

Bericht über die ambulanten und komplementären außerklinischen gemeindepsychiatrischen Hilfen im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung in den Jahren 2004 bis 2011

Seit Mitte der 1990er Jahren setzte in der Reform der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik ein Paradigmenwechsel ein: „von institutions- zu personenzentrierten Hilfen“. Motor dieser Entwicklung war die AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V., die im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 1992 bis 1996 geförderten Projekts diesen Paradigmenwechsel als notwendigen weiteren Schritt zu einem Hilfesystem beschrieb, das sich zum einen konsequent am individuellen Hilfebedarf jedes einzelnen Menschen mit psychischen Erkrankungen orientiert und zugleich die Versorgungs- verpflichtung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds für alle psychisch kranken Bürger eines definierten Einzugsgebiets forderte¹. Mit diesem Forschungsbericht wurde zugleich der erste „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)“ als Instrument für individuelle Hilfeplanung vorgelegt. Durch mehrere bundesweit sehr beachtete Tagungen und nachfolgende Projekte hat sich der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung weitgehend anerkannt durchgesetzt.

Durch das Gesetz zur Reform der Sozialhilfe vom 23. Juli 1996 wurden unter anderem die Regelungen der §§ 93 ff des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) neu gefasst, die zum 1. Januar 1999 in Kraft traten. Ein wesentlicher und die Diskussion in der Eingliederungshilfe der nachfolgenden Jahre weitgehend bestimmender Aspekt war die Formulierung in § 93 a Abs. 2 Satz 3 BSHG „Die Maßnahmepauschale wird nach Gruppen für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf kalkuliert“. Diese Formulierung stellte die Träger der Sozialhilfe und die Verbände der Leistungserbringer für viele Jahre vor die Aufgabe, für diese Bildung von Gruppen für Hilfeempfänger Systeme und handhabbare Lösungen zu entwickeln.

In Berlin hatte das System der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung mit der Umsetzung des Psychiatrie-Entwicklungsprogramms (PEP)² eine landesweit einheitliche Kontur angenommen. Ausgangspunkt bildete der Krankenhausplan 1993, in dem der Abbau von mehr als 1800 Betten in psychiatrischen Kliniken - flankiert vom Aufbau von entsprechenden Hilfen und Angeboten im Lebensraum der Stadt - zwischen 1994 und 1998 vorgesehen war. Im Rahmen des Psychiatrieentwicklungsprogramms wurde auf ein regionalisiertes psychiatrisches Pflichtversorgungssystem in allen Leistungsbereichen (Behandlung, Rehabilitation, Pflege) hingewirkt. Zwischen dem Land Berlin und dem überwiegenden Teil der freien Träger ließ sich der Konsens herstellen, dass alle Hilfeberechtigten Anspruch auf ihnen individuell angemessene Leistungen haben und gleichzeitig kein Bürger wegen Art oder Schwere seiner Erkrankung von notwendigen Hilfen ausgeschlossen werden darf.

Zur Umsetzung dieser Ziele wurden seit Mitte der 1990er Jahre nahezu ausschließlich ambulante und bezirksbezogene Angebote entwickelt und finanziert, um den im Rahmen der Enthospitalisierung entstehenden Projekten von Beginn an die Möglichkeit zu geben, sich in späteren Jahren flexibel dem sich entwickelnden Bedarf der anspruchsberechtigten Bürger anpassen zu können. Mit diesem hohen Anteil ambulanter Maßnahmen der

¹ Volker Kauder, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997

² Psychiatrieentwicklungsprogramm – Psychiatrie-Bericht Berlin Teil III, AGH Berlin Drs. 13/1521

Eingliederungshilfe auch für Menschen mit hohem Hilfe- und Unterstützungsbedarf wurde die Grundlage für flexible und personenzentrierte Hilfen gelegt.³

Zugleich wurden für jeden der seinerzeit 23 Bezirke von Berlin niedrighschwellige Angebote in Form von Kontakt- und Beratungsstellen, Beratungsstellen für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen und Zuverdienstfirmen geschaffen, die dem Bedarf der jeweiligen Bevölkerung gerecht werden konnten und über Zuwendungsmittel der Bezirke finanziert wurden. Dazu waren Anhaltzahlen und Messziffern entwickelt worden, die nicht nur die Bevölkerungszahl des Bezirks, sondern auch dessen Sozialstruktur berücksichtigte. Dieses System wurde durch den auch über Zuwendungsmittel finanzierten Berliner Krisendienst ergänzt.

Die Einführung des ersten „Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplans (BBRP)“ schuf die Grundlage für die Ausrichtung der Hilfen am individuellen Bedarf und die Einbeziehung der Klienten in die Hilfeplanung. Mit diesem Instrument wurden die Hilfen erstmals nicht nur in qualitativer Hinsicht beschrieben (welche Hilfe wird benötigt), sondern auch in quantitativer (wie viel Zeit werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dafür aufbringen müssen). Der BBRP war zwischen 2000 und 2004 ein Instrument im Sinne des Gesamtplans nach BSHG und noch nicht verknüpft mit einer Finanzierung nach zeitlich notwendigem Umfang oder nach Hilfebedarfsgruppen.

Vor der Einführung der Finanzierung der Leistung nach Hilfebedarfsgruppen und damit der Umsetzung der Aufgabe, die der Gesetzgeber durch die Reform des BSHG in den §§ 93 ff seit 1999 dem Sozialhilfeträger aufgegeben hatte, wurden durch eine repräsentative Befragung der Leistungserbringer durch ein externes Institut aus Hamburg⁴ und durch eine systematische Abfrage bei den Sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter und den Eingliederungshilfestellen der Sozialämter aller Bezirke Berlins Anhaltspunkte für eine praxisgerechte Überarbeitung des BBRPs gewonnen und mit der grundlegenden Reform im Jahr 2004 umgesetzt. Mit dem ausgearbeiteten BBRP lag ein Instrument vor, das nicht nur den individuellen Bedarf ermittelt, sondern diesem mit einer konkreten Hilfeplanung begegnet. Die Hilfeplanung baut auf den individuellen Ressourcen auf und orientiert die Leistung an konkreten individuellen Zielen. Die Anwendung des Verfahrens erfuhr, nicht zuletzt durch die breite Beteiligung aller relevanten Akteure, eine hohe Akzeptanz. Mit Unterstützung des Paritätischen und der Aktion Mensch wurde die Einführung des BBRP durch eine von Nutzerinnen und Nutzer kontrollierte Studie von Für alle Fälle e.V. begleitet⁵.

1. Das Budget 2004 - 2006

1.1 Vertragliche Grundlagen

Zum Jahr 2004 wurde der Beschluss der Vertragskommission Soziales („KO 93“, heute „Kommission 75 für den Sozialhilfebereich“) Nr. 6 /2003 gültig. Damit wurden

- die Leistungsbeschreibungen für die seit dem Jahr 2000 geltenden Leistungstypen
Therapeutisch betreutes Einzelwohnen für seelisch behinderte Menschen,
Therapeutisch betreute Wohngemeinschaft für seelisch behinderte Menschen,
Verbünde von therapeutisch betreutem Wohnen für seelisch behinderte Menschen,
Therapeutisch betreute Tagesstätten und Beschäftigungstagesstätten,
Therapeutisch betreute Heime für seelisch behinderte Menschen und

³ Vergl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hg): Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierte psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten). Berlin 1998

⁴ Institut für Forschung, Entwicklung und Beratung (FEB), Hamburg 2002, unveröffentlichte Studie

⁵ www.faelle.org

Therapeutisch betreute Übergangsheime für seelisch behinderte Menschen dem BBRP angepasst und der Behandlungs- und Rehabilitationsplan mit dem dazu gehörigen Leitfadene neu gefasst,

- gleichzeitig für jede Hilfebedarfsgruppe ein eigener leistungsbezogener einheitlicher Preis je Leistungstyp beschlossen,
- die Kapazitätsbeschreibungen in den Vereinbarungen mit den Trägern⁶ von einer vereinbarten Platzzahl in die Vereinbarung eines vom Träger maximal in Rechnung zu stellenden Leistungsvolumens („Trägerbudgets“) budgetneutral übersetzt und
- ein Verfahren zur Umstellung von der Platzfinanzierung zur Einzelfallfinanzierung nach Hilfebedarfsgruppe ab dem 01.06.2004 beschlossen.

1.1.1 Hilfebedarfsgruppen – BBRP

Neben einigen aus fachlichen Erwägungen vorgenommenen Anpassungen des BBRP wurden in einer zentralen Veränderung die zuvor 11 Hilfebedarfsgruppen in seither 12 Hilfebedarfsgruppen angepasst. Die zeitliche Differenzierung erfolgt in Schritten von 90 min, die sich in der Erprobungsphase als geeignet erwiesen hatten.

1.1.2 Neufassung der Leistungstypen – Einheitliche Maßnahmepauschalen

Die Leistungsbeschreibungen mussten in Übereinstimmung mit dem BBRP teilweise neu gefasst werden. Nunmehr wurden die einzelnen in den Leistungsbeschreibungen enthaltenen Leistungsbestandteile mit Maßnahmepauschalen untersetzt. Vergütungen für die eigentlichen Betreuungsleistungen wurden für die drei ambulanten Leistungstypen (BEW, TWG und Verbünde) landesweit einheitlich preislich gefasst. Für die Leistungstypen Tagesstätten, Verbünde und Heime/Übergangsheime wurden jeweils eigene Preise je Hilfebedarfsgruppe landesweit einheitlich vereinbart. Die besondere Herausforderung bestand darin, einrichtungsbezogene Vergütungsbestandteile (Nachtbereitschaftsdienste, Nachtwachen) so zu gestalten, dass das Leistungsgeschehen ohne Gefährdung einzelner Einrichtungen auch nach der Umstellung der Vergütung fortgesetzt werden konnte, dabei zugleich aber das Ziel der an dem individuellen Bedarf orientierten Vergütung erreicht werden konnte. Für den großen Bereich der ambulanten Leistungstypen wurde für die Nachtbereitschaft ein auf die Person bezogener Zuschlag je Abrechnungstag entwickelt, der die Leistungserbringer in die Lage versetzt, für jeweils etwa 7 bis 8 Klienten mit entsprechendem Bedarf eine Nachtbereitschaftskraft zu finanzieren, dies aber vom tatsächlichen Bedarf der Klienten abhängig zu machen.

Auch für die Nachtwachen und Nachtbereitschaften in den (wenigen) stationären Einrichtungen wurde eine der Größe der jeweiligen Einrichtung angemessene Lösung entwickelt.

Einrichtungsindividuell wurden nur der Investitionsbetrag bei den stationären, teilstationären und einem Teil der ambulanten Angebote sowie die Grundpauschale bei den stationären und teilstationären Einrichtungen vereinbart.

1.1.3 Umstellungsverfahren

Zum 01.06.2004 traten die neuen Vergütungen in Kraft. Dazu wurden alle betreuten Klienten unter Anwendung des BBRP einer Hilfebedarfsgruppe zugeordnet. Mit Hilfe einer sogenannten Umrechnungstabelle wurde zuvor einrichtungsbezogen das der Einrichtung

⁶ Im weiteren Text werden die Begriffe „Träger“ und „Anbieter“ als Bezeichnung für die Leistungserbringer verwandt

zum Zeitpunkt der Umstellung zur Verfügung stehende Finanzvolumen ermittelt und damit die Möglichkeit gegeben, in der Anwendung des BBRP die Realität der zum Umstellungszeitpunkt möglichen Leistung realistisch abzubilden. Damit konnte jede Einrichtung nach der Umstellung das gleiche Einnahmenvolumen erzielen, wie vor der Umstellung. Dieses System, obwohl mit einigem Aufwand verbunden, ermöglichte landesweit eine für die Seite des Landes ebenso wie für die Seite der Leistungserbringer budgetneutrale Umstellung auf die landesweit einheitliche Vergütungssystematik ohne Verwerfungen auf einer der beiden Seiten. Dieser Umstellungsprozess war seinerzeit der erste in der Bundesrepublik Deutschland und führte nach seiner Umsetzung zu einer hohen Akzeptanz des auf die Person bezogenen Vergütungssystems auf allen Seiten.

1.1.4 Trägerbudget – Trägergemeinschaft

Vor dem Jahr 2004 hatte jeder Anbieter für jede Einrichtung oder jeden ambulanten Dienst Vereinbarungen über den Umfang, die Qualität und die Vergütung der Leistung mit dem Sozialhilfeträger geschlossen. Dabei war mit jedem Träger für jedes seiner Angebote eine maximale Platzzahl vereinbart worden. Ab 2004 wurden mit jedem Anbieter neue Vereinbarungen über die Laufzeit von drei Jahren geschlossen, mit denen für alle Einrichtungen und Dienste unter Berücksichtigung derer bisheriger Platzkapazitäten und Platzvergütungen ein Gesamtbudget je Träger zusammengefasst wurde. An die Stelle der Platzvereinbarungen trat nun ein sog. Trägerbudget. Mit dem Trägerbudget war festgelegt, dass der Anbieter sich verpflichtet, bezogen auf drei Jahre nur Leistungen bis zur vereinbarten Budgetobergrenze den Bezirksämtern in Rechnung zu stellen. Es ermöglichte den Anbietern, sich flexibel auf den jeweiligen individuellen und bezirklichen Bedarf auszurichten. So konnte die Zahl der betreuten Klienten angepasst werden, wenn deren Hilfebedarfsgruppen sich veränderten. Leistungsvolumina konnten von einem Angebot auf ein anderes übertragen werden, wenn dies aus Gründen des Bedarfs erforderlich wurde.

Im ersten Vereinbarungszeitraum bildeten alle Leistungserbringer eine sogenannte Budgetgemeinschaft. Sie beinhaltete die Möglichkeit, dass ein oder mehrere Träger ihr Budget überschreiten können, wenn ein oder mehrere andere Anbieter ihr Budget nicht ausschöpfen. Damit wurde ein landesweites Budget für die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung geschaffen, das dem Land Berlin für den Zeitraum von drei Jahren eine maximale Ausgabesumme für diesen Personenkreis garantierte und gleichzeitig die Anbieter in die Lage versetzte, sehr flexibel miteinander auf die sich verändernde Bedarfssituation in den inzwischen 12 Bezirken von Berlin zu reagieren.

1.1.5 Regionale Steuerung – SGP und Budgetkontrollprogramm

Zur Zusammenführung von fachlicher und finanzieller Steuerung waren schon vor 2004 in nahezu allen Bezirken von Berlin Konferenzstrukturen entwickelt worden, über die die Anbieter des jeweiligen Bezirks ihre Belegung vornahmen. Mit Beginn des Jahres 2004 sollten die nun landesweit „Steuerungsgremien Psychiatrie (SGP)“ genannten Konferenzen auch in die Lage versetzt werden, die Steuerung der Belegung anhand der Auslastung der Budgets vorzunehmen. Es war abzusehen, dass die Fachsoftware der Bezirksämter die notwendigen Zahlen nicht zeitnah liefern können würde. Da jede sinnvolle Budgetvereinbarung einer Budgetkontrolle bedarf, ließ das Land Berlin mit Jahresbeginn 2004 von einem externen Anbieter ein Budgetkontrollprogramm entwickeln. Dieses ermöglichte anhand der von den Trägern gelieferten und mit den Entscheidungen in den Steuerungsgremien abgeglichenen Daten eine Übersicht über das Leistungsgeschehen und die Budgetauslastungen für die Steuerungsgremien und das Land Berlin. Die Träger verpflichteten sich zur Mitteilung entsprechender prüffähiger Angaben. Die konkrete Umsetzung in das Budgetkontrollprogramm mit der Möglichkeit des Abgleichs der Daten mit den Entscheidungen der Steuerungsgremien erfolgte durch die Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren der Bezirke.

1.1.6 Budget und Fallzahlsteigerung

Die Landesregierung von Berlin hatte im Jahr 2001 das Ziel verfolgt, die Vergütungen der Leistungserbringer zu senken, um auch im Bereich der Eingliederungshilfe zu Einsparungen zu kommen. Im Zuge sehr lebhafter und politisch kontroverser Diskussionen wurde bei einem Institut ein Stadtstaatenvergleich in Auftrag gegeben, um die unterschiedliche Ausstattung im Bereich der Leistungen der Eingliederungshilfe bewerten zu können⁷. Während in den Leistungen für Menschen mit einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung tatsächlich die vereinbarten Vergütungen und Leistungsumfänge in zwei Jahresschritten abgesenkt wurden, konnte für den Bereich der Menschen mit einer seelischen Behinderung ein Konsens zur Vereinbarung von Trägerbudgets erzielt werden. Teil des Budgetbeschlusses war, dass die Budgetgemeinschaft einen Zuwachs der Fallzahlen im Umfang von bis zu 5% in drei Jahren ohne Budgetausgleich kompensieren sollte. Erst bei einer Überschreitung dieser Fallzahl sollte ein Ausgleich der Trägerbudgets erfolgen. Dies erforderte eine Verständigung über den Begriff der Fallzahl und eine Ausgleichsberechnung für die Anbieter, die im Vereinbarungszeitraum 2004 neue Angebote eröffneten. Die Fallzahlsteigerung wurde anhand von konkreten Personen gemessen. Mit der Erhebung der Daten und der statistischen Auswertung wurde auch dem Umstand Rechnung getragen, dass manche Klienten Leistungen von zwei verschiedenen Anbietern gleichzeitig (z.B. durch das Betreute Einzelwohnen und in einer Tagesstätte) oder nacheinander (z.B. durch Wechsel des Anbieters) erhielten. Ein in der UAG der Vertragskommission Soziales abgestimmtes Berechnungsverfahren gewährleistete landesweite Einheitlichkeit in den Berechnungswegen und damit eine hohe Transparenz in der Abbildung der Fallzahlentwicklung.

1.2 Umsetzung in den Bezirken und bei den Trägern

Zum Jahresbeginn 2004 wurden für alle Anbieter und alle Bezirksämter von Berlin einheitliche Informations- und Schulungsveranstaltungen durchgeführt, um das Umstellungsverfahren und die Hilfeplanung mit dem BBRP zu vermitteln. Auch diese Veranstaltungen wurden gemeinsam von Mitarbeitern des Landes Berlin und den in der UAG der Vertragskommission Soziales vertretenen Verbänden ausgearbeitet und umgesetzt. Damit konnte eine weitgehend einheitliche Umsetzung der Beschlüsse bewirkt werden.

Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass die Umstellung des Denkens von Plätzen in Budgets für alle Beteiligten eine hohe Anforderung darstellte. Für die Leistungserbringer, die nun ihre Budgeteinhaltung selbst überwachen mussten, gestaltete es sich bereits recht schwierig, nicht mehr in den Kategorien von Plätzen zu denken, sondern Maßnahmen und Leistungen getrennt von verfügbarem Wohnraum zu denken und zu gestalten. Für die anderen Partner im Gemeindepsychiatrischen Hilfesystem, wie etwa den Mitarbeitern in den Kliniken, war diese Umstellung nur schwer nachvollziehbar und vor allem mit der Sorge besetzt, dass Klienten unversorgt bleiben könnten. Erst im Verlaufe der folgenden Zeit konnten alle Partner im Hilfesystem den Nutzen durch die neue Flexibilität entdecken. Es bedurfte einiger Monate nach dem Umstellungszeitpunkt, bis sich alle Akteure darauf eingestellt hatten, dass mit dem neuen Vergütungssystem und den Trägerbudgets ganz erhebliche Möglichkeiten und Notwendigkeiten entstanden waren, sich flexibel auf den Bedarf der seelisch behinderten Menschen einzustellen und diese Chancen in den Bezirken dann auch aktiv und offensiv genutzt wurden.

Dies lässt sich an der Nutzung der Tagesstätten illustrieren. Waren diese vor der Umstellung weitgehend darauf orientiert, eine definierte Zahl von Besuchern zu haben, die alle i.d.R. fünf

⁷ Con_sens Hamburg: Stadtstaatenvergleich. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Leistungen nach § 72 BSHG in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen hinsichtlich der von den Stadtstaaten im Rahmen von Verträgen nach § 93 BSHG vereinbarten Leistungsniveaus / Ausstattungsstandards. 2003

Tage in der Woche das Angebot nutzten, so erhöhte sich die Zahl der Besucher in den Tagesstätten deutlich, da viele das Angebot weniger als fünf Tage nutzten.

Für die beteiligten Träger erforderte dies ein System der Information und Steuerung des Leistungsangebots, um bei höherer Nutzung die Budgeteinhaltung zu gewährleisten. Alle Träger entwickelten eigene Systeme der Budgetüberwachung bzw. nutzten das dazu landesweit geschaffene Budgetkontrollprogramm.

In den Budgetzeitraum fiel die erste vom Land Berlin in Auftrag gegebene Evaluation der Steuerungsgremien durch das Institut FOGS (Görgen und Oliva 2005)⁸. Sie führte zu einer einheitlichen Rahmengeschäftsordnung für Steuerungsgremien, die allen Bezirken im Rahmen einer Verwaltungsvorschrift⁹ übermittelt wurde und am 1. März 2007 in Kraft trat.

1.3 Ergebnisse des ersten Budgetzeitraumes (2004 bis 2006)

1.3.1 Budgeteinhaltung 2004 bis 2006

Die vereinbarten Trägerbudgets wurden im Dreijahreszeitraum 2004-2006 in Summe über alle Träger nicht überschritten (Auslastung 99,7%).

	2004	2005	2006	Gesamt
Budget Soll	89.352.745 €	89.656.622 €	90.591.652 €	269.601.019 €
Budget Ist	88.993.621 €	90.842.513 €	89.046.621 €	268.882.756 €
Auslastung	99,6%	101,3%	98,3%	99,7%

Die Vorgaben gemäß Beschluss Nr. 6/2003 zur maximal möglichen Budgetauslastung am Ende der Budgetlaufzeit wurden eingehalten. Die im Vergleich zum Kalenderjahr 2005 deutlich geringere Budgetauslastung in 2006 ist Ergebnis der Steuerungsbemühungen insbesondere auf der Trägerseite, um die Budgeteinhaltung zum Ende der Budgetlaufzeit zu gewährleisten. Dieser Steuerungseffekt findet seinen Ausdruck in der Entwicklung der durchschnittlichen Hilfebedarfsgruppe (siehe Grafik 2).

1.3.2 Fallzahlentwicklung in den Jahren 2004 bis 2006

Die Personenfallzahl beziffert die Anzahl der Menschen, die im Jahresverlauf betreut wurden. Klienten wurden hier als Person nur einmal gezählt, auch wenn sie im selben Jahr nach einer Unterbrechung (zwischen 1 bis max. 6 Monaten) eine weitere Maßnahme erhielten bzw. parallel Leistungen in zwei Leistungstypen in Anspruch nahmen.

⁸ Görgen und Oliva, Köln 2005: Evaluation der Steuerungsgremien der Bezirke im Bereich der psychiatrischen Versorgung des Landes Berlin mit Vorschlägen zu einem landeseinheitlichen Verfahrensweg

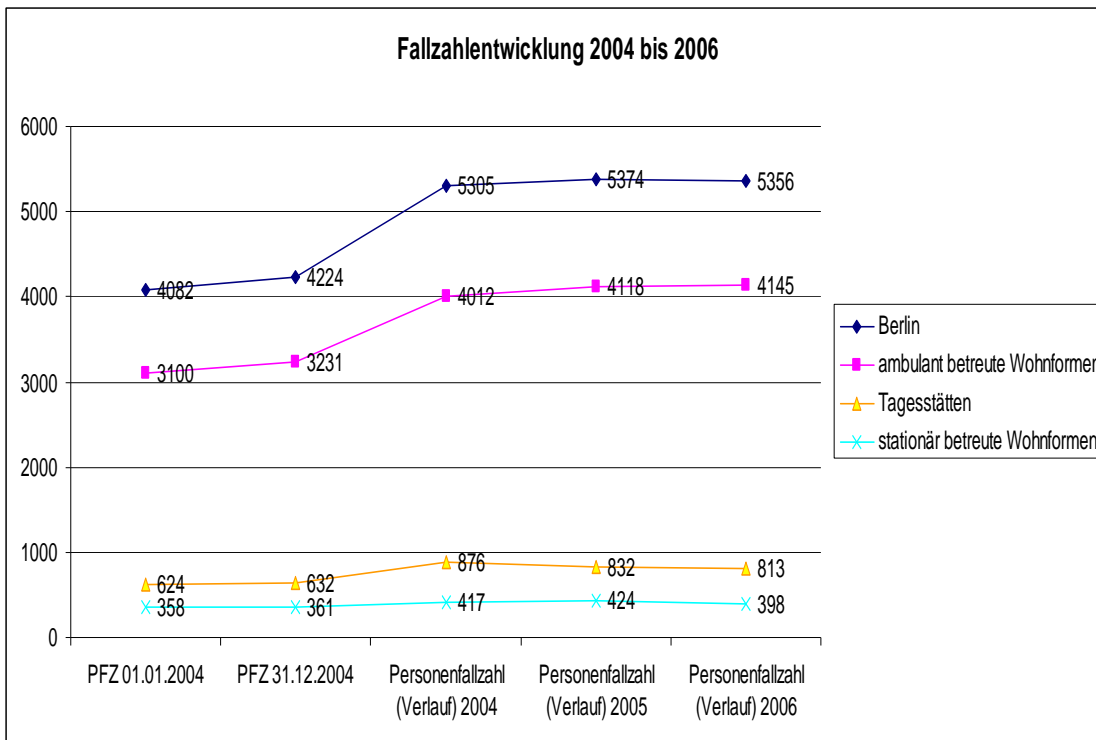
⁹ Rahmengeschäftsordnung (RGO) für die Steuerungsgremien Psychiatrie (SGP) in den Berliner Bezirken (RGO-SGP) vom 29.1.2007

Fallzahlen	1.1.2004	31.12.2004	2004	2005	2006
ambulant betreute Wohnformen	3100	3231	4012	4118	4145
stationär betreute Wohnformen	358	361	417	424	398
Tagesstätten	624	632	876	832	813
betreute Personen gesamt	4082	4224	5305	5374	5356

	Steigerung innerhalb 2004	Steigerung 2005	Steigerung 2006	Gesamtsteigerung 2004 bis 2006
Fallzahlsteigerung	3,48%	1,30%	-0,33%	4,44%

Da für das Jahr 2003 die Anzahl der im Jahresverlauf betreuten Personen nicht valide beziffert werden konnte, wurde das Jahr 2004 hinsichtlich seiner Stichtagsentwicklung betrachtet. Innerhalb des Jahres 2004 stieg die Zahl der betreuten Personen von Stichtag zu Stichtag kontinuierlich an. Die Stichtagszahlen in 2004 berücksichtigen dabei einen Ausgleichswert für neue Angebote, die im Verlauf des Jahres 2004 entstanden.

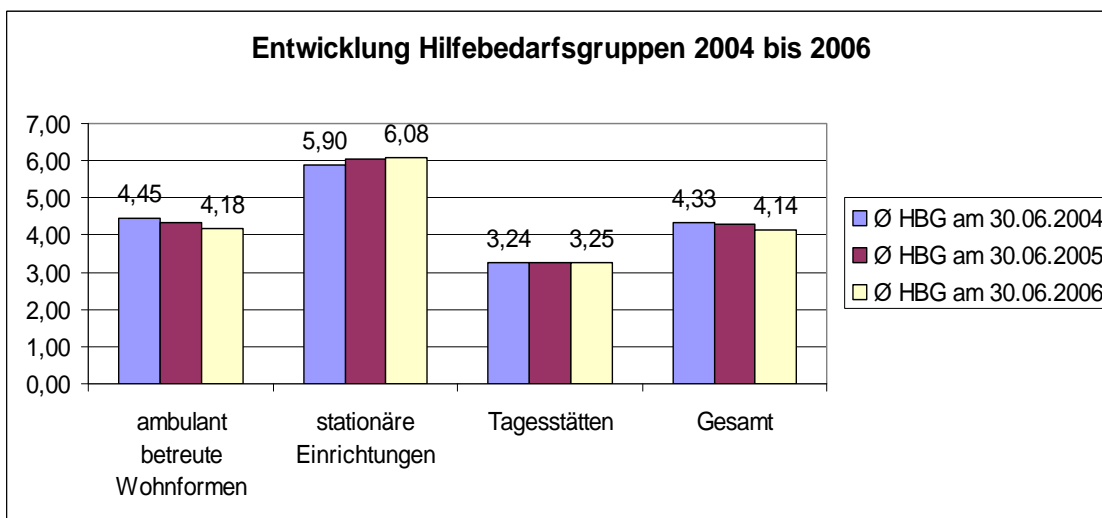
Im Vergleich der Fallzahl am Stichtag 1. Januar 2004 zum 31. Dezember 2004 wurde ein Fallzahlzuwachs von 3,48% erzielt.



Grafik 1

Die Zahl der betreuten Personen im Jahresverlauf stieg im Vergleich von 2004 zu 2005 um 1,3%. Im Vergleich von 2005 zu 2006 sank die Anzahl um 0,33%. Innerhalb des Budgetzeitraumes 2004 bis 2006 wurde damit ein Fallzahlzuwachs von insgesamt 4,44% erzielt.

1.3.3 Entwicklung der Hilfebedarfsgruppen/HBG in Jahren 2004 bis 2006



Grafik 2

Bezogen auf die Summe aller Leistungsfälle an den Stichtagen sank die durchschnittliche Hilfebedarfsgruppe vom 30.6.2004 (= 4,33) zum 30.6.2006 (= 4,14) um 0,19 (Reduzierung um 4,18%).

Dabei sind unterschiedliche Entwicklungen zu beobachten. Während die HBG im ambulant betreuten Wohnen konsequent sank (insgesamt -6,08%), stieg sie im stationär betreuten Wohnen (+3,02%).

Bereich	Ø HBG am 30.06.2004	Ø HBG am 30.06.2005	Ø HBG am 30.06.2006
ambulant betreute Wohnformen	4,45	4,35	4,18
stationäre Einrichtungen	5,90	6,06	6,08
Tagesstätten	3,24	3,27	3,25
Gesamt	4,33	4,28	4,14

1.4 Veränderungen der Rahmenbedingungen

Mit dem Jahr 2006 führte das Land Berlin im Rahmen einer sog. Zielvereinbarung in den bezirklichen Sozialämtern das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe für alle Gruppen von Menschen mit Behinderungen ein. Ziel des Fallmanagements war und ist, den Bedarf der anspruchsberechtigten Person zu ermitteln und gemeinsam mit den Steuerungsgremien eine für sie geeignete Leistung zu finden. Zu diesem Zweck wurden die Fallmanager berufsbegleitend umfassend geschult und fortgebildet. Ein Leitfaden für das Fallmanagement wurde allen Bezirken zur Verfügung gestellt. Zugleich strebte das Land Berlin an, jährlich die Falldurchschnittskosten aller Bezieher von Leistungen der Eingliederungshilfe um 1% im ersten und jeweils 2% in den folgenden Jahren zu senken. Hintergrund dieser Zielsetzung war das Anliegen, den stetigen Anstieg der Kosten der Eingliederungshilfe zu begrenzen, ein Ziel, das in unterschiedlicher Methodik auch andere Träger der Sozialhilfe in der Bundesrepublik verfolgen.

Die Vorgabe in den Zielvereinbarungen zur Absenkung der Falldurchschnittskosten für die Nutzer der Eingliederungshilfe für den Zeitraum 2005 bis 2007 bezog sich nicht auf den Personenkreis der seelisch behinderten Menschen. Das vorliegende Datenmaterial macht deutlich, dass gerade in diesem Bereich eine Senkung der durchschnittlichen Fallkosten erreicht wurde – auch ohne die Landesvorgaben zum Fallmanagement.

In einem längeren Abstimmungsprozess zwischen den verschiedenen Verwaltungen und mit den Verbänden der Leistungserbringer für seelisch behinderte Menschen wurden 2007 die einschlägigen Ausführungsvorschriften zur Eingliederungshilfe (AV-EH)¹⁰ so gefasst, dass das Verfahren zur kooperativen Bedarfsermittlung und Leistungsabstimmung in den Steuerungsgremien dort beschrieben wurde.

In nahezu allen Bezirken von Berlin beteiligten sich die Fallmanager an den Steuerungsgremien Psychiatrie und wurden überwiegend in die individuelle Hilfeplanung und –verabredung einbezogen. In einzelnen Bezirken wurden regelmäßige Fallkonferenzen unter Beteiligung des Fallmanagements eingerichtet, in denen die Empfehlungen der Steuerungsgremien vorbereitet wurden.

Trotz anfänglicher Bedenken auf der Seite der Leistungserbringer konnte die Einführung des Fallmanagements zu einer höheren Transparenz der Leistungen, zu zeitnäheren Entscheidungen und teilweise auch zu höherer gegenseitiger Wertschätzung beitragen.

¹⁰ Ausführungsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (AV Eingliederungshilfe - AV EH -) vom 9. Februar 2007 (Amtsblatt Berlin S. 667)

2. Das Budget 2007 - 2009

2.1 Veränderte vertragliche Grundlagen

Auch für den zweiten Budgetzeitraum wurden auf der Grundlage des Beschlusses Nr. 4 / 2006 trägerbezogene Kapazitäten in Form von Trägerbudgets (maximal mögliche Rechnungslegung) vereinbart; ergänzt wurden diese um einige dynamische Aspekte.

Vor dem Hintergrund der doch mit großem Aufwand verbundenen Feststellung des landesweiten Budgets der Trägergemeinschaft wurde auf die Fortführung der Möglichkeit der gegenseitigen Deckungsfähigkeit der Budgets zwischen den Trägern im zweiten Budgetzeitraum verzichtet. Damit veränderte sich die Situation für die Anbieter dergestalt, dass jeder Träger sein Budget einzuhalten hatte und nicht mit einem landesweiten Ausgleich rechnen konnte.

Die vereinbarte Budgetanpassung für diesen Zeitraum betrug 0,5 % pro Jahr und eine zusätzliche Anpassung der Budgets in 2009 infolge einer Preisanpassung, die der Tarifentwicklung des Öffentlichen Dienstes in Berlin entsprach (0.9% im Jahr 2009).

Die Gemeinschaft aller Anbieter erklärte sich berlinweit bereit, bis zu 2,5% mehr Personenfälle pro Jahr im Rahmen des Budgets zu bewältigen. Bei einem damaligen Ausgangswert von 5.322 Personenfällen im Jahr 2006 entsprach dies einem Zuwachs von 409 Personenfällen im Jahr 2009. Im Fall einer landesweiten Überschreitung dieses Werts konnte jeweils der einzelne Träger seinen diesen Prozentwert übersteigenden Betrag in seinem Budget geltend machen. Damit sollten die Träger, die in besonderer Weise die Empfehlungen der Steuerungsgremien umsetzen und zu einer Bewältigung des Fallzahlenstiegs beitragen, einen entsprechend notwendigen Spielraum im Budget erhalten. Die in der Vertragskommission Soziales beschlossene Regelung sah differenzierte Ausgestaltungen bezogen auf einzelne Träger, die ihr Budget überschreiten in Abhängigkeit von ihrer Personenfallzahlsteigerung sowie abhängig von der Gesamtpersonenfallzahlentwicklung seelisch behinderter Menschen in Berlin vor.

In diesem Zeitraum traten in geringem Umfang auch weitere Anbieter auf den Markt, die in diesem Bericht nicht weiter berücksichtigt sind.

2.2 Bezirksvergleiche und bezirkliche Planung

Die Bezirke wurden über die Ressourcenausstattung der Anbieter in ihrem Einzugsgebiet informiert. Zu diesem Zweck wurden allen Bezirken entsprechende Daten aus dem Budgetzeitraum 2004 bis 2006 zur Verfügung gestellt. Damit wurden erstmals die Grundlagen dafür geschaffen, dass in den Bezirken eine bezirksbezogene Versorgungsplanung anhand realer Daten aus dem Leistungsgeschehen möglich wurde. Dabei zeigten sich erhebliche Unterschiede der zur Verfügung stehenden Ressourcen in den einzelnen Bezirken. Diese Unterschiede waren teilweise aus der lokalen Ansiedlung von sogenannten Enthospitalisierungsprojekten und teilweise aus der Fusionierung der ursprünglich 23 zu 12 Bezirken von Berlin entstanden.

Das den Bezirken zur Auswertung und vergleichenden Betrachtung vorliegende Datenmaterial aus dem Budgetkontrollprogramm sowie aus einer Abfrage zu den Steuerungsgremien und aus der Dokumentation der Steuerungsgremien versetzte die Bezirke in die Lage, die in ihrem Einzugsgebiet zur Verfügung stehenden Angebote mit den in der täglichen Arbeit festgestellten Bedarfen auch bezogen auf unterschiedliche Zielgruppen (z.B. junge Menschen, alte Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund) zu korrelieren und Erkenntnisse über die bezirkliche Angebotsplanung zu gewinnen. Dabei konnte die Erfahrung gemacht werden, dass in einzelnen Bezirken Ressourcenanpassungen

notwendig wurden und insbesondere die Zielgruppe der wohnungslosen Menschen mit einer seelischen Behinderung besonders berücksichtigt werden musste.

2.3 Anpassungen im Budgetverlauf

Vor dem Hintergrund der hohen Nachfrage in den Bezirken und der bereits erreichten Budgetauslastung fasste die Vertragskommission Soziales im Juni 2009 den Beschluss, trägerbezogen Budgetüberschreitungen unter der Voraussetzung zuzulassen, dass die durchschnittliche Hilfebedarfsgruppe der von ihnen betreuten Klienten am Jahresende 2009 nicht höher sein würde, als im April 2009. Damit wurde ein weiteres dynamisches Element eingesetzt, um die Versorgung sicherzustellen, dabei aber den Akzent auf die Gewährleistung der Hilfe für jeden Bürger zu setzen und Mitnahmeeffekt durch Steigerungen der Hilfebedarfsgruppe auszuschließen. Mit dieser Strategie konnte ein wesentliches Ziel des Landes Berlin erreicht werden, das in der Senkung der Falldurchschnittskosten für Leistungen der Eingliederungshilfe bestand, ohne den Zugang zu Leistungen für anspruchsberechtigte Bürger zu behindern. Da die Gewährleistung der Versorgungsverpflichtung auch in den Leistungsbeschreibungen enthalten ist, wurde diese Position für einen begrenzten Zeitraum auch von der Seite der Anbieter mitgetragen. In der tatsächlichen Umsetzung bedeutete dies durchaus, dass sehr sorgfältig betrachtet wurde, ob nicht Leistungen in Einzelfällen in vertretbarem Umfang zurückgenommen werden konnten, um anderen, zuvor unversorgten Klienten die unabdingbar notwendige Hilfe zugänglich zu machen und sie nicht auf Wartelisten setzen oder auf Anbieter außerhalb Berlins verweisen zu müssen.

Leider bedienten einige Bezirke das Budgetkontrollprogramm nicht mehr. Für die restliche Vertragslaufzeit übernahm für diese Bezirke die Senatsverwaltung für Gesundheit die Eingabe in das Budgetkontrollprogramm, um die landesseitigen Verpflichtungen einhalten und die Budgetüberwachung gewährleisten zu können.

2.4 Die Ergebnisse des zweiten Budgetzeitraumes (2007 bis 2009)

2.4.1 Budgeteinhaltung 2007 bis 2009

	2007	2008	2009	Gesamt
Budget (Soll)	90.298.380	91.024.655	93.823.026	275.146.060
Budget (Ist)	90.238.955	93.958.680	97.588.422	281.786.057
Auslastung	99,9%	103,2%	104,0%	102,4%

Die für die Jahre 2007 bis 2009 vereinbarten Budgets beinhalteten eine jährliche Steigerung von 0,5% und eine zusätzliche Steigerung von 0,9% in 2009 (siehe Erläuterung in 2.1).

Die Auslastung der Budgets in Summe über alle Einrichtungen/Dienste aller Träger betrug für den Dreijahreszeitraum 102,4%. Die Budgetüberschreitung zum Ende des Vertragszeitraumes ist maßgeblich auf die im Juni 2009 durch die Vertragskommission Soziales beschlossene „Budgetöffnung“ (siehe 2.3) und die daraufhin erfolgte Aufnahme weiterer neuer Klienten zurückzuführen. Zugleich wurde jedoch sichergestellt, dass der durchschnittliche Hilfeumfang (HBG) pro Person nicht stieg (siehe 2.4.3).

2.4.2 Fallzahlentwicklung in den Jahren 2007 bis 2009

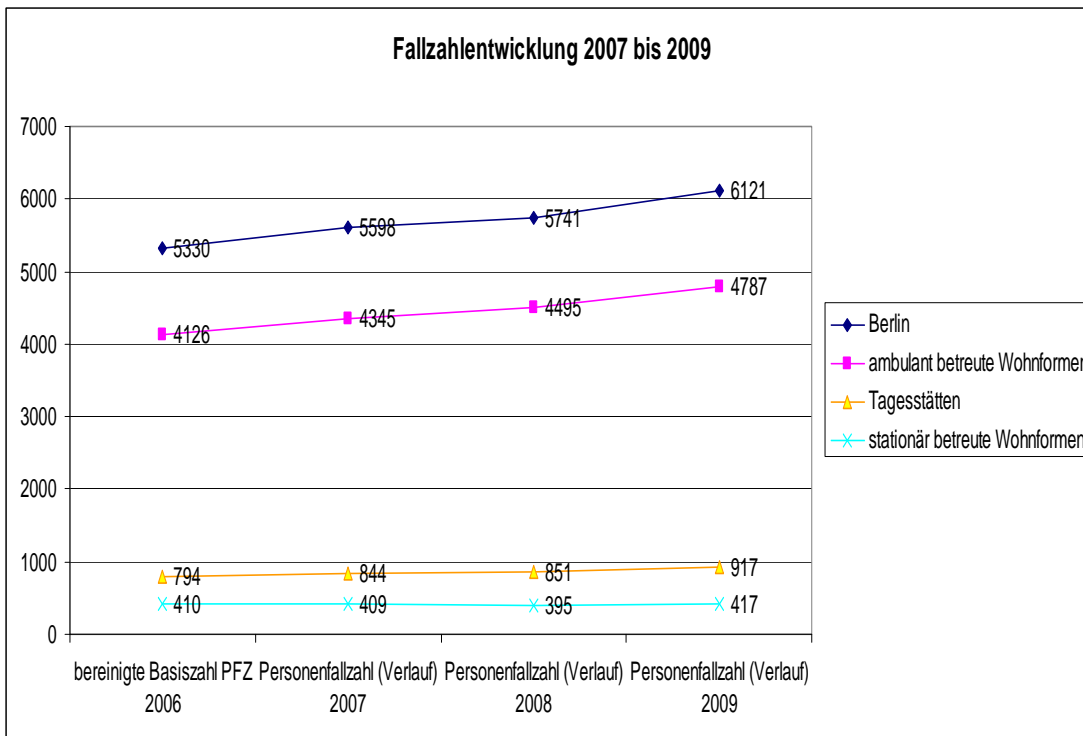
Das im ersten Budgetzeitraum angewandte Berechnungsverfahren (siehe 1.3.2) wurde auch für die Jahre 2007 bis 2009 zur Ermittlung der Fallzahlen zu Grunde gelegt.

Fallzahlen	Basiswert 2006	2007	2008	2009
ambulant betreute Wohnformen	4126	4345	4495	4787
stationär betreute Wohnformen	410	409	395	417
Tagesstätten	794	844	851	917
betreute Personen gesamt	5330	5598	5741	6121

	Steigerung 2007	Steigerung 2008	Steigerung 2009	Gesamt- steigerung 2007 bis 2009
Fallzahl- steigerung	5,03%	2,55%	6,62%	14,84%

Die Daten belegen eine mehr als 2,5%ige Fallzahlsteigerung pro Jahr. Bereits im zweiten Budgetjahr (2008) war eine Fallzahlsteigerung gegenüber 2006 um 411 Personen realisiert und damit die Vorgabe für den Dreijahreszeitraum (siehe 2.1) de facto erfüllt worden.

Die Fallzahlsteigerung im Gesamtzeitraum 2007 bis 2009 beträgt 14,84% und liegt damit deutlich über der Vorgabe (2007-2009 7,69%) bei einer (moderaten) Budgetüberschreitung am Ende des Dreijahreszeitraumes um 2,4%.

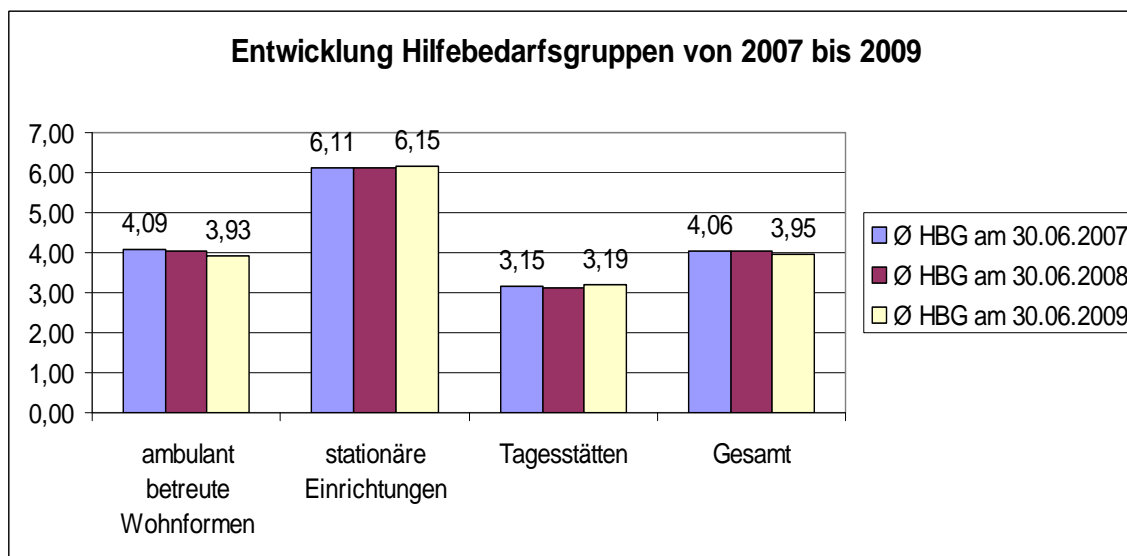


Grafik 3

Die Grafik zeigt anschaulich, dass die größte Dynamik hinsichtlich der Fallzahlsteigerung im Bereich des ambulant betreuten Wohnens zu verzeichnen war. Bemerkenswert ist jedoch auch der Anstieg der Tagesstättennutzer, der u.a. auf die flexiblere Nutzung der Tagesstätten (siehe 1.2) zurückzuführen ist.

2.4.3 Entwicklung der Hilfebedarfsgruppen/HBG in Jahren 2007 bis 2009

Hinsichtlich der Entwicklung der durchschnittlichen Hilfebedarfsgruppe zeigte sich im Vergleich zum ersten Budgetzeitraum ein ähnliches Bild. Bezogen auf die Summe aller Leistungsfälle an den Stichtagen sank auch in den Jahren 2007 bis 2009 die durchschnittliche Hilfebedarfsgruppe und zwar von 4,06 am 30.6.2007 auf 3,95 am 30.6.2009, was einer Reduzierung um 2,57% entspricht.



Grafik 4

Die Gesamtentwicklung der Hilfebedarfsgruppen war dabei gekennzeichnet von einem kontinuierlichen Rückgang des Hilfeumfanges im ambulanten Bereich (um 3,83%) und einem geringen Anstieg im stationären Bereich (+0,55%) und in den Tagesstätten (+1,24%).

Bereich	Ø HBG am 30.06.2007	Ø HBG am 30.06.2008	Ø HBG am 30.06.2009
ambulant betreute Wohnformen	4,09	4,06	3,93
stationäre Einrichtungen	6,11	6,13	6,15
Tagesstätten	3,15	3,14	3,19
Gesamt	4,06	4,02	3,95

3. Das Budget 2010 - 2011

Für den dritten Budgetzeitraum wurden wesentliche Modifikationen vorgenommen. Zum einen wurden neue Budgets vereinbart, die auf der Basis der zurückliegenden Jahre ermittelt wurden. Darin wurde der Fallzahlenanstieg des jeweiligen Trägers sowie die Budgetauslastung des letzten Quartals 2009 zugrunde gelegt. Zugleich wurde eine Budgetsteigerung in Höhe von 2,5% für 2010 vereinbart. Landesweit wurde beschlossen, im Laufe der Budgetzeitraums neue Kapazitäten für die Bezirke zu schaffen, die im landesweiten Vergleich der Ressourcenausstattung unter dem vergleichbaren Volumen anderer Bezirke liegen. Für die besondere Zielgruppe der wohnungslosen psychisch kranken Menschen werde nach Vorlage entsprechender Konzepte weitere Kapazitäten geschaffen. Das Land Berlin gab die Pflege des Budgetkontrollprogramms auf und ist seither darum bemüht, die entsprechenden Daten aus der Fachsoftware der Bezirksämter direkt zu gewinnen.

4. Zentrale Ergebnisse

Die von der Vertragskommission Soziales einvernehmlich beschlossenen Vereinbarungen über eine landesweit einheitliche Preissystematik und vertraglich begrenzte Trägerbudgets haben sich unter mehreren Gesichtspunkten bewährt:

So konnten im gesamten Budgetzeitraum 2004 – 2009 über fünf Jahre, bei einem Budgetanstieg von 9,7 % insgesamt 19,4 % mehr Menschen die entsprechend ihres individuellen Hilfebedarfes notwendige Unterstützung erhalten. Die gemittelte Hilfebedarfsgruppe – über alle Leistungstypen – sank im gleichen Zeitraum um 8,8 % (jährlich ca. 1,8 %) und führte zu einer Absenkung der durchschnittlichen Fallkosten. Gleichzeitig gibt es Indizien dafür, dass sich die Verweildauern in Einrichtungen und Diensten des ambulanten betreuten Wohnens verringert haben.

Die anspruchsberechtigten Menschen mit einer psychischen Erkrankung konnten in einem flexibel reagierenden gemeindenahen Hilfesystem ihrem individuellen Hilfebedarf entsprechende Unterstützungsleistungen erhalten.

Das Land Berlin konnte über den gesamten Zeitraum mit einem vertraglich begrenzten und kontrollierten Ausgabevolumen rechnen, mit dem es möglich war, mehr Menschen bei sinkenden Durchschnittskosten zu versorgen.

Die Leistungserbringer waren in der Lage, innerhalb einer zugesicherten maximalen Rechnungslegungssumme ihre Angebote bedarfsbezogen in den bezirklichen Versorgungsregionen weiter zu entwickeln.

Im Ergebnis konnte über eine jeweils individuell passgenaue Hilfeplanung und eine bezirkliche und landesweite Steuerung ein personenzentriert-bedarfsbezogenes Hilfesystem, bei gleichzeitig hoher Kosteneffizienz und sinkenden Falldurchschnittskosten entwickelt werden. Die Umstellung, die für alle Seiten mit beträchtlichem Aufwand verbunden war, erfolgte in weitgehendem Einvernehmen zwischen dem Land Berlin, den Bezirken und den Leistungserbringern.

Die Begleitforschung von „Für alle Fälle e.V.“ zeigte, dass ein Einstieg in die individuelle Hilfeplanung und die Beteiligung der Klientinnen und Klienten gelungen ist, aber noch weitere Schritte auf diesem Weg zu gehen waren¹¹. Ein sehr wichtiger Schritt war die Beteiligung von Nutzern an der Veränderung des Informationsblatts für Klienten und des Leitfadens zum BBRP.

Es wird sich in der Zukunft erweisen, ob es vertraglich gelingen kann, bedeutsame fiskalische Vorteile für das Land mit der Weiterentwicklung personenbezogener passgenauer Hilfen zu verknüpfen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen unter Anwendung effektiver Controllinginstrumente noch besser für die Menschen im Land Berlin nutzbar zu machen.

Im Einzelnen:

Im ersten Budgetzeitraum von 2004 - 2006 konnte, ohne Steigerung der Gesamtausgaben, eine Steigerung der Fallzahl im Volumen von 4,5 % bewältigt werden. Ein solcher nachweisbar erfolgreicher Steuerungseffekt ist in diesem Umfang einzigartig in der Bundesrepublik Deutschland. Notwendigerweise war dieser Prozess unterstützend verknüpft mit einer grundsätzlichen Veränderung der Steuerungsstrukturen. Verbindliche Hilfepläne (Behandlungs- und Rehabilitationsplan -BBRP) und bezirkliche Steuerungsgremien (SGP)¹² führten zu einer hohen – Steuerung ermöglichenden - Transparenz des Leistungsgeschehens in den Bezirken.

Dieser Effekt wurde durch die Einführung des Budgetkontrollprogramms und – nach dessen Einführung durch die Senatsverwaltung - der Einbeziehung des Fallmanagements deutlich verstärkt. Bewilligungen wurden beschleunigt, Reibungspunkte konnten gemindert werden und durch die regelmäßigen Kontakte traten nach und nach Effekte von gegenseitigem besseren Kennen und gegenseitiger fachlicher Wertschätzung ein. Die vom Gesetzgeber vorgegebene Orientierung einer Maßnahmepauschale an Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs konnte ohne Verwerfungen im Verhältnis Leistungserbringer – Sozialhilfeträger mit vergleichbar großem Einvernehmen landesweit budgetneutral umgesetzt und bis heute fortgeführt werden.

Die damit eingeführten landesweit einheitlichen Preise für vergleichbare Leistungen innerhalb eines jeden Leistungstyps führten folgerichtig zu einer verstärkten Betrachtung der Qualität der erbrachten Leistungen. Unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Klientinnen und Klienten konnten die Steuerungsgremien in den Bezirken den bestgeeigneten Leistungserbringer auswählen, ohne Mehrkosten für die öffentliche Hand auszulösen.

Die Einführung des BBRP als Instrument zur fachlichen Hilfeplanung, die hochdifferenzierten Hilfebedarfsgruppen und die ihnen zugeordneten einheitlichen Preise sowie die Steuerungsgremien waren die Voraussetzung für die Trägerbudgets. Nur das Zusammenwirken dieser Faktoren gibt wirklich Sinn und eröffnet Handlungsräume für flexibel auf Bedarfe reagierende regionale Steuerungsprozesse. Die bezirklichen

¹¹ Für alle Fälle e.V.: Aus eigener Sicht. Erfahrungen von NutzerInnen mit der Hilfe, Berlin 2007 (www.faelle.org)

¹² In anderen Bundesländern werden vergleichbare Gremien „Hilfeplankonferenzen“ genannt.

Steuerungsgremien erwiesen sich als der wesentliche Ort, an dem die fachliche und die finanzielle Steuerung zusammenfallen sollten. Die regional organisierte Systemsicht aller am Versorgungsgeschehen beteiligten Parteien ermöglicht das Umsetzen der notwendigen Hilfen nach dem individuellen Bedarf mit gleichzeitiger vergleichender Betrachtung von regionalen Bedarfssituationen und der regionalen Ressourcen.

Das Zusammenspiel von insgesamt 12 unterschiedlichen Hilfebedarfsgruppen, vertraglich festgelegten Trägerbudgets als maximale Rechnungslegungssumme und Beteiligung an der Versorgungsverpflichtung in den Bezirken führte dann zu der Flexibilisierung der Hilfen. Möglich war dieser Erfolg unter anderem, weil schon vor der Umstellung der Finanzierung das Land Berlin den Bettenabbau in den Kliniken ohne den Aufbau neuer Heimplätze bewältigt hat. Die Möglichkeit, auch in den ambulanten Diensten (BEW, TWG, Verbund) mit hoher Betreuungsdichte zu arbeiten, schuf die notwendige Flexibilität, die für die Versorgungszeiträume seit 2004 erforderlich war. Aktuell verbleibt die landesweite und bezirkliche Aufgabe, dass die Steuerung stärker dem sich kurzfristig zeigenden Bedarf gerecht werden muss. Bestimmte Klientengruppen können nicht mit den langen Antrags- und Verfahrenswegen angemessen versorgt werden.

Das unerlässlich begleitende Controlling ließ sich über das zu Beginn der Budgetzeiträume eingeführte Budgetkontrollprogramm allerdings nicht immer optimal herstellen. Auch ist es während der gesamten Budgetphase nicht gelungen, die erforderlichen Daten über die Fachsoftware des Landes zu erhalten. Eine bezirkliche und landesweite Budgetsteuerung setzt voraus, dass die Auslastungszahlen der Träger zeitnah vorliegen. Die Nutzungsrealitäten des Budgetkontrollprogramms konnten dieser Anforderung nur teilweise und nur mit beträchtlichem Aufwand bei den Trägern und in den Bezirksämtern gerecht werden.

In der Folge erwies sich dieses Instrument – auch wegen des größeren Zeitverzuges - für die Prozesssteuerung nicht geeignet, sondern lediglich für die berlinweite Gesamtbetrachtung der trägerbezogenen Budgetauslastungen, zur Ermittlung der Fallzahlsteigerungen und zur Gewinnung anderer wichtiger Aussagen über das Leistungsgeschehen. Schließlich hat der Ausstieg einzelner Bezirke aus dem Budgetkontrollprogramm eine Fortführung dieser Form des landesweiten Controllings verhindert.

Jede neue künftige Budgetierung müsste sicherstellen, dass ein zeitnahes und objektives Controlling möglich ist. Eine funktionierende Budgetkontrolle würde es ermöglichen, das Versorgungsgeschehen in den Bezirken im Blick zu haben, veränderte Bedarfssituationen zu erkennen und neue – passende - Angebote der an der Pflichtversorgung beteiligten Leistungserbringer entwickeln zu können. Je nach Detailgrad der Erhebung wären damit auch wesentliche Grunddaten für die bezirkliche Psychiatrieplanung und eine Psychiatrieberichterstattung vorhanden.

Im Land Berlin gab es natürlich auch kritische Stimmen zu den Budgetvereinbarungen. Es wurde die Gefahr gesehen, dass nicht alle Anspruchsberechtigten die notwendigen Leistungen erhielten. Für diese Aussage gibt es bislang keinen Beleg. Weder aus der Dokumentation des Budgetkontrollprogramms noch aus der Dokumentation der Steuerungsgremien lässt sich diese Aussage belegen.

Zeigen lässt sich jedoch, dass die Bezirke (und die Träger in den Bezirken) ganz unterschiedlich mit der Frage einer höheren Nachfrage umgegangen sind: tatsächliche Steuerung (ins System hinein, aber auch wieder heraus), Anlegen von Wartelisten, Organisation von Einzelfallhilfe, Vermittlung von Klienten an den Steuerungsgremien vorbei, sind einige Beispiele für mögliche und gewählte Strategien. Allerdings waren die Bezirke auch sehr unterschiedlich ausgestattet und entwickelten auch daher sehr unterschiedliche Wege im Umgang mit den begrenzten Ressourcen.

Zum Ende des Budgetzeitraums 2007 – 2009 zeigte sich immer deutlicher, dass der Bedarf und die Nachfrage nach Leistungen die vorhandenen Budgets überschritt. Um der Gefahr

einer Verdrängung in andere Bereiche (z.B. der Wohnungslosenhilfe) vorzubeugen, wurden in der Vertragskommission Soziales verträgliche Lösungen für Klienten, Kostenträger und Anbieter gefunden, die dem steigenden Bedarf im Auftrag der Steuerungsgremien gerecht wurden. Damit erweist sich, dass auch dynamische Lösungen kontrollierte Wirkungen entfalten können. Um künftig unerwünschte Nebeneffekte zu vermeiden, müssten sich die Steuerungsgremien auch mit dem Zugang zu Leistungen anderer Leistungsträger (z.B. Pflege) oder mit Klienten, die außerhalb der Landesgrenzen versorgt werden, befassen. Sonst besteht die Gefahr, den „Verlockungen“ anderer Leistungsträger (einfacherer Zugang, günstigere Kosten etc.) zu erliegen.

UAG 2/6 der Vertragskommission Soziales

Berlin im Mai 2011