

Kommunale Steuerung eines Psychriatriebudgets in Bremen – Ergebnisse und offene Probleme

Gerd Möhlenkamp
Gabriele Nawroth

„Die auferlegte Pflicht zur Rechtsgewährung bedeutet, dass sie mit einem knappen, nicht beliebig vermehrbaren Gut umgehen muss.“

Ernst Benda – Handbuch des Verfassungsrechts der BRD

Ein erstes Konzept zur Steuerung der steuerfinanzierten Leistungen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen in der Stadtgemeinde Bremen wurde 1999 von der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes vorgelegt. Der Anspruch, über die gutachterliche Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung hinausgehend eine umfassende kommunale Steuerungsverantwortung zu übernehmen, entsprach der Überzeugung, dass nur durch eine Zusammenführung von Fach- und Ressourcenverantwortung die anstehenden Problem gelöst werden können.

Ausgangslage in Bremen

Wie stellte sich die Ausgangslage in Bremen dar?

- Trotz eines im Bundesvergleich gut ausgebauten Angebots vor allem im Betreuten Wohnen¹ stiegen die Fallzahlen kontinuierlich an, während gleichzeitig die finanziellen Rahmenbedingungen aufgrund sinkender Steuereinnahmen enger wurden.
- Die Datenlage war unzureichend. Eine zielgruppenspezifische Zuordnung von Leistungsdaten und Kosten innerhalb einer Produktsystematik war erst im Aufbau. Es gab keine systematische Form der Berichterstattung.
- Die individuelle Eingliederungshilfeplanung erfolgte gutachterlich über eine Stellungnahme zum Gesamtplan unter Einbeziehung des IBRP. Die nach § 46 BSHG beim Sozialhilfeträger liegende Gesamtplanverantwortlichkeit wurde aufgrund fehlender Fachlichkeit inhaltlich nicht wahrgenommen. Insbesondere war die gebotene Einbeziehung von Hilfen vorrangiger Leistungsträger im Sinne einer integrierten Hilfeplanung nicht gewährleistet.
- Der zunehmende Kostendruck verstärkte die Polarisierung von Fachebene und Leistungsverwaltung mit dem Ergebnis unproduktiver Kommunikationsstörungen: Die Gutachter verteidigten unter Hinweis auf ihre Fachlichkeit ihre positiv bewertete gewährende Funktion, die Leistungsverwaltung hatte per se die weniger attraktive an Haushaltsvorgaben gebundene Rolle, was dann mit Rückzugsverhalten beantwortet wurde.
- Perspektivisch war geplant, den Sozialpsychiatrischen Dienst als kommunalen Leistungserbringer in regionale psychiatrische Behandlungszentren zu integrieren.² Parallel begann das Gesundheitsamt über eine Neuorientierung

¹Im Betreuten Wohnen 2003 ca. 430 Plätze mit einem Durchschnittsbetreuungsschlüssel von etwa 1:6 (Einwohnerzahl der Stadt Bremen: 540.000).

² Seit 1.10.2003 sind die 5 Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in die regionalen psychiatrischen Behandlungszentren integriert und damit organisatorisch Teil der psychiatrischen Kliniken. Die Behandlungszentren bieten das gesamte Spektrum psychiatrischer Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten an - von den kommunalen Aufgaben des SpsD über Institutsambulanzleistungen bis zu teilstationärer und stationärer Behandlung.

nachzudenken, wobei die Übernahme von Steuerungsverantwortung für Gesundheitssicherungsleistungen der Kommune eine zentrale Rolle spielte.

Leitideen eines Steuerungskonzeptes

Rationalisierung vor Rationierung

Um mehr Menschen bei begrenzten Ressourcen ihrem Hilfebedarf entsprechend versorgen zu können, muss nach Möglichkeiten gesucht werden, mehr Effizienz und Effektivität zu erreichen. Die mit dem Konzept der personenzentrierten Hilfeplanung intendierte Individualisierung, Differenzierung und Flexibilisierung der Hilfen gibt die Richtung vor. Neue Angebots- und Kooperationsformen der Leistungserbringer, eine deutlicher ergebnisorientierte Bewertung der Maßnahmen, mehr Leistungstransparenz durch eine standardisierte Betreuungsdokumentation, die verstärkte Einbindung vorrangiger Leistungsträger im Sinne einer integrierten Hilfeplanung – all das wären Möglichkeiten, das Hilfesystem zu optimieren. Auch der Leistungsträger mit seinen administrativen, ökonomischen und politischen Gestaltungsmöglichkeiten ist hier angesprochen.

Transparenz herstellen.

Die Öffentlichkeit hat einen Anspruch darauf, darüber informiert zu werden, wie viel Steuergelder in bestimmte Maßnahmen fließen und inwieweit diese Mittel bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich ausgegeben werden. Die Politik benötigt ebenfalls Informationen, um begründet Entscheidungen treffen zu können und Leistungserbringer und Leistungsträger können nicht sinnvoll miteinander kommunizieren, wenn notwendige Daten fehlen oder nicht offen gelegt werden. Nicht zuletzt bedarf es einer Rückkoppelung an die Gutachter bezüglich der von ihnen induzierten Leistungen und deren strukturellen und ökonomischen Auswirkungen.

Offene Berücksichtigung fiskalischer Faktoren

Das Spannungsfeld zwischen individuellen Bedarfen und Rechtsansprüchen und den verfügbaren Ressourcen ist absolut nicht auflösbar. Nur durch die Zusammenführung von Fach- und Ressourcenverantwortung wird dieser zum Teil unangenehme Realitätsaspekt organisatorisch angemessen berücksichtigt. Die kontinuierliche Darstellung des Spannungsverhältnisses zwischen Interessen der Solidargemeinschaft der Steuer- und Beitragszahler und des Staates einerseits und Einzelfallinteressen andererseits ist nur konsequent. Maßnahmen zur Kostenbegrenzung und ggf. auch Einsparung sind als solche zu benennen und selbstverständlich zu begründen. Abzulehnen sind verdeckte Steuerungsmethoden wie verzögerte Antragsbearbeitung und Nichtaufklärung über Rechtsansprüche.

Interessenunterschiede wahrnehmen

Jede Entscheidung über die Gewährung von Hilfen ist interessenabhängig, auch eine systematische Hilfeplanung unter Beteiligung des Betroffenen ist davon nie unabhängig. Die Entscheidungsprozesse sind deshalb so zu organisieren, dass die unterschiedlichen Interessen erkennbar bleiben und die sozialrechtlich legitimierte Entscheidungsverantwortung des Sozialhilfeträgers unberührt bleibt. Das Modell der Hilfeplankonferenz, das auf der gleichberechtigten Aushandlung eines Konsens unter Experten basiert, kann die letztliche Entscheidungsverantwortung des Sozialhilfeträgers nicht ersetzen. Der Gemengelage von Interessen kann nur begrenzt durch einvernehmliche Entscheidungsprozesse begegnet werden. Die Letztentscheidung des Sozialhilfeträgers muss deshalb unangetastet bleiben.

Einrichtung der Steuerungsstelle

Mit Jahresbeginn 2001 konnte die Steuerungsstelle ihre Arbeit beginnen. Auf der Grundlage eines Kontraktes mit der senatorischen Behörde wurde der Steuerungsstelle Psychiatrie in einem ersten Schritt die Steuerung des Budgets für das Betreute Wohnen mit einem Volumen von 5,3 Millionen Euro und einer Platzzahl von 410 übertragen. In einer Kooperationsvereinbarung mit dem Amt für Soziale Dienste wurde vereinbart, dass die materielle Anspruchsprüfung und Leistungsgewährung weiterhin bei den Wirtschaftlichen Hilfen des Sozialamtes liegt, die fachliche Anspruchsprüfung und Budgetverantwortlichkeit hingegen bei der Steuerungsstelle Psychiatrie des Gesundheitsamtes. Für die Durchführung der Aufgaben stand zunächst nur ein Volumen von 2,6 Stellen zur Verfügung, das sich auf 4 Personen verteilte: eine Betriebswirtin als Leiterin, ein Fachkrankenpfleger mit dem Arbeitsschwerpunkt Qualitätssicherung der Hilfepläne und Durchführung von Fallkonferenzen, 2 Verwaltungskräfte für die Aktenführung und Datenerhebung.

Weitere Teilbudgets wurden in den folgenden Jahren in den Steuerungsauftrag einbezogen. Derzeit umfasst das gesteuerte Gesamtbudget ein Kostenvolumen von ca. 26 Millionen Euro. Inhaltlich geht es um folgende Leistungsbereiche:

- Betreutes Wohnen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen
- Heimwohnen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen
- Tagesstätten
- Langzeitpflegeplätze / Nichtbehandlungsfälle, die übergangsweise in der Klinik verbleiben
- Familienpflege/Landpflege
- Leistungen der kommunalen Drogenhilfe

Das Personalvolumen ist inzwischen auf 7 Stellen³ angewachsen.

Die etwa 300 Arbeitsplätze für seelisch behinderte Menschen in der Werkstatt für Behinderte Menschen werden ab 2005 in das Fach- und Leistungscontrolling einbezogen.

Die Aufgaben der Steuerungsstelle umfassen zwei Leistungsbereiche, die eng miteinander verwoben sind. Zum einen soll durch ein fachliches und leistungswirtschaftliches Controlling die Entwicklung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen kommunal gesteuerten Versorgungsstruktur für seelisch Behinderte unterstützt werden. Zum anderen übernimmt die Steuerungsstelle die Koordinierungsaufgaben im Antrags- und Begutachtungsverfahren. Diese Verwaltungsaufgaben sind zwar aufwendig, jedoch unerlässlich für eine unabhängige und zuverlässige Erhebung prozessgenerierter Daten.

Wie wird gesteuert?

Steuerungswirkungen werden von folgenden Maßnahmen erwartet:

³ Die Steuerungsstelle Drogenhilfe mit 3 Stellen ist erst 2004 hinzugekommen. Ab 2005 wird die Kommune alle Leistungsbereiche der steuerfinanzierten Drogenhilfe in frei gemeinnützige Trägerschaft übertragen haben.

- Qualitätssicherung des Begutachtungs- bzw. Hilfeplanverfahrensverfahrens, insbesondere durch eine Plausibilitätsprüfung der Hilfepläne.
- Durchführung von Fallkonferenzen in Konfliktfällen oder bei außergewöhnlichen Problemlagen
- Organisation monatlicher Abstimmungskonferenzen zwischen den regionalen Leistungsanbietern und dem regionalen Sozialpsychiatrischen Dienst
- Pflege einer zentralen Warteliste
- Regelmäßige Berichterstattung – vierteljährliche Controllingberichte und Jahresbericht
- Durchführung steuerungsrelevanter Projekte , z.B. Entwicklung trägerübergreifender Dokumentationsstandards und EDV gestützter Verfahren zur Betreuungsdokumentation
- Strukturelle Optimierung des Hilfesystems, z.B. Stärkung des Arbeits- und Beschäftigungsbereichs, Einbeziehung vorrangiger Leistungsträger, insbesondere von Ambulanter Psychiatrischer Pflege und Soziotherapie
- Methodische Weiterentwicklung des Begutachtungs- und Hilfeplanverfahrens

Welche Steuerungsmethoden wirken?

• **Transparenz**

Die Herstellung von Transparenz ist sicherlich das wirksamste Steuerungsinstrument. Eine offene und allen zugängliche Berichterstattung schafft erst die Voraussetzung für einen rationalen Diskurs unter den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Institutionen, zwischen Leistungsträger⁴ und Leistungserbringern, mit den politisch Verantwortlichen, mit der Öffentlichkeit und nicht zuletzt mit den Hilfeempfängern.

Transparenz wird hergestellt durch Kennziffern, die die Leistungs- und Kostenentwicklung wiedergeben, durch ergebnisbezogene Indikatoren, die über erreichte Ziele informieren, durch Vergleiche zwischen Leistungserbringern, um Effizienzunterschiede darzustellen und durch eine qualitative Bewertung des Hilfesystems auf der Grundlage solider Daten. Wer über Berichterstattung einen Diskussions- und Reflektionsprozess in Gang setzen will, muss die Informationen lesergerecht aufbereiten. Niemand hat ein Interesse an Datenlisten, Tabellen und Diagrammen, wenn Zweck und Nutzen nicht nachvollziehbar sind. Berichterstattung muss verständlich sein und durch praxisrelevante Schlussfolgerungen Interesse wecken.

Eine Befragung der Leser-Nutzer wurde zwar nicht durchgeführt, die Rückmeldungen und Diskussionen in den Fachgremien und Stellungnahmen von Leistungsträgern lassen jedoch den Schluss zu, dass das Interesse an einer regelmäßigen datengestützten Darstellung und Analyse des Hilfesystems sehr groß ist. Zu beobachten war auch, dass Transparenz bzw. Information per se, also ohne ein weiteres Steuerungshandeln, positive Entwicklungsprozesse in Gang setzt. Eine solche Information mit eigendynamisch sich entwickelnder Folgewirkung war z.B. der nicht hinreichend erklärbare Befund deutlich unterschiedlicher durchschnittlicher Betreuungsschlüssel zwischen verschiedenen Trägern.

⁴ Leistungsträger steht hier im Singular, weil im Stadtstaat Bremen überörtlicher und örtlicher Sozialhilfeträger faktisch zusammenfallen.

Transparenz hat auch nach innen eine wichtige Funktion, d.h. für die eigenen operativen Planungsüberlegungen und für die übergeordnete strategisch-psychiatriepolitische Steuerungsebene. Erstmals lässt sich die Leistungs- und Ausgabenentwicklung zuverlässig darstellen, Trends und Versorgungslücken werden frühzeitig erkennbar, aber auch Schwächen des Hilfesystems werden deutlich.

- **Verknüpfung von fachlicher und Ressourcensteuerung**

Es ist zu vermuten, dass durch die explizite Einbeziehung der Ressourcensteuerung in den Verantwortungsbereich der Steuerungsstelle das Kostenbewusstsein gestiegen ist, und zwar sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Gutachtern. Miteinander über Kosten und Wirtschaftlichkeitsaspekte der Versorgung zu sprechen wird selbstverständlicher. Die Einsicht wächst, dass es nicht weiter bringt, das individuelle Bedarfsdeckungsprinzip und die normative Kraft nur scheinbar objektiver (objektiv im Sinne hoher Reliabilität und Validität) Bedarfsfeststellungen zu verabsolutieren, dass es vielmehr darum gehen muss, eine Balance zwischen individuellen Ansprüchen und den verfügbaren Mitteln herzustellen, damit auch zukünftig Verteilungsgerechtigkeit gesichert ist.

- **Einzelfallbezogene Interventionen**

haben eine wichtige Steuerungsfunktion. Interveniert wird, wenn Hilfepläne nicht plausibel sind, wenn Gutachter und Leistungserbringer sich nicht einigen können, wenn bei längeren Klinikaufenthalten eine Fortsetzung von Wohnbetreuung zu überprüfen ist oder wenn bei besonderen Problemfällen eine angemessene zeitnahe Versorgung nicht gelingt. In der Regel sind telefonische Kontakte ausreichend, um sich zu beraten und zu verständigen. Wenn nötig, wird in einer Fallkonferenz entschieden, bei neu angemeldeten „Nichtbehandlungsfällen“ im stationären Klinikbereich ist eine Fallkonferenz obligatorisch. Da Fallkonferenzen viel Arbeitszeit binden, sind Aufwand und Nutzen immer wieder abzuwägen.

Einzelfallbezogene Interventionen haben die Funktion, die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Eingliederungshilfemaßnahmen zu überprüfen. Die Nachfragen und beratenden Hilfen der Steuerungsstelle werden von den Gutachtern in der Regel positiv aufgenommen. Gutachter wünschen sich fachliche Rückenstärkung, um ihre Position gegenüber dem Leistungserbringer effektiver durchzusetzen. Sie benötigen Informationen, um die Vielfalt möglicher Hilfen unterschiedlicher Leistungsträger zu überblicken. Diffizile sozialhilferechtliche Problemstellungen können hinzukommen, z.B. im Übergangsbereich von KJHG – Hilfen zur BSHG-Eingliederungshilfe bei jungen Erwachsenen.

Ebenso wichtig wie die fallbezogene Intervention ist die systematische Dokumentation und Aufarbeitung der Interventionsanlässe, Beanstandungen und Konflikte. Man erhält dadurch Hinweise auf grundsätzliche Probleme, die gelöst werden müssen – statt den Problemen aktionistisch hinterher zu rennen.

- **Rolle des Hilfeplaninstrumentes**

Ob das eine oder das andere Hilfeplaninstrumentarium zur Anwendung kommt, scheint nur eingeschränkt steuerungsrelevant zu sein. Die bundesweit sehr unterschiedlichen und selbst innerhalb Bremens regional differierenden Leistungsstandards machen deutlich, dass der individuelle Hilfebedarf schwer zu objektivieren ist. Die Gründe liegen u.a. darin, dass Hilfebedarfe bei psychisch kranken Menschen im Zeitverlauf stark schwanken können und Kriterien fehlen, die

bestimmte Beeinträchtigungen mit bestimmten als wirksam erwiesenen Hilfen verbinden. Evidenzbasierte Wirksamkeits- und Kosten-Nutzen-Analysen für den Bereich der Eingliederungshilfe sind nicht vorhanden und aus methodischen Gründen wohl auch schwierig durchzuführen. Man hat allerdings auch nicht den Eindruck, dass es neben den Aktivitäten der Aktion psychisch Kranke e.V. und isolierten Bemühungen einzelner Länder übergreifend organisierte wissenschaftliche Anstrengungen gibt, Standards zu definieren.

Der auch in Bremen angewandte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) kann das Problem unzureichender Reliabilität und Validität der Hilfeplanung nicht lösen. Hilfebedarfsentscheidungen folgen mehr der jeweiligen regionalen Angebotsstruktur und Hilfekultur als einem wissenschaftlich induktiven Verfahren, das der Maßnahmeentscheidung eine standardisierte Bedarfsmessung und prognostische Bewertung voranstellt. Der in einer bremischen Umfrage festgestellte Unmut der meisten Gutachter über zu aufwendig und kompliziert erlebte Begutachtungsinstrumente wird aus dieser Sicht verständlich. Wenn die gutachterliche Entscheidung über den Eingliederungshilfebedarf durch eine mehr ganzheitlich-hermeneutische Grobklassifizierung des Klienten nach seinem „Schwierigkeitsgrad“ und eine entsprechende Zuordnung zu den bereitgestellten Betreuungsstufen bestimmt wird, dann ist die formale Begutachtung des Hilfebedarfs nur noch eine ex post Begründung, deren Nutzen sich im Verhältnis zum Aufwand nicht erschließt. Was an Sinnhaftigkeit bleibt, ist ein Hilfeplanritual, das alle Beteiligten in zielbezogene Verantwortlichkeiten einbindet. Wenn dies so ist, dann ist zu fragen, ob nicht besser von einer Betreuungsvereinbarung gesprochen werden sollte und nicht von einem Hilfeplanverfahren.

- **Von der Begutachtung zum Case Management**

Je weniger feste Orientierungsmöglichkeiten im Hilfeplanprozess vorhanden sind, um so wichtiger wird die Qualifikation der gutachtenden Person. Es wird von ihrer Erfahrung, ihrer Kenntnis der Versorgungsstruktur, ihrem Verantwortungsbewusstsein und ihrem Mut, eine eigene Meinung zu vertreten, abhängen, ob sowohl fachlich fundierte als auch in der Zweck-Mittel-Relation angemessene Entscheidungen getroffen werden.

In Bremen haben wir Anlass, die derzeitige Begutachtungspraxis zu überdenken. Zum einen begutachten zu viele Personen (60 bis 70), was erhebliche Probleme in der Qualitätssicherung mit sich bringt. Zum anderen sind die Gutachter selbst Leistungserbringer innerhalb der regionalen psychiatrischen Behandlungszentren und damit nicht unabhängig. Sie geraten in einen Interessenskonflikt, wenn z.B. die Beendigung einer Betreuungsmaßnahme darauf hinausläuft, dass sie dann selbst die weitere Betreuung übernehmen müssen, für die sie wegen ihrer vielfältigen anderen Aufgaben im Rahmen eines Komplexleistungssettings wenig Zeit reservieren können. Je mehr externe Betreuung gutachterlich veranlasst wird, um so größer ist der potentielle Entlastungseffekt für den eigenen Dienst.

Ungelöst ist weiterhin die Forderung der Steuerungsstelle, den Begutachtungsauftrag zum Gesamtplan einschließlich IBRP-Hilfeplanung als Prozess zu verstehen, der über den jährlichen Begutachtungstermin hinausgehend ein begleitendes Case Management erfordert. Bei allen sonstigen Fortschritten der bremischen Psychiatriereform ist das Case Management als wichtiger und originäre Auftrag eines kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienstes strukturell nicht ausreichend verankert worden.

Perspektive: Bildung regionaler Budgets

Die Zahl der Menschen, bei denen schwerwiegende psychische Beeinträchtigungen diagnostiziert werden, die einen Eingliederungshilfebedarf nach sich ziehen können, steigt an.⁵ Die Rentenversicherer registrieren bei den neu berenteten erwerbsunfähigen Menschen einen stark ansteigenden Anteil psychischer Erkrankungen⁶. Neue Störungsbilder wie Persönlichkeitsstörungen⁷ und das adulte hyperkinetische Syndrom (ADS), die früher nur eine marginale Rolle spielten, treten auch im Eingliederungshilfebereich immer mehr in den Vordergrund. Weiterhin wird die demographische Entwicklung mit einem zunehmenden Anteil älterer behinderter Menschen zu einem Anstieg der Fallzahlen beitragen. Der Druck der Krankenkassen auf die psychiatrischen Kliniken nimmt zu, die Behandlungsdauer zu verkürzen – was zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Auffangmaßnahmen der Eingliederungshilfe führt. Mit der Umsetzung der Hartz IV Reformen und der damit verbundenen Einteilung der nicht erwerbstätigen Bürger in Arbeitssuchende und Erwerbsunfähige wird die Bescheinigung psychischer Beeinträchtigungen im Sinne rechtswirksamer Tatbestände einen weiteren Schub erfahren, da nur die attestierte psychische Störung den Sozialhilfeempfänger vor überfordernden Leistungserwartungen schützt und dem aktivierenden Fallmanager und Arbeitsvermittler ermöglicht, die Akte zur Seite zu legen.

Vor diesem Hintergrund unausweichlich steigender Fallzahlen in der Eingliederungshilfe muss über grundsätzlich neue Steuerungsmodelle nachgedacht werden, die abrücken von der relativ ineffektiven Einzelfallsteuerung auf der Basis fixierter Leistungen und Entgelte. Eine Kostenbegrenzung im Eingliederungshilfebereich wird bei gleichzeitiger Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit mittelfristig nur erreicht werden können, wenn Fach- und Ressourcenverantwortung im Sinne regionaler Budgetierung auch auf die Ebene der Leistungserbringung heruntergebrochen wird. Kontrolle mag unumgänglich sein, sie läuft jedoch zu oft der Entwicklung nur hilflos hinterher. Effektiver dürfte es sein, das kreative Potential der Leistungserbringer herauszufordern, überprüfbare Zielvereinbarungen abzuschließen und einen Kostenrahmen festzulegen, der dem Leistungserbringer Planungssicherheit und Gestaltungsspielraum bietet, als Gegenleistung jedoch eine Versorgungsverpflichtung fordert. Wenn z.B. im Betreuten Wohnen mehr Menschen versorgt werden müssen, wäre dies durch eine Leistungsanpassung innerhalb breit angelegter Hilfebedarfsgruppen auszugleichen. Das ökonomische Motiv für eine Leistungsausweitung und Fallzahlsteigerung durch den Leistungsträger würde entfallen. Gestärkt würde jedoch das Eigeninteresse, möglichst wirtschaftliche Angebotsformen zu entwickeln und die Erforderlichkeit von Leistungen ständig zu überprüfen. Der sich möglicherweise ergebenden Tendenz zur Ausgrenzung schwieriger Klienten müsste selbstverständlich aktiv entgegengewirkt werden.

⁵ Allgemein wird die Zahl der Menschen mit einer Behinderung, die Wohn- und Assistenzleistungen benötigen, nach einer Studie des Deutschen Vereins zwischen 2002 und 2007 um 21% steigen (NDV 4/2003, S.121-125).

⁶ Statistik Rentenzugang des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). In den alten Bundesländern stieg bei den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit der Anteil der Diagnosenhauptgruppe „Psychische Erkrankungen“ zwischen 1992 und 2002 von 16% auf 30%.

⁷ Der Anteil der Menschen mit Persönlichkeitsstörungen Im Betreuten Wohnen liegt in Bremen derzeit bei etwa 12% und wächst jährlich um etwa 3%.

Die Übertragung von begrenzter und kontrollierter Fach- und Ressourcenverantwortung auf die Ebene regionaler Leistungserbringer oder Leistungserbringerverbünde würde es der Steuerungsstelle erlauben, sich auf ihre vorrangige Aufgabe zu konzentrieren, im Kampf um begrenzte Ressourcen und im Bemühen um einen optimalen Ressourceneinsatz durch ein auf verlässliche und aussagefähige Kennzahlen gestütztes Berichtssystem zu überzeugen. Es soll hier gar nicht verhehlt werden, dass ein solches Steuerungsmodell, das den faktischen Budgetierungszwang kommunaler Mittel nicht mehr versteckt, sondern offen zum Ausgangspunkt neuer Steuerungskonzepte macht, sozialhilferechtlich auf wackeligen Füßen steht. Nimmt man jedoch die diesem Beitrag vorangestellte Mahnung des früheren Bundesverfassungsrichters Ernst Benda ernst, wäre es ein Gebot der Ehrlichkeit, den „double bind“ - Auftrag zurückzuweisen, bei steigenden Fallzahlen und gleichbleibenden fachlichen Standards nicht mehr oder möglichst noch weniger Geld auszugeben.

Zu den Autoren:

Gabriele Nawroth: Betriebswirtin, Leiterin der Steuerungsstelle Psychiatrie
Dr.phil. Gerd Möhlenkamp, Psychologe und Psychotherapeut, Leiter der Sozialpsychiatrischen Abteilung

Anschrift: Gesundheitsamt Bremen, Horner Str. 60-70, 28203 Bremen

E-mail-Adresse: Vorname.Nachname@gesundheitsamt.bremen.de

Die Jahresberichte der Steuerungsstelle sind im Internet über die Homepage des Gesundheitsamtes Bremen, Sozialpsychiatrie zu finden