

Steuerung und Finanzierung von Leistungen des BTHG im Spannungsfeld von Personenzentrierung, Sozialraumorientierung, Ergebnisorientierung und Kostendämpfung

PETER HOVERMANN

Vorstandsvorsitzender des Frankfurter Vereins für soziale Heimstätten e.V.

Der Frankfurter Verein ist ein Komplexträger in den Bereichen Gemeindepsychiatrie, Existenzsicherung, Soziale Notlagen, Migration, Arbeit, Beschäftigung und Integration.

DR. MED. HANS-JOACHIM KIRSCHENBAUER

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin – Rehabilitationswesen – Suchtmedizin, Leitender Medizinaldirektor i.R.

ROLF MAYER

Geschäftsführer der Kontexte Frankfurt gGmbH. Die Kontexte Frankfurt gGmbH ist die gemeinsame Projektgesellschaft von drei großen Frankfurter sozialen Trägern und spezialisiert auf trägerübergreifende Projektarbeit.

Der Moderator der Veranstaltung »Gemeinsam mehr möglich machen – Umsetzung des BTHG« im Rahmen des diesjährigen Deutschen Fürsorgetages führte in das Thema mit dem Hinweis ein, dass es sich beim BTHG um eine sozialrechtliche Neuordnung handele, wie man sie nach der Einführung des SGB II im Jahr 2005 wohl nur selten erleben könne. Man kann also – frei nach Hegel – die Reform des Sozialstaates zu Pferde bestaunen.

Wir tun dies in unserem Beitrag zur Steuerung und Finanzierung von Leistungen des BTHG aus großstädtischer Sicht (Frankfurt am Main), aus der Perspektive der Leistungserbringung (Komplexträger) und der Kommune sowie auf der Grundlage jahrzehntelanger Erfahrungen und Mitwirkung bei der Gestaltung von Hilfen und Hilfesystemen am Beispiel der Unterstützung von Menschen mit seelischen Behinderungen.

Die Leitlinien des BTHG zur strikten Personenzentrierung, zur Trennung von Leistungen und Wohnorten, zur ICF-basierten Bedarfsermittlung etc. sind generell nicht neu, sie sind wichtige Ankerpunkte der Fachdiskussionen seit über zwanzig Jahren. Sie finden sich deshalb auch in dem Konzept eines Integrativen Versorgungsmodells zur gemeindepsychiatrischen Planung, Regelung, Steuerung und Finanzierung in Frankfurt am Main aus dem Jahre 2003, das uns immer noch aktuell und diskussionswürdig erscheint. Bezog sich damals das integrierte Versorgungskonzept auf den Personenkreis der Menschen mit einer psychischen Er-

krankung oder seelischen Behinderung, wäre heute ein solches Konzept weiter zu fassen, um unabhängig von Behinderungsarten allen betroffenen Menschen den Zugang zu den für sie passenden Leistungen zu ermöglichen. Integrierte Konzepte müssen die Versäulung der getrennten Hilfesysteme überwinden.

Im BTHG wurde im Jahr 2016 also zusammengeführt, was in den sozialpolitischen und fachlichen Diskussionen seit Jahren und auch Jahrzehnten vorgedacht wurde. Fatal ist nur, dass der Gesetzgeber sich für eine weitere Fragmentierung der Hilfen entschieden hat, also die falsche Richtung nach unserer Erfahrung gewählt hat. Die Umsetzung des BTHG ist deshalb mit einem erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Bedarfsermittlung im Einzelfall auf Seiten der Eingliederungshilfeträger verbunden und es ist so gut wie sicher, dass die Effizienzrendite durch bessere Steuerung in Höhe von 100 Mio. Euro, die in der Gesetzesbegründung für das Jahr 2020 vorgesehen ist, wenn überhaupt nur durch eine restriktive

Einzelfallsteuerung und Leistungsbe- willigung erreicht werden kann. Da- durch wird die Teilhabeintention des BTHG konterkariert werden und die Eingliederungshilfeträger werden im Gesetz auch Möglichkeiten für einen restriktiven Umgang mit den Leistungs- erbringern finden.

Zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Integrativen Versorgungsmodells hat- ten wir gerade die Reform des BSHG mit der Ablösung des Selbstkostende- ckungsprinzips und der Einführung von prospektiven Entgelten und von Hilfebe- darfsgruppen in der Eingliederungshilfe hinter uns. Unsere Skepsis gegenüber der damaligen Reformidee, die Diffe- renzierung von Hilfebedarfen mit der Differenzierung von Entgelten in stati- onären Einrichtungen zu koppeln, hatte sich innerhalb kurzer Zeit bestätigt. Das neue System lud die Leistungserbrin- ger dazu ein, individuelle Hilfebedarfe wirtschaftlich zu optimieren und damit die Erträge aus den früher einrichtungs- einheitlichen Entgelten zu übertreffen. Der LWV Hessen wollte später an die zuversichtliche Prognose, alleine durch die Einführung des Metzler-Verfahrens zur Hilfebedarfsgruppenzuordnung jährlich 30 Mio. Euro einsparen zu können, nicht mehr erinnert werden. Seine Aufwendungen stiegen weiterhin deutlich an. Die Reaktion des LWV Hessen bestand daraufhin darin, noch kleinteiliger vorzugehen und Hilfeleis- tungsstunden in Minuten aufzuteilen, um so den erhofften und gewünschten Kontroll- und Einspareffekt zu erzielen. Trotz Kritik und intensiver fachlicher Empfehlungen unsererseits hat der LWV Hessen an dieser Methode festgehalten und ist erneut gescheitert.

Spätestens diese Erfahrungen hatten in Frankfurt am Main bei Akteuren der gemeindepsychiatrischen Versorgung dazu geführt, sich der Steuerung und Finanzierung von Eingliederungsleistun- gen aus einem anderen Blickwinkel als der des sozialen Dienstleisters anzuneh- men. Als Träger von Komplexleistungen hatten wir uns schon immer als gleich- berechtigter Akteur in der Gestaltung und Entwicklung der Hilfelandschaft in Frankfurt verstanden und deshalb auch in die Kommunikation und den Dialog mit allen Akteursgruppen investiert und dafür auch Verantwortung über- nommen. Die jetzt im BTHG explizit verankerte Verlagerung von Steuerungs-

funktionen auf die Träger der Einglie- derungshilfe und die Positionierung der Leistungserbringer als einzukaufende Dienstleister läuft diesem Selbstver- ständnis und Verantwortlichkeit zu- wider und birgt aus unserer Sicht das Risiko einer weiteren Fragmentierung von Leistungen und Leistungsstruktu- ren, die der erhofften Verbesserung von Leistungen für die Nutzer eher entgegenstehen werden.

Mit einer solchen Fragmentierung einhergehend ist jedoch eine zuneh- mende Verunsicherung der Betroffe- nen festzustellen, die unter anderem von der »Qual der Wahl« in immer

motivationalen Prozessen stattfinden kann, die eine intensive und vertrauensvol- le Zusammenarbeit von Betroffenen und Leistungserbringern voraussetzen. Diese motivationalen Prozesse können meist nur mit aufwendigen professionel- len Interventionen zielführend gestaltet werden. Eine Steuerung von Hilfsstrate- gien durch externe Entscheider ist hier geradezu kontraindiziert.

In dieser Situation gibt es gute Grün- de, nicht einfach über die Anpassung an die gesetzlichen Änderungen, wie es die unzähligen Schulungen zum BTHG den Leistungserbringern zu Recht nahelegen, sondern über eine Qualitätsoffensive der

»Mit dem Sozialraumbudget werden nicht mehr Leistungen für einzelne »Fälle« oder Plätze/Betten abgegolten, sondern es werden Leistungen für eine Region finanziert«

unübersichtlicheren Hilfsstrukturen gekennzeichnet ist. Hinzu kommt, dass Anbieter von Hilfeleistungen sich ihr Klientel immer mehr nach den Vorga- ben des eigenen Konzeptes aussuchen. Personengruppen mit komplexem Hil- febedarf und »unattraktive« Personen- gruppen bleiben häufig unversorgt oder werden außerhalb von Frankfurt am Main in ganz Deutschland platziert. In besonderer Weise kann diese systema- tische Ausgrenzung am Personenkreis der drogenabhängigen Menschen im Frankfurter Bahnhofsviertel oder auch an ausgegrenzten obdachlosen Men- schen studiert werden. Obwohl diese Menschen umfassende Ansprüche auf Eingliederungshilfe haben, werden sie bezogen auf diesen Anspruch weder von den Sozialleistungsträgern noch von Einrichtungen der Eingliederungshilfe adressiert. Ihnen kommt lediglich eine kommunale Notversorgung zu. Bei der Eingliederungshilfe für diese Menschen sollte auch nicht außer Acht gelassen werden, dass für sie die Ermittlung von Hilfebedarfen, die Entwicklung von Hilfsstrategien und deren Akzeptanz durch die Betroffenen immer nur auf der Grundlage von komplexen moti-

Versorgungssysteme nachzudenken. Da- mit verbunden sind grundlegende Fragen der Koordination und Steuerung, der Be- darfsdefinition und der Entwicklung von einheitlichen Daten- und Qualitätsstan- dards sowie der Finanzierung. In einem funktionierenden kommunalen System, muss auf örtlicher Ebene, eine ordnende, planende und steuernde Funktion un- ter Einbeziehung aller Akteursgruppen, der Leistungserbringer und insbesonde- re auch der Interessenvertretungen der betroffenen Menschen wahrgenommen werden.

Die zu Recht geforderte Sozial- raumorientierung zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen lebt von funktionierenden übergreifenden Strukturen, die nicht einfach natur- wüchsig durch die Nachfrage von Nut- zern entstehen, sondern aktiv durch die Träger der Eingliederungshilfe geför- dert werden müssen. Mag es bei Men- schen mit körperlicher oder geistiger Behinderung teilweise noch möglich sein, mittel- bis langfristige Hilfepläne zu erstellen, so ist es beim Personenkreis der Menschen mit seelischer Behinde- rung und Menschen mit Abhängig- keitserkrankungen nahezu unmöglich.

Dies liegt insbesondere in der Art der Störungen, der Behinderungen und der Funktionseinschränkungen, die für diese Krankheitsbilder so typisch sind. Rasche Wechsel der Symptome und nicht prognostizierbare Verläufe sind kennzeichnend. Hinzu kommt bei diesem Personenkreis häufig die Ablehnung von Hilfen bzw. das Gegenteil, überproportionale Inanspruchnahme von Leistungen. Nicht starre Leistungspakete, sondern jederzeit flexible Hilfen sind hier notwendig. Mit Blick auf die von den Eingliederungshilfeträgern zu leistende Gesamtplanung kann jetzt schon vorhergesagt werden, dass bei solchen fluktuierenden Unterstützungsbedarfen der verwaltungsintensive Aufwand für die Nachbewilligung von Leistungen sehr hoch sein wird.

An diesen Prämissen haben sich im Jahr 2003 die Verantwortlichen in Frankfurt am Main sowie des LWV Hessen orientiert, als sie das Konzept des Integrativen Versorgungsmodells und damit auch die Finanzierung von Leistungen durch Budgets (statt der Vergütung von Einzelleistungen) beschlossen.

Unter Sozialraumorientierung verstehen wir die Orientierung des Handelns der Mitarbeiter sozialer Organisationen und Trägervereinigungen (oder der Jugendhilfe) in einem Sozialraum. Dabei handelt es sich also nicht nur um die Orientierung des Handelns an einzelnen Personen oder Individuen, sondern an einer definierten geografischen Region, einem Raum. Dies widerspricht zunächst nur vordergründig dem mühsam implementierten personenzentrierten Ansatz der letzten Jahre. In der Praxis bedeutet eine sozialräumliche Orientierung die tatsächliche ständige individuelle Anpassung von Leistungen statt einer nur formalen und formularmäßigen Personenzentrierung.

Sozialraumorientierung bedarf demzufolge zwingend zusätzlicher Strukturarbeit sowie eine passende Finanzierungsform und ist fallabhängig, fallübergreifend und fallunabhängig zu verstehen.

Das »Soziale« in diesem Raum kann das oft zitierte »Netzwerk« oder aber die »Soziale Struktur« eines Raumes sein. Netzwerk bedeutet, die Hilfen und Beziehungen so zu gestalten, dass sie unterstützend, hilfreich, ökonomisch, zweckmäßig, zielgerichtet, kultursen-

sibel, verantwortungsbewusst und fördernd sind. Unter »Soziale Struktur« wird nicht das Handeln verstanden, sondern die »Bedingungen« des Handelns. Es sind dies Fragen der Sinnstruktur (gesellschaftlich vorgegebene Interpretationsmuster, psychisch kranke Menschen sind gewalttätiger als andere ...), aber auch normative Faktoren (Regeln und Vorschriften) und Herrschaftsstrukturen (z.B. Verteilung der vorhandenen Mittel).

In den Alltag umgesetzt bedeutet das: Antistigmaarbeit, Vorurteile im Stadtteil reduzieren, Einfluss auf die finanzielle Unterstützung der betroffenen Menschen nehmen (Erhöhung ALG II, Vergütung in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen zu nehmen usw.), kurzum: Normalität herstellen.

Somit beinhaltet »Sozialraumorientierung« und die Finanzierung über Sozialraumbudget folgende Aufgaben:

FALLABHÄNGIG: Hilfen und Unterstützung im Sinne des personenzentrierten Ansatzes

FALLÜBERGREIFEND: Netzwerkarbeit, Hilfe und Unterstützung bei der Versorgung des psychisch kranken Menschen durch Einbeziehung aller professionellen Anbieter in der Region aber insbesondere die Einbeziehung von Ehrenamtlichen, Laienhelfer und nichtpsychiatrischen Organisationen und Personen.

FALLUNABHÄNGIG: Strukturarbeit in der Region unter Berücksichtigung von Sinn- und Herrschaftsstrukturen und normativen Faktoren.

Mit dem Sozialraumbudget werden nicht mehr Leistungen für einzelne »Fälle« oder Plätze/Betten abgegolten, sondern es werden Leistungen für eine Region finanziert.

Das dies zu Schwierigkeiten in der Praxis führen kann liegt auf der Hand. Fallunabhängige Arbeit ist klassisches sozialpsychiatrisches Gedankengut im engeren Sinn. Dennoch: Die Verbesserung der Bedingungen schafft verbesserte Teilhabe, persönliche Steigerung der Zufriedenheit, geringere Nutzung von Leistungen, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden.

Wir wissen mittlerweile, dass dies nicht unbegrenzt möglich ist und dass es Grenzen der Veränderung und der Heilung gibt. Trotzdem ist der »fallunabhängige Ansatz« im Kontext der Sozialraumorientierung darauf ausgerichtet,

dass die »fallabhängige Arbeit« verringert wird. D.h. die Mitarbeiter der Leistungserbringer müssten sich entscheiden, wofür sie ihre Arbeitszeit einsetzen.

Die skizzierten Bedingungen von »Sozialraumorientierung« als Netzwerk und Strukturarbeit beziehen sich insbesondere auf die Mitarbeiter der Leistungserbringer, die im Rahmen von Personal- und Organisationsentwicklung die Kenntnisse und Kompetenzen für »fallübergreifende und fallunabhängige Arbeit« erwerben müssen. Auf der Ebene der Administration muss der Begriff der »Sozialraumorientierung« mit Managementkonzeptionen und Finanzierungsformen (Sozialraumbudgets) in Verbindung gebracht werden.

Das BTHG erfasst die sozialräumliche Umwelt auf der Grundlage der ICF nur mit Blick auf den Einzelfall, eine überindividuelle Sichtweise, die für eine Sozialraumorientierung aber unabdingbar ist, sieht das Gesetz nicht vor. Entsprechend ist auch die Finanzierung bezogen auf die Überwindung von Barrieren in der Umwelt einzelfallbezogen geregelt.

Ein Sozialraumbudget ist hingegen die kalkulatorische Bündelung von unterschiedlichen Kosten, die in einem begründbaren inneren Zusammenhang stehen und das kostenmäßige Abbild von fallabhängigen, fallübergreifenden und fallunabhängigen Maßnahmen und Leistungen darstellen.

Bei der wirtschaftlichen Berechnung und Bewertung einer Budgetfinanzierung müssen auch die Aufwendungen einkalkuliert werden, die jetzt durch den Aufbau eines bedarfsermittelnden Verwaltungsapparates bei den (zukünftigen) Trägern der Eingliederungshilfe entstehen, obwohl die fachliche Expertise für die Ermittlung von Bedarfen bei den Leistungserbringern verfügbar und bewährt sind. Wie im Bereich des SGB II verringern diese Aufwendungen die Finanzmittel, die für unmittelbare Leistungen für die Nutzer zur Verfügung stehen. Dem aus unserer Sicht nicht durch Fakten begründete Verdacht von Leistungsträgern, die Leistungserbringer würden Bedarfe zu ihrem wirtschaftlichen Vorteil ermitteln und dadurch den Nutzern nicht gerecht werden, kann durch eine ergebnisorientierte Qualitätssicherung mit entsprechenden Parametern und Benchmarks begegnet werden. Men-

schen mit seelischen Behinderungen, zu denen auch Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung gehören, weisen teilweise schnell wechselnde Bedarfe auf, die eine ebenso flexible Leistungsorganisation erfordert, um wirksam zu sein. Diese Anpassungen entziehen sich der behördlichen Feststellung, sie müssen durch die Leistungserbringer im Alltag geleistet werden.

Aus unseren langjährigen Erfahrungen in der Umstellung von einzelleistungsvergüteten Einrichtungen in budgetfinanzierte Einrichtungen wissen wir, dass damit immer eine Qualitätssteigerung der erbrachten Leistungen

für die Nutzer verbunden war und wird dies auch faktenbasiert und für den Leistungsträger nachvollziehbar darstellen konnten. Auf der Grundlage der ICF ist es möglich, ein qualifiziertes Reporting zu erstellen, das neben den Bedarfen und Unterstützungsleistungen auch die Erreichung der vereinbarten Ziele erfasst und das von einer unabhängigen Stelle ausgewertet werden sollte.

Aus langjähriger Erfahrung wissen wir auch, dass die Eingliederungshilfeträger die notwendige Steuerung der Unterstützungssysteme durch die Entscheidungen im Einzelfall nicht leisten können und werden. Für sie bieten

zielvereinbarungsbasierte Budgets die Instrumente, qualitativ wie auch quantitativ zu planen und wirtschaftliche wie auch politische Verantwortung zu übernehmen.

Mit Blick auf die gegenläufigen Intentionen des BTHG halten wir es dringend geboten, zu diesen Schlüsselfragen der sozialen Infrastruktur und Bedarfsdeckung Modellprojekte einer budgetfinanzierten Unterstützungslandschaft zu schaffen, um wissenschaftlich fundiert deren Wirksamkeit in der Teilhabeunterstützung der Nutzer sowie im wirtschaftlichen Einsatz der öffentlichen Mittel zu evaluieren. ■



Meike Haunschild

„Elend im Wunderland“

Armutsvorstellungen und
Soziale Arbeit in der
Bundesrepublik 1955–1975

2018 • 516 Seiten • brosch.
Print 88,00 € • E-Book 69,99 €
ISBN 978-3-8288-4067-6
ePDF 978-3-8288-6906-6

”

Coca Cola, Pettycoat und Rock’n’Roll – das war das Lebensgefühl, das uns die bunte Werbewelt von damals suggerierte. Doch entsprach dieses plakative Bild auch der Wahrnehmung der Zeitgenossen?

“

Armut und Wirtschaftswunder – auf den ersten Blick zwei widersprüchliche Begriffe. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass sich das Armutsverständnis der bundesdeutschen Gesellschaft zwischen Mitte der 1950er und Mitte der 1970er Jahre stark veränderte: Es wurde vielschichtiger, demokratischer, liberaler. Zugleich erfuhr der Sozialstaat in diesen beiden Dekaden einen Ausbau ungeahnten Ausmaßes. An diesem Punkt setzt die Studie an. In ihrer umfangreichen Analyse konzentriert sich Meike Haunschild auf Exper-

tendiskurse und nimmt am Beispiel von Caritas und Arbeiterwohlfahrt zentrale Debatten der Wohlfahrtspflege in den Blick. Geleitet von der Frage, wie und warum sich die Grenze zwischen gesellschaftlich akzeptierten und gesellschaftlich nicht mehr akzeptierten Formen sozialer Ungleichheit verschob, arbeitet sie Veränderungen im vorherrschenden Armutsverständnis heraus und zeigt dessen Wechselwirkung mit sozialstaatlichen Leistungen auf.

Bestellen Sie jetzt versandkostenfrei unter www.tectum-verlag.de, telefonisch (+49)7221/2104-310 oder per E-Mail email@tectum-verlag.de

Tectum
Verlag

»Alle in diesem Haus – alle – wollen,
dass Menschen mit Behinderung gleichberechtigter
Teil unserer Gesellschaft sind.«

Karl Schiewerling (CDU)
am 1.12.2016 im Deutschen Bundestag

»Dass wir in Zukunft auf dem Weg,
den wir heute mit einem guten Fundament versehen,
noch viele Baustellen haben werden, ist klar.«

Andrea Nahles (SPD)
am 1.12.2016 im Deutschen Bundestag

»Wenn wir feststellen, dass es noch besser geht,
dann müssen wir das eben machen.«

Andrea Nahles (SPD)
am 1.12.2016 im Deutschen Bundestag

»Die Aufgabe war die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention.
Und dabei verhält es sich ungefähr so, als ob die Aufgabe
gewesen wäre, ein Haus zu bauen, und am Ende
ist es nur eine Garage geworden.«

Katrin Göring-Eckardt (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
am 1.12.2016 im Deutschen Bundestag

»Die Festlegung kann so oder ganz anders ausfallen.
Das ist immer so bei mir.«

Horst Seehofer, CSU-Vorsitzender,
im Januar 2015 im Zusammenhang mit der geplanten Energiewende