

Psychiatrie ohne Schubladen

Personenbezogene Finanzierung aus einem regionalen Psychiatricbudget

Von **Ingmar Steinhart**

Psychiatrie ohne Schubladen, d.h. professionelles psychiatrisches Arbeiten ohne unterschiedliche Leistungsträger und institutionelle Zwänge ist ein alter sozialpsychiatrischer Traum. Trotz aller Versuche z.B. über das SGB IX oder die »Integrierte Versorgung« Komplexleistungen zu erzeugen, scheint dieser Traum eine Illusion zu bleiben, insbesondere da die Ökonomie immer mehr die Oberhand über inhaltliche Fragen zu gewinnen scheint. Fachlichkeit und Ökonomie zu verbinden wird oft als unauf lösbare Aufgabe verstanden. Übersehen wird leider, dass in diesem Spannungsfeld auch eine Chance für einen Entwicklungsschub sozialpsychiatrischer Angebote steckt. Folgt man den aktuellen personenzentrierten und lebensfeldorientierten Konzepten, können individuelle passgenaue Hilfen Ressourcen im bestehenden System »heben«, die im psychiatrischen Versorgungssystem bzw. in den Institutionen »schlummern«.

Ich möchte hier von einer langjährigen Entwicklung in der mit ca. 200.000 Einwohnern größten Gebietskörperschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern, der Hansestadt Rostock, berichten. 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, Fachlichkeit und Kostendämpfung gemeinsam voranzubringen, ist in der Hansestadt über viele Jahre gewachsen.

In der Folge der ersten Bundesmodellprojekte aus der Wendezeit wurde von den beiden größten regionalen Anbietern und den Kostenträgern, insbesondere dem Sozialamt, hart daran gearbeitet, ein konsequent auf ambulante und im Gemeinwesen verankerte Hilfen beruhendes psychiatrisches Versorgungsangebot aufzubauen. Die guten Kooperationserfahrungen führten schließlich dazu, dass Anbieter und Kostenträger für das Jahr 2005 vereinbarten, sich auf das gemeinsame »Wagnis« eines Regionalen Budgets der Eingliederungshilfe einzulassen. Gestützt wurde diese Entwicklung durch die uneingeschränkte Unterstützung der Geschäftsführungen beider Anbieter sowie die politische Rückendeckung aus der Hansestadt

und dem Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern.

Im Folgenden werden einige Schritte dieses »Rostocker Weges« für den Bereich der Eingliederungshilfe beschrieben, die andernorts sicher anders gegangen werden müssen.

Vorarbeiten

In den vergangenen Jahren hat sich insbesondere zwischen dem Sozialamt der Hansestadt und der Leistungserbringenseite eine partnerschaftliche und ergebnisorientierte Zusammenarbeit entwickelt. Ausfluss dieser gegenseitigen Achtung

war auch, dass in den vergangenen Jahren 16 zusätzlich geplante psychiatrische Heimplätze auf Basis alternativer Konzepte im ambulanten Bereich gar nicht erst realisiert wurden. Zu diesem Kontext gehört auch, dass zu Beginn 2005 ein Psychosoziales Wohnheim in eine »Wohnanlage« umgewandelt wurde: In den ehemaligen »Wohnheimplätzen« wohnen jetzt Menschen mit Mietvertrag und gesonderten Unterstützungsverträgen für individuell zugeschnittene Hilfen.

Alle diese Maßnahmen führten schließlich dazu, dass in der Hansestadt Rostock ein Verhältnis von ca. 80 zu 20 Prozent ambulanter zu stationären Angeboten für den Bereich des Wohnens erreicht wurde (im Landesdurchschnitt sind es 30:70) und dass die durchschnittlichen Fallkosten in Rostock unter dem Landesschnitt liegen.

Ein weiterer Baustein in der Entwicklung der Hansestadt war, dass man relativ früh den Integrierten Behandlungs- und





Rehabilitationsplan (IBRP) einführt, nicht ohne zuvor die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungserbringer und des Sozialamtes intensiv im Gebrauch dieses Instrumentes zu schulen. 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. Die Hilfeplankonferenz wurde durch eine von Anbietern und Kostenträgern gemeinsam verabschiedete Satzung in transparente und verbindliche Strukturen übergeführt.

Erleichtert wurden die Diskussionen um die Einführung der Hilfeplankonferenz 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 Wiedereingliederungsraten sind im Sinne einer positiven Loslösung von der Eingliederungshilfe gestiegen. Nach übereinstimmender Bewertung der Kostenträger und der Anbieter tragen die Hilfeplankonferenzen unter der Voraussetzung, dass sie die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen kontinuierlich überprüfen, nicht nur dazu bei, dass Menschen in das Hilfesystem kommen und dort die passenden Hilfen erhalten, sondern auch, dass sie aus dem Hilfesystem positiv entlassen werden.

Regionales Psychiatrie-Budget

In Rostock existiert seit 1.1.2005 ein regionales Psychiatrie-Budget für den Bereich des SGB XII. Diese neue Finanzierungsform mit ihren »prospektiven personen-

bezogenen 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. Über 91 Prozent des Psychiatrie-Budgets der Hansestadt Rostock fließen zukünftig direkt in personenbezogene Leistungen. Die übrigen 9 Prozent des Budgets verteilen sich zu gleichen Teilen auf Investitionsmittel (Investitionsbetrag) und personenunabhängige Angebote wie z.B. eine Begegnungsstätte, einen Krisendienst, Nachtwachen für einen geschlossenen Heimbereich, ein psychosoziales Wohnheim und (Not-)Betten für Menschen mit hohem Störungspotenzial.

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 (z.B. Belegung, Entgelthöhen, Minuten-Budget) für das Budget 2005 zu ermitteln. Es bestand 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 worden sind. Insgesamt wurde aber die Unkündbarkeit des Budgets für 2005 vereinbart, sofern die effektiven prospektiven Leistungen (Gesamtminutenwerte) einen Korridor von +/- 2 Prozent nicht überschreiten.

Zum Vergleich und zur Sicherstellung einer möglichen »Rückführung« in die alte Finanzierungssystematik wurde parallel die bisherige Systematik der »Tagesentgelte« fortgeführt und dokumentiert.

Um den Leistungsanbietern die Ängste vor einer prospektiv einzelfallbezogenen Vergütung zu nehmen und ihnen eine Anpassung ihrer internen Strukturen an die neue Finanzierungsform zu ermöglichen, wurde das Gesamtbudget für 2005 in zwei Anbieterbudgets herunter gebrochen. Diese vertragliche Zusicherung eines festen Budgetanteils sowie für die beiden ersten Jahre einer monatlichen Ratenzahlung des jeweiligen Budgetanteils sollte beiden Anbietern maximale Sicherheiten für die Startphase geben. Allerdings

besteht weiterhin das gemeinsame Ziel, mittelfristig nur noch ein regionales Gesamtbudget mit einheitlichen Preisen für vergleichbare Leistungen als Maßstab der Finanzierung zu sehen – eine Zeitschiene für die Ablösung der Anbieterbudgets ist jedoch noch nicht vereinbart.

Trotz der unterschiedlichen Kosten- und Angebotsstrukturen wurde für beide Anbieter bereits für 2005 Folgendes vereinbart:

- eine einheitliche Vertragsgestaltung (Leistungs-, Prüfungsvereinbarung);
- eine Harmonisierung der Preise mit einheitlichem Minutenwert für beide Anbieter (Vergütungsvereinbarung);
- eine einheitliche Preisgestaltung mit 12 »Einheitspreisen« für die entsprechenden Gruppen vergleichbarer Hilfebedarfe.

Hilfeplanung und Maßnahmeplanung

Setzt man ein personenbezogenes Finanzierungssystem um, so fallen die klassischen Steuerungsfaktoren wie z. B. die Belegungszahlen einer Einrichtung weg. Es geht vielmehr um die Schätzung des zu erwartenden Aufwandes, der zur Erreichung eines überprüfbaren Hilfezieles erforderlich ist. Dieser Steuerungsprozess erfordert sicher insgesamt einen größeren qualitativen und quantitativen Aufwand, der sich aber am Ende rechnet.

Kalkulationsgrundlage ist der für die einzelnen Funktionsbereiche (Grundversorgung, Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Arbeit, Ausbildung) geschätzte wöchentliche durchschnittliche Aufwand zur Erreichung der Hilfeziele in Minuten. Aus den differenziert erhobenen Minutenwerten pro Leistungsbereich wird ein prospektiv geschätzter Gesamtminutenwert pro Woche aufsummiert.

Dieser individuell ermittelte Gesamtminutenwert wird einer Hilfe-Empfänger-Gruppe (HEG) mit vergleichbarem Hilfebedarf zugeordnet. In einem vorhergehenden Modellprojekt in den Projektregionen des Landkreises Güstrow und der Hansestadt Rostock wurden 12 HEG plus eine zusätzliche nach oben offene Gruppe für Einzelfälle mit extrem hohem Hilfebedarf ermittelt.

Die Preisbildung erfolgte in einem komplizierten Umrechnungsprozess, der die zum Umstellungszeitpunkt vorhandenen finanziellen Ressourcen mit den zum gleichen Zeitpunkt geschätzten prospektiven wöchentlichen Gesamtminutenwerten in Beziehung setzte – immer unter der Prämisse einer budgetneutralen Umstellung der Finanzierung.

 »Weiche« Ergebnisse nach einem Jahr

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 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 kreativen Lösungssuche steigt. Ebenso kommt das »Wie« der Hilfeerbringung, also die Qualität in den Focus der Diskussion.

Prospektive Finanzierung der Zielerreichung muss erlernt werden: Sowohl für die Kostenträger wie für die Anbieter ist die Ausrichtung der Finanzierung auf die Pflichtversorgung und die Hilfeziele trotz aller Vorarbeiten ungewohntes Neuland. Die Belegung von Institutionen und Einrichtungen zählt nicht mehr als relevantes Merkmal, Erfolgskriterium ist das Erreichen der individuellen Behandlungsziele. Damit verändern sich auch die Leistungsdocumentation und das Abrechnungsverfahren – zunächst ein Schock für alle Beteiligten, der sie in der Suche nach neuen Wegen verbindet.

Der Budgetdeckel als Hilfestellung bei der Finanzierungsumstellung: Die Erfahrungen aus den ersten Monaten zeigen: Wenn die Hilfen nicht mehr durch einen Tagessatz definiert und begrenzt werden, entstehen auf Mitarbeiterebene 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. Das auch das individuell notwendige ein Maß und eine Grenze hat, konnte dann aber durch die Transparenz der Daten im Gesamthilfesystem und durch eine engere fachliche Begleitung der mittleren Leitungsebene vermittelt werden. 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 verändert die »Wartelistenmentalität« hin zu einer individuell abgewogenen Hilfeplanung auch für sehr schwierige Hilfeempfänger. Der gemeinsame Blick im Einzelfall fördert kreative Lösungen und erleichtert auch die Entlassung aus dem psychiatrischen Hilfesystem. Gleichzeitig wird das Hin- und Her-

schieben zwischen den Anbietern bzw. deren Angeboten erschwert.

Ungewöhnliches wird möglich: Die Suche nach »Effizienzrenditen« im System wird belohnt und ist attraktiv, da das Geld in der psychiatrischen Versorgung bleibt. Ungewöhnliche, manchmal auch preiswerte Problemlösungen werden honoriert, wenn sie erfolgreich sind. Dabei verändern sich die Vorstellungen von Qualitätssicherung; Zielerreichung und Kundenzufriedenheit rücken verstärkt in den Vordergrund.

Wertediskussion ist Voraussetzung für optimale Budgetnutzung: Das regionale Psychiatrie-Budget eröffnet dem Anbieter ein kreatives Entwicklungspotenzial. Die institutionellen Fesseln können zugunsten 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. Gleichzeitig wird auch deutlich, dass eine personenbezogene Finanzierungsstruktur keine Garantie für personenbezogenes Arbeiten ist, sie befördert es, aber wenn beim Anbieter die Prioritäten auf Erhaltung der eigenen Institutionen ausgerichtet bleiben, ändert sich zunächst nichts.

Mittelfristig verändern sich alle Angebote: Die Art der neuen Finanzierung erschwert es aber, den institutionellen Blickwinkel beizubehalten. Nach dem ersten Jahr der personenbezogenen Finanzierung stellt sich nun bei einem weiteren Wohnheim für den Betreiber nicht nur die Frage, ob diese so finanzierte Wohnform für die Nutzerinnen und Nutzer sinnvoll ist, sondern auch, ob er seine Mittel nicht besser einsetzen kann. Mittlerweile ist zwischen Kostenträger und Wohnheimträger fest vereinbart, dass dieses Wohnheim ab 2007 dezentralisiert wird. So wird es im Bereich der Psychiatrie für die ganze Hansestadt Rostock mit rund 200.000 Einwohnern nur noch eine Intensivbetreuungseinheit mit 8 Plätzen in traditioneller Wohnheimform sowie weitere 24 Plätze als psychiatrisches Pflegewohnheim geben.

Strukturfragen erhalten neue Qualität: Im Zusammenhang mit der Budgetbildung konnte ein Konsens darüber hergestellt werden, dass gut 90 Prozent der Finanzmittel an individuelle Maßnahmen gebunden werden ausgehend vom Hilfebedarf des Einzelfalles, definiert über den IBRP und die Hilfeplankonferenz. Die restlichen knapp 10 Prozent sollen für wichtige Elemente der Pflichtversorgung verwandt werden wie z.B. den Krisendienst und die Begegnungsstätte. Zukünftig wird

jährlich überprüft werden, welche Angebote als Infrastruktur im »Lebensfeld Rostock« vorgehalten werden müssen und welche Budgetanteile in die einzelfallbezogenen Maßnahmen fließen.

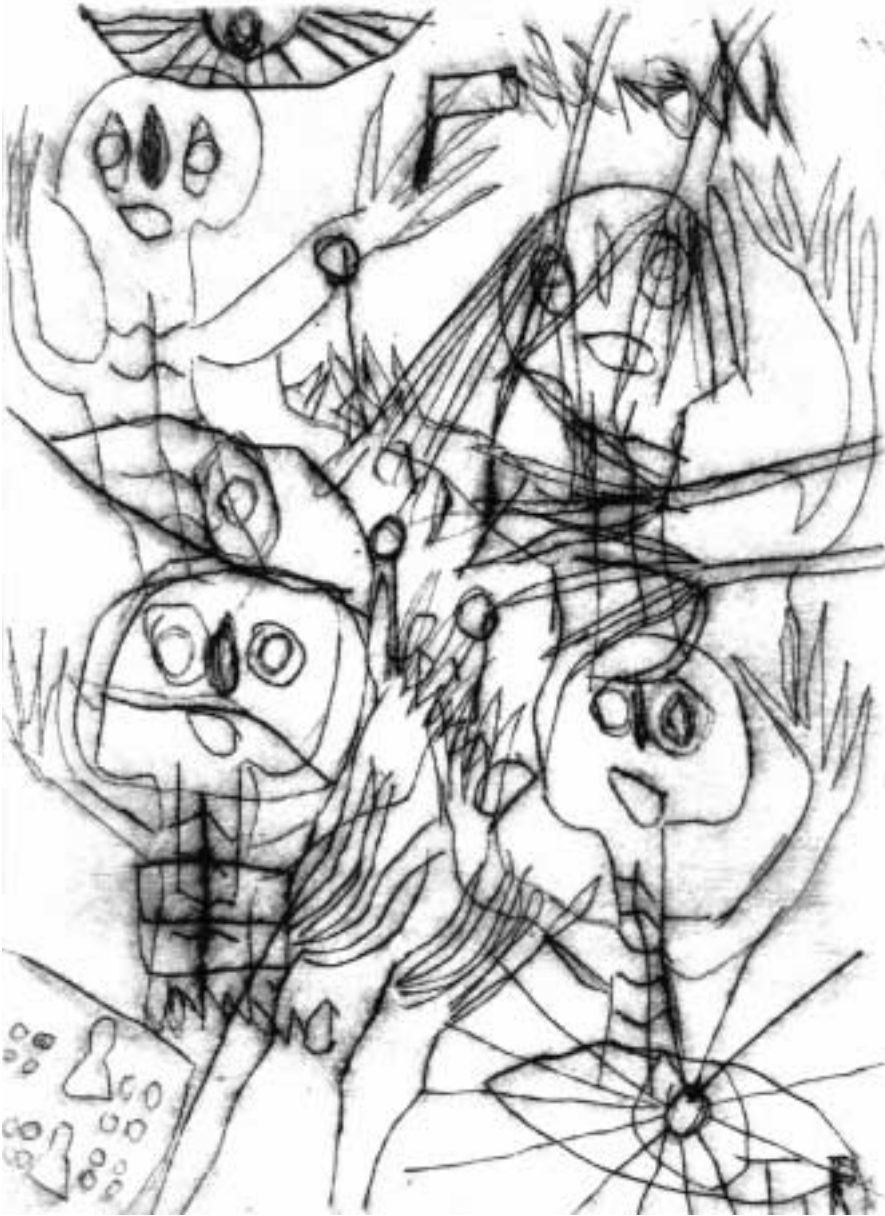
 »Harte« Ergebnisse

Das wichtigste Ergebnis ist, dass alle Beteiligten, die Hansestadt Rostock, der Kommunale Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern und beide Anbieter trotz zahlreicher Umsetzungsprobleme in der Praxis das regionale Budget fortschreiben wollen. Intensive Gespräche über die Beseitigung der Umsetzungsprobleme, insbesondere hinsichtlich der Einbettung des Projektes in die Systematik der §§ 75 bis 78 des SGB XII, begleiten den weiteren Fortgang des Projektes in 2006.

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. 2005 wurden monatlich durchschnittlich 382,75 Personen mit dem gleichen Budget versorgt. Dies bedeutet eine Fallzahlsteigerung von 6,9 Prozent.

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.

»Effizienzrenditen«: Ausgehend von der Annahme eines »verhinderten Systemausbaus« durch das regionale Budget, 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 € pro Tag multipliziert. Wenn das System linear weiter ausgebaut worden wäre, hätte dies somit Kosten von 322.000 € verursacht. Geht man noch zusätzlich von einer um 50 % verbesserten Eingliederungsrate (siehe unten) aus, so könnten weitere 364.000 € eingespart werden, 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.



Eingliederungsindex: Es existieren kaum 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«: Wie viele Fälle sind in einem Jahr erfolgreich im Sinne eines »Lebens ohne Zahlungen der Eingliederungshilfe« aus dem System »entlassen« worden?

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 %.

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 große 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 signifikante »Effizienzrenditen« im Finanzierungssystem erreicht werden können, freut besonders

die Kämmerei und die Verantwortlichen im Sozialamt.

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 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 ausgehandelt. Für mögliche Konfliktfälle besteht zwar ein hoher Einigungsdruck, insbesondere wegen der transparenten Hilfeplanung sind die daraus abgeleiteten Maßnahmen und Kosten sowie deren Folgen für das Gesamtbudget stets präsent, aber es existiert noch kein Regelwerk zum Konfliktmanagement.

Derzeit ist davon auszugehen, dass aufgrund der positiven Erfahrungen in Rostock landesweit voraussichtlich zwei weitere Hansestädte und drei Landkreise ihre Finanzierung umstellen werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Traum von weniger Schubladen in der deutschen Psychiatrie durchaus Realität werden kann, wenn alle Beteiligten »mitziehen«. Durch verschiedene Budgetvarianten sowohl im Bereich des SGB V als auch des SGB XII und auf Basis individueller Gesamtpläne könnten zukünftig im Spannungsfeld von Fachlichkeit und Kostendämpfungsdruck passfähigere und individuellere Angebote für die Nutzerinnen und Nutzer entstehen. ■ ■ ■

Ingmar Steinhart ist wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald und der Modellprojekte des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, führt die Geschäfte des Stiftungsbereichs Bethel vor Ort in Dortmund und ist Mitglied im Vorstand der Aktion Psychisch Kranker (APK).

Kontakt: institut@sozialpsychiatrie-mv.de
Die Mecklenburger Schritte zur Kommunalen Steuerung sind wie die Berliner, Stuttgarter, Bielefelder und andere Wege zur Übernahme regionaler Verantwortung nachzulesen in: Armbruster, Schulte-Kemna, Widmaier-Berthold: Kommunale Steuerung und Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Psychiatrie-Verlag Bonn 2006.