

– Fachbeitrag D25-2018 –

17.07.2018

Leistungsmodule – Bausteine eines neuen Leistungs- und Vergütungskonzeptes in der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen, geistigen, körperlichen oder mehrfachen Behinderung – Teil I

Entstehung, Zielsetzung und Vision des Modellprojekts Leistungsmodule¹

Von Jörg Denhöfer, Bezirk Mittelfranken, und Michael Schubert, Caritas Nürnberger Land

I. Einleitung

In Zusammenarbeit mit Leistungserbringern aus der Region Mittelfranken und den Vertretern von deren Verbänden – sowohl aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege als auch der privaten Leistungserbringer – hat der Bezirk Mittelfranken das Modellprojekt Leistungsmodule entwickelt.

Erste Überlegungen dazu fanden bereits 2004 statt, nachdem sowohl Vertreter der Leistungserbringer als auch Sozialleistungsträger immer mehr zur Überzeugung kamen, dass Hilfen weniger in Form von pauschalen Dienstleistungen, sondern vielmehr über individuelle Leistungen erfolgen sollten.

II. Vorgeschichte – Idee und Entwicklung der Leistungsmodule

1. Die Entwicklung beim Bezirk Mittelfranken

Gedanken zu einer veränderten Leistungsstruktur wurden beim Bezirk Mittelfranken maßgeblich durch die Leistungsform des Persönlichen Budgets angestoßen. Hier war der Bezirk Mittelfranken eine der teilnehmenden Modellregionen. Die Bewilligung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets erfolgte fast ausschließlich im (ambulanten) Bereich der Freizeitgestaltung oder als Assistenz beim Wohnen in eigener Woh-

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D25-2018 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Denhöfer/Schubert: Leistungsmodule – Bausteine eines neuen Leistungs- und Vergütungskonzeptes in der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen, geistigen, körperlichen oder mehrfachen Behinderung – Teil I: Entstehung, Zielsetzung und Vision des Modellprojekts Leistungsmodule; Beitrag D25-2018 unter www.reha-recht.de; 17.07.2018.

nung. Die Bewilligung von Budgetleistungen bei traditionell pauschalen Leistungsformen, wie bei stationären Wohnangeboten oder den meisten teilstationären Leistungen, ließ sich unter den gegebenen Bedingungen nicht oder nur sehr schwer umsetzen.

Eine weitere Überlegung bestand darin, dass pauschal finanzierte Systeme zu starr sind, um Übergänge (beispielsweise zwischen einer ambulanten und stationären Versorgung) individuell bzw. durchlässig gestalten zu können: Benötigt eine leistungsberechtigte Person in Mittelfranken eine gelegentliche Ansprechperson zu Nachtzeiten, dann wäre sie hier in der Regel immer auf eine stationäre Wohnform angewiesen. Die Schwierigkeiten bei der Übertragung des Budget-Gedankens in den stationären Bereich haben die Suche nach individuellen Leistungsformen auch bei vollstationärer Versorgung angestoßen.

Auch finanzielle Überlegungen spielten eine Rolle, denn steigende Fallzahlen in der Region führen an sich zu einem Anstieg der Kosten². Dies führte zu der Überlegung, dass durch individuelle Hilfen der Kostenanstieg gebremst werden könne (von einer Umkehrung, also einer Reduzierung wurde nicht ausgegangen). Bezogen auf das Beispiel einer notwendigen nächtlichen Ansprechperson könnten Menschen länger in der eigenen Wohnung bleiben, wenn die Systeme entsprechend durchlässig gestaltet würden.

Da sich über das aktuell existierende Finanzierungs- und Leistungssystem auf diese Herausforderungen keine Antworten fanden, führte der Weg zu dem auf Leistungsmodulen aufgebauten Hilfesystem.

Diesem liegt eine ganzheitliche Betrachtung des behinderten Menschen unter Einbeziehung seiner Fähigkeiten und Ressourcen zu Grunde. Der leistungsberechtigte Mensch soll die Hilfen erhalten, die er auf Grund seines individuellen Hilfebedarfs benötigt. Ziel des modularen Leistungssystems ist eine maßgeschneiderte Hilfe, die den Leistungsberechtigten und den Leistungserbringern eine weitgehende Flexibilisierung bei der Inanspruchnahme und Erbringung der Leistungen ermöglicht. Damit sollen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit optimiert werden.

Anfang 2006 fand eine Auftaktveranstaltung statt, zu der alle Einrichtungsträger und Verbände, die in Mittelfranken in der Eingliederungshilfe tätig sind, eingeladen wurden. Mit diesem Plenum begann die eigentliche Entwicklung der Leistungsmodule.

2. Die Entwicklung der Leistungsmodule in der Praxis – ein Erfahrungsbericht des Don-Bosco-Hauses in Hersbruck

In der noch jungen Geschichte der Sozialpsychiatrie waren wir im Don-Bosco-Haus in Hersbruck, einer Einrichtung des Caritasverbandes Nürnberger Land, es gewohnt, bedarfsorientiert Institutionen aufzubauen. Dieses Vorgehen mussten wir Anfang der 2000er-Jahre grundsätzlich überdenken. Vorausgegangen war der Versuch, unsere

² Der Anstieg der Fallzahlen ist wahrscheinlich vorwiegend auf eine Umorganisation bei der Zuständigkeit von Hilfen zurückzuführen.

kleine Einrichtung in drei verschiedene Institutionen für noch kleinere Personenkreise aufzuteilen, dies mit einem Konzept zu hinterlegen und eine entsprechende Leistungsvereinbarung mit dem Bezirk Mittelfranken abzuschließen. Dieser zeigte sich mit der geplanten Vorgehensweise jedoch nicht einverstanden. Dies führte dazu, die pauschalisierte Leistungsbeurteilung und Leistungserbringung zu überdenken. So war der Gedanke der Module geboren, also sich Lebensbereiche und Hilfebedarf eines Menschen anzuschauen. Diese Überlegung erwies sich als kompatibel mit den Überlegungen des Bezirks Mittelfranken.

Letztlich waren zehn Einrichtungen in Mittelfranken bereit, sich mit dem Gedanken zu beschäftigen. Eine davon war das Don-Bosco-Haus.

Fragen waren: Wie können diese Module aussehen? Wie können sie genannt werden? Vertreten waren Einrichtungen aus der Sozialpsychiatrie, der Suchthilfe, der Versorgung von geistig behinderten und von körperbehinderten Menschen, in denen unterschiedliche Hilfebedarfsermittlungssysteme eingesetzt waren. Das Gesamtplanverfahren nach § 58 SGB XII³ etablierte sich zu diesem Zeitpunkt erst langsam in Bayern, hier aber vor allem bei Menschen mit einer seelischen Behinderung.

Letztlich einigte man sich auf die fünf Lebensbereiche im bayerischen Gesamtplanverfahren, verbunden mit Intensitätsstufen, die durch Zeitkorridore und berufliche Qualifikation definiert waren.

Hiermit konnten erste Praxiserfahrungen gemacht werden. Der Dokumentationsaufwand wurde höher. Die Haltung von Mitarbeitern und Betroffenen änderte sich.

Beim Caritasverband Nürnberger Land machte man sich auch über alternative Wohnformen Gedanken, was letztlich zur Errichtung und Inbetriebnahme des Sebastian Fackelmann Hauses führte, eines ganz normalen Mietwohnprojekts mit einer Projektkoordination im Haus und dem Auftrag, sowohl Hausgemeinschaft, wie auch das umliegende Wohnquartier im Sinne der Sozialraumorientierung zu betrachten. Leistungen der Eingliederungshilfe und der ambulanten Pflege kamen nur bei Bedarf zum Tragen und hatten nichts mit der Höhe der Miete, bzw. der Mietnebenkosten zu tun. Es entstand eine Mischung aus Menschen mit Behinderungen, alten Menschen, jungen Menschen, Alleinerziehenden und Mieterinnen und Mietern ohne Hilfebedarf.

³ In der Ausformung der bayerischen Bezirke abrufbar unter <http://www.bay-bezirke.de/baybezirke.php?id=466>, zuletzt abgerufen am 08.06.2018.

Die Hilfebedarfe wurden jeweils durch ambulante Maßnahmen der Eingliederungshilfe und Pflege gedeckt. Das Projekt wurde wissenschaftlich von der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen begleitet⁴.

Schon nach kurzer Zeit erwies sich die Vorgehensweise als sehr erfolgreiche und echte Alternative zur stationären Versorgung. Die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch der Menschen aus dem Quartier stieg spürbar, die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Handicap wurden weniger.

Diese Erfahrung und die Erfahrung mit dem Leistungsmodulsystem führte bei einer anstehenden Umbaumaßnahme des Don-Bosco-Hauses dazu, den Umbau zu normalem Wohnraum zu planen und umzusetzen. Währenddessen waren die Bewohnerinnen und Bewohner und das Personal in einem Notquartier untergebracht.

Dort entwickelte sich bei Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern der Wunsch, im Sinne des begonnenen Prozesses, nicht mehr so in das Haus zurück zu ziehen wie man ausgezogen war, und es wurden Maßnahmen ergriffen.

Die wirksamste war ein professionell begleiteter kritischer Veränderungsprozess im Sinne der Sozialraumorientierung mit den Fragen:

- Weshalb braucht man in einer so gestalteten Einrichtung noch einen Heimvertrag?
- Geht das nicht auch über einen Miet- und Leistungsvertrag?
- Braucht eine solche Einrichtung einen zentralen Briefkasten für alle, oder muss jeder Mensch, der dort lebt, einen eigenen Briefkasten haben?
- Wird der Schallschutz der Fenster nach den Vorgaben eines Heimes gestaltet, oder wie in einem normalen Wohnhaus?

Viele ähnliche Fragen haben uns während dieses Prozesses beschäftigt. Wir haben versucht, sie alle soweit wie möglich zu lösen.

- Wir haben keinen Heimvertrag mehr;
- wir haben einen Briefkasten für jeden Menschen, der hier lebt;
- wir haben den Schallschutz wie beim üblichen Wohnraum.

Bei der Differenzierung in einen Miet- und Leistungsvertrag musste man sich mit den Flächen und deren Nutzung beschäftigen. Dies haben die Mitarbeiter gemeinsam sehr

⁴ Siehe dazu Beyer, Anja; Friedrich, Marit; Lang, Frieder R. (2011): GEMIT – Gelingendes Miteinander im Sebastian Fackelmann Haus. Ergebnisse der Zwei-Jahres-Langzeitstudie. Erlangen. Online verfügbar unter http://www.geronto.fau.de/archiv_pdfs/ipg_research_notes_2011-05a.pdf, zuletzt abgerufen am 30.05.2018.

intensiv getan und Flächen Verwendungszwecken zugeordnet.⁵ Die Verwendungszwecke wurden bei der Kalkulation der Leistungsmodule auch verpreislacht. Die Quadratmeter, die dem einzelnen Menschen zum Wohnen zugeordnet wurden, stehen jetzt in seinem Mietvertrag mit entsprechenden, noch pauschalisierten, Nebenkosten. Der Leistungsvertrag gestaltete sich anhand der Leistungsmodule und legte Intensitäten pro Modul fest, die später in Leistungsstunden umgewandelt wurden.

Alle Positionen wie Organisationskosten, Kosten für pädagogische Maßnahmen, Haustechnik, Hauswirtschaft, Küche etc. konnten kalkulatativ erfasst werden und so ausgerichtet werden, dass eine Finanzierung der Grundkosten im bisherigen finanziellen Rahmen gewährleistet war. Beweglich waren die Intensitätsstufen bzw. die Leistungsstunden bei sich änderndem Hilfebedarf.

Bei der Versorgung psychisch kranker Menschen entsteht bei wirksamer Arbeit in einigen Fällen sinkender Hilfebedarf. Dieser setzte personelle Kapazitäten frei. Nachdem auch das ambulant betreute Wohnen für psychisch kranke Menschen des Caritasverbandes im Landkreis Nürnberger Land modularisiert worden ist, konnten Leistungen sektorenübergreifend, das heißt in ambulanten und stationären Settings erbracht werden. Dies erleichterte Veränderungsprozesse. In stationären Settings lebende Personen konnten Teilleistungen durch Mitarbeiter aus dem ambulanten Bereich in Anspruch nehmen und so gewissermaßen abgeholt werden, andere konnten Leistungen des stationären Bereichs, wie zum Beispiel Unterstützung von vertrauten Bezugspersonen, Mittagessen oder das Stellen von Medikamenten als Teilleistung weiter erhalten. Beziehungsveränderungen konnten fließend gestaltet werden, so dass Veränderungsprozesse durchwegs ohne Krisen gestaltet werden konnten.

Auch andere Einzelleistungen, definiert durch die Module, konnten von Menschen, die nicht bei uns wohnten, wahrgenommen werden. Dies führte dazu, dass bei gleichem Geld mehr Menschen versorgt werden können. Viele Dinge spielten dabei eine Rolle, die einer intensiven Betrachtung durch das Modellprojekt bedurften, z. B. die Frage, welches Personal wo eingesetzt ist und zukünftig auch übergreifend arbeiten kann. Hier galt es, über eine sektorenübergreifende Fachkraftquote zu entscheiden.

Letztendlich fiel dann die Entscheidung, den Hilfebedarf nicht mehr durch Intensitäten, d. h. in Zeitkorridoren zu definieren, sondern durch ein Kontingent von Jahresleistungsstunden pro Modul. Dies geschieht getrennt von den Grundkosten, weshalb auch die Begrifflichkeit der „Fachleistungsstunde“ nicht übernommen wurde. Wenn eine Vermischung der Leistung mit den Grundkosten stattfindet, ist eine Auflösung der bisher bekannten Bereiche „ambulant“, „stationär“, „teilstationär“ nicht möglich und die Durchlässigkeit nicht gegeben.

⁵ Siehe dazu auch Jürgens: Trennung von Fachleistung und Lebensunterhalt; Beitrag E4-2018 unter www.reha-recht.de; 20.04.2018.

Neben den Erfahrungen mit Hilfebedarfen, Leistungsstunden, beruflichen Qualifikationen etc. wurde immer deutlicher, dass durch diesen Veränderungsprozess noch größere Veränderungen im Sinne der Sozialraumorientierung notwendig werden würden. Wir haben uns dazu noch an weiteren Modellprojekten beteiligt, die uns sehr geholfen haben, die notwendige Öffnung in den Sozialraum hinein zu ermöglichen⁶.

Wir haben uns, seit wir am Modellprojekt Leistungsmodule beteiligt sind, in unseren grundsätzlichen Haltungen völlig verändert. Insbesondere hat sich unser Blick weg von den eigenen Institutionen hin zu einzelnen Personen und zum Sozialraum gerichtet. Bewohnerinnen und Bewohner werden in Diskussionen und Entscheidung im Team deutlich stärker als zuvor eingebunden.

III. Ziele des Modellprojekts und Einfluss des Bundesteilhabegesetzes

Folgende Ziele wurden zum Auftakt für das Modellprojekt definiert:

- Entwicklung einer personenzentrierten Bedarfsfeststellung und Leistungsgestaltung durch modularisierte Leistungen;
- Einbeziehung von Betroffenen in die Entwicklung des Systems (Begleitgruppe);
- Berücksichtigung sozialräumlicher Leistungen;
- Orientierung an der Ergebnisqualität;
- Partizipation der Betroffenen, Entwicklung von Zielvereinbarungen und Förderung Persönlicher Budgets;
- Förderung individueller Wohnformen / Auflösung stationärer, teilstationärer und ambulanten Strukturen;
- Fallmanagement.

Mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) zeigte sich, dass Lösungsansätze der Leistungsmodule die gesetzgeberischen Vorgaben erfüllen können.

Nach § 13 Abs. 2 SGB IX sollen durch die Bedarfsermittlung die Auswirkung(en) von Behinderungen auf die Teilhabe, die Ziele der Teilhabeleistungen und die dazu erforderlichen Leistungen festgestellt werden. In der Laufzeit des Modellprojektes wurde ein Bedarfserhebungsinstrument entwickelt, mit dessen Hilfe der individuelle Rehabilitationsbedarf, sowie erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele und deren Fortschreibung do-

⁶ U.a. das Projekt „Gemeinsam aktiv im Sozialraum“ des Deutschen Caritasverbandes. Siehe <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2017/artikel/das-caritas-projekt-gemeinsam-aktiv-im-sozialraum>, zuletzt abgerufen am 30.05.2018.

kumentiert werden können (vgl. § 19 Abs. 2 SGB IX: Teilhabeplan). Die Leistungsausführung soll dabei unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts durch ein Persönliches Budget ermöglicht werden. Auch diese Forderung kann durch die Leistungsmodule erfüllt werden. Ebenfalls wurde bei dem Instrument die Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), siehe dazu § 118 Abs. 1 SGB IX n.F., berücksichtigt.⁷

IV. Vision der Leistungsmodule: Von der pauschalen zur personenzentrierten Leistungserbringung

Die Entwicklung personenzentrierter Hilfen ist Hauptaspekt des Projektes. Unter Personenzentrierung wird dabei verstanden:

- Hilfen werden auf den behinderungsbedingten Bedarf der leistungsberechtigten Person individuell abgestimmt.
- Diese Person bestimmt und gestaltet diese Hilfen wesentlich mit.
- Die Versorgungsstruktur ist durchlässig, die Person erhält mehr Auswahlmöglichkeiten bei der Gestaltung ihrer Hilfen.
- Die Inanspruchnahme und Erbringung von Leistungen ist flexibel: Die Person kann Leistungen von verschiedenen Anbietern in einem unterschiedlichen Umfang erlangen.

Im ersten Teil des Beitrags wurden Vorgeschichte, Ziele und Vision der Leistungsmodule für die Eingliederungshilfe vorgestellt. Es wurde deutlich, dass hier bereits grundsätzliche Forderungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) an eine personenzentrierte Leistungserbringung angelegt sind.

Im zweiten Teil des Beitrags⁸ stellen die Autoren Aufbau und Inhalt der Leistungsmodule im Detail vor.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.

⁷ Zur Nutzung der ICF bei der Bedarfsermittlung siehe auch Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2017): Stellungnahme der DVfR zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Online verfügbar unter http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Stellungnahme_ICF-Nutzung_im_BTHG_bf.pdf, zuletzt abgerufen am: 08.06.2018.

⁸ Der zweite Teil wird voraussichtlich als Beitrag D26-2018 unter [reha-recht.de](http://www.reha-recht.de) veröffentlicht.