

Vorlage-Nr. 14/435

öffentlich

Datum: 13.04.2015
Dienststelle: OE 7
Bearbeitung: 70.30, B. Esch

Sozialausschuss **04.05.2015** zur Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Bericht zur modellhaften Erprobung der Einführung des einheitlichen personenzentrierten Ansatzes im Finanzierungssystem der stationären und der ambulanten Eingliederungshilfe sowie damit verbunden der anbieterneutralen (Erst-) Beratung von leistungssuchenden Personen im Rhein-Kreis Neuss

Kenntnisnahme:

Der Bericht zur modellhaften Erprobung der Einführung des einheitlichen personenzentrierten Ansatzes im Finanzierungssystem der stationären und der ambulanten Eingliederungshilfe sowie damit verbunden der anbieterneutralen (Erst-) Beratung von leistungssuchenden Personen im Rhein-Kreis Neuss wird gemäß Vorlage 14/435 zur Kenntnis genommen.

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten: Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

L e w a n d r o w s k i

Zusammenfassung:

Der Sozialausschuss hat in seiner Sitzung am 12.05.2010 die Durchführung eines Modellprojektes mit dem Titel „Zur modellhaften Erprobung der Einführung des einheitlichen personenzentrierten Ansatzes im Finanzierungssystem der stationären und ambulanten Eingliederungshilfe sowie damit verbunden der anbieterneutralen (Erst-)beratung von leistungssuchenden Personen in einer Region des Rheinlandes unter Darstellung der damit verbundenen Kosten...“ beschlossen. Das Projekt wurde im Rhein-Kreis Neuss in der Zeit von Juli 2011 bis Ende 2013 durchgeführt.

Ziel des Modellprojektes war es in einem ersten Schritt, eine möglichst leistungserbringerunabhängige Erst- und Folgeberatung für Menschen mit Behinderungen zu erproben und die Effekte dieses Vorgehens zu untersuchen. Damit verknüpft war das Anliegen der Optimierung und Stärkung der personenzentrierten Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung als Voraussetzung für eine später beabsichtigte Einführung eines einheitlichen personenzentrierten Ansatzes im Finanzierungssystem der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe. Im Rhein-Kreis Neuss wurde die Individuelle Hilfeplanung daher von sechs speziell geschulten Fachplanenden, sogenannten IHP3-Beratenden, übernommen. Die IHP3-Beratenden waren bei den örtlichen Koordinations-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) und den Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) angegliedert, die als zentrale Anlaufstellen für die individuelle Erstberatung von leistungssuchenden Personen als Teil des Hilfeplanverfahrens genutzt wurden.

Im Modellzeitraum führten die IHP3-Beraterinnen und -Berater 1.461 Beratungen durch. 46% der Ratsuchenden waren weiblichen und 54% männlichen Geschlechts. Bei 41% der Beratungen handelte es sich um Erstberatungen. Die meisten IHP3-Beratungen erfolgten aufsuchend (z.B. in der Wohnung des/der Ratsuchenden), also nicht in den Räumlichkeiten der KoKoBe oder des SPZ.

Das Modellprojekt wurde wissenschaftlich durch Herrn Prof. Dr. Weber von der Evangelischen Hochschule Darmstadt evaluiert. Die Ergebnisse wurden dem Sozialausschuss in seiner Sitzung am 11.11.2013 vorgestellt. Ergänzend berichtet die Verwaltung mit dieser Vorlage über Ergebnisse des begleitenden Controllings des LVR zu zentralen Fragestellungen.

Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere leistungssuchende Menschen mit einer psychischen Erkrankung/Behinderung überwiegend nicht „unberaten“ die IHP3-Beratung in Anspruch nahmen. Häufig wurden sie von Mitarbeitenden von Diensten und Einrichtungen (der Eingliederungshilfe) zur IHP3-Beratung begleitet. Ebenfalls legen die Ergebnisse nahe, dass sich der erhoffte Effekt einer „Zugangssteuerung“ durch die IHP3-Beraterinnen und -Berater nicht erfüllt hat. Die individuelle Höhe der erforderlichen Unterstützungsleistungen im Einzelfall wurde durch die IHP3-Beratenden angemessen festgestellt. Insgesamt ist jedoch die durchschnittliche Höhe der Fachleistungsstunden je leistungsberechtigter Person insgesamt im Modellverlauf leicht angestiegen. Im Modellverlauf hat sich gezeigt, dass es mittels des Instrumentes IHP3 gelingt, den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen, die in einer stationären Wohneinrichtung leben, zu erfassen. Mit den beiden Forschungs- und Modellprojekten im Rhein-Sieg-Kreis und in der Stadt Mönchengladbach (vgl. 13/ 2329 und 13/2692) wurden ergänzende Fragestellungen untersucht. Es ist daher beabsichtigt die Schlussfolgerungen zum Modellprojekt im Rhein-Kreis Neuss mit den Ergebnissen der genannten Modellprojekte abschließend zu verknüpfen.

Begründung der Vorlage Nr. 14/435:

A) Anlass und Zielsetzung

Der Sozialausschuss hat in seiner Sitzung am 12.05.2010 die Durchführung eines Modellprojektes mit dem Titel *„Zur modellhaften Erprobung der Einführung des einheitlichen personenzentrierten Ansatzes im Finanzierungssystem der stationären und ambulanten Eingliederungshilfe sowie damit verbunden der anbieterneutralen (Erst-)beratung von Leistungssuchenden Personen in einer Region des Rheinlandes unter Darstellung der damit verbundenen Kosten „...“* beschlossen. Das Projekt wurde im Rhein-Kreis Neuss in der Zeit von Juli 2011 bis Ende 2013 durchgeführt.

Anlass für dieses Modellprojekt waren folgende Ansatzpunkte:

Sowohl das Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen (ZPE) als auch die Gemeindeprüfungsanstalt (GPA) hatten Kritik am bestehenden Verfahren der Hilfeplanung im Rheinland vorgebracht: U. a. wies das ZPE darauf hin, dass das Hilfeplanverfahren unabhängiger von Trägern und deren Interessen durchzuführen¹ ist; die Gemeindeprüfungsanstalt wies auf eine Optimierung des Hilfeplanverfahrens unter den Aspekten Zugangssteuerung und Realisierung vorrangiger Leistungen hin. Daraus ist u.a. die Überlegung und Zielsetzung des Modellprojektes entstanden, in einem ersten Schritt eine „anbieterneutrale“ (Erst-)Beratung von Leistungssuchenden Personen zu erproben.

Ein weiterer Ansatz des Modellprojektes ist folgender gewesen: Die Landschaftsverbände haben seit der Übertragung der Zuständigkeit auch für die ambulanten Eingliederungshilfen im Jahr 2003 intensiv und konsequent die Leistungsstrukturen bedarfsorientiert weiterentwickelt. Maßstab aller Aktivitäten und Überlegungen sind die konsequente Ausrichtung auf eine personenzentrierte Bedarfsermittlung, die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und die Anforderungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention.

Jedoch werden die Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen in NRW unterschiedlich finanziert. Ambulante Wohnhilfen werden individuell über die sogenannte Fachleistungsstunde finanziert. Die Finanzierung stationärer Wohnhilfen erfolgt über sogenannte Leistungstypen und Hilfebedarfsgruppen.

Um mehr Menschen mit Behinderung das Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen, soll insbesondere der Wechsel aus dem Wohnheim in die eigene Wohnung unterstützt werden. Als eine Voraussetzung für ein durchlässiges und flexibles Hilfesystem wird ein möglichst einheitliches Finanzierungssystem angesehen. Die Erprobung eines solchen einheitlichen Finanzierungssystems stellte daher die zweite Zielsetzung dar, die in einem nächsten Schritt erprobt werden sollte.

Mit der LVR-Vorlage 13/662 wurde dann dem Sozialausschuss durch die Verwaltung ein Umsetzungskonzept vorgelegt und am 03.12.2010 beschlossen, welches die oben genannten Zielsetzungen aufgreift.

„[...] 1. Als Voraussetzung für die Einführung eines einheitlichen personenzentrierten Ansatzes im Finanzierungssystem wird das bisherige Bedarfsermittlungsverfahren weiterentwickelt. Die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) und die

¹ Vgl. Vorlage 12/3652 und Anlage ZPE-Bericht

Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) werden in der Modellregion zu zentralen Anlaufstellen für das System der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung. Hier soll die individuelle Hilfeplanung bei Anträgen auf Grundlage des IHP3 für alle Menschen mit Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Anspruch nehmen wollen, erfolgen.

2. Das Finanzierungssystem der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen wird nach der Umstellung des Bedarfsermittlungsverfahren konsequent (und einheitlich) auf den personenzentrierten Ansatz ausgerichtet und mit den Leistungserbringern der stationären Eingliederungshilfe erprobt. [...]"

Die erste Zielsetzung des Modellprojekts im Rhein-Kreis Neuss wurde von Juli 2011 bis Ende des Jahres 2013 erprobt und die Umsetzung durch den LVR gefördert. Mit der Durchführung des Modells wurden Erkenntnisse zu folgenden Fragestellungen erwartet: Gelingt durch die neu geschaffene Funktion der IHP3-Beraterinnen und Berater und deren Andockung bei den Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) bzw. Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) ...

- ...eine leistungserbringerunabhängige Beratung von leistungssuchenden bzw. -berechtigten Personen?
- ... eine möglichst von Trägerinteressen losgelöste Zugangssteuerung in das System der Eingliederungshilfe?
- ... eine Verbesserung der Qualität der Zusammenarbeit zwischen dem LVR-Fallmanagement und einer limitierten Anzahl an Hilfeplanenden sowie eine Verbesserung der inhaltlichen Qualität der erstellten Hilfepläne?
- ... eine angemessene Feststellung der benötigten Fachleistungsstunden (losgelöst von ggf. trägerindividuellen ökonomischen Interessen)?

Über die zweite Zielsetzung konnte keine Einigkeit mit der Freien Wohlfahrtspflege erzielt werden und es wurde vereinbart, diese Zielsetzung zunächst nicht weiter zu verfolgen.

B) Umsetzung

Im Rhein-Kreis Neuss wurden die bestehenden KoKoBe und SPZ modellhaft als zentrale Anlaufstellen für die Erstberatung von Leistungssuchenden und die Erstellung von Hilfeplänen für Erst- und Folgeanträge von Menschen mit Behinderung genutzt.

Der Landschaftsverband Rheinland schloss hierzu mit den Trägern der KoKoBe und der SPZ im Rhein-Kreis Neuss Vereinbarungen zur Durchführung dieses Modellprojekts ab.

Am 01.07.2011 startete das Projekt in der Praxis und sechs IHP3-Beraterinnen und -Berater nahmen im Rhein-Kreis Neuss ihre Arbeit auf. Alle sechs IHP3-Beratenden waren jeweils mit einer 0,5 Vollzeit-Stelle bei einer der drei KoKoBe oder einem der drei SPZ im Rhein-Kreis Neuss angesiedelt. Grundlage der Stellenausschreibung war ein zwischen Trägern und LVR abgestimmtes Anforderungsprofil für die IHP3-Beraterinnen und -Berater. Zu den wesentlichen Aufgaben der IHP3-Beraterinnen und -Berater zählten die Funktion als Lotsen in das Hilfesystem der Eingliederungshilfe, die Beratung leistungssuchender und -berechtigter Personen, die umfassende Information zu vorhandenen regionalen Hilfsangeboten, die umfassende Beschreibung von Unterstützungsbedarfen mittels des Instruments Individueller Hilfeplan 3 (IHP3), die enge Kooperation mit dem LVR-Fallmanagement und die Vernetzung mit einschlägigen Gremien vor Ort (z.B. Hilfeplankonferenz).

Für die Laufzeit des Modells wurde eine Begleitgruppe etabliert, die insgesamt neunmal tagte. Die enge Kooperation zwischen dem LVR-Fallmanagement und den IHP3-Beraterinnen und -Beratern wurde durch regelmäßige Kooperationstreffen (in Summe 13) verbindlich.²

Evaluert wurde das Modellprojekt durch Herrn Prof. Dr. Erik Weber von der Ev. Hochschule Darmstadt. Parallel dazu erfolgte durch den LVR für die gesamte Laufzeit ein projektbegleitendes Controlling.

Über den Verlauf des Modellprojektes im Rhein-Kreis Neuss wurde dem Sozialausschuss regelmäßig berichtet. Der erste Zwischenbericht wurde mit der LVR-Vorlage 13/1678 durch den Landschaftsausschuss am 09.12.2011, der zweite Zwischenbericht mit der LVR-Vorlage 13/2832 am 22.04.2013 durch den Sozialausschuss zur Kenntnis genommen. Der Abschlussbericht der begleitenden Evaluation durch Hr. Prof. Dr. Weber, Ev. Hochschule Darmstadt, wurde mit der LVR-Vorlage 13/3268 im Sozialausschuss am 11.11.2013 vorgestellt.

Aus der Untersuchung von Herrn Prof. Weber zum Modellprojekt im Rhein-Kreis Neuss geht hervor, dass der fachgerechte Umgang mit dem IHP3 als dem zentralen Instrument zur Beschreibung und Erbringung von Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe hohe fachliche Anforderungen stellt. Um diese fachlichen Anforderungen zu erreichen bzw. zu erhalten, wurde mit der LVR-Vorlage 13/3513 ein Qualifizierungs- und Fortbildungskonzept vorgelegt, das am 24.03.2014 durch den Sozialausschuss zur Kenntnis genommen wurde.

Mit dieser Vorlage wird, in Ergänzung zu den Erkenntnissen der von Hr. Prof. Dr. Weber durchgeführten Begleitforschung, über die Ergebnisse des projektbegleitenden Controllings des LVR zu den wesentlichen oben genannten Erkenntnisinteressen des Modells berichtet.

C) Erkenntnisse aus dem projektbegleitenden Controlling

Die Ergebnisse des begleitenden LVR-Controllings für den Modellzeitraum legen nahe, dass das Modell der IHP3-Beratung einen geringen und keinen gesicherten Effekt auf die Zugangssteuerung von leistungssuchenden Personen in das Leistungssystem hat. Jedoch zeigen sowohl die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung durch Hr. Prof. Dr. Weber als auch die Ergebnisse des LVR-Controllings – neben aufgetretenen Schwierigkeiten – auch positive Effekte auf. Diese beziehen sich u.a. auf eine ergebnisoffene Beratung, eine verbesserte Vernetzung der Akteure vor Ort, die fachliche Weiterentwicklung und Professionalisierung bereits vorhandener Beratungsstrukturen von KoKoBe und SPZ, die Stärkung des fachlichen Diskurses, der fachlichen Reflektion und Auseinandersetzung in Bezug auf Hilfebedarfe und Leistungsumfänge (z.B. Erkennen von „Betriebsblindheit“) durch die IHP3-Beratung.

Angaben zur erfolgten IHP3-Beratung

² Vgl. Beschlussvorlage 13/2832

Im gesamten Modellzeitraum (01.07.2011-31.12.2013) erfolgten insgesamt 1.461 Beratungen³ durch die IHP3-Beraterinnen und -Berater. Davon erfolgten 35% der Beratungen durch die IHP3-Beraterinnen und -Berater angesiedelt bei den KoKoBe⁴ und 65% durch die IHP3-Beraterinnen und -Berater angesiedelt bei den SPZ.

87% der Beratungen konnten durch die IHP3-Beraterinnen und -Beratern im gesamten Modellzeitraum im Kontext der IHP3-Beratung beendet werden, davon 31% durch die IHP3-Beratung KoKoBe und 56% durch die IHP3-Beratung SPZ.

Die verbleibenden 13% nicht beendeter Beratungsfälle sind überwiegend auf die veränderte Vorgehensweise, verbunden mit einer Zuständigkeitsveränderung der IHP3-Beratung für Folgeanträge im Rahmen des selbständigen Wohnens mit ambulanter Unterstützung, zurückzuführen⁵. Durch die IHP3-Beraterinnen und -Berater wurden 1.134 Einzelpersonen (IHP3-Beratung KoKoBe: 415; IHP3-Beratung SPZ: 719) beraten. Davon haben 1.005 Personen die IHP3-Beratung einmal, 126 Personen zweimal und drei Personen sogar dreimal im Modellzeitraum in Anspruch genommen.

In 41% aller Beratungen handelt es sich nach Angaben der IHP3-Beraterinnen und -Berater um sogenannte Neufälle. Dies bedeutet, dass in diesen Fällen bisher keine Leistungen zum Wohnen durch die Beratungssuchenden bezogen wurden.

Bei der IHP3-Beratung KoKoBe beträgt der Anteil an Neufällen 27%; bei der IHP3-Beratung SPZ liegt der Anteil mit 48% deutlich höher.

49% aller Beratungsfälle entfallen auf Folgeanträge sowohl für das selbstständige Wohnen mit ambulanter Unterstützung als auch das Wohnen in stationären Wohneinrichtungen (7% neue Anträge, 3% keine Angabe).

In 46% aller Beratungsfälle sind die Ratsuchenden weiblichen und in 54% aller Beratungsfälle männlichen Geschlechts. Bei den Beratungsfällen der IHP3-Beratung KoKoBe sind 38% Frauen und 61% Männer (keine Angabe 1%); bei den Beratungsfällen der IHP3-Beratung SPZ waren jeweils 50% weiblichen und 50% männlichen Geschlechts. (Vgl. Abb. 1)

³ Begriffsklärung: Beratungen bzw. Beratungsfälle meint die Anzahl aller erfolgten Beratungen im Modellzeitraum. Davon zu unterscheiden ist die Anzahl der Personen, die beraten wurden, da eine Person die IHP3-Beratung im Modellzeitraum durchaus mehrmals (1-3-mal) in Anspruch genommen haben kann. Ebenfalls davon zu differenzieren ist die Anzahl der Kontakte je erfolgter Beratung bzw. Beratungsfall. Die vorliegenden Darstellungen beziehen sich fast ausschließlich auf das Beratungsgeschehen.

⁴ Zu Gunsten des Leseflusses wird im weiteren Text die Formulierung IHP3-Beratung KoKoBe bzw. IHP3-Beratung SPZ verwandt.

⁵ Ab Februar 2012 waren die IHP3-Beraterinnen und Berater zuständig für die Beratung und Hilfeplanerstellung bei Erstanträgen (ambulant und stationär), bei stationären Folgeanträgen (einrichtungsweises Vorgehen) und bei Folgeanträgen, bei denen bereits der Erstantrag durch eine/einen IHP3-Beraterin/Berater erstellt wurde. Hierüber wurde mit Beschlussvorlage 13/2832 berichtet.

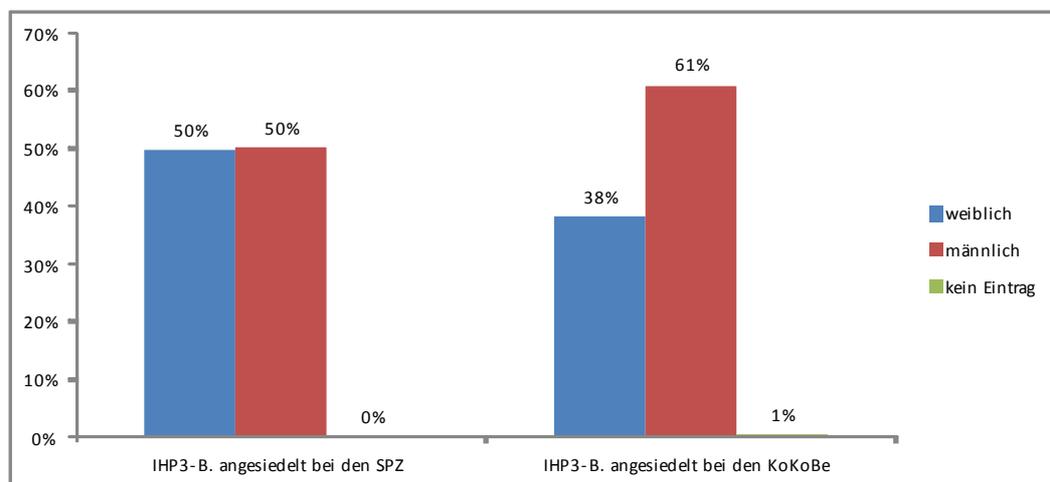


Abb. 1: Geschlecht der Ratsuchenden pro Beratungsfall der jeweiligen IHP3-Beratung

In 85% der Beratungsfälle steht bei den durch die von der IHP3-Beratung KoKoBe beratenen Menschen eine geistige Behinderung im Vordergrund (6% körperliche Behinderung, 3% psychische, 3% unklar, 3% keine Angabe).

74% der Beratungen durch die IHP3-Beraterinnen und -Berater SPZ entfallen auf Ratsuchende mit einer primär bzw. vorwiegend psychischen Behinderung und 24% auf Ratsuchende mit einer Suchterkrankung (1% unklar).

Zu den wesentlichen Fragestellungen des Modellprojektes im Rhein-Kreis Neuss kann im Ergebnis festgestellt werden:

1. Gelingt durch die neu geschaffene Funktion der IHP3-Beraterinnen und Berater bei den KoKoBe sowie den SPZ eine leistungserbringerunabhängige (Erst-) Beratung von leistungssuchenden Menschen (Hintergrund ist die ZPE Evaluation mit dem Hinweis, dass Erstanträge anbietergesteuert sein könnten.)?

Die IHP3-Beratung erfolgte insgesamt überwiegend aufsuchend. Aufsuchend bedeutet, dass die Beratung überwiegend an dem Ort stattfand, den der/die Beratungssuchende oder Leistungsberechtigte als gewünschten Ort für die Beratung angab. Aufsuchend konnte daher sowohl eine Beratung in der Wohnung des Beratungssuchenden als auch beispielsweise in einem Cafe, im Fachkrankenhaus oder sogar im Büro des Leistungsanbieters bedeuten. Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Wohneinrichtungen äußerten oftmals den Wunsch, in den Räumen der KoKoBe oder des SPZ beraten zu werden. Entscheidend für den Ort der Beratung war insbesondere der Wunsch des Leistungssuchenden bzw. -berechtigten.

Bei der IHP3-Beratung KoKoBe erfolgten 69% und bei der IHP3-Beratung SPZ 60% der Beratungen aufsuchend; in 30% bzw. 40% fand die Beratung in der KoKoBe oder im SPZ statt (1% keine Angabe). Auch bei Erstberatungen von Menschen, die bislang keine Wohnleistungen bezogen haben, erfolgte die Beratung in mehr als der Hälfte aufsuchend.

In der Konzeption zur Umsetzung des Modellprojektes war vorgesehen, dass die IHP3-Beraterinnen und -berater auch aufsuchend arbeiten sollen. Die genannten Ergebnisse zeigen, dass dies erfolgt ist.

Die Ergebnisse zu der Frage: „Von wem wurden die leistungssuchenden Personen zur IHP3-Beratung begleitet?“, deutet darauf hin, dass die IHP3-Beratung nicht der „erste“ Beratungskontakt im Kontext des Zugangs zu Eingliederungshilfeleistungen ist.

Insbesondere in Bezug auf die IHP3-Beratung für die Zielgruppe der Menschen mit einer psychischen Behinderung und/oder Suchterkrankung legen die Ergebnisse des begleitenden Controllings nahe, dass der Zugang zur IHP3-Beratung bei Menschen, die bisher keine Leistungen zum Wohnen bezogen haben, nur teilweise leistungserbringerunabhängig⁶ ist. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Begleitforschung⁷.

Bei der IHP3-Beratung SPZ wurden 73% der Beratungssuchenden, die noch keine Leistungen zum Wohnen durch den LVR bezogen haben und eine IHP3-Beratung aufsuchten, von Mitarbeitenden von Einrichtungen/Diensten begleitet. Bei der IHP3-Beratung KoKoBe fällt dieser Anteil mit 23% deutlich geringer aus (vgl. Abb.2). Die IHP3-Beratung SPZ suchten 12% der Beratungssuchenden ohne Begleitung auf; 9% in Begleitung ihrer gesetzlichen Betreuung (vgl. Abb. 2).

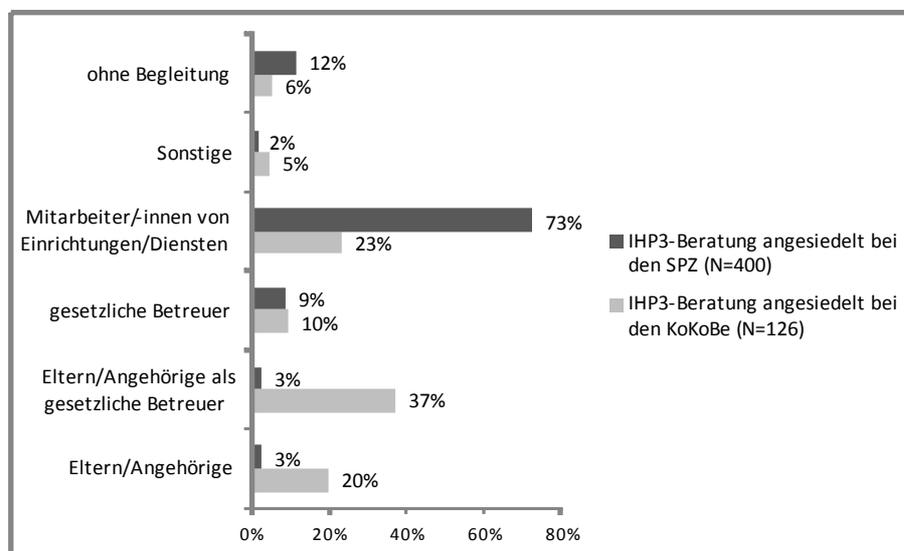


Abb. 2: Von wem wird der/die Beratungssuchende bzw. Leistungsberechtigte zur IHP3-Beratung begleitet?

Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die erfolgte IHP3-Beratung ergebnisoffen war. Dies legen die Ergebnisse der Begleitforschung durch Prof. Dr. Weber nahe, wonach rd. 71% der Befragten angaben, dass, ihrem Eindruck nach, die Beratung zur IHP3-Erstellung im Ergebnis offen war⁸.

⁶Verständnis gemäß der mit den Projektpartnerinnen und -partnern geschlossenen

Durchführungsvereinbarung: „[...] dass die Beratung ergebnisoffen und losgelöst von jeglichen sachfremden und/oder wirtschaftlichen Interessen einzelner Leistungsanbieter erfolgt.“

⁷ Vgl. hierzu Prof. Dr. Weber et al.: Qualifizierte Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe durch die Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) und die Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) im Rheinland. Darmstadt, Oktober 2013, S. 83 f.

⁸ Ebd. S. 86-87.

2. Gelingt durch die neu geschaffene Funktion der IHP3-Beraterinnen und -Berater bei den KoKoBe sowie den SPZ eine angemessene Erhebung des Hilfebedarfes?

In 90% der durch IHP3-Beraterinnen und -Berater erstellten IHP wurde die ermittelte Höhe der Fachleistungsstunden (FLS) bzw. Leistungstyp-Einstufung (LT) durch das LVR-Fallmanagement bestätigt. Bei Erstanträgen wurden 89% der durch IHP3-Beratende ermittelten Unterstützungsumfänge bestätigt.

Aber: Dies trifft gleichermaßen auch auf die ermittelte Höhe der FLS bzw. LT-Einstufung bei den IHP, die nicht durch die IHP3-Beraterinnen und Berater erstellt wurden, zu.

Insgesamt betrachtet ist die durchschnittliche FLS-Anzahl im Modellzeitraum im Rhein-Kreis Neuss je leistungsberechtigter Person um 0,25 Stunden gestiegen. In allen anderen Regionen des Rheinlandes ist sie im gleichen Zeitraum nahezu unverändert geblieben.

Somit wurde die individuelle Höhe der erforderlichen Unterstützungsleistungen im Einzelfall, ob mit oder auch ohne IHP3-Beratung, angemessen festgestellt. Die durchschnittliche Höhe der FLS-Anzahl, je Leistungsberechtigtem insgesamt, ist im Modellverlauf jedoch leicht angestiegen.

3. Gelingt durch die neu geschaffene Funktion der IHP3-Beraterinnen und -Berater bei den KoKoBe sowie den SPZ eine verbesserte Zugangssteuerung in das System der Hilfeleistungen?

Die Ergebnisse zeigen, dass sich der erhoffte Effekt einer „Zugangssteuerung“ durch die IHP3-Beratenden nicht erfüllt hat. In nur jeweils 1% aller Beratungsfälle und 2% der Neufälle erfolgte eine Zuführung zu anderen Leistungsträgern oder Angeboten ohne Antrag auf Wohnleistungen beim LVR. Bei der IHP3-Beratung KoKoBe wurde jeder 70. Beratungsfall und bei der IHP3-Beratung SPZ jeder 67. Beratungsfall einem anderen Leistungsträger oder Angeboten zugeführt (vgl. Abb. 3). Dass für Leistungssuchende die IHP3-Beratung nicht der erste Beratungskontakt war, dürfte hiermit vermutlich in Zusammenhang stehen.

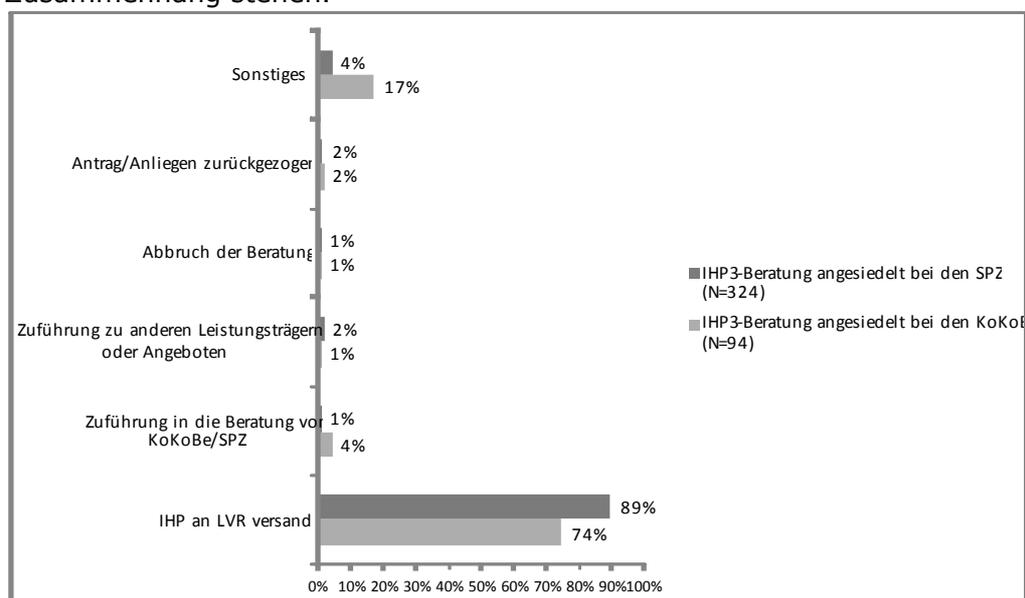


Abb. 3: Wie endet die IHP3-Beratung in Neufällen? – alle abgeschlossenen Beratungsneufälle je IHP3-Beratung ab Feb.2012

In 79% bzw. 85 % der Neufälle schien die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 53 SGB XII gegeben zu sein. In 8% bzw. 10% der Neufälle waren sich die IHP3-Beratenden hierüber unklar (vgl. Abb. 4).

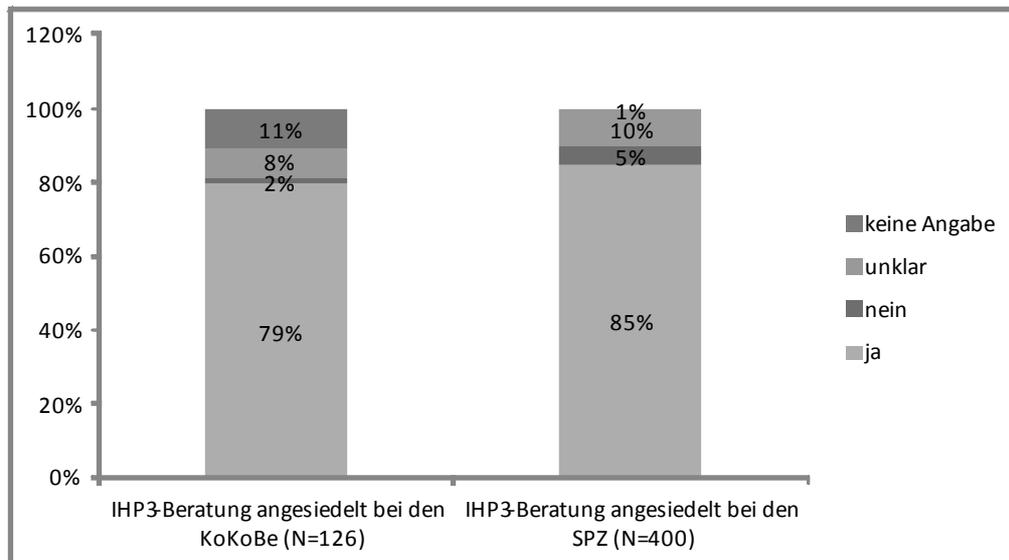


Abb. 4: Gehört der/die Beratungssuchende zum Personenkreis nach § 53 f SGB XII? Neufälle N= 526

In 89% der Neufälle, in denen das Hilfeplanverfahren begonnen wurde, wurde auch ein Hilfeplan an den LVR versandt. In 11% wurde zwar in das Hilfeplanverfahren eingestiegen, jedoch endete die Beratung aus anderen Gründen: Antrag/Anliegen zurückgezogen z.B. weil Selbstzahler, Kontakt abgebrochen (verstorben, verzogen, nicht mehr gemeldet), an Beratung/Angebote der KoKoBe bzw. SPZ vermittelt. Einfluss auf den Zugang hat somit u.a. die Tatsache, ob der/die Leistungssuchende die Kosten entsprechender Leistungen anteilig selbst zu tragen hat. War dies der Fall, wurde das Anliegen der Antragstellung und Hilfeplanung häufig zurückgezogen.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die IHP3-Beratenden teilweise Hilfeplanverfahren begonnen haben, obwohl die/der Leistungssuchende ihrer Einschätzung nach nicht zum entsprechenden Personenkreis gehörten.

Mögliche Erklärungen/Annahmen hierfür können sein: Die Angaben im entsprechenden Erfassungsbogen wurden nachträglich nicht mehr korrigiert, sofern die IHP3-Beratenden während des Beratungsprozesses zu einer anderen Einschätzung gelangt sind. Die Unklarheit über die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach §53 ff SGB XII wurde an den LVR als Leistungsträger abgegeben.

4. Gelingt durch die neu geschaffene Funktion der IHP3-Beraterinnen und -Berater bei den KoKoBe sowie den SPZ eine Verbesserung der Qualität der Zusammenarbeit zwischen dem LVR-Fallmanagement und einer limitierten Anzahl an Hilfeplanern sowie eine Verbesserung der inhaltlichen Qualität der erstellten Hilfepläne?

Die Ergebnisse aus Sicht des LVR-Fallmanagements zeigen, dass sich die Anzahl der eingereichten IHP mit Mängeln, mit oder ohne IHP3-Beratende erstellt, nur sehr gering bis gar nicht unterscheidet.

Es gibt kaum Hilfepläne, die völlig mängelfrei sind.

Jedoch ist die Häufigkeit der Mängel im jeweiligen Hilfeplan, bei den durch die IHP3-Beraterinnen und -berater erstellten IHP, insgesamt deutlich geringer, als die Anzahl der Mängel bei den IHP, die ohne IHP3-Beratung erstellt wurden. Ebenfalls zeigt sich ein leichter Unterschied bei der inhaltlichen Qualität, konkret bezogen auf die Art der Mängel. Gerade an der auch immer wieder im Projekt thematisierten Beteiligung der Leistungsberechtigten, mangelt es aus Sicht des LVR-Fallmanagement bei den IHP, die ohne IHP3-Beraterinnen und -Berater erstellt wurden, häufiger als bei den mit IHP3-Beratenden erstellten IHP.

Insgesamt gab das LVR-Fallmanagement bei den Kooperationstreffen und gegenüber der Projektleitung an, dass sich die Qualität der von den IHP3-Beratenden erstellten Hilfepläne im Projektverlauf stetig verbessert habe.

Darüber hinaus stellte nach Angaben des LVR-Fallmanagements die enge Kooperation mit sechs IHP3-Beratenden eine Vereinfachung des Arbeitsprozesses dar, da beispielsweise Rückfragen und Rückmeldungen zu den Hilfeplänen einfacher und effizienter erfolgen konnten.

5. Gelingt durch die neu geschaffene Funktion der IHP3-Beraterinnen und Berater bei den KoKoBe sowie den SPZ die Ermittlung des Leistungsbedarfs mit einem für die ambulanten und stationären Wohnleistungen einheitlichen Instrument, dem IHP3, als Grundvoraussetzung des einheitlichen Finanzierungssystems?

Mit dem Modellprojekt sollte u.a. eine wesentliche Voraussetzung für die (spätere) Einführung eines einheitlichen personenzentrierten Ansatzes im Finanzierungssystem, durch die Weiterentwicklung des bisherigen Bedarfsermittlungsverfahrens, geschaffen werden⁹.

Im Modellverlauf hat sich gezeigt, dass es mittels des Instrumentes IHP3 gelingt, den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen, die in einer stationären Wohneinrichtung leben, zu erfassen.

U.a. wurden für die Bewohnerinnen und Bewohner von zehn stationären Wohneinrichtungen durch die IHP3-Beraterinnen und Berater die individuellen Hilfepläne mit dem Instrument des IHP3 erstellt. Zu diesen Hilfeplänen gab das LVR-Fallmanagement an, dass es den IHP3-Beraterinnen und -Beratern überwiegend voll und ganz gelungen sei, den Hilfebedarf von Menschen, die in einer stationären Wohneinrichtung leben, umfassend mit dem IHP3 darzustellen. Die Qualität der erstellten Hilfepläne habe sich im Projektverlauf entwickelt. Zu Beginn des Modells wären die Hilfebedarfe häufig noch am Milieu/Setting orientiert beschrieben worden. Im Lauf des Modells sei es den IHP3-Beraterinnen und -Beratern zunehmend stärker gelungen, eine personenzentrierte Perspektive einzunehmen.

6. Haben sich die Kosten zur Durchführung des Modells durch die neu geschaffene Funktion der IHP3-Beraterinnen und Berater bei den KoKoBe sowie den SPZ amortisiert?

Wie bereits unter 2. ausgeführt, ist die durchschnittliche Fachleistungsstunden-Anzahl im Modellzeitraum im Rhein-Kreis Neuss je leistungsberechtigter Person um 0,25 Stunden gestiegen, bei einem sehr leichten Anstieg der Neufälle im Jahr 2012. In allen anderen Regionen des Rheinlandes ist sie im gleichen Zeitraum nahezu unverändert geblieben.

⁹LVR-Vorlage 13/662

Insofern ist die erwartete Amortisierung der Kosten für die Durchführung des Modellprojektes nicht eingetreten.

D) Umgang mit den Ergebnissen

Die Ergebnisse des projektbegleitenden Controllings und der Abschlussbericht von Herrn Prof. Dr. Weber haben bereits wichtige Hinweise für die Weiterentwicklung der Zugangssteuerung zu den Leistungen der Eingliederungshilfe und die Hilfeplanung im Rheinland geliefert. Mit den beiden Forschungs- und Modellprojekten im Rhein-Sieg-Kreis und in der Stadt Mönchengladbach (vgl. 13/ 2329 und 13/ 2692) wurden ergänzende Fragestellungen untersucht, wie zum Beispiel zur Zugangssteuerung durch die Einschaltung externer Gutachterinnen und Gutachter, zur Hilfeplanung für Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen oder zur Beratung von Menschen mit geistiger Behinderung, die noch bei ihren Eltern wohnen.

Insofern ist es aus Sicht der Verwaltung sinnvoll, die Schlussfolgerungen zum Modellprojekt im Rhein-Kreis Neuss mit der Auswertung der Modellprojekte im Rhein-Sieg Kreis und in der Stadt Mönchengladbach zu verknüpfen, um abschließende Handlungsempfehlungen aus den Ergebnissen aller drei Modellprojekte ableiten zu können.

Bemerkenswert ist, dass es im Rahmen des Modells mittels des Instrumentes IHP3 gelungen ist, den individuellen Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen, die in einer stationären Wohneinrichtung leben, zu erfassen.

Die Verwaltung wird dem Sozialausschluss dazu weiter berichten.

In Vertretung

L e w a n d r o w s k i