

IV Regionales Verbundsystem – Schwerpunkt: Was heißt Personenzentrierung und Teilhabeorientierung in der Hilfe für chronisch Abhängigkeitskranke (CMA)

„Hilfen wie aus einer Hand“ – die personenzentrierte und sozialräumliche Integration von Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie

Mechthild Böker-Scharnhölz

Dies ist ein Bericht über den Versuch des Stiftungsbereichs Integrationshilfen der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel, konsequent individuelle Hilfen für unterstützungsbedürftige Menschen zu organisieren. Die Hilfen richten sich an Bielefelder Bürger mit komplexem Hilfebedarf aus den Arbeitsbereichen Psychiatrie, Sucht (CMA) und Wohnungslosenhilfe. Die neue Organisation bezieht sich nicht auf ein kleines Modellvorhaben, sondern schließt den größten Teil der in Bielefeld vorhandenen Hilfen für diesen Personenkreis ein, das sind fast alle stationären Eingliederungshilfeangebote und ca. 40% der ambulanten Hilfen. 700 Klienten und 400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden ab 2010 mit der neuen Organisation Erfahrungen machen. Es geht um die Transformation der alten institutionell geprägten und an der Refinanzierungsstruktur ausgerichteten Institution in ein neues System, das die Hilfen für den Einzelnen zur wichtigsten Grundlage der Gestaltung erhebt.

Die Fragen am Anfang

Die letzten zwei Jahrzehnte waren geprägt von neuen Begriffen und den zugrundeliegenden neuen Ideen. Wesentliche Stichworte waren: Regionalisierung, Normalisierung, Teilhabegerechtigkeit, gesellschaftliche Partizipation, Recovery und Kundenorientierung, Empowerment, Sozialraumorientierung, Inklusion, Personenzentrierung, passgenaue Hilfen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und auch Leitsätze wie „Konzepte dienen den Menschen, nicht die Menschen den Konzepten“.

Die neuen Leitideen sind sehr inspirierend für die Arbeit im Stiftungsbereich gewesen. Unsere Vorstellung war lange Zeit, dass sich durch konsequente Hilfeplanung und zuverlässige Durchführung der vereinbarten Hilfen der neue personenbezogene Ansatz in der Praxis realisieren würde. Die ersten Mittel zur Umsetzung waren die Qualifizierung der Hilfeplanung und die Fokussierung auf den individuellen Hilfeprozess. Die Schulung der Mitarbeitenden in Hilfeplanung und die Kontrolle der Ergebnisse wurden zum wichtigen Schwerpunkt. Parallel wurden verschiedene therapeutische Verfahren weiterentwickelt und ausgebreitet, dazu gehörten Psychoedukative Verfahren, Betreuungsvereinbarungen, Gruppen zum Training sozialer Fähigkeiten („Skills-Training“) und im Suchtbereich speziell der Community Reinforcement Approach-Ansatz.

Die Erfolge der Maßnahmen waren aber mittelmäßig und blieben hinter den Erwartungen weit zurück. Die regelmäßigen Überprüfungen der Hilfeplanung und der Hilfestellung ergaben, dass über 50% der Planungen nicht aktuell waren und dass die vereinbarten Maßnahmen oft nicht durchgeführt wurden. Die Klienten wurden an Hilfeplangesprächen

nicht zentral beteiligt. Trotz der vielen Initiativen und Maßnahmen war in der Praxis die Grundhaltung der individuellen Hilfen nicht angekommen. Die beiden beliebten Erklärungen – kein Personal und zuviel Dokumentation - konnten das negative Ergebnis nicht ausreichend erklären. Zunächst waren wir hilflos. Wir haben uns gefragt: Warum zündet der Funke der individuellen Hilfe nicht? Sind die Mitarbeiter oder die Klienten zu hospitalisiert? Sind wir zu theoretisch, zu ideologisch?

Es gibt ein wunderbares Zitat von Sybille Prins. Sie ist eine Aktivistin im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) und lebt in Bielefeld. Über das Gemeindepsychiatrische Netz in Deutschland hat sie gesagt: „Es gibt weder Notwendigkeiten noch Anlass, vielleicht auch keine Gelegenheit mehr, außer-psychiatrische Bezüge zu suchen... . Betroffene, aber auch Mitarbeiter, verlieren immer mehr den Kontakt und den Bezug zu dem, was außerhalb dieses besonderen Rahmens geschieht... . Mitarbeiter, denen ja eigentlich nur die Funktion von befristeten „Ersatzspielern“ zugeordnet war, werden zum dauerhaften Familien-, Partner- und Freundesersatz... . Verhaltensweisen und Spielregeln werden nicht nur entwickelt, sondern auch für das außerpsychiatrische Leben empfohlen, die dort nicht gängig sind und mit Befremden betrachtet werden.“¹

Wenn also die Absonderung und Isolation in besondere Wohnformen und künstliche Lebenswelten für Klienten und Klientinnen und für Mitarbeitende vermieden werden soll, greift die Sicht auf das jeweilige Individuum und die Förderung seiner Anliegen zu kurz. Auch die grundsätzliche Struktur des Systems muss sich verändern, denn die aktuelle Organisationsform unterstützt die neuen Werte nicht. Wertewandel realisiert sich nur, wenn das System sich mit verändert. Das (neue) System muss die Umsetzung der neuen Werte erzwingen.

Die neuen Leitideen

Auf dieser Basis sind folgende Anforderungen und Grundsätze für die Entwicklung der neuen Struktur und für die Leistungserbringung festgelegt worden:

- Die konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf durch
 - die Ermittlung des Hilfebedarfs mit unverstelltem Blick
 - eine individuelle, zielgenaue Maßnahmenplanung,
 - die Trennung von Hilfeplanung und Hilfeleistung und
 - Trennung der individuellen Unterstützung und „Hotelleistung“
- Die Realisierung von Teilhabe und Inklusion durch die grundsätzliche Erschließung und Nutzung von 'normalen', in der Stadt Bielefeld vorhandenen Angeboten. Zusätzliche eigene Angebote werden nur dann entwickelt, wenn ohne sie eine bedarfsgerechte Hilfe nicht gewährleistet ist.
- Die Aufhebung der Versäulung der Hilfen in bezug auf
 - die Arbeitsfelder (Psychiatrie, Wohnungslosenhilfe, Sucht) und
 - die Leistungsart (ambulant/stationär)

¹ S. PRINS, (2006): Leitlinien der psychiatrischen Arbeit in Bielefeld – aus Sicht der Nutzer. Unveröffentl. Typoskript, Bielefeld. Im Internet auf der Seite [www. Integrationshilfen-Bethel.de](http://www.Integrationshilfen-Bethel.de) als Download verfügbar.

- Die Entwicklung spezifischer Settings und Milieus
 - orientiert am Bedarf aber
 - nicht begründet durch institutionelle Bedingungen
- Die Erhaltung langfristiger wirtschaftlicher Stabilität
- Die Bereitstellung interessanter Arbeitsplätze

Zwischenbemerkung: Ein Blick auf die Entwicklung der Institution und der neuen Idee

Dass es möglich ist, die Hilfen in diesem Stiftungsbereich so radikal umzugestalten, hat mit der besonderen Struktur der Institution zu tun. Schon seit 1990 befindet sich der Bereich in einem Umwandlungsprozess vom bundesweiten Anbieter von Wohnheimplätzen zum Mitgestalter und Anbieter differenzierter Hilfen im stationären und ambulanten Setting unter Beachtung der regionalen Pflichtversorgung. Dabei werden die stationären Plätze in der Eingliederungshilfe und der Wohnungslosenhilfe auf den regionalen Bedarf zurückgeführt. Zurzeit stammen noch ca. 40 % der Eingliederungshilfeempfänger im längerfristigen stationären Psychriatriebereich nicht aus der Stadt Bielefeld. Die Regionalisierung wird dazu führen, dass in zwei Jahrzehnten faktisch nur noch Bielefelder Bürgerinnen und Bürger durch die Angebote des Stiftungsbereiches versorgt werden. Die Eingliederungshilfeleistungen des Stiftungsbereiches haben sich in der Vergangenheit differenziert: Neben der stationären Eingliederungshilfe Psychiatrie sind schon vor Jahren die stationäre Eingliederungshilfe Sucht und eine wachsende Abteilung für ambulante Eingliederungshilfe entstanden. Im Aufbau befinden sich stationäre Hilfen für Menschen mit erworbenen Hirnschäden.

Neben dem notwendigen Abbauprozess wurde als positive Vision 2003 das Konzept der drei Zentren entwickelt. Der stationäre Bedarf psychisch kranker Bielefelder Bürger soll in kleinen Wohneinheiten in Bielefeld überwiegend außerhalb der traditionellen Anstaltsorte Bethel und Eckardtsheim befriedigt werden.

Die Auseinandersetzung mit den Konzepten in diesem Entwicklungsprozess erweiterte die Sichtweise. Im Jahr 2003 waren nur die psychisch kranken Menschen, die einen Heimplatz benötigen, im Blick. Ab 2006 wurde das Konzept erweitert: In die Neugestaltung der Hilfen wurden auch die Heimplätze im Suchtbereich und der ambulante Dienst einbezogen. Besondere Vorteile wurden dabei für die Klienten und Klientinnen gesehen. In internen Papieren wurde dazu festgehalten: „Es ist möglich, für sie sanftere und genauere Hilfeplanungen zu entwerfen. Im Alltag können die Angebote zwischen dem ambulanten Bereich und dem Heimbereich verbunden werden. Darüber hinaus kann die Vertrauensperson bei einem Wechsel des Systems erhalten bleiben. Und es wird helfen, neue Ideen zu entwickeln und dem ‚institutionellen‘ Denken entgegenzuwirken.“

Mit der Neuordnung der Helfefelder in der Organisation der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel kam der Bereich der Wohnungslosenhilfe in den Blick. Bei der genauen Analyse wurde deutlich, dass die Einbeziehung der Hilfen für Bielefelder Wohnungslose in das Konzept sehr sinnvoll ist. Die mehrfachen Problemlagen der Klienten fordern die Überwindung der Grenzen der Fachgebiete auch im Leistungsbereich „Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass ein großer Teil der Menschen aus dem Bereich an chronischen

Suchterkrankungen leiden und viele auch chronisch psychisch erkrankt sind.²

Deutlich wurde: Die Menschen passen nicht in sozialrechtliche Schubladen. Niemand braucht „ambulante Eingliederungshilfe“, sondern allenfalls Begleitung bei der Verarbeitung einer Depression oder bei der Bewältigung seiner Alkohol- und Haschischsucht. Benötigt werden Informationen darüber, wie man an eine bezahlbare Wohnung kommt und Hilfe, um in einer Mietwohnung mit den Nachbarn klarzukommen. Die Eingliederungshilfe oder die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, die Krankenversicherung oder die Pflegeversicherung – alles das sind nur Bezeichnungen für Finanzierungswege. Jede dieser Leistungsarten grenzt sich von der anderen ab. Die Einsortierung in diese Schubladen sowie die Zuordnung der Hilfen zu Arbeitsfeldern (Sucht, Psychiatrie oder Wohnungslosenhilfe) und Hilfearten (ambulant oder stationär) sind weitere Grenzen und oft unüberwindliche Hürden bei der Planung des persönlichen Unterstützungsprogramms.

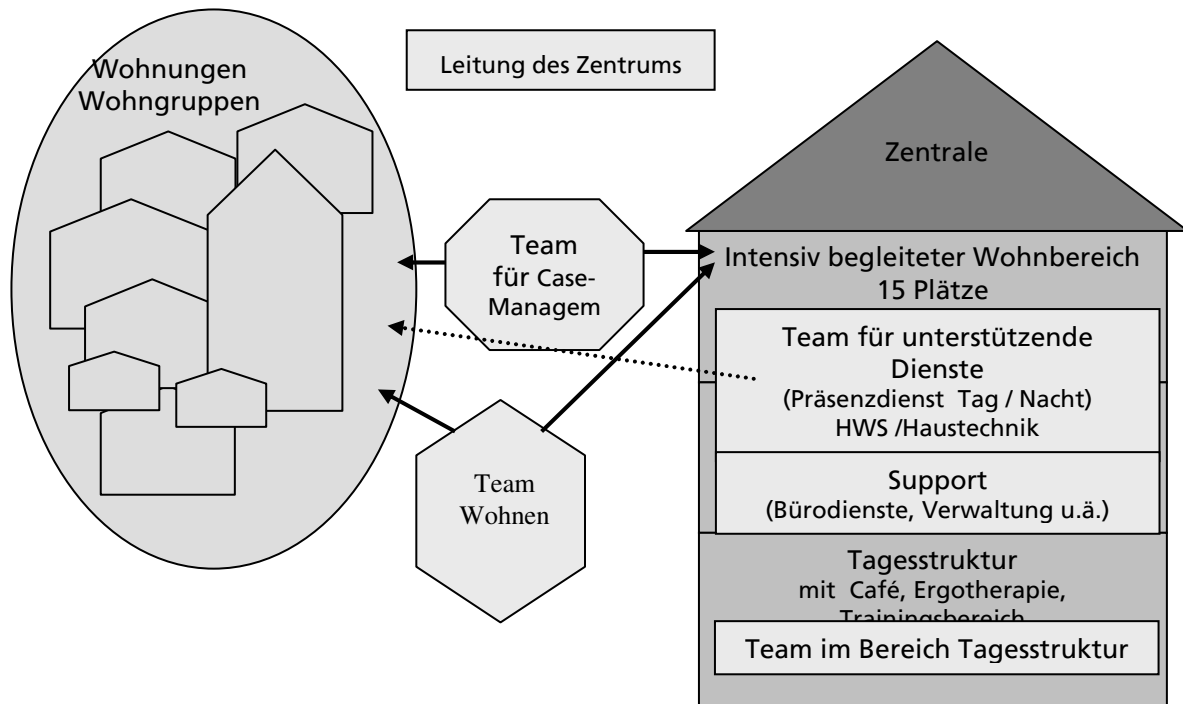
Die neue Praxis

In der Eingliederungshilfe sind individuelle Bedarfsermittlung und Hilfeplanung Standard im Prozess der Kostensicherung mit dem Leistungsträger und der Erbringung der Leistungen durch Einrichtungen. In Bielefeld folgt dieser Prozess für die Psychiatrie und die Sucht dem Raster der Integrierten Behandlungs- und Reha-Planung (IBRP). So ist es nach dem Projekt der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) mit dem überörtlichen Kostenträger, der Kommune und den Leistungserbringern abgesprochen. Zu Beginn der Hilfen und in regelmäßigen Abständen zur Überprüfung wird der Plan in der Hilfeplankonferenz abgestimmt. Der Hilfeplan ist ein Gesamtplan, er beschreibt die Ziele des Klienten und alle Unterstützungsleistungen, die benötigt werden damit die Ziele auch erreicht werden können. Die Ziele und die Hilfen und Maßnahmen sind mit dem Klienten abgestimmt, idealerweise hat er sie selbst formuliert und erkennt sie als seine eigenen Ziele an.

In der Praxis ist der Hilfeplan oft ein ungeliebter Papiertiger, der produziert wird, weil der Kostenträger es so will. Er ist nicht das Protokoll einer Vereinbarung zwischen Hilfeempfänger, Kostenträger und Leistungserbringer und Leitlinie für die gemeinsame Arbeit. Symptome dafür sind abstrakt formulierte Maßnahmen wie „Ich brauche Tagesstruktur“ oder auch „Ich brauche Hilfe bei Behördengängen“. Ursache für diese sozialpsychiatrischen Leerformeln ist die fehlende Übersetzung in die Lebenswirklichkeit des Klienten. Er wurde an der Hilfeplanung nicht ausreichend beteiligt. Das wollen wir mit der neuen Organisationsform ändern.

Die Frage ist, wie wir das konkret gestalten, wie wir unsere hehren Ziele umsetzen können. Hier sehen Sie ein schematisches Bild von der neuen Organisation.

Salize, H.J., Dillmann-Langer, C. Kentner-Figura, B. (2003) Alkoholabhängigkeit und somatische Komorbidität bei alleinstehenden Wohnungslosen, SUCHT AKTUELL 2, 52-57



Zum Zentrum direkt gehören Angebote in zwei Lebensbereichen, dem Wohnbereich und dem Bereich Tagesstruktur. Alle anderen notwendigen Unterstützungen werden bei Bedarf von anderen Trägern oder Einrichtungen geleistet.

- **Wohnbereich**

Im Zuge der Enthospitalisierung haben wir in der Stadt Wohnungen angemietet und kleinere Häuser gekauft. Schon jetzt existieren also vielfältige Möglichkeiten, in Einzelapartments und auch in Wohngruppen in der Stadt zu wohnen. Einige Häuser auf dem Anstaltsgelände werden wir noch aufgeben. Wenn wir in den Sozialraum gehen und das neue Konzept greift, hoffen wir, dass noch mehr Unterstützung in der Mietwohnung des Klienten geleistet werden kann und die eigene Wohnung erhalten bleibt auch wenn intensive Hilfe (z.B. nachts) benötigt wird. Der linke Teil des Bildes symbolisiert also unterschiedliche Wohnbereiche und Formen.

Weiterhin gibt es einen kleinen intensiv begleiteten Wohnbereich. Hier werden rund um die Uhr Mitarbeitende präsent sein. Niemand soll ausgeschlossen werden, deshalb wird hier auch Hilfe für die Menschen vorgehalten, die intensivere Pflege oder die ständige Ansprache oder auch Überwachung benötigen.

- **Bereich für Tagesstruktur**

Dieser Bereich wird unterschiedliche Funktionen erfüllen. Er dient als Kontaktstelle. Hier gibt es kleine Zuverdienstangebote für Menschen, die nicht oder noch nicht von einer anderen Arbeit profitieren können und von hier aus sollen Freizeitangebote für die Menschen organisiert werden. Zusätzlich wird ein kleiner Cafebereich aufgebaut.

In den Zentren arbeiten vier verschiedene Teams. Gemäß den Leitideen trennen wir die Hilfeplanung von der Unterstützung und getrennt sind auch die personenbezogenen Unterstützungen und die Hotelleistungen. Alle Funktionen, die wir jetzt schon haben, werden wir auf der Basis der Leitideen neu organisieren. Die vorhandenen

Unterstützungsmöglichkeiten werden flexibilisiert und sind je nach den individuellen Bedarfen zu nutzen. Menschen, die jetzt noch „ambulant“ unterstützt werden, haben, wenn nötig, Zugang zu Leistungen, die eigentlich nur für Heimbewohner bestehen und „Heimbewohner“ müssen keine Komplexeleistungen mehr nehmen. Die Leistungen in den Kategorien ambulant und stationär werden aufgelöst zugunsten eines differenzierten Hilfeensembles, dessen einzelne Elemente je nach individuellem Bedarf zum Tragen kommen.

Die Entwicklung und Konkretisierung des vorgestellten Konzeptes bearbeiten wir im Rahmen eines großen Projektes. „Wir“ – das sind fast 80 Mitarbeiter und ca. 10 % der Klienten, die von diesem großen Projekt als zukünftige Nutzer betroffen sind.

Wir werden also die Versäulung ambulant/stationär sowie Sucht/Psychiatrie/Wohnungslosenhilfe aufheben. Wir trennen Hilfeleistung und Hilfeplanung, in dem der Case-Manager die Hilfeplanung macht und die Hilfeleistung von den anderen Teams erbracht wird. Wir trennen die individuelle Hilfe von der Hotelleistung und die Teams arbeiten unabhängig von den Immobilien. Und das Ganze machen wir nach dem Sektorprinzip. Wenn wir also in Bielefeld mit seinen 328.000 Einwohnern über Gemeindepsychiatrie reden, dann denken wir immer in drei Sektoren: Süd, West, Ost und in jedem Sektor wird es eine Einheit, ein Zentrum geben.

Es gibt in den Zentren:

- ***Case-Management***

Das Case-Management kümmert sich um individuelle Hilfeplanung. Die Case-Manager unterstützen den Klienten in der Entwicklung und Umsetzung des Gesamthilfeplanes. Sie koordinieren und überwachen die Maßnahmen in den unterschiedlichen Bereichen (Wohnen und Tagesstruktur), organisieren regelmäßige Hilfeplangespräche, initiieren Hilfen aus Bereichen, die nicht im Zentrum vorgehalten werden, unterstützen beim Zugang zu medizinischen Leistungen, sorgen für die materiellen Grundlagen, haben im Blick das Primat der nichtpsychiatrischen Hilfen. Sie sind erste Ansprechpartner für Klienten und auch Angehörige. Idealerweise bleiben sie solange zuständig wie der Klient Hilfe im Zentrum braucht – egal aus welchem Bereich.

- ***Team Wohnen***

Die Mitarbeitenden dieses Teams sind für die persönlichen Hilfen im Alltag zuständig. Ihre Assistenzleistungen werden im Hilfeplangespräch abgesprochen. Das Team definiert sich nicht mehr über die Zugehörigkeit zu Stationen oder Wohngruppen oder ein Wohnhaus, sondern jedes einzelne Mitglied dieses Teams bleibt dauerhaft zuständig für eine Gruppe von Klienten, egal wo diese wohnen, ob im Intensivbereich oder in einer eigenen Wohnung.

- ***Team für unterstützende Dienste***

Dieser Bereich wird vorläufig „Hotelleistung“ genannt. Durch diese Abteilung wird der notwendige 24 Std.-Dienst organisiert. Er ist zuständig für alle Aufgaben, die neben den individuellen personenbezogenen Hilfe notwendig sind. Tagsüber gibt es den Präsenzdienst/Springerdienst, der im wesentlichen für die intensiv begleitete Wohneinheit tätig ist. Von hier aus wird aber auch in den Wohnungen und Wohngruppen unterstützt. Weiter wird ein Nachtdienst, evtl. von einer Schlafbereitschaft unterstützt, vorhanden sein. Zum Team gehören auch die

Hauswirtschaftsmitarbeitenden und die Haustechnik. Ein kleines Sekretariatsteam (Support genannt) unterstützt die Mitarbeitenden vor Ort, indem es organisatorische Dinge erledigt, die zentral einfacher und zeitsparender getan werden können. Dazu gehören Telefondienst, verschiedene Verwaltungsaufgaben und diverser Schreibverkehr u.s.w.

- ***Team für die Tagesstruktur***

Und es gibt den Bereich der tagesstrukturierenden Maßnahmen, in den die Klienten dann gehen, wenn eine Nutzung externer Angebote nicht angebracht ist.

Kooperation im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Die beschriebenen Veränderungen finden innerhalb der Organisationsgrenzen eines einzigen Trägers (des Stiftungsbereichs Integrationshilfen) statt. In Bielefeld gibt es vielfältige weitere Angebote anderer Träger. Einige wenige beschränken sich auf einzelne Sektoren der Stadt; die meisten Träger konzentrieren sich auf eine Hilfeform (z.B. ambulante Eingliederungshilfe). Seit elf Jahren gibt es einen Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Wie überall gibt es deutliche wirtschaftliche Konkurrenz trotz der fachlichen Kooperation im Verbund. Die unterschiedlichen Strukturen der Träger verhindern zurzeit die Übertragung unseres Modells auf den gesamten GPV. Schon die Anfangsschwierigkeiten würden die Realisierung eines integrativen Modells auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verzögern. Für die neuen Teams in den Zentren gibt es aber eine absolute Verpflichtung, von sich aus aktiv die anderen Träger anzusprechen und zu einer verbindlichen Zusammenarbeit auf regionaler Ebene zu kommen.

Erste Angebote gibt es. Der Träger für Arbeit und Beschäftigung wünscht sich in jedem der Zentren ein Büro und mit der psychiatrischen Klinik wird darüber gesprochen, in welcher Weise die Zusammenarbeit in den Sektoren gestaltet werden könnte. Die Entwicklungsschritte und die Erfahrungen werden regelmäßig in die GPV-Arbeit eingebracht und die Zusammenarbeit ist ausbaufähig. Insofern ist die Beschränkung auf zunächst einen Träger ein pragmatischer Schritt, um anfangen zu können.

Finanzierung

Die Struktur von Organisationen im sozialen Bereich folgt der Logik des Sozialrechts. Da wird unterschieden in ambulant, stationär, Behindertenhilfe, soziale Hilfen u.s.w. Jeder der Teilbereiche hat eigene Abrechnungsregelungen, Einkommensgrenzen und Verwaltungsverfahren. Mit Ausnahme des persönlichen Budgets existiert zurzeit kein Modell, um integrative Leistungen abzubilden. Wie es zu einer flexibleren Finanzierung kommt, wissen wir zur Zeit noch nicht genau. Der Hauptkostenträger (Landschaftsverband Westfalen Lippe) kennt das Modell, findet es außerordentlich spannend und ist bereit, mit uns neue Wege zu suchen. In ungefähr einem Jahr kann ich Ihnen (hoffentlich) berichten, zu welcher Lösung wir gekommen sind. Die Idee, die wir bisher diskutiert haben, ist eine Vereinbarung von so etwas wie einem Trägerbudget für einen befristeten Zeitraum. Das würde uns Zeit geben die neuen Organisationsformen zu überprüfen und Preise für die einzelnen Elemente zu finden.

Ich glaube, dass es im Moment in diese Richtung gehen wird, aber sicher bin ich nicht. Manche offizielle Verlautbarungen und Konzepte der Landschaftsverbände oder der Bund-

Länder-Arbeitsgruppe³ unterstützen unserer Überlegungen, so dass wir in den Verhandlungen mit den Kostenträgern und der Kommune darauf verweisen und sagen können „Das genau ist der neue Weg und da müsst ihr uns folgen!“

Zusammenfassung

Wertewandel realisiert sich nur, wenn das System sich mit verändert. Das (neue) System muss die Umsetzung der neuen Werte erzwingen. Berichtet wird über ein Modellvorhaben, das eine Organisation nach personenbezogenen individuellen Gesichtspunkten neu ordnet. Das Case-Management garantiert die konsequente Orientierung am individuellen Hilfebedarf, die Mitarbeitenden orientieren sich an den Klienten und nicht mehr an den Immobilien und ihren Bewohnern und nur die notwendige und gewünschte Hilfe wird erbracht. Wir versuchen unsere eigenen Angebote möglichst knapp zu halten, so dass es erst gar nicht solch einen Sog gibt, doch alles lieber selber zu machen. Die Orientierung auf den Sozialraum wird für die Klienten die Chance zur Teilhabe am echten Leben in der Gemeinschaft verbessern und hoffentlich die drohende ambulante Hospitalisierung der Gemeindepsychiatrie verhindern.

³ Vorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK, Stand September 2008