung. Die Werkstätten für Menschen mit Behinderung wurden aus Termingründen nicht in das Projekt einbezogen.

Die beiden Regionen haben im Jahr 2005 folgende Plätze je Einrichtungsart vorgehalten:

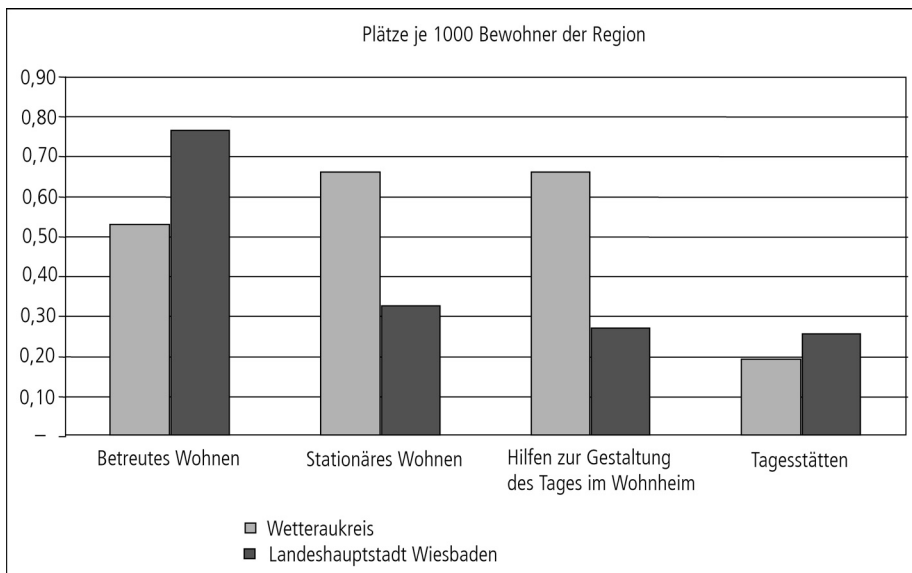


Abb. 4: Plätze je tausend Bewohner in den Regionen (Stand 2005)

In der Region Wiesbaden wurden 100 % aller angebotenen Plätze der Leistungsbereiche »Wohnen« und »Gestaltung des Tages« in das Projekt einbezogen. In der Region Wetterau galt dies nur für die entsprechenden Plätze eines Leistungserbringers.

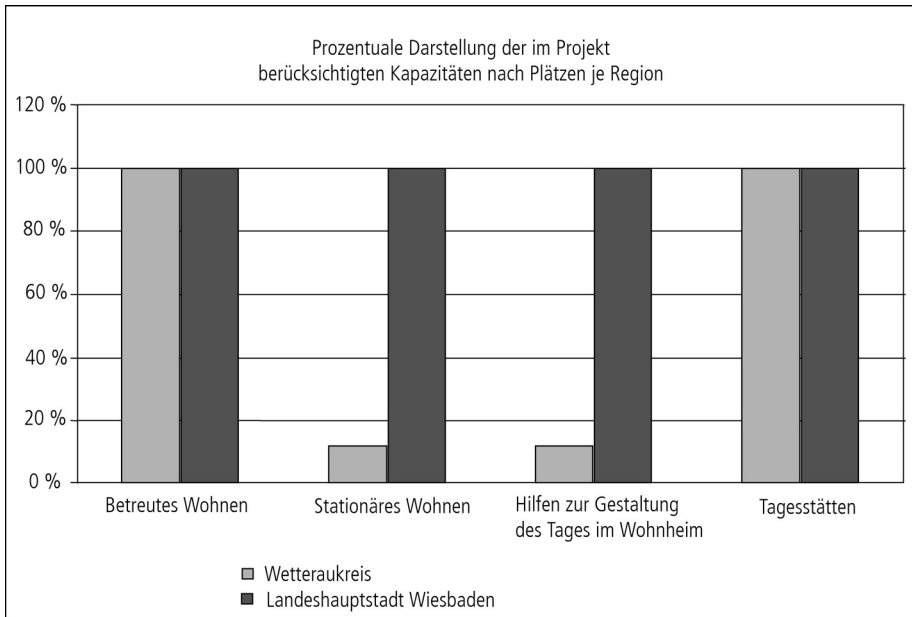


Abb. 5: Im Projekt berücksichtigter Anteil der angebotenen Plätze je Region

Die Leistungsberechtigten in beiden Regionen stammen überwiegend aus den jeweiligen Regionen (ca. 4,5 % Belegung durch Fremdkostenträger und Selbstzahler). Vor Projektbeginn gab es in beiden Regionen Leistungsberechtigte, die auf einen »freien« Platz für die Versorgung warten mussten. Trotz dieses Steuerungsproblems kann festgestellt werden, dass der Versorgungsauftrag in beiden Regionen durch die im Projekt vertretenen Leistungserbringer erfüllt wird.

Tab. 1: Folgende Anzahl von Leistungsfällen³⁴ fand in dem Projekt Berücksichtigung

| Einrichtungsart | Anzahl der Leistungsfälle in der Umstellung zum 15.09.2005 | Anzahl der Einrichtungen |
|--|--|--------------------------|
| Tagesstätten | 132 | 7 |
| Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim | 83 | 3 |
| Stationäres Wohnen | 112 | 4 |
| Betreutes Wohnen | 319 | 6 |

³⁴ Die Unterscheidung zwischen Leistungsfällen und Leistungsberechtigtenzahlen ist insofern relevant, als bei den vorgenommenen Berechnungen immer die Anzahl der Leistungsfälle und nicht die Anzahl der Leistungsberechtigten zugrunde gelegt wurde.

Aufgrund der bisherigen Leistungsorganisation sind folgende Leistungsfälle zu unterscheiden:

- Der Leistungsberechtigte nimmt Leistungen in einer Einrichtungsart z. B. im Betreuten Wohnen wahr, das heißt es wird ein Leistungsfall abgebildet.
- Der Leistungsberechtigte nimmt Leistungen in zwei Einrichtungsarten z. B. im Betreuten Wohnen und der Tagesstätte wahr, das heißt es werden zwei Leistungsfälle für einen Klienten abgebildet.

Für das Projekt wurde festgelegt,

- dass ein Leistungsberechtigter in den Berechnungen berücksichtigt wird, wenn er mindestens einen Leistungsfall darstellt,
- dass ein Leistungsberechtigter maximal in zwei Leistungsfällen abgebildet werden kann (auch wenn er Leistungen in mehr als zwei Einrichtungsarten in Anspruch nimmt).

Beispiel: Ein Leistungsberechtigter (Klient), der im Wohnheim eines Leistungsanbieters wohnt, nimmt dort die Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim in Anspruch und erhält hierfür eine Kostenzusage. Er nimmt jedoch auch einzelne Angebote in der Tagesstätte wahr. Bei diesem Leistungsberechtigten wird eine Zuordnung für die Hilfen zum Wohnen (Wohnheim) und eine für die Hilfen zur Gestaltung des Tages (GdT im Wohnheim) vorgenommen. Die interne Verrechnung des Leistungsanbieters zwischen den unterschiedlichen Angeboten der Tagesstrukturierung ist für den Leistungsträger und die Kostenzusage unerheblich.

Alle personenbezogenen Unterlagen, die Einrichtungen zur Auswertung zur Verfügung stellten, wurden anonymisiert. Dadurch wurde dem Datenschutz in vollem Umfang Rechnung getragen.

4.2 Vergütungsumrechnung

Für das Verfahren der stichtagsbezogenen, budgetneutralen Vergütungsumrechnung wurden verschiedene Gegebenheiten vorgefunden, die zu berücksichtigen waren. Darüber hinaus waren weitere Festsetzungen zu treffen und zu vereinbaren. Grob skizziert gestaltet sich das Umrechnungsverfahren wie folgt:

Zunächst wurden die geltenden Vergütungen für alle zum Stichtag im Leistungsverhältnis stehenden Klienten zu einer Budgetsumme addiert. Diese musste dann auf die zukünftigen, unterschiedlichen Vergütungsbestandteile – Basisbeträge je Einrichtungsart und den einrichtungsartenübergreifenden Maßnahmebetrag – verteilt werden.

Von entscheidender Bedeutung war hier die Beantwortung der Frage, welche Leistungen und damit welche Kosten den neuen Vergütungsbestandteilen »Basisbetrag« und »Maßnahmebetrag« zuzuordnen waren.

Zum gleichen Stichtag mussten die auf Basis der Hilfeplanung und der erfolgten Quantifizierung des Hilfebedarfs in Zeiteinheiten anfallenden Leistungsmengen für alle im Leistungsbezug stehenden Klienten erhoben werden.

Nach Abzug der in die Basisbeträge einfließenden Vergütungsanteile von der ermittelten Gesamtbudgetsumme musste der verbleibende Budgetbetrag durch die Leistungsmengen in Zeiteinheiten (hier: Summe der Minutenmittelwerte der Hilfebedarfsgruppen aller Klienten dieses Leistungserbringers) geteilt werden und ergab damit die zukünftigen Kosten je Leistungsminute. Mit diesem Wert wurden die Mittelwerte je Hilfebedarfsgruppe multipliziert und abrechnungstäglich dargestellt.

Analyse der regionalen Voraussetzungen und Quantifizierung des Hilfebedarfs

Die Analyse der bestehenden Verhältnisse in den beiden hessischen Regionen ergab folgende Ergebnisse:

- Es besteht eine einheitliche Struktur in den beiden Projektregionen bezüglich der Vereinbarungen nach § 75 SGB XII im Bereich der Vergütungen und Leistungsangebote.
- Die vereinbarten Vergütungen basieren auf einer einheitlichen Kostenzuordnung (vgl. Anlage 4 zum Rahmenvertrag nach § 93 d BSHG, Zuordnung und Abgrenzung der Kosten- und Ertragsarten zu den Vergütungsbestandteilen gem. §§ 13,14 u. 15 des Rahmenvertrages nach § 93 d BSHG).
- Die Vergütungen basieren auf einrichtungsindividuellen Kalkulationen.
- Die nachgeordneten Regelungen (Abrechnung- und Fehltageregelung) sind einheitlich und können an neue Ansprüche angepasst werden.
- Das Projekt zur Schulung der Beteiligten in der Quantifizierung der in den IBRP geplanten Hilfeleistungen ist in beiden Regionen durchgeführt worden.

Mitarbeiter der Leistungserbringer beider Projektregionen und Mitarbeiter des FB 207 wurden im Rahmen des Projekts »Personalbemessung« in der Quantifizierung des individuell ermittelten qualitativen Hilfebedarfs in Zeiteinheiten geschult. In beiden Regionen wurden die Ergebnisse der Quantifizierung des Hilfebedarfs für alle Leistungsberechtigten reflektiert und mit den tatsächlich vorhandenen Personalkapazitäten abgeglichen, um die Plausibilität der Quantifizierungsergebnisse zu überprüfen.

Hinsichtlich der zu quantifizierenden intensitätsabhängigen Leistungen wurde vereinbart, diese in Anlehnung an § 5 der Zusatzvereinbarung »Betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderungen« zum Rahmenvertrag nach § 93 d Abs. 2 BSHG/§ 79 Abs. 1 SGB XII für ambulante Einrichtungen vom 11.07.2002 als »personenbezogene Leistungen und Maßnahmen« zu definieren. Da die Regelungen des § 5 der Zusatzvereinbarung nur für die Einrich-

tungsart »Betreutes Wohnen« verfasst wurden, mussten diese Regelungen für das Projekt überarbeitet werden, da hier unterschiedliche Einrichtungsarten betrachtet werden.

Daher lauten die neuen, gültigen Zuordnungsformulierungen für zu quantifizierende Leistungen im Rahmen des Projekts wie folgt: Personenbezogene Leistungen und Maßnahmen i. S. des § 76 Abs. 2 SGB XII und zur Bemessung des geplanten Leistungsumfanges sind insbesondere:

- Mitwirkung bei der Erstellung des Gesamtplans und der Erstellung der individuellen Hilfeplanung,
- (personenbezogene) Dokumentation,
- Verknüpfung und Koordination der Leistungen,
- Beratung, Begleitung und Unterstützung der leistungsberechtigten Person in allen eingliederungsrelevanten Angelegenheiten,
- Hilfestellung bei der Vermittlung und Organisation der erforderlichen Hilfen zur Teilhabe und selbstbestimmtem Leben einschließlich haushaltssichernder und gesundheitsfördernder Hilfen,
- Krisenintervention,
- Zusammenarbeit mit rechtlichen Betreuern, Angehörigen, sozialem Umfeld usw.,
- Hilfestellung bei den Mitwirkungspflichten der leistungsberechtigten Person nach §§ 60 ff. SGB I und
- Vor- und Nachbereitung der Leistungen und Maßnahmen.

Nicht-personenbezogene Leistungen und die dahinter stehenden Kosten wie

- Organisation und Leitung des Dienstes, Fall-, Teambesprechungen, Arbeitskreise etc.,
- Verwaltung und Öffentlichkeitsarbeit,
- Fortbildung und Supervision,
- qualitätssichernde Maßnahmen und
- Fahrten- und Wegezeiten

werden im Rahmen des Projekts den Strukturkomponenten und damit den Basisbeträgen zugeordnet. Die Hinweise auf dem Personalbemessungsbogen (PBB) sind entsprechend dieser Vorgaben zu interpretieren.

Die Quantifizierung des Hilfebedarfs mittels des Instruments »Personalbemessungsbogen«³⁵ erfolgt durch die Zuordnung des geplanten Hilfebedarfs in Minuten zu sechs funktional differenzierten Leistungsbereichen.

Die Zuordnung von Leistungen zu den Leistungsbereichen erfolgt nach dem Finalitätsprinzip, das heißt unter Berücksichtigung der jeweiligen zielorientierten Funktion der Hilfen. Hier bestimmt also die Zielsetzung der Hilfe die Zuordnung. Hierbei ist zum einen auf Synergieeffekte zu achten, zum anderen sollen auch

35 Vgl. hierzu Kapitel 3.

mögliche Leistungen anderer Leistungsträger sowie die Erschließung nicht-psychiatrischer Hilfen Beachtung finden.

Leistungsgruppen und Leistungsstufen

Zur Bildung der gesetzlich geforderten Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs³⁶ werden die individuell geplanten Eingliederungshilfeleistungen pro funktionalem Leistungsbereich und Einrichtungsart summiert und zweimal gemittelt. Das Verfahren der doppelten Mittelung unterstützt die Quantifizierung der Maßnahmen. Die Zeitstufen (Werte: Geplante Leistungsminuten pro Woche) sind wie folgt definiert:

Tab. 2: Zuordnungsstufe geplante Leistungsminuten – Minimal-, Maximal- und Mittelwert je Leistungsbereich

| Zuordnungsstufe der tatsächlich geplanten Minuten | Minimumwert in geplanten Minuten je Leistungsbereich | Maximumwert in geplanten Minuten je Leistungsbereich | Mittelwert je Leistungsbereich |
|--|---|---|-----------------------------------|
| 1 | 0 | 7 | 0 |
| 2 | 8 | 11 | 10 |
| 3 | 12 | 16 | 14 |
| 4 | 17 | 23 | 20 |
| 5 | 24 | 33 | 28 |
| 6 | 34 | 47 | 40 |
| 7 | 48 | 67 | 57 |
| 8 | 68 | 95 | 80 |
| 9 | 96 | 130 | 113 |
| 10 | 136 | 190 | 160 |
| 11 | 191 | 269 | 226 |
| 12 | 270 | 380 | 320 |
| 13 | 381 | 538 | 452 |
| 14 | 539 | 761 | 640 |
| 15 | 762 | 1076 | 905 |

Die Summe der einzelnen Zeitwerte der Leistungsbereiche je Leistungsfall werden summiert und gemittelt (1. Mittelung). Das Ergebnis der einzelnen Leistungsbereiche wird summiert und bei der Zuordnung zu Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs erneut gemittelt (2. Mittelung).³⁷ Diese Gruppen werden »Leistungsgruppen« (LG) bzw. »Leistungsstufen« (LS) genannt. Diese Einteilung erfolgt

³⁶ Vgl. § 76 Abs. 2 Satz 2 SGB XII: Die Maßnahmepauschale wird nach Gruppen für Leistungsbedürftige mit vergleichbarem Bedarf kalkuliert.

³⁷ Siehe Kapitel 3.

je Einrichtungsart in sechs Leistungsgruppen und zwei zusätzlichen Leistungsstufen.

Der Begriff »Einrichtungsart« definiert in Hessen institutionelle Leistungsangebote. Bei jedem Leistungsangebot sind strukturelle Standards in Rahmenverträgen und Vereinbarungen fest hinterlegt.

In das Projekt »Leistungsfinanzierung« sind folgende Einrichtungsarten einbezogen:

- Stationäres Wohnen
- Betreutes Wohnen
- Hilfen zur Gestaltung des Tages im Wohnheim und
- Tagesstätten

Für diese Einteilung in Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs je Einrichtungsart werden folgende Werte und Regelungen vereinbart:

Tab. 3: Leistungsstufen und mittlerer Zeitwert pro Woche

| <u>Leistungsgruppe/-stufe</u> | <u>von – bis (Minuten pro Woche)</u> | <u>mittlerer Zeitwert (Minuten pro Woche)</u> |
|---|--------------------------------------|---|
| unter 8 Minuten geplante Hilfe in der Woche | | keine Leistungen |
| LS(-Stufe) U1 | 8–95 | Ist-Wert des Klienten |
| LG(-Gruppe) 1 | 96–135 | 113 |
| LG 2 | 136–190 | 160 |
| LG 3 | 191–269 | 226 |
| LG 4 | 270–380 | 320 |
| LG 5 | 381–538 | 452 |
| LG 6 | 539–761 | 640 |
| LS 6+ | 762–und darüber = | Ist-Wert des Klienten |

Die Vergütung für die einzelnen Leistungsgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des Euro-Werts je Leistungsminute mit dem jeweiligen mittleren Zeitwert. In den Leistungsstufen LS U1 und LS 6+ wird die individuelle Vergütung aus dem vereinbarten Grundwert (Euro-Betrag je geplanter Leistungsminute) und der individuell geplanten Minutenanzahl für die Hilfeleistung (ohne 2. Mittelung) durch Multiplikation ermittelt.

Vereinbart wurde, dass die Leistungsstufe U1 nicht für »Neu-Leistungsbe-rechtigte« offen steht, sondern nur »ausschleichende« Betreuungsleistungen ermöglichen soll. In der Leistungsstufe U1 werden keine Basisbeträge finanziert, weil der geringe Umfang der ausschleichenden Hilfeleistung diesen Aufwand nicht rechtfertigen würde.

Rechtliche Erfordernisse aus dem SGB IX und SGB XII

Das SGB IX³⁸ und das SGB XII³⁹ ermöglichen im Rahmen der Finanzierung von Leistungen für Menschen mit Behinderungen nicht nur innerhalb der von Sozialhilfe finanzierten Leistungen neue Wege, sondern auch im Rahmen einer leistungsträgerübergreifenden Finanzierung.

Diesen Anforderungen wird die im Projekt »Leistungsfinanzierung« entwickelte Vergütungssystematik gerecht. Sie stellt eine Systematik dar, die von der Finanzierung vollstationärer Versorgungssituationen bis hin zur Finanzierung persönlicher Budgets die Erfordernisse abdeckt und auch den Rahmen schafft für die Einbeziehung weiterer Leistungsträger in das Komplexangebot für den Klienten.

Dies ist in folgenden Umständen begründet:

- Überall dort, wo aufgrund planerischer Vorgaben Strukturkosten (Projektdefinition: Investitionsbetrag (-kosten) plus Grundpauschale plus Maßnahmepauschale 50 %) entstehen, werden diese durch die Vergütung des Basisbetrages gedeckt.
- Die Summe aller personenbezogenen Leistungen bestimmt die Höhe des leistungsabhängigen Maßnahmebetrags. Hierin sind aufgrund einer Zuschlagskalkulation in der Arbeitszeitberechnung die mittelbaren personenbezogenen Leistungen integriert, ohne dass sie direkt bei der Quantifizierung der Hilfeplanung berücksichtigt werden.

Die mögliche Darstellung einzelner Leistungen für den jeweiligen Klienten lässt deren transparente Abgrenzung zu und bildet somit die Grundlage für die Einbeziehung weiterer Leistungsträger in das Komplexleistungsprogramm.

Detailregelungen für die Vergütungsumrechnung

In den Sitzungen der Steuerungsgruppe des Projekts wurden folgende Detailregelungen für das weitere Verfahren vereinbart:

Die budgetneutrale Umstellung der Vergütung

1. Für alle Leistungsberechtigten müssen bis 15.09.2005 quantifizierte IBRP vorliegen. Zum Stichtag werden alle Klienten, die auf Basis der abgeschlossenen Leistungsvereinbarungen Leistungen nach §§ 75 ff. SGB XII durch die

38 Siehe SGB IX die Regelungen zum persönlichen Budget § 17, der Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2–4.

39 Siehe SGB XII die Regelungen zur individuellen Bedarfsdeckung § 9 und § 36, Regelungen zur Vergütung gemäß § 75 ff.

Leistungserbringer in den Projektregionen erhalten, erfasst und dem LWV (Regionalmanager) mitgeteilt. Diese Mitteilung umfasst den IBRP inkl. Personalbemessungsbogen sowie Angaben zum Kostenträger in den Fällen, in denen der LWV nicht Kostenträger ist.

2. Für die budgetneutrale Umstellung wird das Umstellungsbudget auf Basis der vereinbarten Vergütungswerte zum Stichtag (15.09.2005) errechnet.
3. Für die Budgetsteuerung werden ggf. unterbelegte Kapazitäten mit den Durchschnittsminuten je Platz und Leistungstyp bewertet.
4. Die Budgetberechnung wird auf 365 Tage hochgerechnet und dann anhand eines Tagesbudgets (Bezugspunkt 365 Tage) umgerechnet. Die Leistungen gelten für die 7-Tage-Woche. Bei der Umrechnung wird bei Euro-Beträgen mit vier Stellen nach dem Komma und bei der Wochenumrechnung mit 52,143 Jahreswochen kalkuliert.
5. Alle Hilfepläne sollten frühestens sechs Monate nach dem Beginn des Erprobungszeitraums überprüft und bei Veränderung des Hilfebedarfs in der HPK neu beschlossen werden.
6. Ab dem 01.11.2005 liegen die Anträge, über die im Rahmen der HPK beraten werden sollen, fünf Arbeitstage (Wiesbaden) bzw. drei Arbeitstage (Wetterau) vor der Sitzung der HPK beim LWV vor. Es gilt das Datum des Posteingangsstempels. Nur bei Einhaltung dieser Frist ist die Bearbeitung in der HPK gewährleistet.
7. Möglichst viele Zeitwerte sollten von der HPK für die Umstellung bestätigt sein.
8. Für den Stichtag können jedoch auch Werte durch die Träger für Leistungsbe-rechtigte eingereicht werden, die noch nicht durch die HPK bestätigt wurden. Diese müssen der HPK parallel zum Stichtag mitgeteilt und von dieser bestätigt werden. Nach dem Stichtag sind alle Quantifizierungen durch die HPK zu be-stätigen. (Diese Regelung wurde getroffen, da es zeitlich nicht möglich war, die IBRP und Personalbemessungsbögen für alle in das Projekt einbezogenen Lei-stungsberechtigten bis zum Stichtag in der jeweiligen HPK zu behandeln.)
9. Die Umrechnung der Vergütungen erfolgt je Leistungserbringer und Regi-on.

Die Quantifizierung der Zeitwerte

1. Quantifiziert werden die personenbezogenen Leistungen (in Anlehnung an § 5 Abs. 3 der Zusatzvereinbarung zum Betreuten Wohnen).
2. Je Leistungsberechtigtem sollte die Gesamtschau und Verhältnismäßigkeit bezüglich der Summe der Komplexleistungen beachtet werden.
3. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass es bei der Quantifizierung der Hilfen für einen Leistungsberechtigten nur in Ausnahmen vorstellbar ist, dass er in mehreren Leistungsbereichen die jeweils obersten Zeitstufen benötigt.

Bei Überschreiten der Eckwerte (oberste Zeitstufe) findet die Kappung der Zeitstufen des Personalbemessungsbogens je Leistungsbereich auf die jeweilige Zeitstufe statt.

4. Die Zeitwerte sollen sich an dem realistischen Leistungsvermögen der Leistungserbringer orientieren. Nicht-psychiatrische Hilfen und andere Leistungserbringer oder Leistungsträger (Ehrenamt etc.) sind zu kennzeichnen.
5. Die Vergütung je Zeiteinheit (Maßnahmebetrag) ist über alle Leistungsbereiche nach IBRP und über alle Einrichtungsarten hinweg für einen Leistungserbringer gleich.
6. Die Sollwerte für die Leistungen sollen auf dem Personalbemessungsbogen festgelegt werden, da nicht jede Vorgehensweise zu einer Zeiteinschätzung führt.
7. Die Spalte »entspricht Hilfebedarfsgruppe (Hessen)« ist nur zur Orientierung auf dem Personalbemessungsbogen ausgewiesen.

Die Fehltageregelung für die Umstellung und die Abrechnungsregeln für den Erprobungszeitraum

Die institutionsgebundene Fehltageregelung je Einrichtungsart kann bei der Anwendung eines übergreifenden Abrechnungssystems keine Anwendung mehr finden. Sie wird daher im Rahmen des Projekts durch eine einmalige Reduktion der Vergütungen in entsprechender Höhe abgeschafft. Folgende Verfahrensschritte gelten hierfür:

1. Die Leistungserbringer ermitteln die tatsächlich nicht refinanzierten Fehltag bzw. anteilig refinanzierten Fehltag sowie die in dieser Periode erzielten gesamten Abrechnungstage und teilen diese dem LWV zur Überprüfung mit.
2. Der Ermittlungszeitraum umfasst die Zeit vom 01.01.2004 bis zum 31.12.2004. Sollten die Werte dieses Zeitraumes von dem langjährigen Mittel (drei Jahre) nachweislich abweichen, kann nach Rücksprache mit dem LWV ersatzweise das langjährige Mittel zur Berechnung herangezogen werden. Für im Jahr 2004 neu aufgebaute Angebote können nach Rücksprache mit dem LWV ersatzweise die Durchschnittswerte der vergleichbaren Leistungsangebote anderer Rechtsträger verwendet werden.
3. Diese Abrechnungstage werden mit den aktuell gültigen Vergütungssätzen multipliziert und als Prozentsatz des erzielbaren Budgets (Belegungstage des Referenzzeitraumes multipliziert mit den aktuell gültigen Vergütungssätzen) von den jeweils gültigen Vergütungen abgezogen.
4. Für Angebote, in denen bisher keine Fehltageregelung gültig war (Betreutes Wohnen und Tagesstätten), werden die gültigen Sätze 1:1 übernommen.
5. Der Vorschlag gilt nur für die beteiligten Leistungsangebote in den beiden Modellregionen während der Erprobungsphase.
6. Die Hilfeplanung für die Zeit nach einer längeren Abwesenheit (länger dauerndem Klinikaufenthalt etc.) i. d. R. 60 Tage muss regelhaft auch die Prüfung

der Notwendigkeit/Möglichkeit ambulanter Pflege beinhalten; ein Stufenplan kann vereinbart werden. Diese Regelung soll auch für den ambulanten Bereich gelten.

7. Je Klient sind maximal zwei Basisbeträge und eine Summe von Leistungsmi-
nuten in Form von maximal zwei Maßnahmebeträgen abrechenbar, nämlich
für »Wohnen« und »Tagesstruktur«. Die Summe von Leistungsminuten kann
sich aus zwei Hilfeleistungen zusammensetzen.
8. Sind unterschiedliche Leistungserbringer an einer Hilfeleistung beteiligt (z. B.
»Gestaltung des Tages« an zwei Tagen pro Woche bei Leistungserbringer
A und an drei Tagen pro Woche bei Leistungserbringer B), rechnet nur ein
Leistungserbringer mit dem Leistungsträger ab. Die beiden Leistungserbringer
müssen sich über die Aufteilung des Leistungsentgelts intern einigen.
9. Maximal sind 100 % der vereinbarten Plätze je Leistungserbringer mit dem
Basisbetrag abrechenbar.
10. Maßnahmebeträge (Leistungspauschalen) können auch für mehr als 100 %
der Plätze abgerechnet werden, wenn diese durch die HPK bestätigt sind.
11. Das Jahr wird mit 365 Tagen, mit 52,143 Wochen und ein Monat mit 30,416
Tagen sowie eine Woche mit sieben Tagen gerechnet.
12. Abrechnungserfordernisse in der Phase des Echteinsatzes:
 - Die Leistungserbringer erstellen eine monatliche Rechnung (Auflistung aller
Leistungsberechtigter), auf welcher getrennt Basisbetrag und Maßnahmebetrag
(Leistungsgruppe oder Leistungsstufe) sowie das Eintrittsdatum enthalten
sind.
 - Selbstzahler und Leistungsberechtigte in anderer Kostenträgerschaft werden
vorrangig aufgeführt.
 - An die Leistungserbringer werden zwei Sammelbeträge überwiesen (Basis- und
Maßnahmebeträge).
13. In Bezug auf die Tagesstätten wird bei der Umrechnung die Anzahl der Tages-
stättenbesucher und nicht die Platzzahl zugrunde gelegt. Für die neu eröffneten
Tagesstätten werden separate Regelungen getroffen.

4.3 Verfahren der budgetneutralen Vergütungsumrechnung

Die oben bereits grob skizzierte Vergütungsumrechnung erfolgt in mehreren Schritten und wird hier anhand von Beispieldaten je Einrichtungsart dargestellt.

Berechnung der Einnahmeverolumina je Einrichtungsart zum Stichtag

Im ersten Schritt werden je Einrichtungsart die Einnahmeverolumina errechnet (bezogen auf die bestehende Vergütungsvereinbarung und die Stichtagsbelegung).

Tab. 4: Beispiel 1.1: Stationäres Wohnen

| Angebot | bisherige Vergütungsstruktur | | | |
|---------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------|
| | Vergütungssatz | Stichtagsbelegung | Abrechnungstage [Belegung x 365] | Volumen (€) |
| Stationäres Wohnen | | | | |
| Investitionsbetrag | 13,89 | 11 | 4015 | 55.768,35 |
| Grundpauschale | 11,94 | 11 | 4015 | 47.939,10 |
| Maßnahmepauschale (50 %) | 7,27 | 11 | 4015 | 29.189,05 |
| Maßnahmepauschale (100 %) | | | | 0,00 |
| HBG 1 | 15,62 | 0 | 0 | 0,00 |
| HBG 2 | 22,98 | 1 | 365 | 8.387,70 |
| HBG 3 | 45,78 | 8 | 2920 | 133.677,60 |
| HBG 4 | 67,86 | 2 | 730 | 49.537,80 |
| HBG 5 | 82,80 | 0 | 0 | 0,00 |
| Summe | | | | 324.499,60 |

In dem Musterbeispiel beträgt die Budgetsumme 324.499,60 Euro für das stationäre Wohnen.

Tab. 5: Beispiel 1.2: Hilfen zur Gestaltung des Tages im Wohnheim

| Angebot | bisherige Vergütungsstruktur | | | |
|---|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------|
| | Vergütungssatz | Stichtagsbelegung | Abrechnungstage [Belegung x 365] | Volumen (€) |
| Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim | | | | |
| Investitionsbetrag | 0,00 | 9 | 3285 | 0,00 |
| Grundpauschale | 0,00 | 9 | 3285 | 0,00 |
| Maßnahmepauschale (50 %) | 0,00 | 9 | 3285 | 0,00 |
| Maßnahmepauschale (100 %) | | | | 0,00 |
| HBG 1 | 6,26 | 0 | 0 | 0,00 |
| HBG 2 | 8,45 | 2 | 730 | 6.168,50 |
| HBG 3 | 16,95 | 3 | 1095 | 18.560,25 |
| HBG 4 | 25,54 | 4 | 1460 | 37.288,40 |
| HBG 5 | 33,27 | 0 | 0 | 0,00 |
| Summe | | | | 62.017,15 |

In dem Musterbeispiel beträgt die Budgetsumme 62.017,15 Euro für die HGT WH.

Tab. 6: Beispiel 1.3: Tagesstätte

| Angebot Tagesstätte | bisherige Vergütungsstruktur | | | Volumen (€) |
|---------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------|
| | Vergütungssatz | Stichtagsbelegung | Abrechnungstage [Belegung x 365] | |
| Investitionsbetrag | 4,56 | 43 | 15695 | 71.569,20 |
| Grundpauschale | 5,12 | 43 | 15695 | 80.358,40 |
| Maßnahmepauschale (50 %) | 3,87 | 43 | 15695 | 60.739,65 |
| Maßnahmepauschale (100 %) | 18,94 | 43 | 15695 | 297.263,30 |
| Summe | | | | 509.930,55 |

In dem Musterbeispiel beträgt die Budgetsumme 509.930,55 Euro für die Tagesstätte.

In den Tagesstätten erfolgte vor der Vergütungsumstellung keine Zuordnung der Leistungsberechtigten zu Hilfebedarfsgruppen.

Tab. 7: Beispiel 1.4.: Betreutes Wohnen

| Angebot Betreutes Wohnen | bisherige Vergütungsstruktur | | | Volumen (€) |
|---|------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------|
| | Vergütungssatz | Stichtagsbelegung | Abrechnungstage [Belegung x 365] | |
| Jahrespauschale Investitionsbetrag (30,00 €/Sollplatz) | 30,00 | 150 | | 4.500,00 |
| Fachleistungsstunden p.a. | | | | |
| 99 | 1,79 | 39 | 3861 | 199.961,19 |
| 120 | 51,79 | 73 | 8760 | 453.680,40 |
| 140 | 51,79 | 0 | 0 | 0,00 |
| 147 | 51,79 | 27 | 3969 | 205.554,51 |
| 170 | 51,79 | 0 | 0 | 0,00 |
| 198 | 51,79 | 7 | 1386 | 71.780,94 |
| 288 | 51,79 | 0 | 0 | 0,00 |
| 297 | 51,79 | 0 | 0 | 0,00 |
| 340 | 51,79 | 0 | 0 | 0,00 |
| Summe | | 146 | 17976 | 935.477,04 |

In dem Musterbeispiel beträgt die Budgetsumme 935.477,04 Euro für das Betreute Wohnen. In dieser Budgetsumme ist auch der Zusatzbetrag je Sollplatz (150) der jährlichen Investitionspauschale berücksichtigt. Dies gilt auch bei der gegebenen Belegung mit 146 Klienten zum Stichtag.

Verteilung auf Basisbeträge und Maßnahmebetrag

Im zweiten Schritt werden die ermittelten Einnahmenvolumina aufgeteilt und entsprechend den oben dargestellten Festsetzungen und Vereinbarungen folgend den Basisbeträgen und dem Maßnahmebetrag je Leistungserbringer und Region neu zugeordnet. Die Berechnung der Basisbeträge erfolgt einrichtungsartenbezogen.

Tab. 8: Beispiel 2.1: Stationäres Wohnen

| Angebot | Umverteilung in neue Vergütungsstruktur | | | |
|--|---|-------------|--------------------------|-------------|
| | Basisbetrag | | Maßnahmebetrag | |
| | % vom bisherigen Volumen | Volumen (€) | % vom bisherigen Volumen | Volumen (€) |
| Stationäres Wohnen | | | | |
| Investitionsbetrag | 100 % | 55.768,35 | 0 % | 0,00 |
| Grundpauschale | 75 % | 35.954,33 | 0 % | 0,00 |
| Maßnahmepauschale (50 %) | 75 % | 21.891,79 | 0 % | 0,00 |
| Maßnahmepauschale (100 %) | | | | |
| HBG 1 | 0 % | | 100 % | 0,00 |
| HBG 2 | 0 % | | 100 % | 8.387,70 |
| HBG 3 | 0 % | | 100 % | 133.677,60 |
| HBG 4 | 0 % | | 100 % | 49.537,80 |
| HBG 5 | 0 % | | 100 % | 0,00 |
| Summe | 35,0 % | 113.614,47 | 59,0 % | 191.603,10 |
| abrechnungstäglicher Wert [Volumen Basisbetrag: Abrechnungstage] | | | | 28,30 |

Bei der Analyse der Zuordnung von Kosten zu den ursprünglichen Vergütungsbestandteilen wurde festgestellt, dass für die im Wohnheim angegliederte Einrichtungsart »Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim« keine »Fixkosten« ausgewiesen wurden. Daher wurde nach der Analyse einheitlich die Zuordnung von 25 % der Basisbetragsanteile (GP und MP 50 %) aus der Einrichtungsart »Wohnheim« in die Einrichtungsart »Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim« (Beispiel 2.2) transferiert. Somit werden in der Beispielrechnung aus dem Gesamtbudget des stationären Wohnens nur 35 % auf den Basisbetrag und 59 % auf den Maßnahmebetrag im stationären Wohnen zugeordnet (s. Tab. 9).

Grundsätzlich werden für den Basisbetrag

- der Investitionsbetrag der jeweiligen Einrichtungsart
- die Grundpauschale (GP) und
- die Maßnahmepauschale 50 % (MP 50 %) addiert.

Abweichend davon, werden in der Einrichtungsart »Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim« (HGT WH) folgende Summen zugeordnet:

- 25 % der GP aus der bisherigen Wohnheimvergütung
- 25 % der MP 50 % aus der bisherigen Wohnheimvergütung

Tab. 9: Beispiel 2.2: Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim

| Angebot | Umverteilung in neue Vergütungsstruktur | | | |
|--|---|-------------|-----------------------------|-------------|
| | Basisbetrag | | Maßnahmebetrag | |
| | % vom bisherigen Volumen | Volumen (€) | % vom bisherigen Volumen | Volumen (€) |
| Hilfen zur Gestaltung des Tages im Wohnheim | | | | |
| Investitionsbetrag | 0 % | 0,00 | 0 % | 0,00 |
| Grundpauschale | 25 % | 11.984,78 | 0 % | 0,00 |
| Maßnahmepauschale (50 %) | 25 % | 7.297,26 | 0 % | 0,00 |
| Maßnahmepauschale (100 %) | | | | |
| HBG 1 | 0 % | | 100 % | 0,00 |
| HBG 2 | 0 % | | 100 % | 6.168,50 |
| HBG 3 | 0 % | | 100 % | 18.560,25 |
| HBG 4 | 0 % | | 100 % | 37.288,40 |
| HBG 5 | 0 % | | 100 % | 0,00 |
| Summe | | 19.282,04 | | 62.017,15 |
| abrechnungstäglicher Wert [Volumen Basisbetrag: Abrechnungstage] | | | | 5,87 |

Mit dem Transfer von Teilen der Fixkosten aus dem Bereich »Stationäres Wohnen« in den Bereich der HGT WH erfolgt eine realitätsnähere Abbildung der Fixkosten.

Tab. 10: Beispiel 2.3: Tagesstätte

| Angebot | Umverteilung in neue Vergütungsstruktur | | | |
|--|---|-------------|-----------------------------|-------------|
| | Basisbetrag | | Maßnahmebetrag | |
| | % vom bisherigen Volumen | Volumen (€) | % vom bisherigen Volumen | Volumen (€) |
| Tagesstätte | | | | |
| Investitionsbetrag | 100 % | 71.569,20 | 0 % | 0,00 |
| Grundpauschale | 100 % | 80.358,40 | 0 % | 0,00 |
| Maßnahmepauschale (50 %) | 100 % | 60.739,65 | 0 % | 0,00 |
| Maßnahmepauschale (100 %) | 0 % | | 100 % | 297.263,30 |
| Summe | | 212.667,25 | | 297.263,30 |
| Abrechnungstäglicher Wert [Volumen Basisbetrag: Abrechnungstage] | | | | 13,55 |

Bei der Vergütungsumrechnung Tagesstätten wurde aufgrund der bestehenden Regelung zur möglichen Überbelegung bei der Budgetberechnung im Schritt 1 mit der tatsächlichen Belegung gerechnet.

Die jährliche Investitionspauschale im Betreuten Wohnen in Höhe von 30,00 Euro je Sollplatz wird aufsummiert und eingerechnet. Die bisherige jährliche Zahlung erübrigt sich damit für die Dauer des Projekts. Die ermittelten Basisbeträge können bis zur vereinbarten Sollplatzzahl entsprechend der tatsächlichen Belegung je Einrichtungsart abgerechnet werden. So sind die Fixkosten bei Erreichen der ursprünglich kalkulierten Auslastung (z. B. 95 %) gedeckt (Tab. 11).

Tab. 11: Beispiel 2.4: Betreutes Wohnen

| Angebot | Umverteilung in neue Vergütungsstruktur | | | |
|--|---|-------------|---|-------------|
| | Basisbetrag | | Maßnahmebetrag | |
| | % vom bisherigen Volumen | Volumen (€) | % vom bisherigen Volumen | Volumen (€) |
| Betreutes Wohnen | | | | |
| Jahrespauschale (1) Investitionsbetrag (30,00 €/Platz) | 100 % | 4.500,00 | 0 % | 0,00 |
| Investitionsbetrag | 7 % | 65.168,39 | } aus der Gesamtsumme Betreutes Wohnen ohne (1) | |
| Grundpauschale | 7 % | 65.168,39 | | |
| Maßnahmepauschale (50 %) | 5 % | 46.548,85 | | |
| Maßnahmepauschale (100 %) | | | | |
| Fachleistungsstunden p. a. | | | | |
| 99 | 0 % | 0,00 | 81 % | 161.968,56 |
| 120 | 0 % | 0,00 | 81 % | 367.481,12 |
| 140 | 0 % | 0,00 | 81 % | 0,00 |
| 147 | 0 % | 0,00 | 81 % | 166.499,15 |
| 170 | 0 % | 0,00 | 81 % | 0,00 |
| 198 | 0 % | 0,00 | 81 % | 58.142,56 |
| 288 | 0 % | 0,00 | 81 % | 0,00 |
| 297 | 0 % | 0,00 | 81 % | 0,00 |
| 340 | 0 % | 0,00 | 81 % | 0,00 |
| Summe | | 181.385,63 | | 754.091,39 |
| abrechnungstäglicher Wert [Volumen Basisbetrag: Abrechnungstage] | | | | 3,40 |

Berechnung des Maßnahmebetrags

Die Berechnung des Maßnahmebetrags erfolgt nicht einrichtungsartenbezogen, da dieser Wert über alle Einrichtungsarten eines Leistungserbringers in einer Region hinweg ermittelt wird und damit leistungserbringerbezogen einheitlich ist, um eine Flexibilisierung der personenzentrierten Leistungen über Einrichtungsarten hinweg zu ermöglichen. Im dritten Schritt wird die Anzahl der Leistungsberechtigten in den jeweiligen Leistungsgruppen und Einrichtungsarten mit den Mittelwerten je Leistungsgruppe zu Jahresleistungsdaten hochgerechnet.

Im stationären Wohnen werden in diesem Beispiel elf Leistungsberechtigte mit durchschnittlich 347 geplanten Leistungsminuten (gewichteter Durchschnitt) in der Woche betreut (199.291 Jahresminuten geteilt durch elf Leistungsberechtigte und 52,143 Jahreswochen) (Tab. 12).

In der Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim werden in dem Beispiel neun Leistungsberechtigte mit durchschnittlich 253 geplanten Leistungsminuten (gewichteter Durchschnitt) in der Woche betreut (Tab. 13).

In der Tagesstätte werden 43 Leistungsberechtigte mit durchschnittlich 222 geplanten Leistungsminuten (gewichteter Durchschnitt) je Woche in der Beispielrechnung betreut (Tab. 14).

Tab. 12: Beispiel 3.1: Stationäres Wohnen

| Leistungsgruppe | Minuten Mittelwerte je LG und Woche | Stichtagsbelegung | Jahreswochen | Minuten pro Jahr |
|-----------------|--|-------------------|--------------|------------------|
| u.1 | | 0 | 52,143 | 0 |
| 1 | 113 | 0 | 52,143 | 0 |
| 2 | 160 | 0 | 52,143 | 0 |
| 3 | 226 | 1 | 52,143 | 11.784 |
| 4 | 320 | 7 | 52,143 | 116.800 |
| 5 | 452 | 3 | 52,143 | 70.706 |
| 6 | 640 | 0 | 52,143 | 0 |
| ü.6 | | 0 | 52,143 | 0 |
| Summe | | 11 | | 199.291 |

Tab. 13: Beispiel 3.2: Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim

| Leistungsgruppe | Minuten Mittelwerte je LG und Woche | Stichtagsbelegung | Jahreswochen | Minuten pro Jahr |
|-----------------|--|-------------------|--------------|------------------|
| u.1 | | 0 | 52,143 | 0 |
| 1 | 113 | 0 | 52,143 | 0 |
| 2 | 160 | 2 | 52,143 | 16.686 |
| 3 | 226 | 3 | 52,143 | 35.353 |
| 4 | 320 | 4 | 52,143 | 66.743 |
| 5 | 452 | 0 | 52,143 | 0 |
| 6 | 640 | 0 | 52,143 | 0 |
| ü.6 | | 0 | 52,143 | 0 |
| Summe | | 9 | | 118.782 |

Tab. 14: Beispiel 3.3: Tagesstätte

| Leistungsgruppe | Minuten Mittelwerte je LG und Woche | Stichtagsbelegung | Jahreswochen | Minuten pro Jahr |
|-----------------|--|-------------------|--------------|------------------|
| u.1 | | 0 | 52,143 | 0 |
| 1 | 113 | 0 | 52,143 | 0 |
| 2 | 160 | 10 | 52,143 | 83.429 |
| 3 | 226 | 28 | 52,143 | 329.961 |
| 4 | 320 | 5 | 52,143 | 83.429 |
| 5 | 452 | 0 | 52,143 | 0 |
| 6 | 640 | 0 | 52,143 | 0 |
| ü.6 | | 0 | 52,143 | 0 |
| Summe | | 43 | | 496.819 |

Tab. 15: Beispiel 3.4: Betreutes Wohnen

| Leistungsgruppe/ -stufe | Minuten Mittelwerte je LG und Woche | Stichtagsbelegung | Jahreswochen | Minuten pro Jahr |
|----------------------------|--|-------------------|--------------|------------------|
| LS u.1 | | 0 | 52,143 | 0 |
| LG 1 | 113 | 44 | 52,143 | 259.255 |
| LG 2 | 160 | 92 | 52,143 | 767.545 |
| LG 3 | 226 | 9 | 52,143 | 106.059 |
| LG 4 | 320 | 1 | 52,143 | 16.686 |
| LG 5 | 452 | 0 | 52,143 | 0 |
| LG 6 | 640 | 0 | 52,143 | 0 |
| LS 6 + | | 0 | 52,143 | 0 |
| Summe | | 146 | | 1.149.545 |

Im Betreuten Wohnen werden 146 Klienten mit durchschnittlich 151 geplanten Leistungsminuten (gewichteter Durchschnitt) je Woche in der Beispielrechnung betreut.

Der vierte Schritt der Umrechnung besteht in der Ermittlung des nochmals gewichteten Durchschnittsminutenwerts, um die Vergütungen je Abrechnungstag und Leistungsgruppe zu ermitteln.

Tab. 16

| Angebot in der Beispielrechnung | Volumen (€) Maßnahme- budget (nach Umverteilung) | Anzahl Betreuungs- minuten p. a. | Minutenwert (€) |
|--|---|-------------------------------------|-----------------|
| Wohnen (St WH) | 191.603,10 | 199.291 | 0,6643 |
| Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim (HGT WH) | 62.017,15 | 118.782 | 0,6643 |
| Tagesstätte (TST) | 297.263,30 | 496.819 | 0,6643 |
| Betreutes Wohnen (Be Wo) | 754.091,39 | 1.149.545 | 0,6643 |
| Gesamt | 1.304.974,94 | 1.964.437 | 0,6643 |

Das Maßnahmebudget, das für die jeweiligen Einrichtungsarten in Schritt 2 ermittelt und aufsummiert wurde, wird durch die Gesamtsumme der Leistungsminuten geteilt. Die Leistungsminute kostet bei unserem Beispiel 0,6643 Euro. Der Minutenbetrag ist mit vier Stellen nach dem Komma gerechnet, da bei Rundung auf z. B. zwei Stellen nach dem Komma in der weiteren Berechnung der Vergütung erhebliche Differenzen auftreten würden.

Durch die Vereinbarung eines einrichtungsartenübergreifenden, einheitlichen Preises je Leistungsminute und Leistungserbringer wird die Flexibilisierung der Leistungen über die bestehenden institutionellen Grenzen der Einrichtungsarten hinweg ermöglicht. Im fünften Schritt werden die abrechnungstäglichen Euro-Werte je Leistungsgruppe in der Beispielrechnung ermittelt:

Tab. 17

| Leistungsgruppe | Anzahl Minuten pro Woche [gemittelter Wert der entsprechenden Leis- tungsgruppe] | Minutenwert (€) | Maßnahmebetrag pro Woche [Minuten pro Woche x Minutenwert] | abrechnungstäglicher Maßnahmebetrag (€) [Maßnahmebetrag pro Woche: 7] |
|-------------------|--|--------------------|---|--|
| Leistungsgruppe 1 | 113 | 0,6643 | 75,07 | 10,72 |
| Leistungsgruppe 2 | 160 | 0,6643 | 106,29 | 15,18 |
| Leistungsgruppe 3 | 226 | 0,6643 | 150,13 | 21,45 |
| Leistungsgruppe 4 | 320 | 0,6643 | 212,58 | 30,37 |
| Leistungsgruppe 5 | 452 | 0,6643 | 300,26 | 42,89 |
| Leistungsgruppe 6 | 640 | 0,6643 | 425,15 | 60,74 |

Die Mittelwerte je Leistungsgruppe beziehen sich auf die Planungen pro Woche und müssen daher noch durch sieben Tage geteilt werden (Abrechnung an 365 Tagen möglich). In der Übersicht ergeben sich aus der Umstellung folgende Werte:

Tab. 18

| | Anzahl Leistungs- berechtigte St WH | Anzahl Leistungs- berechtigte HGT WH | Anzahl Leistungs- berechtigte TST | Anzahl Leistungs- berechtigte BeWo | Anzahl Leistungs- berechtigte Gesamt | Vergü- tungs- sätze | Summe p. a. |
|---------------------|--|---|--|---|---|---------------------------|----------------|
| Leistungsstufe u. 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Leistungsgruppe 1 | 0 | 0 | 0 | 44 | 44 | 10,72 € | 172.163,20 € |
| Leistungsgruppe 2 | 0 | 2 | 10 | 92 | 104 | 15,18 € | 576.232,80 € |
| Leistungsgruppe 3 | 1 | 3 | 28 | 9 | 41 | 21,45 € | 320.999,25 € |
| Leistungsgruppe 4 | 7 | 4 | 5 | 1 | 17 | 30,37 € | 188.445,85 € |
| Leistungsgruppe 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 42,89 € | 46.964,55 € |
| Leistungsgruppe 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 60,74 € | - € |
| Leistungsstufe 6+ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Summe p. a. | 11 | 9 | 43 | 146 | 209 | | 1.304.805,65 € |
| Basisbeträge | 28,30 € | 5,87 € | 13,55 € | 3,40 € | | | |
| Summe p. a. | 13.624,50 € | 19.282,95 € | 212.667,25 € | 181.186,00 € | | | 526.760,70 € |
| | | | | | | | 1.831.566,35 € |

Von dem gesamten Budgetvolumen der Beispielberechnung in Höhe von 1.831.566,35 Euro sind nach der Umrechnung 526.760,70 Euro (28,8 %) über die Basisbeträge an die verschiedenen Institutionen gebunden. Die anderen 71,2 % des Volumens stehen der flexibilisierten Leistungsverteilung zur Verfügung.

Überprüfung der Budgetneutralität des Umrechnungsverfahrens

Im sechsten Schritt wird die Budgetneutralität des Umrechnungsverfahrens überprüft.

| | |
|--|--------------|
| Errechnetes, fiktives Jahresbudget nach der Umstellung (€) | 1.831.566,35 |
| Errechnetes, fiktives Jahresbudget vor der Umstellung (€) | 1.831.924,34 |
| Rundungsdifferenz (€) | -357,99 |
| Differenz in Prozent der Jahressumme | -0,0195% |

Die Rundungsdifferenz in den Größenordnungen des aufgeführten Beispiels wurde von allen Beteiligten als irrelevante Budgetveränderung durch die Umrechnung akzeptiert.

Ermittlung von Steuerungsgrößen am Rechenbeispiel

Aus den ermittelten Daten lassen sich Steuerungsgrößen für das Controlling ableiten. Diese Steuerungsgrößen werden zwar je Leistungserbringer ermittelt, fließen jedoch auch in die Steuerungsgrößen für die Gesamtregion ein. Wichtig ist, dass das Controlling für alle Beteiligten in der Hilfeplankonferenz nachvollziehbar ist.

Zu ermittelnde Steuerungsgrößen sind:

1. Bewilligte Leistungsminuten: Summe aller durch Kostenzusagen bewilligten Leistungsminuten, hochgerechnet auf den Erprobungszeitraum (das Haushaltsjahr des LWV Hessen);
2. Orientierungswert maximale Leistungsminuten: Anzahl der maximalen, auf Basis der bewilligten Plätze hochgerechneten, verbrauchbaren Leistungsminuten (nicht belegte Plätze werden dabei mit Durchschnittswerten hochgerechnet).

Tab. 19: Beispiel Leistungserbringer I:

| <u>Am Stichtag</u> | <u>Wohnen</u> | <u>HGT WH</u> | <u>Tagesstätte</u> | <u>BeWo</u> | <u>Gesamt</u> |
|---|----------------|----------------|--------------------|------------------|------------------|
| <u>Bewilligte Leistungsminuten</u> | <u>199.291</u> | <u>118.782</u> | <u>496.819</u> | <u>1.149.545</u> | <u>1.964.437</u> |
| <u>Belegung</u> | <u>11</u> | <u>9</u> | <u>43</u> | <u>146</u> | <u>209</u> |
| <u>Minutenmittelwert je Leistungsberechtigtem</u> | <u>347</u> | <u>253</u> | <u>222</u> | <u>151</u> | |
| <u>Vereinbarte Sollplatzzahl</u> | <u>12</u> | <u>12</u> | <u>43</u> | <u>155</u> | <u>222</u> |
| <u>Orientierungsminutenwert</u> | <u>217.408</u> | <u>158.376</u> | <u>496.819</u> | <u>1.220.407</u> | <u>2.093.010</u> |

Am Beispiel wird ersichtlich, dass zum Stichtag 15.09.2005 beim Leistungserbringer I 1.964.437 Leistungsminuten pro Jahr bewilligt waren. Insgesamt

ergibt sich jedoch beim selben Leistungserbringer ein Orientierungswert maximale Leistungsminuten in Höhe von 2.093.010 Leistungsminuten pro Jahr. Die Differenz zwischen den bewilligten Leistungsminuten (zum Stichtag) und dem Orientierungswert maximale Leistungsminuten ergibt sich aus der Differenz zwischen der tatsächlichen Belegung zum Stichtag und der Kapazität (Sollplätze), die zum Stichtag vereinbart waren.

Der Orientierungswert maximale Leistungsminuten würde sich bei einer Belegung aller anerkannten Plätze (hochgerechnet wurde hier mit Durchschnittswerten) errechnen.

Für die Erprobungsphase des Projekts war – den Intentionen des personenzentrierten Ansatzes folgend, dass jeder Klient Hilfeleistungen entsprechend seines festgestellten Bedarfs erhalten soll – vereinbart worden, dass der Orientierungswert »maximale Leistungsminuten« keinen festen Budgetdeckel darstellen soll.

Er dient lediglich dazu im Rahmen des Controllings Veränderungen im Leistungsvolumen der Region zu beobachten und zu analysieren.

Für den Projektzeitraum ist, wie bereits beschrieben, die Abrechnung der Basisbeträge durch die jeweilige Sollplatzzahl begrenzt. Maßnahmebeträge werden für alle Leistungsberechtigten entsprechend ihrem individuellen Hilfebedarf abgerechnet. Dabei besteht das Bestreben aller Beteiligten, den Orientierungswert maximale Leistungsminuten für die Gesamtregion nicht zu überschreiten. Den Orientierungswert berührende oder gar überschreitende Leistungsmengen sollen – soweit unter Wahrung der Rechtsansprüche im Einzelfall möglich – durch kooperative und flexible Betreuungsarrangements vermieden werden.

4.4 Ergebnisse der Vergütungsumrechnung im Projekt

Mit den im Rechenbeispiel dargestellten Verfahrensschritten wurden bei den beteiligten Leistungserbringern folgende tatsächliche Werte ermittelt.

Prozentuale Aufteilung der Vergütung zum Stichtag

Bei der Vergütungsumrechnung ergab sich folgende Aufteilung der Stichtagsbudgets der beteiligten Leistungserbringer zwischen den Budgets der Basisbeträge und der Maßnahmebeträge (Abb. 6):

Die Anteile des Basisbetrags weisen eine Schwankungsbreite zwischen 29 % und 42 % auf. Der höchste Wert (42 %) wird durch ein relativ kleines vollstationäres Angebot verursacht.

Im gewichteten Durchschnitt werden 34 % des Gesamtbudgets nach der Umstellung durch die Basisbeträge an die oben genannten Strukturkomponenten

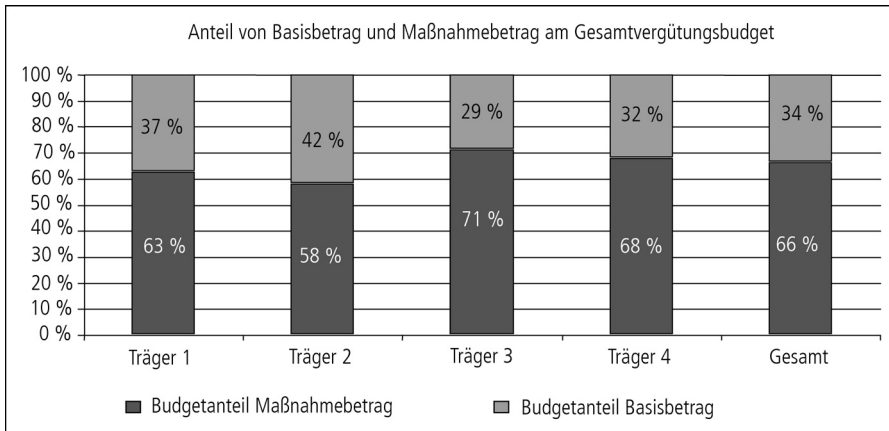


Abb. 6: Budgetanteile von Basisbetrag und Maßnahmebetrag am Gesamtbudget je Leistungserbringer

gebunden. Dementsprechend werden 66 % des Leistungsvolumens durch die Einrichtungsartenübergreifende Maßnahmepauschale flexibilisiert und nach den geplanten Leistungsminuten verteilt.

Ergebnisse der Quantifizierung der Hilfen zum Stichtag

Zum Stichtag der Vergütungsumrechnung waren die Klienten der beteiligten Leistungserbringer folgenden Leistungsgruppen als Leistungsfälle je Einrichtungstyp zugeordnet:

Tab. 20

| | Anzahl Leistungsfälle | | | | Gesamt |
|--------------------|-----------------------|--|-------------|------------------|--------|
| | Wohnen | Hilfen zur Gestaltung des Tages im Wh. | Tagesstätte | Betreutes Wohnen | |
| Leistungsstufe u.1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| Leistungsgruppe 1 | 0 | 3 | 4 | 118 | 125 |
| Leistungsgruppe 2 | 2 | 29 | 31 | 153 | 215 |
| Leistungsgruppe 3 | 4 | 35 | 78 | 40 | 157 |
| Leistungsgruppe 4 | 31 | 16 | 17 | 7 | 71 |
| Leistungsgruppe 5 | 57 | 0 | 0 | 0 | 57 |
| Leistungsgruppe 6 | 14 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Leistungsstufe 6+ | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Gesamt | 112 | 83 | 132 | 319 | 646 |

In dieser Tabelle wird deutlich, dass bei der bisher ausschließlichen Zuordnung von Klienten als Leistungsfälle zu Einrichtungsarten eine Schwerpunktbildung je nach dem Umfang des Hilfebedarfs stattgefunden hat, da bestimmte Maßnahmen (zur Deckung des Hilfebedarfs) nur in bestimmten Einrichtungsarten möglich waren.

Orientierungswert »maximale Leistungsminuten«

Aus den belegten Plätzen, den bewilligten Leistungsminuten je Einrichtungsart und den vereinbarten Sollplatzzahlen errechnen sich folgende Orientierungswerte:

Für die Region 1:

Tab. 21

| Angebot | Anzahl Betreuungsminuten p. a. | |
|--------------------|--------------------------------|-------------------|
| | Bewilligte Leistungsminuten | Orientierungswert |
| Stationäres Wohnen | 555.740 | 555.740 |
| HGT im Wohnheim | 227.290 | 272.748 |
| Tagesstätte | 716.497 | 877.091 |
| Betreutes Wohnen | 1.042.964 | 1.406.789 |
| Gesamt | 2.542.491 | 3.112.368 |

Aufgrund der besonderen Auswirkungen durch nicht belegte Plätze im Betreuten Wohnen und durch die zwischenzeitliche Vereinbarung weiterer Sollplätze, liegt der Orientierungswert maximale Leistungsminuten in der Region 1 um ca. 22 % über dem Wert der bewilligten Leistungsminuten.

Für die Region 2:

Tab. 22

| Angebot | Anzahl Betreuungsminuten p. a. | |
|--------------------|--------------------------------|-------------------|
| | Bewilligte Leistungsminuten | Orientierungswert |
| Stationäres Wohnen | 1.991.340 | 2.039.067 |
| HGT im Wohnheim | 716.653 | 857.013 |
| Tagesstätte | 805.609 | 805.609 |
| Betreutes Wohnen | 1.521.116 | 1.671.991 |
| Gesamt | 5.034.718 | 5.373.680 |

Die Differenz zwischen dem Orientierungswert maximale Leistungsminuten und dem Wert bewilligte Leistungsminuten beträgt in der Region 2 ca. 6,7 %. Grundsätzlich ist zu beachten, dass sich der Wert aus der Umstellungsberechnung

(= bewilligte Leistungsminuten zum Stichtag) durch die Belegungssituation im September 2005 ergibt. Für den Orientierungswert maximale Leistungsminuten ist jedoch der Zeitraum von Dezember 2005 bis einschließlich November 2006 relevant. Bereits in der Zeitspanne von September bis Dezember 2005 haben sich die Belegungssituation und die Sollplatzzahlen verändert. Für die Beurteilung des Projekts ist daher der Zeitraum der Erprobungsphase der Bezugsrahmen.

Basisbeträge

Mit der Umstellung zum Stichtag wurden folgende Basisbeträge je Einrichtungart und Leistungserbringer errechnet und vereinbart:

Tab. 23

| Basisbetrag | Leistungs- erbringer 1 | Leistungs- erbringer 2 | Leistungs- erbringer 3 | Leistungs- erbringer 4 | Gewichteter Durchschnitt |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| stationäres Wohnen | 27,01 € | 28,98 € | 35,08 € | 38,74 € | 30,63 € |
| Hilfe zur Gestaltung des Tages im Wohnheim | 9,84 € | 9,63 € | 9,92 € | 10,20 € | 9,89 € |
| Tagesstätte | 11,10 € | 11,27 € | 10,17 € | – | 10,76 € |
| Betreutes Wohnen | 3,66 € | 3,44 € | 3,97 € | – | 3,70 € |

Bei den Basisbeträgen sind erhebliche Preisunterschiede vor allem im Bereich des stationären Wohnens festzustellen. Die Abweichungen begründen sich primär durch die unterschiedlich hohen Investitionsbeträge⁴⁰, welche im Basisbetrag enthalten sind. Diese beruhen ebenso wie alle anderen Kostenbestandteile des Basisbetrages auf vereinbarten Strukturleistungen und müssen einrichtungsindividuell fortgeschrieben werden.

Maßnahmebeträge

Die Unterschiede bei den Maßnahmebeträgen fallen vergleichsweise gering aus. Dies ist in den relativ einheitlichen Standards für die Personalausstattung und Personalberechnung in den Einrichtungsarten sowie in den vergleichbaren Ta-

⁴⁰ Der Investitionsbetrag umfasst als Bestandteil der Vergütung die Aufwendungen für betriebsnotwendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung (§ 76, Abs. 2 SGB XII). Die Höhe des Betrags hängt davon ab, ob eine Immobilie über den Kreditmarkt finanziert wird und mit welchem Zinssatz diese Kredite zu finanzieren sind oder ob Objekte angemietet sind und wie hoch der Mietzins ist.

rifwerken der Leistungserbringer begründet. Die Umstellung hat je geplanter Leistungsminute und Leistungserbringer folgende Werte ergeben:

| | <u>Leistungs- erbringer 1</u> | <u>Leistungs- erbringer 2</u> | <u>Leistungs- erbringer 3</u> | <u>Leistungs- erbringer 4</u> | <u>Gewichteter Durchschnitt</u> |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <u>Minutenwert</u> | 0,6285 € | 0,6220 € | 0,6651 € | 0,6586 € | 0,6485 |

Um den Durchschnitt zu errechnen, ist die Gewichtung dieser Werte nach den jeweiligen Anteilen der einzelnen Leistungserbringer am Stichtagsgesamtbudget notwendig. Die Budgetanteile verteilen sich wie folgt auf die vier Leistungserbringer:

| | <u>Leistungserbringer 1</u> | <u>Leistungserbringer 2</u> | <u>Leistungserbringer 3</u> | <u>Leistungserbringer 4</u> | <u>Summe</u> |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| <u>Budgetanteil</u> | 30 % | 8 % | 28 % | 34 % | 100 % |

Unter Gewichtung versteht man die Bewertung einzelner Faktoren hinsichtlich ihrer Relevanz. Die Gewichtung drückt sich im sogenannten gewichteten Mittelwert aus. Unter Berücksichtigung der genannten Minutenwerte und Budgetanteile errechnet sich dieser wie folgt:

$$\frac{(30 \times 0,6285 \text{ €}) + (8 \times 0,6220 \text{ €}) + (28 \times 0,6651 \text{ €}) + (34 \times 0,6586 \text{ €})}{100} =$$

$$\frac{18,86 \text{ €} + 4,98 \text{ €} + 18,62 \text{ €} + 22,39 \text{ €}}{100} = \frac{64,85 \text{ €}}{100} = \underline{\underline{0,6485 \text{ €}}}$$

Aus den Budgetanteilen errechnet sich ein gewichteter Mittelwert in Höhe von 0,6485 Euro pro Leistungsminute und somit folgende Abweichungen je Leistungserbringer:

| | <u>Leistungserbringer 1</u> | <u>Leistungserbringer 2</u> | <u>Leistungserbringer 3</u> | <u>Leistungserbringer 4</u> |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <u>Abweichung/LE</u> | -3,1 % | -4,1 % | 2,6 % | 1,6 % |

Die Euro-Werte streuen je geplanter Leistungsminute von +2,6 % bis -4,1 % um den gewichteten Mittelwert.

Auf Grundlage der Euro-Werte pro Leistungsminute ergeben sich folgende abrechnungstägliche Werte je Leistungsgruppe und Leistungserbringer:

Tab. 24

| <u>Leistungsgruppen</u> | <u>Leistungserbringer 1</u> | <u>Leistungserbringer 2</u> | <u>Leistungserbringer 3</u> | <u>Leistungserbringer 4</u> |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| LG 1 | 10,15 € | 10,04 € | 10,74 € | 10,65 € |
| LG 2 | 14,37 € | 14,22 € | 15,20 € | 15,09 € |
| LG 3 | 20,29 € | 20,08 € | 21,47 € | 21,31 € |
| LG 4 | 28,73 € | 28,43 € | 30,40 € | 30,17 € |
| LG 5 | 40,58 € | 40,16 € | 42,95 € | 42,62 € |
| LG 6 | 57,46 € | 56,87 € | 60,80 € | 60,34 € |

Beispielberechnung:

Minutenwert des Leistungserbringers 1: 0,6285 Euro/Min.

Gemittelte Minuten der Leistungsgruppe 1: 113 Min./Woche

0,6285 Euro/Min. x 113 Min./Woche = 71,0205 Euro/Woche

71,0205 Euro/Woche: 7 Tage/Woche = 10,1458 Euro/Tag \approx 10,15 Euro/Tag

Es wird auch hier deutlich, dass der abrechnungstägliche Wert relativ gering zwischen den einzelnen Leistungserbringern schwankt. Durch diese eng beieinander liegenden Werte wird der Leistungsaustausch und die Kooperation – ein Leistungserbringer kauft z. B. bei einem anderen Leistungserbringer Leistungen für einen Klienten ein – innerhalb einer Region erheblich vereinfacht. Die Anwendung der tariflichen Vergütungserhöhung ab dem 01.01.2006 führt zu entsprechend veränderten Euro-Werten je Leistungsminute und Leistungserbringer.

4.5 Ergebnisse im Erprobungszeitraum

Der Erprobungszeitraum des Projekts »Leistungsfinanzierung« begann am 01.12.2005. Ab diesem Zeitpunkt fand die Finanzierung und Abrechnung der Leistungen nach der neuen Systematik statt. Der Berichtszeitraum umfasst 24 Monate.

Die Evaluation von Wirkungen der neuen Finanzierungssystematik soll dazu dienen, die Entscheidung hinsichtlich einer künftigen landesweit anzuwendenden Vergütungsform zu begründen.

Um die Möglichkeit zu vermeiden direkte Rückschlüsse auf bestimmte Einrichtungen ziehen zu können, wurden die Ergebnisse der Auswertungen in einigen Darstellungen zwischen der Bezeichnung Region R1 und R2 getauscht.

Ergebnisse zu den Zielen des Projekts⁴¹

Ziel 1: Modellhafte Entwicklung und Erprobung

Das Ziel, zu Beginn des Erprobungszeitraums über eine personenzentrierte Hilfeplanung und eine leistungsorientierte Vergütungssystematik, die »Leistungsfinanzierung«, zu verfügen, ist erreicht worden. Das neue Vergütungssystem konnte ab dem 01.12.2005 im Echteinsatz erprobt werden.

Durch die Aufteilung der individuellen Vergütung in einen einrichtungsartenabhängigen Basisbetrag, über den die Strukturkomponenten des Hilfesystems finanziert werden, und einen individuellen, auf der zeitlichen Quantifizierung des Hilfebedarfs beruhenden Maßnahmebetrag – das eigentliche personenzentrierte Element der Vergütung – kann die Hilfeleistung flexibilisiert und an den individuellen Bedarf angepasst werden.

Für die Hilfeleistung wird auf Basis der Hilfeplanung mittels IBRP und der Quantifizierung dieser Hilfeleistung mittels PBB ein Minutenwert ermittelt. Dieses Zeitkontingent kann und soll vonseiten der an der Hilfeleistung beteiligten Leistungserbringer so flexibel eingesetzt werden, wie es dem Hilfebedarf des Leistungsberechtigten entspricht.

Das vorgelegte Finanzierungssystem ermöglicht die Leistungsfinanzierung über alle Leistungsangebote (vom »vollstationären Angebot« bis zum »persönlichen Budget«) in einer Systematik und unterstützt somit die personenzentrierte Hilfeplanung und Leistungserbringung.

Hiervon zu unterscheiden ist die Form der Kostenzusage und der Abrechnung der Leistung. Um den gesetzlichen Vorgaben beim Einsatz von Einkommen und Vermögen zu genügen, müssen nach wie vor die Hilfeleistungen in stationäre, teilstationäre und ambulante unterschieden werden. Damit die Kompatibilität zum LWV-internen Abrechnungssystem gegeben ist, muss das vereinbarte Zeitkontingent erforderlichenfalls auf zwei Leistungsangebote, »Wohnen« und »Tagesstruktur«, aufteilbar sein. Die Begrenzung bei der Vergütung der Anzahl der Basisbeträge bedeutet keine Einschränkung der Personenzentriertheit des Vergütungssystems. Die Höhe der Basisbeträge ist so bemessen, dass die Strukturkosten des Hilfesystems bei Erreichen der vereinbarten Auslastung finanziert sind.

Im Rahmen des Projekts können allerdings mehr Klienten Leistungen erhalten als Plätze vereinbart sind, soweit ein nachgewiesener Bedarf besteht. Mit dieser Regelung wird die Bedarfsgerechtigkeit des Hilfesystems gefördert. Die Limitierung der Finanzierung von Basisbeträgen ist ein Element der Steuerung. Erst wenn ein noch zu definierender Grad der »Überbelegung« des Hilfesystems zu einer neuen Kapazitätsvereinbarung führt, sind zusätzliche Investitionen in die Strukturkosten erforderlich.

⁴¹ Vgl. Punkt 4.1

Ziel 2: Stichtagsbezogene budgetgleiche Umrechnung

Das Ziel der stichtagsbezogenen Budgetneutralität des Umrechnungsverfahrens (Berechnung wie im Beispiel) kann mit einer Abweichung von 0,001526 % (entspricht 112,95 Euro) als erreicht bezeichnet werden. Die stichtagsbezogene Budgetneutralität zum 15.09.2005 des Umrechnungsverfahrens hat neben den erweiterten Möglichkeiten einer flexiblen, personenzentrierten Leistungserbringung nicht unwesentlich zu der hohen Akzeptanz der neuen Vergütungssystematik bei den projektbeteiligten Leistungserbringern beigetragen.

Ziel 3: Unterstützung bei der Umsetzung personenzentrierter Hilfen

Die individuellen Rechtsansprüche der leistungsberechtigten Personen konnten zeitnah und nahezu vollständig in den Herkunftsregionen erfüllt werden. Eine Versorgung außerhalb der Herkunftsregion erfolgte nur auf ausdrücklichen eigenen Wunsch der Klienten bzw. in einem Fall, weil die Region den speziellen Bedarf des Klienten, die Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke, nicht befriedigen konnte.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen haben sich Verschiebungen zwischen den Leistungsbereichen ergeben, die sich durch den individuellen Hilfebedarf begründen.

Im Erprobungszeitraum gab es keine einschränkenden Vorgaben für die Entwicklung der Leistungsmengen oder der Kosten, auch nicht hinsichtlich der Anzahl zu betreuender Klienten. Das heißt, dass sich in den folgenden Kennzahlen alle Entwicklungen im Zusammenhang mit der Einführung personenzentrierter Hilfeplanung und Finanzierung in den Modellregionen widerspiegeln.

Die Schaffung des *bereichsübergreifenden* Maßnahmebetrags bildet die Grundlage für die Flexibilisierung der Hilfen. Die Flexibilisierung konnte ohne Ausweitung der Kosten erreicht werden.

Ziel 4: Effizienterer Einsatz der Ressourcen

Im Folgenden wird die Entwicklung der fallbezogenen Kosten sowie der Gesamtkosten pro Region innerhalb des Zeitraums 1.12.2005 bis 1.12.2007 betrachtet. Im Text wird, soweit nicht abweichend vermerkt, der stichtagsbezogene Vergleich zwischen dem Datenbestand am 1.12.2005 und 1.12.2007 dargestellt. Außerdem wird nach den gleichen Kriterien das Ergebnis der Analyse der Leistungsdaten dargestellt.

Entwicklung der Kosten je Leistungsfall

In den beiden Regionen haben sich im Erprobungszeitraum die Kosten je Leistungsfall wie folgt entwickelt:

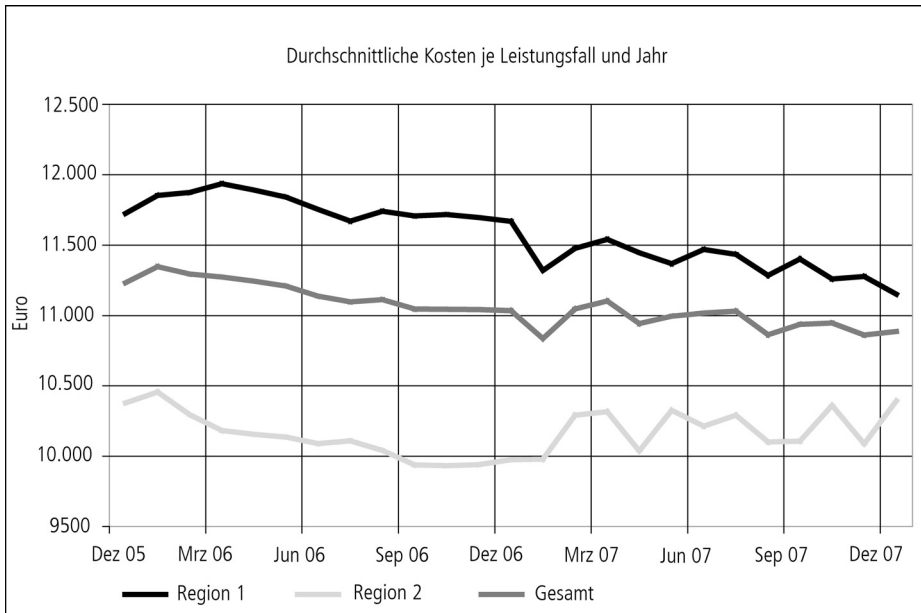


Abb. 7: Kosten je Leistungsfall (Durchschnittliches Jahresbudget je Leistungsfall)

Die Kosten je Leistungsfall entwickeln sich in der *Region 1* während der Erprobungsphase um 5 % nach unten. Da die Belegung (Anzahl der Leistungsfälle, die Leistungen in Anspruch nehmen) in der *Region 1* um 10 % gestiegen ist, sich jedoch der gesamte Leistungsumfang nur um 6 % erhöht hat, wirkt sich – unter Berücksichtigung der Effekte der Regelung für den Basisbetrag – diese Veränderung mit einer Kostensenkung von 5 % je Leistungsfall aus.

Die Kosten je Leistungsfall entwickeln sich in der *Region 2* während der Erprobungsphase um 0,1 % nach oben. Da in der *Region 2* keine wesentliche Veränderung des Leistungsumfangs in Minuten festzustellen war, wirkt sich hier im Wesentlichen nur die Beschränkung für die Basisbeträge aus. Bemerkenswert sind die insgesamt um ca. 7–13 % unterschiedlichen Durchschnittskosten je Leistungsfall zwischen den Regionen. Diese begründen sich u. a. durch den höheren Anteil an stationären Wohnheimplätzen im Gesamtangebot.

Damit kann als Ergebnis festgehalten werden, dass das Projektziel »Effizienterer Einsatz der vorhandenen Ressourcen« erreicht werden konnte. Unterstützt wurde die Intention, den maximalen Orientierungswert nach Möglichkeit nicht zu überschreiten, dadurch, dass die Entwicklung der Minuten- und Kostenbudgets in den Hilfeplankonferenzen regelmäßig thematisiert wurde. Für die Beteiligten in den Regionen wurde erstmalig der Verbrauch leistungsmäßiger und finanzieller Ressourcen durch die einheitliche, kontinuierliche Darstellung betriebswirtschaftlicher Grundlagen transparent. Die Verantwortung der Hilfeplankonferenz für

die Einhaltung der »Budgets« konnte kooperativ wahrgenommen werden. Die HPK hat sich damit als verantwortliches, kooperativ arbeitendes Steuerungsgremium erwiesen.

Entwicklung der Leistungsdaten

Die Inanspruchnahme von Leistungen in belegten Plätzen entwickelte sich wie folgt:

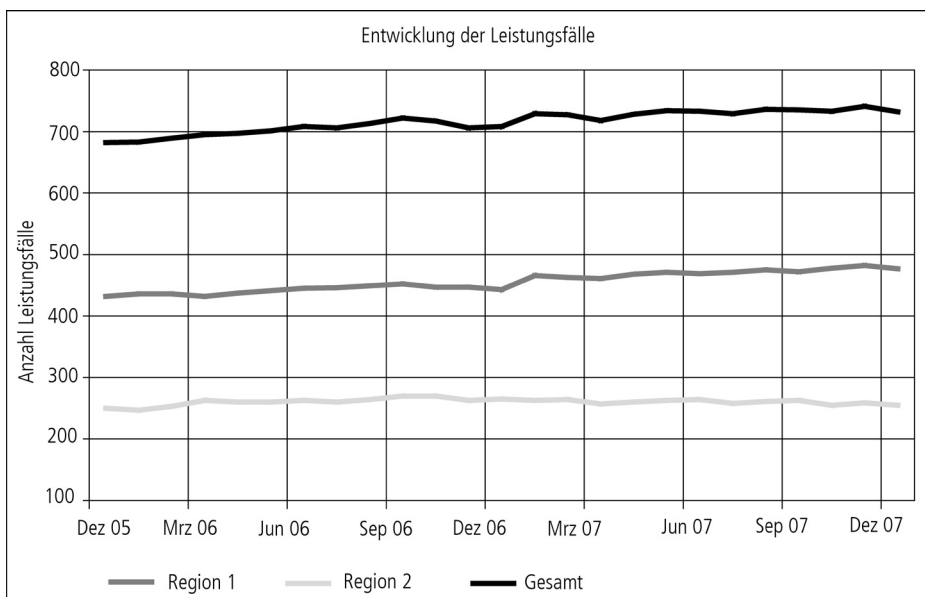


Abb. 8: Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle in beiden Regionen

Die Gesamtbelegung in der Region 1 ist im Erprobungszeitraum um 10 % gestiegen. Die Kapazitätserhöhung der Sollplatzzahlen in zwei Einrichtungsarten (Betreutes Wohnen und Tagesstätten) zu Beginn des Jahres 2007 ist deutlich zu erkennen. Die Belegung im Betreuten Wohnen liegt auf einem konstanten Niveau, welches sich deutlich unterhalb der genehmigten Platzzahl befindet. Im Bereich Tagesstätte steigt die Belegung im Erprobungszeitraum am stärksten an.

Die durch individuelle Kostenzusagen bewilligten und auf das Jahr hochgerechneten Leistungsminuten haben sich im Erprobungszeitraum in der Region 1 wie folgt entwickelt. Der Referenzwert für den Leistungsumfang (Orientierungswert maximale Leistungsminuten), der sich aus den genehmigten Sollplatzzahlen errechnet, ist in der folgenden Grafik dargestellt.

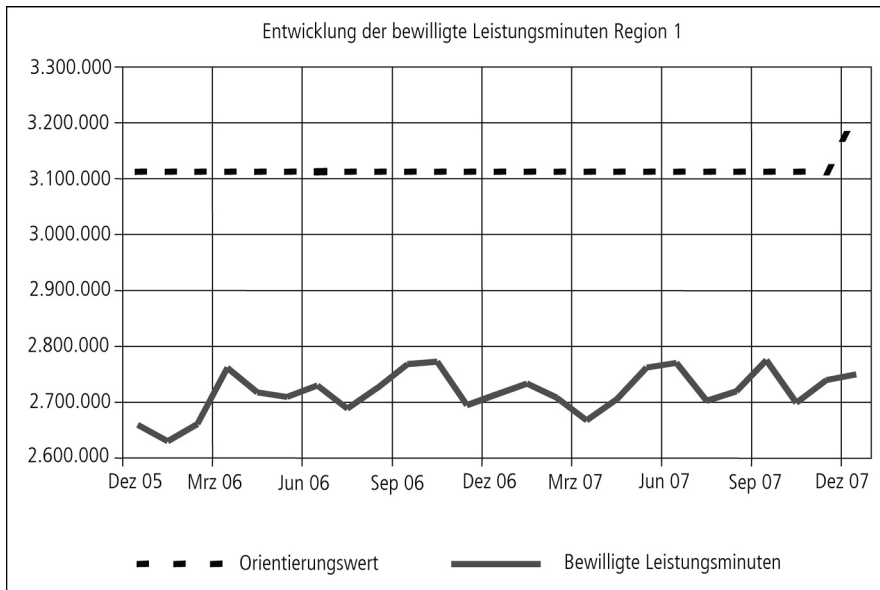


Abb. 9: Hochgerechnete Jahresleistungsminuten in der Region 1

Aufgrund der Skalierung sind in dieser Darstellung nur die wesentlichen Veränderungen und Tendenzen zu erkennen. Entsprechend der Entwicklung der Belegungszahlen in Tagesstätten ist eine deutliche Zunahme der Leistungsminuten festzustellen. Jedoch wird diese Zunahme des Leistungsumfanges in Minuten bei den Tagesstätten durch die Reduktionen des Leistungsumfanges in Minuten in anderen Einrichtungsarten kompensiert.

Insgesamt liegt der Leistungsumfang in Minuten in der Region 1 zum Dezember 2007 nur um 1 % über dem vom Dezember 2005, obwohl 2 % mehr Klienten (Belegungssteigerung) Leistungen erhalten haben.

Der vereinbarte Leistungsumfang in Minuten je Leistungsfall ist im gewichteten Mittel aller Leistungsbereiche nahezu gleich geblieben. Allerdings resultiert dies aus einer deutlichen Reduktion im Bereich des stationären Wohnen (-7 %) und geringeren Veränderungen (GdT 0 %, Tagesstätte -2 % und Betreutes Wohnen +1 %) in allen anderen Bereichen mit erheblich größerem Belegungsgewicht.

Diese Entwicklung ist umso bemerkenswerter, als bis zum 30.11.2006 73 Leistungsfälle wiederholt in der Hilfeplankonferenz vorgestellt wurden (hierbei 25 Erhöhungen und 48 Reduzierungen) und eine beachtliche Zahl an Neuaufnahmen stattgefunden hat. In der Summe hat sich in dieser Region bei 140 Fällen (ca. 53 %) der Leistungsumfang verändert.

In der Region 2 ist die Gesamtbelegung um 10 % angestiegen. Die deutlichste Erhöhung der Anzahl der Klienten ist auch in dieser Region im Bereich der

Tagesstätten festzustellen. In dieser Einrichtungsart sind die genehmigten Sollplatzzahlen deutlich überschritten.

Die durch individuelle Kostenzusagen bewilligten und auf das Jahr hochgerechneten Leistungsminuten haben sich im Erprobungszeitraum in der Region 2 wie folgt entwickelt.

Der Referenzwert für den Leistungsumfang (Orientierungswert maximale Leistungsminuten), der sich aus den genehmigten Sollplatzzahlen errechnet, ist ebenfalls dargestellt.

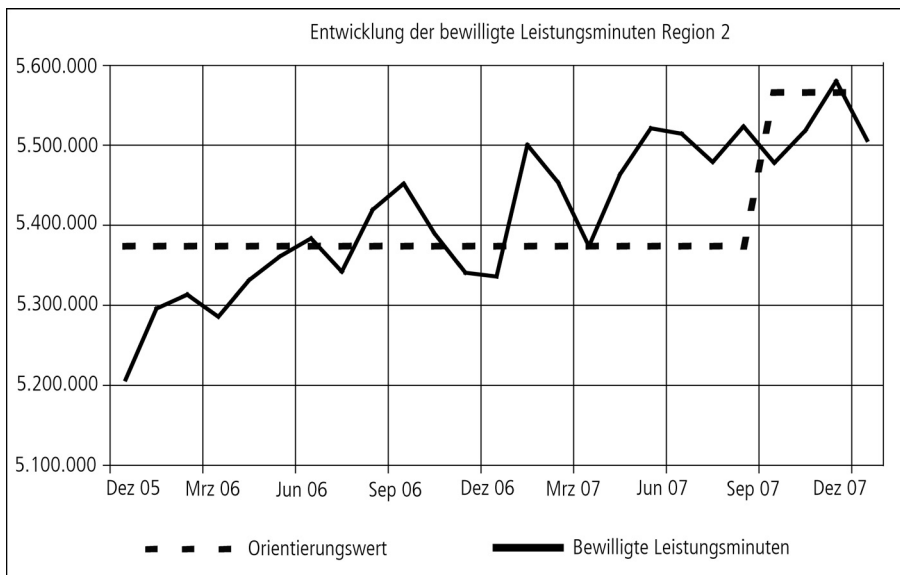


Abb. 10: Hochgerechnete Jahresleistungsminuten in der Region 2

In der Region 2 hat sich der Gesamtleistungsumfang aller Leistungsangebote in Minuten um ca. 6 % erhöht. Im Bereich der einzelnen Einrichtungsarten ergibt sich jedoch ein sehr unterschiedliches Bild. Bei den Tagesstätten und im Betreuten Wohnen ist der Leistungsumfang in Minuten deutlich angestiegen, während sich vor allem im Bereich des stationären Wohnens eine deutliche Reduktion ergab.

Für einzelne Leistungsfälle hat sich der Leistungsumfang in Minuten je Woche insgesamt im gewichteten Mittel um 3 % reduziert. Allerdings beruht dieser Durchschnittswert auf einer uneinheitlichen Entwicklung. Im stationären Wohnen ergab sich eine Reduktion um ca. 8 %, das Betreute Wohnen blieb nahezu gleich und der Bereich der tagesstrukturierenden Angebote steigerte sich um 6 % (GdT) bzw. 7 % (TS).

Im Erprobungszeitraum gab es in dieser Region insgesamt 39 Erhöhungen und 42 Reduzierungen für 81 Leistungsfälle, die bereits zum Stichtag Leistungen be-

zogen hatten. Zählt man hier die 55 neuen Leistungsfälle im Erprobungszeitraum hinzu, wird deutlich, dass sich bei 136 Leistungsfällen (30 %) der Leistungsumfang in Minuten verändert hat. Bei den anderen Leistungsfällen wurde der Leistungsumfang während des Erprobungszeitraums unverändert fortgeschrieben.

Ziel 5: Weiterentwicklung der Organisationen

Die im Projekt erprobte Systematik bietet den Leistungserbringern die Möglichkeit, alle Prozesse im Zusammenhang mit der personenzentrierten Hilfeerbringung auf einer einheitlichen Grundlage (Zeiteinheiten) zu steuern. Aus der prospektiven zeitlichen Quantifizierung des Hilfebedarfs ist die für die leistungsberechtigte Person erforderliche Personalkapazität klar ableitbar. Dieser zeitliche Rahmen ermöglicht für die Leitung bzw. jeden Mitarbeiter eine Gesamtsteuerung. Die interne Leistungsdokumentation und das Controlling erfolgen weitgehend erfolgsorientiert im Hinblick auf die im IBRP beschriebenen Ziele und deren Erreichung.

Daraus lassen sich für die Leistungserbringer folgende, sich aus dem personenzentrierten Ansatz und der entsprechenden Vergütungssystematik ergebende Aufgaben ableiten:

- Verankerung des Paradigmas »Personenzentrierung« in den Köpfen aller Mitarbeiter
Dies bedeutet zum einen die schrittweise Loslösung der Mitarbeiter von »ihren« Einrichtungen hin zu einem personenzentrierten, einrichtungsübergreifenden Denken und Handeln, zum anderen werden die mit dem Leistungsberechtigten vereinbarten Ziele und ihre Erreichung in den Vordergrund des Handelns gerückt. Die Lösung dieser Aufgaben muss als Prozess gesehen werden, der angesichts der kurzen Laufzeit des Projekts als noch nicht abgeschlossen beurteilt werden kann.
- Entwicklung eines Dokumentationssystems, das die gesamte Prozesskette abbildet
Hier gibt es bei den einzelnen Leistungserbringern zurzeit noch unvollständig verbundene sogenannte »handgestrickte« Teilsysteme. Vonseiten aller Projektbeteiligten ist hier immer wieder die Entwicklung eines zwischen den Systemen aller Projektbeteiligten kompatiblen Gesamtdokumentationssystems eingefordert worden. Im Falle einer landesweiten Ausdehnung des personenzentrierten Ansatzes und einer entsprechenden Vergütungssystematik muss ein solches umfassendes Dokumentationssystem entwickelt werden, um den Dokumentations- und Verwaltungsaufwand bei allen Beteiligten möglichst gering zu halten.
- Anpassung des Organisationsaufbaus
Angestrebt und zum Teil bereits umgesetzt sind hier regional verantwortliche Teams unter einer Bereichsleitung, denen die Mitarbeiter unabhängig von

ihrem Einsatzschwerpunkt angehören. Damit wird die einrichtungsartenunabhängige Steuerung des Hilfesystems vor Ort gewährleistet.

- Anpassung des Controllings und der Personalsteuerung
Die differenzierte Personalbemessung und die schrittweise Abkehr von der Einrichtungsbezogenheit der Hilfeleistungen erfordern ein leistungsfähiges Controlling, in dem die individuelle Hilfeplanung, Personalplanung und Leistungsvergütung in einem stetigen Abstimmungsprozess austariert werden muss.

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass die erforderlichen Veränderungen die Leistungserbringer und ihre Mitarbeiter vor große Herausforderungen stellen. Die Bewältigung wurde erfolgreich im Erprobungszeitraum begonnen. Die umfassende Umsetzung dieser Herausforderungen wird noch einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen.

Ziel 6: Vergleichbarkeit der Leistungen

Bei der Umstellung der Vergütungen auf die Leistungsfinanzierung ist es gelungen, die tatsächlich notwendige Leistung darzustellen. Dadurch hat sich die Schwankungsbreite der Höhe der Vergütungen für die Maßnahmepauschale von +2,6 % bis -4,1 % um den gewichteten Mittelwert reduziert.

Durch die vereinbarte sogenannte »budgetneutrale« Umrechnung zu einem Stichtag wurden die vorhandenen Differenzen bei der Höhe der Vergütungen vom bestehenden System mit in das System der Leistungsfinanzierung transportiert. Dies findet seinen Niederschlag in der unterschiedlichen Höhe der Basisbeträge. Beim Leistungsangebot »Stationäres Wohnen« ergibt sich eine Bandbreite von -11,8 % bis +26,5 % um den gewichteten Mittelwert. Hier fallen Vorhaltekosten, insbesondere stark voneinander abweichende Investitionsbeträge, in hohem Maße an. Bei den anderen Leistungsangeboten ergibt sich aufgrund der geringeren Vorhaltekosten eine geringere Bandbreite von -7,1 % bis +7,2 % um den gewichteten Mittelwert.

Die Differenzierung der Vergütung nach Betreuungsleistung und Vorhaltung von Angeboten lässt bei den am Projekt beteiligten Leistungserbringern auch deren direkten Vergütungsvergleich im Rahmen der Maßnahmepauschale zu.

Insgesamt wird in diesem Projekt der Bereich der Finanzierung offener und transparenter gestaltet. Die Diskussion um die Kosten der Leistungen für Menschen mit Behinderungen kann somit versachlicht werden. Die Hoffnung liegt darin, dass die transparente und offene Darstellung des Zusammenhangs von Hilfebedarf, Hilfeleistung und deren Vergütung dazu dient, die menschlichen Aspekte der sozialen Arbeit in den Vordergrund zu rücken.

4.6 Controlling

Wilfried Schröder

Eine Finanzierungssystematik, die integraler Bestandteil eines Systems der Gesamtsteuerung personenbezogener Teilhabe-Leistungen ist, braucht auch ein Controlling, das die Akteure in die Lage versetzt, den Ressourceneinsatz mit Hilfe aussagekräftiger Daten zu steuern. Zu diesem Zweck ist im LWV-Hessen in Kooperation mit der Sozialberatung Bremauer und den Einrichtungsträgern ein Konzept für ein Finanzcontrolling entwickelt worden.

Für die Erprobungsphase des Projekts war – den Intentionen des personenzentrierten Ansatzes folgend, dass jeder Klient Unterstützungsleistungen entsprechend seines individuellen Bedarfs erhalten soll – vereinbart worden, dass der Orientierungswert »maximale Leistungsminuten« keinen festen Budgetdeckel darstellen soll. Er dient dazu, im Rahmen des Controllings Veränderungen im Leistungsvolumen der Region zu beobachten und zu analysieren.

Ein Ziel des Projekts war die Vermeidung einer Leistungs- und Kostenexplosion, die im Zusammenhang mit der personenzentrierten Systematik vielfach befürchtet wird.

Das Controlling hilft solche Entwicklungen zu erkennen und gegebenenfalls gegenzusteuern.

Das Instrument zum (Verlaufs-)Controlling der regionalen »virtuellen Minutenbudgets« ist in das beim LWV Hessen eingesetzte DV-Verfahren AnLei⁴² eingebunden. Die Basisdaten stammen somit direkt aus den, im DV-System eingegebenen Leistungssätzen, die auch zur Zahlbarmachung der Leistungen verwendet werden. Das Auswertungsinstrument dient dem tagesaktuellen Abgleich zwischen dem »virtuellen Minutenbudget« und den bereits verbrauchten bzw. für das aufgerufene Budgetjahr verplanten Leistungsminuten. So ist es möglich, der Hilfeplankonferenz die aktuellen Daten zur Verfügung zu stellen und sie als Steuerungsgremium zu nutzen.

Das Verfahren liefert die Daten auf drei Auswertungsebenen. Im »Summenblatt Region und Leistungserbringer« werden die (auf das Budgetjahr⁴³) hochgerechneten Leistungsminuten der Region und der beteiligten Leistungserbringer dem »virtuellen Minutenbudget« in den Leistungsbereichen Wohnen und Gestaltung des Tages gegenübergestellt. Hierbei wird festgestellt in welchem Umfang weitere Leistungen innerhalb des vorgesehenen Leistungsumfangs erbracht werden können.

Im »Summenblatt Leistungserbringer mit Einrichtungen« werden die hochgerechneten Leistungsminuten je Leistungserbringer und deren Einrichtungen/

⁴² AnLei = Antragsaufnahme-Leistungsgewährung

⁴³ Entspricht der Haushaltsperiode des LWV Hessen, die (bis zum Jahr 2008) vom 01.12. bis zum 30.11. des Folgejahres reicht.

Diensten ermittelt und wie auf der regionalen Ebene den »virtuellen Minutenbudgets« in den Bereichen Wohnen und Gestaltung des Tages gegenübergestellt. Hier werden z. B. die aktuellen Verschiebungen in der Hilfeerbringung zwischen den Einrichtungen und in deren Leistungsbereichen deutlich.

Im »Datenblatt Leistungssätze« werden auf der Ebene der Leistungsberechtigten die Leistungssätze der ausgewählten Region aufgeführt. Aus diesem Datenpool erfolgen die Berechnungen der vorgenannten Ebenen. Die Daten werden hiermit unmittelbar verifizierbar, Eingabefehler können erkannt und berichtigt werden.

Die Daten der abgerechneten Leistungen wurden über die Rechnungsstellung der Leistungserbringer beim LWV Hessen erfasst. Aufgrund der hier vorliegenden Datenbasis werden zu fixierten Stichtagen Auswertungen zu folgenden Kennzahlen durchgeführt:

- Orientierungswert max. Leistungsminuten
- Bewilligte Leistungsminuten
- Die Abweichung der beiden Werte voneinander
- Gesamt-Sollplatzzahl
- Belegung zum Stichtag
- Die Abweichung der beiden Werte voneinander
- Durchschnittswert (Minuten) je Leistungsberechtigter und Woche
- Jährliche Durchschnittskosten je Leistungsberechtigter

Diese Kennzahlen erwiesen sich als ausreichend, die Kosten- und Leistungsentwicklung im Verlauf des Projekts entsprechend den Zielsetzungen zu steuern.

Die Zahlen werden vom LWV Hessen in einem Controllingbericht zusammengefasst, kommentiert und auf Entwicklungen wird hingewiesen. Die Controllingberichte werden quartalsweise den Beteiligten zur Verfügung gestellt.

Alle erfassten Daten werden einmal jährlich in einem das komplette Jahr abbildenden Bericht zusammengefasst und so differenziert dargestellt, dass es jedem Beteiligten möglich ist, eigene weitergehende Analysen vorzunehmen.

Die am Projekt beteiligten Leistungserbringer, die Psychiatriekoordinatoren und der Leistungsträger haben verabredet, dass bestehende Controllinginstrument in Form von Quartals- und Jahresberichten fortzuführen.

4.7 Warum zeitbasierte Vergütung die angemessene Finanzierungssystematik für personenzentrierte Hilfen ist

Roland Breme

Viele werden denken, die Entscheidung zu personenzentrierter Leistungserbringung sei eine rein konzeptionelle Festlegung, ohne dass es dabei darauf ankomme, nach welcher Systematik diese Leistung refinanziert wird. Diese Vorstellung ist in etwa so, als ob es für den Verlauf einer Reise völlig unerheblich wäre, ob der Reiseverlauf vorher festgelegt ist und der Reisepreis pauschal in einer Summe gezahlt wird oder ob bei jeder Etappe ein Teilpreis zu entrichten ist, und danach jeweils eine neue Entscheidung getroffen werden kann oder besser gesagt, getroffen werden muss, ob die Ziele geändert werden und wie die Reise fortgeführt werden soll. In einem solchen Fall werden sicher nicht alle Personen, die die Reise gemeinsam begonnen haben, die Reise auch gemeinsam am selben Ziel und zur selben Zeit beenden. Vielmehr werden sich jeweils individuelle Reiseverläufe herausbilden. Nicht jedem mag dieser Vergleich gefallen. Gleichwohl lohnt es sich darüber nachzudenken. Die Praxis zeigt immer wieder, dass fachliche Impulse nur dann wirksam greifen, wenn sie mit korrespondierenden finanziellen Strukturen und Finanzierungsanreizen verbunden sind.⁴⁴

4.7.1 Schwachstellen herkömmlicher Vergütungssysteme

Kostendeckungsprinzip

Bis zur Novelle des § 93 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) vom August 1994 galt in Einrichtungen der Behindertenhilfe uneingeschränkt das Selbstkostendeckungsprinzip. Dieses Prinzip bedeutete, dass die Träger von Einrichtungen die ihnen im Zusammenhang mit dem Betrieb entstandenen Kosten durch Eintrag in ein Selbstkostenblatt nachgewiesen haben. Aus der Jahressumme der anerkannten Aufwendungen und der Platzzahl der jeweiligen Einrichtung ergab sich dann ein täglicher »Pflugesatz«, der für alle Bewohner eines Wohnheimes beispielsweise gleich war. Es liegt klar auf der Hand, dass eine solche Vergütungssystematik keinerlei Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung enthielt. Auch im Hinblick auf den individuellen Hilfebedarf der einzelnen Bewohner ergab sich daraus keinerlei Motivation, auf spezielle Bedarfe einzelner Bewohner mit spezifischen Angeboten zu reagieren. Erst recht ergaben sich daraus keinerlei

⁴⁴ So auch: Albrecht ROHRMANN: Personenzentrierte Hilfen – Verpreislichung der Hilfen. Vortrag im Rahmen der dritten europäischen Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der Behindertenhilfe an der Universität Siegen am 16.03.2005. URL: http://www2.uni-siegen.de/~zpe/Europ_Konferenz/Albrecht%20Rohrman%20Personenzentrierte%20Finanzierung.pdf

Verlockungen, Menschen an Angebote außerhalb der Einrichtung zu vermitteln. Im Gegenteil, dies wäre aus wirtschaftlicher Sicht für die Einrichtung eher schädlich gewesen.

Defizitorientierte Verfahren am Beispiel des »HMB-Verfahrens«

Im Zuge der weiteren Novellierung des § 93 BSHG, die im Jahre 1999 in Kraft getreten ist, sind fast überall in Deutschland Landesrahmenverträge hierzu abgeschlossen worden, die zumeist die Bildung von Hilfebedarfsgruppen in Anlehnung an eine von der Forschungsstelle »Lebenswelten behinderter Menschen« an der Universität Tübingen entwickelte Systematik vorsehen. Dieses Verfahren wird auch in Hessen praktiziert. Es hat den Nachteil, dass es stark defizitorientiert ist. Es fragt, was eine Person »kann«, was sie »nicht kann« oder was sie nur »mit Hilfe kann«. Danach wird eine Punktzahl vergeben, die letztlich zur Einordnung in eine Bedarfsgruppe führt. Das Verfahren fragt nicht danach, welche Ziele ein Mensch erreichen will oder kann und welche Hilfen dazu erforderlich sind. Der Unterschied soll an nachfolgendem Beispiel verdeutlicht werden:

Bei einem seelisch behinderten Menschen mit Defiziten im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung ist es wesentlich weniger aufwendig und damit kostengünstiger, diese Tätigkeiten von einer Fachkraft verrichten zu lassen, anstatt sie unter Anleitung mit der Person selbst zu vollziehen und einzuüben. Im Sinne des HMB-Verfahrens ergibt sich im Falle des »kann nicht« ein hoher Punktwert bei relativ niedrigen Kosten, im Falle des »kann mit Hilfe« ein niedrigerer Punktwert bei relativ hohen Kosten. Dies macht deutlich, dass defizitorientierte Vergütungsstrukturen zu teilweise kuriosen Ergebnissen kommen, weil sie die Ziele und die persönliche Lebenssituation weitgehend ausblenden. Erst über die Festlegung individueller Ziele und die Ermittlung der persönlichen und im Umfeld vorhandenen Ressourcen ist es möglich, den Hilfebedarf und den damit verbundenen Aufwand realistisch zu ermitteln. Auf diesen Prinzipien gründet zeitbasierte Vergütung.

4.7.2 Vorteile zeitbasierter Vergütung

Zeitbasierte Vergütung geht grundsätzlich davon aus, dass die Kosten der Leistungen, die einem behinderten Menschen zuteil werden, am stärksten über den Faktor der aufgewandten Zeit bestimmt werden. Dabei hat sich gezeigt, dass die Frage, über welche Qualifikation die eingesetzte Fachkraft verfügt und wie hoch demzufolge ihr Arbeitsentgelt ist, von nachrangiger Bedeutung ist. Technische Details hierzu können nachgelesen werden in Kapitel 4.1 bis 4.5 dieses Buches. Eine knappe und deshalb zwangsläufig verkürzte Darstellung liefern Breme, Kronenberger und Näder in ihrem Artikel im Nachrichtendienst des Deutschen

Vereins.⁴⁵ Gegenwärtig kommt diese beim Landeswohlfahrtsverband angewandte Finanzierungssystematik ohne die Einführung eines Basisbetrages nicht aus. Dieser Basisbetrag dient zum Ausgleich einrichtungsspezifischer Vorhaltekosten, die gesondert neben dem Maßnahmebetrag ausgewiesen werden. Dennoch kann festgehalten werden, dass zeitbasierte Vergütung die Finanzierungssystematik ist, in welcher der Aufwand beim Leistungserbringer und die dafür gezahlte Vergütung konsequent miteinander verbunden sind und sich wechselseitig entsprechen. Zeitbasierte Vergütung ist zugleich die Finanzierungsform, die folgerichtig personenzentrierter Hilfeerbringung entspricht. Personenzentriertes Vorgehen sei an dieser Stelle knapp zusammengefasst als Verständigung zwischen Leistungserbringer und leistungsberechtigter Person über die Ziele dieser Person, die aktivierbaren Ressourcen und das daraus resultierende Vorgehen.⁴⁶ Daraus lässt sich mit einiger Übung relativ rasch ein durchschnittlicher wöchentlicher Zeitaufwand ermitteln. Damit sind die Ziele des Leistungsberechtigten, der Aufwand des oder der Leistungserbringer und die vom Leistungsträger zu zahlende Vergütung in einen logischen Zusammenhang gestellt, der geeignet ist, Nachprüfbarkeitskriterien standzuhalten.

Nutzen aus der Sicht leistungsberechtigter Menschen

Aus der Kombination von personenzentrierter Hilfeplanung und zeitbasierter Vergütung ergibt sich für die Nutzer von Einrichtungen und Diensten zunächst einmal der Vorteil, dass der betriebene Aufwand und die dafür erforderliche Vergütung für sie prinzipiell nachvollziehbar sind. Zwar wird nicht jeder einzelne behinderte Mensch in der Lage sein, die Zusammenhänge im Detail nachzuvollziehen. Er ist aber auf jeden Fall über die Hilfeplanung und damit die Festlegung der Ziele, die Ermittlung der persönlichen Ressourcen und die Ressourcen der Umwelt und das daraus resultierende Vorgehen an der Festlegung des Aufwandes selbst beteiligt. Zumindest in den Fällen, in denen die leistungsberechtigte Person mit ihrem Einkommen und Vermögen die zugehörigen Kosten selbst oder zu einem erheblichen Teil selbst zu tragen hat, wird sie sich selbst oder ihr rechtlicher Vertreter dafür interessieren, wie sich Ziele und Vorgehen im Personalbemessungsbogen niederschlagen und damit kostenrelevant werden. Zeitbasierte Vergütung liefert damit die Voraussetzung für ein hohes Maß an Transparenz hinsichtlich der Preisbildung. Sie eröffnet die Möglichkeit, dass der behinderte Mensch die Rolle eines Kunden einnehmen kann.

45 BREME, KRONENBERGER und NÄDER: Aufwand und Vergütung auf den Punkt gebracht. Personenzentrierte Finanzierung in der Eingliederungshilfe. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., Heft 5 und Heft 6/2007.

46 Ausführlicher nachzulesen in den Arbeitsmaterialien der APK oder im Internet unter ULR: www.ibrp-online.de/.

Viel wichtiger aus Nutzersicht dürfte aber der Umstand sein, dass zeitbasierte Vergütung die Segmentierung der Leistungen und damit die Beteiligung unterschiedlicher Leistungserbringer erleichtert. Leistungsberechtigte Menschen sind damit viel weniger in anderen Systemen darauf angewiesen, sich mit vorgegebenen Leistungskombinationen zufriedengeben zu müssen. Der Verweis auf ein konzeptionelles Gesamtpaket oder auf einrichtungsbezogene Vorgaben wird damit erschwert. Erleichtert wird hingegen die Möglichkeit, dass Leistungssegmente unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste zu einem individuellen Bündel zusammengestellt werden, dass sich am individuellen Bedarf des jeweiligen Menschen ausrichtet.

Weiterhin ist das System so ausgelegt, dass es die systematische Einbeziehung »externer Leistungserbringer« berücksichtigt. Damit wird die Einbeziehung nicht professioneller Hilfen außerhalb des traditionellen Hilfesystems in die individuellen Lösungsansätze unterstützt. Beispielsweise können Probleme der Kontaktfindung abgemildert werden durch Vermittlung in Vereine die spezifische Hobbys des Einzelnen ansprechen. Damit begünstigt eine zeitbasierte Finanzierungssystematik das Prinzip von »Normalisierung«, in dem die Einbeziehung von Alltagsbezügen systematisch berücksichtigt wird.

Geeignetheit aus der Perspektive von Leistungserbringern

Aus der Sicht der Träger von Einrichtungen und Diensten spricht für eine zeitbasierte Vergütungssystematik vor allem die Tatsache, dass sie eine personen-zentrierte Leistungserbringung dahingehend unterstützt, dass der erforderliche Personalaufwand einerseits und die dafür erhaltene Finanzierung andererseits in einem widerspruchsfreien Zusammenhang stehen. Dies ist leider keineswegs eine Selbstverständlichkeit wie an dem unter Ziffer 1.2 skizzierten Beispiel bereits dargestellt wurde. Defizitorientierte Vergütungssysteme belohnen die Schwere eines Problems, nicht aber den Beitrag zu dessen Lösung. Alle Erfahrungen, die beim Landeswohlfahrtsverband Hessen in den Projekten zu zeitbasierter Vergütung gesammelt werden konnten, zeigen, dass auch aus der Sicht von Leistungserbringern die Finanzierungsform einer zeitbasierten Vergütung sehr gut geeignet ist, um personenzentrierte Leistungserbringung zu stärken und zu festigen.

Weiterhin als positiv bewerten Leistungserbringer, dass eine zeitbasierte Vergütungssystematik zu größerer Transparenz führt. Dies gilt sowohl im Binnenverhältnis, also zwischen den einzelnen Einrichtungen und Diensten, als auch nach außen gegenüber anderen Leistungserbringern. Erst durch ein einheitliches und nachvollziehbares Verfahren wird eine vorurteilsfreie und konstruktive Zusammenarbeit im Rahmen von Hilfeplankonferenzen möglich.

Letztlich gibt das Instrument der zeitbasierten Vergütung den Leistungserbringern effektive Möglichkeiten an die Hand, auch im Falle besonders schwieriger und zeitaufwendiger Einzelfälle die tatsächlichen Aufwände zu belegen und eine

adäquate Vergütung zu erreichen. Demgegenüber steht in herkömmlichen Vergütungssystemen regelmäßig der Verweis auf durchschnittliche Aufwendungen einer Bedarfsgruppe, weshalb aus Sicht der Leistungsträger die Besonderheit des Einzelfalles bereits vergütet sei.

Zweckmäßigkeitsaspekte für Sozialleistungsträger

Aus der Sicht von Sozialleistungsträgern hat die Kombination von personenzentrierter Leistungserbringung und zeitbasierter Vergütung in erster Linie den Vorteil der größeren Transparenz. Es ist wesentlich klarer als in anderen Systemen, wofür das Geld verbraucht wird. Dies führt zu einem deutlich entspannteren Verhältnis zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern.

Zeitbasierte Vergütung hat für Leistungsträger weiterhin den Vorteil, dass Leistungserbringer leichter zum Abschluss von Verträgen zur regionalen Versorgungsverpflichtung bereit sind. Mit solchen Verträgen soll ausgeschlossen werden, dass Leistungsberechtigte nur deshalb ihre Herkunftsregion verlassen müssen, weil ihnen dort kein geeignetes Angebot unterbreitet werden kann. In herkömmlichen Vergütungssystemen argumentieren Leistungserbringer häufig, sie würden eine regionale Versorgungsverpflichtung nicht eingehen wollen, weil sie sich nicht sicher sein könnten, bei besonders schwierigen und zeitaufwendigen Einzelfällen auch tatsächlich eine adäquate Vergütung zu erhalten. Bei einer zeitbasierten Vergütung trägt ein solches Argument nicht, weil ja gerade per Definition der tatsächliche Zeitaufwand vergütet wird.

Förderung der regionalen Kooperation

Wie bereits mehrfach angeklungen, fördert zeitbasierte Vergütung wesentlich die Transparenz des gesamten Leistungsprozesses. Diese Transparenz wird umso größer je präziser die Ziele in den Hilfeplänen dargestellt sind und je konkreter das zugehörige Vorgehen beschrieben ist. In den Projekten des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen hat sich gezeigt, dass mit der Einführung zeitbasierter Vergütung die Konstruktivität der Zusammenarbeit in der Hilfeplankonferenz jeweils deutlich erhöht werden konnte.

4.7.3 Zur Kompatibilität von zeitbasierter Vergütung mit Trägerbudgets und persönlichem Budget

Trägerbudget vs. zeitbasierte Vergütung

Die Erfahrungen des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen mit Trägerbudgets zeigen, dass diese Finanzierungsform durchaus geeignet ist, personenzentrierte Leistungserbringung zu befördern.⁴⁷ Sie belegen aber auch, dass damit rechtliche Probleme verbunden sind, die es nicht angezeigt erscheinen lassen, diesen Weg weiterzugehen. Insbesondere hat ist deutlich geworden, dass je länger diese Finanzierungsform praktiziert wird, es umso schwieriger wird, dem einzelnen Leistungsberechtigten einen bestimmten Kostenanteil zuzurechnen. Dies ist aber Voraussetzung, um ihn gesetzeskonform in zumutbarer Weise an den Kosten zu beteiligen.⁴⁸

Zeitbasierte Finanzierung unterstützt den Anspruch auf persönliches Budget

Anders verhält es sich mit dem Zusammenhang von zeitbasierter Vergütung und persönlichem Budget, auf das seit dem 01.01.2008 ein Rechtsanspruch besteht.⁴⁹ Beim persönlichen Budget wird dem leistungsberechtigten Menschen ein Geldbetrag zur Verfügung gestellt, mit dem er quasi als Kunde die benötigten Leistungen einkaufen können soll. Zeitbasierte Finanzierungssysteme schaffen hierfür optimale Voraussetzungen. Wie bereits oben dargestellt liegt eine ihrer Stärken gerade darin, dass sie in der Lage sind, die Segmentierung in Teilleistungen zu befördern. Sie unterstützen damit die Möglichkeit, dass sich die jeweils leistungsberechtigte Person ihr individuelles Gesamtpaket aus den Angeboten unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste zusammenstellen kann. Auch die Bildung von Preisen für diese Teilleistungen stellt kein Problem dar. Zeitbasierte Vergütung stellt damit geradezu die ideale Finanzierungsform zur Bildung persönlicher Budgets und Ermittlung der zugehörigen Preise dar. Dies gilt zumindest so lange, wie sich die Hilfen im Rahmen des professionellen Hilfesystems abspielen und innerhalb der Leistungserbringer erbracht werden, mit denen entsprechende Vergütungsvereinbarungen bestehen.

47 Vgl. Kapitel 5 und 6.

48 Vergleiche hierzu ausführlich KRONENBERGER: Regionalbudget – Weg oder Irrweg zu Finanzierung personenbezogener Teilhabe-Leistungen, Psychosoziale Umschau Heft 4/2007.

49 Korrekt müsste es eigentlich heißen trägerübergreifendes persönliches Budget. In der Praxis gibt es auch in den Erprobungsregionen bislang kaum persönliche Budgets, an deren Finanzierung im Sinne des Gesetzes mehrere Sozialleistungsträger beteiligt sind. Der Einfachheit halber wird im Folgenden der treffendere, wenn auch verkürzte Begriff »persönliches Budget« verwendet.

4.7.4 Kritikpunkte

Gegen die in dem Projekt praktizierte zeitbasierte Vergütung sind naturgemäß nicht nur zustimmende Äußerungen, sondern auch zahlreiche Kritikpunkte vorgetragen worden. Auf die beiden wichtigsten soll im Folgenden eingegangen werden.

Schwachstelle Basisbetrag

Gegen die Aufspaltung der Vergütung in einen trägerspezifischen Maßnahmebetrag und einen einrichtungsspezifischen Basisbetrag wird vorgetragen, dass damit zum einen spezifische Strukturen einzelner Leistungserbringer zementiert worden seien und zum anderen, dass dies der angestrebten Überwindung der Trennung in stationäre und ambulante Leistungen zuwider laufe. Beide Vorwürfe sind im Prinzip berechtigt. Der erstgenannte Kritikpunkt stellt aber nur ein technisches Problem dar, weil den Leistungserbringern für die Erprobungsphase eine kostenneutrale Umstellung zugesichert wurde. Die tatsächlichen Differenzen in den trägerspezifischen Maßnahmebeträgen sind so gering, dass deren Überwindung kein Problem bereiten wird, falls diese Finanzierungssystematik flächendeckend eingeführt werden sollte.

Etwas anders sieht es mit dem Einwand aus, der Basisbetrag unterstreiche die Trennung in stationäre und ambulante Leistungen und stehe damit einer wirklich personenzentrierten Leistungserbringung im Wege. Diese Kritik ist prinzipiell nicht von der Hand zu weisen. Eine Lösung für dieses Problem könnte perspektivisch zum Beispiel darin gesehen werden, die Kosten für den Lebensunterhalt, das Wohnen u. Ä. von den Kosten der Eingliederungsleistungen zu trennen und separat zu zahlen. Die dann verbleibenden, geringfügigen Bestandteile könnten dann in den Maßnahmebetrag einfließen. Der völlige Verzicht auf einen einrichtungsspezifischen Basisbetrag jetziger Prägung würde voraussetzen, dass bei allen Leistungserbringern die einzelnen Leistungsanteile in etwa gleich verteilt sind. Das heißt, insbesondere der Anteil an Kapazitäten im Betreuten Wohnen und im Wohnheim müsste bei allen Leistungserbringern in etwa gleich sein. Ansonsten würden bei einem Verzicht auf den Basisbetrag ambulante Leistungen überfinanziert, wohingegen stationäre Leistungen unterfinanziert wären und damit unwirtschaftlich würden. Auf lange Sicht ist dies sicherlich ein überlegenswerter Gedanke. Kurz- bis mittelfristig scheint er allerdings kaum realisierbar. Glücklicherweise zeigen die praktischen Erfahrungen dennoch, dass trotz der Einführung des Basisbetrages die in Hessen praktizierte zeitbasierte Vergütung dazu beigetragen hat, die Hürden zwischen ambulanten und stationären Leistungen zumindest zu verkleinern.

Das Stoppuhr-Argument

Häufig wird von Kritikern zeitbasierter Vergütung vorgebracht, diese funktioniere nur, wenn die gesamte Betreuung minutiös mittels einer Stoppuhr dokumentiert werde. Ähnlich wie bei der Pflegeversicherung müsse die Betreuungskraft ständig die vorgegebenen Minutenwerte im Auge behalten und peinlich genau diesen Vorgaben folgen, weil ihre Leistungen sonst nicht refinanziert würden. Dieser Vorwurf läuft allein schon deswegen ins Leere, weil das SGB XII eine prospektive Vergütung vorschreibt. Die retrospektive Frage, welche Teilleistung wurde wann geleistet, ist weder vom Konzept der zeitbasierten Vergütung vorgesehen, noch wäre sie rechtlich zulässig. Tatsächlich erfolgt die Steuerung ganz im Sinne des personenzentrierten Ansatzes über die Frage, in welchem Umfang sind die angestrebten Ziele erreicht worden.

Bei einer Fortschreibung der Hilfeplanung müssen diese Ziele dann entweder fortgeschrieben, modifiziert oder unter Umständen auch ganz aufgegeben werden. Daraus ergeben sich dann neue prospektive Zeitwerte, die notwendig sind, um die überarbeiteten Ziele zu erreichen.

4.7.5 Zusammenfassung

Die in Hessen praktizierte Umsetzung einer zeitbasierten Vergütung hat gezeigt, dass diese Finanzierungssystematik hervorragend geeignet ist, personenzentrierte Leistungserbringung zu unterstützen. Aus Sicht des Verfassers ist sie sogar das für Personenzentrierung am besten geeignete Finanzierungssystem. Zum einen enthält es sämtliche Voraussetzungen, um eine an den individuellen Bedarfen orientierte differenzierte Leistungserbringung zu unterstützen. Zum anderen umschiffet es die rechtlichen Klippen, die pauschalierte Vergütungsmodelle mit sich bringen. Die Hauptstärke zeitbasierter Vergütung liegt darin, dass sie für alle Beteiligten ein Mehr an Transparenz in den Prozess der Leistungserbringung hineinträgt. Dies gilt gleichermaßen für Leistungsberechtigte als auch für Leistungserbringer und Leistungsträger. Es wird damit ein Klima gefördert, in dem konstruktive Kooperation gedeihen kann, die dazu beiträgt, das zu realisieren, was sonst meist nur Lippenbekenntnis bleibt, nämlich den behinderten Menschen in das Zentrum der Überlegungen und des Handelns zu stellen.

4.8 Aus der Nähe betrachtet. Ganz persönliche Eindrücke zur Hilfeplanung und Leistungsfinanzierung

Gabriela Deutsche

Hat die Umsetzung des Projekts den Alltag verändert? Gibt es spürbare Veränderungen für Betroffene und Fachkräfte, die sich in ihrem Alltag niederschlagen?

Eine wissenschaftlich überprüfte Antwort kann ich nicht geben – aber eine gefühlte.

Abgeschlossen ist das Projekt der »Leistungsfinanzierung« noch lange nicht und wir alle befinden uns noch in einem Prozess der Entfaltung und Entwicklung. Die Intention, den Menschen nur die Hilfe anzubieten, die sie trotz Behinderung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben brauchen, wurde in den vorangegangenen Beiträgen beschrieben, finanzielle, strukturelle und rechtliche Aspekte analysiert.

Der Kontext in dem ein humaner Gedanke reifen kann, sollte unterstützend und nicht ver hindernd sein. Die Beteiligten der Region wollten versuchen, diesen fördernden Kontext für die Personenzentrierte Hilfen zu entwickeln und haben sich gerne der Erprobung gestellt. Dass auch über den formalen Weg des »Minutenzählens« eine gute Idee zu transportieren ist, wird noch viel Überzeugungskraft kosten. Und nur die dauerhaft verbesserte Lebenssituation der Antragssteller wird überzeugen können.

Aus der Sicht der Betroffenen zu denken, ihre Wünsche und Zielvorstellungen zu transportieren, ist keine leichte Aufgabe. Die Balance zwischen Interessen der Institutionen und den »Kunden«, wie man sie heute nennt, muss gehalten werden. Die Schwere der Erkrankung und die dadurch bedingte veränderte Wahrnehmung der Realität erschwert die Planungen und aktiviert die auch berechnete Fürsorge. Trotzdem das ganze Spektrum an Möglichkeiten eines Menschen zu nutzen und nicht nur seine Hilfsbedürftigkeit zu sehen, setzt eine veränderte Sichtweise bei den Helfern voraus.

Veränderungen, gleich welcher Art, lösen bei den meisten Menschen erst einmal Ängste und Abwehr aus. Die verantwortliche Bezugsperson nimmt oft eine vermeintlich schützende Position gegenüber der Hilfeplankonferenz ein. Sie erklären den Betroffenen für zu belastet oder interpretieren den ganzen Prozess zu einer Existenzfrage, die von der nötigen Kostenzusage abhängt.

In den meisten Fällen ist es jedoch gelungen, die Idee der »Personenzentrierten Hilfen« zu vermitteln. Ein erster offensichtlicher Hinweis, den es noch statistisch zu überprüfen gilt, ist die Bewegung, die durch das Versorgungssystem geht. Neben dem sich tatsächlich veränderten Hilfebedarf, der in überschaubaren Abständen überprüft wird, hat sich eine Vielzahl von Angeboten entwickelt, die zu einem passenden Leistungsangebot zusammengestellt werden können. Die Fluktuation der Nutzer hat sich vermehrt.

Ich wage zu behaupten, das das Prinzip Hoffnung am Horizont erschienen ist. Woran liegt es? Darüber möchte ich resümieren.

»Ja, mach' nur einen Plan ...

sei nur ein großes Licht!

Und mach dann noch 'nen zweiten Plan

gehn tun sie beide nicht

(Lied von der Unzulänglichkeit des menschlichen Strebens von Bertold Brecht aus der Dreigroschenoper)

Diesem Pessimismus von Bertolt Brecht sollten wir uns nicht anschließen, obwohl diese Haltung gerade im sozialen Hilfesystem weitverbreitet ist. Sehen wir davon ab »ein großes Licht« und Schicksal spielen zu wollen und räumen wir auch kleinen Schritten die Möglichkeit einer Initialzündung ein. Um noch einmal Bertold Brecht zu bemühen, werden die durch uns zu Fördernden gerne in das »durchprüfte System« eingeordnet und auf gar keinen Fall belastet. Denn das könnte die Ordnung, sprich Hospitalisierung, wie sie auch in der Gemeindepsychiatrischen Versorgung vorkommt, bedrohen. Ein Minimum an Beanspruchung, Verantwortung und Risiko führt zu einem Minimum an Gefühlen und Gedanken und verspricht angepasstes Verhalten.

Eine Zielplanung könnte solch eine Bedrohung sein. Sie kann schlummernde Wünsche und längst aufgegebene Hoffnungen wecken. Hier wäre dann Unterstützung und Förderung angesagt, das heißt Fachlichkeit in Ergänzung zu Versorgung und Erhaltung des Status quo, was auch zu bestimmten Zeiten wichtig und hilfreich sein kann. Eine Alltagsweisheit ist, dass Hoffnung und Hoffnungslosigkeit oft in sich selbst erfüllenden Prophezeiungen münden. Der IBRP ist ein Angebot, die positive Kraft der Hoffnung zu nutzen. Als Mitglied der Hilfeplankonferenz ist es wunderbar zu erleben, wie stolz die Betroffenen sein können, wenn die Zielerreichung vorgestellt wird und wie viel Mut sie aus der Erfahrung schöpfen, um neue Ziele entwickeln zu können. Natürlich haben einige auch Angst und fühlen sich unter Druck. Aber sollte man ihnen das ersparen?

Einer unserer Bewohner, der es wunderbar versteht die Aura von »Rühr-mich-nicht-an« zu verbreiten, drückt das so aus: »Das ist schon sehr belastend – aber es geht ja nicht anders«. Ja, es geht nicht anders. Sollte unser Hilfesystem nur begleiten und registrieren, dass sich etwas von alleine entwickelt hat? Wobei das noch die bessere Form wäre von aufopfernder Fürsorge. Der gleiche schon zitierte Betroffene hat auch reklamiert, dass eine Umformulierung eines Zieles zwar mit ihm diskutiert worden sei, aber die endgültige Formulierung ohne seine Freigabe übertragen worden ist. Was kann man sich mehr wünschen, als das das Selbstbewusstsein und die Verantwortung für sich selbst durch die Auseinandersetzung mit der Zielplanung wieder erwacht ist.

An diesem Beispiel eines Menschen mit einem sehr hohen Hilfebedarf lässt sich der Wert dieses Instrumentes gut nachvollziehen. Mit viel Sorge um ihn hat sich

die Fallkonferenz in Anwesenheit der behandelnden Ärztin dazu entschlossen, ihn mit Forderungen wohl dosiert zu belasten, wissend, dass ihn seine Ängste erneut in die Psychose treiben könnten. Mit seinen ihm zurzeit zur Verfügung stehenden Möglichkeiten versucht er, gesunde Anteile zu aktivieren, um sein Ziel zu erreichen. Ohne die Frist, die uns die Hilfeplankonferenz gesetzt hatte, wäre diese Planung wahrscheinlich aus Rücksichtnahme immer weiter hinausgeschoben worden.

Ich verstehe unsere Aufgabe auch im Fordern und Verpflichten. Die meisten Mitarbeiter im psychiatrischen Hilfesystem sehen ihre Aufgabe ähnlich. Sie können den IBRP als hilfreiches Instrument sehen, um für den Betroffenen und für sich Klarheit und Verlässlichkeit zu erzeugen. Eine unserer Bewohnerinnen hält die Zielplanungen für »normal«. Sie wolle ja schließlich wissen was über sie geredet wird und der schlimmste Fehler sei, jemanden für dumm verkaufen zu wollen.

Zeit, Zeiterfassung, Leistung in Minutenwerten ausdrücken, das hat bei einigen Abwehr, gar Empörung ausgelöst. Wir, die wir in sozialen Berufen unsere Menschenverbesserungsideen verwirklichen wollen, reklamieren gerne die Beziehung (Beziehungsaufbau) als den wichtigsten Wert, den es anzustreben gilt. Wann lernen wir endlich uns in der Beziehung zu den Menschen mit Hilfebedarf nicht so wichtig zu nehmen. Fast alle und erst recht die jungen Menschen, die in unser Hilfesystem kommen, haben eine Bindung. Das Argument, das diese schlecht und eher hindernd sind, kann nicht gelten. Neue Möglichkeiten aufzeigen und dadurch ein Lernfeld und Assistenz zu bieten, ist unsere Aufgabe. In diesem oft als Dschungel erlebten Lebensabschnitt mit Wildwuchs von Wollen und Sollen ist ein Zeitraster, eine Rhythmisierung ein wichtiges Hilfsmittel. Auch das ist Alltagswissen, dass unser gesamtes Leben einem Rhythmus untergeordnet ist, ihn braucht: Innere und äußere Uhren, Tag-Nachtrhythmus, Jahreszeiten, Wachsen und Altern. All das reguliert, strukturiert das Leben der Menschen, der Natur und ihre Beziehungen zueinander.

Die Zeitlosigkeit ist bei vielen psychischen Erkrankungen ein Problem. Den IBRP könnte man als ein willkommenes Instrument sehen, auch uns Helfern eine Struktur zu geben und mit den Betroffenen das Phänomen Zeit zu bearbeiten. Wenn wir ehrlich sind, brauchen auch wir Professionelle den Druck, die Anforderung, wie sie durch die Hilfeplankonferenz gestellt wird. Das erfordert neben Disziplin vor allem Reflexion und Urteilskraft. Ich muss in der Lage sein, hoch komplexe Prozesse in kleine Schritte zu zerlegen und auch noch den analogen Zeitwert zu berechnen. Für den Betroffenen selbst könnte es Klarheit, Übersicht und damit Verbindlichkeit bedeuten. In vielen Fällen sind diese Werte krankheitsbedingt verloren gegangen. Ein wichtiger Teil unserer Arbeit ist es, Orientierung zu geben.

Wir gehen selbstverständlich davon aus, dass die vereinbarten Zielplanungen sich im Alltag der Betroffenen und ihrer professionellen Begleiter widerspiegeln.

Damit haben die Verantwortlichen für die Planung und Einteilung der notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen ein gutes Werkzeug an der Hand, um effektiv zu arbeiten und notwendige Korrekturen durchzuführen.

Einen weiteren Vorteil kann das Instrument IBRP und Personalbemessungsbogen bieten: Es lässt sich in jedes Qualitätsmanagementsystem einordnen. Es erfüllt die Kriterien nach Berücksichtigung der Kundenwünschen, der überprüfbaren Zielplanung und der notwendigen Korrekturen.

Hat es auch Nachteile? Aus der Sicht der Mitarbeiter schon. Obwohl viele den Nutzen für den Klienten und ihre eigene Arbeit mit ihm sehen, gibt es noch viele Bedenken und auch berechtigte Kritik.

Eine Untersuchung, die in Wiesbaden zu dem Thema durchgeführt wurde, belegt dies.⁵⁰ So sehen der überwiegende Teil der Befragten im IBRP eine »differenzierte Handlungsgrundlage für die Arbeit mit dem Klienten«, die praktische Handhabung jedoch als überarbeitungsbedürftig. Beweisen muss der IBRP sich in der Wirkung auf die Nutzer und auf das Hilfesystem. Nur wenn auf eine bestimmte Problemstellung eine entsprechende Antwort erfolgt, kann die Sinnhaftigkeit der Konzeption überzeugen.

Die Ängste, dass die auf Minuten abgestimmte Darlegung der Leistungen den Radius der Möglichkeiten einengt, haben sich nicht bestätigt. Die Ängste von Nutzern, beschnitten zu werden, haben sich in das Gegenteil gekehrt. Passgenauere Einzelangebote sind kombinierbar. Und die Angst der Kostenträger wurde auch nicht bedient. Die Kosten haben sich in der Projektregion nicht erhöht. Und die Kultur der Zusammenarbeit hat sich erheblich verbessert.

Wir sollten das Projekt »Personenzentrierte Hilfen« pflegen und weiter an dem Projekt »Hoffnung« arbeiten. Dazu braucht es Verantwortliche, die nicht nachlassen und den Gedanken der Veränderbarkeit leben.

Mit Brecht möchte ich auch enden: »Ein Mann, der Herrn K. lange nicht gesehen hatte, begrüßte ihn mit den Worten: ›Sie haben sich gar nicht verändert.‹ ›Oh!‹, sagte Herr K. und erbleichte.«

50 GEYER, Ursula. Fragenbogen zur »Auswirkung der Arbeit mit dem IBRP für die involvierten Mitarbeiter in der Gemeindepsychiatrie in Wiesbaden«. Unveröffentlichtes Manuskript 2008. Die Autorin ist Mitarbeiterin im sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Wiesbaden und leitet die Wiesbadener Hilfeplankonferenz.

4.9 Stellungnahme des Fachbeirats⁵¹ zum Projekt »Leistungsfinanzierung«

Heinrich Kunze

Vorbemerkung: Das Projekt »Leistungsfinanzierung« setzt die Ergebnisse der Phase 1 und 2 des »Hessischen Implementationsprojekts«⁵² voraus:

- die Verbesserung der Qualität und der Passgenauigkeit der Hilfen durch personenzentrierte individuelle Hilfeplanung mit dem IBRP
- die Sicherstellung der geplanten Hilfen in regionaler Verantwortung durch die Hilfeplankonferenz/HPK (Phase 1) und darauf aufbauend
- die Einführung der sachgerechten Anwendung der Personalbemessung und der zeitlichen Quantifizierung des Hilfebedarfs (Phase 2).

Das Projekt Leistungsfinanzierung setzt die Ergebnisse der beiden Phasen voraus und geht in seiner Zielsetzung darüber hinaus: in den beiden Regionen Stadt Wiesbaden und Wetteraukreis wurde eine neue zeitwertbasierte Vergütungssystematik eingeführt.

Zusammenfassende Bewertung der Projekt-Ergebnisse

In den beiden Projekt-Regionen konnte erwiesen werden:

1. *Für personenzentrierte Hilfen kann der Aufwand personenbezogen zeitbasiert bemessen und prospektiv vergütet werden.* Die stichtagsbezogene budgetneutrale Vergütungsumrechnung war in beiden Regionen erfolgreich. Der Umstieg von der Finanzierung von Plätzen zur Finanzierung primär von Zeit für Leistungen für Personen wurde vollzogen.
2. *Die Aufteilung der Vergütung in Basis- und Maßnahmebetrag ist als derzeitiger Kompromiss akzeptabel,* weil damit einerseits den Einrichtungen eine ausreichende Sicherheit bei dieser komplexen Umstellung gegeben wird, und andererseits im Maßnahmebereich die personenbezogene zeitorientierte Vergütung realisiert wird.
3. *Diese Finanzierung verbessert die Möglichkeiten zur Realisierung von individualisierten, passgenauen, bedarfsgerechten und ökonomisch verantwortlichen*

51 Die Aufgabe des Fachbeirats bestand in einer kritischen, reflektierenden Begleitung des Projekts »Leistungsfinanzierung« im Kontext anderer Projekte und Aktivitäten zur Umsetzung personenzentrierter Hilfen. Mitglieder des Beirats waren Prof. Dr. Heinrich Kunze, Prof. Dr. Reinhard Peukert, Klaus-D. Liedke, Heidi Schlütter, Matthias Muth, Evelin Schönhut-Keil, Vera Thiesen-Rath, Susanne Nöcker, Hans-Günther Tiggemann, Gerhard Kronenberger, Bianka Röhl und als ständiger Gast: Ralf Bremauer.

52 Siehe Kapitel 2. und 3. Ähnliche Projekte liefen etwa gleichzeitig in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen an.

Hilfen – in Verbindung mit personenbezogener Hilfeplanung und regionaler Hilfeplankonferenz. Dies wird von den Leistungserbringern, den Koordinatoren sowie den örtlichen und dem überörtlichen Sozialhilfeträger begrüßt. Häufig konnten so die Leistungen effizienter erbracht werden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen (insbesondere individueller Hilfeanspruch, Wunsch und Wahlrecht, Transparenz und Steuerbarkeit, Eignung für trägerübergreifendes persönliches Budget) wurden erfüllt.

4. *Die wechselseitigen Befürchtungen der Leistungsträger und der Einrichtungen haben sich nicht bestätigt:* Die Einführung der zeitbasierten Vergütungssystematik hat weder eine unkontrollierte Ausweitung der Kosten ausgelöst, noch hat sie sich als ein verkapptes Sparprogramm herausgestellt. Die neue Vergütungssystematik hat hohe Akzeptanz bei den projektbeteiligten Leistungserbringern erreicht.
5. *Die in der Hilfeplankonferenz angemeldeten individuellen Bedarfe* der leistungsberechtigten Personen konnten zeitnah und nahezu ausnahmslos in den beiden Versorgungsregionen erfüllt werden. Die Beratungen der Hilfeplankonferenzen in den beiden Regionen haben in Verbindung mit der zeitbasierten Vergütung zur flexibleren und effizienteren Realisierung der individuellen Hilfen beigetragen. Zum Beispiel gab es bei den Wiedervorstellungen mehr Reduzierungen als Erhöhungen des Leistungsumfangs. Die Kosten je Leistungsfall sanken um 3 bzw. 0,5 %. Dies wurde auch durch die Möglichkeit gefördert, im Einzelfall die Untergrenze des Betreuten Wohnens zu unterschreiten. Der Anteil nicht-psychiatrischer Hilfen stieg an.
6. *»Hilfen aus einer Hand« – einrichtungs- und leistungsträgerübergreifend:* Die Hilfeplankonferenz hat sich als verantwortliches, kooperativ arbeitendes Gremium zur Einzelfall-Steuerung auf regionaler Ebene erwiesen. Die zielorientierte und verantwortungsvolle Zusammenarbeit der regionalen Ebene mit der systemischen Steuerung auf der überregionalen Ebene (Management inkl. Controlling differenziert nach Zielgruppen und Regionen) hat sich nachweisbar bewährt.
7. *Die Hilfeplankonferenz ist die Ebene, die vermittelt zwischen dem individuellen Rechtsanspruch auf Hilfe einerseits mit den Folgekosten der Hilfeplanung und der Finanzplanung der Leistungsträger andererseits.* Es gab im Erprobungszeitraum zwar eine Planung der erwarteten Zahl der Hilfeempfänger und des entsprechenden Finanzvolumens (»virtuelle Leistungsmengenobergrenze«), jedoch keine einschränkenden Vorgaben für die bedarfsgerechten Einzelentscheidungen, der Leistungsmengen oder der Kosten, auch nicht hinsichtlich der Anzahl zu betreuender Leistungsberechtigter. Umso höher zu bewerten ist die Verantwortlichkeit der Hilfeplankonferenz bei der Definition des individuellen Rechtsanspruchs auf Hilfe unter Berücksichtigung der verfügbaren Mittel. Die überregionale systemische Steuerung lieferte entsprechende SOLL/

IST-Vergleiche, die den Hilfeplankonferenzen zur Verfügung gestellt wurden (siehe Steuerung/Controlling unten). Der überörtliche und der örtliche Sozialhilfeträger waren regelmäßig in den Hilfeplankonferenzen vertreten, sodass die Beratungen zu Entscheidungen führten, vorbehaltlich der sozialrechtlichen Prüfung seitens des Leistungsträgers.

8. *Die noch weitgehend institutions- bzw. maßnahmezentrierte Organisation des vorhandenen Hilfeangebotes sowie die bisherige planwirtschaftliche Steuerung über Plätze sind die größten verbleibenden Hindernisse auf dem Weg zur weiteren Verbesserung der Qualität der Hilfen und der Effizienz ihrer Realisierung.* Eine zeitwertbasierte prospektive Vergütung, aufbauend auf personenbezogener Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen, kann ihre Wirkung erst richtig entfalten in Verbindung mit dem Umstieg zu personen- und lebensfeldorientiert organisierten Hilfen sowie zu einer am aggregierten individuellen Hilfebedarf orientierten Angebotssteuerung.
9. Der Beirat empfiehlt, die Umstellung auf die *personenbezogene Leistungsfinanzierung* in den beiden Regionen in eine *unbefristete Anwendung* zu überführen und kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Weitergehende Empfehlungen

Die personenbezogene prospektive Leistungsfinanzierung kann schrittweise in weiteren kommunalen Gebietskörperschaften eingeführt werden – in Verbindung mit den oben aufgeführten Voraussetzungen:

- personenbezogene Hilfeplanung,
- regionale Hilfeplankonferenz – sowie zukünftig auch
- personen- und lebensfeldorientierte Organisation der Hilfen und
- am aggregierten individuellen Hilfebedarf orientierte Angebotssteuerung.

Über die quantitativ bemessene Zeit für den Hilfebedarf einer Person hinaus ist die inhaltliche Verwendung der Zeit, die therapeutische Qualität der Hilfen und ihre effiziente Prozessorganisation von zentraler Bedeutung.

Die *Einführung in weiteren Regionen* kann nicht erfolgen in einem Schritt durch Umsetzung eines fertigen Konzepts, das alle Probleme vorab regelt (im Sinne von: »der erste Schritt darf erst getan werden, nachdem das letzte Problem gelöst wurde«). Bei einer derart komplexen Veränderung ist die Strategie Erfolg versprechend, den *Umstellungsprozess als »lernendes System«* – mit definierten Zielen, vereinbarten Erfolgskriterien, geklärten Verantwortlichkeiten und Rahmenbedingungen, empiriegestützt mit Problemlösungszirkeln und definierten Abschnitten/»Meilensteinen« – auf den Weg zu bringen. Hingewiesen wird auf die positiven Erfahrungen mit Implementationsprojekten in den zehn hessischen Gebietskörperschaften (vgl. Seite 119, Fußnote) sowie in verschiedenen Bundes-

ländern mit dem Grundgedanken, »best practice«-Austausche zu organisieren, in denen die beteiligten Regionen voneinander lernen und die besten Problemlösungen dann verstetigt und verallgemeinert werden.

In allen Gebietskörperschaften muss kontinuierlich an der weiteren Verbesserung der *Qualität der individuellen Hilfeplanung und der Hilfeplankonferenz* gearbeitet werden mit dem Ziel, möglichst verbindliche Standards für Fachlichkeit, Ablauforganisation und Effizienz zu erreichen. Zu den Themen gehört auch das zentrale Qualitätsziel der Versorgungsverpflichtung, über das grundsätzlich Einigkeit besteht. Jedoch muss die praktische *Zusammenarbeit mit den »benachbarten« Hilfesystemen* der Wohnungslosenhilfe und der Forensischen Psychiatrie weiter gefördert werden. Es geht z. B. um Patienten, die nach abgeschlossener Behandlung in der Forensik in die gemeindepsychiatrische Versorgung eingegliedert werden sollen.

Von grundlegender Bedeutung ist die *konstruktive Zusammenarbeit der Hilfeplankonferenzen mit Übernahme von Steuerungsfunktionen auf regionaler Ebene und der systemischen Steuerung auf überregionaler Ebene*: kompetent und dem Ziel verpflichtet »wie aus einer Hand«. Gemeinsames Ziel ist die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung insgesamt und der individuellen Hilfen im Einzelfall. Dazu ist notwendig die Einigkeit über fachliche Standards für qualitativ gute Hilfen, Transparenz und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Grundlegende Voraussetzung ist eine *landesweite Vereinbarung für zentrale Indikatoren zur Steuerung* (= Controlling) sowie die Etablierung der entsprechenden *Regelprozesse* (mit Nutzung von betriebswirtschaftlicher Kompetenz). Ziel ist die Transparenz in Bezug auf die Qualität der Leistungserbringung und den Ressourcenverbrauch für die Ebenen

- Person,
- Einrichtung,
- Zielgruppe (Art der Behinderung und Region),
- Sozialhilfeträger (überörtlich und örtlich),
- und perspektivisch leistungsarten- und leistungsträgerübergreifend.

Im Zeitverlauf sind sowohl Veränderungen der Fallzahl als auch der kumulierten Hilfebedarfe zu erwarten, jeweils unterschiedlich für Zielgruppen, Regionen und Einrichtungen; die Gründe dafür könnten sein:

- Wanderungsbewegungen von Hilfeempfängern infolge ihrer Erkrankung/Behinderung,
- regional fehlende oder andernorts bessere Hilfeangebote,
- Selektionsprozesse bzw. Angebotsorientierung von Einrichtungen statt der Orientierung an der Versorgungsverpflichtung,
- Wirkungen von Planungen und Finanzierungsregelungen.

Diese Veränderungen sind im Controllingsystem zu berücksichtigen, denn Transparenz ist die erste Voraussetzung, um an den Problemen zielorientiert arbeiten zu können.

Die Aufteilung der Vergütung in Basis- und Maßnahmebetrag sollte nach einiger Zeit überprüft werden mit der Frage, ob der *Basisbereich schrittweise in den Maßnahmebereich integriert werden kann* – nach dem Grundgedanken einer Konvergenzphase. Denn mit dem Basisbetrag ist die Tendenz verbunden zur Aufrechterhaltung des aktuellen Umfangs z. B. an Wohnheimplätzen, auch wenn ggf. der Bedarf niedriger ist – z. B. bei geeigneten ambulanten Hilfeformen. Die Zusammenfassung von Basis- und Maßnahmebetrag verbessert die Möglichkeit zum Umstieg von den bisherigen Maßnahme-Paketen zu personen- und lebensfeldorientierten individuell passgenauen Hilfen.

Anregungen

Die Möglichkeiten der individuell passgenauen Hilfen sind bisher noch nicht voll entwickelt, insbesondere wenn es darum geht, Veränderungen im Hilfebedarf mit der Anpassung der Hilfen flexibel zu folgen und dabei die Integration in den Lebensfeldern (Wohnen/Privatleben, Ausbildung/Arbeit/Beschäftigung, Freizeit) sowie die verlässlichen Beziehungen im professionellen und ehrenamtlichen Hilfenetz zu erhalten. Diese Fortentwicklung der organisatorischen Realisierung personenzentrierter Hilfen mit Kontinuität und Lebensfeldbezug würde die *Effizienz der Hilfen* weiter steigern (Verhältnis von Nutzen und Aufwand). Denn *Rehabilitation und Teilhabe sind wirksamer, wenn sie dort stattfinden und mit den Bezugspersonen, wo die Wirkung langfristig gebraucht wird*. Solange dies in einer Institution stattfindet, ist die *Wirkung an diesen Kontext gebunden*, die *Institution macht »abhängig«* in diesem Sinne und beeinträchtigt die Erreichung des allgemeinen Zieles, möglichst eigenständig und unabhängig von Institutionen in der Gemeinde leben zu können.

Sinnvoll wäre eine Vereinbarung der Leistungsträger und Leistungserbringer, wie *finanzielle Anreize geschaffen* werden können, damit Effizienzsteigerung durch effizientere Organisationsformen sich auch betriebswirtschaftlich lohnt.

Finanzierung steuert – zielorientiert oder mit nicht beabsichtigten Wirkungen!

Die Anreize zur wirksamen Zielerreichung mit möglichst geringem Einsatz der prospektiv zugewiesenen Mittel sollten verstärkt werden. Das bedeutet auch die Fortentwicklung von Kriterien für Wirksamkeit, für Ergebnisqualität. Je erfolgreicher Kriterien für Wirksamkeit/Ergebnisqualität entwickelt werden, umso mehr kann der bisherige Aufwand für den Nachweis der Durchführung von Leistungen vermindert werden.

Der Rechtsanspruch des Hilfe-Empfängers sollte primär durch die Zielerreichung eingelöst werden, und nicht durch die vollständige (»buchstabengetreue«) Ausführung einer individuell geplanten Hilfe (ggf. sogar einen Platz in einer Einrichtung), auch wenn der notwendige Hilfebedarf im weiteren Verlauf sich als geringer erweist als geplant. Das bedeutet – entsprechend der gesetzlich geregelten Prospektivität der Vergütungen gemäß § 77 SGB XII – auch den Verzicht auf Rückforderungen durch den Leistungsträger, wenn bei geringerem Hilfebedarf als geplant (im Einzelfall und bei Zielgruppen) die prospektiv zugewiesenen Mittel nicht verbraucht wurden. Dies ermöglicht dem Leistungserbringer Ausgleich zwischen unter- und überversorgten Hilfeempfängern und setzt ggf. Ressourcen frei für kurzfristig auftretende Bedarfe, die unverzüglich zu berücksichtigen sind.

Die Realisierung der Hilfen nach Funktionsbereichen erfordert dann auch eine veränderte *Bedarfsplanung*. Die *Planwirtschaft mit Plätzen* nach bevölkerungsbezogenen Messziffern ist abzulösen durch eine *Angebotssteuerung durch Regelkreise* unter Berücksichtigung der aggregierten Einzelbedarfe, der regionalen Leistungsangebote, der regionalen Versorgungsverpflichtung und der politisch verantworteten Versorgungsqualität und deren Finanzierung.

Für diese Entwicklungsperspektiven gibt es sowohl in Hessen als auch in anderen Bundesländern Regionen und Träger, von denen man im Sinne von best-practice-Vergleichen und benchmarking viel lernen kann, wenn man das Rad nicht nochmals neu erfinden will.

In Übereinstimmung mit den auf Bundesebene diskutierten Perspektiven zur *Eingliederungshilfe* wird empfohlen, langfristig die *Kosten für Unterkunft und Verpflegung* – gleichgültig wo und wie diese realisiert werden – *von der Betreuungsleistung unabhängig* zu machen (siehe oben zum Basis- und Maßnahmebereich). Dies würde die Flexibilisierung und Ambulantisierung der Hilfeerbringung sowie die Beziehungskonstanz mit dem sozialen sowie dem professionellen Umfeld bei Veränderungen der Hilfe erleichtern – und damit zur Effizienzverbesserung beitragen.

Auch bei einer weiteren Flexibilisierung der Hilfen werden *niederschwellige und pauschal finanzierte Hilfen* (wie z. B. Kontaktstellenangebote in den PSZ) nicht überflüssig. Neben dem offenen Kontakt- und Beratungsangebot haben diese Hilfen die Aufgabe, weitergehenden Hilfebedarf zu erkennen und erforderlichenfalls den Weg zu bahnen zu geplanten individualisierten Leistungen für die jeweilige Person.

5 Projekt »Wohnen«: Ergebnisse eines Modell- und Evaluationsprojekts

Jessica Ruth, Anja Gutjahr, Gerd Iben, Harry Bernardis und Halgard Bestelmeyer-Grommet

Die an Gesellschaft und Praxis gestellte Leitidee der Sozialen Psychiatrie, Partizipation und Teilhabe für psychisch kranke Menschen zu stärken und sie bei der Gestaltung ihrer *Lebensräume* zu unterstützen, beispielsweise einbezogen in ihrer Gemeinde zu leben und ihre sozialen Kontakte zu erweitern sowie sie in Vereine und Erwerbstätigkeit zu integrieren – diese Leitidee ist wieder verstärkt in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt. Diese Forderung benötigt die Bereitschaft und das Engagement, unbekannte und neue Wege zu gehen, um zu anderen Lösungs- und Handlungsansätzen zu kommen. Der folgende Beitrag verfolgt das Anliegen, sowohl aus Sicht der Projektträger als auch aus der Perspektive der wissenschaftlichen Begleitung, Erfahrungen und Erkenntnisse offenzulegen, die bei der Umsetzung der formulierten Projektziele gemacht wurden. Diese betrafen die (Weiter-)Entwicklung individueller Hilfen, die passgenau und flexibel Veränderungen des Hilfebedarfs berücksichtigen und mehr Selbstbestimmung und soziale Integration ermöglichen. Vorgestellt und reflektiert werden Ansätze zur Konkretisierung lebensweltbezogener, personenzentrierter und einrichtungsübergreifender Handlungslogiken.

5.1 Die Idee

Das Projekt ist in einer Zeit entstanden, in der sich viele Leistungserbringer um eine weitere Ausdifferenzierung der bestehenden Einrichtungen bemüht haben. Diese Bemühungen mündeten in der Regel in der Erfindung neuer Einrichtungstypen. Die Spezialisierung sollte die Antwort auf die zunehmende Komplexität sein – eine Antwort in einem für alle Beteiligten vertrauten Muster. Das bestehende Denken und Handeln war nicht gefährdet, mit Überraschungen war nicht zu rechnen. Veränderung ohne Überraschungen und ohne Risiko kann es nicht geben. Klaus Dörner, der das Projekt über die Jahre begleitet hat, sagt, dass wir keinen Menschen ändern können, vielmehr können wir uns nur selbst ändern, wodurch auch für den anderen die Möglichkeit einer Änderung entsteht. Das Projekt formulierte als Alternative zur weiteren Ausdifferenzierung von Einrichtungstypen die radikale Idee der konsequenten Orientierung der Hilfen am individuellen Bedarf der Person in ihrem Lebenskontext, welche allen Beteiligten viele Überraschungen zur Verfügung stellte. Diese Überraschungen sollten die Schätze sein aus denen Neues entstand. Bezogen auf die

Person stellte sich das Projekt die Aufgabe, einen Raum bzw. Strukturen mit flexiblen Wahlmöglichkeiten und Chancen zu schaffen, mit denen man für den einzigartigen Menschen in seinen einzigartigen Situationen passende Strategien und Lösungen finden kann.

5.1.1 Die Vereinbarungen

Die Projektidee wurde im Behinderten-Werk-Main-Kinzig e. V. und bei den Vogelsberger Lebensräumen geboren. Beide Leistungsanbieter sind während des Projekts für eine definierte Region versorgungsverpflichtend tätig und halten sowohl ambulante als auch stationäre Angebote im Leistungsbereich Wohnen vor. Beide Anbieter können in diesem Leistungsbereich ca. 120 Betroffenen ein Angebot machen. In beiden Regionen überwiegt traditionell das ambulante Angebot. Bereichert wurden die Ideen durch den nach einem Jahr hinzukommenden Projektpartner Jugend- und Drogenberatung-Suchthilfe im Vogelsbergkreis. In gemeinsamen Gesprächen mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen, dem Main-Kinzig-Kreis und dem Vogelsbergkreis, wurden die Ideen konkretisiert und vertraglich festgeschrieben.

Folgende Vereinbarungen wurden getroffen:

1. Soweit in der Behindertenhilfe im Leistungsbereich Wohnen herkömmlicherweise von der Einrichtung her gedacht wird, hat das Projekt zum Ziel, die im Einzelfall benötigten Leistungen unabhängig von der Einrichtung, ausschließlich an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet, anzubieten. Das Projekt wird zeigen, inwieweit die Versorgungsstrukturen im Leistungsbereich Wohnen im Interesse der betroffenen Menschen umgestaltet werden können.
2. Der Landeswohlfahrtsverband Hessen ist als überörtlicher Sozialhilfeträger und der Vogelsbergkreis sowie der Main-Kinzig-Kreis sind als örtliche Sozialhilfeträger in Wahrung ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten beteiligt.
3. Leistungserbringer sind die Stiftung Heilanstalt für Kranke (Vogelsberger Lebensräume) und das Behinderten-Werk-Main-Kinzig e. V. Beide Einrichtungen sind auch die Träger des Projekts (nach einem Jahr kam die Jugend- und Drogenberatung-Suchthilfe im Vogelsbergkreis als Projektpartner hinzu).
4. Das Projekt hat eine Laufzeit vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2006 (das Projekt wurde 2006 um ein weiteres Jahr verlängert). Das Recht der außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt. Die Vertragsparteien werden bis zum 30. Juni 2006 klären, ob die Laufzeit des Projekts verlängert werden soll.
5. Zur Deckung der für die zu erbringenden Leistungen entstehenden Kosten stellt der LWV Hessen ein jährliches Budget zur Verfügung. Dieses besteht aus Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale) und für die Maßnahmen (Maßnahmenpauschale) sowie aus einem Betrag für betriebsnot-

wendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung (Investitionsbetrag; § 93 a Abs. 2 Satz 1 BSHG). Grundlage des Budgets, das die Investivkosten für Be- treutes Wohnen nicht enthält, ist die erstellte Berechnung für das Kalenderjahr 2002.

5.1.2 Die Hypothesen

In Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung,⁵³ die die dreijährige Evaluation des Modellprojekts durchführte, wurden schließlich Hypothesen entwickelt, die sowohl die Projekt- als auch die Evaluationsarbeit bestimmten. Ihre Bewertung und Einschätzung sind Schwerpunkt des nachfolgenden Teils des Beitrags.

- Ein Heimaufenthalt führt immer zu Hospitalisierung.
- Durch die personenzentrierte Hilfeplanung und Erbringung wird die Hilfe passgenauer und damit erfolgreicher.
- Die Organisationsstrukturen sind dazu in der Lage, die Anforderungen an eine differenzierte und personenbezogene Leistungserbringung zu erfüllen.
- Es ist möglich, jede Leistung an jedem Ort zu erbringen.
- Die Betroffenen können noch stärker in die Verantwortung genommen werden und sind noch mehr dazu in der Lage, ihre eigenen Vorstellungen einzubringen und umzusetzen.
- Die Mitarbeiter-Zufriedenheit steigt (weil mehr Verantwortung und Gestaltungsspielraum für die Bezugsgruppe da ist).
- Die Nutzer-Zufriedenheit steigt.
- Die Personenzentrierte Hilfe ist, bezogen auf die Person, kostengünstiger.

Das Projekt war in eine Projektmanagementstruktur eingebettet, die es ermöglichte, die Komplexität der Aufgabenstellung bearbeitbar zu machen. Klare Auftrags-, Leitungs- und Steuerungsstrukturen waren die Grundlage für die systematische Bearbeitung und Ergebnissicherung. An der Steuerung waren alle Projektpartner gleichermaßen beteiligt.

⁵³ Durchgeführt wurde die Evaluation durch die Arbeitsstelle für sonderpädagogische Schulentwicklung und Projektbegleitung des Instituts für Sonderpädagogik der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Die Projektleitung hatten Herr Prof. Dr. Gerd Iben und Frau Dr. Anja Gutjahr unter Mitarbeit von Frau Dipl.-Päd. Jessica Ruth.

5.2 Zum Evaluationskonzept und den Methoden

Die Bedingungen des Praxisfeldes der Sozialen Arbeit und des konkreten professionellen Handelns zu erforschen, bedeutet zweierlei. Zum einen geht es um die Untersuchung von komplexen Interaktions- und Organisationsprozessen, um schließlich Erkenntnisse sammeln und Erklärungen, wie das konkrete Praxisfeld strukturiert ist, finden zu können. Zum anderen geht es darum, diese Erkenntnisse in die (Um-)Gestaltung der Praxis der Sozialen Arbeit einfließen zu lassen (vgl. KODITEK 2001: 52). Bei qualitativer Evaluationsforschung geht es also nicht um eine »einfache Überprüfung« von Erfolgskriterien. Es geht um Prozessorientierung vor Ergebnisorientierung, wodurch ein kommunikatives Aushandeln von Erfolgskriterien auf der Basis von Projekterfahrungen ermöglicht wird. »Prozessorientierung hat Vorrang, weil sie für Lernprozesse der Implementation, für Akzeptanzgewinnung und die Analyse von Fehlschlägen und Widerständen wichtige Hinweise zur Beurteilung, aber auch zur Weiterentwicklung der untersuchten Maßnahme liefert.« (FLICK et al. 2005: 245) Damit geht es qualitativer Evaluationsforschung, wie sie von uns durchgeführt wurde, nicht vorrangig »um die Entwicklung genereller Theorien, sondern um projektbezogene, meist lokal begrenzte, gleichwohl wissenschaftlich fundierte Aussagen und Stellungnahmen (...)« (ebd.: 245).

Für die Evaluation wurden von Beginn an Kommunikationsstrukturen aufgebaut, die ein gegenseitiges Aushandeln und Reflektieren der Erfahrungen möglich gemacht haben. Somit wurden die Erwartungen, die die Leitung und die Mitarbeiter an das Modellprojekt und die Evaluation stellen, erfragt. In diesem Zusammenhang wurden Arbeitshypothesen formuliert, die das Anliegen des Modellprojekts widerspiegeln, als Grundlage für die Erstellung des Evaluationskonzeptes herangezogen und entlang dieser wurde die Betrachtung und Einschätzung der Projektarbeit vorgenommen. Auch das weitere Vorgehen war grundsätzlich dialogisch ausgerichtet, verbunden mit einer größtmöglichen Transparenz aller Untersuchungs- und Bewertungskriterien.

Aus Sicht der Projektbeteiligten funktioniert(e) das traditionelle System psychiatrischer Hilfen trotz Enquête-Empfehlungen und den Bestrebungen der Normalisierungsbewegung weiter vorwiegend einrichtungs- oder maßnahmenbezogen. Die psychiatrischen Institutionen haben sich zu einem stabilen, nach außen sehr undurchlässigen System entwickelt, sodass Menschen, die einmal ihre Hilfe in Anspruch genommen haben, dieses System oftmals nur schwer wieder verlassen können und wieder Anschluss an Menschen ohne Krankengeschichte bekommen. Für den Klienten führt dies zu einer Destabilisierung seiner Lebenssituation, da die Kontinuität von Begleitung und Behandlung erschwert wird und die gewachsenen Beziehungen und Hilfeprozesse unterbrochen werden. Gleichzeitig können »durch die Anpassung an die präformierten institutionellen Lebensbedingungen und die

Entfremdung vom bisherigen sozialen Kontext« (KUNZE 2004: 20) langfristige Folgen dieser Systematik nicht ausgeschlossen werden.

Die Umgestaltung und Veränderung der angesprochenen strukturellen Bedingungen haben die Projektträger motiviert nach anderen und neuen Formen der Hilfeerbringung zu suchen. »Das System psychiatrischer Hilfen ist so zu gestalten, dass einem akut oder chronisch psychisch erkrankten Menschen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und seine Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird. Die Hilfen sollen nach Art und Umfang angemessen und am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation, bzw. des geringst möglichen Eingriffs in die Lebensverhältnisse orientiert und mit dem Patienten partnerschaftlich abgestimmt sein. Die Belastungen sollen für ihn, sein Umfeld und für die Gemeinschaft gerecht verteilt sein, die Organisation der Hilfen soll patientenzentriert in Koordination durch die Kommune erfolgen und auf die kulturellen, sozialen und ökonomischen Verhältnisse des Landes und der Region bezogen sein.« (KRUCKENBERG 2000: 18) Diese Forderungen bestimmen auch das Projekt- und Evaluationsvorgehen, das als übergreifende Forschungsfragen die Folgenden herausgearbeitet hat:

1. Was sollte Mitarbeitern zur Verfügung stehen (welche Strukturen, welche Instrumente, welche Möglichkeiten), damit sie optimal personenzentriert arbeiten können?
2. (Wie) Gelingt es, Klienten noch deutlicher in ihrer Fähigkeit zu Selbstbestimmung und Teilhabe zu stärken?
3. Welche Anforderungen an das gesamte System psychosozialer Hilfen leiten sich aus den Zielen des Projekts »Wohnen« ab?

| Personenzentrierte Leistungen | Klienten | System |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| Teamstruktur | Veränderung | Region |
| Neue Strukturen | Bedarfsgerechtigkeit | Ärzte und Kliniken |
| Modularisierung von Leistung im Wohnen | Selbstbestimmung und Teilhabe | Aktueller sozialpolitischer Bezug |
| IBRP | Betreuung(sverhältnis) | Wirtschaftlichkeit |
| Qualifikation und Supervision | Lebensweltbezug | Budgetierung |
| Zufriedenheit | Zufriedenheit | Trägervergleich |
| Grenzen | Grenzen | Grenzen |

Abb. 1: Evaluationsraster

Die Entwicklung einer gegenstandsadäquaten Vorgehensweise verbindet – insbesondere im vorliegenden Untersuchungsdesign – quantitative und qualitative Verfahren. Folgende Erhebungen wurden im Projektzeitraum durchgeführt:

- Jährliche Mitarbeiterstaturerhebungen (2004–2006)
- Jährliche Nutzerbefragungen (Beginn 2005)

- Qualitative Klienteninterviews (einmalig 2004/2005)
- Quantitative und qualitative Auswertung der IBRP aller Klienten zu Beginn und zum Ende des Projekts (2003 u. 2007)
- Qualitative Einzelfallanalysen von jeweils acht Klienten eines Projektträgers
- Experteninterviews mit Projektleitung und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung
- Experteninterviews mit Vertretern der Kooperationspartner
- Teilnehmende Beobachtung und Protokollnotizen in Teamsitzungen, Supervisionen, Teilprojekten, Workshops, Fortbildungen
- Auswertung der von den Projektträgern geführten Protokolle und Dokumentationen

Die Methoden der einzelnen Erhebungen und Auswertungen sind im Forschungsbericht ausführlich diskutiert. Versteht man das evaluative Vorgehen als einen Beitrag zur Professionalisierung und Qualitätssicherung, dann lässt sich dieses Vorgehen sowohl durch externe als auch interne Beratungs- und Evaluationskonzepte realisieren. Die Orientierung an nachfolgenden Grundprinzipien ist dabei sinnvoll: Ergebnis- und Prozessorientierung, Einbeziehung der Perspektive der Empfänger von Hilfen/Leistungen, Einbeziehung aller Mitarbeiter, Transparenz, Berücksichtigung von Widerständen und Aufwand, Verantwortung und Führungskompetenz von Leitungen, Entwicklung von Partnerschaften und Netzwerken.

5.3 Neue Formen der Leistungserbringung – Veränderte Strukturen und Haltungen

Die bereits angesprochenen grundlegenden Arbeitsweisen und Leitideen wie Assistenz statt Bevormundung, Abbau von Ausgrenzung, Lebensweltbezug, Transparenz und Messbarkeit und Integration von Leistungen in ein Gesamtsystem wurden im Sinne der Verbesserung der Situation von psychisch kranken Menschen formuliert. Dies kann nur erreicht werden, wenn neben Strukturveränderungen und Änderungen des öffentlichen Bewusstseins, sich die damit betrauten Mitarbeiter neu definieren und eine Grundhaltung im Sinne einer dialogischen Partnerschaft entwickeln. An welchem Ausgangspunkt die beiden Projektträger starteten, welche Wege zur Erreichung eingeschlagen wurden und welche zentralen Errungenschaften die Projektarbeit hervorgebracht hat, soll mit Hilfe der nachfolgenden ergebnisorientierten Prozessbeschreibung dargestellt werden.

5.3.1 Teamorganisation, Fort- und Weiterbildung

Traditionell arbeitet eine Einrichtung nach leistungsrechtlichen Anforderungen eines ambulanten oder eines stationären Bereichs. So gibt es im stationären Bereich eher wohngruppenbezogene Arbeiterteams, während Mitarbeiter des ambulanten Teams einzelfallbezogen und aufsuchend arbeiten. Zu Projektbeginn wurde im Behinderten-Werk-Main-Kinzig e. V. ein Gesamtteam eingeführt, das die alte Struktur der Trennung in Wohnheimteam und dem Team im Bereich des Betreuten Wohnens auflöste. Das erforderte ein konsequentes Umdenken: Die Arbeit wurde nun als Unterstützungsleistung im Bereich Wohnen, losgelöst vom Ort der Leistungserbringung, verstanden. Supervisionen fanden beispielsweise nicht mehr getrennt im ambulanten und stationären Rahmen statt.

Bereits vor dem Projektstart wurde am Standort Lauterbach (Vogelsbergkreis) die Mitarbeiterschaft in ein Versorgungs- und Pflorgeteam sowie ein sozialpädagogisches Team aufgeteilt. Damit wurden rehabilitative Leistungen zu einer aufsuchenden Arbeit, unabhängig davon, wo die Klienten wohnen. Für die Mitarbeiter beider Träger entstanden neue Verantwortungsbereiche, die veränderte Kommunikationsstrukturen, Absprachen und Abstimmungsprozesse erforderten. Beispielsweise nehmen die Mitarbeiter des Wohnheims der Vogelsberger Lebensräume keine Koordinations- und Bezugsbetreuungsaufgaben wahr, im Vordergrund stehen die Alltagsgestaltung, die Beziehungsarbeit und die Krisenintervention. Im Behinderten-Werk-Main-Kinzig e. V. wurde die Neustrukturierung der Teams schrittweise vorgenommen. Im Januar 2006 wurde die Teamstruktur schließlich weiter verändert, indem aus dem Gesamtteam zwei bereichsübergreifende Teams mit unterschiedlichen regionalen Zuständigkeiten gebildet wurden. Sitzungen und Supervisionen finden in diesen Teams statt, außerdem besitzt jedes Regionalteam einen festen Standort mit Büro und Besprechungsraum. Das Gesamtteam mit einer Vertreterin der Tagesstätte findet weiterhin monatlich statt, seit 2006 existiert zusätzlich eine interne Steuergruppe unter der Mitwirkung von Mitarbeiterinnen der psychosozialen Beratungsstellen, der Tagesstätten sowie einer Vertreterin des Landeswohlfahrtsverbandes.

In Alsfeld (Vogelsbergkreis) wurde seit der Eröffnung des Wohnheims im Januar 2003 bereits mit der neuen Struktur gearbeitet. Hier trifft sich das Gesamtteam seit Projektbeginn wöchentlich. Regelmäßige Teamsitzungen erfolgen in Lauterbach in den jeweiligen Einrichtungen, seit 2006 gibt es zusätzlich eine gemeinsame monatliche Sitzung aller Mitarbeiter aus dem Bereich Wohnen und Tagesstätte. Supervisionen werden in den einzelnen Teams durchgeführt, es gibt darüber hinaus aber auch fallbezogene bereichsübergreifende Supervisionen. Es kam auch zu Fallsupervisionen mit Vertretern der klinischen Versorgung oder gesetzlichen Betreuern, sodass sich Kooperationen im Sinne eines integrierten Hilfesystems vergrößern konnten. Die interne Steuergruppe mit Vertretern aus

allen Einrichtungen besteht seit den Anfängen des Projekts, seit 2006 ebenfalls unter Mitwirkung einer Vertreterin des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

Dass diese strukturellen und organisatorischen Umgestaltungen auch Irritationen und Verunsicherungen hervorrufen, wurde in der Projektarbeit ernst genommen und Räume geschaffen (Projektsteuergruppen, Teams, Supervision), in denen diese bearbeitet werden konnten. Die jährlich durchgeführten Mitarbeiterstatuserhebungen bilden diese Entwicklung deutlich ab.⁵⁴ Zum einen ist es die steigende Zustimmung bei der Beantwortung »Die Arbeitsatmosphäre und das Miteinander der Mitarbeiter erlebe ich als positiv« und zum anderen die ansteigend positive Bewertung der Aussage, »Äußere ich Ideen, Veränderungsvorschläge oder Kritik in Bezug auf das Arbeiten im Projekt, werden diese im Team und von der Leitung wahrgenommen und aufgegriffen«. Diese jährlichen Befragungen und die Auswertungen von Protokollen und Dokumentationen konnten bestätigen, dass Verunsicherungen und Abwehrhaltungen zunehmend durch eine Aufbruchstimmung abgelöst wurde und die Mitarbeitzufriedenheit anstieg.

Wenn Organisations- und Teamstrukturen zu einer veränderten Haltung und zu mehr Selbstbestimmung, Transparenz und Eigenverantwortlichkeit auf beiden Seiten führen sollen, dann müssen Erwartungen und Wege gemeinsam erarbeitet und reflektiert werden. Die Rolle einer koordinierenden Bezugsperson, die Vorstellungen der Klienten in der Hilfeplankonferenz und die Organisation und Leitung von Abstimmungsgesprächen sind beispielsweise Aufgabenbereiche, für die Verfahren der Umsetzung ausgearbeitet und neue Kompetenzen erworben werden müssen. In beiden Einrichtungen wurden bereits zur Vorbereitung auf das Projekt und vor allem während der Projektzeit projektbezogene Fortbildungen, Workshops, Arbeitsgruppen und Schulungen durchgeführt, die einen wesentlichen Beitrag für die Initiierung und Bearbeitung von Veränderungsprozessen geleistet haben. Die Projektleitung war besonders daran interessiert, den Mitarbeitern Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, etwa im Bereich der Systemischen Arbeit oder des Personenzentrierten Ansatzes zu ermöglichen. Die projektinternen Schulungen wurden zu einem großen Teil auch Mitarbeitern aus anderen Bereichen innerhalb der Einrichtungen (Tagesstätten, PSKB) als auch Vertretern anderer Einrichtungen der Region und der Kostenträger zugänglich gemacht. Alle Beteiligten profitierten davon, dass dort übergreifende Themen besprochen werden konnten. Die Dokumentation beider Projektträger über die besuchten Schulungsmaßnahmen zeigt, dass im Rahmen des Projekts mehrtätige Fortbildungen und Workshops gemeinsam (Behinderten-Werk-Main-Kinzig e. V. und Vogelsberger Lebensräume sowie Teilnehmer anderer Einrichtungen) durchgeführt wurden, die ein vielseitiges inhaltlichen Spektrum abdecken. Zu

⁵⁴ Vgl. hierzu die Abbildungen im Evaluationsbericht 2007: 59–60.

nennen sind in diesem Zusammenhang exemplarisch der Workshop zur Erstellung eines Projektstrukturplans zum Projekt Wohnen, das Seminar zum Thema »Neue Herausforderungen meistern«, ein zweitägiges Seminar zur »Systemischen Auftragsklärung«, ein dreitägiger Workshop zur »Selbststeuerung von Organisationen«, ein Teamreflexionstag und jährliche Fachgespräche zu Themen des Projekts.

Die Fortbildung zur Selbststeuerung von Organisationen⁵⁵ thematisierte die angestrebte Auflösung und stellte sich die Frage nach neuen Ordnungsformen. Aspekte der Darstellbarkeit von Qualität und Wirkung und damit auch die Frage nach Controlling und Steuerung standen im Mittelpunkt. In zwei Sitzungen dieses Workshops (mit Vertretern der überörtlichen Sozialhilfeträger, Mitarbeiter aus der Verwaltung beider Projektträger) wurde versucht, die Rahmenbedingungen und die Prozesse im Projekt zu bestimmen, die sich nicht durch lineare Ursache-Wirkungs-Abfolgen abbilden lassen. Das Projekt entspreche einer sogenannten »Blackbox« die für eine adäquate Abbildung zu komplex ist. Stattdessen stellt das Projekt ein System dar, welches nur aus sich heraus verstanden werden kann. Ähnlich wie eine Organisation produziert, steuert und reguliert sich das System selbst. Baecker plädiert daher für alternative Formen der Qualitätssicherung anstelle von betriebswirtschaftlichen, die er in einer Dokumentation der Selbststeuerungsprozesse und des sich selbst reflektierenden Managements sieht. Vom Management einer Organisation wird daher gefordert, sich stets selbst zu thematisieren und zum Beobachter zweiter Ordnung zu werden. Management ist ein Prozess des Handelns, der mit dem Rest der Organisation kommunikativ verknüpft ist. Zudem muss das Management jede Verknüpfung, die es im Netzwerk eingeht hinterfragen, überprüfen und nach Alternativen suchen (vgl. BAECKER 2006). Das Projekt Wohnen zielt ab auf »die Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit auf dem Hintergrund dreifacher Chronizität« (BAECKER 2006: 5), deren Entstehung auf der Ebene der Leistungsträger oder der sozialen Einrichtung droht, oder sich auf der Ebene der Hilfesuchenden selbst einstellt. Mit einem spezifischen Analysemodell,⁵⁶ welches auf ein Verfahren und eine Notation von Spencer-Brown (1969/1997) zurückgreift, sollten die Bedingungen und Unterstützungsprozesse des Projekts betrachtet werden.

In den jährlichen Fachgesprächen⁵⁷ konnten Mitarbeiter und Klienten Themen und Probleme des Projekts diskutieren und Anregungen und Impulse erhalten.

55 Geleitet von Prof. Dr. Baecker, der über zehn Jahre an der Universität Witten/Herdecke Soziologie lehrte. Seit etwa fünf Jahren ist er zunehmend auch in Praxisfeldern tätig, vorwiegend im Bereich Management, Controlling und Unternehmensführung.

56 Das Analysemodell kann in seiner Gesamtheit hier nicht dargestellt werden, wir verweisen auf das Dokument von Prof. Dr. Baecker im Anhang VI des Evaluationsberichts 2007.

57 Diese wurden geleitet von Prof. Dr. Dr. Dörner.

Aufgegriffen wurde beispielsweise die erlernte Versorgungsmentalität. Manche Klienten waren nur schwer zu motivieren und verharren in eher passiven Verhaltensweisen. Dörner gab dazu die Anregung, die Ressourcen eines jeden Klienten noch intensiver zu erarbeiten, um ihre Selbstständigkeit individuell fördern zu können. Auch sollten psychosozial Tätige viel stärker die Gemeinde als Potenzial für die Hilfeplanung und -erbringung wahrnehmen. Re-Integration in die Gesellschaft kann nur gelingen, wenn neue Wege im sozialen Miteinander gegangen und stärker nach Orten der Begegnung des Klienten mit seiner Lebenswelt gesucht werden (vgl. DÖRNER et al. 2004: 465). Diese Impulse wurden konkret in die Projektarbeit eingebunden und ein Arbeitskreis zum Thema »Gemeinwesenarbeit und Normalitätsprinzip« gegründet, in dessen Mittelpunkt die Einbeziehung nicht-psychiatrischer/nicht-professioneller Hilfen und die Berücksichtigung des sozialen Umfelds standen.

Insbesondere in der Abschlussphase des Projekts entstand der Wunsch, sich intensiver über gelungene und schwierige Verläufe im Projekt auszutauschen. Dafür wurde ein Teamreflexionstag organisiert, der von einem externen Berater geleitet wurde. Bearbeitet und besprochen wurden die gelungenen wie schwierigen Entwicklungsprozesse im Projekt. Auch die Analyse dieses Reflexionstages belegte, dass in beiden Teams eine positive Grundstimmung vorherrschte, die auch durch die Auswertung der Mitarbeiterstatuserhebungen beschrieben werden konnte. Die Veränderungen wurden im Sinne neu gewonnener Möglichkeiten und Flexibilität interpretiert. Aufgeworfen wurden aber auch entwicklungsorientierte Fragen: Welche Möglichkeiten kann es geben, den Einsatz von Mitarbeitern zu steuern und sich dabei konsequent von Zeitangaben zu lösen? Wie lässt sich wirkungsorientierte Steuerung der Arbeit umsetzen, wie die Wirkung der eigenen Arbeit nachweisen?

Neben diesen gemeinsamen Fortbildungen wurden jeweils in beiden Einrichtungen weitere aus dem Fachgebiet der psychosozialen Hilfen, zur Arbeit mit dem IBRP, zu Abstimmungs- und Koordinationsprozessen sowie zur Auftragsklärung angeboten und wahrgenommen. Die Vogelsberger Lebensräume organisierten beispielsweise eine Fortbildungsreihe unter dem Titel »Lernende Region«. Damit war die Idee verbunden, regionale Kooperationsstrukturen und Schnittstellen zu schaffen, die sowohl von Mitarbeitern der Leistungserbringer und der Leistungsträger genutzt werden. Die Fortbildung zielte damit auf die (Weiter-)Entwicklung von Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen den genannten Beteiligten in der Region.

Im Behinderten-Werk-Main-Kinzig e. V. wurde eine Fortbildung zur Gestaltung von Abstimmungsgesprächen durchgeführt. Anhand von Einzelfällen aus der täglichen Praxis wurden Abstimmungsgespräche konzipiert und im Rollenspiel umgesetzt. Deutlich wurde, dass es einer klaren Struktur bedarf, um als koordinierende Bezugsperson und Leitung des Abstimmungsgesprächs alle

Perspektiven der Beteiligten zu berücksichtigen. Auf der Grundlage theoretischer Modelle wurde in einer anderen Fortbildung erarbeitet, welche Elemente in der Gesprächsführung Anwendung finden, um einen dialogisch orientierten Hilfeprozess zu ermöglichen. Für das Vorgehen erschien das »DIANA-Modell« geeignet, das die folgenden Schritte beinhaltet: Der Ist-Zustand wird vom Mitarbeiter beschrieben (Definieren), dann wird der Klient mit offenen Fragen angeregt, seine eigenen Ideen zum weiteren Vorgehen darzustellen (Ideen sammeln). Schließlich erarbeitet der Mitarbeiter mit gezielten geschlossenen und offenen Fragen die relevanten Themen (Auswählen). Sowohl der Auftrag an die Einrichtung wird neu definiert als auch, welche Schritte zu gehen sind (Neu definieren). Mithilfe von Rückfragen an den Klienten wird der Auftrag vom Mitarbeiter formuliert und vom Klienten bestätigt (Auftrag rückbestätigen).

Alle Tagungen und Schulungen wurden von den Mitarbeitern nochmals in Teamsitzungen aufgegriffen, relevante Themen und prägnante Thesen diskutiert. Außerdem wurde in beiden Einrichtungen regelmäßig nach den Fortbildungswünschen der Mitarbeiter gefragt und diese in die Jahresplanung einbezogen oder, wie im Projekt mehrmals geschehen, Schulungsangebote bei dringendem Bedarf zeitnah umgesetzt. Diese intensive Auseinandersetzung im Rahmen kontinuierlicher Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Team- und Projektgruppenarbeit ist aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung hervorzuheben. Auch in den Mitarbeiterbefragungen wurden diese Angebote sehr positiv eingeschätzt. Sie trugen dazu bei, die neue Haltung zu wagen und den Klienten mehr Teilhabe und Handlungsfreiheit einzuräumen.

Die Veränderungen in der Teamstruktur stellten somit fachliche Neuorientierungen dar und ermöglichten die Umsetzung einer veränderten Leistungserbringung, die sich wie folgt zusammenfassen lässt. Die vier zuletzt genannten Errungenschaften werden im Abschnitt Leistungsmodule (5.3.2) nochmals aufgegriffen.

- *Bereichsübergreifende Verfahren der Bedarfsklärung*: Beide Träger setzten von Beginn an ein zentrales Aufnahmeverfahren um. Klienten werden damit nicht mehr in Institutionen aufgenommen, sondern erhalten eine zentrale Beratung durch ein bereichsübergreifendes Team.
- *Flexibler, bereichsübergreifender Personaleinsatz*: Seit Beginn des Projekts können Klienten, die ihre Wohnform wechseln, weiter von ihrem Bezugsbetreuer begleitet werden. So ist gewährleistet, dass Klienten in einer Phase der Veränderung von vertrauten Mitarbeitern betreut werden, um damit zusätzliche Verunsicherungen bei den Klienten zu vermeiden.
- *Zusätzliches Personal*: Den durch zunehmende Koordinationsaufgaben und Veränderungen in der Betreuung bedingten Belastungen, konnte mit der Schaffung einer zusätzlichen Stelle begegnet werden.
- *Flexible Gestaltung des Wohnorts*: Leistungen werden, unabhängig von der Intensität der Betreuungsleistung, in der eigenen Wohnung, in Wohngruppen,

im Wohnheim, aber auch in einer Pension auf Dauer oder als Krisenintervention erbracht.

- *Loslösung von Leistung und Ort* der Leistungserbringung: Leistungen sind nicht mehr gekoppelt an eine bestimmte Wohnform. Das schafft die Voraussetzung für die Nutzung stationärer Angebote durch Klienten, die nicht in der Wohnstätte wohnen. Sie nehmen einzelne Mahlzeiten im Wohnheim ein oder besuchen eine Kochgruppe. Aber auch die Möglichkeit, am Abend beim gemeinschaftlichen Fernsehen an der Gemeinschaft in einer Wohnstätte teilzuhaben, wird von ihnen genutzt.
- *Bereichübergreifende Freizeitangebote*: Das Angebot an Freizeitmöglichkeiten wurde im Projektzeitraum erweitert. Zusätzlich zu den bestehenden Angeboten der einzelnen Einrichtungen finden bereichsübergreifende Urlaubsfahrten, Ausflüge, Männergesprächsgruppen usw. für alle Klienten im Leistungsbereich Wohnen statt.
- *Flexiblere zeitliche Betreuung*: Neben der Loslösung von Einrichtungskategorien ist es vor allem das Vermeiden von herkömmlichen zeitlichen Vorgaben, das Kontinuität und Flexibilität in der Betreuung ermöglicht.⁵⁸

Zusammenfassung: Die Arbeitshypothesen »Die Organisationsstrukturen sind dazu in der Lage, die Anforderungen an eine differenzierte und personenbezogene Leistungserbringung zu erfüllen« und eine »steigende Mitarbeiterzufriedenheit« zu erreichen, können als umgesetzt bewertet werden. Die Auflösung bestehender Strukturen – insbesondere die Trennung von ambulant und stationär – ließ ein neues Selbstverständnis bei den Mitarbeitern entstehen (vgl. hierzu auch 5.3.3). Die aufgezeigten Veränderungen der Leistungserbringung füllen das angestrebte Projektanliegen passgenauer und flexibler Hilfen aus. Die vorgenommenen Auswertungen verdeutlichen, dass neben den strukturellen und organisatorischen Aufbrüchen, die durch eine intensive Entwicklungs- und Erprobungsarbeit möglich wurden, die Definition der Arbeit und die Haltung der Mitarbeiter als entscheidend anzusehen sind. Die Fort- und Weiterbildungen für die Mitarbeiter sind dabei ein tragendes Instrument der Qualitätsentwicklung und -sicherung. Wissen, kontinuierliches Lernen und eine tragende Teamatmosphäre können als bedeutsame Elemente für die angesprochenen Entwicklungsprozesse beschrieben werden.

5.3.2 Leistungsmodule

Als ein wesentliches Anliegen wurde im Projekt die Entwicklung von Leistungsmodulen angestrebt, um Unterstützungsleistungen und -aufgaben definieren und diese unabhängig vom Ort anbieten zu können. Dafür wurde bereits in einer

⁵⁸ Die einzelnen Aspekte sind im Evaluationsbericht 2007: 60–63 ausführlicher dargestellt.

frühen Phase des Projekts eine Arbeitsgruppe gebildet, in der dieses Themenfeld den Gegenstand der Erarbeitung darstellte. Was charakterisiert das Wohnen im Wohnheim und welche Leistungen gehören dazu? Kann man das »Milieu Wohnheim« auslagern und es den Klienten ambulant vermitteln? Welche Leistungen sind als Einzelleistungen in der ambulanten Betreuung zu benennen? Wesentlich schien auch hier das Vorstellen und gemeinsame Reflektieren des Erarbeiteten in anderen Projektzusammenhängen. Der erste Entwurf von übergeordneten Leistungsbereichen wurde exemplarisch auf zehn Hilfepläne angewandt und bezüglich seiner Brauchbarkeit überprüft.

Nach zweijähriger Projektarbeit konnte ein Leistungsmodulkatalog vorgelegt werden. Dieser besteht aus neun Modulen (Hilfeplanung, Unterkunft, Verpflegung, Reinigung/Zimmer, Wäsche, Schutz/Sicherheit/Gemeinschaft, Pflege, Beziehung, Rehabilitation, Gemeinwesenarbeit), die zum Teil aus weiteren Einzelmodulen bestehen und für die spezifische Leistungen ausformuliert wurden.⁵⁹ Da der Leistungsmodulkatalog nicht in seiner Gesamtheit vorgestellt werden kann, wird beispielhaft auf wesentliche Module eingegangen. Der Leistungsmodulkatalog stellt damit keine nur theoretisch entwickelte Gliederung von möglichen Einzelmodulen dar, die sich erst in der Praxis zu bewähren haben, sondern ist das Resultat eines zyklischen Prozesses des Beobachtens, Ausprobierens und Festschreibens von Einzelleistungen, die in der Arbeit überprüft wurden und sich als modularisierbar erwiesen haben. In diesem Prozess wurde der Leistungsmodulkatalog auch mehrfach modifiziert, wenn z. B. bei Vorlage des Bogens in den Teams Verbesserungsvorschläge von den Mitarbeitern eingebracht wurden. Dadurch wurden die Mitarbeiter noch stärker angeregt, sich fachlich mit der Zielsetzung und Umsetzung ihrer Arbeit auseinander zu setzen.

Leistungsmodul: Schutz, Sicherheit und Gemeinschaft – Leistung Rufbereitschaft

Leistungserbringung und -ort voneinander zu lösen, ist in der Umsetzung vor allem dann schwierig, wenn der Betreuungsbedarf von Klienten starken Schwankungen unterliegt. Beispielsweise benötigt ein ambulant wohnender Klient in spezifischen Krisensituationen eine intensivere Ansprechbarkeit und professionelle Unterstützung. Um dies gewährleisten zu können, wurde in beiden Projektregionen eine Rufbereitschaft im Sinne von »Schutz und Sicherheit«, unabhängig vom Ort, für ambulant wohnende Klienten als modularisiert zu erbringende Leistung angeboten. Die besondere Bedeutung dieser Leistung für die Klienten zeigt die Auswertung der jährlichen Nutzerbefragungen. Etwa die Hälfte der Klienten sind in beiden Einrichtungen demnach an einer Rufbereitschaft interessiert.⁶⁰

⁵⁹ Vgl. hierzu den Leistungsmodulkatalog im Anhang IV des Evaluationsberichts 2007.

⁶⁰ Vgl. Evaluationsbericht 2007: 66–67.

Außerdem wurden Häufigkeit und Grund der Nutzung der Rufbereitschaft ausführlich von den Projektträgern dokumentiert. Die exemplarische Auswertung der Nutzung der Rufbereitschaft im Zeitraum von 21 Monaten in Alsfeld ergibt folgendes Bild. Insgesamt wurde die Rufbereitschaft 40-mal in Anspruch genommen. In den meisten Fällen traten beim Klienten akute Ängste und/oder Schwierigkeiten auf, für die professionelle Unterstützung benötigt wurde. Ausgelöst z. B. durch die Suizidandrohung eines anderen Klienten oder durch Auseinandersetzungen mit dem Umfeld entstand der Bedarf nach sofortiger Hilfe. Nach dem Anruf wurden manche Klienten aufgesucht, zu einem größeren Teil führte jedoch bereits das Gespräch mit dem Mitarbeiter zum Nachlassen der Ängste und Unsicherheit. Die Rufbereitschaft kann so eine Verschärfung der Situation verhindern und präventiv wirken. Außerdem wurde die Rufbereitschaft von Klienten genutzt, um das eigene Vorgehen mit den Mitarbeitern abzustimmen. Ein weiterer Anlass die Rufbereitschaft zu nutzen, ergab sich aus der dringenden Begleitung in die psychiatrische Klinik oder bei nichtpsychiatrischen Notfällen. Die ausführliche Dokumentation und deren Auswertung verdeutlicht, dass Klienten aus sehr unterschiedlichen Beweggründen heraus eine telefonische Erreichbarkeit als erforderlich sehen. Zum Teil liegen akute psychiatrische Notfälle vor, die eine umgehende medizinische Intervention notwendig machen. Zum anderen stellt sie eine Möglichkeit der Krisenprävention dar. In diesem Zusammenhang stellte sich für die Projektbeteiligten die Frage nach der Ausgestaltung dieser Leistung. Auch in diesem Zusammenhang wurde dem Prinzip der fachlichen Weiterentwicklung folgegeleistet, d. h. es wurden Interventionsschritte und ein Handlungsraaster erarbeitet, das Mitarbeiter dabei unterstützt, in der jeweiligen Situation adäquat zu reagieren.

Leistungsmodul: Schutz, Sicherheit und Gemeinschaft und Beziehung

Losgelöst von Fragen der Versorgung und der Selbstständigkeit im Alltag haben Klienten den Wunsch nach Gemeinschaft. Die beiden Projektträger sehen die Symptomatik psychisch kranker Menschen häufig gekennzeichnet von einer besonderen Form von Verletzlichkeit und Angst. Diese besondere Situation zieht das Bedürfnis nach geschützten Bedingungen bzw. einer Atmosphäre nach sich, in der es möglich ist, mit den eigenen Einschränkungen für sich und in Gemeinschaft mit anderen Menschen zu leben. Die Leistungskategorie (Modul) wird als Schutz, Sicherheit und Gemeinschaft beschrieben. Sie beinhaltet sowohl personelle Leistungen, als auch das Zurverfügungstellen von räumlich-infrastrukturellen Bedingungen bzw. eines geeigneten vermittelnden Milieus. Als wesentliche Inhalte sind Personalpräsenz, Gemeinschaft und Alltag mit anderen, Rufbereitschaft und besonders geschützte bzw. geschlossene Maßnahmen zu nennen.

Da Beziehungsarbeit einen wesentlichen Teil der Arbeit im psychosozialen Bereich umfasst, wird sie als eigenes Modul (Beziehung) im Leistungskatalog aufgenommen. Beziehung wird von den Trägern als ein weiter gefasster Begriff

als Beziehungsarbeit verstanden. »Dazu zählt alles professionelle Handeln, welches nicht direkt zielgebunden ist, sondern erst den Boden schafft, damit sich Hilfesuchende und Helferinnen auf einen gemeinsamen, kooperativen Prozess einlassen können.« (Vogelsberger Lebensräume) Sie wird verstanden als ein »Hilfsangebot durch eine einzelne Person, um den Umgang mit Menschen im persönlichen Rahmen wie in einem Training zu erlernen, Reflexion eigener Wirkungen zu ermöglichen und Anliegen an andere besser wahrzunehmen« (Behinderten-Werk-Main-Kinzig e. V.). »In einem engeren Sinn meint Beziehung den Umstand, dass ein Helfer für einen Klienten als Person eine derart bedeutsame Rolle einnimmt, dass er in dessen Leben – zeitlich befristet – als Lebensbegleitung fungiert.« (Vogelsberger Lebensräume) Es bedarf professionellen Könnens, um sich einerseits dieser zu großen Nähe bewusst zu werden und andererseits die Betreuungssituation anders gestalten zu können, ohne das Vertrauen des Klienten zu verlieren.

Die Ausdifferenzierung des ehemals »Gesamtpakets Wohnen« führte dazu, dass im Sinne wachsender Selbstständigkeit die Vollversorgung von Klienten in Wohnheimen abnahm und die selbstständige Medikamenteneinnahme, Zimmerreinigung, Wäschepflege und Verpflegung deutlich zunahm. Klienten können also stärker als früher wählen, auf welche Art und Weise und in welcher Intensität sie Hilfe benötigen. Die Zunahme von Bereichen, in denen sich Klienten stärker einbringen und alltagspraktische Aufgaben selbst bewältigen, ist aber nicht ausschließlich Resultat differenzierter Leistungsmodule, sondern hängt mit einer veränderten Haltung zusammen, die im nachfolgenden Abschnitt differenzierter betrachtet wird.

Exkurs: Leistungsbereich Sucht

Obwohl Klienten mit einer psychischen Erkrankung nicht selten auch eine Abhängigkeitserkrankung haben, waren bestehende Unterstützungsangebote fachlich getrennt in Leistungen für suchterkrankte und für psychisch kranke Menschen. Im Leistungsbereich Wohnen des Behinderten-Werks-Main-Kinzig e. V. ist eine massive Suchtproblematik eines psychisch kranken Menschen ein Ausschlusskriterium für ein Hilfsangebot. Um Klienten mit einer Doppel- oder Mehrfachdiagnosen adäquat betreuen zu können, wurden Kooperationen zu anderen Anbietern des Kreises aufgebaut. Durch die Kooperation der Vogelsberger Lebensräume mit der Jugend- und Drogenberatung/Suchthilfe im Vogelsbergkreis wurde schon begonnen, was andernorts noch undenkbar erscheint: Die institutionelle Grenze zwischen einem Träger für suchtkranke und einem Träger für psychisch kranke Menschen aufzuheben. Die Mitarbeiter des Suchtbereichs waren daher ebenso Akteure des Projekts, nahmen an Teilprojekten,

Schulungen und Fortbildungen teil und waren in Steuergruppen vertreten. Auch der Suchtbereich arbeitet mit dem IBRP als Instrument der Hilfeplanung und stellt seine Klienten in den Hilfeplankonferenzen vor. Dennoch haben die Projektbedingungen im Suchtbereich besondere Auswirkungen, wie die Aussagen aus Experteninterviews und aus einer Gruppendiskussion mit Mitarbeitern des Bereichs Sucht zeigen.

Als wirkungsreich erlebten die Mitarbeiter den Wegfall von Wartelisten. Insbesondere im Bereich Sucht ist es wichtig, zu den Zeitpunkten Hilfe anbieten zu können, zu denen Klienten bereit sind, die Hilfe auch anzunehmen. Die Möglichkeit, zeitlich flexibel Hilfe zu erbringen, ist ebenso entscheidend. Es wurde außerdem möglich, Hilfen sehr stark zu verdichten. Dadurch konnten viele Klienten in Krisenzeiten wieder stabilisiert oder Wohnheimaufenthalte verhindert werden (vgl. Einzelfallbetrachtung Herr Brand). Die Mitarbeiter betonten, sie profitieren von der zunehmenden Vernetzung zwischen den Einrichtungen innerhalb der Region. Durch die fachliche Auseinandersetzung im Projekt und in den Hilfeplankonferenzen wurde deutlich, dass die konzeptionelle und organisatorische Trennung der Bereiche dem Anspruch personenzentrierter passgenauer Hilfe nicht gerecht wird und die Trennung der beiden Bereiche mehr behindert als hilfreich ist. Im November 2006 wurde in den Vogelsberger Lebensräumen und in der Jugend- und Drogenberatung/ Suchthilfe im Vogelsbergkreis damit begonnen, eine Angebotsstruktur auf der Grundlage eines Modulsystems zu entwickeln und die Unterscheidung in zwei Personenkreise und Teamzuständigkeiten aufzulösen.

Herr Brand,⁶¹ Ende fünfzig, ist gelernter Koch, hat aber jahrelang nur als Aushilfskraft im Baugewerbe gearbeitet, mit Mitte dreißig wurde er arbeitslos. Er litt einige Jahrzehnte unter einer massiven Alkoholabhängigkeit. Seit seiner ersten und letzten Entgiftung vor sechs Jahren gelang es ihm »trocken« zu bleiben, er leidet nun aber unter starken körperlichen Folgeschäden der Sucht. Er ist stark in Motorik und Koordination als auch in seiner Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt, seine Sprache ist verwaschen und verkürzt, einen guten kommunikativen Austausch herzustellen bereitet ihm Schwierigkeiten. Die Ärzte vermuten eine beginnende Korsakov-Erkrankung.

Zu Beginn der Betreuung durch eine Mitarbeiterin der Vogelsberger Lebensräume bzw. der Jugend- und Drogenberatung/Suchthilfe im Vogelsbergkreis 2005 wohnte er alleine in einem Haus, dessen Instandhaltung ihn deutlich überforderte. Er war nicht mehr in der Lage, für hygienische Zustände und für sich selbst zu sorgen. Der Umzug in eine Ein-Zimmer-Wohnung und der Verkauf des Elternhauses wurden eingeleitet, er erhielt eine gesetzliche Betreuung. Zweimal die Woche kommt die Bezugsbetreuerin zu ihm.

61 Alle Einzelfallberichte wurden anonymisiert.

Herr Brand hat keine Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten, ist aber gerne in Gesellschaft und sucht Gemeinschaft. Er fühlt sich schnell einsam und leidet darunter. Aus diesem Grund wurde es ihm ermöglicht, die Tagesstätte der Vogelsberger Lebensräume, zuständig für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, zu besuchen. Dies nutzt er intensiv, er ist viermal die Woche in der Tagesstätte und fühlt sich dort sehr wohl.

Im Frühsommer 2006 verschlechtert sich sein körperlicher Zustand. Arztbesuche, die er nicht mehr alleine bewältigen kann, nehmen zu. Er leidet zunehmend unter der Einsamkeit in den Abendstunden und an den Wochenenden. Die ein bis zwei wöchentlichen Besuche sind bald nicht mehr ausreichend, um Herrn Brand adäquat zu betreuen. Zu dieser Zeit gibt es noch keine »stationären« Plätze im Betreuten Wohnen Sucht, der Bedarf danach ist jedoch akut. Die Rahmenbedingungen des Projekts ermöglichen aber zeitnah eine ambulant erbrachte Betreuungskonzeption mit stationärer Intensität, noch bevor zum 1. November 2006 offiziell stationäre Plätze im Suchtbereich genehmigt wurden.

Herr Brand kann tagsüber immer dann das Wohnheim für psychisch kranke Menschen aufsuchen, wenn er sich Kontakt und Gemeinschaft wünscht. Für den Schutz und die Sicherheit in den Abendstunden und am Wochenende erhält er eine Rufbereitschaft. Die Bezugsbetreuerin besucht ihn zwei- bis dreimal die Woche. Seine mangelnde Fähigkeit, Wünsche oder Gefühle zu äußern erschweren den Aushandlungsprozess über Ziele, und eine Annäherung im Bezug auf Veränderungswünsche nimmt viel Zeit in Anspruch. So übernimmt nun eine Putzhilfe die Unterstützung im Haushalt, sodass die Bezugsbetreuerin, die vorher oftmals die Besuche dafür verwenden musste seine Wohnung instand zu setzen, nun die Zeit für den wichtigen Kontakt nutzen kann. Geplant ist außerdem der Einbezug einer ehrenamtlich tätigen Person in das Betreuungskonzept, die unter der Woche oder am Wochenende Herrn Brand besucht oder etwas mit ihm unternimmt.

Die regelmäßigen Besuche im Wohnheim tagsüber und am Wochenende tun Herrn Brand gut, er hat die anderen Klienten schnell kennen gelernt, ist von ihnen akzeptiert und gerne gesehener Gast im Haus. Wenn er aufgrund seiner häufigen Erkrankungen zu Hause bleiben muss, wird er von den Wohnheimklienten zu Hause besucht. Herr Brand zeigt sich sehr zufrieden angesichts der neuen Möglichkeiten, die ihm durch den stationären Status gegeben werden. Ihm gefällt vor allem die neu gelebte Gemeinschaft mit anderen.

Es ist anzunehmen, dass Herr Brand weiter unter den Spätfolgen des Alkoholmissbrauchs leidet. Werden seine körperlichen Leiden noch deutlicher und wird ein Pflegebedarf erkennbar, müsste über weitere Veränderungen in der Betreuungskonzeption nachgedacht werden. Die Projektbedingungen konnten eine flexible und dem Bedarf entsprechend intensive Betreuung ermöglichen, die einen Wohnheimaufenthalt verhindern konnte. *»Es wurde sehr viel von unsrem Team geleistet, mehr als es in einer traditionell ambulanten Betreuung möglich ist. Ohne*

das Projekt hätte Herr Brand schon vor 1,5 Jahren in ein Heim ziehen müssen und hätte dort sehr wahrscheinlich schnell abgebaut.«⁶²In den Monaten vor dem Vorhandensein stationärer Suchtplätze konnten nur aufgrund des Budgets bereits Leistungen erbracht werden, die einer stationären Intensität entsprechen.

Durch die enge Zusammenarbeit des Anbieters von Hilfen für psychische kranke Menschen und der Suchthilfe im Vogelsbergkreis konnten Menschen mit Doppel- oder Mehrfachdiagnosen passgenauer versorgt werden. Ein besonderes Gewicht lag auf der Lebensnähe und dem Gemeindebezug der Hilfen, um so die sozialen Kontakte der Klienten zu erhalten und zu fördern. In der Nutzerbefragung wurde bei aller Wertschätzung der Hilfen doch am meisten der Verlust oder das Fehlen sozialer Kontakte bemängelt sowie die notwendige Einbindung der jeweiligen Lebenswelt. Dies wird in Abschnitt 5.3.4 genauer thematisiert.

Die Arbeitshypothese »Es ist möglich, jede Leistung an jedem Ort anzubieten« zeigt sich in der Bewertung der Projektmitarbeiter als bedeutsame Leitidee, aber nicht als vollständig umsetzbar. Jeweils ein Drittel der Mitarbeiter sieht die Hypothese weitgehend umsetzbar, kann dem nur mit Einschränkung zustimmen bzw. kann der These nicht zustimmen. 2006 zeigt sich ein Anstieg in der Zustimmung der Mitarbeiter: Zwar gab nur ein Mitarbeiter an, er sehe die These voll erfüllt (3 %), doch der Anteil derer, die überwiegend zustimmen können, liegt nun bei 44 %. Skeptisch bleibt weiterhin fast jeder fünfte Mitarbeiter, der den Anspruch kaum (10 %) oder gar nicht (8 %) erfüllt sieht. Die Arbeit mit den Leistungsmodulen wird insgesamt als positiv und anregend aufgefasst.

Insgesamt betrachtet ist es gelungen, sich in der Leistungserbringung an der Schutzbedürftigkeit oder der Versorgungsnotwendigkeit eines Klienten zu orientieren und nicht an einem Ort. Die Loslösung von den einrichtungsbezogenen Unterstützungskategorien wurde damit vorangetrieben.

5.3.3 Haltung und Abstimmung als zentrale Handlungskategorie

Die bisher aufgeführten strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine reformierte psychosoziale Betreuung erfordern auch ein spezifisches persönliches und fachliches Profil der Mitarbeiter, dessen Merkmalen in diesem Abschnitt nachgegangen wird. Entscheidend erscheint, dass die Praxis des Hilfeerbringungsprozesses immer wieder dahingehend reflektiert werden muss, »ob sie der Ermöglichung von Selbstbestimmung und der Aneignung von Selbstbestimmungskompetenzen dient oder lediglich eine Bevormundung darstellt« (ROHRMANN 2007: 102). »Eine personenbezogene Herangehensweise erfordert den Respekt vor vielleicht fremden Lebensentwürfen und die damit verbundene

62 Aussage aus dem Experteninterview mit der koordinierenden Bezugsperson.

Zurückhaltung in Bezug auf die Durchsetzung eigener Ansprüche und Vorstellungen.« (Jahresbericht Projekt Wohnen 2003)

Die Erweiterung von Handlungsspielräumen und die Gestaltung offener, individualisierter Hilfen erfordert die Bereitschaft aller Beteiligten, den Umgang und die eigene Haltung in den alltäglichen Begegnungen und Beziehungen zu reflektieren. Leitend ist der Gedanke, »dass es keine privilegierte Sicht der Wirklichkeit gibt, sondern jeweils unterschiedliche Beobachtungen zu unterschiedlichen Wirklichkeiten und zu unterschiedlichen Praxiskonsequenzen führen können«, die es zu hinterfragen gilt. Die Praxis solle sich nicht damit ausweisen, sich im »Besitz eines Wissens über das Richtige, die richtige Ordnung« zu verstehen, der sich der Klient oder Ratsuchende unterordnen müsse. Als wesentliche Elemente einer »neuen Haltung« benennen die Projektbeteiligten:

- Zwischen Professionellen und Klienten wird eine »Begegnung auf Augenhöhe« angestrebt.
- Mit den Klienten werden wenn möglich, die Schritte im Hilfeplanungs- und Erbringungsprozess ausgehandelt.

Was ist unter Haltung und Abstimmung als zentrale Handlungskategorie zu verstehen? Damit haben sich die Projektträger in besonderer Weise bereits vor und während der Projektzeit auseinandergesetzt. Als Ausgangspunkt der Ergebnisdarstellung werden zentrale Überlegungen der Projektträger vorangestellt. Insbesondere beziehen sich die Ausführungen auf Dokumente sowie Überlegungen zur Haltung, zur Auftrags- und Versorgungslandkarte⁶³, zur koordinierenden Bezugsperson und Abstimmung.

Die Mitarbeiter der Vogelsberger Lebensräume haben sich besonders mit der Möglichkeit der Typisierung von Betreuungsverhältnissen auseinandergesetzt. Nach DE SHAZER (2004) sind drei Typen von Beziehungsmustern zu unterscheiden:

1. Besucher haben keine eigene Beschwerde, da sie z. B. nur geschickt oder mitgenommen werden.
2. Kläger bringen eine Beschwerde oder ein Problem vor, jedoch (noch) keine Bereitschaft zur Veränderung.
3. Kunden leiden unter ihrem Problem und wollen auch tatsächlich etwas dagegen unternehmen.

Die Auftrags- und Versorgungslandkarte ist als Orientierung bei der Auftragsklärung und Hilfeplanung zu sehen. Diese Zusammenhänge wurden intensiv erörtert. Welche Art der Leistungserbringung erfordert welches Verhältnis von Neutralität oder Fürsorge? In Bezug auf welche Alltagsbereiche und Förderung der Selbstständigkeit ist welche Art und Umfang der Unterstützung zu formulieren? Hilfeplan- und Abstimmungsprozesse erfordern kontinuierliche Reflexionsschleifen,

⁶³ Eine ausführliche Darstellung befindet sich Anhang V des Evaluationsberichts 2007.

die durch die folgenden Phasen strukturiert sind: Auftragsklärung (Auftragsart, Überweisungskontext, Kontextklärung, direkte Auftragsklärung), Zieldefinition, Vorgehen und Evaluation. Für beide Träger ist dieses Vorgehen beeinflusst durch eine personenzentrierte Grundhaltung, die den Betreuungsprozess nicht als statisch festgelegten Prozess auffasst, sondern als Beratungs- und Unterstützungsverlauf, der Variationen und Neuorientierungen zulässt. Als Abstimmung definieren die Projektträger, »die immer wieder neu vorzunehmende Anpassung von Hilfeplanung an relevante alltägliche Veränderungen bzw. prozessuale Entwicklungen. Abstimmung ist dabei ein partizipativ angelegter Kommunikationsprozess zur Erlangung eines Konsenses. Der Klient ist Mittelpunkt der Abstimmung und in alle Prozessschritte einbezogen. Die Abstimmung fußt auf der Grundlage von Transparenz, Kommunikation und Kooperation auf allen Ebenen«. Die qualitative Auswertung des nachfolgenden Einzelfalls geht diesen Fragen und den Merkmalen von Abstimmung und Haltung als bedeutsame Handlungskategorien nach.

Kurze Vorgeschichte: Herr Arthur, Anfang vierzig, wächst mit mehreren Geschwistern in einem höchst trennungsreichen und konflikthaften familiären Umfeld auf. Noch vor seinem zehnten Lebensjahr kommt er durch das Einwirken des Jugendamts in eine Pflegefamilie. Nach dem Wechsel in eine andere Familie in seiner Jugend absolvierte er die Realschule und begann eine Lehre. Nach erfolgreich abgeschlossener Ausbildung arbeitete er für kurze Zeit in seinem Beruf. In dieser Zeit fiel er zunehmend durch aggressives Verhalten auf und wurde schließlich erstmals psychiatrisch zwangseingewiesen. In den darauffolgenden Jahren wohnte Herr Arthur in verschiedenen Wohnformen wie therapeutischen Wohngemeinschaften oder in Wohnheimen.

Herr Arthur verlässt schließlich die heimische Gegend und zieht in eine der beiden Projektregionen. Zunächst mietete Herr Arthur ein Zimmer an. In dem Experteninterview mit der koordinierenden Bezugsperson erfährt man, dass es in dieser Zeit zu heftigen Auseinandersetzungen mit dem Vermieter gekommen ist. Anlass der Auseinandersetzung war ein Staubsauger, den Herr Arthur zwei Tage lang ununterbrochen laufen ließ, »um die ihn umgebenden Geister zu entfernen«. Herr Arthur fühle sich von Außerirdischen bedroht, sehe sich mit Rittern und Geisterwesen konfrontiert, die ihn in seiner Wohnung aufsuchen und mit ihm sprechen. Auch tauchten im Traum immer wieder Personen aus der Vergangenheit auf. Herr Arthur versuche sich, so der Betreuer, auf verschiedene Weise zu schützen: Er lasse Computer laufen und schütze sich mit Gegenständen und übereinandergetragenen Kleidungsstücken gegen die Beeinflussung durch Ritter und Geister. Der Vermieter hatte sich daraufhin über die ständige Lärmbelästigung beschwert. Es kam zum Streit und schließlich zu Übergriffen. Die Polizei wurde eingeschaltet, Herr Arthur wurde in die hiesige Klinik eingewiesen. Die Institutsambulanz wandte sich schließlich nach kurzer Zeit an das Betreute Wohnen. Die Zeit bis zur Aufnahme beim Träger wurde mit dem Besuch der Tagesklinik überbrückt.

Herr Arthur wohnt seit der Entlassung aus der Klinik wieder in seiner Wohnung und die Betreuung konnte nach einer kurzen Überbrückungszeit durch das Betreute Wohnen begonnen werden. Mit Blick auf die eingangs skizzierte Vorgeschichte war ein wesentliches Merkmal der Kontaktaufnahme, eine vertrauensvolle und offene Beziehung entstehen zu lassen, denn die Erfahrungen hatten seine Skepsis und Abwehr gegenüber dem Hilfesystem wachsen lassen. Auch der Kontakt mit anderen Personen gestaltete sich teilweise schwierig, vor allem wenn er von seiner Welt berichtet. Der Betreuer erzählt, dass es dann auch schon zu heftigen Streitigkeiten und Schwierigkeiten kommen kann. *»Auch seine Art, Menschen zu helfen, bringt ihn ab und zu in Schwierigkeiten. Dann möchte er plötzlich ein altes Auto kaufen, um einem Bekannten aus einem finanziellen Engpass heraus zu helfen, ohne das Auto gesehen zu haben«*, erzählt der Betreuer. Er versorge und gestalte seinen Alltag weitestgehend selbstständig, Großeinkäufe werden gemeinsam gemacht, da Herr Arthur ab und zu Beratung bei der Einteilung des Geldes benötige. Der Besuch der Werkstatt helfe ihm bei der Strukturierung seines Tages und lenke ihn von seinen starken Fantasien ab.

In einer Phase, in der die Fantasien wieder deutlich zunahmen, sahen die professionell Tätigen die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts. Es gestaltete sich zunächst schwierig, Herrn Arthur davon zu überzeugen. Der Betreuer konnte dabei in Abstimmung mit den anderen Beteiligten die Rolle des Vertreters von Herrn Arthur übernehmen. *»Man hat mir die Chance gegeben, auf seiner Seite zu sein. Das hätte ich nicht gekonnt, wenn sich nicht alle Beteiligten gemeinsam über das weitere Vorgehen abgestimmt hätten. Ich konnte die anderen etwas bremsen, konnte mich für einen Klinikaufenthalt aus Initiative des Herrn Arthur aussprechen.«* Intensiv setzte sich der Betreuer mit den Ängsten und Vorbehalten Herrn Arthurs auseinander und es gelang ihm, diesem das Gefühl zu geben, es werde nichts unternommen, was er nicht möchte. *»Ich wandte mich an Herrn Arthur und fragte, wie es wäre, wenn er freiwillig in die Klinik gehen würde. Ich bekräftigte aber auch, dass ich auf seiner Seite bin. So musste nicht unser Vertrauensverhältnis infrage gestellt werden, wie es so oft zwischen Klient und Betreuer passiert, wenn eine Krise auftritt und der Betreuer plötzlich auch mal mehr Druck machen muss bzw. kann.«*

Es zeigte sich, dass Herr Arthur andere Erfahrungen machen konnte. *»Durch die Kooperation und Abstimmung erlangen die Professionellen ein besseres Verständnis für seine Fantasiewelt.«* Auch die veränderte klinisch-psychiatrische Herangehensweise sei als ein Ergebnis eines gelungenen Informationsaustausches unter allen Beteiligten zu verstehen. Die gelungenen Abstimmungsprozesse veränderten Herrn Arthurs Umgang mit dem Unterstützungs- und Hilfesystem. Seit diesem Klinikaufenthalt sei es zu keinen weiteren gekommen und er habe sich stabilisiert und fühle sich wohler und habe zunehmend Kontakt mit anderen Klienten, die ebenfalls in der Werkstatt arbeiten. Dass er in seiner Wohnung leben kann, mache

ihn zufrieden. Durch Sommerfeste und Bekanntschaften mit anderen Klienten kennt Herr Arthur das Wohnheim. Dies gefällt ihm sehr gut. *»Er sagt dann oft: Das ist mal ein gutes Wohnheim, dort ist man selbstbestimmt.«* Die Stabilisierung und die Erfahrung einer genügend vertrauensvollen Beziehung sind in diesem Zusammenhang zu sehen. *»Ich gebe ihm die Chance, so zu sein wie er ist. Das bedeutet auch, dass ich nicht ständig seine Fantasiewelt bekämpfe. Ich sage ihm deutlich, dass es nicht meiner Wahrnehmung entspricht, wenn er Ritter in seiner Wohnung sieht. Aber ich hinterfrage es nicht bei jedem Kontakt. Wenn ich den Eindruck habe, dass er zu sehr von seinen psychotischen Beziehungen eingenommen ist, wird das aber auch thematisiert.«*

Durch die Kooperation und Abstimmung zwischen dem betreuten Wohnen und der Klinik gelang es auch Herrn Arthur, sich auf klinische Hilfen einlassen zu können. Im Zusammenhang mit den Projektzielen möchte ich noch eine letzte Aussage des Betreuers aufgreifen) *»Diese Abstimmung, das Wissen, was die anderen tun, das gab es vor dem Projekt nicht. Die Haltung der Klinik war oft dahingehend, dass Mitarbeiter des komplementären Bereichs nicht alles wissen sollten. Die stationäre Behandlung endete an der Kliniktür, bei der Entlassung des Klienten. Weitere Informationen zum Verlauf des Klinikaufenthalts, Empfehlungen für das weitere Vorgehen in der Betreuung oder Angaben zur Medikation gab es nicht. Wollte der Mitarbeiter näheres wissen, lag es an ihm, sich um weitere Informationen zu bemühen.«*

Die Einzelfallbetrachtung verdeutlicht bedeutsame Aspekte einer einrichtungübergreifenden Abstimmung und einer dialogisch orientierten Haltung. Insbesondere ist das Wissen um biografische und institutionelle Erfahrungen wichtig, aber auch, sich von eingeschliffenen Einstellungen und Meinungen frei machen zu können. Einrichtungübergreifend zu handeln und denken, erfordert das kritische Hinterfragen verankerter Strukturen. In Teilprojekten und projektbezogenen Zusammenkünften setzten sich die Projektträger intensiv mit diesen Prozessen sowie mit den Merkmalen und Funktionen der Hilfeplanung und der koordinierenden Bezugsperson auseinander. Gleichmaßen war auch dieser Arbeitsprozess dadurch gekennzeichnet, dass institutionsübergreifende und regionale Strukturen mitgedacht wurden. Daraus ging eine Arbeitsanweisung⁶⁴ hervor, die die genannten Bereiche und die damit verbundenen Vorgehensweisen bestimmen.

Eine koordinierende Bezugsperson muss in verschiedenen, zum Teil widersprüchlichen Rollen agieren: Sie ist in erster Linie Informant und Ansprechpartner für den Klienten als auch für alle im Hilfesystem beteiligten Personen (professionelle wie nicht-professionelle), sie muss als Prozessverantwortliche, aber auch als neutraler Beobachter den Verlauf bewerten und neue Wege einleiten. Ihre Rolle

⁶⁴ Die ausführliche Darstellung der Arbeitsanweisung ist im Evaluationsbericht 2007 in Anhang VII abgebildet.

als Vertrauensperson des Klienten ist nicht immer mit der Rolle des »Optimierers« zu vereinbaren, der Korrekturen des eingeschlagenen Weges durchsetzen muss, wenn dies die Akteure des Hilfesystems beschließen.

Der Hilfeplanungs- und Abstimmungsprozess ist charakterisiert durch bestimmte Ordnungsprinzipien, die hier kurz skizziert werden: Auftragsklärung (Bedarf ermitteln, Information/Übersicht vermitteln, Klärung des Auftrags, Ressourcen bestimmen, ggf. gemeinsame Antragsstellung), Zielplanung und Hilfeplangentwurf (Kontaktaufnahme mit den bisherigen und derzeit am Hilfeprozess Beteiligten, Diagnoseklärung), Phase der Abstimmung (terminliche Vereinbarungen, IBRP, Festlegung des Koordinators, etc.) sowie Abstimmungsverfahren nach der Hilfeplankonferenz im laufenden Betreuungsprozess (Koordination Informationen/Veränderungen durch die Bezugsperson, kontinuierlicher Informationsfluss und Verbindlichkeit der Absprachen, Überprüfung von Absprachen/Zielen und ggf. Vereinbarung neuer Wege).

In beiden Projektregionen wurde die Arbeitsanweisung mit Vertretern des klinischen Sektors besprochen und schrittweise umgesetzt. Als Elemente einer Abstimmung, die die Bedürfnisse des Klienten einbezieht und die, die organisatorischen Bedingungen berücksichtigt, wurden folgenden Anregungen⁶⁵ formuliert:

- Der Klient sollte von Anfang an einbezogen werden, denn nur so eröffnet sich für ihn das Spektrum der möglichen Hilfen. Die erste Frage sollte sich daher an den Klienten richten: »Was fehlt Ihnen?« oder »Was möchten Sie verändern?«
- Dem Klient soll vermittelt werden, dass es sich um einen gemeinsamen Aushandlungsprozess handelt, zu dem er einen entscheidenden Beitrag leistet.
- Hilfreich kann es sein, mit zusätzlichen Hilfsmitteln wie Flipchart oder einer Tafel stichpunktartig die verschiedenen Beiträge zu sammeln und zu visualisieren.
- Zur Entlastung der koordinierenden Bezugsperson kann die Visualisierung der Redebeiträge von einer anderen Person übernommen werden.
- Wesentlich ist eine gemeinsame Reflexion aller Beteiligten über das weitere Vorgehen. Die dabei geäußerten Wünsche des Klienten sind als die handlungsleitende Perspektive zu verstehen.
- Prozesse des Aushandelns sollen in einen Beschluss münden. Dieser sollte erneut visualisiert und in einfachen Worten zusammengefasst werden. Schließlich kann es für den Klienten hilfreich sein, wenn er selbst die vereinbarten nächsten Schritte wiederholt und noch einmal seine Sicht der Dinge darstellt.
- Im Abstimmungsprotokoll werden der Prozess und die Beschlüsse dokumentiert und dieses an alle Beteiligten weitergegeben.

⁶⁵ Diese Anregungen wurden beispielsweise im Zusammenhang mit einer Fortbildung im Behinderten-Werk Main-Kinzig e. V. gesammelt.

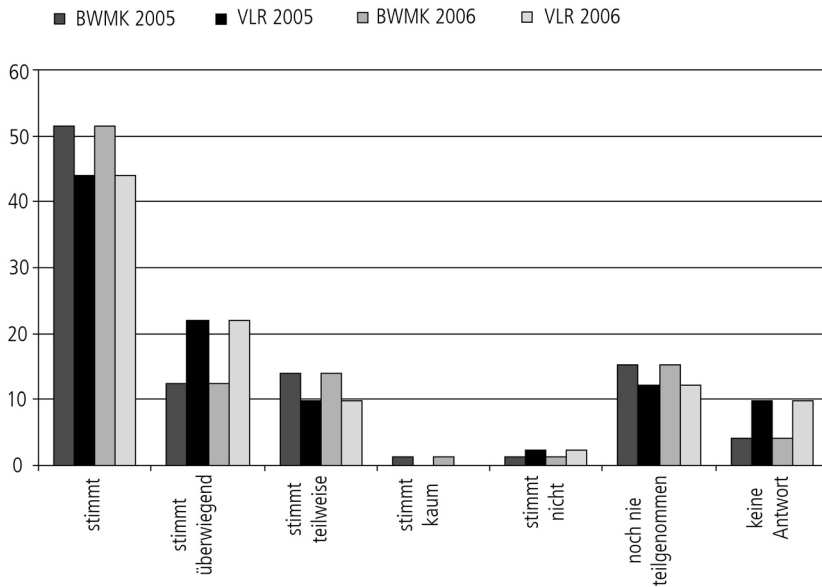


Abb. 2: Nutzerbefragung 2005 und 2006: In Abstimmungsgesprächen werden meine Anliegen ausreichend berücksichtigt

Entscheidend verändert hat sich aus Sicht der Beteiligten die Bedeutung der Abstimmung für den Hilfeplan und die -erbringung sowie ihre Qualität und Quantität in der täglichen Arbeit. Die Prozesshaftigkeit der Hilfeplanung und die Notwendigkeit der ständigen Reflexion wurden im Projekt zunehmend deutlicher wahrgenommen. Auch die Auswertung der Nutzerbefragung 2005/2006 bestätigt aus Sicht der Klienten diese Fortentwicklung. Die Auswertung zeigt, dass in beiden Einrichtungen die Mehrheit der Klienten der genannten These, dass in Abstimmungsgesprächen ihre Anliegen berücksichtigt werden, zustimmt.

Desgleichen ist festzuhalten, dass eine differenzierte Beschäftigung mit dem Profil der koordinierenden Bezugsperson ebenfalls Einfluss auf die Vermittlungs- und Abstimmungsprozesse genommen hat, die in den beiden Projektregionen durch unterschiedliche Erfahrungen bestimmt waren. Im Behinderten-Werk-Main-Kinzig e. V. gab es die Trennung von Bezugsmitarbeiter und Koordination häufiger als in den Vogelsberger Lebensräumen. Diese Trennung kann sich dann als günstig erweisen, wenn im Betreuungsprozess eine klare Aufteilung als notwendig erscheint und dem Klienten diese klare Aufteilung mehr Orientierung bietet. Der Bezugsbetreuer, der bisher für den Klienten eine Vertrauensperson war und nur ihn vertreten hat, steht nun auch vor der Aufgabe, alle anderen am Hilfeprozess Beteiligten zu berücksichtigen und als »neutraler Vermittler« einen Konsens herbeizuführen. In diesem Zusammenhang können aber sowohl

für den Klienten als auch für die koordinierende Bezugsperson Rollenkonflikte entstehen. Allerdings dürfte mit der bisherigen Darstellung deutlich geworden sein, dass die beschriebenen Team- und Organisationsstrukturen, die Entfaltung einer Umgebung ermöglichen, in der problematische und positive Entwicklungen, Bedürfnisse und Interessen angesprochen werden können. Außerdem ist eine ständige Aufgabe aller professionell Tätigen, zu hinterfragen, welche Wirkung ihre Unterstützungsleistung auf die Selbstbefähigung der Klienten hat.

Die herausgearbeiteten Vorgehens- und Denkweisen eröffnen Handlungsspielräume sowohl für die professionell Tätigen als auch für die Klienten. Beispielsweise sind hier die Veränderungen im Wohnheim und in den Außenwohngruppen zu nennen. Im Wohnheim des Behinderten-Werks-Main-Kinzig e. V. haben sich die Arbeitszeiten und -strukturen verändert (mehr Zwischendienste, veränderte Tagesstruktur). Die festen Zeiten für Wochenendheimfahrten wurden aufgehoben, ebenso gibt es keine Türschließungszeiten mehr. Die Klienten werden viel stärker als früher in die Gestaltung des Alltags eingebunden, damit steigt auch ihre Zufriedenheit. Das Wohnheim wird zunehmend von Angehörigen und Freunden besucht und als Ort der Begegnung genutzt. Tagesabläufe zeichnen sich verstärkt durch gemeinsame Aktivitäten und die Verteilung von Verantwortung aus. Für alltägliche Abläufe wurden Regelungen und Dienstpläne erstellt.

In den Außenwohngruppen des Behinderten-Werks-Main-Kinzig e. V. war bisher vorgegeben, dass dort wohnende Klienten einer Arbeit nachgehen oder eine Beschäftigung in einer Werkstatt oder einer Tagesstätte haben müssen. Dies wurde aufgehoben, ebenso die Regelung, dass dort wohnende Klienten in der Lage sein müssen, ihre Medikamente eigenständig zu nehmen. Die Intensität der Betreuung in den Außenwohngruppen wurde dem Bedarf der dort wohnenden Klienten angepasst, indem die Präsenzzeiten erweitert und Leistungen in die Außenwohngruppe transportiert wurden.

Mitarbeiter des Wohnheims in Lauterbach beschreiben ähnliche Veränderungen. Das Wohnheim stellt zunehmend auch einen Anlaufpunkt für Klienten dar, die nicht im Wohnheim wohnen. Das Wohnheim wurde offener gestaltet, Klienten laden vermehrt Freunde und Verwandte ein. Zunehmend wird auch die Tagesstätte von den Wohnheimbewohnern besucht. Die Einbeziehung der Klienten in Alltagsangelegenheiten ist intensiviert worden. Selbstständige Anteile im Bereich von Zimmerreinigung und Wäsche haben deutlich zugenommen. Im Bereich der Verpflegung werden ebenfalls neue Wege gegangen.

Das Wohnheim in Alsfeld wurde erst 2003 gegründet, die Arbeit dort begann damit zeitgleich mit dem Projekt. Vieles ist dort schon konzeptionell im Sinne des Projekts angelegt worden, sowohl Architektur als auch Versorgungsstruktur des Wohnheims stellten einen autonomeren Rahmen her und transportierten damit verstärkt die Idee der Eigenständigkeit. Bei jedem der sechs Klienten wurde von Beginn an individuell ausgehandelt, in welchem Maß er versorgende Strukturen

benötigt, wie weit er z. B. selbstständig einkauft oder Mahlzeiten selbstständig zubereitet. Tagesstrukturierende Maßnahmen werden im Gemeindepsychiatrischen Zentrum angeboten, und dort können die Klienten auch Ansprache durch ihre Bezugsbetreuer erhalten. Leistungen werden damit weniger im Wohnheim erbracht, sondern durch das nah gelegene Gemeindepsychiatrische Zentrum vorgehalten und müssen von den Klienten dort bewusst eingefordert werden. Diese Impulse aus dem Projekt haben die ressourcenfördernde Entwicklung weiter vorantreiben können.

Die Auswertung der Nutzerbefragung als auch die ausführlich erhobenen und analysierten Einzelfallbetrachtungen (vgl. beispielsweise Herr Arthur) bestätigen die von den Projektbeteiligten angestrebte Veränderung von Arbeitsweisen und -einstellungen. Die Klienten bejahen ein grundsätzlicheres Nachfragen und Einbeziehen ihrer Perspektive in dem Unterstützungs- und Betreuungsprozess.

Da die IBRP auch als ein wichtiges Element der personenbezogenen Hilfen angenommen werden, die der Klarheit, Zielorientierung und Überprüfbarkeit dienen, liefert auch diese Auswertung wichtige Hinweise. Untersucht wurden 374 IBRP, um Sozialdaten der Klienten, die Abstimmungen in der Hilfeplanung, die individuellen Probleme und die Art der Leistungen zu erfassen. Die Hilfen wurden umfassender und einrichtungsübergreifender geplant und erbracht. Abstimmungen und Kooperationen nahmen deutlich zu und mehr Personen und Einrichtungen wurden beteiligt, neben der Psychiatrischen Klinik und der Werkstatt für Behinderte waren es auch mehr Angehörige, Freunde und Bekannte. Es wurden zunehmend nicht-psychiatrische und nicht-professionelle Hilfen in Anspruch genommen und Ressourcen im sozialen Umfeld aktiviert. Hilfebedarfe wurden genauer und damit transparenter beschrieben, Hilfebringung differenzierter und kleinschrittiger geplant. Die somit deutlich gestiegene Qualität der IBRP stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass Hilfen »passgenauer« und bedarfsgerechter erbracht werden können.

Die Auswertung der Nutzerbefragung als auch die ausführlich erhobenen und analysierten Einzelfallbetrachtungen (vgl. beispielsweise Herr Arthur) bestätigen die von den Projektbeteiligten angestrebte Veränderung von Arbeitsweisen und -einstellungen. Die Klienten bejahen ein grundsätzlicheres Nachfragen und Einbeziehen ihrer Perspektive in dem Unterstützungs- und Betreuungsprozess.

5.3.4 Lebensweltbezug – Selbstbestimmung und Teilhabe

Verschiedene Autoren verweisen darauf, dass die Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie hin zu einer sozialen Psychiatrie sich nach wie vor verstärkt mit Fragen der Deinstitutionalisierung, des Normalisierungsprinzips, der Gemeindearbeit und der Inklusion zu beschäftigen habe. Trotz vielseitiger Weiterentwicklungen

im Bereich der psychosozialen Betreuung ist eine in der Literatur immer wieder aufzufindende Kritik, dass nach wie vor auf einige grundlegende Widersprüche in Bezug auf den Grundsatz »ambulant vor stationär« hinzuweisen ist und ein wirklicher Paradigmenwechsel im Denken und Handeln auf allen Ebenen noch nicht vollzogen wurde. Die Gestaltung des Alltags, der Lebenswelt und des Wohnraums ist insbesondere für Menschen in (teil-)stationären Einrichtungen in erheblichem Maße eingeschränkt. »Je höher der Unterstützungsbedarf, desto eher reduziert sich das Wahlrecht – wenn überhaupt – höchstwahrscheinlich auf die Wahl zwischen verschiedenen stationären Einrichtungen; falls überhaupt vorhanden, reduziert sich dann der Anspruch auf Privatheit auf das eigene Zimmer, das nicht einmal einen separaten Eingang hat, sodass der behinderte Mensch (psychische kranke Mensch) hoher sozialer Kontrolle durch nicht selbst ausgewählte Mitbewohner und Betreuer ausgesetzt ist.« (LINDMEIER 2005: 5)

Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze berücksichtigen und thematisieren die Entwicklung gesellschaftlicher Machtverhältnisse. Ausgangspunkt dieser Theorien ist, dass jeder Mensch einen Alltag und eine Lebenswelt besitzt, die sich aus dem Zusammenspiel des Einzelnen mit seiner Umwelt konstituieren. Alltagshandeln bzw. soziales Handeln folgt gewissen Regeln (vgl. DÖRNER 1999, OBERT 2001). Da gesellschaftliche Teilhabe insbesondere bei Menschen mit psychischen und seelischen Beeinträchtigungen eingeschränkt ist, ist ein mehrperspektivischer Förderungs- und Begleitungsprozess notwendig, der den Einzelnen und die Verflechtung in seiner Umwelt berücksichtigt und Partizipation, Teilhabe, Selbstbestimmung und Mitverantwortung als zentrales Ziel verfolgt. Der gesetzlich formulierte Anspruch liest sich wie folgt: »Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen [...], um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.« (SGB IX § 1) Zu betonen ist die Notwendigkeit der Selbstregulation bzw. dass nur minimale Eingriffe in die Lebensverhältnisse der Klienten vorgenommen werden. Im Sozialgesetzbuch IX § 9 Abs. 3 zur Teilhabe behinderter Menschen wird hervorgehoben: »Leistungen, Dienste und Einrichtungen lassen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung.«

Wenn Menschen mit Behinderung im gesellschaftlichen Alltag fehlen, geht auch das Bewusstsein verloren, »dass Menschen mit Behinderung in erster Linie Menschen, Bürger und Nachbarn sind« (ROHRMANN 2006: 180). Das Laienwissen der Gesellschaft wird von öffentlichen Bildern gespeist, die vor allem von negativen Stereotypen geprägt sind (vgl. HOFFMANN-RICHTER 2000). Unsicherheit, Angst und Stigmatisierungen gegenüber Menschen mit einer psychischen Erkrankung können von zahlreichen Studien belegt werden (vgl. SCHULZE 2004: 125). Im

Gegenzug dazu führt das Wissen der psychisch kranken Menschen »um das mit der Krankheit verbundene Stigma nicht selten zum sozialen Rückzug. Damit werden gerade jene persönlichen Kontakte vermieden, die am wirksamsten zum Stigmaabbau beitragen könnten« (ebd.: 124). Menschen mit einer psychischen Erkrankung leben häufig in homogenen, einengenden und kontrollierenden Beziehungssystemen. Ihre in der Regel kleineren sozialen Netzwerke weisen weniger Kontakte zu Freunden und Bekannten auf, es überwiegen Kontakte zu Angehörigen. »Diese Beziehungen sind von geringer Reziprozität und damit von Abhängigkeit von den Leistungen anderer geprägt. Die Betroffenen sind im wesentlichen Empfänger denn Geber von sozialer Unterstützung.« (LENZ 2001: 19)

In der Wahrnehmung dieser Entwicklungen und des Wissens um die Bedeutung von sozialen Kontakten und gesellschaftlicher Teilhabe, haben die beiden Einrichtungen nach Spielräumen gesucht, um auch Menschen, die einen erhöhten Hilfebedarf haben, verstärkt die Möglichkeit zu eröffnen, ihren Lebensort frei wählen zu können. Ebenso sollte die Unterstützung möglichst dort, wo der Hilfebedarf auftritt, mit dem geringsten Eingriff in die bestehenden Lebensumstände erbracht werden (vgl. Projektvertrag 2003). Die Bestrebung Transparenz und Zufriedenheit sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Klienten zu fördern, kann als eine prinzipielle Leitidee der Projektarbeit verstanden werden, die durch folgende Fragestellungen strukturiert wurde:

- Wie gestaltet sich die Einbindung der Klienten in ein Betreuungsnetz und sein soziales Umfeld?
- Welche Aussagen lassen sich über die Zufriedenheit der Klienten zu Beginn des Projekts treffen?
- Welche Bedürfnisse und Veränderungswünsche erweisen sich als relevant?
- Werden gegenseitig Veränderungen in der Haltung und Einstellung wahrgenommen?
- Inwiefern ist es möglich, über die stärkere Einbindung der Klienten in Hilfeplanung etc., die Prinzipien von Selbstbestimmung und Teilhabe zu stärken?

Auch dem bereits angesprochenen Widerspruch von Fürsorge und Selbstbestimmung bei Klienten im Wohnheim soll innerhalb dieses Ergebniskapitels nachgegangen werden, da insbesondere Langzeitbewohner immer noch Gefahr laufen, mehr Restriktionen als notwendig zu erfahren. Im Folgenden wird daher das Augenmerk auf die subjektiven Einschätzungen der Klienten gelegt. Die Darstellungen der Auswertung verschiedener Datenquellen strukturiert sich entlang folgender Themenbereiche: Versorgungsmentalität, Verhinderung von Wohnheimaufenthalten, Wohnraum und soziale Kontakte.

Versorgungsmentalität

Herr Schäfer, Mitte 40, ist seit mehr als 15 Jahren in Betreuung und lebt im Wohnheim. Durch das Nachfragen der Interviewerin erfährt man, dass er bereits mehrmals umgezogen ist und jetzt im Wohnheim ein Einzelzimmer hat. Ob Herr Schäfer dies als positive Veränderung bewertet, wird von ihm eher einsilbig beantwortet. Er betont allerdings »*Einzelzimmer ist besser, viel besser*«. Herr Schäfer hat seine Wohnsituation akzeptiert. Für ihn bedeutet das Leben im Wohnheim Versorgung: »*Hier und gut versorgt*«, Veränderungswünsche in Bezug auf den Wohnraum/Wohnort spielen eine geringere Rolle.

In der ersten Gesprächssequenz erfährt man, dass sich seine Aktivitäten im Wohnheim abspielen, »*morgens Frühstück, waschen, anziehen, Frühstück, (Fernseh sehen?) bis mittags, bis mittags, wenn keine (?), bis mittags Fernseh sehen, dann Mittag essen, nach dem Mittagessen wieder Fernseh sehen [...]*«. Die Interviewerin versucht aus ihm herauszulocken, ob aufstehen – essen – fernsehen ihm wirklich ausreicht. Er scheint außerdem vormittags an einer Beschäftigungsgruppe teilzunehmen. Wie ein idealer Tag aussehen könnte, weiß er nicht. Offen bleibt auch, was ihm richtig gut gefallen hat. Fernsehen ist sein Hobby, er würde sich aber auch gerne mehr mit Fotografie beschäftigen. Manchmal ärgert er sich über das Knallen von Türen, aber insgesamt erweckt auch diese Äußerung den Eindruck, als habe er den Tagesablauf akzeptiert: »*Bisher bin ich hier zufrieden*«. Auffällig ist, dass Vorstellungen über Veränderungsmöglichkeiten im Alltag gegenseitig nicht auf Resonanz stoßen. Vielmehr wechselt die Interviewerin das Thema und fragt nach seinen täglichen Begegnungen.

Er begegnet Bewohnern, Betreuern, Angestellten und zieht sich in sein Zimmer zurück, wenn er seine Ruhe haben möchte. Auch an dieser Stelle bleibt Herr Schäfer eher wortkarg. Er wünscht sich nicht mehr Kontakte, Freunde und Bekannte werden nicht erwähnt. Es fällt auch hier schwer, über die Gestaltungsmöglichkeiten und die Bedeutung von Begegnungen zu sprechen. Über Kontakte, Beziehungen und Rückzugsmöglichkeiten zu sprechen verärgert ihn etwas: »*Nein, [in sich hineinsprechend] nein, nein. Komm mal zum nächsten Punkt! [...] Ich habe hier mein Fernsehen und schöne Sachen*«. Hat Herr Schäfer vielleicht das Gefühl, dass die Interviewerin eigentlich alles von ihm weiß und er auch nichts näher zu erläutern braucht? Diese Lesart könnte dadurch erhärtet werden, dass er gleich im Anschluss beinahe entschuldigend zugibt, dass man ja noch nichts von seiner neuen Freizeitbeschäftigung wissen könne. Auch die Interviewerin wirkt überrascht, weiß nicht so recht, was sie damit anfangen soll und wechselt das Thema. Er wünscht sich nicht mehr Zeit von den Betreuerinnen und möchte auch eigentlich nichts gefragt werden: »*Sie gehen mir auf den Schnürsenkel!*«

Die Thematisierung der Qualität bestehender Kontakte und des Wunschs nach Beziehungen wirkt diffus. Er möchte auch eigentlich nichts gefragt werden und scheinbar erlebt er das Interview vielmehr als therapeutisches Gespräch. »*Wann*

wollen Sie keine Hilfe?» «Heute zum Beispiel. Und immer wenn sie zu viel fragen, was ich will.» Er brauche nicht mehr Unterstützung, nur manchmal Begleitung und generell könne er mitentscheiden, welche Hilfen er benötigt. Welche Angebote er nutzen möchte bleibt unklar, es komme eben darauf an. Der Kontakt zum Arzt ist gut, aber selten. Bezüglich der bereits beschriebenen Interviewdynamik ist zu sagen, dass sich diese Asymmetrie auch zunehmend quantitativ ausdrückt: Herr Schäfer bestätigt, verneint oder schweigt.

Seine Gesundheit, seine Lebens- und Wohnsituation, Kontakte und Aktivitäten schätzt er als normal ein. Nichts soll sich verändern! Gutes Essen, der Fernseher und die Kamera sind für ihn wichtig. Die Interviewerin versucht weiter, einen Veränderungswunsch oder ein Bedürfnis zu erspüren, aber Herr Schäfer bleibt standhaft und lässt sich eigentlich gar nicht mehr auf die Fragen ein. Woran sein Umfeld merke, dass es ihm nicht gut geht, beantwortet er mit *»wenn ich es sage«*. Von was spricht er? Ist er manchmal gegenüber anderen aggressiv oder übergriffig? Über die Nebenwirkungen seiner Medikamente erfährt man von der Interviewerin.

Im Vergleich zu Aussagen anderer Klienten ist auffällig, dass Herr Schäfer wenig bis kaum Veränderungswünsche signalisiert. Neuanschaffungen spielen dagegen eine Rolle. Auf diese, so Herr Schäfer, müssen sich *»die«* einstellen. Dient Materielles als Ersatz für Beziehungen? Seine Aussagen wirken trostlos, ohne Sehnsüchte und Bedürfnisse, was die Interviewerin immer wieder dazu verleitet, ihm Möglichkeiten und Ideen anzubieten, die er entweder ignoriert, umgeht oder abwehrt. Herr Schäfer möchte auch in zehn Jahren noch genau so leben und gut versorgt sein/werden. Strukturelle oder personelle Veränderungen stehen nicht im Vordergrund, auch die Beteiligung an Hilfeplänen oder Konferenzen werden nicht thematisiert. Die Veränderungen durch das Projekt scheinen für ihn nicht wichtig, bekannt oder transparent zu sein.

Die ausgewählte Fallgeschichte erlaubt sicherlich verschiedene Deutungsmuster. Versteht man die Anpassungsfähigkeit bzw. fehlende Motivation von Herrn Schäfer etwas zu ändern, als Ausdruck seines Krankheitsbildes oder als Resultat einer *»Wohnheimkarriere«*? Oder kann sein Antwortverhalten auch als Bewahrungsstrategie der Autonomie und Intimität verstanden werden? Er überlegt sehr genau was er (sagen) möchte und was er an Bedürfnissen und Wünschen offen legt.

In der Literatur finden sich dazu vielfältige bestätigende Hinweise. Langjährige Heimbewohner haben das Versorgtwerden gelernt und das Hinterfragen von Bedürfnissen und Zielen weckt eher Verunsicherung. Die Mitarbeiter des Projekts haben sich auch mit diesen Dynamiken und institutionell geprägten Strukturen beschäftigt. Nicht alle Bewohner sind vertraut damit, wieder deutlich mehr Verantwortung für ihre Lebenssituation zu übernehmen, auch wenn sie dazu durchaus in der Lage sind. Das Fallbeispiel lässt keine eindeutige Beantwortung

zu. Greift man auf Kontextwissen aus Expertengesprächen zurück, bestätigt sich die angesprochene Interpretation. Es wird deutlich, dass es ihm wichtig ist, in alle Entscheidungsprozesse eingebunden zu sein. Er ist seit mehreren Jahren Mitglied des Bewohnerrates, tritt in diesem engagiert auf und setzt sich für die Interessen aller ein. Er ist somit an Entscheidungs- und Kommunikationsprozessen beteiligt und hat sich das Wohnheim als Lebensraum erschlossen. Der geschützte Wohnraum sowie die bestehenden Kontakte sind ihm wichtig. Insofern zeigt das gewählte Beispiel, dass es notwendig ist, den Klientenwunsch zu akzeptieren und sich auf die Bedürfnisse einzulassen und nicht alle bestehenden Strukturen verändern zu wollen. Er findet im Haus die Sicherheit und Gemeinschaft, die er benötigt.

Die Auswertung der Mitarbeiterstuserhebung für beide Regionen veranschaulicht, dass aus Sicht der Mitarbeiter die Klienten im Verlauf der Projektarbeit selbstbestimmter im Hilfeprozess agieren können. 2004 stimmen 64 % und 2005 75 % der Mitarbeiter dieser These zu. Diese Zunahme von Selbstständigkeit hängt auch mit der Informiertheit und der Transparenz der Projektziele für die Klienten zusammen.

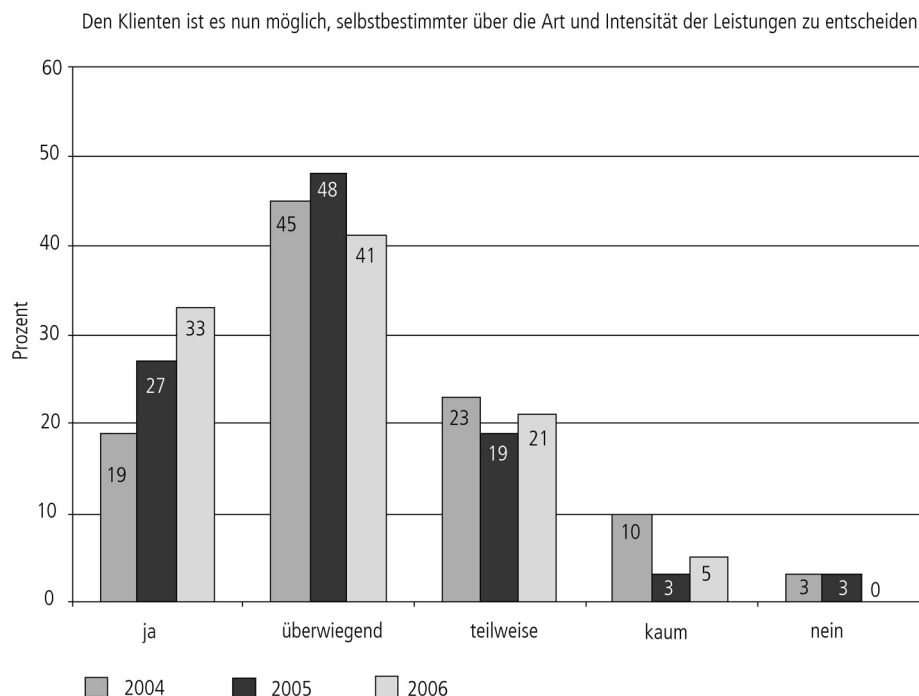


Abb. 3: Mitarbeiterstuserhebung VBL und BMWK 2004–2006

Geht man bei der Auswertung des Materials der Frage nach, in welchen Bereichen sich aus Sicht der Mitarbeiter konkrete Veränderungen in der Selbstbestimmung der Klienten ergeben haben, werden folgende häufig benannt: Versorgung, Wohnform und -ort, intensivere Beteiligung an den IBRP, häufigere Teilname an der Hilfeplankonferenz, eigenständigere Einnahme von Medikamenten. Die Klienten im Wohnheim versorgen sich selbstständig, kaufen ein, bereiten Mahlzeiten zu und sind an der Gestaltung der Tagesstrukturen beteiligt.

Verhinderung von Wohnheimaufenthalten

Die Darstellung des nachfolgenden Einzelfalls verdeutlicht, dass einrichtungsübergreifender Mitarbeitereinsatz und institutionenübergreifende Kooperation innerhalb einer Region einen eminenten Beitrag bei der Verhinderung von Wohnheimaufenthalten leisten können. Ein suizidgefährdeter Klient hat nach der Entlassung aus der Klinik den Wunsch, weiter eigenständig in seiner Wohnung zu leben. Um Sicherheit und Schutz zu gewährleisten, wäre in traditionellen Wohnstrukturen ein Wohnheimaufenthalt unvermeidlich gewesen. Durch die Installierung einer 24-Stunden-Rufbereitschaft vonseiten der Einrichtung, durch enge Absprachen und die kontinuierliche Abstimmung mit Ärzten, dem gesetzlichen Betreuer und anderen Institutionen innerhalb der Region, konnte der Klient weiter ambulant betreut werden.

Herr Busch, Ende dreißig, erhält seit ca. zehn Jahren Hilfen im Bereich des Wohnens und Betreuung. Nach erfolgreicher Schullaufbahn und absolvierter Ausbildung habe Herr Busch »*eigentlich ein normales Leben geführt*«. Im Alter von ca. 30 Jahren wird er erstmals stationär behandelt. Etwa zur gleichen Zeit wird die Unterstützung durch das Betreute Wohnen aufgenommen. Der Mitarbeiter weiß zu berichten, dass Herr Busch beim Abstimmungsgespräch in der Klinik als schwieriger Patient vorgestellt wurde. Innerhalb der folgenden fünf Jahre verschlechterte sich seine Situation. Kontakte zur Familie und innerhalb seines sozialen Umfelds waren eher durch Konflikte bzw. gravierende Abhängigkeitsstrukturen geprägt. Der Verlust der Wohnung und die drohende Obdachlosigkeit führten zur Aufnahme im Wohnheim. Allerdings scheiterten die Versuche, ihn in eine Einrichtung zu integrieren. Herr Busch wollte in keinem Wohnheim leben, insbesondere fehlten ihm Möglichkeiten, sich zurückziehen zu können. Auch gestaltete es sich als schwierig, ihn in die Gruppe einzubeziehen. Der Mitarbeiter berichtet weiter, dass sich seine Kontakte derzeit auf die Personen rund um die Werkstatt und das Wohnheim beziehen. Auch Herr Busch spricht im Interview vorwiegend von Personen im direkten Umfeld: »*Meine Arbeitskollegen, wenn er da ist, die Betreuer, sonst, sonst eigentlich niemand. [...] Aber zu Freunden net.*«

Herrn Busch wurde es ermöglicht, ein Zimmer in einer Pension zu bekommen und gleichzeitig die Versorgungs- und Angebotsleistungen des Trägers in Anspruch nehmen zu können. Die kontinuierliche Betreuung durch zwei feste Bezugspersonen

sonen, ambulant in der Pension und bei seinem Aufenthalt im Wohnheim, gab ihm den benötigten Halt. »Dann bin ich im Wohnheim unterhalte mich mit den Leuten, und dann gehe ich heim ins Hotel. Am Wochenende komme ich mittags her, zum Mittagessen, und tue mich mit den Leuten unterhalten und gucke Fernsehen, und bin halt hier, bis zu Abendessen und dann gehe ich wieder heim ins Hotel.« Auch von den anderen Klienten wurde wahrgenommen, »dass er kommt und wieder geht«. Herr Busch gehört zu den Klienten, bei denen im Interview keine Aktivitäten mit anderen als bedeutungsvolle thematisiert werden. Einzig lässt sich feststellen, dass er auf die Kontakte eingeht, eine Bewertung allerdings ausspart. Inwiefern sein »Sonderstatus« in der Wohnsituation den Umgang mit anderen und damit die Qualität und Intensität sozialer Kontakte beeinflusst, muss an dieser Stelle unbeantwortet bleiben. Denkbar ist, insbesondere im Kontext der zu Beginn skizzierten Vorgeschichte von Herrn Busch, dass dieses Thema zu konfliktbesetzt ist. Beispielsweise äußert der Mitarbeiter, dass der Kontakt zu »alten Bekannten« eher eine Gefährdung darstellen würde. Insgesamt habe sich seine psychische Verfassung innerhalb des aufgebauten Unterstützungssystems deutlich stabilisiert. Kontakte zur Mutter wurden häufiger und besser. Im Interview spricht Herr Busch über seine Zufriedenheit mit der Form des Wohnens und der Betreuung, betont allerdings, dass er bald wieder in einer eigenen Wohnung leben möchte: »So wie jetzt, nur dass ich halt ne eigene Wohnung hab.«

Die Analyse des Interviews verdeutlicht die bedeutsamen Themen von Herrn Busch. Er möchte unbedingt wieder in einer eigenen Wohnung leben, sich »selbstständiger versorgen« und das »so schnell wie möglich«. Mit der Form und Intensität der Betreuung und der Beziehung zu den Betreuern ist er sehr zufrieden. Außerdem lässt sich vermuten, dass auch der Verlust der Arbeit einen besonderen Einschnitt bedeutet hat. Dieser kann wahrscheinlich mit dem ersten Psychiatrieaufenthalt in Verbindung gebracht werden, da durch das Gespräch mit dem Mitarbeiter deutlich wird, dass der Wiedereinstieg in eine Beschäftigung gescheitert ist. Derzeit wohnt Herr Busch mit zwei anderen Klienten in einer Wohngemeinschaft in Angrenzung an das Wohnheim. Die örtliche Nähe ermöglicht eine intensivere Nutzung der Freizeitangebote des Wohnheims. Ob damit seinen Bestrebungen einer »eigenen Wohnung« umfänglich entsprochen werden konnte, muss weiterhin beobachtet werden. Während der Zeit in der Pension kam es erneut zu einem »kleinen Brand«, sodass innerhalb der derzeit gewählten Struktur des Wohnens und der Betreuung vor allem dem Prinzip von Schutz und Sicherheit entsprochen werden kann und es als Resultat eines gemeinsamen Aushandlungsprozesses gesehen werden kann. »Die Hilfe ist bedarfsgerechter, zielgenauer. Bei Krisenfällen wird enger mit dem Wohnheim zusammengearbeitet. Dazu sind die Grenzen offener, es besteht mehr Austausch mit dem Wohnheim. Herr Busch hat selbst keine Krankheitseinsicht. Er gibt gerne die Verantwortung ab.« Die Arbeit im Projektzeitraum hat deutlich gezeigt, dass die Verhinderung eines Wohnheimaufenthalts auch bei hohem Unterstützungsbedarf möglich ist.

Zufriedenheit mit dem Wohnraum und den sozialen Kontakten

Sowohl die Auswertung der Nutzerbefragung als auch die der Klienteninterviews hatte zum Ziel, Aussagen darüber treffen zu können, wie die Klienten die Veränderung durch die Projektarbeit bewerten, und wie zufrieden sie mit der Gestaltung ihrer Lebensräume sind. Innerhalb der Nutzerbefragung wurden die Klienten aufgefordert zu reflektieren, ob sie »genau so« oder »anders« wohnen möchten. Die Auswertung (2005 und 2006) der Nutzerbefragung zeigt, dass die Mehrheit der Klienten mit ihrer Wohnform zufrieden ist. Auch die Auswertung der qualitativen Interviews gibt Einblicke in die Lebenssituation der Klienten und ihre subjektiven Einschätzungen zur Betreuung und Unterstützung. Die qualitativen Interviews wurden von Mitarbeitern durchgeführt, in denen folgenden Themenbereiche erfragt werden sollten: Wohnsituation: Wohnort/-form, Aktivität: Tagesstruktur, Freizeit, Hobby, Begegnung – Kontakte, Betreuung: Art der Leistung – Netzwerk an Hilfen, seelische, körperliche Gesundheit und Zukunftsvorstellung. Die Auswertung erfolgte entlang von entwickelten Kategorien, die in ihrer Ausprägungen und Ausgestaltung definiert wurden.⁶⁶ Die folgende Tabelle zeigt zunächst die Kategorien der quantitativen Auswertung und stellt die Ergebnisse im Überblick dar.

Tab. 1: Auswertung der qualitativen Klienteninterviews

| Kategorie/Unterkategorie | hohe Zufriedenheit | mittlere Zufriedenheit | keine Zufriedenheit | nicht artikuliert | nicht beurteilbar |
|--|--------------------|------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| I. Zufriedenheit mit der Wohnsituation | 35 | 39 | 13 | 0 | 13 |
| II. Zufriedenheit mit der Tagesgestaltung | 9 | 61 | 17 | 4 | 9 |
| III. Zufriedenheit mit der Intensität und Qualität familiärer Kontakte | 35 | 30 | 13 | 4 | 17 |
| III. Zufriedenheit mit der Intensität und Qualität aller sozialen Kontakte | 17 | 52 | 13 | 0 | 17 |
| IV. Zufriedenheit mit der Betreuung | 39 | 26 | 9 | 0 | 26 |
| IV. Zufriedenheit mit dem Arbeitsbündnis Betreuer | 48 | 26 | 13 | 4 | 9 |
| IV. Zufriedenheit mit dem Arbeitsbündnis Arzt/Psychiater | 52 | 22 | 17 | 0 | 9 |
| V. Zufriedenheit mit dem psychischen Wohlbefinden | 17 | 39 | 22 | 0 | 22 |

Die Auswertung der Klienteninterviews bestätigt die aus den Nutzerbefragungen gewonnenen Ergebnisse. Die Mehrheit der befragten Klienten (74 %) ist nach eigener Aussage mit dem Wohnort und der Wohnform zufrieden. Diese Zufriedenheit begründet sich vor allem dadurch, dass Veränderungen möglich sind

⁶⁶ Vgl. Kategoriensystem im Anhang III des Evaluationsberichts 2007.

und gemeinsam ausgehandelt werden können. Nur wenige Klienten umgehen eine Aussage zur Zufriedenheit bzw. erscheinen ihre Antworten so ambivalent, dass keine eindeutige Zuordnung möglich ist.

Die Auswertung zur zweiten Kategorie unterstützt Ergebnisse aus anderen Befragungen (mittlere Zufriedenheit bei 61 %). Die Antworten machen den Wunsch nach mehr Aktivität, sozialem Eingebundensein und mehr Kontakten zu Personen außerhalb des Unterstützungssystems (nicht-psychiatrische Kontakte) deutlich. Die Auswertung der Nutzerbefragung bildet ab, dass mindestens zwei Drittel der befragten Klienten in beiden Projektregionen sich mehr soziale Kontakte in ihrer derzeitigen Lebenssituation wünschen. Mit Werten um die 40 % ist der Wunsch nach mehr Kontakt zu Freunden und Bekannten in beiden Einrichtungen und beiden Jahren häufig benannt worden. Man könnte hier auch vom Wunsch nach mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sprechen. Diese Themen kennzeichnen die Lebenssituation und werden weiterhin wichtige Fragen in der Arbeit mit behinderten und psychisch kranken Menschen bleiben. Fasst man in der Kategorie IV mittlere und hohe Zufriedenheit zusammen, kann man insgesamt sagen, dass die Klienten mit der Betreuung und dem Arbeitsbündnis zufrieden sind.

Die Zufriedenheit mit der Tagesgestaltung hängt ebenfalls mit dem sozialen Eingebundensein zusammen. Orientiert man sich bei der Auswertung der Interviews an weiteren Variablen, steht der Wunsch des Klienten nach einem »Mehr« an sozialen Kontakten in einem engen Verhältnis zu seiner Wohnform und der Betreuungsdauer. Um Aussagen über das subjektive Wohlbefinden der Klienten treffen zu können, wurden die Kategorien Zufriedenheit mit der Wohnsituation, Zufriedenheit mit dem Alltag, Zufriedenheit mit der Betreuung zusammengefasst. Wenn alle drei Kategorien mit hoher oder mittlerer Zufriedenheit kodiert worden sind, lässt sich aus unserer Sicht von subjektivem Wohlbefinden sprechen. Dies ist bei neun von 23 befragten Klienten der Fall und auffällig ist, dass alle neun in eigenen Wohnungen leben. Neben den bereits benannten, sind Arbeit, Freundschaften und Partnerschaften Themen, die in den qualitativen Interviews immer wieder zur Sprache kommen und damit einen besonderen Stellenwert für die Klienten aufweisen.

Innerhalb eines weiteren Teilprojekts setzten sich die Mitarbeiter der beiden Einrichtungen intensiv mit der Frage auseinander, wie professionell Tätige die Einbeziehung der Klienten in soziale Netzwerke befördern können. Zu diesem Zweck wurde eine Arbeitshilfe⁶⁷ entwickelt, die den Mitarbeitern Impulse aus dem Empowerment-Ansatz, der Salutogenese sowie systemischer Herangehensweisen lieferte. Er gibt Frageimpulse vor, die Möglichkeiten nicht-psychiatrischer und/oder nicht-professioneller Hilfen thematisieren. Ziel ist es, den sozialen

⁶⁷ Vgl. Anhang VIII im Evaluationsbericht 2007.

Hintergrund des Klienten, seinen Lebensweltbezug stärker wahrzunehmen und stärker in der Hilfeplanung und -erbringung zu berücksichtigen. Deutlich wurde die Notwendigkeit, fallunabhängige Arbeit und die sogenannte »Antistigmaarbeit« innerhalb der Region stärker zu forcieren und dass diese eigentlich zum Leistungsspektrum eines Leistungserbringers gehören sollten.

Die Auswahl der beiden Einzelfälle zeigt die ganz unterschiedlichen Bedürfnislagen im Sinne des Versorgtwerdens und dem Wunsch nach Sicherheit und Gemeinschaft. Das Leben im Wohnheim weniger selbstverständlich als »All-Inclusive-Versorgung« zu gestalten, Eigenständigkeit und Selbstbestimmung der Wohnheimbewohner deutlich zu fördern und damit Hospitalisierung entgegenzuwirken, waren jedoch erklärte Ziele, die sich in den beiden Arbeitshypothesen ausdrücken: »Die Betroffenen können noch stärker in die Verantwortung genommen werden und sind noch mehr dazu in der Lage, ihre eigenen Vorstellungen einzubringen und umzusetzen« und »Die Nutzerzufriedenheit steigt«. Die mehrjährige Begleitung der Projektarbeit bestätigt, dass die Förderung von Eigenverantwortung möglich geworden und die isolierte Betrachtung der Problemlagen und Defizite der Klienten möglich geworden ist. Dieses Vorgehen lenkt den Blick auf die Ressourcen und Fähigkeiten der Klienten. Desgleichen sensibilisiert diese Entwicklung für die Gesamtheit der Lebensbezüge der Klienten.

Der dokumentierte Anstieg an Wechslen zwischen einer ambulanten und einer stationären Wohnform unterstützt das Ergebnis, dass mehr Flexibilität und Passgenauigkeit möglich ist. Die Auswertung der qualitativen Daten zeigt in diesem Zusammenhang, dass sich die Klienten stärker gefragt und einbezogen fühlen. Die im Projekt entwickelte Nutzerbefragung konnte nachweisen, dass die Klienten überwiegend mit ihrer Wohn- und Betreuungssituation zufrieden sind. Auch die veränderte Haltung, das stärkere Nachfragen der Mitarbeiter und der deutlichere Einbezug in alltägliche Prozesse und Entscheidungen wurden positiv bewertet. Aber wie auch für die Mitarbeiter führten die Umbrüche für die Klienten zu Irritation und Verunsicherung. Einige Prozesse und Regelungen, an denen sich die Bewohner schon lange orientiert hatten, wurden infrage gestellt, verändert oder aufgehoben. Der Appell an ihre Eigenverantwortlichkeit und ein Mehr an Eigenständigkeit führte zunächst zu steigenden Verunsicherungen und aufflackernden Ängsten, welche sich aber in den folgenden Jahren verminderten.

Das Projekt konnte sehr deutlich zeigen, dass Klienten auch in einem Wohnheim nicht unter allen Umständen versorgt werden müssen. Damit konnten die Wohnstätten in höherem Maß zu »Übergangswohnheimen« im Dörnerschen Sinne werden, und damit zur Einrichtung, »in der besonders verletzbare Menschen für eine grundsätzlich befristete Zeit leben können, bis sie den Mut zur Verselbstständigung finden« (DÖRNER 2004: 478). Wer außerhalb eines Heims leben kann und wer nicht, ist von Professionellen nicht einzuschätzen, so die

Erfahrung von Konrad et al., die ehemalige Heimbewohner nun gemeindenah ambulant in Mietwohnungen betreuen. »Es existieren keine gesicherten Prognosekriterien, welche Klienten mit einem bestimmtem Milieu zurechtkommen und welche nicht, vermutlich wird es solche Kriterien auch nie geben. Die Prognosen des Teams haben sich häufig als falsch erwiesen.« (KONRAD et al. 2006: 14) Und so stellt auch Dörner fest: »Wie weit wir auf dem Weg zu einer ›heimlosen Gesellschaft‹ kommen, dürfen wir heute noch nicht wissen, um ideologisches Wunschdenken und Behinderteninstrumentalisierung zu vermeiden, wir müssen aber wissen, dass wir uns eine sehr lange Zeit dafür zu lassen haben, wenn wir nicht neue Reformopfergruppen schaffen wollen.« (DÖRNER et al. 2004: 90)

Je besser der regionale Informationsfluss bereits angebahnt ist, desto besser kann im Sinne des Klienten agiert und der Anspruch institutionsübergreifender Hilfeplanung und -erbringung umgesetzt werden. Aus Sicht der Projektträger und der wissenschaftlichen Begleitung, benötigt dieses Handeln ein Ausbalancieren auf mehreren Ebenen. Wie die bisher aufgeführten Einzelfälle aufzeigen, hat zum einen die Beziehungsarbeit und -kontinuität einen erheblichen Einfluss auf den Rehabilitationsprozess. Diese erfordert eine Haltung, die offen und flexibel für die Erlebnis- und Alltagswelt des anderen ist, im Sinne eines angemessenen Verhältnis von Nähe und Distanz. Zum anderen benötigt es eine offenes und differenziertes Umgehen mit dem institutionellen Auftrag einerseits und der individuellen Hilfeplanung andererseits. Damit verbunden ist das Hinterfragen von Begriffen und Vorgehensweisen, für die zum einen Reflexionsräume (Team, Supervision) als auch Orte der Weiterbildung in vielfältiger Weise zur Verfügung standen. Diese Wechselwirkung führte dazu, dass neue Strukturen nicht einfach übernommen und implementiert, sondern auf ihre Sinnhaftigkeit in Theorie und Alltag geprüft wurden. Hervorzuheben ist daher, dass es nicht darum geht alles verändern oder infrage zu stellen, sondern dass es um das Erkennen und Aushandeln individueller Unterstützungs- und Hilfebedarfe geht, um mit dem spannungsreichen Verhältnis von Schutz/Fürsorge und Selbstbestimmung/Teilhabe »intelligent« umgehen zu können.

5.3.5 Regionale Versorgungsverpflichtung

Regionale Kooperation spielt in allen Modellen zukünftiger psychiatrischer Versorgung eine zentrale Rolle. Die Gemeindepsychiatrischen Verbände, verbindliche Zusammenschlüsse der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion, setzen sich zum Ziel, eine personenzentrierte, bedarfsgerechte, integrierte Behandlung und Begleitung von akut und chronisch psychisch erkrankten Menschen ihrer Region sicherzustellen. So ermöglichen sie individuelle passgenaue Hilfen und effizienteres Arbeiten, weil Leistungserbringer

miteinander kooperieren und sich vernetzen. Geschlossene Märkte sollen diese Verbundstrukturen jedoch nicht schaffen.

Ausschlaggebend ist aber auch, dass Gemeinde- und Sozialpsychiatrie ihr eigenes Handeln stets als gesellschaftliches Handeln begriffen haben. Schließlich muss die Netzwerkförderung der Professionellen in die Förderung der Netzbildung der Hilfesuchenden münden, damit sie nicht zum Selbstzweck wird. Die »Rahmenvereinbarung über die Grundsätze zur Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Hessen«, die zum 1. Januar 2005 in Kraft getreten ist, zielt ebenso darauf ab, die regionale bzw. kommunale Ebene in ihrer Planungs- und Handlungsfähigkeit zu stärken. Damit soll die Erbringung sozialer Hilfen stärker an den Lebenslagen der Menschen orientiert werden. Eine bedarfsgerechtere Leistungserbringung für den Einzelnen soll dadurch ermöglicht werden. Ebenfalls spielt das Thema der Versorgungsverpflichtung und der Wartezeiten eine gewichtige Rolle. Im Behinderten-Werk-Main-Kinzig e. V. bestanden in den Jahren vor dem Projekt (um das Jahr 2000) umfangreiche Wartelisten, sodass über eine Erweiterung der stationären Plätze nachgedacht wurde. Im gesamten Main-Kinzig-Kreis lag ein erhebliches Defizit an stationären Wohnplätzen vor. Aus den Unterlagen zur »Bedarfsmeldung 2002« des Behinderten-Werks-Main-Kinzig e. V. ergibt sich eine Warteliste für das Wohnheim mit einem Umfang von neun Personen, für das ambulante Wohnen im Umfang von 17 Personen. In den ersten Projektjahren konnte für alle Klienten aus der entsprechenden Versorgungsregion eine Bedarfsklärung (Erstellung eines IBRP) herbeigeführt und die entsprechende Betreuung angeboten werden. In den Vogelsberger Lebensräumen bestanden ebenfalls Wartelisten, für das Betreute Wohnen ebenso wie für das Wohnheim in Lauterbach, die jedoch nicht mehr für eine Auswertung zur Verfügung standen. Die Wartelisten, die zu Beginn des Projekts in beiden Regionen existierten, konnten abgebaut werden, jeder Leistungsberechtigte konnte sofort angemessene Hilfen erhalten. Damit weisen beide Träger im Projektzeitraum eine schnelle und der Versorgungsverpflichtung entsprechende, adäquate Aufnahme der Klienten ohne Wartezeiten nach, sodass man hier von einer Zunahme von Niedrigschwelligkeit im Sinne des Abbaus bürokratischer Hürden beim Zugang ins Hilfesystem für den Klienten sprechen kann.

Eine rasche Hilfe wirkt sicher auch präventiv, wenn Klienten sofort nach der Bedarfsanmeldung (etwa beim niedergelassenen Psychiater oder in den psychosozialen Beratungsstellen) die benötigte Hilfe erhalten können. Die individuelle Vorgehensweise wie sie sich in den dargestellten Einzelfällen ablesen lässt, zeigt auch Elemente notwendiger präventiver Arbeit.

Im Vogelsbergkreis herrscht eine lange Tradition der Zusammenarbeit und der guten Kooperation zwischen den Leistungserbringern der Region. Sie hat sich fortgesetzt und besteht vor allem im Rahmen der Trägerversammlung sowie der

Arbeitsgruppe der fachlichen Leiter, in denen Repräsentanten der Leistungsträger und Leistungserbringer der Region Vogelsbergkreis im Bereich der psychosozialen Hilfen vertreten sind. Die Zusammenarbeit in den Hilfeplankonferenzen forcierte auch einen stärkeren Austausch mit dem Jugendamt sowie mit der Werkstatt für behinderte Menschen. Eine intensivere Kooperation entstand auch zwischen den Vogelsberger Lebensräumen, der Jugend- und Drogenberatung/Suchthilfe im Vogelsbergkreis und der Kommunalen Vermittlungsagentur (KVA). Es findet ein Coaching der Mitarbeiter der KVA durch die Vogelsberger Lebensräume sowie die Jugend- und Drogenberatung/Suchthilfe im Vogelsbergkreis statt, und im Bedarfsfall übernehmen Mitarbeiter der beiden Projektträger die Beratung eines Klienten im Auftrag der KVA.

Im Main-Kinzig-Kreis bestehen regionale Kooperationen zwischen den Leistungsträgern und -erbringern psychosozialer Hilfen auf der Ebene der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbund, der regionalen Planungskonferenzen (als die Zusammenarbeit aller Entscheidungsträger der Trägervertreter, des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und der psychiatrischen Kliniken) sowie des Psychiatriebeirats (zusätzlich zu Trägervertretern und psychiatrischen Kliniken sind hier auch Krankenversicherer, Arbeitsverwaltung sowie die Betroffenenvertretung/Angehörige vertreten). Nach Aussagen der Beteiligten hat sich in diesen Strukturen eine verbindliche und effektive Zusammenarbeit etabliert. Die regionale Zusammenarbeit insbesondere in den Anfängen der Hilfeplankonferenzen 2003/2004 wurde deutlich vom Engagement des Behinderten-Werks-Main-Kinzig e. V. geprägt, und somit auch von der Projektidee einer gemeinsamen regionalen Verantwortung beeinflusst. Weiter bestehen seit einigen Jahren Bestrebungen, eine gemeinsame regionale Sozialraumplanung zu realisieren. Die Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist dabei ein wesentliches Ziel, welches für die nächsten Jahre angestrebt wird. Steuerungs- und Planungsgremium sind hierfür die regelhaften Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbund seit der Gründung im Jahr 2005, in dem alle Einrichtungen des Kreises vertreten sind. Noch scheint ungeklärt, welche neuen Möglichkeiten, aber auch Verpflichtungen dadurch entstehen können.

Ein klarer Gewinn für die Region ist darin gesehen, dass die Umsetzung von Qualitätsansprüchen aller Anbieter den Standard des Hilfesystems sichert, wodurch eine Art Zertifizierung der Region entstehen kann. Auch die gegenseitige Unterstützung und Beratung innerhalb des Verbundes wird von den Befürwortern als Chance einer gemeinsamen Entwicklung gesehen. Auch die Gründung der ersten »unabhängigen Beschwerdestelle« Hessens ist als ein kurzfristiges Ziel im Psychiatrieplan von 2007 aufgenommen. Dort können Beschwerden, Anregungen und Wünsche von Menschen aus dem psychiatrischen Hilfesystem an ehrenamtlich tätige Mitarbeiter der Stelle weitergegeben werden, die dann im trialogisch besetzten Team der Beschwerdestelle thematisiert und bearbeitet

werden. Eine derartige Anlaufstelle kann wesentlich zur Qualitätssicherung und -verbesserung der psychiatrischen Versorgung einer Region beitragen.

Als Erweiterung der spezifischen Fortbildungen zum Thema »Lernende Region« ist abschließend der im Vogelsbergkreis einrichtungsübergreifende »Saturntag« erwähnenswert. Etwa zehn Funktionsträger der Region traten mit ebenfalls zehn Vertretern von verschiedenen Einrichtungen in einen moderierten Diskurs zum Thema »Regionale Kooperation« ein. Auch die anderen Anwesenden (Zuhörer) konnten Impulse geben oder Fragen stellen. Ein anschließender Austausch zu den eingebrachten Schwerpunkten fand in Kleingruppen statt. Wesentliche Themen waren die Instrumente personenzentrierter Hilfeplanung (Hilfeplankonferenz, IBRP), vor allem die Schwierigkeiten mit der Rolle der koordinierenden Bezugsperson, die Kooperation zwischen Einrichtungen und gesetzlichen Betreuern sowie zwischen klinischem und außerklinischem Bereich. Um die Bedeutung des Settings differenzierter bewerten zu können wurden anschließend sieben Personen (Akteure wie Zuhörer)⁶⁸ gebeten, Fragebögen zur Wirkung und zum Ergebnis der Veranstaltung zu beantworten.⁶⁹ Die qualitative Auswertung der Antworten weist eine sehr hohe Zufriedenheit nach. Alle sieben Befragten sehen in dieser Art der Begegnung ein gewinnbringendes Vorgehen. Es *»entsteht ein Kommunikationsraum, der woanders nicht stattfinden kann«*.⁷⁰ Es gelinge dadurch, Einblicke in sonst ferne Institutionen zu erhalten und Verständnis für die andere Arbeit zu entwickeln. Alle beschrieben, dass sie bereits eine verbesserte Transparenz, Offenheit und Kritikfähigkeit innerhalb der Region wahrgenommen haben. Als ein *»wesentlicher Knackpunkt«* wird weiterhin die *»Kooperation zwischen dem psychiatrischen Krankenhaus und den andern sozialen Einrichtungen in der psychiatrischen Versorgung«* bezeichnet. Auch vonseiten der Klinik werden *»die doch sehr unterschiedlichen Arbeitsweisen von komplementärem und klinischem Bereich«* wahrgenommen. Dies erkläre das *»Unverständnis mancher sozialarbeiterisch Tätigen gegenüber den Leuten aus der Klinik«*. Insgesamt wurde der moderierte Dialog zwischen Funktionsträgern und Mitarbeitern von allen Beteiligten als gelungen wahrgenommen. Die Etablierung solcher Settings, neben der Intensivierung von Begegnung und Austausch auch im Sinne eines Qualitätszirkels, könne eine gemeinsame regionale Entwicklung vorantreiben. Im Zuge der skizzierten Prozesse wurde im Vogelsbergkreis bereits über eine regionale Weiterentwicklung nachgedacht. Derzeit wird überprüft, ob im Rahmen

68 Bei der Auswahl der Personen wurde darauf geachtet, Vertreter des klinischen Bereichs, Vertreter von Kostenträgern sowie Mitarbeiter verschiedener Leistungserbringer der Region einzubeziehen.

69 Die drei offenen Fragen griffen 1. den »Profit« solch einer Veranstaltung für die Beteiligten auf, fragten 2. nach den wesentlichen Veränderungen, die in der regionalen Zusammenarbeit der jüngsten Zeit wahrgenommen wurden sowie 3. nach noch zu bearbeitenden Themen.

70 Alle in diesem Abschnitt aufgeführten Zitate sind Aussagen aus den Fragebögen.

eines Regionalbudgets eine umfassende regionale Ressourcenverwaltung unter Beteiligung *aller* Einrichtungen, Dienste und Kostenträger möglich ist.

Die Arbeitshypothese »Regionale Versorgungsverpflichtung ist nur auf Grundlage von Budgetierung möglich« lässt sich folgendermaßen beantworten. Wartelisten konnten abgebaut werden und regionale Kontakte zwischen professionell Tätigen intensiviert werden. Die Ablösung vom Einrichtungsdenken eröffnete die Chance, insbesondere auch durch die Budgetierung, nicht mehr nach ambulantem oder stationärem Leistungsumfang unterscheiden zu müssen. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung hat das Finanzierungsmodell des Trägerbudgets wesentlich zur schnellen Hilfeerbringung beigetragen. Eine enge Verpflichtung auf Einzelleistungsnachweise erschwert die Flexibilität und behindert die Kreativität in der Leistungserbringung. Die Budgetfinanzierung machte die Existenz des Trägers nicht mehr vom Erhalt oder der Ausweitung von Hilfen und Kosten abhängig. Aber nicht allein das Budget führte zu einer veränderten Leistungserbringung, sondern die Kreativität und Flexibilität, die das Finanzierungsmodell ermöglichte und von den Trägern gesehen und genutzt wurde.

Wenn der Klient im Mittelpunkt steht, müssen institutionelle, fachliche und bürokratische Grenzen des Hilfesystems nicht nur in Ausnahmefällen überwunden werden. Hier konnten wesentliche Fortschritte erzielt werden. Hilfen wurden umfassender und integrierter geplant, es fand mehr einrichtungsübergreifende Leistungserbringung statt, Abstimmungen und Kooperationen nahmen zu. Die gemeinsame Ebene gelingender Kommunikation und Kooperation, besonders zwischen klinischem und komplementärem Bereich, muss dabei weiterhin als verbesserungswürdig gesehen werden.

Die Zusammenarbeit in den Hilfeplankonferenzen begünstigte eine größere Nähe zur Psychiatriekoordination, zu Vertretern der Klinik sowie zu anderen Leistungserbringern in der Region. Auch Abstimmungsgespräche basieren auf der Kooperation mit gesetzlichen Betreuern und Klinik, und so fördert eine Zunahme an Abstimmung auch die Begegnung und Vernetzung. Zum anderen hat die Durchlässigkeit des Hilfesystems für Klienten auch zu einer Durchlässigkeit der Einrichtungsgrenzen für die professionell Tätigen geführt. Fortbildungen und Workshops der beiden Projektträger wurden auch für Mitarbeiter anderer Träger und Vertreter der Kostenträger geöffnet, interdisziplinäre Fallbesprechungen führten zu neuen Schnittstellen, Arbeitsanweisungen wurden in gemeinsamer Verantwortung entwickelt und allen Akteuren des psychiatrischen Hilfesystems zur Verfügung gestellt. Alle diese Faktoren unterstützen die zunehmende Verschränkung der regionalen Zusammenarbeit, die ein wichtiges Ergebnis des Projekts darstellt.

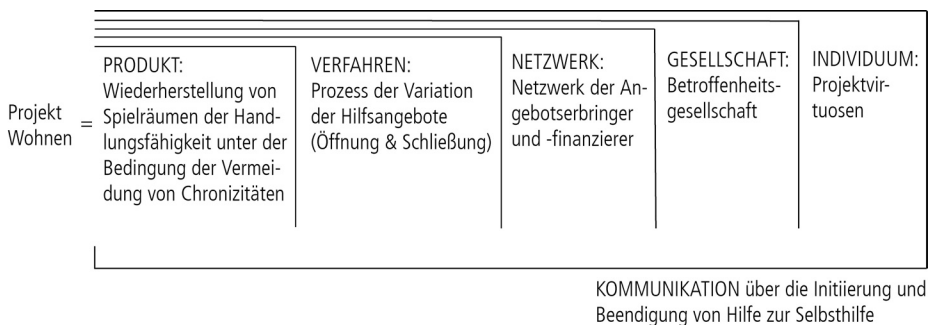
5.4 Das Projekt als Modell

Parallel zur wissenschaftlichen Begleitung des Instituts für Sonderpädagogik der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main wurde, gemeinsam mit dem Soziologen Prof. Dr. Dirk Baecker, ein Modell entwickelt, welches die Zielsetzung, die zentralen Gedanken und die Perspektive des Projekts in besonderem Maße veranschaulicht. Das im Folgenden dargestellte Ergebnis prägt die Arbeit der Projektpartner nachhaltig.

Die Zielsetzung

Die Zielsetzung des Projekts lebt aus der Absicht, die Entwicklung einer dreifachen Chronizität zu vermeiden, die mit Einrichtungsangeboten im Lebensbereich Wohnen bislang vielfach einhergeht. Die sozialen Einrichtungen wirken chronifizierend, wenn ihnen die »Nachschubsicherung« wichtiger ist als die problem-lösende Hilfe sowie die Leistungsträger, die die Kategorien des Anspruchs auf Hilfe entwickeln und damit, die Orientierung am Problem des Einzelfalls eher erschweren als erleichtern. Die betroffenen Personen chronifizieren sich selbst, wenn sie ein Interesse daran entwickeln, zur Inanspruchnahme jener Hilfe berechtigt zu sein, die angeboten wird.

Das Modell



Das Modell benennt sechs Variablen: PRODUKT, VERFAHREN, NETZWERK, GESELLSCHAFT, INDIVIDUUM und die unbenannte AUSSENSEITE der Unter-scheidung, die innerhalb des Projekts Wohnen bestimmte Werte erhalten, die sich gegenseitig zitieren und voraussetzen. Diese Werte stehen nicht in einem kausalen Verhältnis zueinander, sondern in einem zirkulären und kommunikativen.

Der Auftrag bzw. das Produkt

Auf dem Hintergrund des Erkennens der chronifizierenden Wirkung des eigenen Handelns, ist die zentrale Aufgabe die Wiederherstellung von Spielräumen der Handlungsfähigkeit unter der Bedingung von Vermeidung von Chronizitäten. Dies bezieht sich auf alle am Prozess Beteiligten. Das Wesen jedes therapeutischen Prozesses ist das Erkennen von Mustern, die Veränderung der Aufmerksamkeitsfokussierung und damit eine Erweiterung der Handlungsspielräume.

Das Verfahren

Das Produkt wird in einem *Verfahren* hergestellt, das sich selbst als einen Prozess der Variation der Hilfsangebote versteht, um laufend sowohl die Wirkung der Hilfsangebote überprüfen zu können, als auch durch ihre Variation sicherzustellen, dass das Endziel der Beendigung von Hilfe nicht aus den Augen verloren wird: Es hilft immer wieder nur das, was den Zustand, irgendwann nicht mehr helfen zu müssen, ein Stückchen näherbringt. Hierbei zählen auch minimale Fortschritte und Erfolge, weil sich aus ihnen jene Handlungsfähigkeit und Menschenwürde regeneriert, um deren Wiederherstellung es letztlich geht. Hierzu gehört auch die Autonomie der Problembestimmung. Diese Autonomie ist in ihrer ganzen Tragweite zu verstehen, also als eben jene Freiheit von Kategorien und »Maßnahmen«, die durch die Selbstorganisation des Leistungserbringers erreicht werden kann. Denn wo man den Beginn des Heilungsprozesses ansetzt, entscheidet letztlich auch darüber, was man unter Heilung versteht. In der »fallbezogenen Versorgung« setzte die Heilung in dem Zusammenpassen von gegebener Kategorie und bekanntem Problem des Patienten an. Wenn wir es jedoch mit Personen und nicht mehr mit Fällen zu tun haben, so muss mit der Zumutung umgegangen werden, dass es erstens selten offensichtlich ist, mit welchem Problem wir es zu tun haben, es zweitens häufig mehr als ein Problem gibt, für die drittens selten bereits Lösungen da sind, sondern diese viertens mit allen zu Verfügung stehenden Ressourcen gefunden werden müssen. Um den Einsatz dieser Ressourcen sinnvoll zu gestalten, muss der Leistungserbringer autonom sein, also selbstbestimmt und selbstbestimmend.

Das Netzwerk

Dieses Verfahren kann nur in einem *Netzwerk* sichergestellt werden, innerhalb dessen alle Projektbeteiligten, sowohl die vertraglich gebundenen als auch die vertraglich nicht gebundenen (Angehörige, Nachbarn ...), inklusive der Klienten,

um den Sinn und die Notwendigkeit der Variation des Angebots wissen. Innerhalb dieses Netzwerkes kommt es zu vertraglichen Bindungen, die jedoch eher der Typik des Dienstvertrags als des Werkvertrags entsprechen, da der Dienstvertrag auf Kooperation und Koproduktion abstellt, alle Beteiligten dafür in die Verantwortung nimmt und, das ist entscheidend, Verhandlungs- und Abstimmungsprozesse in Anspruch nimmt und voraussetzt, in denen das Ausmaß der Verantwortungsübernahme thematisiert, adressiert und konditioniert wird. Das ist eine *conditio sine qua non* für das, was man Hilfe zur Selbsthilfe nennt.

Die Gesellschaft

Die dafür vorausgesetzte, zitierte und bestätigte *Gesellschaft* haben wir Betroffenheitsgesellschaft genannt, weil sie davon lebt, nach immer wieder neuen Formen ihrer Betroffenheit von der Notwendigkeit der Hilfeleistung zu suchen, um sich mit keinem Problem je abzufinden, sondern immer wieder neu an Formen der Reintegration der Betroffenen zu arbeiten. Als entscheidende Variable der Organisation und Einschränkung von Betroffenheit gilt im Projekt Wohnen der Bezug auf die *Region*, hier: auf die Regionen Vogelsbergkreis und Main-Kinzig-Kreis. Die Region ist die Bezugsgröße für das Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung, aber auch die Bezugsgröße für das Anfordern und Anbieten jener Hilfsangebote, die letztlich ebenso sehr am individuellen Problemfall wie an der sozialen Ordnung und Attraktivität einer Region interessiert sind.

Das Individuum

Auf der Seite der Klienten, der Therapeuten, der Träger und der beteiligten und unbeteiligten Gesellschaft setzt das Projekt *Individuen* voraus, die man vielleicht am besten als Projektvirtuosen bezeichnet, weil es ihnen immer wieder neu gelingt, Anfänge zu setzen, ein Ende zu finden und Übergänge zu gestalten und dafür nicht nur einen erheblichen kommunikativen Stress in Kauf zu nehmen, sondern auch einen hinreichenden Erfindungsreichtum zu entwickeln, um von diesem Stress auch wieder zu entlasten. Das gilt im Großen und im Kleinen.

Die Kommunikation

Kommunikation im Projekt Wohnen heißt nach all dem: Individuen als Projektvirtuosen zu adressieren, die wissen, welche Partner sie im Netzwerk wie ansprechen können und müssen, um soziale und therapeutische Hilfsangebote so setzen

zu können, dass sie die Handlungsfähigkeit aller Beteiligten nicht zunehmend einschränken, sondern laufend erweitern. Kommunikation heißt hierbei nicht zuletzt, dass allen Beteiligten der Horizont einer Gesellschaft vor Augen steht, in der auch andere Formen von Kommunikation attraktiv sind als diejenigen der Kommunikation von Helfen und Nicht-Helfen. Für Klienten, Therapeuten, Angehörige, Nachbarn, Träger und Politiker bemessen sich Intensität und Erfolg des Helfens daran, dass sie innerhalb einer Form des Unterscheidens (des Handelns, Erlebens und Beobachtens) stattfinden, die Platz hat für ein Interesse an allem anderen, was in der Gesellschaft attraktiv sein mag.

5.5 Für die Zukunft

Die vielfältigen Erkenntnisse des Projekts, die auch im Verlauf der wissenschaftlichen Begleitung aufgedeckt und im Rahmen des Beitrages benannt wurden, münden aus Sicht der Projektträger in folgende Anregungen bzw. Forderungen für die Zukunft:

Die Haltung

Es wird unsere Aufgabe sein, die dialogische Realität mit allem, was uns zur Verfügung steht, lebendig zu machen. Es gilt Rahmenbedingungen zu schaffen und aufrechtzuerhalten, welche die Reichhaltigkeit an menschlichen Beziehungen in dialogischen Netzwerken entstehen lassen; und es bedeutet gleichzeitig, darauf zu achten, die Wahlmöglichkeiten für alle zu vermehren. Es geht darum, dass wir gemeinsam Realität konstruieren, indem wir die Wirklichkeit in der Gesamtheit unserer dialogischen Beziehung miteinander teilen.

Das eingebrachte Expertenwissen des Therapeuten besteht dabei nicht in irgendeinem Wissen darüber, wie Probleme zu lösen sind oder gar wie ein Leben gelebt werden muss, das als problemlos bezeichnet werden kann. Es besteht darin, über bestimmte kommunikative Fertigkeiten zu verfügen, die es dem Klienten erlauben, auf sich selbst einen neuen und lösungsermöglichenden Blick zu werfen. Dabei sind wir auch aufgefordert, jegliches Verhalten als eingebunden in zeitliche Kontexte, in Beziehungskontexte und in Kontexte der unterschiedlichen Bedeutungsebenen zu betrachten und damit jegliches Verhalten zu einem kontextabhängigen, sinnvollen und rationalen Verhalten werden zu lassen. Um diese Haltung leben zu können, bedarf es der organisatorischen Rahmenbedingungen.

Die Organisation

Es wird unsere Aufgabe sein, die Unterscheidung zwischen ambulant und stationär aufzugeben und kleinere, am Klienten ausgerichtete, relativ selbstständige Einheiten zu bilden, die auf der Grundlage von Selbstplanung, Selbstorganisation und Selbstkontrolle vernetzt arbeiten. Die Reflexion wird zum zentralen Steuerungsinstrument. Diese Erkenntnis wird vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge im Juli 2007 bestätigt: »Die Zuordnung zu einer bestimmten Leistungsform wird für die Bestimmung der Leistung zugunsten eines behinderten Menschen nicht benötigt. Den Begriffen und der Unterscheidung ›ambulant‹ und ›stationär‹ kommt, abgesehen von den aufgezeigten Anwendungsbereichen, keine Funktion zu. Auch die Differenzierung zwischen ›Einrichtung‹ und ›Dienst‹ würde damit obsolet und könnte in Gänze durch den Begriff des Leistungsanbieters, der verschiedene Leistungen erbringt, ersetzt werden.« (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. Juli 2007: 247)

Grundsätzlich haben wir uns als Organisation der Herausforderung zu stellen, organisations- und personenbezogen Entscheidungen zu treffen, mit dem Wissen, dass auch andere Entscheidungen möglich gewesen wären. Dies ist nur zu verantworten, wenn alle Beteiligten für die notwendige Reflexion offen und die Entscheidungen nicht ideologischer Natur sind. Die Organisation ist somit als Reproduktion von Entscheidungen durch Entscheidungen zu verstehen. Jede dieser Entscheidungen kommuniziert Alternativen, legt sich auf eine dieser Alternativen fest und muss daher Vorsorge dafür treffen, dass sie vor dem Hintergrund der sichtbar gemachten Alternativen akzeptiert wird und ist verpflichtet, die erzielte Wirkung zu überprüfen, um diese in neue Entscheidungen einbeziehen zu können.

Die Regionalität

Es wird unsere Aufgabe sein, weiterhin mit allen in einer Region Tätigen und Verantwortlichen eine Gemeinschaft zu bilden, um den Ansprüchen an eine gemeindenahere und personenbezogene Versorgung gerecht werden zu können. Hierbei geht es um Kontextualisierung und Vernetzung, um gemeinsam neue Wirklichkeiten zu erschaffen. Vertrauen und Kooperation stehen hierbei im Mittelpunkt. Alle Beteiligten müssen Prozess- und Managementverantwortung weit über die Einrichtungsgrenzen hinaus übernehmen. Mit hoher Transparenz kann dann mit allen am Prozess Beteiligten die Gegenwart und die Zukunft gestaltet werden. Selbstorganisation und Selbstkontrolle werden zu Netzwerkgrundlagen. Die Erfahrungen in den Regionen haben gezeigt, dass Kooperation zu weiterer Kooperation führt und die Grundlage für eine regionale Identität darstellt. Dies

ist die Grundlage und die Voraussetzung für die von allen Seiten geforderte Versorgungsverpflichtung.

Die Finanzierung

Es wird unsere Aufgabe sein, die Finanzierung als Teil der Lösung zu gestalten und nicht als Teil des Problems. Sie ist letztendlich Mittel zum Zweck. Das während der Projektzeit zur Verfügung stehende Budget bot ideale Voraussetzungen, Veränderungsprozesse im Rahmen des Projekts zu unterstützen bzw. zu initiieren. Die Ergebnisse des Projekts sind nicht zuletzt dieser Kontextbedingung geschuldet. Gleichwohl wird diese Form der Finanzierung von vielen Seiten sehr kritisch gesehen.

Doch wie lassen sich Preis und Mengen objektiv ermitteln? Die im Projekt genutzten Instrumente der Hilfeplanung, der Darstellung von erzielter Wirkung anhand von Befragungen und die Steuerung über die Hilfeplankonferenz waren die Grundlage für die notwendigen Aushandlungsprozesse. Die vollzogenen Bewertungen sind jedoch nur schwer zu objektivieren. Die Frage, ob dasselbe Ergebnis nicht auch mit etwas weniger Zeit und Geld zu erreichen gewesen wäre, ist letztendlich nicht zu beantworten. Miteinander vereinbarte Parameter und Standards könnten diesbezüglich hilfreich sein. Über das Gelingen und Scheitern der notwendigen Aushandlungsprozesse entscheidet aber nicht zuletzt, ob es gelingt, eine Kultur des transparenten und lösungsorientierten Aushandelns zu schaffen.

Aus der Betriebswirtschaft lernen wir, dass der Zweck von Unternehmen die Wertschöpfung ist. Wie eine Debatte das Medium Sprache zur Formulierung von Argumenten benutzt, verwendet die Wirtschaft bzw. das Unternehmen Geld als Medium für ihre Tauschoperationen. In diesem Medium bilden sich Preise. Zum Verkauf stehen Waren. Die Wirtschaft kennt jedoch keine Moral. Ist mit einer Ware bzw. Leistung kein Gewinn zu machen, so bleibt sie aus, auch dann, wenn sie gesellschaftlich notwendig ist. Dieser Mangel kann nur durch staatlichen bzw. gesellschaftlichen Eingriff ausgeglichen werden. Ideen wie Versorgungsverpflichtung, bürgerschaftliches Engagement, gesellschaftliche Integration, abgestimmtes Vorgehen, trägerübergreifende Kooperation etc. sind Produkte, die nicht zur Wertschöpfung beitragen und somit als Waren nicht auf den Markt kommen.

Es muss deshalb die Frage beantwortet werden, ob die Selbstorganisation der Wirtschaft Lösungen hervorbringen kann, welche dem gesellschaftlichen Interesse gerecht werden, bzw. ob die gesellschaftlichen Interessen sich auf das im Rahmen der Selbstorganisation der Wirtschaft Entstehende reduzieren lassen. Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen behaupten wir, dass es sinnvoll und möglich wäre die Versorgung einer gesamten Region als Leistung bzw. Ware zu definieren

und im Aushandlungsprozess als Geldwert bzw. Preis zu beschreiben. Die Ware Versorgungsverpflichtung einer Region könnte dann alle zuvor beschriebenen Produkte enthalten.

Das Gemeinwesen

Es wird unsere Aufgabe sein, die Integration in das für die Betroffenen bedeutsame Gemeinwesen viel deutlicher in den Fokus unserer Aufmerksamkeit zu rücken. Die Erfahrung, aus der menschlichen Gemeinschaft ausgestoßen zu werden, aus dem sozialen Resonanzraum herauszufallen, hat nachgewiesene neurobiologische Effekte. Es kann Krankheit, im Extremfall den Tod bedeuten, wie sich überall dort zeigt, wo Personen von der Gemeinschaft absichtsvoll und auf Dauer ausgegrenzt werden (BAUER 2006). Die Erfahrung des sozialen Bedeutungsverlustes verhindert Genesung und Integration bzw. Teilhabe. Alle psychiatrischen Entwicklungen sehen dies als Problem und stehen gleichzeitig hilflos vor dieser Aufgabe. Die zunehmende marktwirtschaftliche Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung birgt die Gefahr, die notwendige Gemeinwesenorientierung mit ihrem bürgerschaftlichen Engagement zu verhindern. Das Projekt hatte die Aufgabe, das Umfeld der betroffenen Menschen als Ressourcenraum wahrzunehmen und zu untersuchen, Möglichkeiten der Beteiligung, der Teilhabe und der Integration aufzuzeigen und diese auf ihre Wirksamkeit und Nachhaltigkeit zu überprüfen. Die methodischen Voraussetzungen wurden geschaffen, die Umsetzung ist nicht befriedigend gelungen und stellt eine zentrale Aufgabe der Zukunft dar.

Die Evaluation

Es wird unsere Aufgabe sein, unsere Praxis begründen zu können, und es muss selbstverständlich sein, dass diese es sich gefallen lässt, auf ihre Effektivität hin befragt zu werden. Eine kontinuierliche, regional ausgerichtete Evaluation scheint ein geeignetes Instrument zu sein. Die Erfahrungen des Projekts bringen dies deutlich zum Ausdruck. Die von der Johann Wolfgang Goethe-Universität durchgeführte Evaluation könnte hierfür beispielhaft sein. Würden solche Evaluationsergebnisse regelhaft vorliegen wären sie sicher das wirkungsvollste Steuerungsinstrument für die Sicherung von Qualität und Versorgung in einer Region. Es muss jedoch allen Beteiligten in einer Region klar sein, dass mit der Bestimmung des Datenuniversums und der Qualifizierung der erforderlichen Informationen immer auch eine Selbstexplizierung des Evaluators und des von ihm gewählten Verfahrens einhergeht. Auch die Evaluation beruht auf Entscheidungen für bestimmte Daten und gegen andere Daten. Auch sie muss sich daher kategorial und

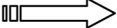
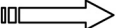

operational rechtfertigen. Ihre Funktion liegt eher darin, den Handlungsraum zu öffnen, als darin, ihn zu schließen.

Gerade in dieser Hinsicht sind die betriebswirtschaftlichen Verfahren der Evaluation daraufhin zu überprüfen, welche therapeutischen, kulturellen und gesellschaftlichen Kontexte sie zu berücksichtigen in der Lage sind und welche nicht. Nichts könnte die gesellschaftliche Funktion der Integration und Teilhabe möglicherweise schneller verfehlen als eine wirtschaftliche Kosten- und Nutzenrechnung, die dazu zwingt, nur monetäre Daten zur Kenntnis zu nehmen und etwa den Nutzen für hilfebedürftige Personen, politische, gesellschaftliche, therapeutische und moralische Werte auszuklammern. Nur wenn man weiß und explizit in Rechnung stellt, dass es darum geht, den gesellschaftlichen Möglichkeitshorizont auszubauen, kann man auch danach fragen, welche Ziele sich eine Region stellt und in welchem Ausmaß sie diese Ziele zu welchen Kosten erreicht: Zielsetzungen sollen Diskussionen auslösen und nicht etwa beenden.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen

Nehmen wir unsere Aussage ernst, dass die Unterscheidung zwischen ambulant und stationär aufzugeben ist, muss die Forderung nach rechtlichen Konsequenzen erfolgen. Insbesondere Vorschriften, die zwischen ambulanten und stationären Leistungen unterscheiden, werden verändert werden müssen. Der Deutsche Verein plädiert für eine Neuausrichtung der betroffenen Gesetze (NDV Juli 2007), in der die Anknüpfung der Leistungen an eine bestimmte Leistungsform – stationär, teilstationär oder ambulant – entbehrlich wird. Eine Differenzierung in der Erbringung von Leistungen der Sozialhilfe nach Leistungsformen, Leistungsorten oder Leistungsanbietern und eine Anknüpfung von Rechtsfolgen an eine bestimmte Leistungsform könnten dann entfallen.

Ein zentrales Projektergebnis ist genau diese Erkenntnis, dass rechtliche Sonderatbestände hinderlich im Sinne von chronifizierend, wirken. Die Eingliederungshilfe der Zukunft sollte sich somit ausschließlich auf sogenannte Maßnahmen, die die Betroffenen in ihrem Wunsch nach gesellschaftlicher Teilhabe unterstützen, beziehen. Grafisch dargestellt könnte dies wie folgt aussehen:

| | | |
|--------------------|---|---------------------------|
| Grundpauschale |  | Hilfe zum Lebensunterhalt |
| Maßnahmenpauschale |  | Eingliederungshilfe |
| Investitionsbetrag |  | Wohngeld |

Im Sinne des Normalitätsprinzips wäre dies ein wichtiger Schritt in Richtung Integration.

Literatur

- BAECKER, D. (2006): Epochen der Organisation. Internetdownload unter <http://homepage.mac.com/baecker/epochen.pdf>
- Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und ihrer Teilhabe (2004): Drucksache 15/4575 vom 16.12.2004.
- BAUER, J. (2006): Warum ich fühle, was du fühlst. München: Wilhelm Heyne Verlag
- DE SHAZER, S. (2004): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- DÖRNER, K. (1999): Anfänge der Sozialpsychiatrie, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- DÖRNER, K. et al (2004): Irren ist menschlich. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FLICK, U. et al. (2005) (Hrsg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: rororo, Enzyklopädie.
- FLICK, U. (1995): Qualitative Sozialforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- FOERSTER, H. v. (2002): Teil der Welt. Heidelberg: Auer-Verlag.
- GUTJAHR, A./IBEN, G./RUTH, J. (2007): Evaluationsbericht »Lebens- und Leistungsbereich Wohnen für psychisch kranke Menschen« Projekt Wohnen der Vogelsberger Lebensräume und des Behinderten-Werks Main-Kinzig e. V. Arbeitsstelle für sonderpädagogische Schulentwicklung und Projektbegleitung, Institut für Sonderpädagogik, Fachbereich Erziehungswissenschaften der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- IBEN, G. (Hrsg.) (1981): Beraten und Handeln. Zum Umgang zwischen Wissenschaftlern und Praktikern. München: Juventa.
- Jahresbericht (2003): Jahresbericht des Projekts Lebens- und Leistungsbereich Wohnen der beiden Projektträger Vogelsberger Lebensräume und Behinderten-Werk Main-Kinzig e. V., unveröffentlicht.
- KODITEK, T. (2001): Voraussetzungen sozialpädagogischer Wirkungsforschung. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.), Materialien zur Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe. Heft 33/2001, 50–55.
- KRUCKENBERG, P. (2000): Der Mensch im Mittelpunkt. Von einem institutions- zu einem personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem. Sozialpsychiatrische Informationen 3/2000, 17–21.
- KUNZE, H. (2004): Die Idee des personenzentrierten Ansatzes. In: SCHMIDT-ZADEL, R. & KUNZE, H. (Hrsg.), Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven. Tagungsbericht Kassel, 3. & 4. Juni 2003, S. 17–29. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- LINDMEIER, C. (2005): Ein Weg zur Selbstbestimmung – Supported living. Universität Koblenz-Landau, Institut für Sonderpädagogik.
- Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (Juli 2007): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe, Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen!, S. 245–255.
- OBERT, K. (2001). Alltags- und Lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ROHRMANN, A. (2006): »Normalisierung und Selbstbestimmung. Entwicklungspfade der Behindertenhilfe zwischen Sparzwängen und Qualitätsanforderungen«. Blätter der Wohlfahrtspflege 5/2006, 179–181.

- ROHRMANN, A. (2007): Offene Hilfen und Individualisierung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- RÖH, D. (2005). Empowerment als Hilfe zur Lebensbewältigung – Anforderungen an ein integratives Empowermentmodell für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen in Zeiten postmoderner Gesellschaftsveränderungen. Universität Oldenburg.
- SPENCER-BROWN, G. (1969/1997): Laws of form = Gesetze der Form. Lübeck: Bohmeier.
- SCHULZE, B. (2004). Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews. In: GAEBEL, W. et al. (Hrsg.), Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker, S. 122–144. Stuttgart: Kohlhammer.
- VOLLMOELLER, W. (1998): Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik. Stuttgart: Kohlhammer.

6 Modellprojekt »Zentrum Biebesheim«

6.1 Grundlagen, Ziele, Rahmenbedingungen, Ergebnisse

Clemens Näder

Die rechtliche Basis des Zentrumsmodells Biebesheim bildet der »Vertrag über das (gleichnamige) Projekt im Südkreis des Kreises Groß-Gerau zur Neugestaltung der Einrichtungsstrukturen für Menschen mit seelischer Behinderung in den Leistungsbereichen Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle, Tagesstätte, Betreutes Wohnen und stationäres Wohnen«. Vertragspartner sind der Sozialpsychiatrische Verein des Kreises Groß-Gerau e. V. (SPV) als Betreiber des Zentrums Biebesheim, das Land Hessen, der Landkreis Groß-Gerau und der Landeswohlfahrtsverband Hessen. Der SPV entstammt der Tradition psychiatrischer Hilfsvereine, wie sie zur ehrenamtlichen Unterstützung in der Nachkriegszeit entstanden sind. Heute ist der SPV ein fachlich angesehener und leistungsfähiger Versorgungsträger, der mit über 70 Mitarbeitern zahlreiche Einrichtungen und Dienste in der Region betreibt.

Die ursprüngliche Planung des SPV zielte darauf die sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen im eher ländlich geprägten südlichen Teil des Kreises Groß-Gerau zu verbessern. Dort leben ca. 43 000 Einwohner in den Gemeinden Riedstadt, Stockstadt, Biebesheim und Gernsheim. Neben dem Zentrum für Soziale Psychiatrie in Riedstadt (Psychiatrische Klinik, Wohn- und Pflegeheim, Betreutes Wohnen auf dem Klinikgelände) gab es in der Projektregion lediglich die Wohnheime in den Riedstädter Ortsteilen Erfelden mit 14 Plätzen, Crumstadt mit acht Plätzen und Wolfskehlen mit vier Plätzen sowie in Biebesheim mit vier Plätzen. Die aufsuchenden Hilfen des Betreuten Wohnens wurden vom SPV aus dem Zentrum in Groß-Gerau angeboten. Menschen, die die teilstationären Hilfen einer Tagesstätte in Anspruch nehmen wollten, mussten den täglichen Weg nach Groß-Gerau in Kauf nehmen.

Mit der Planung des Zentrums in Biebesheim reifte die Überlegung, das Konzept des Modellprojekts »Wohnen« der Vogelsberger Lebensräume und des Behindertenwerkes Main-Kinzig e. V. aufzugreifen und in einem Projekt »Zentrum Biebesheim« neben den Angeboten »Wohnen« und »Gestaltung des Tages« (der bestehenden Kleinstwohnheime in Crumstadt, Wolfskehlen und Biebesheim mit insgesamt 16 Plätzen) auch die Leistungen der Tagesstätte und der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle einzubeziehen und die getrennten Leistungsbereiche mit Hilfe einer Budgetfinanzierung durchlässiger und flexibler zu gestalten. Darüber hinaus war durch den fast zeitgleichen Start eine Einbindung in das Projekt »Implementation personenbezogener Hilfen Steuerung und Vernetzung der Gemeindepsychiatrie in Hessen«, an dem der Kreis Groß-Gerau seit dem 01.01.2004 teilnahm, gegeben.

Die vereinbarte Budgetfinanzierung bot die wirtschaftliche Absicherung für Leistungsträger und Leistungserbringer und somit Raum für Innovation bezüglich Versorgungsstrukturen und Verfahren. Damit war der Weg offen im neuen Zentrum konsequent personenzentrierte Betreuungsformen aufzubauen und traditionelle, starre Einrichtungsstrukturen aufzulösen bzw. gar nicht erst zu schaffen.

Als Grundlage für die Budgetberechnung dienten die bereits vorhandenen 16 Wohnheimplätze (mit den Leistungsbereichen »Wohnen« und »Gestaltung des Tages«), 20 Plätze Betreutes Wohnen, 12 Plätze Tagesstätte sowie der für die Region vorgesehene Betrag (Finanzierung pauschal nach Einwohnerzahl) für die Psychosoziale Kontakt und Beratungsstelle. Das Budget wurde für die vorgesehene Projektdauer (01.04.04–31.03.07) in vier Teilbudgets aufgeteilt. Bei jedem Übergang in ein neues Teilbudget wurde rechnerisch ein Wohnheimplatz (»Wohnen« und »Gestaltung des Tages«) in einen Platz des Betreuten Wohnens umgewandelt und das Budget somit abgesenkt. Die Ziele des Projekts waren:

1. die sozialen Transferkosten sollen verringert werden,
2. bedarfsgerechte, personenzentrierte Hilfen sollen durch ein Team flexibel erbracht werden,
3. die Effizienz der Hilfen soll erhöht werden,
4. die Versorgungsstruktur soll so verändert werden, dass im Einzelfall bedarfsgerechte Hilfeleistungen erbracht werden können.

Welche Ergebnisse des Projekts können festgehalten werden?

Vor dem Hintergrund der vereinbarten regionalen Versorgungsverpflichtung und der Budgetfinanzierung konnten die erforderlichen Unterstützungsleistungen für nachfragende anspruchsberechtigte Personen zeitnah und bedarfsgerecht angeboten werden. Wartelisten gab und gibt es nicht.

Die Hilfen wurden von einem multiprofessionellen Team erbracht. Die Fachdienstzugehörigkeit der Mitarbeiter wurde aufgehoben. Das heißt, die Mitarbeiter leisten Beratung und Betreuung in allen Bereichen ob als stationäre, teilstationäre oder ambulante (auch aufsuchende) Hilfe. Dabei spielt auch die Mitarbeiterentwicklung/-haltung⁷¹ eine große Rolle. Identifikation, Zielorientierung, Zusammenarbeit und Kommunikation können nicht verordnet werden, sondern mussten auch im Zentrum Biebesheim erst wachsen.

Der im Projekt geöffnete Raum für Innovationen wurde in den Leistungsbereichen »Wohnen« und »Gestaltung des Tages« genutzt. So war es z. B. möglich

⁷¹ www.esgehtauchanders.info; Burkhard Held zum Zentrum Biebesheim in der Dokumentation der Fachtagung vom 26.–27.10.2006 in Bad Nauheim.

Leistungen, die nach Art und Umfang dem Betreuten Wohnen zuzurechen sind, im Wohnheim zu erbringen. Der Leistungsberechtigte konnte hierbei als Mieter in seinem geschützten Umfeld verbleiben und den Umgang mit weniger Hilfestellung bei größerer Autonomie, besonders im Einsatz der eigenen Finanzmittel, ausprobieren.

Die Flexibilisierung der tagesstrukturierenden Hilfen ermöglichte einen gleitenden Übergang von der internen Tagesstruktur im Wohnheim zur Tagesstätte. Dies ist bei der Regelfinanzierung nur sehr eingeschränkt möglich, da bei der Teilnahme am teilstationären Hilfeangebot der Tagesstätte eine Mindestanwesenheitszeit einzuhalten ist. Darüber hinaus ist eine Parallelfiananzierung von interner Tagesstruktur und Tagesstätte ausgeschlossen.

Durch die individuelle Hilfeplanung und die Beteiligung der Betroffenen, konnten in Verbindung mit flexibel gestalteten Leistungen im Einzelfall sehr gute Rehabilitationserfolge erzielt werden.

Insgesamt zeigte sich eine starke Tendenz zu den Leistungen der Tagesstätte. Im November 2007 wurden (im Rahmen des Kostencontrolling) nur noch sechs Nutzer der internen Tagesstruktur eines Wohnheims zugerechnet. Dagegen wurde die Tagesstätte von 30 Klienten regelmäßig besucht. Dies entspricht nach den herkömmlichen Finanzierungsregelungen einer Platzzahl von etwas mehr als 23, was fast eine Verdopplung der ursprünglichen Budgetgrundlagen bedeutet.

Für den Leistungsträger ist auch bei der Variante einer Budgetfinanzierung ein Kostencontrolling unverzichtbar. Dieses Controlling kam im Projektverlauf einer Quadratur des Kreises gleich. Da die Budgetbemessung auf Basis der traditionellen Einrichtungs- und Finanzierungsstrukturen erfolgte, war es dabei notwendig, die individuell personenzentriert geplanten und erbrachten Hilfen in eben jenen Strukturen darzustellen, die mit dem Projekt aufgelöst werden sollten. Das heißt beim Leistungsträger als auch beim Leistungserbringer wurden Listen geführt, in die eingetragen wurde, welche Transferleistung für jeden Klienten angefallen wären, wenn nach den bestehenden Finanzierungssystemen abgerechnet worden wäre. Diese Daten mussten natürlich bei Veränderungen der Hilfeplanung, bei Neuaufnahmen bzw. Abmeldungen gepflegt und abgeglichen werden. Es hat sich deutlich gezeigt, dass bei fortschreitender Individualisierung der Hilfeleistungen eine, wenn auch nur kostenmäßige, Zuordnung zu den althergebrachten Leistungsbereichen auf die Dauer nicht zielführend sein kann. Das würde in etwa bedeuten, nach einem Handballspiel zu sagen: »Und jetzt schau wir uns mal an, welches Ergebnis nach den guten alten Fußballregeln rausgekommen wäre.« Legt man die traditionellen Finanzierungsstrukturen zugrunde, dann wurden im ersten Projektjahr (Aufbau- und Anlaufphase des Zentrums) weniger Leistungen erbracht als das Budgetvolumen vorsah. Im späteren Projektverlauf wurde dies durch Mehrleistungen ausgeglichen.

Durch die vereinbarte schrittweise Budgetabsenkung infolge des Abbaus der stationären Wohnheimplätze konnte die angestrebte Verringerung der sozialen Transferkosten erreicht werden. Faktisch wurde bereits im laufenden Projekt das Kleinstwohnheim in Biebesheim als solches aufgegeben und in eine Betreute Wohngemeinschaft umgewandelt.

Durch eine wissenschaftliche Begleitung des Projekts wurde untersucht, in welchem Umfang der individuelle Bedarf eines behinderten Menschen infolge der Zuordnung zu einer Bedarfsgruppe und/oder durch die individuelle Hilfeplanung mittels IBRP in Verbindung mit der Empfehlung durch die Hilfeplankonferenz, im Alltag tatsächlich Grundlage der personenbezogenen Leistungen ist. Welche Leistungen werden im Einzelfall nach Art und Umfang erbracht oder in Anspruch genommen? Und welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Finanzierung über ein Budget? Ergibt sich hieraus ein wirtschaftlicherer Einsatz der personellen und finanziellen Ressourcen? Und sind ggf. weitere möglich? Hierzu mehr im Beitrag von Klaus-D. Liedke.

Während der verlängerten Laufzeit des Projekts (01.04.07–30.11.07) setzten die Vertragspartner einen neuen inhaltlichen Schwerpunkt. Mit Hilfe des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH (IKJ), Mainz erfolgte eine einzelfallbezogene Evaluation bei 60 Klienten des Sozialpsychiatrischen Vereins Kreis Groß-Gerau. Dabei wurde die Entwicklung von Ressourcen und Symptomatiken sowie die Zielerreichung im Hilfeprozess von 29 Klienten des Zentrums Groß-Gerau und 31 Klienten des Modellprojekts Zentrum Biebesheim erfasst und miteinander verglichen. Es sollte sich zeigen, ob es möglich ist, aussagefähige Ergebnisse über Effekte und Wirkungen der Rehabilitationsleistungen zu erheben und auszuwerten.

Wichtig hierbei war es das Hauptaugenmerk nicht auf die Zielerreichung zu richten, da hier am ehesten Möglichkeiten der Einflussnahme z. B. durch eine inadäquate Zielsetzung (zu niedrige Ziele) gegeben sind. Daneben sind auch förderliche und hinderliche Faktoren der Zielerreichung und eingetretene kritische Lebensereignisse zu berücksichtigen. Wichtige Anhaltspunkte liefern außerdem die bei der zielorientierten Hilfeleistung erzeugten »Nebenwirkungen«, d. h. die Veränderungen von Ressourcen und Symptomatiken. Es wurde dabei nicht differenziert, ob die Veränderungen trotz oder wegen der Hilfeleistung eingetreten sind.

Beiden Einrichtungen des SPV wird eine sehr hohe Güte der individuellen Hilfeplanung im Allgemeinen und der Zielformulierung im Besonderen bescheinigt. Dies ist sicherlich auch auf die intensiven Schulungen zu dieser Thematik zurückzuführen, die im Kreis Groß-Gerau durchgeführt wurden. In beiden Einrichtungen ist die Güte der Zielformulierung bei den aktuellen Hilfeplanziele erwartungsgemäß noch besser als bei den Zielen, deren Formulierung lange Zeit zurückliegt, was auch für einen eingetretenen Lern- und Trainingseffekt spricht.

Die Evaluation konnte belegen, dass die fachliche Arbeit in beiden Zentren bei den dort betreuten Menschen mit Behinderungen zu einer Milderung der Symptomatik und einer Steigerung der Ressourcen führt.⁷²

Für die beteiligten Einrichtungen wurden aus den Einzeldaten Symptom-, Ressourcen- und Zielerreichungsindices entwickelt, die gewichtet zu einem Wirkungsindex zusammengefasst werden können. Grundsätzliche Tendenzen und Erkenntnisse, die sich aus der Evaluation ergeben haben, sind:

- Die zielorientierte individuelle Hilfeplanung ist eine gute Grundlage, Teilhabeziele für Menschen mit seelischen Behinderungen oder Abhängigkeitserkrankungen konkret, terminiert und messbar darzustellen.
- Mit dem entwickelten und angewandten Verfahren ist ein erster Schritt gemacht, um fundierte Aussagen zur Ergebnisqualität einer Einrichtung der Behindertenhilfe machen zu können.
- Die erhobenen Daten sind für den Leistungserbringer und für die Leistungsträger gleichermaßen von großer Bedeutung für die Bewertung der erbrachten (Rehabilitations-)Leistungen und liefern wertvolle Informationen für die individuelle Hilfeplanung.
- Die Vergleichbarkeit von Einrichtungsteilen und Diensten eines Leistungserbringers auf der Ebene der Wirkungsqualität wird ermöglicht.
- Leistungserbringer und Leistungsträger können das Verfahren dialogisch im Sinne von Qualitätsentwicklung nutzen.
- Der Einsatz eines derartigen Evaluationsverfahrens bei mehreren Leistungserbringern ermöglicht fundierte Leistungsvergleiche zwischen Einrichtungen, die bislang in dieser Weise nur sehr schwer möglich sind. Das Verfahren unterstützt damit die Arbeit der Leistungsträger bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgabe, zur Versorgung behinderter Menschen vergleichbare Angebote mit vergleichbaren Entgelten sicherzustellen.
- Die mittels der Evaluation generierten Daten können auch eine gute Grundlage für einen regionalen Vergleich der Behindertenhilfe bieten.

Die vom IKJ für den Sozialpsychiatrischen Verein Kreis Groß-Gerau entwickelten Evaluationsinstrumente sind aufgrund des damit verbundenen hohen Aufwands wie er für eine Verfahrensentwicklung üblich ist, nur bedingt alltagstauglich. Die Straffung/Verschlankeung des Erfassungsbogens und die systematische Einbindung in den Hilfeplanungsprozess könnten es ermöglichen, die notwendigen Daten unter einem möglichst geringen Aufwand verwertbar zu machen. Die weitere Prüfung und Schärfung der Verfahren und Instrumente nach allgemeinen wissenschaftlichen Gütekriterien wäre ebenso notwendig wie eine Onlinedatenerfassung und -auswertung wünschenswert. Auf dem Weg zu einer wirkungsorientierten Steuerung wären damit wichtige erste Schritte gegangen.

72 www.ikj-mainz.de. Abschlussbericht »Evaluation Zentrum Biebesheim« November 2007.

Die Evaluation hat gezeigt, dass durch eine flexible Finanzierungsform bedarfsgerechte personenzentrierte Hilfen besser erbracht werden können. Im Zentrummodell Biebesheim wurde dies durch die Budgetfinanzierung ermöglicht. Nach wie vor fehlt es allerdings bei dieser Finanzierungsform ebenso an geeigneten Kontroll- und Steuerungselementen wie an der Transparenz in der Leistungserbringung. Deshalb erscheint die Umstellung auf die in dem Projekt »Leistungsfinanzierung« entwickelte personenbezogene Vergütungssystematik mit entsprechendem Controllingverfahren als ein geeigneteres Konzept zu einer bedarfsgerechten Steuerung und Finanzierung von Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen.

6.2 Die Gesamtfinanzierung eines Psychosozialen Zentrums – Eine betriebswirtschaftliche Untersuchung zum Projekt »Zentrum Biebesheim«

Klaus-D. Liedke

Bei der Untersuchung des Psychosozialen Zentrums in Biebesheim ging es darum, in einem kleinen Versorgungssektor den dort zurechenbaren Teil eines Wohnheims, des Betreuten Wohnens, einer Tagesstätte und Kontakt- und Beratungsstelle zusammenzufassen. Indem diese Einrichtungen räumlich, personell und finanziell als eine Organisation betrieben wurden, sollte eine Gesamtleistung entstehen, die sich personenzentriert, also vorrangig an dem individuellen Bedarf des einzelnen Hilfeempfängers orientiert. Den betroffenen Menschen könnte immer mit angemessenen Maßnahmen geholfen werden und zwar allen, die eine solche Unterstützung in der Region brauchen. Damit das gelingt, darf der Leistungserbringer über sein Kontingent an Plätzen, Zeiten und Personal relativ frei verfügen. Die Leistungsträger bewilligen die Mittel im gleichen Umfang, wie wenn es mehrere Träger und separate Einrichtungen gäbe, gewähren diese jedoch als ein zusammengefasstes Einrichtungsbudget. Lassen sich Hilfeleistungen so besser oder schlechter erbringen, als nach konventionellen Anerkennungs- und Finanzierungsmethoden?

Träger des Projekts war der Sozialpsychiatrische Verein Kreis Groß-Gerau e. V. An dem Vorhaben beteiligt waren der Kreis Groß-Gerau, der Landeswohlfahrtsverband Hessen, das Hessische Sozialministerium sowie das für die Heimaufsicht zuständige Amt für Soziales und Versorgung. Eine wissenschaftliche Begleitung sollte der Frage nachgehen, ob und in welcher Weise die im Zentrum erbrachte Hilfe günstig und vorteilhaft sei. Die Untersuchung wurde Ende 2003 entworfen und in den Jahren 2004 und 2005 durchgeführt. Vom Ansatz her und im Ergebnis handelt es sich nicht im strengen Sinn um eine empirische Erhebung. Vielmehr wurden in einem sozialwirtschaftlichen Verständnis Daten zur Art und zum

Umfang von Hilfeleistungen erhoben, anhand deren Auswertung sich fachliche Aussagen treffen lassen. Im Einzelnen liegt dazu ein detaillierter Bericht vor.⁷³ Einige wesentliche Aussagen daraus werden hier knapp wiedergegeben.

Psychosoziale Hilfeleistungen lassen sich systematisch bestimmen und messen

Eine zentrale Überlegung der wissenschaftlichen Begleitung bestand darin, dass sich erbrachte Hilfeleistungen miteinander vergleichen und aufrechnen lassen müssen. Nur so sind Aussagen zum Verlauf des Hilfegeschehens möglich: Was wird aus den Annahmen der Hilfeplanung, wie stellt sich das Psychosoziale Zentrum auf einen erkannten Bedarf ein, mit welchem Erfolg wird die Hilfe letztlich abgeliefert bzw. angenommen? Anhand solcher Fragen wäre zu beurteilen, ob die Einrichtung wirksam arbeitet, besser oder schlechter als andere. Es sollte auch abzuleiten sein, inwieweit sich das Verfahren der personenzentrierten Hilfeleistung unter diesen Bedingungen bewährt. Wenn aber die Hilfeplanung und nachfolgende Phasen der Leistungserbringung erfasst werden sollen, erfordert dies einen universellen Begriff von Hilfeleistung. Eine einheitliche Definition von Hilfeleistung ist auch nötig, wenn man die von Leistungsträger, Sozialbetrieb und Hilfeempfänger unterschiedlich beschriebene Hilfe miteinander in Beziehung setzen will.

Für alle möglichen psychosozialen Dienste wurde also zunächst eine Referenz gefertigt, an der man die Hilfeleistungen im Verlauf des Geschehens bemessen kann. Als wesentliches Merkmal ist ihr Gegenstand einzuordnen, also das, worauf sich Hilfe bezieht, worin der Mensch einen Mangel oder das Bedürfnis nach Unterstützung hat, was Fachleute als Bedarf anerkennen, was der Sozialbetrieb als Leistung organisiert, usw. Dazu wurde die übliche funktionale Betrachtung von Lebensbereichen herangezogen, wie sie auf die Empfehlungen der Expertenkommission zurückgeht. Konkrete Hilfearten wurden in weiterer Untergliederung vier Kategorien zugeordnet:

- *Gesundheit und Betreuung* – Leistungen, die sich auf die Behandlung, Pflege und Rehabilitation beziehen, etwa mit dem Ziel der Genesung, Besserung oder Nichtverschlechterung sowie Betreuung, Training und Alltagsorge als Lebensbegleitung.
- *Wohnen und Selbstsorge* – Leistungen, die sich auf die Beschaffung und Sicherung eines privaten Wohnraums beziehen, wozu Aufgaben der Haushaltsführung und Regelung der persönlichen Angelegenheiten mit dem Ziel der existenziellen Absicherung gehören.
- *Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung* – Leistungen, die sich auf die Erlangung oder Sicherung einer erwerbswirtschaftlichen Arbeitsstelle, der Aus- oder

⁷³ Dieser kann per Download bezogen werden über: www://lebensraume-of.de/

beruflichen Weiterbildung oder Beschäftigung mit dem Ziel einer sinnvollen Betätigung beziehen.

- *Teilhabe am Gemeinschaftsleben* – Leistungen, die sich auf die Entwicklung und Stützung des Selbstkonzepts, der Familienbeziehung, von Gemeinschaftskontakten und Sinnfindung zur Entfaltung persönlicher Lebensvorstellungen beziehen.

Damit sich im Weiteren die Mengen an Hilfe nach einem Standard erfassen ließen, wurde der Personalgehalt einer jeden Leistung bestimmt, eine sog. Produktivitätskennziffer. Dazu diente ein Umrechnungsverfahren, mit dem sich beliebige Personal- und Stellenschlüssel von Einrichtungen, Zeitanteile für Einzelpersonen und in Gruppen, Punktwerte nach dem Metzler-Verfahren und Zeitangaben des IBRP und in Dienstplänen verrechnen lassen. Mithilfe der so gebildeten Äquivalenzen konnte für jede Hilfeart ermittelt werden, wie viel davon per Hilfeplan veranschlagt wurde, in welchem Umfang die geeigneten Leistungen von der Einrichtung verfügbar gemacht wurden und schließlich, was bei den Menschen davon ankam. Unberücksichtigt blieben Geld und Sachwerte.

Das Betreuungsgeschehen im Zentrum wurde dreimal im Abstand von zwei Monaten für jeweils zwei Wochen untersucht. Das geschah mit einem Erfassungsbogen, auf dem für jeden Hilfeempfänger notiert wurde, welche Leistung er in welcher Zeit an welchem Ort und ggf. mit wie vielen anderen erhielt. Für eben diese Zeit wurde der Personaleinsatz anhand von Stellen- und Dienstplänen unter Berücksichtigung von Ausfallzeiten bestimmt. Der Hilfebedarf ergab sich durch Auswertung von diversen Unterlagen der Begutachtung, Leistungsbescheide, IBRP und notfalls einer Schätzung durch Bezugspersonen. Trotz anfänglicher methodischer Mängel funktionierte der Untersuchungsansatz insgesamt gut, die Daten ließen sich vergleichsweise unaufwendig erheben und in klare Relationen bringen. Sollte dieses Vorgehen einmal weiterentwickelt und verfeinert werden, stünde ein taugliches Instrument zur Verfügung, um etwa die Umsetzung einer personenzentrierten Hilfeplanung zu verfolgen. Die Betriebsführung könnte ein wirksames Leistungscontrolling im Sinne von fachlicher Planung, Steuerung und Kontrolle aufbauen.

Ein Zentrum allein behebt noch nicht die Nachteile von Einrichtungen

Die Frage, ob das Psychosoziale Zentrum besser oder schlechter geeignet ist, individuelle Hilfeleistungen zu erbringen und dem personenzentrierten Ansatz zu folgen, lässt sich einfach beantworten und schwer belegen. Ja, die Zusammenlegung von einzelnen Einrichtungstypen schafft natürlich die Möglichkeit eines breit gefächerten Angebotes an Hilfeleistungen und eine vergleichsweise große Flexibilität im Umgang mit den verfügbaren Ressourcen an Geldmitteln,

Räumen und Personal. Im Rahmen der Untersuchung fehlte der direkte Vergleich zu anderen Organisationsformen. Aber es liegen genug Kenntnisse vor und es braucht nicht viel Fantasie, um das Leistungsspektrum eines einzelnen Heims oder einer einsamen Kontakt- und Beratungsstelle von dem des Zentrums zu unterscheiden. Theoretisch waren in Biebesheim beinahe alle denkbaren Hilfen fachlich und formal verfügbar: Von medizinischer Mithilfe, laufender Ansprache und Schutz, über hauswirtschaftliche Unterstützung und Beschäftigung bis zur Einbindung in eine vertrauensvolle und anregende Gemeinschaft gibt es alles, was gebraucht wird. Was wurde daraus gemacht?

Der augenscheinliche *Vorteil der Zentrumskonstruktion* bestand in Biebesheim darin, zügig ein komplettes Versorgungsangebot zu schaffen. Mit der Eröffnung des Hauses erhielten die Tagesbesucher eine attraktive Anlaufstelle, die schnell mehr als vermutet genutzt wurde. Soweit Personen bereits in Wohneinrichtungen lebten, änderte sich für sie nichts, denn die selbst im kleinsten Heimbetrieb gewohnte Anwesenheit von Mitarbeitern wurde beibehalten. Neuer Wohnraum kam nicht hinzu und die dem Betreuten Wohnen zuzuschreibenden Kontakte fanden am Dienort statt. Das Personal war auf die Zielgrößen hin vollständig vorhanden und es wurden zum Untersuchungszeitpunkt beinahe 80 % der geplanten Leistungsempfänger erreicht. Überschüssiges Leistungspotenzial kam unvermeidlich den vorhandenen Kontakten zugute, ein Effekt, der dem Aufbau der Einrichtung geschuldet war und sich in der weiteren Entwicklung natürlich auch umkehren kann. Das Zentrum besitzt eben einen größeren Spielraum zum Leistungsausgleich, vorausgesetzt, es kann die anfallende Arbeit entsprechend flexibel steuern und verteilen. Das gelang im vorliegenden Fall nur begrenzt.

Die Organisation der Arbeit ist hier der entscheidende Schlüssel zur Optimierung der Auslastung. Um Betreuungsleistungen effektiv und effizient, also in qualitativer und quantitativer Hinsicht gut zu erfüllen, müssen fachlich-berufliche Voraussetzungen sowie Leistungsorte und -zeiten in Übereinstimmung gebracht werden. Das lässt sich nur bedingt konstruieren, sondern muss im Betrieb gelernt werden. Um solche relevanten organisatorischen Veränderungen nachzuzeichnen, war der Untersuchungszeitraum des Projekts allerdings zu kurz gefasst. Immerhin gibt die Auswertung der Daten wichtige Hinweise, worin die Schwerpunkte der Hilfeleistungen bestehen und bestehen sollten: An erster Stelle ist offenbar die Versorgungsbedürftigkeit rund um Mahlzeiten wichtig, gefolgt von sinnerfüllender Beschäftigung und Arbeitsangeboten und schließlich der Kontakt in einer Gemeinschaft durch unterschiedlichste Gruppenveranstaltungen. Zu den drei hervortretenden Diensten kommen andere, darunter auch spezielle Hilfearten, deren Zeitaufwand oft gar nicht groß ist, die Bedeutung umso mehr. Dieser wichtige Zusammenhang zwischen Form bzw. Umfang einer Maßnahme und deren Wirkungsgehalt müsste viel stärker beachtet werden: Wie kann durch geschickt arrangierte Hilfe ein optimales Ergebnis erzielt werden?

Solche Überlegungen sind in der sozialen Arbeit grundsätzlich noch nicht recht in den Blickwinkel geraten und waren im Rahmen dieser Untersuchung nicht weiter zu verfolgen.

Ein anderes Ergebnis der Untersuchung war eindrucksvoll. Indem alle Leistungsempfänger nach der Intensität ihres Hilfebedarfes gruppiert und die tatsächlich erbrachten Leistungen gegenübergestellt wurden, zeigte sich eine charakteristische Abweichung. Bei einer Betreuungsintensität von etwa 1:6 entsprach der festgestellte Bedarf weitgehend den erhaltenen Leistungen. *Je höher aber der festgestellte Hilfebedarf wird, desto mehr übertrifft die tatsächlich erbrachte Hilfe die eigentlich für nötig befundene. Und umgekehrt genauso. Je geringer der zuvor eingeschätzte Bedarf, desto mehr weicht die reale Zuwendung nach unten ab:* Großer Hilfebedarf wird übertroffen und geringer unterschritten. Hier spiegeln sich zwar unterschiedliche Gesundheits- und Lebenssituationen der Menschen wider und die darauf bezogenen Leistungen liegen bei der Bewilligung von Maßnahmen tatsächlich etwa um das zehnfache auseinander. In der Arbeitspraxis spreizt sich die Differenz dann aber gleich um das fünfzigfache und das ist kaum durch die unterschiedliche Bedürftigkeit an Hilfe zu erklären. Selbst wenn man gewisse Unzulänglichkeiten in der Erhebung berücksichtigt, sind unübersehbar *einrichtungsbedingte Effekte* beteiligt. Es zeigt sich die bekannte Bindungswirkung von institutioneller Hilfe, die offenbar in einem direkten Verhältnis zur Intensität der Betreuung steht.

Diese Sicht wird durch eine andere Beobachtung gestützt. Die Dienstzeiten des Personals stimmen auffällig mit den Betreuungszeiten der Leistungsempfänger überein. Alles, was an Arbeitszeit verfügbar war, wurde in Betreuungsleistung umgesetzt und ähnlich verhält es sich mit dem Ort des Geschehens. Auf den ersten Blick mag das selbstverständlich scheinen, denn wie soll man jemanden betreuen, wenn nicht gearbeitet wird? Der gleichmäßige Tages- und Wochenrhythmus macht jedoch nachdenklich, denn man hätte womöglich größere Lücken, Unregelmäßigkeiten oder Abweichungen erwartet. *Offenbar ist der Ablauf des Betreuungsgeschehens allein durch den Einsatz der Mitarbeiter vorgegeben und folgt kaum anderen Notwendigkeiten, es gab keine individuellen Besonderheiten und keine Krisen.* Das alles muss nicht schlecht sein, denn bekanntlich verschafft gerade das strukturierte Milieu dem Menschen hilfreiche Sicherheit und Orientierung und diesen stabilisierenden Vorzug darf das Zentrum natürlich nicht aus der Hand geben. Aber alles in Maßen. Da die im Zentrum verbundenen Einrichtungen bestenfalls keinen Wechsel der Häuser und der Menschen mehr erfordern, fehlen diesbezügliche Herausforderungen, sich auf andere Gegebenheiten und Situationen einzustellen. Diese sind aber unverzichtbar für Ziele der Selbstständigkeit und Rehabilitation und so müssen individuelle Anreize eingebaut werden, damit das Psychosoziale Zentrum nicht zur stärkeren statt zur abgeschwächten Institution wird.

Die personenzentrierte Hilfeplanung könnte das probate Mittel sein, muss in der Umsetzung allerdings erkennbare Folgen auf die Betriebsorganisation und die Dienstgestaltung haben. Das war während des Untersuchungszeitraums selbst noch nicht zu beobachten, wurde jedoch nicht zuletzt aufgrund der vorgetragenen Ergebnisse, die diesen Zusammenhang deutlich zeigen, innerhalb des Projekts in die Wege geleitet.

Die Budgetfinanzierung könnte die Personenzentrierte Hilfe erschweren

Die Besonderheit des Psychosozialen Zentrums in Biebesheim bestand darin, dass auf die Berechnung einzelner Leistungen zugunsten pauschaler Zahlungen verzichtet wurde, die einem zuvor ermittelten Bedarf entsprachen. Eingebaut war lediglich ein geringer Abschlag für die beabsichtigte Verringerung stationärer Hilfen im Wohnheim. Andere Verknüpfungen zwischen der Vergütung und der geplanten oder erbrachten Hilfeleistung gab es nicht, das Geld war für drei Jahre sicher. Ein solches Arrangement setzt von vornherein großes Vertrauen voraus, denn die konkreten Leistungspflichten sind unter diesen Umständen schwer nachzuprüfen. Im Falle des SpV Groß-Gerau war das kein Problem, denn dieser verbürgte sich durch seine Statuten, Geschäftsführung, Leitung und Personal für eine moralisch anspruchsvolle und fachlich wohl begründete Betreuungsarbeit. Allen war im Übrigen bekannt, dass das Vorhaben beobachtet und nach Ende der Projektzeit eine Vereinbarung zur Fortführung gebraucht würde, die sich so oder so am Erfolg des Ganzen bemisst. Insofern war allen daran gelegen, eine nachhaltig gute Betreuungs- und Versorgungsarbeit nachzuweisen. Vertrauen und Leistungsmotiv sind wichtige Kriterien der Finanzierung sozialer Hilfeleistungen.

Eine erste Feststellung bestätigt die Richtigkeit dieser Annahme. Die vom Leistungsträger gewährten Mittel wurden in Gänze eingesetzt und verbraucht. Der Leistungserbringer setzte auf allen Ebenen und in allen Phasen des Geschehens eben so viel Personal ein, wie dies die Zielgrößen ermöglichten. Man konnte das an der Stellenbesetzung ebenso ablesen, wie an der Dienstplangestaltung und dem Tagesablauf eines Mitarbeiters. Was an Ressourcen verfügbar war, wurde verwendet. Das hätte man nicht unbedingt so machen müssen, denn zumindest theoretisch war aus dem großen Finanztopf genau das Benötigte zu entnehmen und das Übrige zu sparen. Aber praktisch scheiterte das an vielen Umständen. *Es hätte von Anfang an eines Konzeptes bedurft, wie die Arbeitsorganisation dem variablen Abruf von Leistung folgt, je nachdem, wie viele Menschen der Hilfe bedürfen und wie sich deren Bedarf täglich darstellt.* Der Leistungserbringer müsste danach Mitarbeiter beschaffen und einsetzen, die Arbeitszeit einteilen, Mehr- und Minderleistung ausgleichen und auf das Verhalten des ganzen Be-

triebes einwirken, damit immer nur genau das getan wird, was als erforderlich angesehen wird. Selbst unter den besten Umständen wird man sich solchem Ideal nur nähern können. *Die Entwicklung des Zentrums Biebesheim zeigte, dass die Möglichkeiten eines pauschalen Einrichtungsbudgets für individuell passgenaue Leistungen nur eingeschränkt genutzt werden können, wenn es bei der konventionellen Dienststruktur bleibt.*

Der Blick auf die Mikroverhältnisse bestätigt das. Für den einzelnen Leistungsempfänger spielte es unter den gegebenen Umständen wirtschaftlich keine Rolle, ob nun mehr oder weniger Hilfe beansprucht wird. Die Hilfeleistung steht jedem allein nach fachlichen Erwägungen und, wie gezeigt wurde, aufgrund der organisatorischen Bedingungen zur Verfügung. Die personenzentrierte integrierte Hilfeplanung könnte nun dafür sorgen, dass aus dem großen Pool der Leistungsbereitschaft immer genau das entnommen wird, das nach Plan, Entwicklung oder Ereignis gebraucht wird. Das aber setzt an entscheidenden Stellen ein aktives Lenken des Hilfeprozesses voraus, braucht Information über das erfolgte Geschehen und die nachfolgende Absicht. Dieser Mechanismus hat im Zentrum Biebesheim kaum gegriffen, wodurch es zu den oben angeführten Leistungsverschiebungen kam. Das mag alles an Anfangsschwierigkeiten gelegen haben und sich inzwischen anders verhalten. Es könnte aber auch sein, dass eine bedarfsbezogene Vergütung den Wert der Hilfeleistung im Einzelfall grundsätzlich besser abbildet und transportiert, als neutrale bzw. nicht an den Gegenwert Geld gebundene Instrumente. Das Budgetmodell jedenfalls trägt nicht dazu bei, leistungsrelevante Tatbestände differenziert abzubilden, es verleitet eher zur Hinnahme der bereitgestellten Hilfeleistungen bzw. deren Mitnahme. Die in anderem Zusammenhang zu beobachtende Reaktion vieler Leistungsberechtigter, wenn sie an der finanziellen Seite der von ihnen bezogenen Hilfe beteiligt werden, bestätigt das.

Zentrum und Budget? Es kommt drauf an, was man daraus macht

Was folgt für das Projekt in Biebesheim und die personenzentrierte Hilfeleistung? Das Psychosoziale Zentrum ist nicht von vornherein die bessere Organisationsform und, wenn man etwa an den Gemeindepsychiatrischen Verbund denkt, bekanntlich nicht die einzige Möglichkeit, ein komplexes Leistungsprogramm einzurichten. *Auch im psychosozialen Zentrum richten sich die Dinge nicht von allein. Jedoch dürfte der gemeinsame Betrieb differenzierter Einrichtungen unter einem Dach recht alternativlos sein, um unaufwändig ein kleinräumiges Versorgungsangebot zu schaffen, das ein breites Spektrum individueller Hilfeleistungen bereithält.* Was dann daraus gemacht wird, unterliegt konzeptionellen Impulsen der Fachleitung und das Zentrum macht insofern keinen Unterschied zu ande-

ren Organisationsformen. *Empfehlenswert ist es, den Lebensort der Menschen vom Dienstort des Personals zu trennen, Hilfeleistungen wo immer möglich nach »Draußen« zu verlagern und persönliche Hilfeleistungen grundsätzlich von Plätzen und Personalstellen zu entkoppeln.* Die pauschale Finanzierung kann den Aufwand für Antrags- und Abrechnungsverfahren nicht mindern, denn sozialhilferechtliche Restriktionen bestehen in jedem Fall weiter. Die Trennung von Leistung und Vergütung erhöht zwar die Sicherheit der Finanzierung für den Betreiber, lässt jedoch Fehlleistungen zu, weil der materielle Wert der Einzelhilfe nicht vermittelt wird. Für die *Umsetzung des Verfahrens der individuellen Hilfeplanung scheint das Zentrumsmodell demnach eine besonders geeignete Organisationsform zu sein, nicht aber dessen pauschale Finanzierung.*

Anhang

Personalbemessungsbogen

Raster für die Berichte aus den Regionen

1. Aussagen zur Ausgangssituation (Implementationsregion, Nachrückregion, Akzeptanz (in der Geschäftsführung/an der Basis der LE)/Schwierigkeiten/ »Trockenübung«) bei der Einführung des PBB in der Region. Was ist erreicht/ umgesetzt worden im Vergleich zur 1. Projektphase (allgemein)
2. In welchem Umfang erfolgt eine mit dem LB gemeinsam erarbeitete Hilfeplanung? (s. hierzu Frage 1 a + b des Fragebogens)
3. Inwieweit konnte die Bemessung des individuellen Hilfebedarfs in Zeiteinheiten (Anwendung des PBB) bei den Beteiligten in der Region eingeübt und eine Akzeptanz des Verfahrens verankert werden? (s. hierzu Fragen 2 bis 5 des Fragebogens)
4. Wie haben sich die Kooperationsstrukturen vor Ort verändert? (s. hierzu die Fragen 6 und 7 sowie 9 und 10 des Fragebogens) (Beispiele)
5. Trägt die individuelle Hilfeplanung mit dem Instrument IBRP dazu bei, dass die regionale Versorgungsverpflichtung besser erfüllt werden kann und eventuelle strukturelle Defizite der Hilfestruktur in der Region besser erkannt und behoben werden können? (s. hierzu die Fragen 12, 13 und 14 des Fragebogens) (wenn möglich Beispiele benennen)
6. Kommt es durch die Anwendung des integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans und des PBB in der Region vermehrt zur Inanspruchnahme anderer Leistungsträger und ambulanter Hilfen? (s. hierzu die Fragen 8 und 11 des Fragebogens)
7. Welche wichtigen Veränderungen/Fortschritte haben sich im Zusammenhang mit dem Projekt ergeben (Vergleich 1. und 2. Projektphase unter Bezug auf
a) individuelle Hilfeplanung
b) und die Entwicklung in Richtung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes und worin sind sie begründet?
8. Ist die HPK in der Region in der Lage, ihre Funktion als verbindliches Gremium der Zusammenarbeit und der regionalen Versorgung zu erfüllen? Welche Weiterentwicklungsmöglichkeiten/-notwendigkeiten gibt es?
9. Wie wird die langfristige Nutzung des IBRP und des PBB in der Region bewertet? Welche Vorteile/Nachteile des Verfahrens werden gesehen?

Fragebogen zur Evaluation für die Regionen

1. a) Sind die Klienten in die Hilfeplanung einbezogen?
 in unter 10 % der Fälle in 30 bis 39 % der Fälle in 40 bis 70 % der Fälle in über 70 % der Fälle
- b) Wie wird das überprüft?
 wird als gegeben unterstellt Angabe im IBRP wird zusätzlich thematisiert
2. In welchem Umfang werden in der HPK Personalbemessungsbögen (PBB) vorgelegt?
 gar nicht in < 10 % der Fälle in 10 bis 19 % der Fälle in 20 bis 50 % der Fälle in > 50 % der Fälle
3. Ist der nach PBB verplante Zeitumfang realistisch im Hinblick auf die tatsächlich zur Verfügung stehende Zeit?
 gar nicht in < 10 % der Fälle in 10 bis 19 % der Fälle in 20 bis 50 % der Fälle in > 50 % der Fälle
4. Wird im PBB der Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen beachtet?
 gar nicht in < 10 % der Fälle in 10 bis 19 % der Fälle in 20 bis 50 % der Fälle in > 50 % der Fälle
5. Sind im PBB sonstige Leistungsträger berücksichtigt?
 gar nicht in < 10 % der Fälle in 10 bis 19 % der Fälle in 20 bis 50 % der Fälle in > 50 % der Fälle
6. In welchem Umfang erfolgt eine leistungserbringerübergreifende Bedarfsermittlung/Hilfeplanung?
 gar nicht in < 10 % der Fälle in 10 bis 19 % der Fälle in 20 bis 50 % der Fälle in > 50 % der Fälle
7. In welchem Umfang erfolgt eine leistungsbereichs-/leistungserbringerübergreifende Hilfeleistung?
 gar nicht in < 10 % der Fälle in 10 bis 19 % der Fälle in 20 bis 50 % der Fälle in > 50 % der Fälle
8. Ist die leistungsträgerübergreifende Anspruchsklä rung intensiviert?
 ja nein
9. Ist die Leistungserbringung durch die PBB und die HPK transparenter geworden?
 ja nein unklar
10. Haben sich aufgrund der individuellen Hilfeplanung und der entsprechenden Hilfeerbringung Veränderungen in den Kooperationsstrukturen zwischen den Leistungserbringern entwickelt?
 ja teilweise nein

Welche?

11. Wie hat sich das Verhältnis von ambulanten und teilstationären zu stationären Maßnahmen nach Einschätzung der Steuerungsgruppe entwickelt?

ambulante Maßnahmen nehmen zu das Verhältnis bleibt gleich ambulante Maßnahmen nehmen ab

12. Ist die Pflichtversorgung im eigenen Versorgungsgebiet umgesetzt?

ja, im Wesentlichen nein, es gibt gewisse Defizite nein, es gibt erhebliche Defizite

13. Strukturelle Defizite der Region

14. Sind Schritte zur Beseitigung der strukturellen Defizite gemacht bzw. geplant?

trifft nicht zu in Vorbereitung trifft zu

Welche?

Autorinnen und Autoren

HARRY BERNARDIS, Fachlicher Leiter der Vogelsberger Lebensräume

HALGARD BESTELMEYER-GROMMET, Mitglied der Geschäftsführung, Behinderten-Werk-Main-Kinzig e. V.

RALF BREMAUER, Dipl. Betriebswirt, Sozialwirtschaftliche Beratung

ROLAND BREME, Dipl.-Pädagoge, Regionalmanager beim LWV Hessen

GABRIELA DEUTSCHLE, Dipl.-Psychologin, Leiterin des Heimbereichs, ZSP Rheinblick

ANEMONE GABLER-SCHRÖTER, Sozialarbeiterin, LWV Hessen

HARALD GOLDBACH, Dipl.-Pädagoge, Fachbereichsleiter Eingliederungshilfe Landratsamt Rems-Murr-Kreis, vorher: Beratung und Sozialplanung u. a. im Auftrag der Aktion Psychisch Kranke

DR. ANJA GUTJAHR, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Johann Wolfgang Goethe Universität

PROF. DR. GERD IBEN, Universitätsprofessor an der Johann Wolfgang Goethe Universität

GERHARD KRONENBERGER, Dipl.-Pädagoge, Fachbereichsleiter beim LWV Hessen

PROF. DR. HEINRICH KUNZE, stellv. Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke e. V.

ULRICH KRÜGER, Geschäftsführer der Aktion Psychisch Kranke e. V.

KLAUS-DIETER LIEDKE, Geschäftsführer der Lebensräume Offenbach e. V.

SILKE MANNESCHMIDT, Dipl.-Verwaltungswirtin, Regionalmanagerin beim LWV Hessen

CLEMENS NÄDER, Dipl.-Verwaltungswirt, Regionalmanager beim LWV Hessen

BIANKA RÖHL, Dipl.-Verwaltungswirtin, LWV Hessen

JESSICA RUTH, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Johann Wolfgang Goethe Universität

EVELIN SCHÖNHUT-KEIL, Erste Beigeordnete des LWV Hessen

WILFRIED SCHRÖDER, Betriebswirt, LWV Hessen

HANS-GÜNTHER TIGGEMANN, M. A., Pädagoge/Soziologe, Referent der Ersten Beigeordneten des LWV Hessen, vorher: Leiter der Koordinationsstelle Gemeindepsychiatrie der Stadt Wiesbaden