

Personenbezogene Finanzierung aus einem Regionalbudget

Erste Erfahrungen in der Hansestadt Rostock

Von Ingmar Steinhart

Nach der Jugendhilfe und dem Krankenhausbereich haben nun budgetgesteuerte Finanzierungsmodelle auch das psychiatrische Hilfesystem im Bereich der Eingliederungshilfe erreicht. Erprobungen bzw. konkrete Vorüberlegungen existieren u. a. in Hessen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern. Da insbesondere im Bereich diakonischer Unternehmen aktuell vor allem über die Risiken solcher Steuerungsmodelle diskutiert wird, möchten wir an dieser Stelle über die Chancen einer personenbezogenen Finanzierung verbunden mit einer regionalen Budgetsteuerung berichten.

Folgt man aktuellen psychiatrischen Konzepten für chronisch psychisch kranke Menschen, so steht heute der Personenzentrierte und Lebensfeldorientierte Ansatz mit einem im Kern ambulanten Hilfesystem im Mittelpunkt. Dieser Ansatz fordert 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 allgemeine Erkenntnis, dass ein primär ambulantes und auf individuelle Bedürfnisse ausgerichtetes Hilfesystem zwar auch Einzelfälle hervorbringt, die extrem teuer sind, dass aber in jedem Fall die durchschnittlichen Fallkosten sinken. Dies gilt aber nur dann, wenn die Entwicklung solcher ambulanter Systeme nicht von einer Spardiskussion, sondern von einer primär fachlichen Diskussion bestimmt wird.

Wir berichten hier von einer langjährigen Entwicklung in der mit ca. 200.000 Einwohnern größten Gebietskörperschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern, der Hansestadt Rostock. Seit Anfang der 90er Jahre stand die Ausrichtung

der Angebote und Dienste an den Hilfebedarfen der Bürgerinnen und Bürger der Stadt im Vordergrund, d.h. die Angebote wurden primär ambulant und im Gemeinwesen (Lebensfeld orientiert) aufgebaut. Dieser konsequente Weg führte schließlich dazu, dass die Beteiligten (Anbieter und Kostenträger) für das Jahr 2005 vereinbarten, sich auf das gemeinsame „Wagnis“ der Umstellung einer noch institutionsorientierten Finanzierung (insbesondere im Bereich des überörtlichen Kostenträgers) auf eine personenbezogene Finanzierung der Hilfen einzulassen und diese einzubetten in und abzusichern über ein Regionales Budget.

Ein solches regionales Budget sollte sich stets an den regionalen Gegebenheiten orientieren - unter der Leitidee einer Vollversorgung (d.h. ohne „Abschieben“ schwieriger Personen in andere Regionen) 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 sicher anders gegangen werden muss. Erleichtert wurden die Diskussionen um die Einführung des Budgets dadurch, dass in der Hansestadt Rostock seit vielen Jahren nur zwei Anbieter im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen tätig sind. Die Entwicklung konnte nur so weit voranschreiten, weil einer der Anbieter als „Motor der Bewegung“ fungierte und weil von einer Personenzentrierten Psychiatrie überzeugte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Sozialamt und von den Anbietern trotz manchmal heftigsten Gegenwindes und enormer zusätzlicher Arbeitsbelastung diesen Weg konsequent weiterverfolgt haben. Gefördert wurde diese Entwicklung ebenfalls durch die uneingeschränkte Unter-

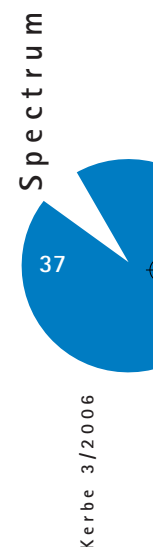
stützung der Geschäftsführungen beider Anbieter sowie die politische Rückendeckung aus der Hansestadt, insbesondere dem Sozialamt, und dem Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern.

Ambulant vor stationär – mehr als nur ein Lippenbekenntnis

Insbesondere zwischen dem Sozialamt der Hansestadt und der Leistungserbringerseite hat sich mittlerweile eine partnerschaftliche und ergebnisorientierte Zusammenarbeit entwickelt. Ausfluss dieser gegenseitigen Achtung war u.a., dass in den vergangenen Jahren 16 geplante zusätzliche psychiatrische Heimplätze auf Basis alternativer Konzepte im ambulanten Bereich gar nicht erst realisiert wurden. Konsequenterweise wurde zu Beginn 2005 ein Psychosoziales Wohnheim in eine „Wohnanlage“ umgewandelt: In den ehemaligen Wohnheimplätzen wohnen jetzt Menschen mit Mietvertrag und gesonderten Unterstützungsverträgen für individuell zugeschnittene Hilfen. Alle diese Maßnahmen führten dazu, dass im Gegensatz zum Landesdurchschnitt von 30 zu 70 Prozent (ambulant : stationär) in der Hansestadt Rostock ein Verhältnis von ca. 80 zu 20 Prozent (ambulant : stationär) für den Bereich des Wohnens erreicht wurde und dass die durchschnittlichen Fallkosten in Rostock unter dem Landesschnitt liegen.

Integrierte Hilfeplanung

Ein weiterer Baustein in der Entwicklung der Hansestadt war, dass man relativ früh vereinbarte, bei allen Akteuren Überzeugungsarbeit für den Paradigmenwechsel von institutionen- zu personen- und lebensfeldorientierten Hilfestrukturen zu leisten. Sowohl für die MitarbeiterInnen der Hansestadt als auch für die MitarbeiterInnen der



Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Schiffbauerring 20, 18109 Rostock, Tel: 0381 1237117, e-Mail: institut@sozialpsychiatrie-mv.de

In der Hansestadt Rostock existiert seit 1.1.2005 ein regionales Psychiatrie-Budget für die Leistungen der Eingliederungshilfe (ohne WfbM)



Kerbe 3/2006

Diese neue Finanzierungsform mit ihren „prospektiven personenbezogenen Maßnahmebudgets“ ermöglicht eine individuelle Leistungserbringung auf Basis von Komplexleistungen unabhängig von „Institutionen“ oder „Immobilien“, ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren und ein primäres Controlling der Zielerreichung

Leistungserbringer (Psychiatrische Universitätsklinik Rostock, Anbieter von tagesklinischer Behandlung, von Soziotherapie und von Leistungen der Eingliederungshilfe) wurden kostenlos IBRP-Schulungen angeboten. Im Rahmen eines speziell für Mecklenburg-Vorpommern entwickelten Schulungskonzeptes wurden nicht nur die technische 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 nur noch unter Beteiligung der Hilfeempfänger in der Rostocker Hilfeplankonferenz (HPK) statt. Unter der Voraussetzung, dass sie in einem rekursiven Verfahren eingesetzt sind (d.h. in individuell vereinbarten Zeitabständen werden die Hilfeziele und die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen kontinuierlich überprüft) tragen IBRP und Hilfeplankonferenz nicht nur dazu bei, dass Menschen, die in das Hilfesystem kommen, passgenaue Hilfen erhalten, sondern auch dazu, dass sie aus dem Hilfesystem positiv entlassen werden.

Personen bezogene Finanzierung / Regionales Psychiatrie-Budget

In der Hansestadt Rostock existiert seit 1.1.2005 ein regionales Psychiatrie-Budget für die Leistungen der Eingliederungshilfe (ohne WfbM). Diese neue Finanzierungsform mit ihren „prospektiven personenbezogenen Maßnahmebudgets“ ermöglicht eine individuelle Leistungserbringung auf Basis von Komplexleistungen unabhängig von „Institutionen“ oder „Immobilien“, ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren und ein primäres Controlling der Zielerreichung, aber auch des Maßnahmeverlaufes. Es fließen über 91 Prozent des Psychiatrie-Budgets der Hansestadt Rostock direkt in personenbezogene Leistungen. 9 Prozent des Budgets beinhalten einerseits die Finanzierung personenbezogener Vorhaltekosten für eine Begegnungsstätte, für einen Krisendienst, für Nachtwachen für die Intensivbe-

treuungseinheit im geschlossenen Heimbereich und das psychosoziale Wohnheim, für die Vorhaltung von (Not)Betten für Menschen mit hohem Störungspotential und andererseits 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 für Rostocker Bürger unter der einvernehmlichen Annahme, dass zum Zeitpunkt der Budgetbildung (Stichtag) mit diesen Aufwendungen eine Bedarfsdeckung im Bereich der Psychiatrie erreicht war. Als Besonderheit ist für die Hansestadt Rostock hervorzuheben, dass die Zahl extern untergebrachter psychisch Kranker Bürger relativ klein ist und in etwa der Zahl in den psychosozialen Einrichtungen Rostocks betreuter Bürger aus anderen Kommunen entspricht. Einnahmen aus der Betreuung „fremder Bürger“, die Angebote aus dem Budget berühren, werden von den Anbietern mit dem Budget verrechnet. Es bestand auch Konsens, 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 +/- 2 % nicht überschreiten.

Aufgrund von Ängsten der Leistungsanbieter um die Stabilität ihrer Finanzierung und aufgrund der unterschiedlichen Kosten- und Angebotsstrukturen, d.h. insbesondere der Gewichtung von ambulant und stationär, wurde das Gesamtbudget für 2005 in zwei Anbieterbudgets (budgetneutral pro Anbieter zu 2004) herunter gebrochen. Diese vertragliche Zusicherung eines festen Budgetanteils sowie für die beiden ersten Jahre einer monatlichen Ratenzahlung des jeweiligen Budgetanteiles sollte beiden Anbietern maximale Sicherheit für die Startphase geben, ihnen die Ängste vor einer prospektiv einzelfallbe-

zogenen Vergütung nehmen und ihnen eine Anpassung ihrer internen Strukturen an die (ambulante) personenbezogene Leistungserbringung und deren personenbezogene Finanzierung ermöglichen.

Mittelfristig sollen nur noch das regionale Gesamtbudget und daraus über einheitlich festgelegte Preise finanzierte personenbezogene Leistungen als Maßstab der Finanzierung dienen – eine Zeitschiene für die Ablösung der Anbieterbudgets durch das regionale Gesamtbudget ist noch nicht vereinbart. Trotz unterschiedlicher Ausgangslagen wurde für beide Anbieter bereits für 2005 folgendes vereinbart:

- eine einheitliche Vertragsgestaltung (Leistungs-, Prüfungsvereinbarung),
- eine Harmonisierung der Preise mit einem im wesentlichen einheitlichen Minutenwert für beide Anbieter (Vergütungsvereinbarung),
- eine einheitliche Preisgestaltung für die entsprechenden Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfes.

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 an dieser Stelle einen größeren Aufwand (qualitativ und quantitativ). Nach Prüfung möglicher nichtpsychiatrischer Hilfen und möglicher vorrangiger Leistungsträger in jedem Einzelfall 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 auch quantitativ den prospektiv geschätzten wöchentlichen durchschnittlichen Aufwand in Minuten beschreibt. Aus den differenziert

einzelnen erhobenen Minutenwerten pro Leistungsbereich wird ein prospektiv geschätzter Gesamtminutenwert pro Woche aufsummiert.

D.h. pro Hilfeempfänger existiert einerseits eine mit hohem Aufwand betriebene, sehr individuelle und äußerst differenzierte Hilfeplanung auf Basis des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) und eine ebenso differenzierte Maßnahmeplanung für Leistungen aus dem SGB XII, andererseits als Basis der Finanzierung der Leistungen ein einziger Gesamtsummenwert des prospektiv geschätzten Aufwandes pro Woche zur Erreichung der Hilfeziele, welcher einer von 12 Hilfe-Empfänger-Gruppen (HEG) vergleichbaren Hilfebedarfes zugeordnet wird. 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 setzt.

Ergebnisse

Aus den bisherigen Erfahrungen des ersten Jahres (2005) haben wir einige erste Eindrücke zusammengefasst:

Konsens über Fortsetzung des Projektes: Das wichtigste Ergebnis ist, dass alle Beteiligten (Kostenträger: hier Hansestadt Rostock / Kommunalen Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern und beide Anbieter) trotz zahlreicher Umsetzungsprobleme in der Praxis das neue personenbezogene Finanzierungssystem fortschreiben wollen. Intensive Gespräche über die Beseitigung der Umsetzungsprobleme insbesondere mit dem Kommunalen Sozialverband hinsichtlich der Einbettung des Projektes in die Systematik der §§ 75 bis 78 des SGB XII begleiten den weiteren Fortgang des Projektes in 2006. Angestrebt wird eine einheitliche Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung für das Budget und die daraus folgende personenorientierte Finanzierung zwischen den Vertragspartnern (überörtlicher/örtlicher Kostenträger und Anbieter).
Strukturfragen erhalten neue Qualität: Es konnte ein Konsens

darüber hergestellt werden, dass gut 90 Prozent der Finanzmittel an individuelle Maßnahmen gebunden werden und dass daneben als Bestandteil des Budgets für die Pflichtversorgung bestimmte Strukturmerkmale in der Rostocker Unterstützungslandschaft unabhängig vom Einzelfall vorgehalten werden müssen. Zukünftig wird jährlich überprüft werden, welche Angebote als Infrastruktur im „Lebensfeld Rostock“ verbunden mit welchen Budgetanteilen vorgehalten werden müssen. Diskussionen um Pflicht- oder freiwillige Leistungen gehören so der Vergangenheit an.

Transparenz schafft Ernsthaftigkeit:

Für Anbieter, die durch das institutionelle Finanzierungssystem aus dem SGB XII geprägt sind, sind regionale Budgets mit der gegebenen Transparenz „gewöhnungsbedürftig“. Psychiatrische Hilfen in einer Region werden nunmehr zu einer Gemeinschaftsaufgabe in einem fest gefügten Rahmen. Der „Zwang“ zur gegenseitigen Abstimmung, Information und gemeinsamen kreativen Lösungssuche steigt. Ebenso kommt das „Wie“ der Hilfeerbringung, also die Qualität in den Focus 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 individuellen Behandlungsziele (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.

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. Zielerreichung und Kundenzufriedenheit rücken in den Vordergrund.

Der Budgetdeckel als Hilfestellung bei der Finanzierungsumstellung:

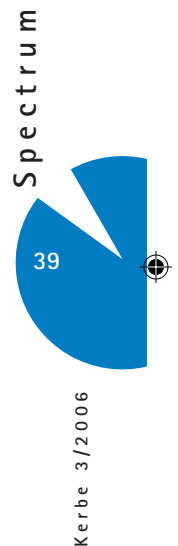
Die Erfahrung aus den ersten Monaten mit der veränderten Finanzierung, die auf prospektiv ermittelten Minutenwerten pro Woche (Aufwand zur Zielerreichung) beruht, zeigen, dass die Gefahr eines „Wünsch Dir was“ bei der Hilfeplanung dann relativ groß ist, wenn die Begrenzungen durch einen Tagessatz wegfallen. Es entstehen durchweg Wünsche nach höheren Betreuungsleistungen. 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. Durch die Transparenz dieser Daten im Gesamthilfesystem konnte dieser Entwicklung der Hilfeplanungsprozesse durch eine engere fachliche Begleitung der mittleren Leitungsebene gegengesteuert werden, so dass im Jahresgesamtwert das vereinbarte Minutenbudget nur geringfügig überschritten wurde, was dem vereinbarten Spielraum von +/- 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.

Wie viel „Heim“ brauchen wir?:

Die Art der neuen Finanzierung erschwert die Beibehaltung eines stationären Blickwinkels. Mittlerweile ist fest vereinbart, dass ein zweites 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 meist als geschlossen geführte Intensivbetreuungseinheit mit 8 Plätzen (finanziert über die Eingliederungshilfe) im Verbund mit weiteren 24 Plätzen in einem Psychiatrischen Pflegewohnheim (eine primär auf Basis des SGB XI finanzierte besondere „Nachwende-Konstruktion“ im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern) geben.

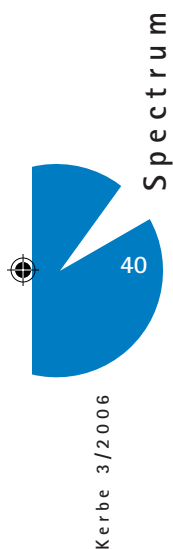
Kostensenkung: Die Bezugsgröße für die Budgetfestlegung und den gesamten Umstellungsprozess war der September 2004. Zu diesem Zeitpunkt waren 358 Nutzerinnen im Gesamtsystem und bilden die Referenzgröße, im Jahresdurchschnitt 2005 waren es 382,75

Für Anbieter, die durch das institutionelle Finanzierungssystem aus dem SGB XII geprägt sind, sind regionale Budgets mit der gegebenen Transparenz „gewöhnungsbedürftig“.



Die Erfahrung aus den ersten Monaten mit der veränderten Finanzierung, die auf prospektiv ermittelten Minutenwerten pro Woche (Aufwand zur Zielerreichung) beruht, zeigen, dass die Gefahr eines „Wünsch Dir was“ bei der Hilfeplanung dann relativ groß ist, wenn die Begrenzungen durch einen Tagessatz wegfallen

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“



Insgesamt kann aus dem ersten Jahr der Schluss gezogen werden, dass die Umstellung hin zu 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“ Kraftanstrengung verlangt.

Personen. Dies bedeutet eine Fallzahlsteigerung bezogen auf den Jahresdurchschnitt von 6.9 Prozent bei konstantem Budget. 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.

„Effizienzrenditen“: Ausgehend von der Annahme eines „verhinderten Systemausbaus“ könnte man die „Effizienzrendite“ wie folgt für das erste Jahr berechnen: Vergleicht man die durchschnittlichen Platzzahlen von 2005 mit dem Stand vom September 2004 so kommt man zur durchschnittlichen Fallzahlsteigerung von 24.75 Fällen, die man mit den alten Durchschnittskosten(2004) von 35,61 Euro pro Tag multipliziert. Wenn das System linear weiter ausgebaut worden wäre, hätte dies somit Kosten von 322.000 Euro verursacht. Geht man noch zusätzlich von einer um 50 % verbesserten Eingliederungsrate aus, so könnten weitere 364.000 Euro eingespart worden sein, nicht einbezogen die Verlagerung von Leistungen zu vorrangigen Leistungsträgern. Mutige Analysten könnten so eine „Effizienz-Rendite“ von bis zu 15 % bezogen auf das Jahresbudget ausrechnen. 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 – mittelfristig ist lediglich von einer Kostendämpfung auszugehen.

Eingliederungsindex: Es existieren generell keine Daten, die die Qualität erbrachter Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe beschreiben könnten. Noch weniger Informationen existieren über „Verschiebungen“ von Fällen bzw. Kosten aus dem Bereich der vorrangigen Leistungsträger in die Eingliederungshilfe oder umgekehrt. Als ein „hartes Datum“ neben den reinen Kosten bzw. Fallzahlen verwenden wir den „Eingliederungsindex“, d.h. wie viele Fälle sind in einem Jahr erfolgreich im Sinne eines „Lebens ohne Zahlungen der Eingliederungshilfe“ aus dem System „entlassen“ worden. Positiv wäre aus unserer Sicht eine „Entlassung“ aus der Einglie-

derungshilfe auch dann, wenn die einzelnen Personen ausschließlich mit Leistungen der vorrangigen Leistungsträger wie z.B. der Krankenkassen ihr Leben in eigener Regie ausgestalten können. „Abschiebungen“ in schlechter unterstützte Systeme wie Einrichtungen des SGB XI wurden von uns nicht als „positive“ Entlassung aus dem System der Eingliederungshilfe bewertet(s.u.).

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 6 verstorben, 50 haben das System mit einem Abbruch der Unterstützung oder einer Heimaufnahme an anderer Stelle, also mit einem eher negativ zu bewertendem Ergebnis, verlassen. Für die restlichen 56 Fälle muss aus Sicht des Eingliederungshilfesystems die Beendigung positiv bewertet werden. Dies entspricht einem Eingliederungsindex von 11,3 %.

Zwischenbilanz und Ausblick

Insgesamt kann aus dem ersten Jahr der Schluss gezogen werden, dass die Umstellung hin zu 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“ Kraftanstrengung 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“, das heißt die positive Loslösung von der Unterstützung durch Eingliederungshilfe liegen bei 11 %. Dass diese Umstellung bei aller Vorsicht in der Interpretation der zur Zeit bekannten Ergebnisse auch die durchschnittlichen Fallkosten deutlich reduziert und dass bezogen auf das Jahresbudget „Effizienzrenditen“ im Finanzierungssystem in den ersten Jahren erreicht werden können, freut besonders die Kämmerei und die Verantwortlichen im Sozialamt. Besonders positiv ist auch die fort-

schreitende „Qualifizierung“ des Hilfeplanung und der Hilfeplankonferenz hervorzuheben: Die Zahl von „Vermittlungen“ in Soziotherapie ist steigend und ab 2006 wird die ARGE Rostock festes Mitglied der Hilfeplankonferenz. 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, aber es existiert noch kein Regelwerk zum Konfliktmanagement. Für die Anbieter bietet das Budgetmodell den Anreiz, sich dem Anspruch passgenauer Hilfen stellen zu müssen, und gleichzeitig maximale finanzielle Sicherheiten für einen Ein-Jahres-Zeitraum zu haben. Die Kostenträger haben die effiziente Arbeit der Anbieter nicht nur erkannt und bestätigt, sondern mit entsprechenden Entgeltsteigerungen in 2006 auch finanziell honoriert. Aufgrund der positiven Erfahrungen aller Beteiligten in der Hansestadt Rostock werden landesweit weitere Gebietskörperschaften ihre Finanzierung auf personenzentrierte Finanzierungsmodelle umstellen. Aus zwei weiteren Hansestädten und drei Landkreisen liegen bereits konkrete Absichtserklärungen und entsprechende Zielvereinbarungen vor.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern finanziert zur Stärkung des Umsetzungsprozesses und zur Etablierung neuer Steuerungsmodelle in der Eingliederungshilfe ab 2006 ein weiteres Modellprojekt, das sich im wesentlichen um die Optimierung der Steuerungsprozesse auf den verschiedenen Ebenen (Individuum, Anbieter, Region, Land) kümmert mit dem Ziel, Qualität psychiatrischer Arbeit und Kostendämpfung nicht als Widerspruch, sondern gemeinsam zu betrachten und aus diesem Spannungsbogen neue Chancen für die Sozialpsychiatrie zu entwickeln. ●