



VERBAND DER BAYER. BEZIRKE

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsstelle

Az.: 541/5-3

Postfach 22 15 22

80505 München

**Weiterentwicklung der Versorgung
seelisch Behinderter
im betreuten Wohnen und
in Heimeinrichtungen**

**Beschluss des Hauptausschusses
vom 22. Oktober 2004**

Weiterentwicklung der Versorgung seelisch Behinderter im betreuten Wohnen und in Heimeinrichtungen

(Rahmenkonzept)

I. Einführung (Problemanalyse)

Die Grundprinzipien der mit der Psychiatrie-Enquête 1975 eingeleiteten Psychiatriereform nämlich:

- Gemeindenähe der Versorgung
- Ambulant vor stationär
- Vernetzung von Angeboten (Gemeindepsychiatrischer Verbund)
- Personenzentrierte Hilfen
- Selbsthilfe und Normalisierung
- Rückführung in ein selbstbestimmtes Leben

sind immer noch aktuell.

Mit der Psychiatriereform wurden im Laufe der letzten 25 Jahre die schwerwiegendsten Mängel der psychiatrischen Versorgung behoben.

Ein Thema, das sich in den letzten Jahren zunehmend in den Vordergrund geschoben hat, ist die Versorgung seelisch Behinderter in Heimen, nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen.

Die Entwicklung der Behindertenhilfe in den angelsächsischen Ländern und in Skandinavien zeigt, dass weitaus mehr Menschen mit Behinderungen außerhalb von Wohnheimen betreut werden können als dies gegenwärtig in Deutschland der Fall ist. Was in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern mit Erfolg praktiziert wird, sollte auch in Deutschland möglich sein.

Eine Tagung zur „Zukunft des Heims als Teil der psychiatrischen Versorgung“ im Mai 2000 der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und des Verbandes der bayerischen Bezirke hat den Handlungsbedarf bestätigt.

Die Verbandsversammlung des Verbandes der bayerischen Bezirke hat unter Ziffer 4 der „Resolution zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung“ vom 5.07.2001 gefordert, bestehende vollstationäre Heimplätze kontinuierlich, parallel zum Aufbau ambulant-komplementärer Versorgungsangebote entsprechend dem künftigen Bedarf, abzubauen. Eine Heimunterbringung ist nach Auffassung der Verbandsversammlung nur nach Ausschöpfung aller ambulanten / teilstationären Behandlungs- und Betreuungsformen angezeigt.

Der Aufruf der Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ der Universität Bielefeld vom Juni 2001 an den Deutschen Bundestag für eine Heim-Enquête, weist in die gleiche Richtung. In dem Aufruf wird auch auf die Grenzen der Finanzierbarkeit des Hilfesystems in der heute bestehenden Form hingewiesen: „Das Heimsystem ist ein Auslaufmodell. Es scheitert zumindest in der bisherigen Konzeption sowohl an der Bezahlbarkeit als auch an dem Anspruch ..., das Leben weitgehend selbst zu gestalten, was unter den Bedingungen des Heims nicht möglich ist.“

Aus der 2003 abgeschlossenen „Schwäbischen Heim-Enquête“ wird deutlich, dass trotz des allgemein anerkannten Grundsatzes „ambulant vor stationär“ der Großteil der Hilfen für seelisch behinderte Menschen nach wie vor in stationärer Form erbracht wird: „Das heißt, von einem Systemwechsel kann nicht die Rede sein. Die derzeitige Versorgung orientiert sich in den meisten Fällen weder an den anerkannten Standards der Leistungserbringung noch am Selbstbestimmungsrecht des Menschen. Ein zahlenmäßig bedeutender Umstieg hin zu alternativen, ambulanten Versorgungsformen ist bislang nicht festzustellen.“ Hinzu kommt der humanitäre Aspekt. Beispielsweise beträgt die mittlere Ver-

weildauer in den schwäbischen Heimeinrichtungen bei einem Durchschnittsalter von 59 Jahren 18 Jahre. Das bedeutet, dass die Menschen ein Drittel ihrer bisherigen Lebenszeit bzw. einen der wichtigsten Lebensabschnitte eines Menschen, nämlich zwischen 40 und 60 Jahren, im Heim verbracht haben, obwohl dies bei einem Großteil nicht notwendig gewesen wäre, wenn alternative ambulante und damit niederschwellige Hilfeangebote zur Verfügung gestanden hätten.

Ferner befinden sich viele Heime – historisch bedingt – mit überregionaler Ausrichtung weit entfernt von den Ballungsräumen. Sie widersprechen damit dem Grundsatz der Heimatnähe und verstärken so die Stigmatisierung und Diskriminierung seelisch Behinderter. Diese Standortnachteile versuchen Heimträger durch geeignete Maßnahmen auszugleichen.

Hinzu kommt, dass durch den Rückgang der Aufenthaltsdauern in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen der Druck zunimmt, in Heime zu verlegen.

Alternativen zur herkömmlichen Heimversorgung sind auch unter ökonomischen Gesichtspunkten von großem Interesse. Ambulant betreutes Wohnen ist kostengünstiger als eine stationäre Wohnform. Selbst wenn berücksichtigt wird, dass beim ambulant betreuten Wohnen zusätzlich tagesstrukturierende Angebote benötigt werden (z.B. Tagesstätten, Zuverdienstplätze u.ä.) zeigt sich, dass Alternativen für die Heimversorgung unter ökonomischen und fachlichen Gesichtspunkten dringend erforderlich sind, um dem Prinzip ambulant vor stationär praktische Geltung zu verschaffen unter Einbeziehung der Grundsätze Wohnortnähe, Flexibilität, Vernetzung und Personenzentrierung.

Hierzu bedarf es eines Umdenkens bei den Bezirken als Leistungsträger, den Heimträgern (Privatgewerbliche, Freie Wohlfahrtspflege, Bezirke und andere) als Leistungserbringer, aber auch bei den Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, die als vorrangige Zuweiser in die Heime eine wichtige Steuerungsfunktion und damit eine besondere Verantwortung haben. Dies hat Auswirkungen auf das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung (einschließlich der Versorgung chronisch Suchtkrankter).

II. Ziele

1. Vermeidung weiterer Kostensteigerungen bei der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte durch
 - grundsätzliche Vermeidung von Heimaufnahmen
sowie
 - mittelfristigen Abbau von Heimplätzen um mindestens 20 Prozent je Bezirk zugunsten ambulanter Wohn- und Betreuungsstrukturen.
2. Personenzentrierte Erbringung der Hilfeleistung unter Berücksichtigung der Grundsätze Wohnortnähe, Flexibilität, Vernetzung und Selbstbestimmung des Menschen.
3. Ausrichtung der Medizinischen Versorgungsstrukturen auf die Vermeidung von Heimaufnahmen.
4. Transparenz der Leistungserbringung

III. Maßnahmen

A. Vermeidung von Heimaufnahmen

1. Konsequente Umsetzung des Gesamtplans nach § 58 SGB XII zur systematischen Ermittlung des konkreten Hilfebedarfs des einzelnen Hilfesuchenden.
2. Sicherstellung der bedarfsgerechten Auswahl, Abstimmung und Entwicklung der nach dem SGB XII zu gewährenden Leistungen.
3. Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär durch gezielten Ausbau ambulanter Wohn- und Betreuungsangebote unter Beachtung des § 13 Abs. 1 SGB XII im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes bzw. ähnlicher Verbundsysteme. Dazu bedarf es effizienter Koordinationsstrukturen.
4. Einbeziehung der Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie nach folgenden Grundsätzen:

- Heimverlegungen greifen in das Persönlichkeitsrecht ein und bedürfen daher einer besonderen medizinischen Begründung (Chefsache).
- Bereits im frühen Stadium der Diagnostik und Therapie muss als Qualitätsstandard die Frage der Entlassung und gegebenenfalls Nachbetreuung im gemeindenahen Bereich unter Einbeziehung psychosozialer Dienste, Einrichtungen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation sowie der Betroffenen, Betreuer und Angehörigen in die Überlegungen einbezogen werden.
Zum Leistungsprofil der Fachkliniken gehört zwingend die Teilnahme an Überleitungs- oder Hilfeplanungskonferenzen sowie die Teilnahme an der gemeindenahen Versorgungsstruktur (PSAG/GPV).
Alle Maßnahmen liegen in der Verantwortung der Krankenhausleitung.

5. Gezielter Einsatz und Förderung von Familienpflege, familienähnlicher Strukturen, ehrenamtlichen Bürgerhelfern (Laien Helfern) und der Selbsthilfe.

B. Umbau der Heimversorgung

1. Konsequente Umsetzung des Gesamtplans nach § 58 SGB XII
2. Bedarfsgerechter Umbau der Heimversorgung entsprechend dem Grundsatz der Gemeindenähe im Rahmen regionaler Kooperations- und Vernetzungsstrukturen (Gemeindepsychiatrische Verbände).
3. Entwicklung von kostenneutralen Anreizsystemen für die bedarfsgerechte Umwandlung stationärer Heimplätze in ambulant betreute Wohnformen mit Tagesstrukturierung / Beschäftigung und, soweit noch notwendig, regionalisierte kleine Heimeinrichtungen
4. Kostenneutrale Umwandlung von Heimplätzen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation für seelisch Behinderte nach SGB V und/oder SGB VI.

5. Konzentration der Leistungsstandards in den Einrichtungen auf den individuellen notwendigen Hilfebedarf sowie unbürokratische Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte.
6. Sicherstellung und Nachweis qualitätssichernder Maßnahmen sowie gemeinsame Entwicklung eines effektiven Controllings.
7. Übernahme der regionalen Versorgungsverpflichtung.
