

Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen in der Region Hannover - Forschungsergebnisse und Folgerungen für die Praxis personenzentrierter Hilfeplanung

Hermann Elgeti, Lothar Schlieckau

Einleitung

Die *psychiatrische Versorgung in der Region Hannover* mit ihren 1,15 Millionen Einwohnern basiert seit über 25 Jahren auf dem Sektorprinzip. Vier Kliniken teilen sich die Zuständigkeit für die Krankenhausbehandlung. Neun Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes erfüllen im Jahre 2001 für jeweils einen Sektor die Aufgaben des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG). Im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Personen existierten 2001 pro 100 000 Einwohner 35 Plätze im Ambulant betreuten Wohnen, elf Plätze in Tagesstätten und 53 Plätze in therapeutischen Wohnheimen bzw. Wohngruppen [1]. Darüber hinaus wird eine bisher unbekannte Anzahl von Bewohnern psychiatrischer Pflegeheime in der Region über Maßnahmen der Eingliederungshilfe betreut. Die regionale Koordination und Planung in der Region wird seit fast 30 Jahren maßgeblich von einem Netzwerk unterstützt, an dem Leistungsanbieter und Kostenträger, aber auch die Selbsthilfeinitiativen der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen beteiligt sind. Mit der Einführung eines Sozialpsychiatrischen Verbundes im novellierten NPsychKG konnte hier seit 1997 ein weiterer Zuwachs an Verbindlichkeit und Mitwirkung an der sozialpsychiatrischen Planung erreicht werden.

Im Jahre 2000 wurde eine *neue Verfahrensregelung zur Planung von Eingliederungshilfen* für seelisch behinderte Personen eingeführt. Danach soll der Hilfebedarf vor Antritt der Maßnahme im Rahmen einer Hilfekonferenz unter Beteiligung des Hilfeempfängers und der für ihn zuständigen Betreuungspersonen festgestellt werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst steuert den Planungsprozess und soll eine multidisziplinäre Zusammensetzung der Hilfekonferenz gewährleisten. Die Landeshauptstadt und der Landkreis Hannover, die Ende 2001 die Region Hannover gegründet haben, beauftrag-

ten die Medizinische Hochschule Hannover mit der Evaluation dieses neuen Verfahrens. Die Untersuchung bezog sich auf alle Planungsvorgänge in der Region Hannover im Jahre 2001. Alle Unterlagen wurden bei der zentralen Verwaltungsstelle im Gesundheitsamt gesammelt und für das Forschungsprojekt in Kopie zur Verfügung gestellt. Der ausführliche Abschlussbericht ist als PDF-Datei im Internet verfügbar [2].

Einige Untersuchungsergebnisse zur Bedarfsgerechtigkeit der Hilfeplanung

In die Untersuchung wurden 524 Patienten mit insgesamt 570 *Hilfeplanungs*vorgängen aufgenommen. Nur selten wurde der Hilfebedarf erst nach Beginn der Maßnahme festgestellt, fast immer nahmen die Betroffenen selbst an der Hilfskonferenz teil. Bei den Hauptdiagnosen der Patienten handelte es sich in 43 % der Fälle um Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bei 22 % um Suchterkrankungen und in 14 % um Persönlichkeitsstörungen. Männer sind mit einem Anteil von 57 % häufiger betroffen und unterliegen einem deutlich höheren Psychosozialen Risiko (Erläuterungen dazu s.u.) als Frauen. Empfehlungen zur stationären Eingliederung erfolgten in 40 % der Fälle, bezogen auf die Neuplanung von Hilfsmaßnahmen waren es 45 %. Wegen des begrenzten Umfangs dieses Beitrags beschränken wir uns im Folgenden schwerpunktmäßig auf die Fragestellung, ob die abgegebenen Empfehlungen dem individuellen Hilfebedarf der Patienten gerecht geworden sind.

Die fachliche Beurteilung zur Notwendigkeit und Wirksamkeit von Eingliederungshilfen muss sich immer auf die *individuelle Problematik des Hilfeempfängers* in seiner gegenwärtigen Lage beziehen. Die Vielfalt der dabei zu berücksichtigenden Faktoren lässt sich nicht in überindividuell gültigen Maßzahlen einfangen. Die Feststellung eines entsprechenden Hilfebedarfs lässt sich also im Einzelfall nicht einfach aus bestimmten Messwerten ableiten. Entsprechende Versuche mit einer Codierung des Ausmaßes der funktionellen Beeinträchtigungen und der Prognose ihrer Veränderung nach vorgegebenen Antwortalternativen brachten keine überzeugenden Ergebnisse. Die dort gemachten Angaben treffen ganz offensichtlich weder präzise den tatsächlichen Sachverhalt (mangelnde »Validität«), noch wird dieser

von verschiedenen Beurteilern immer gleich codiert (mangelnde »Reliabilität«).

Gleichwohl ist die Sammlung bestimmter Daten sinnvoll, um die *Plausibilität der Empfehlungen* bei einzelnen Gruppen von Hilfeempfängern zu prüfen. Denn der Hilfebedarf chronisch psychisch kranker und seelisch behinderter Personen unterscheidet sich durchaus nach Alter, Geschlecht, Krankheitsverlauf und sozialer Lage der betroffenen Patienten, aber eben nur im statistischen Durchschnitt und nicht im Einzelfall. Neben Alter und Geschlecht hat sich die Bestimmung des Psychosozialen Risikos (psR) bewährt. Die Aussagekraft dieses multidimensionalen Indikators wurde in einer vorausgegangenen Studie zur Prävention von Langzeithospitalisationen überprüft [3, 4, 5]. Der Indikator enthält je drei Merkmale zur Schwere und Chronizität der Erkrankung (Erstdiagnose, Alter bei Ersterkrankung, Dauer seit Ersterkrankung) sowie zum Ausmaß der sozialen Desintegration des Betroffenen (Wohnsituation, Arbeitssituation, vorrangiger Lebensunterhalt). Die Berechnung des psR bei den Patienten der Untersuchungsgruppe zeigt bemerkenswerte Differenzen sowohl zwischen den Empfängern einzelner Formen der Eingliederungshilfen (ambulant, teilstationär und stationär) als auch im Vergleich zu den Patienten Sozialpsychiatrischer Dienste und Psychiatrischer Institutsambulanzen. Dabei verbessert die Ergänzung der ursprünglich sechs Merkmale um zwei weitere (Dauer seit dem letzten psychiatrischen Klinikaufenthalt, Häufigkeit sozialer Kontakte) seine Aussagekraft. Wertvoll zur Einschätzung des Hilfebedarfs sind schließlich auch Angaben zur Kombination mehrerer zugrunde liegender psychischer Störungen und zum Zusammentreffen einer seelischen mit einer körperlichen bzw. geistigen Behinderung.

In allen Altersgruppen haben *Männer ein höheres Risiko* für einen ungünstigen Krankheitsverlauf und damit einen vermehrten Bedarf an Eingliederungshilfen. Ihr Anteil bei den stationären Eingliederungsempfehlungen ist entsprechend deutlich höher als bei Frauen. Das gilt besonders für die Altersgruppen von 18 bis unter 25 Jahren und von 45 bis unter 65 Jahren. Der höhere Bedarf geht offensichtlich mit einer geringeren Kontinuität der Betreuung einher, da bei neu geplanten Eingliederungsmaßnahmen zwar 69 % der Patienten männlichen Geschlechtes sind, bei der Fortsetzung laufender Hilfen aber nur 50 %. Hier wird es zur Prävention ungünstiger Verläufe (soziale Isolation, Langzeithospitalisation, Suizid) zu-

sätzlicher Anstrengungen in Richtung eines (in England erfolgreich erprobten) »Assertive Community Treatment« [6] bedürfen. Darunter ist eine Betreuungsform für schizophren erkrankte Patienten mit hohem Psychosozialen Risiko zu verstehen, welche organisiert ist als unbefristetes Angebot mit 24-Stunden-Erreichbarkeit, in einem multidisziplinären Team, mit Hilfeleistungen vor Ort und mit klarer Aufteilung der Verantwortlichkeiten. Zur Finanzierung eines solchen Hilfsangebotes zur Vorbeugung ungünstiger Krankheitsverläufe müssten Krankenversicherung und Sozialhilfeträger zusammenfinden, auch im jeweils eigenen betriebswirtschaftlichen Interesse, kostenträchtige Langzeithospitalisationen in Klinik und Heim zu vermeiden.

Gegenüber den Männern werden *Eingliederungshilfen bei Frauen* deutlich seltener geplant, was angesichts der anderen Diagnosenverteilung und des geringeren Psychosozialen Risikos, dem sie unterliegen, auch plausibel erscheint. Die relativ häufigen Empfehlungen zum Ambulant Betreuten Wohnen bei Frauen der Altersgruppe zwischen 25 und unter 45 Jahren lassen vermuten, dass diese eher in der Lage sind, ihren Hilfebedarf zu verdeutlichen. Sie erhalten so unter Umständen in größerem Ausmaß Eingliederungshilfen, als es nach der zu Grunde liegenden psychischen Erkrankung und nach dem Psychosozialen Risiko zu erwarten wäre.

Die neun *Hilfestufen* (HS), die bei den Empfehlungen der Hilfekonferenz zur Auswahl standen, wurden bereits im Vorfeld eines Modellprojektes, das Melchinger wissenschaftlich begleitete, gemeinsam mit dem Niedersächsischen Sozialministerium konzipiert [7]. Sie basierten nicht auf einer Rahmenvereinbarung auf Landesebene, wie sie gemäß § 93 BSHG eigentlich vor dem Jahre 2001 längst hätte abgeschlossen sein müssen. Von daher war die Angabe einer Hilfestufe im Protokoll der Hilfekonferenz oder in entsprechenden Empfehlungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch nicht verbunden mit einer tatsächlich vergleichbaren Betreuungsdichte und entsprechenden Maßnahmepauschale. Dies hatte Folgen insbesondere für die Einstufung stationärer Eingliederungshilfen nach einem Betreuungsschlüssel (Mitarbeiter zu Patient) von 1:6 (HS 6), 1:4 (HS 8) oder 1:2 (HS 9). Die Wahl blieb in gewissem Sinne »virtuell« und war in etlichen Fällen auch inhaltlich nicht überzeugend. Im Vergleich zu 1999 wurden im Jahre 2001 kaum noch stationäre Eingliederungsempfehlungen nach den Hilfestufen 6 oder 9 ausge-

sprochen, auch wenn die erforderliche Intensität der Betreuung im Heim sicherlich weiterhin unterschiedlich war. Ähnlich fragwürdig ist die Einstufung Therapeutischer Wohngemeinschaften, die mit einem zum Teil ähnlichen Betreuungsangebot je nach Einrichtungsträger entweder als Ambulant Betreutes Wohnen mit einem Betreuungsschlüssel 1:12 (HS 1) oder 1:8 bzw. höher (HS 2) oder auch als stationäre Eingliederung (HS 6 bis 9) geführt werden und damit entsprechend unterschiedliche Kosten verursachen.

Ein wichtiger Impuls für die Entwicklung einer systematischen Planung und Evaluation der Eingliederungshilfe ist die Tatsache, dass der *Umfang stationärer Hilfen* absolut – und gegenüber den ambulanten Hilfen auch relativ – zu hoch erscheint. Dieses Phänomen beruht zum Teil auf überholten Ausgrenzungspraktiken der traditionellen Psychiatrie und der Sozialpolitik, zum Teil auf unzureichender Verfügbarkeit und schlechter Finanzierung vorbeugender und ambulanten Hilfen. Die Untersuchung der Hilfeplanungsvorgänge in der Region Hannover hat gezeigt, dass es bei den Neuplanungen von Eingliederungsmaßnahmen ein Übergewicht von ambulanten und teilstationären gegenüber den stationären Hilfen gibt. Dieses Übergewicht betrug im Jahre 2001 55:45 und lag damit geringfügig über dem von Melchinger berichteten Verhältnis von 53:47 im Zeitraum von Oktober 1998 bis Dezember 1999. Teilweise erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Versorgungssektoren der Region lassen sich nicht allein auf soziostrukturelle Besonderheiten des Einzugsgebietes zurückführen; die Vermutung liegt nahe, dass hier durch das »Lernen vom Besten« weitere Fortschritte möglich sind. Freilich bedeutet ein Übergewicht ambulanten und teilstationärer Hilfen bei der Neuplanung von Eingliederungshilfen noch nicht einen sinkenden Umfang bei der Heimbetreuung. Die Zahl an neuen Empfehlungen für stationäre Maßnahmen betrug im Durchschnitt des Jahres 2001 zwölf pro Monat. Melchinger dagegen errechnete für den Zeitraum Oktober 1998 bis Dezember 1999 zehn Fälle pro Monat. Allerdings wurden damals vermutlich nicht alle Kostenanerkennnisse für stationäre Eingliederungshilfen auf der Basis des neu erprobten Planungsverfahrens erteilt.

Die Auswertung der Daten von 2001 zu so genannten *Wanderungsbewegungen* ergab, dass bei neu empfohlenen Eingliederungshilfen 8 % der seelisch behinderten Bürger aus der Region Hannover in Einrichtungen außerhalb der Region vermittelt werden sollten.

Umgekehrt kommen aus der Untersuchungsgruppe 7 % der Hilfeempfänger, die in Einrichtungen innerhalb der Region Hannover betreut werden sollten, von auswärts oder waren schon lange wohnungslos. Dies entspricht allerdings nicht dem wirklichen Umfang von auswärts zugezogenen Bewohnern in den Wohn- und Pflegeheimen der Region, da in diesen Fällen oft nicht nach den hier untersuchten Regeln der Hilfeplanung verfahren wurde. In Bezug auf die Bürger der Region wurde das Prinzip wohnortnaher Hilfen für psychiatrische Hochrisikogruppen also weitgehend eingehalten. Innerhalb der Region jedoch können wir einen aus der Literatur bekannten Trend aus dem Umland in die Großstadt beobachten: 13 von 138 Patienten (9 %) aus der Stadt Hannover sollten Eingliederungshilfen im übrigen Regionsgebiet erhalten, in der entgegengesetzten Richtung waren es dagegen 32 von 81 Patienten (40 %), die aus dem Umland ins Stadtgebiet Hannovers vermittelt wurden.

Generell stellt sich die Frage, ob die besonders schwer beeinträchtigten seelisch behinderten Menschen bei weniger Heimbetreuungen in der Region Hannover in ausreichendem Umfang *wohnortnahe ambulante Hilfen* erhalten oder ob sie »durchs Netz fallen«. Viele Untersuchungen haben immerhin nachgewiesen, dass unter wohnungslosen und inhaftierten Personen ein erheblicher Anteil psychisch krank ist, der entweder aus dem psychiatrischen Hilfesystem herausgefallen ist oder dort nie einen Platz gefunden hat. Vor diesem Hintergrund kann es nicht darum gehen, um jeden Preis Heimkapazitäten abzubauen, sondern nur darum, stationäre Maßnahmen der Eingliederungshilfe zielgruppengenau einzusetzen. Das bedeutet, sie all den Personen und nur den Personen zu gewähren, die vorübergehend oder längerfristig wirklich darauf angewiesen sind. Diesem Ziel dient zweifellos eine systematische Hilfeplanung nach den Grundsätzen der AKTION PSYCHISCH KRANKE zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung [8] in Verbindung mit einer regelmäßigen Evaluation der empfohlenen Maßnahmen.

Insgesamt können wir feststellen, dass die Hilfskonferenzen die *zielgenaue Vermittlung von Eingliederungshilfen* fördern. Die Häufigkeit der Hilfeplanungen, der Anteil von Empfehlungen zur stationären Eingliederung und das Psychosoziale Risiko der Hilfeempfänger variiert allerdings zwischen den jeweiligen Einzugsgebieten der

Kliniken und den Versorgungssektoren der Beratungsstellen. Gründe dafür liegen in Unterschieden der Sozialstruktur in den Einzugsgebieten, im Entwicklungsniveau wohnortnaher Hilfsangebote mit ambulanter Schwerpunktbildung, aber auch in einer ungleichmäßigen Praxis der Hilfeplanung vor Ort. Verschiedene Indikatoren zur Prozessqualität der Planung von Eingliederungshilfen eignen sich als Ansatzpunkte für ein *Benchmarking* dezentral organisierter Entscheidungsprozesse und ein auch gesundheitsökonomisch bedeutendes Fallzahl-*controlling* im Sozialpsychiatrischen Verbund. Darüber hinaus empfiehlt der Abschlussbericht des Forschungsprojektes auch die Einrichtung einer gemeinsamen Geschäftsstelle des Sozialhilfeträgers und des Sozialpsychiatrischen Dienstes für die Planung von Eingliederungshilfen. Das Planungsverfahren selbst sollte in Zukunft auf Grundlage vereinfachter Formulare und präzisierter Vorgaben fortlaufend überprüft werden. Dies würde eine empirisch fundierte Qualitätsentwicklung im regionalen Verbund fördern [9].

Erste Stellungnahme des Auftraggebers zu den Forschungsergebnissen

Es besteht im *Sozialpsychiatrischen Verbund* der Region Hannover eine gute Tradition, relevante Versorgungsprobleme im Vorfeld von Entscheidungen in den Gremien unter Beteiligung aller Akteure gründlich zu diskutieren. So ist auch der Abschlussbericht des Forschungsprojektes, der Ende März 2003 fertig gestellt wurde, Ende Juli 2003 allen Teilnehmern des Verbundes gemeinsam mit einer Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes zur Verfügung gestellt worden. Erst nach einer (bei Redaktionsschluss noch nicht erfolgten) Meinungsbildung in der Delegiertenversammlung des Verbundes im Herbst 2003 werden Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Hilfeplanverfahrens ergriffen, die zum Anfang des Jahres 2004 in Kraft treten sollen. Im Folgenden fassen wir einige wichtige Aspekte der Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes zum Abschlussbericht des Forschungsprojektes zusammen.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass das praktizierte Verfahren auf der *individuellen Planungsebene* dem Anspruch einer personenzentrierten Einzelfallplanung mit den damit intendierten Zielen gerecht wird. Die regelmäßige Evaluation und Fortschreibung der Hilfeplanung als konstitutives Moment des Verfahrens hat dazu ge-

führt, dass niemand mehr unbemerkt im »Off« verschwindet. So kann es nicht mehr vorkommen, dass eine stationäre Wohnheimbetreuung über Jahre oder gar Jahrzehnte stattfindet, ohne noch einmal über das Ob und Wie der Eingliederungshilfe zu verhandeln. Die Idee der fachlichen Begleitung des Rehabilitationsprozesses hat sich bewährt, das Primat der »wohnnortnahen Versorgung« scheint erfüllt zu sein.

Im Hinblick auf die *Strukturqualität des Versorgungssystems* in der Region gab es allerdings Hinweise auf Mängel. Dies war zu erwarten, da das Verfahren an Hand einer Vielzahl von Einzelbedarfen erstmals Informationen über die allgemeine Bedarfslage zur Verfügung stellt. So ist der rapide Anstieg der Planungen von betreutem Wohnen ein Hinweis darauf, dass ambulante Hilfen sehr stark gefragt sind. Hier bestätigt sich nicht nur der Leitsatz »ambulant vor stationär«, sondern es ergibt sich auch die Frage, ob der Bedarf durch die bereits erfolgte Steigerung der Platzzahlen im Bereich der ambulanten Maßnahmen abgedeckt ist oder nicht. Bei Menschen mit Doppeldiagnosen fällt auf, dass für diesen Personenkreis überwiegend Heimunterbringungen empfohlen wurden, was die Vermutung nahelegt, dass es hier zu wenig ambulante Angebote gibt. Der Umstand, dass der Rückgang von vollstationären Unterbringungen insgesamt hinter den Erwartungen zurückblieb, ist möglicherweise ebenfalls in diesem Kontext zu sehen.

Die Studie legt auch nahe, dass Angebote für *besonders gefährdete Zielgruppen* Sinn machen würden. Psychisch kranke Männer – und unter ihnen besonders die jüngeren – bilden offenbar eine Risikogruppe im Hinblick auf die Entwicklung chronischer Krankheitsverläufe. Die Zahlen deuten hier auf einen häufigen Abbruch des Rehabilitationsprozesses hin. Auch an dieser Stelle sollte man also über Folgen für die Angebotsplanung nachdenken. Allgemein gibt es innerhalb des Regionsgebietes ein *deutliches Stadt-Land-Gefälle*, auch was die Empfehlung von stationären Wohnformen angeht. So ist der Anteil stationärer Empfehlungen für Umlandbewohner höher als für Stadtbewohner, wobei im Umland weniger Eingliederungshilfen beantragt werden und das psychosoziale Risiko geringer ist. Hier stellt sich die Frage nach der Strukturqualität der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum.

All diese Informationen werfen ein Schlaglicht auf zukünftige Aufgaben der *psychiatriepolitischen Planung und Steuerung*. Die Stärkung des ambulanten Bereichs und hier die Entwicklung von diffe-

renzierteren Angeboten ist sozialpolitisch gewollt. Wir hoffen auf eine entsprechende Konzeptentwicklung von Seiten der Anbieter von Versorgungsleistungen. In noch viel stärkerem Maß als bisher ist an dieser Stelle auch der Sozialpsychiatrische Verbund gefordert. Er ist ein Zusammenschluss aller Institutionen, Anbieter, Kostenträger, Betroffener und Angehöriger, der sich laut Konzeption in besonderer Weise für bedarfsgerechte Hilfen zugunsten der schwer und chronisch psychisch erkrankten Mitbürger einsetzen will. Zu diesem Zweck muss es auch zur Verabredung einer regionalen bzw. sektoralen Sorgungsverpflichtung kommen. Auf der Basis einer verbindlichen Qualitätsabsprache sind trägerübergreifend konkrete Vorschläge zu erarbeiten und mit entsprechenden Zielvereinbarungen umzusetzen.

Zum *Reglement des Hilfeplanverfahrens* unterscheidet die Studie mehrere Faktoren, die die Wirksamkeit des Verfahrens beeinflussen. Besonders hervorgehoben wird die Bedeutung der dezentralen Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die für jeweils einen Sektor die Federführung bei der Hilfeplanung haben. Es gibt bei den Ergebnissen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Sektoren, was die Empfehlung ambulanter bzw. stationärer Maßnahmen angeht. Offenbar wird das Verfahren sehr unterschiedlich gehandhabt, je nach Arbeitsweise und Routine der verschiedenen Mitarbeiter bzw. Beratungsstellen-Teams. So hängt sowohl die Strukturqualität als auch die Prozessqualität der Versorgung mit davon ab, wo der Klient seinen Wohnsitz hat. Unter Qualitätsgesichtspunkten wäre aber auch der oft klinisch eingeengte Blick auf Hilfebedarfe kritisch zu beleuchten. Insgesamt werden in über der Hälfte aller Fälle die Hilfeplanungen während einer Klinikbehandlung des betroffenen Patienten eingeleitet. Werden in der Klinik wirklich immer die möglichen Ressourcen in der Person, die einen möglichen Eingliederungsbedarf hat, und in seinem sozialen Umfeldes ausreichend wahrgenommen?

Die sozialpsychiatrischen Beratungsstellen haben unterschiedlich reagiert auf die Einführung des Hilfeplanverfahrens, das ihr Tätigkeitsprofil verändert hat und traditionelle Arbeitsweisen in Frage stellt. Nicht zu unterschätzen ist die Notwendigkeit eines *internen Strukturwandels des Sozialpsychiatrischen Dienstes*, wenn es um die Durchsetzung der angezielten personenzentrierten Hilfeplanung geht. Eine uneinheitliche Verfahrenspraxis seitens der federführenden

den Beratungsstellen schwächt die ganze Unternehmung und produziert Verunsicherungen. Es steht daher ein Qualitätsentwicklungsprozess »nach Innen« an, der die veränderte Aufgabenstruktur zum Thema macht. Hier wird die Grundlage gelegt für die Qualitätssicherung des gesamten Verfahrens. Ein Schritt in diese Richtung könnte der vorgeschlagene »Benchmarkingprozess« sein, der die Arbeitsweisen der einzelnen Beratungsstellen vergleicht, Unterschiede transparent macht und eine Diskussion über Vor- und Nachteile, Veränderungen und Angleichungen ermöglicht. Ein solcher Prozess sollte sorgfältig konzeptioniert und ggf. extern begleitet werden. Ein erster Schritt könnte dabei eine interne Konsensbildung über exaktere Kriterien zur Durchführung von Hilfeforenzen sein, z. B. im Hinblick auf Recherchen im Vorfeld, Operationalisierung von Zielen und Einbeziehung nicht-psychiatrischer Hilfen. Die im Jahre 2001 neu eingerichtete Fachleitung Hilfeforenzen im Team Gemeindepsychiatrie der Region soll der Qualitätsentwicklung intern und extern Impulse geben. Sie wurde inzwischen für zunächst zwei Jahre personell weiter verstärkt.

Wir schlagen vor, zunächst das Verfahren klarer zu gestalten, die Dokumentation der Verfahrensschritte zu straffen und ein *zentrales Prozesscontrolling* zu etablieren. In der Studie wird empfohlen, eine gemeinsame Geschäftsstelle des Sozialhilfeträgers und des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover einzurichten, in dem Sozialhilfeträger und Fachleitung Hilfeforenzen zusammenarbeiten. Entwicklungen in anderen Bundesländern bestätigen die Richtigkeit dieses Diskussionsansatzes. So wurde z.B. in Bremen mit der Steuerungsstelle Psychiatrie die Fach- und Ressourcenverantwortung für ein kommunales Psychiatriebudget einschließlich Eingliederungshilfen nach BSHG zusammengefasst. Auf diese Weise wäre eine klare Zuständigkeitsregelung auch in der Außenwirkung gegeben. Klienten, Kliniken und andere Anbieter von Hilfen hätten einen zentralen Anlaufpunkt für alle Fragen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Personen. Zeitverzögerungen, die oft dadurch entstehen, dass das sozialhilferechtliche Antragsverfahren nicht parallel zur Hilfeplanung bearbeitet wird, könnten so verringert werden. Die sozialhilferechtlichen Bewilligungszeiträume und die inhaltlichen Fortschreibungsfristen könnten einander angeglichen werden, Entwicklungsberichte würden nur noch durch eine Stelle angefordert. Die Umsetzung dieses Vorschlages erfordert aber noch

einige Vorarbeit in inhaltlicher, rechtlicher und organisatorischer Hinsicht. Ein Problem liegt in den unterschiedlichen Zuständigkeiten bei der Bearbeitung der Eingliederungshilfe gemäß §§ 39, 40 BSHG: mal liegt sie bei der Regionsverwaltung selbst, mal bei der Landeshauptstadt Hannover bzw. einer der 20 weiteren Städte und Gemeinden der Region. Bereits jetzt allerdings wirkt die Fachleitung Hilfefunktionen als eine Art Schaltstelle zwischen den Fachleuten, Kostenträgern, Leistungserbringern und Hilfe Suchenden.

Literatur

1. Region Hannover. Sozialpsychiatrischer Plan. Hannover, 2003
2. ELGETI H. Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Abschlussbericht eines Forschungsprojektes im Auftrag der Region Hannover. Verfügbar unter www.mh-hannover.de/kliniken/sozialpsychiatrie/pdf/hilfepl_lang.pdf, 2003
3. ELGETI H, et al. Prävention von Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken – ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Abschlussbericht des Projektes zur Präventionsforschung – durchgeführt im Auftrag des Niedersächsischen Landesfachbeirates Psychiatrie. Medizinische Hochschule Hannover. Verfügbar unter www.lfpn.de/docs/2000/Abschlussbericht.doc, 2000
4. ELGETI H, BARTUSCH S, BASTIAAN P, STEFFEN H. Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 2001, 31 (Sonderheft): 51–58
5. ELGETI H, BARTUSCH S, BASTIAAN P. Was bringt der gemeindepsychiatrische Verbund schizophrene erkrankten Menschen? In: MACHLEIDT W, GARLIPP P, HALTENHOF H (Hg.). Schizophrenie – Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten. Schattauer Verlag, 2003
6. MUESER K, et al. Models of Community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophrenia Bulletin 1998, 24 (1): 37–74
7. MELCHINGER H. Hilfefunktionen als Instrument der Eingliederungshilfe. Evaluation und analytische Auswertung des Modellvorhabens »Fallkonferenz Enthospitalisierung«. Medizinische Hochschule Hannover (Eigendruck), 2001
8. KAUDER V, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997
9. ELGETI H. Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund. Sozialpsychiatrische Informationen 2003, 33 (1): 24–29