

für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit

**Vierteljahresheft zur Förderung
von Sozial-, Jugend- und
Gesundheitshilfe**

Berlin • 37. Jahrgang • Nr. 3/2006

Begründet von
Professor Dr. Hans Aichinger

Herausgegeben von
Professor Dr. Diether Döring
Akademie der Arbeit in der
Universität Frankfurt am Main

im Auftrag des Deutschen Vereins
für öffentliche und private Fürsorge
Michaelkirchstraße 17/18
10179 Berlin
Fax (030) 6 29 80-351
Internet: www.deutscher-verein.de

Deutsche Bank
723 39 42
(BLZ 100 700 00)

ISSN 0340 - 3564

Schriftleitung: Dr. Sabine Schmitt
Tel. (030) 6 29 80-319, E-Mail:
s.schmitt@deutscher-verein.de

Das Archiv für Wissenschaft und
Praxis der sozialen Arbeit erscheint
vierteljährlich. Der Bezugspreis be-
trägt 42,70 € jährlich (für Mitglie-
der des Deutschen Vereins 21,90 €
jährlich); Einzelheft 10,70 €.

Alle Preisangaben zuzüglich Ver-
sandkosten. Anmeldungen zur
Mitgliedschaft nimmt die Geschäfts-
stelle des Deutschen Vereins
entgegen.

Die Auslieferung an Nichtmitglieder
des Vereins und an den Buchhandel
sowie die Bestellung von Einzelhef-
ten erfolgt über den Verlag VSTP,
Ahlmannshof 50a, 45889 Gelsen-
kirchen, Tel. (0209) 31 90 435.

Alle Rechte, auch das der Überset-
zung, sind vorbehalten.

Gesamtherstellung:
Werbedruck Schreckhase
Dörnbach 22
34286 Spangenberg

Veröffentlicht mit Förderung durch
das Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend
(BMFSFJ)

Abhandlungen

- Fritz Baur**
Zur Situation der Eingliederungshilfe.
Hintergründe und Folgerungen 4
- Joachim Hagelskamp**
Persönliche Budgets für behinderte
Menschen 16
- Martina Hoffmann-Badache**
**„Ambulant vor stationär“ in der Einglie-
derungshilfe – nur eine Formel der Sozialgesetz-
gebung?** 24
- Gerhard Kronenberger**
Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe 34
- Norbert Müller-Fehling**
Die Zukunft der Eingliederungshilfe.
Ein Diskussionsbeitrag aus der Perspektive
einer Selbsthilfeorganisation 50
- Ingo Klatt**
Fallmanagement in der Eingliederungshilfe
für Menschen mit Behinderung – erste Konturen
eines „Berliner Modells“ 60
- Ingmar Steinhart**
**Fachlichkeit und Ökonomie verbinden. Erfah-
rungen mit einem personenbezogenen Finanzie-
rungsmodell aus einem regionalen Psychiatrie-
budget der Eingliederungshilfe** 74

Ingmar Steinhart

Fachlichkeit und Ökonomie verbinden

Erfahrungen mit einem personenbezogenen Finanzierungsmodell aus einem regionalen Psychriatriebudget der Eingliederungshilfe

Ökonomie und Fachlichkeit werden oft als unauflösbares Spannungsfeld verstanden. Übersehen wird leider, dass in diesem Spannungsfeld auch die Chance für einen Entwicklungsschub sozialpsychiatrischer Angebote steckt. Professor Klaus Dörner wollte bereits in den 90er-Jahren „aus leeren Kassen Kapital schlagen“. Folgt man heute den aktuellen psychiatrischen Konzepten im Bereich der Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen, so steht der personenzentrierte und lebensfeldorientierte Ansatz mit einem im Kern ambulanten Hilfesystem im Mittelpunkt. Dieser Ansatz fordert insbesondere passgenaue Hilfen für den Einzelfall und kann somit – richtig eingesetzt – „Ressourcen im bestehenden System heben“, die im psychiatrischen Versorgungssystem bzw. in den Institutionen „schlummern“. Es gilt als bereits in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesene Erkenntnis, dass ein primär ambulantes und auf individuelle Bedürfnisse ausgerichtete Hilfesystem zwar Einzelfälle hervorbringt, die extrem teuer sind, dass aber in jedem Fall die durchschnittlichen Fallkosten sinken. Dies gilt allerdings nur dann, wenn die Entwicklung solcher ambulanter Systeme nicht von einer reinen Spardiskussion, sondern von einer primär fachlichen Diskussion bestimmt wird und wenn eine solche Entwicklung von allen Akteuren, insbesondere den Anbietern und Kostenträgern, „getragen“ wird.

In diesem Beitrag wird eine langjährige Entwicklung in der mit ca. 200.000 Einwohnern größten Gebietskörperschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern, der Hansestadt Rostock, vorgestellt. Die Einsicht, dass die Übernahme von Verantwortung und Steuerung auf kommunaler Ebene, also dort, wo die Bürgerinnen und Bürger Unterstützung und passgenaue Hilfen benötigen, ein viel versprechender Weg ist, um Fachlichkeit und Kostendämpfung gemeinsam voranzubringen, ist in der Hansestadt über viele Jahre gewachsen und nicht „vom Himmel gefallen“ oder verordnet worden.

In der Folge der ersten Bundesmodellprojekte aus der Wendezeit unterstützt durch zwei landeseigene Modellprojekte (Sozialpsychiatrie, Kommunale Psychiatrie) wurde in der Hansestadt im Zeitraum von 1998 bis 2005 hart daran gearbeitet, die Psychiatriereform voranzubringen. Im Vordergrund stand die Ausrichtung der Angebote und Dienste an den Hilfebedarfen der Bürgerinnen und Bürger der Stadt, d.h. die Angebote wurden primär ambulant und im Gemeinwesen (lebensfeldorientiert) aufgebaut. Dieser konsequente Weg führte schließlich dazu, dass die beteiligten Anbieter und Kostenträger für das Jahr 2005 vereinbarten, sich auf das gemeinsame „Wagnis“ einzulassen, die noch institutionsorientierte Finanzierung insbesondere im Bereich des überörtlichen Kostenträgers auf eine personenbezogene Finanzierung der Hilfen umzustel-

len und diese einzubetten in und abzusichern über ein regionales Budget. Im Folgenden werden einige Schritte dieses gemeinsamen Wachstums seitens der Kommune und der Anbieter beschrieben und Ergebnisse aus dem ersten Jahr vorgestellt.

Ein regionales Budget sollte sich stets an den regionalen Gegebenheiten orientieren – unter der Leitidee einer Vollversorgung, d.h. ohne schwierige Personen in andere Regionen „abzuschieben“, und einer umfassenden Befriedigung der Ansprüche der Bürgerinnen und Bürger auf Leistungen aus dem SGB XII (Eingliederungshilfe). Wir beschreiben hier den „Rostocker Weg“, der andernorts sicherlich anders gegangen werden muss.

Es sei hier erwähnt, dass die Entwicklung in der Hansestadt nur so weit voranschreiten konnte, weil einer der Anbieter in der Hansestadt Rostock als „Motor der Bewegung“ fungierte und weil Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialamtes und der Anbieter, die von einer personenzentrierten Psychiatrie überzeugt waren, trotz manchmal heftigsten Gegenwindes und enormer zusätzlicher Arbeitsbelastung diesen Weg konsequent weiterverfolgt haben. Diese Entwicklung wurde zudem von den Geschäftsführungen beider Anbieter uneingeschränkt unterstützt und erhielt politische Rückendeckung aus der Hansestadt, insbesondere aus dem Sozialamt, und dem Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern.

PROF. DR. INGMAR STEINHART

ist Professor am Institut für Sozialpsychiatrie an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und wissenschaftlicher Leiter der Modellprojekte des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. E-Mail: institut@sozialpsychiatrie-mv.de; IngmarSteinhart@aol.com

Vorarbeiten

Konversion bestehender Heimplätze und Verhinderung des Ausbaus stationärer Angebote

In den vergangenen Jahren hat sich insbesondere zwischen dem Sozialamt der Hansestadt und der Leistungserbringerseite eine partnerschaftliche und ergebnisorientierte Zusammenarbeit entwickelt. Eine Folge dieser gegenseitigen Achtung war auch, dass in den vergangenen Jahren 16 zusätzliche psychiatrische Heimplätze zwar geplant, aber gar nicht erst realisiert wurden, da alternative Konzepte im ambulanten Bereich vorlagen.

Relativ frühzeitig erkannte man also eine Fehlentwicklung, die nicht nur für die alten, sondern mittlerweile für viele neue Bundesländer kennzeichnend ist: Auf steigenden Bedarf wird mit neuen Institutionen, meistens Heimen, reagiert, die dann zukünftig – unabhängig vom regionalen Bedarf – erneut belegt werden müssen. In der Hansestadt Rostock wurden stattdessen vorab Investitionen, Folgekosten und Betriebskosten in nicht unerheblichem Umfang eingespart und die notwendigen Angebote für die Klienten ambulant organisiert und finanziert. In diesen Kontext gehört auch, dass zu Beginn 2005 ein psychosoziales Wohnheim in eine „Wohnanlage“ umgewandelt wurde, in der jetzt Menschen mit Mietvertrag und Unterstützungsverträgen mit individuell zugeschnittenen Hilfen wohnen.

Alle diese Maßnahmen führten dazu, dass in der Hansestadt Rostock für den Bereich des Wohnens ein Verhältnis von 80% ambulanten zu 20% stationären Angeboten erreicht wurde. Im Landesdurchschnitt liegt das Verhältnis dagegen bei 30% ambulant zu 70% stationär. Auch die durchschnittlichen Fallkosten liegen in Rostock unter dem Landesschnitt.

Integrierte Hilfeplanung

Ein weiterer Baustein in der Entwicklung der Hansestadt war, dass man relativ früh vereinbarte, bei allen Akteuren Überzeugungsarbeit für einen Paradigmenwechsel von institutionenbezogenen hin zu personen- und lebensfeldorientierten Hilfsstrukturen zu leisten.

Die Hansestadt Rostock nahm mit dem Landkreis Güstrow als eine der ersten Gebietskörperschaften an dem Modellprojekt Sozialpsychiatrie (1998–2001) zur Erprobung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitations-Plans (IBRP) teil. Sowohl für die Mitarbeiterinnen der Hansestadt als auch für die Mitarbeiterinnen der Leistungserbringer (Psychiatrische Universitätsklinik Rostock, Anbieter von tagesklinischer Behandlung, Soziotherapie und von Leistungen der Eingliederungshilfe) wurden kostenlos IBRP-Schulungen angeboten. Im Rahmen eines vom Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern entwickelten Schulungskonzeptes wurden nicht nur die formale Anwendung der entsprechenden Bögen trainiert, sondern vor allem Neugier und Verständnis für den personenzentrierten und lebensfeldorientierten Ansatz sowie für gemeindepsychiatrische Angebotsformen geweckt. Nach den Schulungen wurde der IBRP als Hilfeplaninstrument verbindlich eingeführt, die Hilfeplanung inklusive der Leistungsgewährung fand nicht mehr in abgeschlossenen Amtsstuben des Sozialamtes oder bei den Leistungserbringern statt, sondern nur noch unter Beteiligung der Hilfeempfänger in der Rostocker Hilfeplankonferenz (HPK). Die HPK wurde durch eine von Anbietern und Kostenträgern gemeinsam verabschiedeten Satzung in transparente und verbindliche Strukturen überführt.

Besonderes Merkmal dieser Hilfeplankonferenz ist, dass Entscheidungen über einen Hilfeplan unter Beteiligung des Hilfeempfängers zunächst nur im Konsens geführt werden können. Unbenommen davon ist die Letztentscheidung des Kostenträgers – allerdings erst nach erneuter Befassung mit einem etwaigen Veto der Leistungserbringerseite. Dieses den Leistungserbringern eingeräumte Veto-Recht zeigt u.a. die Achtung gegenüber den Kompetenzen beider Seiten.

Die ersten Analysen in der Hansestadt Rostock zeigen, dass im Zuge der Einführung von personenbezogen arbeitenden Hilfeplankonferenzen die Wiedereingliederungsrate im Sinne einer positiven Loslösung von der Eingliederungshilfe sprunghaft gestiegen sind. Aus unserer Sicht bedeutet dies, dass bei einer differenzierten personenbezogenen Betrachtungsweise des Hilfebedarfs und der darauf abgestimmten Hilfen nicht nur die Passgenauigkeit dieser Hilfen verbessert wird, sondern auch das Augenmerk darauf gelenkt wird, ob manche Hilfen überhaupt noch notwendig sind. Nach

übereinstimmender Bewertung der Kostenträger und der Anbieter ist niemand aus Kostengründen aus dem System „ausgesteuert“ worden, vielmehr wird die gestiegene Zahl der Wiedereingliederungen allseits positiv bewertet. Somit tragen die Hilfeplan-Konferenzen nicht nur dazu bei, dass Menschen in das Hilfesystem kommen, sondern auch, dass sie aus dem Hilfesystem positiv entlassen werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass sie in einem rekursiven Verfahren eingesetzt sind, d.h. in individuell vereinbarten Zeitabständen werden die individuellen Hilfeziele und die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen kontinuierlich überprüft.

Personenbezogene Finanzierung / regionales Psychiatrie-Budget

In der Hansestadt Rostock existiert seit dem 1. Januar 2005 ein regionales Psychiatrie-Budget für den Bereich des SGB XII inklusive der Pflichtleistungen der Hansestadt (wie z.B. der Begegnungsstätte), aus dem heraus über die Hilfeplankonferenz nicht mehr institutionsbezogene, sondern individuelle Leistungen finanziert werden. Diese neue Finanzierungsform mit ihren „prospektiven personenbezogenen Maßnahmebudgets“ ermöglicht eine tatsächlich individuelle Leistungserbringung. Sie erfolgt auf der Basis von Komplexleistungen unabhängig von Institutionen oder Immobilien, einem vereinfachten Abrechnungsverfahren und einem primären Controlling der Zielerreichung, aber auch des Maßnahmeverlaufes. Es fließen über 91% des Psychiatrie-Budgets der Hansestadt Rostock direkt in personenbezogene Leistungen. Die übrigen neun Prozent des Budgets beinhalten die Finanzierung personenbezogener Vorhaltekosten wie z.B. eine Begegnungsstätte, einen Krisendienst, Nachtwachen, die Vorhaltung von (Not-)Betten für Menschen mit hohem Störungspotenzial und die Investitionsbeträge aus den bisherigen Entgelten.

Die Berechnungsgrundlage für das Gesamtbudget war im Konsens aller Beteiligten die Summe aller örtlichen und überörtlichen Aufwendungen aus dem SGB XII unter der Maßgabe, dass zum Zeitpunkt der Budgetbildung mit diesen Aufwendungen eine Bedarfsdeckung im Bereich der Psychiatrie erreicht ist. Als Referenzwert wurde der September 2004 gewählt, um die Eckdaten für das Budget 2005 zu ermitteln (z.B. Belegung, Entgelthöhen, Minuten-Budget). Es bestand auch Konsens darüber, dass bei steigendem Bedarf über die Notwendigkeit von Budgetsteigerungen gesprochen werden kann, wenn sich nach Ablauf des ersten Erprobungsjahres herausstellen sollte, dass alle Möglichkeiten zur Bedarfsdeckung innerhalb des Budgets nachweisbar ausgeschöpft wurden. Insgesamt wurde aber die Unkündbarkeit des Budgets für 2005 vereinbart, sofern die effektiven prospektiven Leistungen (Gesamtminutenwerte) einen Korridor von plus/minus 2% nicht überschritten. Zur Sicherstellung einer möglichen Rückkehr in die alte Finanzierungssystematik wurde mit hohem zusätzlichem Aufwand die bisherige Systematik der „Tagesentgelte“ parallel fortgeführt und dokumentiert.

Erleichtert wurden die Diskussionen um die Einführung des Budgets dadurch, dass in der Hansestadt Rostock seit vielen Jahren nur zwei Anbieter mit ambulantem und teilstationärem Schwerpunkt im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit we-

sentlichen seelischen Behinderungen tätig sind. Weil die Leistungsanbieter um die Stabilität ihrer Finanzierung fürchteten und wegen der unterschiedlichen Kosten- und Angebotsstrukturen, d.h. insbesondere der Gewichtung von ambulant und stationär, wurde das Gesamtbudget für 2005 in zwei Anbieterbudgets (budgetneutral zu 2004) aufgeteilt. Diese vertragliche Zusicherung eines festen Budgetanteils sowie einer monatlichen Ratenzahlung des jeweiligen Budgetanteils für die beiden ersten Jahre sollte beiden Anbietern maximale Sicherheiten für die Startphase geben. Sie sollte ihnen die Ängste vor einer prospektiv einzelfallbezogenen Vergütung nehmen und ihnen eine Anpassung ihrer internen Strukturen an die ambulante personenbezogene Leistungserbringung und deren personenbezogene Finanzierung ermöglichen.

Allerdings besteht weiterhin das gemeinsame Ziel, mittelfristig als Maßstab der Finanzierung nur noch das regionale Gesamtbudget und daraus über einheitlich festgelegte Preise finanzierte personenbezogene Leistungen zu sehen – eine Zeitschiene für die Ablösung der Anbieterbudgets ist allerdings noch nicht vereinbart.

Trotz unterschiedlicher Ausgangslagen wurde für beide Anbieter bereits ab 2005 folgendes vereinbart:

- eine einheitliche Vertragsgestaltung (Leistungs-, Prüfungsvereinbarung),
- eine Harmonisierung der Preise mit einheitlichem Minutenwert für beide Anbieter (Vergütungsvereinbarung),
- eine einheitliche Preisgestaltung mit zwölf „Einheitspreisen“ für die entsprechenden Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf (siehe unten).

Hilfeplanung und Maßnahmeplanung

Setzt man ein personenbezogenes Finanzierungssystem um, so fallen die klassischen Steuerungsfaktoren wie z.B. Belegung einer Einrichtung weg. Es geht vielmehr um die Schätzung des prospektiv zu erwartenden Aufwandes, der zur Erreichung eines Hilfezieles erforderlich ist, und die Überprüfung der Zielerreichung (Ergebnisqualität). Der Steuerungsprozess im Rahmen der individuellen Hilfeplanung erfordert somit höhere Aufmerksamkeit und insgesamt einen höheren qualitativen und quantitativen Aufwand.

Nach Prüfung nichtpsychiatrischer Hilfen und der vorrangigen Leistungsträger wird für den Bereich des SGB XII aus den individuellen Hilfezielen des IBRP die „standardisierte Maßnahmenplanung“ abgeleitet, die für die einzelnen Funktionsbereiche (Grundversorgung, Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Arbeit, Ausbildung) nicht nur qualitativ die Maßnahmen, sondern quantitativ den prospektiv geschätzten wöchentlichen durchschnittlichen Aufwand in Minuten beschreibt.

Aus den differenziert einzeln erhobenen Minutenwerten pro Leistungsbereich wird ein prospektiv geschätzter Gesamtminutenwert pro Woche aufsummiert. Das heißt, pro Hilfeempfänger existiert einerseits eine mit hohem Aufwand betriebene, sehr indivi-

duelle und äußerst differenzierte Hilfeplanung auf Basis des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) und eine ebenso differenzierte Maßnahmeplanung für Leistungen aus dem SGB XII und andererseits als Basis der Finanzierung der Leistungen ein einziger Gesamtsummenwert des prospektiv geschätzten Aufwandes pro Woche zur Erreichung der Hilfeziele.

Dieser individuell ermittelte Gesamtminutenwert wird einer Hilfe-Empfänger-Gruppe (HEG) mit vergleichbarem Hilfebedarf zugeordnet. In einem vorhergehenden Modellprojekt in den Projektregionen Landkreis Güstrow und Hansestadt Rostock wurden zwölf HEG plus eine zusätzliche nach oben offene Gruppe für Einzelfälle mit extrem hohem Hilfebedarf ermittelt. Die Preisbildung erfolgte in einem komplizierten „budgetneutralen Umstellungsprozess“, der die zum Umstellungszeitpunkt vorhandenen finanziellen Ressourcen mit den zum gleichen Zeitpunkt geschätzten prospektiven wöchentlichen Gesamtminutenwerten in Beziehung setzte. Wir publizieren die Werte an dieser Stelle nicht, da sie lediglich die Spezifika der in 2004 vorhandenen Rostocker Situation abbilden.

Erste Ergebnisse

Aus den Erfahrungen des ersten Jahres (2005) mit der personenbezogenen Finanzierung aus einem Regionalbudget in der Hansestadt Rostock werden im Folgenden einige Aspekte zusammengefasst:

Strukturfragen erhalten neue Qualität

Im Zusammenhang mit der Budgetbildung für eine „kommunale Pflichtversorgung“ konnte ein Konsens darüber hergestellt werden, dass gut 90% der Finanzmittel an individuelle Maßnahmen gebunden werden, die ausgehend vom Hilfebedarf des Einzelfalles über den IBRP und die Hilfeplankonferenz definiert werden. Zudem müssen bestimmte Strukturmerkmale in der Rostocker Unterstützungslandschaft unabhängig vom Einzelfall als Bestandteil des Budgets für die Pflichtversorgung vorgehalten werden: u.a. eine Begegnungsstätte, ein Krisendienst zunächst nur für die Nutzerinnen und Nutzer des Hilfesystems, niedrighschwellige (Not-)betten für Menschen mit hohem Störungspotenzial („offene Systemsprengerunterkunft“), Nachtwachen. Zukünftig wird jährlich überprüft werden, welche Angebote als Infrastruktur im Lebensfeld Rostock vorgehalten werden müssen und welche Budgetanteile in die einzelfallbezogenen Maßnahmen fließen. Diskussionen um Pflichtleistungen oder freiwillige Leistungen gehören somit der Vergangenheit an.

Transparenz fördert gemeinsame Verantwortung

Für Anbieter, die durch das institutionelle Finanzierungssystem aus dem SGB XII mit eigenen „abgeschotteten“ Finanzkreisläufen geprägt sind, sind regionale Budgets mit der dann erforderlichen Transparenz gewöhnungsbedürftig. Psychiatrische Hilfen in einer Region werden nunmehr zu einer Gemeinschaftsaufgabe in einem fest gefügten Rahmen – alle Partner der Region, Anbieter wie Kostenträger, sitzen gemeinsam am Tisch. Der Zwang zur gegenseitigen Abstimmung, Information und gemeinsamen kre-

ativen Lösungssuche steigt. Ebenso kommt das Wie der Hilfeerbringung, also die Qualität in den Fokus der Diskussion.

Prospektive Finanzierung der Zielerreichung muss erlernt werden

Für alle Beteiligten – Kostenträger und Anbieter – ist die Ausrichtung der Finanzierung auf die Pflichtversorgung und die Hilfeziele trotz aller Vorarbeiten ungewohntes Neuland. Das Erfolgskriterium ist das Erreichen der individuell vereinbarten Ziele (Ergebnisqualität), die Belegung von Institutionen und Einrichtungen dient nicht mehr als relevantes Merkmal für Abrechnung oder vorhandene Bedarfe. Damit verändern sich auch die Leistungsdokumentation und das Abrechnungsverfahren, was zunächst eine große Umstellung für alle Beteiligten bedeutet, aber auch die Suche nach neuen Wegen herausfordert.

Der Budgetdeckel als Hilfestellung bei der Finanzierungsumstellung

Die Erfahrungen aus den ersten Monaten mit der veränderten Finanzierung, die auf prospektiv ermittelten Minutenwerten pro Woche (Aufwand zur Zielerreichung) beruht, zeigen deutlich, dass die Gefahr eines „Wünsch Dir was“ bei der Hilfeplanung dann relativ groß ist, wenn die Hilfeplanung nicht fachlich sehr eng begleitet wird. Sofern die individuell notwendigen Hilfen nicht mehr durch einen Tagessatz definiert und begrenzt werden, entstehen auf Mitarbeiterebene durchweg Wünsche nach höheren Betreuungsleistungen.

Es besteht also bei der Umstellung auf eine personenbezogene Finanzierung die Gefahr, dass nicht mehr individuell geschaut wird, welchen Hilfebedarf der Einzelne hat, sondern dass durchgehend ein erhöhter Aufwand definiert bzw. gewünscht wird. So lagen bereits in den ersten Monaten die Minutenwerte bezogen auf einzelne Anbieter bis zu 12% und insgesamt bis zu 10% über dem vereinbarten Minutenbudget, was indirekt auch einer entsprechenden Kostensteigerung entsprochen hätte. Durch die Transparenz dieser Daten im Gesamthilfesystem konnte dieser Entwicklung der Hilfeplanungsprozesse durch eine engere fachliche Begleitung der hierfür besonders geschulten mittleren Leitungsebene gegengesteuert werden, so dass im Jahresgesamtwert das vereinbarte Minutenbudget nur geringfügig überschritten wurde, was dem vereinbarten Spielraum von plus/minus 2% als Kappungsgrenze (d.h. ohne Veränderung des Finanzvolumens) entsprach. Hätte man die Hilfeplanung dem „freien Spiel der Kräfte“ überlassen, wäre das Budget mehr als gesprengt worden.

Pflichtversorgung aus Budget stärkt Diskussion zum Einzelfall

Die vereinbarte Pflichtversorgung im Rahmen eines definierten Budgets bezogen auf ein Kalenderjahr stärkt den Blick, passgenaue Leistungen für sehr „schwierige“ und „unattraktive“ Hilfeempfänger auch dann zu erbringen, wenn die Ressourcen im System erschöpft zu sein scheinen. Das „Abschieben“ auf eine Warteliste wird somit unterbunden, stattdessen nach kreativen Einzelfalllösungen gesucht und die Entlastung aus dem psychiatrischen Hilfesystem erleichtert, die einem allein verantwortlichen Träger nicht nur aus Finanzgründen manchmal schwer fällt. Ebenfalls werden damit Ausgrenzungsversuche problematischer Hilfeempfänger innerhalb des Systems, d.h.

z.B. das Hin- und Herschieben zwischen den Anbietern bzw. deren Angeboten, zurückgedrängt.

Ungewöhnliches wird möglich

Die Suche nach „Effizienzrenditen“ im System wird belohnt und attraktiv, da das Geld in der psychiatrischen Versorgung bleibt. Ungewöhnliche, manchmal auch preiswerte Problemlösungen werden honoriert. Dabei verändern sich Standards und die Vorstellungen von Qualitätssicherung, denn Maßstab ist weniger die Leistungserbringung, ausgedrückt z.B. in Stellenschlüssel oder Berufsgruppenprofil. Stattdessen rücken Zielerreichung und Kundenzufriedenheit verstärkt in den Vordergrund.

Wertediskussion ist Voraussetzung für optimale Budgetnutzung

Die neue Finanzierungsform aus einem regionalen Psychiatrie-Budget eröffnet dem Anbieter, der diese Gestaltungsfreiheiten nutzen will, ein kreatives Entwicklungspotenzial. Die institutionellen Fesseln können zu Gunsten individueller Hilfen überwunden werden. Die Angebote flexibilisieren und individualisieren sich, sie berücksichtigen stärker das Lebensfeld und kommen so den Wünschen der Nutzerinnen und Nutzer entgegen.

Es wird auch deutlich, dass unter einer personenbezogenen Finanzierungsstruktur dann weiterhin institutionell gearbeitet wird, wenn beim Anbieter die Werte sozialpsychiatrischer Arbeit anders bzw. auf die bisherige Finanzierungsstruktur ausgerichtet sind. Eine Veränderung dieser Arbeitsweise wird man perspektivisch durch Entscheidungen der Hilfeplankonferenz, transparente Diskussionen in der Begleitgruppe, das freie Wahlrecht der Nutzerinnen und Nutzer und eine offene Wertediskussion zwischen den Akteuren vor Ort herbeiführen können – erzwingen lässt sie sich schwer, es sei denn, der Kostenträger bietet zusätzliche finanzielle Anreize: z.B. Budgetsteigerungen werden mit Qualitätsoptimierungen und der Ergebnisqualität des Systems gekoppelt.

Regionales Budget und personenbezogen finanzierte Angebote verändern mittelfristig die Angebote

Die Art der neuen Finanzierung erschwert das Festhalten am primär stationären Blickwinkel. Nach dem ersten Jahr der personenbezogenen Finanzierung stellt sich nun bei einem weiteren Wohnheim für den Betreiber die Frage, ob diese so finanzierte Wohnform für die Nutzerinnen und Nutzer sinnvoll ist. Mittlerweile ist zwischen Kostenträger und Wohnheimträger fest vereinbart, dass dieses Wohnheim ab 2007 in ambulante Strukturen umgewandelt wird. So wird es im Bereich der Psychiatrie für die ganze Hansestadt Rostock mit rund 200.000 Einwohnern aus dem Budget der Eingliederungshilfe ab 2007 nur noch eine Intensivbetreuungseinheit (meist als geschlossen geführt) mit acht Plätzen in traditioneller Wohnheimform sowie weitere 24 Plätze als „psychiatrisches Pflegewohnheim“ (Mischfinanzierung als besondere Hilfeform in Mecklenburg-Vorpommern) geben.

Neben diesen Auswirkungen auf die Arbeitsweise und die Strukturen der Eingliederungshilfe hat das erste Jahr des Rostocker Psychiatrie-Budgets folgende konkrete Ergebnisse erbracht:

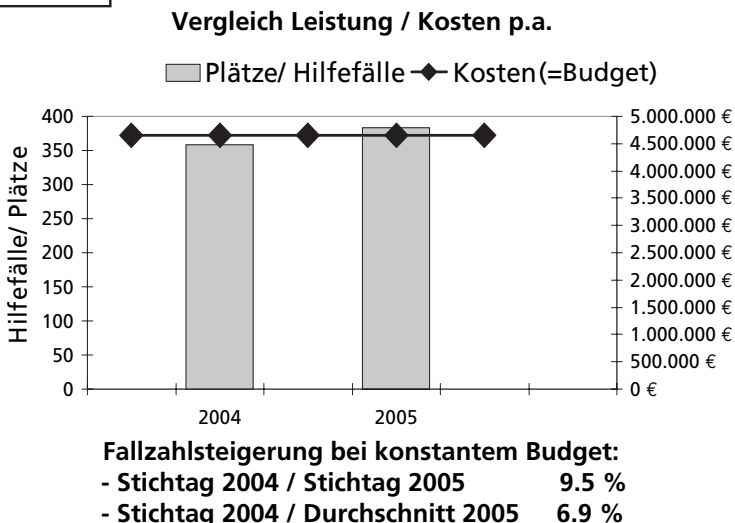
Konsens über Fortsetzung des Projektes

Das wichtigste Ergebnis ist, dass alle Beteiligten – Hansestadt Rostock / Kommunalen Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern als Kostenträger und beide Anbieter – trotz zahlreicher Umsetzungsprobleme in der Praxis das neue personenbezogene Finanzierungssystem fortschreiben wollen. Intensive Gespräche über die Beseitigung der Umsetzungsprobleme und über die Einbettung des Projektes in die Systematik der §§ 75 bis 78 des SGB XII insbesondere mit dem Kommunalen Sozialverband begleiten den weiteren Fortgang des Projektes in 2006. Zur Zeit wird an einer einheitlichen und SGB XII-konformen Leistungsbeschreibung für alle Leistungen aus dem Budget (örtlich/überörtlich) gearbeitet, um das „Modell“ ab 2007 in eine „Regelfinanzierung“ für die Hansestadt Rostock zu überführen.

Fallzahlsteigerung

Die Bezugsgröße für die Budgetfestlegung und den gesamten Umstellungsprozess war der September 2004. Zu diesem Zeitpunkt waren 358 Nutzerinnen im Gesamtsystem und bilden die Referenzgröße. Im Dezember 2005 wurden 392 Nutzerinnen und Nutzer mit dem gleichen Budget versorgt, im Jahresdurchschnitt waren es 382,75 Personen. Dies bedeutet eine Fallzahlsteigerung bezogen auf die beiden Stichtage von 9,5 % und bezogen auf den Jahresdurchschnitt von 6,9 % (siehe Abbildung 1).

Abb. 1



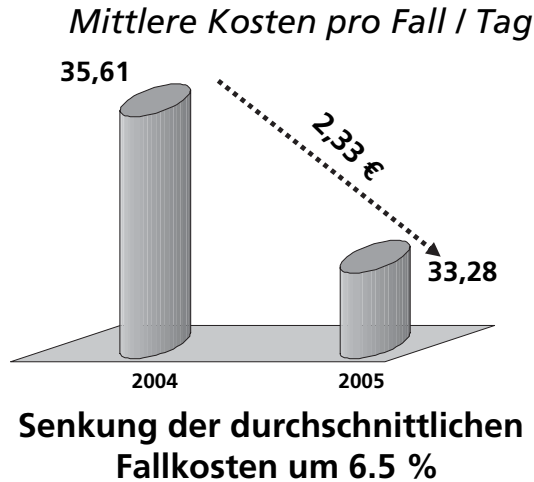
Minutenwerte / Leistung

Die vereinbarten Minutenwerte stiegen im Jahresdurchschnitt nur um ca. 2 %, was im vereinbarten Spielraum des Budgets lag, allerdings zeigten sich zwischen den Anbietern unterschiedliche Steuerungsqualitäten.

Durchschnittliche Fallkosten

Die durchschnittlichen Fallkosten lagen im September 2004 bei 35,61 Euro und konnten in 2005 auf 33,28 EURO, also um 6,5 %, gesenkt werden (siehe Abbildung 2).

Abb. 2



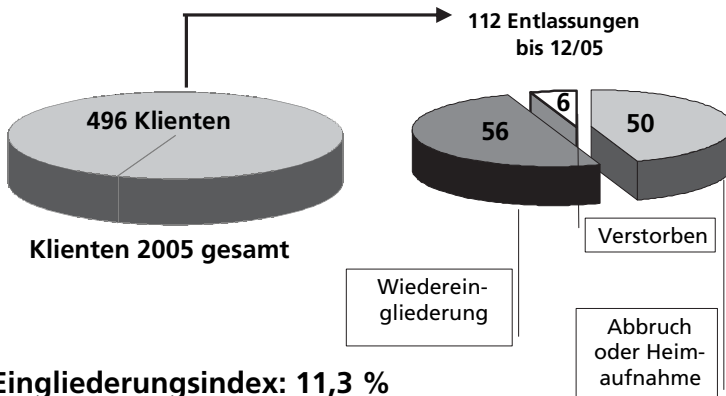
Eingliederungsindex

Es existieren generell keine Daten, die die Qualität erbrachter Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe beschreiben könnten. Als ein „hartes Datum“ neben den reinen Kosten bzw. Fallzahlen verwenden wir den Eingliederungsindex, d.h. die Angabe, wie viele Fälle in einem Jahr erfolgreich im Sinne eines „Lebens ohne Zahlungen der Eingliederungshilfe“ aus dem System entlassen worden sind.

Im Jahr 2005 hat sich das psychiatrische Hilfesystem der Hansestadt Rostock um insgesamt 496 Klienten (einschließlich Wiederaufnahmen ins System) gekümmert. Von diesen Fällen wurden insgesamt 112 aus dem System entlassen. Davon sind sechs verstorben, 50 haben das System mit einem Abbruch der Unterstützung oder einer Heimaufnahme an anderer Stelle, also mit einem eher negativ zu bewertenden Ergebnis, verlassen. Für die restlichen 56 Fälle muss aus Sicht des Eingliederungshilfesystems die Beendigung positiv bewertet werden. Dies entspricht einem Eingliederungsindex von 11,3 % (siehe Abbildung 3).

Abb. 3

Eingliederungsraten



Eingliederungsindex: 11,3 %

Effizienzrenditen

Ausgehend von der Annahme eines „verhinderten Systemausbaus“ durch das regionale Budget, könnte man die „Effizienzrendite“ für das erste Jahr wie folgt berechnen: Vergleicht man die durchschnittlichen Platzzahlen von 2005 mit dem Stand vom September 2004, so kommt man zu einer durchschnittlichen Fallzahlsteigerung um 24,75 Fälle, die man mit den Durchschnittskosten von 2004, d.h. mit 35,61 EUR pro Tag, multipliziert. Wenn das System linear weiter ausgebaut worden wäre, hätte es somit Kosten von 322.000 EUR verursacht. Geht man noch zusätzlich von einer um 50 % verbesserten Eingliederungsrate aus, so könnten weitere 364.000 EUR eingespart werden, nicht einbezogen die Verlagerung von Leistungen zu vorrangigen Leistungsträgern. Mutige Analysten könnten so eine „Effizienzrendite“ von bis zu 15 % bezogen auf das Jahresbudget berechnen. Einschränkend ist anzumerken, dass solche Effizienzrenditen primär in den ersten Jahren der Umstellung einer Finanzierung und der Anreizsysteme zu erwarten sind und keinesfalls jährlich fortgeschrieben werden können.

Zwischenbilanz und Ausblick

Insgesamt kann aus dem ersten Jahr der Schluss gezogen werden, dass die Umstellung hin zu einer personenbezogener Finanzierung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe im Rahmen eines regionalen Budgets auf Basis einer hoch qualifizierten individuellen Hilfeplanung mit Hilfeplankonferenz von allen Beteiligten eine besondere Anstrengung verlangt. Sie trägt zur Individualisierung und Flexibilisierung der Angebote bei, aber auch – und das ist fachlich das wichtigste – zur Erreichung von individuellen Hilfezielen. Die Eingliederungsraten, d.h. die positive Loslösung von der Unterstützung durch die Eingliederungshilfe, liegen bei 11 %. Dass diese Umstellung bei aller Vorsicht in der Interpretation

tation der zur Zeit bekannten Ergebnisse auch die durchschnittlichen Fallkosten deutlich reduziert und dass bezogen auf das Jahresbudget „Effizienzrenditen“ im Finanzierungssystem von bis zu 15 % in den ersten Jahren erreicht werden können, freut besonders die Kämmerei und die Verantwortlichen im Sozialamt. Diese Ergebnisse motivierten die Kommune, diese Umstellung konsequent weiter voranzutreiben, und den überörtlichen Kostenträger in Form des Kommunalen Sozialverbandes, die Arbeit der Anbieter durch entsprechende Budgetsteigerungen zu honorieren.

Es soll aber nicht verschwiegen werden, dass die positiven Ergebnisse des Rostocker Entwicklungsprozesses Ausdruck von jahrelangen intensiven Verhandlungen, von Entwicklungs- und Lobbyarbeit vor Ort sind und dass sie auf der Freiwilligkeit der Zustimmung aller Beteiligten, insbesondere der Rostocker Anbieter und ihrem Engagement, beruhen.

Das zugrunde liegende Finanzierungsmodell wurde gemeinsam und im Konsens zwischen den vor Ort Beteiligten ausgehandelt. Für mögliche Konfliktfälle besteht zwar ein hoher Einigungsdruck, insbesondere wegen der Transparenz sowohl in der Bestimmung der Hilfebedarfe als auch der daraus abgeleiteten Maßnahmen und Kosten mit Folgen für das Gesamtbudget, aber es existiert noch kein Regelwerk zum Konfliktmanagement. Bestehende Institutionen wie die Schiedsstelle sind z.B. zur Frage der Schiedsstellenfähigkeit von regionalen Budgetverhandlungen noch nicht befragt worden.

Besonders positiv ist auch die fortschreitende Qualifizierung des Hilfeplanverfahrens und der Hilfeplankonferenz hervorzuheben, in der mittlerweile verstärkt auch andere Kostenträger als ausschließlich die Sozialhilfe gesucht werden. Die Zahl von Vermittlungen in die Soziotherapie ist steigend und ab 2006 ist die ARGE Rostock festes Mitglied der Hilfeplankonferenz im Rahmen einer Erweiterung der Geschäftsordnung.

Im Bereich der „medizinischen Psychiatrie“, also im Bereich der SGB V-Leistungen, existieren ebenfalls Überlegungen, den ambulanten Bereich, insbesondere die ambulante Behandlung, die Soziotherapie und die psychiatrische Krankenpflege, zu Lasten des stationären Krankenhausbudgets zu stärken mit dem Ziel, die durchschnittlichen Fallkosten zu senken. Eine solche Verlagerung in den Bereich ambulanter Leistungen wird sich positiv auf eine dann im Einzelfall mögliche Differenzierung zwischen Leistungen des SGB XII und des SGB V auswirken – unter fachlichen wie unter Kostenaspekten.

Für die Eingliederungshilfe ist derzeit davon auszugehen, dass aufgrund der positiven Erfahrungen aller Beteiligten des Modellprojektes

1. die Hansestadt Rostock ab 2007 das „Budgetmodell“ in eine „Regelfinanzierung“ überführen wird,
2. landesweit weitere Gebietskörperschaften auf eine personenbezogene Finanzierung umstellen werden. Konkrete Absichtserklärungen liegen bereits vor,

3. aufgrund der positiven Erfahrungen mit der individuellen Hilfeplanung und der Ausrichtung der Finanzierung auf Ergebnisqualität diese Form der Hilfeplanung auf weitere Zielgruppen ausgedehnt werden wird (chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke – CMA, Menschen mit geistigen Behinderungen),
4. die positiven Ergebnisse in der für 2008 anstehenden Novellierung des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes in Mecklenburg-Vorpommern berücksichtigt werden.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern leistet weiterhin einen Beitrag zur Entwicklung der Eingliederungshilfe und finanziert zur Stärkung des Umsetzungsprozesses und zur Etablierung neuer Steuerungsmodelle in der Eingliederungshilfe ab 2006 ein Modellprojekt in Trägerschaft des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern. Dieses befasst sich im Wesentlichen mit der Optimierung der Steuerungsprozesse auf den verschiedenen Ebenen (Individuum, Anbieter, Region, Land) mit dem Ziel, die Qualität psychiatrischer Arbeit und Kostendämpfung nicht als Widerspruch sondern als gemeinsame Aufgabe aller Akteure, insbesondere der Anbieter und der Kostenträger, zu betrachten und aus diesem Spannungsbogen neue Chancen für die Sozialpsychiatrie zu entwickeln.