

Nicht mehr – sondern anders

10 Jahre BTHG – eine kritische (subjektive) Bestandsaufnahme

VON STEFAN CORDA-ZITZEN

Nach einer Bilanz zum Stand der Eingliederungshilfe zehn Jahre nach der Einführung des Bundesteilhabegesetzes macht der Beitrag grundlegende Vorschläge zur Weiterentwicklung des Systems. Auf einer tragfähigen Vertrauensbasis werden u. a. Budgetlösungen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung vorgeschlagen, bei denen die Sozialpsychiatrischen bzw. Gemeindepsychiatrischen Zentren stärker eingebunden werden sollen.

2016 ging ein spürbares Aufatmen durch die Fachwelt. Mit dem neuen Bundesteilhabegesetz (BTHG) verbanden sich große Erwartungen. Ein zentrales Ziel war, dass Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen nicht mehr vom Wohnort abhängen dürfen. Gleichzeitig sollten besondere Wohnformen flexibler gestaltet werden. Das Wunsch- und Wahlrecht sollte gestärkt werden und auch beinhalten, dass Bewohnerinnen und Bewohner einzelne Leistungen individuell »buchen« können – sowohl innerhalb ihrer Einrichtung als auch extern. Die Grundidee war, dass jede und jeder passgenau die Unterstützung erhält, die im jeweiligen Einzelfall benötigt wird.

Zehn Jahre später müssen wir jedoch kritisch feststellen, dass sich viele dieser Erwartungen nur teilweise erfüllt haben. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern wirken heute gefühlt sogar noch stärker ausdifferenziert als zuvor. Menschen mit »Eigensinn« oder mit komplexem Hilfebedarf finden im bestehenden System häufig keinen angemessenen Platz. Abgesehen von der formalen Trennung zwischen existenzsichernden Leistungen und Fachleistungen scheint von den ursprünglichen Reformzielen in der Praxis nicht allzu viel übriggeblieben zu sein. Zudem wird zunehmend die Frage gestellt, ob bei steigenden Ausgaben tatsächlich auch mehr Unterstützung bei den einzelnen Menschen ankommt.

Gleichzeitig hat sich das gesellschaftliche Umfeld deutlich verändert. In der Öffentlichkeit werden immer häufiger einzelne Gewalttaten über die Medien bekannt, die eine breite Debatte auslösen. Der Ruf nach mehr Sicherheit, nach Gefährderlisten und präventiven Maßnahmen wird lauter. In Nordrhein-Westfalen wurde beispielsweise von der Polizei das Konzept PeRiskOP (Personen mit Risikopotenzial) eingerichtet, um Amokläufe und Anschläge frühzeitig zu verhindern. Dabei geraten insbesondere psychisch erkrankte Menschen in

den Fokus. Auch andere Bundesländer entwickeln entsprechende Strukturen: In Bayern existiert ein Rahmenkonzept zur Risikoanalyse und -bewertung, in Hamburg das Kompetenzzentrum für Risikobewertung (KoRis). Auch die sich nach und nach ändernden PsychKG bzw. PsychKHG der Länder gehen in keine gute Richtung. Diese Entwicklungen sind keine guten Nachrichten und zeigen, dass »wir« mit unseren Hilfesystemen offenbar nicht immer die richtigen Menschen erreichen oder rechtzeitig unterstützen.

Parallel dazu entsteht eine neue Dynamik auf der Ausgabenseite. Steigende Personalkosten infolge von Tarifabschlüssen, ein wachsender Verwaltungsaufwand bei den Leistungsträgern sowie eine zunehmende Zahl von Anträgen führen zu deutlich höheren Kosten. Gleichzeitig wächst auf beiden Seiten das Misstrauen: bei Leistungsträgern und Politik ebenso wie bei Leistungsanbietern und Wohlfahrtsverbänden.

Eine positive Entwicklung ist allerdings erkennbar: Auf verschiedenen Ebenen – sowohl in den Bundesländern als auch etwa durch Forderungen der Fachgesellschaften – wird verstärkt für gemeindepsychiatrische Verbünde mit verbindlichen Kooperationen und klaren Versorgungsverpflichtungen plädiert.

Vielleicht ist genau jetzt der Moment gekommen, das System ehrlich zu betrachten, Fehlentwicklungen zu benennen und gemeinsam zu klären, was wirklich gebraucht wird, damit Teilhabe für alle Menschen tatsächlich gelingt. Eine solche Diskussion muss offen geführt werden, wo Strukturen nicht funktionieren, wo Ressourcen nicht zielgerichtet eingesetzt werden und wo Menschen durch Raster fallen. Nur wenn diese Fragen gestellt und beantwortet werden, kann sich das System weiterentwickeln und seinem ursprünglichen Anspruch, echte Teilhabe zu ermöglichen, tatsächlich näherkommen.

System bedarf einer grundlegenden Veränderung

Zumindest aus rheinischer Sicht lässt sich rückblickend feststellen, dass bereits die sogenannte »Hochzonung« (1) des Betreuten Wohnens und der Wechsel hin zu im Einzelfall bewilligten Fachleistungsstunden im Jahr 2004 einen regelrechten Quantensprung darstellten. Dieses System prägt bis heute in vielen Regionen die praktische Arbeit der Anbieter. 22 Jahre später und zehn Jahre nach Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes stellt sich jedoch die Frage, ob diese Struktur noch zeitgemäß ist. Aus meiner Sicht bedarf das System mittlerweile einer grundlegenden Veränderung.

Gerade in finanziell angespannten Zeiten stehen Träger und Einrichtungen vor einem strukturellen Dilemma. Als Geschäftsführer muss man darauf achten, dass die bewilligten Fachleistungsstunden in den einzelnen Fällen auch tatsächlich erbracht werden, um am Ende eines Bewilligungszeitraums nicht erhebliche Rückzahlungen leisten zu müssen. Gleichzeitig entstehen im System immer wieder lange Zeiträume bis zur Bewilligung von Leistungen im Einzelfall. Diese Verzögerungen führen dazu, dass man es sich organisatorisch und wirtschaftlich kaum leisten kann, viele Menschen aus dem System abzumelden und gleichzeitig viele neue Klientinnen und Klienten aufzunehmen.

Gerade zu Beginn einer Betreuung braucht es häufig mehrere Monate, bis der tatsächliche Unterstützungsbedarf zuverlässig ermittelt werden kann. In den ersten Wochen und Monaten stehen meist akute Problemlagen im Vordergrund, die zunächst stabilisiert werden müssen. Erst danach lassen sich Bedarfe systematisch erfassen. Parallel dazu müssen zahlreiche Unterlagen zusammengetragen werden: fachärztliche Stellungnahmen, Berichte über Krankenhausaufenthalte, Einkommensnachweise und weitere Dokumente.

Wenn schließlich alle Unterlagen vollständig eingereicht sind, benötigt auch der Leistungsträger Zeit für die Bearbeitung. Kommen zusätzliche Faktoren hinzu – etwa ungeklärte Vermögensfragen oder ein Erbfall – kann sich der gesamte Prozess schnell auf neun Monate bis zu einem Jahr oder sogar länger ausdehnen.

In der Praxis lässt sich leicht ausrechnen, welche Auswirkungen dies auf größere Einrichtungen oder Dienste hat. Wenn sich solche Verzögerungen nicht nur in Einzelfällen, sondern parallel in 50, 60 oder 70 Fällen ergeben, gerät das System zwangsläufig an seine Grenzen.

Tragfähige Vertrauensbasis

Um die Ausgabendynamik zu bremsen und gleichzeitig sicherzustellen, dass Menschen weiterhin die Unterstützung erhalten, die sie im Einzelfall benötigen, braucht es neue Lösungen. Ein erster Schritt wäre aus meiner Sicht, auf beiden Seiten eine tragfähige Vertrauensbasis zu schaffen, auf deren Grundlage Leistungsträger und Leistungserbringer tatsächlich auf Augenhöhe gemeinsam steuern können. Solange Hinweise auf alternative Unterstützungsangebote – etwa Sozialtherapie, Kontakt- und Beratungsstellen oder andere niedrigschwellige Hilfen – nicht verbindlich in die Versorgung integriert werden können, entsteht ein strukturelles Problem. Menschen können dann zwar auf solche Angebote verwiesen werden, erhalten jedoch parallel oder anschließend dennoch Leistungen der Eingliederungshilfe bei einem anderen Anbieter. In der Folge wächst die Zahl der Leistungsbeziehenden nahezu unbegrenzt weiter.

Eine mögliche Lösung könnten aus meiner Sicht stärker budgetorientierte Modelle sein. Klare, gemeinsam vereinbarte Budgets würden sowohl Planungssicherheit schaffen als auch eine größere Flexibilität ermöglichen, Leistungen bedarfsgerecht zu organisieren. Gleichzeitig könnten sie dazu beitragen, Verantwortung stärker gemeinsam zu tragen und Ressourcen gezielter einzusetzen.

Noch einmal zusammengefasst: Die Diskussion um die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit

psychischen Erkrankungen wird derzeit an vielen Stellen intensiv geführt. Steigende Fallzahlen, zunehmende bürokratische Anforderungen und eine wachsende Ausgabendynamik stellen Leistungsträger und Leistungserbringer gleichermaßen vor neue Herausforderungen. Gleichzeitig bleibt der Anspruch bestehen, personenzentrierte, flexible und sozialraumorientierte Unterstützungsangebote zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage nach alternativen Steuerungsmodellen zunehmend an Bedeutung.

Budgetlösungen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung

Ein möglicher Ansatz besteht in der Erprobung budgetorientierter Lösungen innerhalb der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Sozialpsychiatrische oder Gemeindepsychiatrische Zentren (SPZ/GPZ) nehmen in diesem Kontext eine zentrale Rolle ein. Sie verstehen sich traditionell als niedrigschwellige, multiprofessionelle Anlaufstellen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und tragen in vielen Regionen eine faktische Versorgungsverantwortung. Auch im Rahmen eines Budgetmodells sehen sich die SPZ/GPZ aus meiner Sicht dieser regionalen Verantwortung verpflichtet. Ziel ist es, die bestehende Versorgungsstruktur weiterzuentwickeln, ohne den personenzentrierten Ansatz und die sozialräumliche Orientierung aufzugeben.

Mit der Einführung neuer Instrumente wie des Bedarfsermittlungsinstrument (im Rheinland BEI) sowie einer integrierten sogenannten 106er-SPZ-Beratung (2) eröffnen sich neue Möglichkeiten, Steuerungsprozesse innerhalb der Eingliederungshilfe weiterzuentwickeln. Diese Entwicklungen können genutzt werden, um Modellprojekte zu initiieren, in denen budgetorientierte Ansätze unter realen Versorgungsbedingungen erprobt werden.

Ziel solcher Modellprojekte wäre es, bürokratische Prozesse zu reduzieren, flexiblere Unterstützungsformen zu ermöglichen und gleichzeitig Fehlanreize innerhalb der bestehenden Steuerungslogiken zu vermeiden.

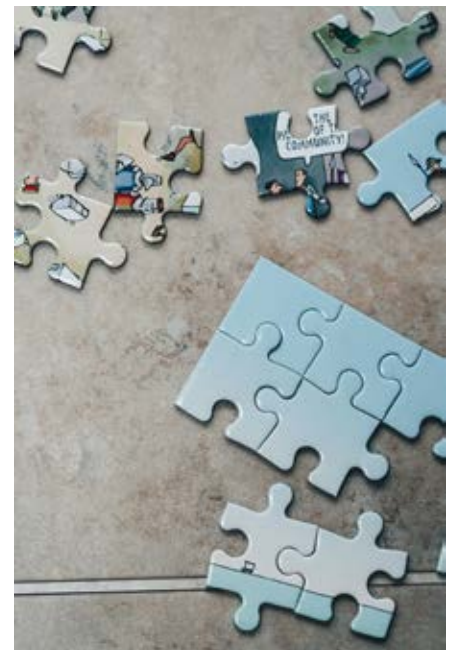


Foto: Jonny Gios auf Unsplash

Ein zentraler Ausgangspunkt für ein solches Modell ist die Zusammenarbeit im sozialrechtlichen Dreieck zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten. Budgetlösungen können nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn alle beteiligten Akteure auf der Grundlage einer partnerschaftlichen Kooperation zusammenarbeiten. Planung, Verantwortung und Steuerung müssen transparent gestaltet und gemeinsam getragen werden. Dabei kommt es insbesondere darauf an, Vertrauen zwischen den beteiligten Institutionen aufzubauen und fachliche Handlungsspielräume zu eröffnen.

Ein wesentliches Merkmal eines Budgetmodells besteht darin, den Fokus stärker auf Wirkungen und Teilhabeziele zu richten, anstatt Leistungen primär über minutengenaue Zeitkontingente zu steuern. In der derzeitigen Praxis steht häufig die Abrechnung einzelner Fachleistungsstunden im Mittelpunkt. Diese Logik führt nicht selten zu einem erheblichen administrativen Aufwand und kann zugleich die notwendige Flexibilität in der Unterstützung einschränken. Ein budgetorientierter Ansatz würde demgegenüber ermöglichen, Ressourcen stärker bedarfsorientiert und situationsbezogen einzusetzen.

Unterschiedliche Budgetformen

In der praktischen Umsetzung sind unterschiedliche Budgetformen denkbar. So könnten beispielsweise trägerbezogene Finanzbudgets vereinbart werden, die die

regionale Versorgungsverantwortung der jeweiligen Einrichtungen abbilden. Innerhalb dieser Budgets könnten die Träger Ressourcen eigenständig steuern und flexibel einsetzen. Eine weitere Möglichkeit bestünde in der Einführung von pauschalierten Fachleistungsstundenkontingenten auf Teamebene, die intern entsprechend der individuellen Bedarfe der Leistungsberechtigten verteilt werden. Ergänzend wären auch fallbezogene Budgets für einzelne Leistungsberechtigte denkbar, insbesondere für Personen mit einem klar definierten Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe.

Allen Varianten gemeinsam ist das Ziel, bürokratische Prozesse zu reduzieren und gleichzeitig fachliche Handlungsspielräume zu erweitern. Gerade in der gemeindepsychiatrischen Arbeit, in der Unterstützungsbedarfe häufig dynamisch verlaufen und sich kurzfristig verändern können, ist eine flexible Ressourcensteuerung von zentraler Bedeutung.

Sozialräumliche Orientierung

Eine besondere Rolle kommt dabei der sozialräumlichen Orientierung der Angebote zu. Sozialpsychiatrische Zentren arbeiten traditionell in multiprofessionellen Teams und sind eng mit anderen Angeboten im Sozialraum vernetzt. Budgetmodelle könnten diese Netzwerkarbeit zusätzlich stärken, indem sie Ressourcen nicht ausschließlich an individuelle Leistungsfälle binden, sondern auch fallübergreifende Koordinations- und Vernetzungsaufgaben ermöglichen. Dazu gehören beispielsweise Kooperationen im Gemeindepsychiatrischen Verbund, die Koordination mit Angeboten der medizinischen Versorgung sowie Schnittstellen zu Leistungen anderer Sozialgesetzbücher.

Wirkungsorientierung

Parallel zu einer größeren Flexibilität in der Leistungserbringung muss auch die Qualitätssteuerung neu gedacht werden. Während bislang häufig prozessuale Indikatoren – etwa Kontaktfrequenzen – im Vordergrund stehen, sollten künftig stärker Ergebnisindikatoren berücksichtigt werden. Dazu zählen beispielsweise

die Stabilität der Wohnsituation, die Vermeidung von Krisen und stationären Aufnahmen, die subjektive Teilhabezufriedenheit der Leistungsberechtigten oder die individuelle Zielerreichung im Rahmen von Unterstützungsprozessen. Eine solche Wirkungsorientierung kann dazu beitragen, die Qualität der Leistungen transparenter zu machen und gleichzeitig bürokratische Dokumentationsanforderungen zu reduzieren.

Gatekeeper SPZ

Ein weiterer wichtiger Baustein innerhalb eines möglichen Budgetmodells ist die neue 106er-SPZ-Beratung. Sie könnte eine zentrale Rolle bei der unabhängigen, bedarfsorientierten Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen übernehmen. In einem Budgetmodell könnten die SPZ dabei auch als eine Art »Gatekeeper« fungieren, indem sie gemeinsam mit den Leistungsberechtigten klären, welche Unterstützungsangebote im jeweiligen Einzelfall sinnvoll und notwendig sind. Dadurch ließe sich verhindern, dass Leistungen ausschließlich nach institutionellen Zuständigkeiten oder bestehenden Angebotsstrukturen in Anspruch genommen werden.

Nicht mehr – sondern anders

Aus Sicht der Leistungsberechtigten könnte ein budgetorientierter Ansatz vor allem mehr Flexibilität und größere Gestaltungsmöglichkeiten bedeuten. Unterstützungsleistungen könnten stärker an individuellen Lebenssituationen ausgerichtet werden, und auch ein schrittweiser Ausstieg aus Unterstützungsleistungen im Sinne einer Recovery-Orientierung wäre leichter möglich. Für Leistungserbringer wiederum könnte ein Budgetmodell zu einer deutlichen Entlastung von bürokratischen Verfahren führen und zugleich ermöglichen, Ressourcen dort einzusetzen, wo sie fachlich am dringendsten benötigt werden.

Auch aus Sicht der Leistungsträger könnten Budgetmodelle Vorteile bieten. Eine stärker wirkungsorientierte Steuerung würde nicht nur mehr Transparenz über die tatsächlichen Effekte der einge-

setzten Mittel schaffen, sondern könnte zugleich dazu beitragen, die derzeitige Ausgabendynamik besser zu steuern. Voraussetzung dafür ist allerdings eine klare regionale Verantwortungsstruktur sowie eine enge Kooperation zwischen allen Beteiligten.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, budgetorientierte Modelle zunächst im Rahmen regional begrenzter Modellprojekte zu erproben. Besonders geeignet könnten Regionen sein, in denen bereits aktive Gemeindepsychiatrische Verbünde bestehen und die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren etabliert ist. Ebenso könnten Regionen mit starken Sozialpsychiatrischen Zentren und komplexen Leistungsverbünden bei der Auswahl Berücksichtigung finden.

Die Einführung von Budgetlösungen wäre dabei nicht als Ausweitung des Leistungssystems zu verstehen, sondern vielmehr als Versuch, bestehende Ressourcen anders zu organisieren. Leitmotiv eines solchen Ansatzes könnte daher sein: »Nicht mehr – sondern anders.« Ziel wäre eine Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung hin zu mehr Personenzentrierung, größerer Flexibilität und einer stärkeren sozialräumlichen Orientierung – bei gleichzeitig verantwortungsvollem Umgang mit öffentlichen Mitteln.

Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe steht damit an einem wichtigen Punkt. Budgetmodelle könnten einen Beitrag dazu leisten, die Balance zwischen fachlicher Qualität, individueller Teilhabe und finanzieller Steuerbarkeit neu auszu-tarieren. Voraussetzung ist allerdings die Bereitschaft aller Beteiligten, neue Wege zu erproben und die bestehenden Strukturen gemeinsam weiterzuentwickeln. ■

Stefan Corda-Zitzen, Geschäftsführer der PHG Viersen gGmbH, Vorsitzender der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V.

Anmerkungen

- 1 Während vor 2004 eine Begrenzung der Plätze im Betreuten Wohnen bestand, gab es mit der Marköffnung, als »Hochzonung« benannt, keine Platzzahlbegrenzung mehr.
- 2 Geplant ist, dass die SPZ den LVR in der Erstberatung unterstützen. Das nennt man dann kooperative Beratung.