

Protokoll Bundestreffen MPD

am 11. und 12. Mai 2010
beim Landschaftsverband Rheinland in Köln

Programm

Dienstag, 11.5.2010	
Top 1:	Begrüßung und Einführung
Top 2:	Eingliederungshilfe und Hilfeplanung für Kinder Austausch mit Frau Stefanie Lenger (stellv. Einrichtungsleitung Jugendhilfe Godesheim gGmbH, Geschäftsführerin Kinderheim An der Alten Eiche, Meckenheim)
Top 3:	Ambulante Versorgung zwischen SGB V und SGB XII Austausch mit den Herren Klaus Jansen und Thomas Pirsig (Herr Jansen: Geschäftsführer Kölner Verein für Rehabilitation e.V., Köln; Herr Pirsig: Referent Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Bonn)
Mittwoch, 12.5.2010	
Top 4:	Umgang mit autistischen Störungen Austausch mit Herrn Harald Matoni (Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Autismus-Therapie-Ambulanz Niederrhein, Grefrath)
Top 5:	Projekt: Vereinheitlichung der Bedarfsermittlung Austausch mit Christoph Stamm (Referat Sozialhilfe, Grundsicherung, Unterhaltssicherung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW)
Top 6:	Neues aus den MPD's Planungen 2011

Anwesend:

Herr Flemming, Herr Gietl, Herr Miertz, Herr Dr. Schuldes, Frau Dr. Erdmann, Frau Dr. Düring, Frau Dr. Merscher, Frau Kampenga, Herr Nielsen, Herr Fasel, Herr Lula, Herr Dr. Angele, Herr Kamper, Frau Blank, Frau Möhle-Schell, Herr Hoppe, Frau Dr. Orlick, Frau Trendel (12.5.2010)

Teilnehmendenliste mit Kontaktdaten ist im Anhang beigefügt.

Gäste:

Am 11.5.2010: Frau Esch, Frau Lenger, Frau Nyamorowa, Herr Pirsig, Herr Jansen
Am 12.5.2010: Herr Matoni

<p>Top 1:</p>	<p>Begrüßung und Einführung</p> <p>Herr Flemming begrüßt die Anwesenden zum diesjährigen Bundestreffen in Köln.</p> <p>In seinem einleitenden Vortrag stellt Herr Flemming die Entwicklungen der Eingliederungshilfe im Rheinland und die Steuerung in Zeiten knapper Kassen dar.</p> <p>Seit 2003 ist der Landschaftsverband Rheinland (LVR) zuständig für alle Wohnhilfen für Menschen mit Behinderung - für das selbstständige Wohnen mit ambulanter Unterstützung ebenso wie für die Finanzierung von Wohnheimen. Durch diese Änderung der Zuständigkeit hat der Landschaftsverband Rheinland erstmals die Möglichkeit, konsequent den sozialhilferechtlichen Grundsatz des Vorrangs ambulanter Leistungen zu realisieren.</p> <p>Mit dem Grundsatz ambulant vor stationär soll auch den bisher stetig steigenden Kosten der Eingliederungshilfe entgegengewirkt werden. Bisher konnten bereits 1000 stationäre Wohnheimplätze im Rheinland abgebaut werden; bis 2011 ist der Abbau von 500 weiteren Wohnheimplätzen vorgesehen. Damit ist ein Anfang gemacht, eine grundlegende Umorientierung weg von stationären Angeboten kann bei den Leistungserbringern und Leistungsberechtigten bzw. deren Angehörigen noch nicht beobachtet werden. Kostensteuerung und Qualitätssicherung erfolgen im Rheinland mit folgenden Instrumenten:</p> <p>Dem <u>Individuellen Hilfeplan</u> – dieser ist Teil des Antrages auf Wohnhilfen und Grundlage für die Bewilligung und Finanzierung von Hilfen. Im ambulanten Bereich wird die Unterstützung durch Fachleistungsstunden erbracht.</p> <p>In den <u>Hilfeplankonferenzen</u> entscheiden Fachleute aus der jeweiligen Stadt/ Kreis, wie die Hilfen vor Ort am besten umgesetzt werden können. Im Durchschnitt werden im Rheinland 3,5 <u>Fachleistungsstunden</u> (FLS) pro Hilfeempfänger benötigt. Eine FLS beinhaltet 50 Minuten face to face Hilfe und 10 Minuten indirekte Leistungen. Gesteuert wird der Hilfeprozess im Einzelfall durch das <u>Fallmanagement</u> beim LVR. Zur Verknüpfung der Erkenntnisse im Einzelfall mit der sozialräumlichen Planung in den Regionen dienen z.B. die <u>Regionalkonferenzen</u>.</p> <p>Darüber hinaus besteht im Rheinland ein vom LVR finanziertes Netz an Anlaufstellen für Menschen mit Behinderung – den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (<u>KoKoBe</u>) für Menschen mit einer geistigen Behinderung und den Sozialpsychiatrischen Zentren (<u>SPZ</u>) für Menschen mit einer psychischen/seelischen Behinderung.</p> <p>Der Vortrag von Herrn Flemming ist im Anhang beigefügt.</p> <p>Weiterhin eine Vorlage zum Thema Tagesgestaltende Unterstützung.</p>
----------------------	---

Top 2:

Eingliederungshilfe und Hilfeplanung für Kinder

Frau Stefanie Lenger und Frau Nyamurowa stellen das institutionell-individuelle Verfahren zur Ermittlung des Hilfebedarfs von Kindern und Jugendlichen des Kinderheims an der Alten Eiche in Bad Godesberg vor. Es handelt sich dabei um eine Systematik, die von den Mitarbeitenden des Kinderheims für das Kinderheim entwickelt wurde, um die Leistungen intern und extern (gegenüber dem Kostenträger) zu belegen.

Für das Rheinland gibt es keine einheitliche vorgegebene Systematik.

Bis zum Alter von sechs Jahren werden für die Kinder im Kinderheim an der Alten Eiche Entwicklungsberichte verfasst. Der Hilfebedarf wird mit entsprechenden Zielformulierungen in Anlehnung an das Metzler-Verfahren dargestellt. (Genauerer siehe Präsentation im Anhang)

Ab dem Schulalter wird in dem Kinderheim an der Alten Eiche ein eigens entwickelter Hilfeplan erstellt. Alle Lebensbereiche werden analog des Metzler-Gutachtens betrachtet und der individuelle Entwicklungsstand erhoben. Der Hilfeplan wird in mehreren Teamsitzungen erstellt. Im Unterschied zum IHP für Erwachsene – hier sind die Ziele ausschlaggebend (wie willst Du leben, wohnen, arbeiten?) – ist beim Hilfeplan des Kinderheims der Entwicklungsstand ausschlaggebend. Ein Beispiel für diesen Hilfeplan finden Sie im Anhang.

Die Hilfeplanung erfolgt erst nach der Platzierung der Kinder im Heim. Hier stellt sich die Frage, auf welcher Basis wird der Hilfebedarf vorher quantitativ und qualitativ festgelegt. Bzw. wer entscheidet auf Grund welcher Informationen, wo das Kind hingehört? Wo kommen die Kinder her und mit was kommen sie?

Die aktuelle Praxis sieht so aus, dass die Kinder vom Gesundheitsamt und /oder Jugendamt mit einer Kostenzusage kommen und erst dann eine Hilfeplanung in der Einrichtung erfolgt.

Die Präsentation von Frau Lenger und Frau Nyamurowa ist im Anhang beigelegt.

Frau Dr. Merscher/ Saarland: Im Saarland haben die Frühförderstellen eine differenzierte Diagnostik. Frühförderung wird üblicherweise mit 2 Behandlungseinheiten pro Woche geleistet.

Problematisch ist die Feststellung des Umfangs der integrationspädagogischen Unterstützung im Regelkindergarten (Leistungserbringer Arbeitsstellen für Integrationshilfe).

Für das vom Leistungserbringer vorgeschlagene Stundenkontingent (5-15h/ Woche) gibt es bisher kein Stufensystem und keine konkretisierte Hilfebedarfsfeststellung. Es folgt Überprüfung durch den Fachdienst.

	<p>Gibt es hierzu Erfahrungen/Systeme in den anderen Bundesländern?</p> <p>Frau Dr. Doring/Hamburg: In Hamburg besteht eine Vereinbarung mit verschiedenen Stufen. Die Stufe wird durch den Jugendpsychiatrischen Dienst festgelegt. Danach richtet sich dann die Vergütung.</p> <p>Herr Nielsen berichtet, dass ausgehend von Frage danach „wie können wir unsere Leistungen für Erwachsene auf heilpädagogische Leistungen runter brechen?“ in Schleswig-Holstein Entwicklungsbereiche definiert wurden. Man verständigte sich darüber, welche Teilhabebeschränkungen es gibt, wie viel Zeit und welche Profession benötigt wird, um die entsprechende Hilfe zu leisten. Der Entwicklungsprozess erfolgt gemeinsam mit den Leistungsanbietern und ist noch nicht abgeschlossen.</p> <p>Herr Nielsen stellt in Aussicht, die Ergebnisse ggf. auf dem nächsten Bundestreffen vorzustellen.</p>
<p>Top 3:</p>	<p>Ambulante Versorgung zwischen SGB V und SGB XII</p> <p>Herr Pirsig, Referent des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V. in Bonn, stellt zunächst kurz die Arbeit des Dachverbandes vor. Er berichtet, dass nach Schätzungen der Europäischen Kommission (2008) und des Gesundheitsreports der BKK (2008) die Zahl der Menschen, die in ihrem Leben an einer psychischen Störung erkranken weiter ansteigen wird.</p> <p>Er berichtet, dass die Zukunft des Gesundheitssystems in der integrierten Versorgung liegt, deren gesetzliche Grundlage §140 a SGB V ist. Demnach „...können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen....“</p> <p>Genau dafür setzt sich der Dachverband Gemeindepsychiatrie derzeit intensiv ein. Und zwar mit dem Ziel eine vorrangig ambulante und regionale Krisenbegleitung in Form eines „Ambulant psychiatrischen Zentrums“ zu etablieren. Laut einer Befragung des Dachverbandes (2008) gibt es im psychiatrischen Bereich nur äußerst wenige Verträge mit Gemeindepsychiatrischen Anbietern. Diese bringen jedoch auf Grund ihrer Struktur und Netzwerkerfahrungen die besten Voraussetzungen mit.</p> <p>Der Dachverband Gemeindepsychiatrie verhandelte 1,5 Jahre mit der Techniker Krankenkasse. Ergebnis ist ein gemeinsam entwickelter Vertrag zur Integrierten Versorgung. Dieser Vertrag ist bundesweit die Grundlage und Basis regionaler Verträge.</p> <p>Herr Pirsig stellt das Beispiel GAPSY in Bremen vor. Hierbei handelt es sich um zwei Krisenhäuser mit jeweils 10 Betten entsprechend des TK-Vertrages. Die Häuser haben Hotelcharakter, haben 24 Stunden Dienst und ein Arzt ist immer verfügbar.</p>

Bereits sieben Regionen beteiligen sich an der Umsetzung des TK-Vertrages. Vier haben bereits angefangen und drei Regionen stehen in den Startlöchern.

Das Risiko der integrierten Versorgung und des zwischen Dachverband und TK entwickelten Modells sieht Herr Pirsig in dem bisher nicht prognostizierbarem Aufwand und den fehlenden Erfahrungswerten. Bisher stünde die Entwicklungen halt am Anfang.

Herr Jansen, Geschäftsführer des Kölner Vereins für Rehabilitation e.V., berichtet, dass sich der Kölner Verein seit vier Jahren mit SGB V beschäftigt. Derzeit versorgen 120 Mitarbeitende ca. 1000 Kölner Bürgerinnen und Bürger, die an psychischen Erkrankungen leiden.

Die Motive für eine Umsteuerung von SGB XII zu SGB V seien, so Herr Jansen sehr unterschiedlich. Je nachdem aus welchem Blickwinkel heraus darauf geschaut wird – aus Sicht des Klienten, aus Sicht des Leistungsträgers oder aus Sicht der Anbieter.

Herr Jansen hebt hervor, dass es mit SGB V darum ginge, bestimmte Leistungen auch chronisch Kranken zugänglich zu machen und die Angebote insgesamt zu diversifizieren. Seine persönliche Utopie wäre ein Regionalbudget – geknüpft an eine Zielvereinbarung gültig für ein Jahr.

Herr Flemming fragt nach, ob es Zahlen darüber gäbe, ob Menschen, die Hilfen nach SGB V benötigt haben weniger Leistungen nach SGB XII bräuchten?

Herrn Jansen und dem Auditorium sind hierzu keine Untersuchungen und Zahlen bekannt.

Frau Kampenga berichtet, dass im Saarland zu Einzelfällen ein Austausch zwischen Krankenkassen und Eingliederungshilfe stattfindet. Sollte sich in der Hilfebedarfsprüfung ergeben, dass evtl. vorrangige Leistungen in Frage kommen, so wird seitens des Fachdienstes darauf verwiesen.

Herr Flemming berichtet, dass es im Rheinland eine Hilfeplankonferenz gibt, bei der von Anfang an ein Vertreter der AOK/ Krankenkasse dabei sei.

Herr Lula aus dem Bezirk Oberbayern berichtet, dass Integrierte Versorgungsprojekte in München bisher gescheitert seien. Als Problem benennt er die notwendige Vernetzung.

Die Vorträge von Herrn Pirsig und Herrn Jansen sind im Anhang beigefügt.

Top 4:

Umgang mit autistischen Störungen

Herr Matoni skizziert die Grundsätzlichkeiten des autistischen Störungsbildes, verweist darauf, dass wissenschaftlich belastbare Aussagen je auf einer relativ kleinen Stichprobe beruhen – u. a. weil Menschen mit autistischem Störungsbild eine langfristige und aufwendige Untersuchung nur schwerlich zulassen

- konkrete Ursachen für Au sind zur Zeit nicht zu fassen
- wissenschaftlich verfolgt werden psycho-neurologische Störungsmodelle
- der au Mensch nimmt eher Details denn komplexe Zusammenhänge wahr

Diagnose

Obschon ICD 10 eindeutige Kriterien für das Vorliegen von Au ausweist, ist es stets angezeigt, Abgrenzungen zwischen den Arten Au zu treffen und darauf zu achten, dass klare Benennungen der Verfahren zur Feststellen Au benannt werden.

Phantasievolle Ausschmückungen, ungenügende Kenntnis aber auch der Wunsch mancher Eltern führen zumindest die Gefahr der Gefälligkeitsdiagnosen ins Feld. Die Diagnostik ist klar vorgegeben, kommt aber häufig nicht zur Anwendung.

Ein besonderes Phänomen: kognitive Beeinträchtigungen werden umgedeutet in ein autistisches Störungsbild, da über Förderung Au eine „Heilung“ erwartet wird, kognitive Beeinträchtigungen i. S. einer „geistigen Behinderung“ als unveränderlich erlebt werden.

Therapeutische Ansätze

Menschen mit Au sehen sich häufig einer Überfrachtung von (pseudo-)therapeutischen Anwendungen ausgeliefert. Die simple Frage „was hat der Mensch davon“ bleibt unbeantwortet, dem Wunsch von Eltern, Anbietern ... wird folge geleistet.

Suggeriert wird möglicherweise, Au sei „heilbar“, dafür allerdings eine ständige/immer währende Unterstützung notwendig.

Es bedarf der Differenzierung: seriöse therapeutische Maßnahmen stellen für den Menschen mit Au eine Unterstützung dar, sie sind nicht auf Dauer angelegt – zwei bis max sechs Jahre zeitigen Erfolge (Erfahrungswert).

Der Therapiebegriff selbst verbietet eine dauerhafte Installation, Ziel ist es, ohne Therapie auszukommen. Beratung des Menschen mit Au und seines sozialen Umfeldes gehen mit Therapie einher bzw. schließen sich an.

Ziel führend ist eine Kombination von spezifischen autismusgerichteten Therapien, heilpädagogischen und ergotherapeutischen Ansätzen. Kontraindizierte Methoden (vgl. verteiltes paper) sind davon unbedingt abzugrenzen.

	<p>Finanzierung</p> <p>Bis vor zwei Jahren war die KV u. a. Träger, hat sich mit dem Bezug zum SGB IX aus der Finanzierung zurückgezogen, weil Au nicht eine klassische Krankheit (gemäß ICD 10) ist.</p> <p>Nun kommen je nach individueller Voraussetzung Leistungen nach SGB VIII oder SGB XII, selten noch nach SGB V, in Betracht – vgl. paper/Broschüre zur Abgrenzung LVR, die als hilfreich einzustufen sind.</p> <p>Der Vortrag von Herrn Matoni ist im Anhang beigefügt.</p>
Top 5:	<p>Projekt: Vereinheitlichung der Bedarfsermittlung</p> <p>Dieser Tagesordnungspunkt musste leider entfallen, da der Referent kurzfristig abgesagt hat.</p>
Top 6:	<p>Neues aus den MPD´s</p> <p><u>Bayern</u></p> <p>Zentrales Thema in Bayern ist die modellhafte Erprobung des Gesamtplanverfahrens anhand eines eigens entwickelten Manuals. Damit eng verbunden ist in einzelnen Bezirken die Erprobung neuer Entgeltsystematiken wie Fachleistungsstunden oder einheitlich verpreisten Hilfebedarfsgruppen und der Abschluss neuer Leistungsvereinbarungen.</p> <p>Des weiteren sind folgende Projekte in Planung oder Umsetzung: Einführung von Modulen in stationären Einrichtungen, Konzeptentwicklung für älter gewordene Menschen mit Behinderung, behinderte Kinder in Pflegefamilien und die Einführung von Hilfebedarfsgruppen in den Tagesstätten. Problematisiert werden Fragen der Abgrenzung Eingliederungshilfe / Hilfe zur Pflege insbesondere mit so genannten 24 h-Assistenzen im ambulanten Bereich sowie die fachliche Überprüfung von entsprechenden Kostenvoranschlägen der Leistungserbringer und die starke Zunahme der Anzahl an geforderten Integrationshilfen / Schulbegleitungen.</p> <p><u>Sachsen-Anhalt</u></p> <p>Einbeziehung des Fachdienstes in den Abschluss von Leistungsvereinbarungen und in die modellhafte Erprobung von ambulanten Angeboten für Menschen mit höherem Hilfebedarf als bisher ambulant betreut.</p> <p><u>Schleswig-Holstein</u></p> <p>Vorrangig zu bearbeitende Themen der etwa 15 Fachdienste in SH sind die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und des Personenzentrierten Ansatzes, Erarbeitung eines neuen Landesrahmenvertrages zu den Wohnhilfen für Menschen mit Behinderung inclusive neuer Vergütungssystematiken und die Qualitätsoffensive „Inklusiver Sozialraum“.</p> <p><u>Hamburg</u></p> <p>Der Fachdienst überprüft auf bezirklicher Ebene inzwischen alle Gesamtpläne mit dem Ziel einer Begrenzung des Kostenanstiegs. Neben der Zugangssteuerung werden neue Verfahren zur Bedarfsfeststellung und neue Formen der</p>

Leistungserbringung erprobt. Besonders problematisch erscheint der Anstieg von so genannten Annexleistungen zur Eingliederungshilfe - insbesondere Pflegeleistungen nach dem SGB XI - im Rahmen der Ambulantisierung.

Sachsen

Eingeführt wurden zwischenzeitlich ein Gesamtplanverfahren für alle Neuansträge auf der Basis Metzler-Verfahren für den stationären Bereich und ICF basiertes Hilfeplanverfahren für den ambulanten Bereich. Geplant sind die modellhafte Erprobung von Konzepten für älter gewordene Menschen mit Behinderung und Qualitätsprüfungen mit den Heimaufsichten.

Rheinland

Das Hilfeplanverfahren des LVR wurde im Sinne eines ICF basierten Gesamtplanverfahrens weiterentwickelt. Aktuell werden ein gestuftes Verfahren der Eingangsbegutachtung von Menschen mit seelischer Behinderung, ein Verfahren zur Überprüfung von bereits installierten, zusätzlichen Einzelfallhilfen in Werkstätten sowie ein Verfahren zur Wirkungskontrolle von Eingliederungshilfen im stationären Bereich für alle Bestandsfälle erarbeitet.

Weitere Projekte in den Feldern Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, Integrationshilfen für Kinder mit Behinderung und Integrierte Hilfen für älter und / oder pflegebedürftig gewordene Menschen mit Behinderung sind in Vorbereitung.

Verschiedenes

Die in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich gehandhabte Überleitung von Fachkräften der Fachdienste in den TVÖD wird ausgetauscht; eine Frage hierzu soll der geplanten erweiterten Umfrage unter allen Fachdiensten beigefügt werden. Diese soll sodann den Mitgliedern der Runde zugeleitet werden.

Es wird auf die im Zusammenhang mit dem ASMK – Beschluss vom Nov. 2009 initiierten Begleitprojekte zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe hingewiesen. Unterlagen dazu werden verteilt.

Planungen 2011

Das Fachdiensttreffen 2011 findet am 3. und 4. Mai 2011 in Quedlinburg statt.