

Personenzentrierte und lebensfeldorientierte Angebotsstrukturen im ländlichen Raum - Beispiel Mecklenburg-Vorpommern

Dr. Ingmar Steinhart, Rostock

Während die Entwicklung der Sozialpsychiatrie in den vergangenen 30 Jahren wesentlich geprägt war durch u. a. an Hochschulstandorten in eher großstädtischen Regionen (z.B. Hannover, Berlin, Mannheim, Bremen) entwickelte Systeme, existieren immer noch zu wenig evaluierte Modelle für Angebotsstrukturen in ländlichen Regionen, die den individuellen Hilfeanspruch des einzelnen in den Vordergrund stellen (Personenorientierung) und gleichzeitig Behandlung und Unterstützung im Sinne einer Komplexleistung „vor Ort“ anbieten. Auf dem Lande übernehmen nach wie vor traditionell organisierte größere Anstalten oder Heime die Versorgung, insbesondere für Menschen mit längerfristigem Unterstützungsbedarf. So stehen z.B. in Sachsen-Anhalt die Angebotsstrukturen „auf dem Kopf“ mit einem umgekehrt proportionalen Verhältnis von Bevölkerungsdichte und psychiatrischem Versorgungsgrad: im nördlichen Bereich stehen die meisten Akut-Betten und die meisten psychiatrischen Heimplätze, während die Masse der Bevölkerung im südlichen Teil wohnt. Neben diesem Missverhältnis in der Verteilung der Angebote hat Sachsen-Anhalt mit 128 Einwohnern pro qm nach Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg die drittniedrigste Bevölkerungsdichte Deutschlands und ist gleichzeitig Spitzenreiter bei Wohnheimplätzen pro Kopf der Bevölkerung. Solche Missverhältnisse von Angebotsstrukturen, Institutionszentrierung und Bevölkerungsdichte finden sich in vielen Regionen der Bundesrepublik: so ist z.B. auch in Süddeutschland die Schwäbische Alb durch ein Missverhältnis von Bevölkerungsdichte und stationären Plätzen gekennzeichnet, obwohl sich in unmittelbarer Nähe hoch entwickelte differenzierte sozialpsychiatrische Angebote etabliert haben.

Auch in Mecklenburg-Vorpommern liegt der Versorgungsschwerpunkt in ländlichen Regionen im Heimbereich: über 75 Prozent der Mittel der Eingliederungshilfe werden stationär gebunden, während in den kreisfreien Städten nur 50 Prozent der Mittel durch stationäre Hilfen verbraucht werden. Dagegen ist es in den meisten Ballungsräumen mittlerweile gelungen, lebensfeldorientierte und personenzentrierte Hilfen wohnortnah sicherzustellen mit einem Primat der ambulanten Angebote und einem hohen Grad integrierter Leistungserbringung (Komplexleistung: z.B. wurden in Berlin und Bremen traditionelle Großanstalten und Klinikstrukturen aufgelöst und konsequent durch alternative Unterstützungssysteme ersetzt. Ländliche Regionen haben einen doppelten Nachteil:

Es existieren wenige mit „Glanz“ versehene Modelle für ländliche Regionen (Bevölkerungsdichte im Bundesland <250 Einw./qkm). Institutionsorientierte Vollversorgungsbefürworter bestimmen die Landschaft, als zusätzliches Argument wird meistens die vermeintliche Kostenersparnis durch zentral organisierte Heimunterbringung angeführt.

Da es sich um stationäre Angebote handelt, ist der überörtliche Kostenträger der Sozialhilfe zuständig. Sein Hauptinteresse – meist in einer städtischen „Zentrale“ weitab von den Hilfeempfängern sitzend – ist die Unterbringung in Einrichtungen. Mit Ausnahme der sehr positiven Entwicklungsdynamik in Rheinland-Pfalz zeigte er bisher kein ausgeprägtes Interesse auf Basis einer individuellen Maßnahmeplanung nach § 46 BSHG die Angebote lebensfeldorientiert auszugestalten, d.h. „vor Ort“ zu bringen und ambulant zu finanzieren oder zumindest Wohnen und Maßnahme (Unterstützung) zu entkoppeln, wie es der personenzentrierte Ansatz seit Jahren fordert. Dass auch unter finanziellen Überlegungen die heutige Angebotsstruktur in eine Sackgasse führt, haben jetzt die überörtlichen Kostenträger erkannt: für die nächsten fünf Jahre berechneten sie Fallzahl- und Kostensteigerungen von 21 bzw. 31 Prozent; daher beginnt überall das Interesse an gemeinwesenintegrierten, d.h. primär ambulanten, Angeboten langsam zu wachsen, insbesondere da man sich hiervon eine Abflachung der Kostensteigerung erwartet.

Allerdings fehlen bisher Modelle und Anreize für die Anbieter, insbesondere die größeren „Wohlfahrtskonzerne“, kreative Lösungen für die Umsetzung in die Praxis zu suchen und zu schaffen, die ausgehend von einer umfassenden Hilfeplanung, die alle Leistungsträger und nicht nur die Sozialhilfe einbezieht, Komplexleistungen in der „Fläche“ ermöglichen.

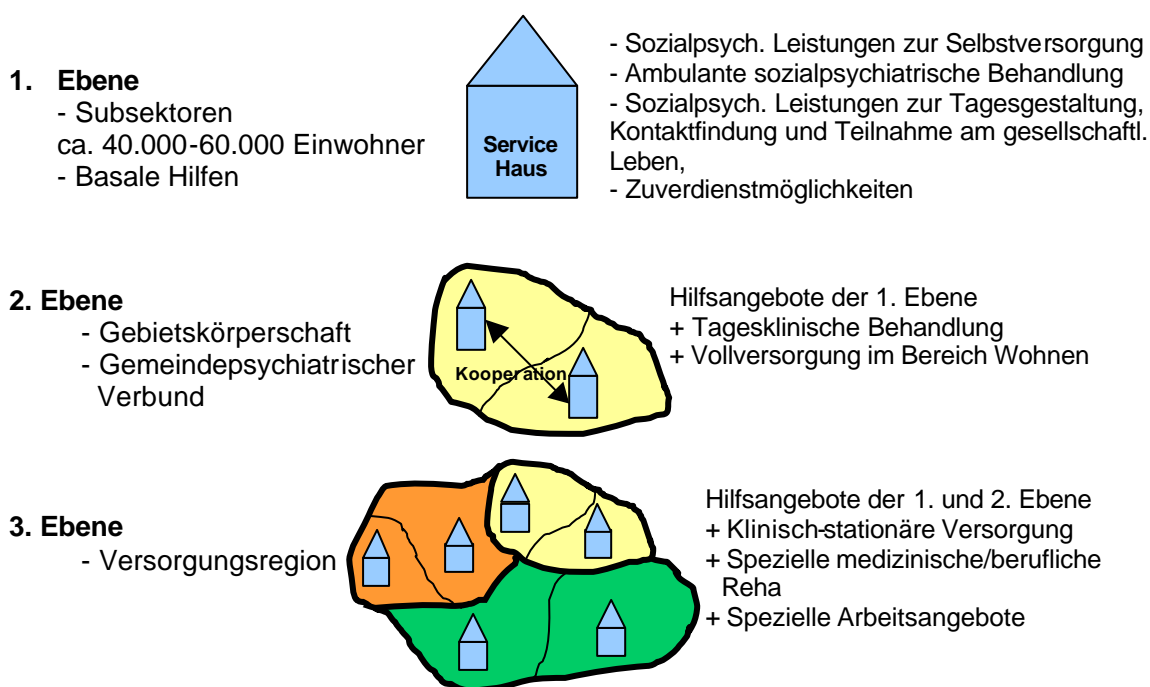
In Mecklenburg Vorpommern hatten wir in dem von der Landesregierung finanzierten *Modellprojekt Sozialpsychiatrie* von 1998 bis 2001 Gelegenheit, zunächst mit allen Beteiligten ausgehend vom personenzentrierten und lebensfeldorientierten Paradigma über Standards zu diskutieren, gemeinsam getragene Grundsätze zu entwickeln und ab 2002 in einem weiteren Modellprojekt „Kommunale Psychiatrie“ mit der direkten Umsetzung zu beginnen.

Wir erarbeiteten vier Voraussetzungen zur Umsetzung in einem Flächenland:

Das Basis-Struktur-Modell

Wie soll die „Basisstruktur“ einer psychiatrischen Versorgung aussehen und was soll der Minimalstandard vor Ort sein? Das entwickelte Drei-Ebenen-Modell ist mittlerweile so weit kommuniziert, das es für alle Anbieter und das zuständige Sozialministerium als gemeinsame Planungsgrundlage dient. Aus heutiger Sicht wird es Ausgangspunkt der für 2004 / 2005 anstehenden Fortschreibung des Landespsychiatrieplanes werden.

Basisstrukturmodell als Drei-Ebenen-Modell



Auf der **Ebene 1**, deren Einzugsgebiet 40.000 bis maximal 60.000 Einwohner umfasst, sollen die basalen Hilfen vorhanden sein: die Grundversorgung im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung, die Sozialpsychiatrischen Leistungen zur Selbstversorgung (im wesentlichen *Betreutes Wohnen*) und Sozialpsychiatrischen Leistungen zur Tagesgestaltung (v.a. *Tagesstätte*) und Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (v.a. Begegnungsstätte) inklusive der Möglichkeiten von Zuverdienst. Als organisatorische Hülle wird empfohlen, die Angebote in einem sogenannten „Service-Haus“ zu bündeln, um ein möglichst differenziertes Leistungsspektrum vor Ort erbringen zu können. Dabei versteht sich das „Service-Haus“ als *Idee* mit regional völlig unterschiedlichem Charakter in der Umsetzung. Basis und „Keimzelle“ für diese Grundversorgung werden die Tagesstätten mit ihrem im Land sehr gut ausgebauten Standard sein: Immerhin steht in Mecklenburg-Vorpommern bereits heute rein rechnerisch für knapp 20.000 Einwohner eine Tagesstätte zur Verfügung.

Die **Ebene 2** erstreckt sich auf die gesamte Gebietskörperschaft mit einem umfassenden Versorgungsanspruch (Vollversorgung) für den Bereich Wohnen sowie einem tagesklinischen Angebot. Es wird davon ausgegangen, dass eines der Servicehäuser der Region verkoppelt wird mit einem tagesklinischen Angebot inklusive Institutsambulanz der zuständigen Versorgungsklinik. Auf der Insel Rügen wird das erste Service-Haus mit Tagesklinik-Angebot, gemeinsam getragen von zwei Anbietern (Klinik und psychosozialer Hilfsverein), in

Kürze eröffnet. Alle Angebote der Ebene 2 sollten in einem gemeindepsychiatrischen Verbund zusammengefasst werden.

Auf der **Ebene 3**, die dem Versorgungsgebiet der zuständigen Klinik entspricht und sich im allgemeinen über 2 bis 3 Gebietskörperschaften erstreckt, wird die stationäre klinische Versorgung, Angebote der medizinischen und beruflichen Reha sowie spezielle Arbeitsangebote (Integrationsfirma, WfBM etc.) sichergestellt.

Zentraler Punkt dieses Modells der psychiatrischen Versorgung ist es, die Lebensfeldorientierung dadurch in den Mittelpunkt zu stellen, dass insbesondere die basalen Hilfen (Selbstversorgung, ambulante Behandlung, Unterstützung bei der Tagesgestaltung) im unmittelbaren Lebensumfeld erbracht werden und es bereits auf der Ebene der Gebietskörperschaft darum geht, den Vollversorgungsanspruch einzulösen. Zur Unterstützung dieser „hohen Messlatte“ wird vom Sozialministerium ein Forschungsprojekt „Systemsprenger“ gefördert, das in die Entwicklung der Praxis eng eingebunden ist.

Hilfeplanung

Ausgehend vom Ansatz des Basisstrukturmodells, dessen wesentliche Grundlage die Lebensfeld orientierte Leistungserbringung ist, konnte mittlerweile die Erarbeitung eines Verfahrenspaketes für die individuelle Hilfeplanung auf Basis des von der AKTION PSYCHISCH KRANKE entwickelten Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) abgeschlossen werden. Mit einer vom Sozialministerium finanzierten landesweiten Schulungsserie (1 Schulung pro Gebietskörperschaft) hat heute das Verfahren eine hohe Akzeptanz und einen guten Kenntnisstand bei allen Beteiligten. Immerhin nahmen an den dezentral durchgeführten Schulungen jeweils zur Hälfte Mitarbeiterinnen der Anbieter und zur anderen Hälfte Mitarbeiterinnen von Sozial- und Gesundheitsämtern teil. Alle Schulungen wurden mit einem speziellen, in Mecklenburg-Vorpommern vom Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald entwickelten, sehr Praxis orientierten Curriculums durchgeführt. Dieses Schulungskonzept, das neben der Wissensvermittlung auf die Veränderungen von „Haltungen“ zielt, war ein großer Erfolg. So ist geplant, dass ab 1.1.2004 der IBRP in allen Gebietskörperschaften der Standard für den Hilfeplan nach § 46 BSHG wird und dass das Sozialministerium dies im Rahmen seiner Fachaufsicht als verbindlichen Standard für Mecklenburg Vorpommern festschreibt. Der Konsens zwischen den Gesundheits- und Sozialämtern der Gebietskörperschaften ist mittlerweile weitestgehend hergestellt.

Maßnahmeplanung

Wesentlicher Bestandteil aller Komplexleistungen für psychisch Kranke ist die Eingliederungshilfe. Insofern galt es ein Modell für die Quantifizierung des im IBRP dem BSHG zugeordneten Hilfebedarfes zu suchen. Die Erarbeitung einer Maßnahmeplanung mit Leistungsbeschreibung bzw. einem Leistungskatalog für die Erfassung aller Unterstützungsbestandteile in Minutenwerten wurde abgeschlossen und in zwei Regionen (Stadt und Landkreis) erfolgreich erprobt. Zur Zeit gehen wir davon aus, dass es in ausgewählten Regionen ab 1.1.2005 auf Basis dieser Maßnahmeplanung zu einer personenzentrierten Finanzierung von Leistungen des örtlichen und überörtlichen Kostenträgers kommt und dass eine institutionszentrierte Finanzierung aufgegeben wird.

Kommunalisierung der Eingliederungshilfe

Insbesondere in einem Flächenland mit „weiten Wegen“ war die Übertragung der Finanzverantwortung dorthin, wo Psychiatrie-Erfahrene ihren Lebensmittelpunkt haben, in die Kommune und damit die Zusammenführung von Fach- und Kostenentscheidung in den zuständigen Gebietskörperschaften eine zentrale Forderung unseres *Modellprojektes Sozialpsychiatrie*. Seit 2002 ist mit dem *Gesetz zur Neuordnung der Aufgaben nach dem Bundessozialhilfegesetz* die Übertragung auch der Finanzen des überörtlichen Kostenträgers an die Kommunen und damit die Möglichkeit der Entscheidung vor Ort über die Art der Hilfen erfolgt. Darüber hinaus ist es das einzige uns bekannte Gesetz in der Bundesrepublik, dass Finanzen und Personenzentrierung / Lebensfeldorientierung verkoppelt und den Sozialhilfeträger verpflichtet „unter Beachtung des § 3a BSHG eine personenzentrierte und lebensfeldorientierte Leistungserbringung zu ermöglichen“ (Artikel 2 § 3). Hiermit sollen in den regionalen Hilfeplan-

konferenzen intelligente Angebotsstrukturen – orientiert am Hilfebedarf des Einzelnen – gefördert werden, die sich nicht mehr daran orientieren, wer muss die Leistung (örtlich vs. überörtlich) bezahlen, sondern daran, welche Hilfen braucht ein Klient vor Ort. Auch wenn noch keine definitive Aussagen über die Wirkung dieses Gesetzes getroffen werden können und sich erste kleinere „Macken“ in der Umsetzung herausgestellt haben, so ist bereits heute festzustellen, dass das Verantwortungsbewusstsein für die Entscheidung über Hilfeart und Kosten bei den Sozialämtern deutlich gestiegen ist, seit sie die Kostenverantwortung für stationär und ambulant haben. Zu beobachten ist, dass jetzt vermehrt kreative Lösungen für die Betroffenen jenseits institutioneller Strukturen gesucht werden, was in einer Kommune bereits zur Aufhebung der Vollversorgung im Heim (Auflösung eines Heimes) zugunsten ambulanter Strukturen oder zur Flexibilisierung von Tagesstätten-Angeboten geführt hat.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass in Mecklenburg-Vorpommern mit wesentlicher Unterstützung der Landesregierung und im Konsens mit den Anbietern ein Prozess begonnen hat, der vor allem die Lebensfeldorientierung der Leistungserbringung nicht nur in den Vordergrund, sondern auf gesetzliche Grundlagen stellt. Damit kann zukünftig im ländlichen Raum eine Grundversorgung derart sichergestellt werden, dass größere zentrale Heimbereiche ihre Berechtigung verlieren und Psychiatrie-Erfahrene individuell zugeschnittene Unterstützungsleistungen in ihrem Umfeld erhalten.

Dr. Ingmar Steinhart

Projektleiter „Projekt Kommunale Psychiatrie“

Landesverband Psychosozialer Hilfsvereine Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Schiffbauerring 20

18109 Rostock

Email: LPH-MV@t-online.de

Veröffentlichung in der Zeitschrift "KERBE" 3/2003