

Zwischen Budget und Markt

Die Steuerung gemeindepsychiatrischer Hilfen am Beispiel Berlin

CHRISTIAN REUMSCHÜSSEL-
WIENERT

Christian Reumerschüssel-Wienert
ist Leiter des Referats »Psychiatrie/
Queere Lebensweisen« beim Lan-
desverband Berlin des Paritätischen
Wohlfahrtsverbandes.
E-Mail reumschuessel@paritaet-
berlin.de

In Berlin gab es lange Zeit verbindliche Regelungen für die gemeindepsychiatrische Versorgung in der Stadt. Künftig soll es jedoch trotz guter Erfahrungen mit einem Psychriebudget nur noch Einzelverträge mit den Leistungsanbietern geben. Das könnte unter anderem zu einem Trägerwettbewerb führen, bei dem letztlich der Preis darüber entscheidet, welche Hilfe ein Mensch mit psychischer Erkrankung erhält.

Mit dem Begriff der »Governance« wird eine Form der Steuerung bezeichnet, die zwischen dem Government, also einer staatlichen Steuerung über das Medium: administrative Macht bzw. »Recht« und einer Steuerung über das Medium Markt bzw. Geld liegt. (1) Governance bezeichnet also »Netzwerke«, in denen staatliche und nichtstaatliche Akteure über mehrere Ebenen miteinander über das Medium »Verhandlungen« verbunden sind. (2) Governance zeichnet sich dadurch aus, dass zwischen den Akteuren ein Interaktionszusammenhang besteht, der durch formelle und informelle Beziehungen und Strukturen gekennzeichnet ist. (3)

Es handelt sich eher um einen »weichen« Steuerungsansatz (4), obwohl auch hierarchische Strukturen zum Tragen kommen. Verhandlungen auf unteren Ebenen finden oft »im Schatten der Hierarchie« (5) statt, da die Verhandlungsergebnisse auf oberen Ebenen als Entscheidungsprämissen in die unteren Ebenen einfließen.

Governance-Strukturen funktionieren dann »gut«, wenn die Strukturen und Personen eine »strukturelle Kopplung« ermöglichen. Dies bedeutet: Die erfolgreiche Handlungskoordination erfolgt über Personen mit verschachtelten Mandaten, Personalaustausch, jeweils umfangreichen personellen Netzwerken, der informellen Informations- und

Koordinationsaustausch ermöglicht, darauf aufbauenden gegenseitigen Verpflichtungen, Vertrauen und Loyalität sowie einer Solidarität und dem – gegenseitig unterstellten – Vermögen, die getroffenen Entscheidungen in den je eigenen Zusammenhängen auch legitimieren und durchsetzen zu können. (6)

Gemeindepsychiatrische Hilfen in Berlin

Die in den 1990er Jahren einsetzende Diskussion um die Berliner Psychiatriereform hatte ihre Grundlagen in der Psychiatrieenquête 1975, den kleinen und großen Modellprogrammen der Bundesregierungen 1980–1985 sowie dem »Bericht der Expertenkommission« 1988. (7) Hier wurden die Leitlinien geschaffen, die heute noch wichtige fachliche Orientierungspunkte darstellen. (8) Dies gilt besonders für die des funktional gegliederten Gemeindepsychiatrischen Verbundes mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie der Kooperation und Koordination der Dienste und Einrichtungen.

Im Jahre 1993 wurde in Berlin ein Krankenhausplan verabschiedet, der die Anzahl psychiatrischer Krankenhausbetten von 1993 = 5.475 Betten auf 1998 = 3.590 verringerte. Zeitgleich wurde in denselben Jahren der außerklinische Bereich ausgebaut. Mit

Unterstützung des Senats und der Krankenversicherungen engagierten sich die Träger der Hilfen und bauten eine Infrastruktur regionaler Hilfen auf, die weitgehend ambulant organisiert ist. Es konnten zwischen 1993 und 1998 im Bereich der Eingliederungshilfe im Betreuten Wohnen (inkl. therapeutischer Wohngemeinschaften) die Kapazitäten von 1.162 auf 2.602, die der Tagesstätten von 214 auf 656 und der stationären Einrichtungen (Heime) auf 548 »Plätze« ausgebaut werden.

Die konkreten Planungsgrundlagen für die Entwicklungen im außerklinischen Bereich wurden vor allem im »Psychiatrieentwicklungsprogramm PEP – Teil III« im Jahre 1995 systematisch festgelegt. (9) Anhand von sozialstrukturell bereinigten Zahlen zur Bevölkerungsentwicklung wurden für die Berliner Bezirke Anhaltszahlen vorgelegt und die Kapazitäten den Berliner Bezirken zugeordnet. Die Kontakt- und

entstanden, die gemeindepsychiatrische Grundsätze und Prinzipien mit planerischen und ökonomischen Rationalitäten gut kombinierte. Kapazitäten (z. B. Platzzahlen) in den Bezirken sowie wichtige Qualitätsstandards wie Aufgaben, Ziele und Qualifikationen der Mitarbeitende und Betreuungsschlüssel waren festgelegt. Die strukturellen bezirklichen Voraussetzungen wurden durch Psychiatriekoordinatoren und Psychiatriebeiräte gewährleistet.

Diese Prinzipien konnten auch im Rahmen der Zusammenlegung der vormalig 23 Bezirke zu 13 Großbezirken im Jahre 1998 sowie der Umorganisation des Berliner Krisendienstes, der im Jahr 2000 seine Arbeit aufnahm, beibehalten werden.

In der Diskussion und Umsetzung der Psychiatriereform in den 1990er Jahren hat sich in Berlin ein Netzwerk unterschiedlicher (korporativer) Akteure etabliert, in das staatliche und

hilfegesetzes Mitte der 1990er Jahre, nun SGB XII, stellte unter anderem die Leistungsentgelte vom Erstattungsprinzip in ein prospektives flexibles Entgeltsystem (Hilfedarfsgruppen) um.

- Mit dem Grundsatz der »personenzentrierten Hilfen« forderte die Aktion Psychisch Kranke eine Abkehr von der Angebots- beziehungsweise Einrichtungszentrierung der Hilfen hin zu einer »Personenzentrierung« gemeindepsychiatrischer Hilfen. (12)
- Die dritte Entwicklung bestand in dem Problem der zunehmenden Kosten für die Sozialhilfeträger im Bereich der Eingliederungshilfe und der abnehmenden Finanzkraft der Leistungsträger. Angesichts dieser Situation forderte der Berliner Senat im Jahre 2003 eine Kürzung der Ausgaben im Entgeltbereich der Eingliederungshilfe um 20 Prozent. In schwierigen Verhandlungen einigte sich die Liga der Wohlfahrtsverbände in Berlin mit dem Senat zunächst zur Durchführung eines »Stadtstaatenvergleiches«, um zu sehen, wie hoch die Kosten für Menschen mit Behinderungen in den Ländern Bremen, Hamburg und Berlin sind. Im Ergebnis dieses Vergleiches zeigt sich, dass im Bereich der Menschen mit seelischen Behinderungen die »Preise pro Platz« zwar teurer als in Bremen und Hamburg, die Kosten pro Einwohner jedoch insgesamt billiger als in Hamburg oder Bremen waren. Es folgten intensive Verhandlungen zwischen dem Berliner Senat und den Trägern bzw. ihrer Verbände.

Im Ergebnis dieser Verhandlungen gelang es den Trägern und ihrer Verbände, mit dem Senat eine Lösung herbeizuführen, die den ökonomischen Zwängen, die genannten rechtlichen Entwicklungen und – vor allem – den fachlichen Entwicklungen des personenzentrierten Ansatzes entsprach. Die Zuwendungen von 12 Millionen Euro für den niedrighschwelligeren Bereich der Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienstbetriebe etc. sowie die Leistungsentgelte in Höhe von 90 Millionen Euro für den entgeltfinanzierten Bereich für die Einrichtungen und Dienste des Betreuten Wohnens und der Tagesstätten werden nicht gekürzt, sondern für drei Jahre eingefroren.

»Marktwirtschaftliche Elemente können zur Doppelversorgung und dem Aufbau von Parallelsystemen führen«

Beratungsstellen sowie Suchtberatungsstellen, sogenannte Zuverdienstbetriebe und der Berliner Krisendienst wurden anhand entwickelter Indizes in ihren Kapazitäten den Berliner Bezirken zugeordnet, wobei die Zuwendungen zwischen 1993 und 1995 von 9 Millionen DM auf 11,5 Millionen DM erhöht wurden. Im Jahre 1996 wurden diese Mittel der regionalen Pflichtversorgung in den Verantwortungsbereich der Bezirke übertragen.

Ein weiterer Schritt wurde 1999 mit dem Gesundheitsdienstgesetz vollzogen. Der öffentliche Sozialpsychiatrische Dienst erhielt einen regionalen Versorgungsauftrag zur Beratung und Betreuung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen inklusive Abhängigkeitserkrankungen. Darüber hinaus erhielten die bezirklichen Psychiatriekoordinatoren und Psychiatriebeiräte eine rechtliche Grundlage.

Durch das kooperative Zusammenwirken aller beteiligten Akteure war 1998 eine Hilfelandschaft in Berlin

politische, verbandliche und institutionelle Akteure involviert waren, die in ihrer Gesamtheit eine »Politikarena«, ein »Policy Netz« (10) bildeten. In unterschiedlichen Zusammensetzungen wurden in Gremien und Arbeitsgruppen Perspektiven, Zielsetzungen und Verfahrensweisen diskutiert und verabredet, die für den Weg der Psychiatriereform leitend wurden. Hierdurch entwickelte sich nicht nur eine Struktur der Beziehungen und Kommunikation, sondern auch eine »Kultur der gegenseitigen Wertschätzung« hinsichtlich der Interessen und des Vertrauens hinsichtlich gemeinsam geteilter Grundhaltungen und Zielvorstellungen, welches für die Handlungskoordination in Netzwerken von entscheidender Bedeutung ist. (11)

Entwicklungen nach 1998

Die nächsten Jahre waren vor allem gekennzeichnet durch drei wichtige Entwicklungslinien:

- Die Novellierung des Bundessozial-

Die Summe für den entgeltfinanzierten Bereich bildet damit ein »Psychiatriebudget«, welches für die »Trägergemeinschaft«, also sämtlicher Träger der Hilfen, berlinweit sowie auch für jeden einzelnen Träger der Hilfen spezifisch festgelegt wurde. (13) Im Gegenzug verpflichteten sich die Träger der Hilfen in den nächsten drei Jahren pro Jahr mindestens 2,5 Prozent mehr Personen zu versorgen, ohne ihr Budget zu überschreiten.

Das Berliner Psychiatriebudget 2004 bis 2006

Mit dem Beschluss Nr. 6/2003 der Vertragskommission Soziales (Heute: Kommission 75) wurden die Vereinbarungen in geltendes Recht überführt. Das Psychiatriebudget stellt eine transparente und kontrollierbare Symbiose aus ökonomischer Rationalität, partizipativer Systemsteuerung und fachlich personenzentrierter Leistungserbringung dar. Es ist darüber hinaus das Ergebnis eines Konsens orientierten Verhandlungsprozesses, der vor allem das Wohl der betroffenen Menschen im Fokus hat, ohne die Belange des Gemeinwesens zu vernachlässigen sowie die Sicherheit der Träger der Hilfen und ihrer Mitarbeitenden (vgl. Abbildung). Die Komponenten der Vereinbarung, des Psychiatriebudgets, sind:

- Die bestehenden Kosten des entgeltfinanzierten Bereiches von 90 Millionen Euro werden eingefroren und bilden für die nächsten drei Jahre das Psychiatriebudget der Trägergemeinschaft. (Das sind alle in diesem Bereich tätigen Träger der Hilfen.) Unter- und Überschreitungen durch einzelne Träger können gegeneinander aufgerechnet werden.
- Jeder Träger vereinbart ein eigenes Trägerbudget pro Jahr für die Laufzeit. Träger, die in mehreren Berliner Bezirken tätig sind, können die bezirklichen Unter- und Überschreitungen gegeneinander aufrechnen, um so Bedarfs- und Auslastungsschwankungen aufzufangen.
- Die Trägergemeinschaft verpflichtet sich, im Budgetzeitraum fünf Prozent mehr Personen im Hilfesystem zu versorgen, ohne dass das Budget erhöht wird.
- Es werden unterschiedliche »Leis-

tungstypen« vereinbart (Betreutes Einzelwohnen, Therapeutische Wohngemeinschaft, Beschäftigungstagesstätten, Tagesstätten, Übergangswohnheime, Wohnheime und Verbände), die Qualitätsstandards setzen hinsichtlich Art, Umfang und Ziele der Leistungen, Qualifikation des Personals und Berichtswesen.

- Es wird ein flexibles Entgeltsystem vereinbart, welches zwölf »Hilfebedarfsgruppen« beinhaltet mit entsprechenden Preisen.
- Pro Leistungstyp werden einheitlich verbindliche Preise für die Maßnahmen vereinbart.
- Die Steuerung der Versorgung erfolgt über Bezirkliche Steuerungsgremien, in denen der Umfang der Hilfen und die zuständigen Leistungserbringer mit Beteiligung der Hilfeempfänger entschieden werden. Die Federführung obliegt den Psychiatriekoordinatoren.
- Der »Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (BBRP) dient zur Hilfeplanung – inhaltlich und hinsichtlich des Zeitaufwandes.
- Ein Budgetkontrollprogramm diene zur Sicherung der Transparenz des Leistungsgeschehens, der Überwachung des Psychiatriebudgets und zur Entwicklung der Personenfallzahlen sowie einiger soziodemografischer Daten. Es wurde von der bezirklichen Psychiatriekoordination geführt und von der zuständigen Senatsverwaltung aggregiert.

Dies war die Vereinbarung. Flankiert wurden die Verhandlungen und Vereinbarungen mit umfangreichen Fortbildungsmaßnahmen für die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Am 1. Juni 2004 erfolgte die budgetneutrale Umstellung der Finanzierung vom »Pfllegesatz« zu »Hilfebedarfsgruppen«. Auf mehreren Ebenen stellte diese Umstellung für die Beteiligten eine Herausforderung dar:

- Auf der fachlichen Ebene war es nun nicht mehr möglich, in »Plätzen« zu denken, sondern personenzentriert zwischen »Wohnen« und »Leistungserbringung« funktional zu unterscheiden und in Betreuungskapazitäten zu denken.
- Die Einführung des Budgetkontrollprogramms auf den Ebenen der Or-

ganisation, des Verbundes und des Landes erforderte viel Disziplin von allen. Jedoch erkannten die beteiligten Träger und Bezirke sowie die zuständige Senatsbehörde schnell, dass sie ein Instrument in der Hand hatten, das ihnen ermöglichte, zeitnah auf Veränderungen in der Bedarfsituation zu reagieren sowie über Daten zur detaillierten Psychiatrieberichterstattung zu verfügen.

- Bei den bezirklichen Steuerungsgruppen zeigte sich nach anfänglichen Schwierigkeiten, dass diese Form der kooperativen Steuerung des regionalen Leistungsgeschehens sich als recht effektiv erwies – insbesondere nachdem deren Geschäftsordnungen vereinheitlicht wurden. (14)

Mit dem Ende des ersten Budgetzeitraumes zeichneten sich die Ergebnisse dieses »Steuerungsmodells« ab. Dies waren vor allem die fachlichen Erwartungen der kooperativen, zielgerichtete Planung und Abstimmung von psychiatrischen Leistungen der Eingliederungshilfe auch über Organisationsgrenzen hinweg mit dem Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan und die verstärkte Personenzentrierung der therapeutischen Angebote. Auch die vereinbarten Ziele mit dem Senat konnten eingehalten werden:

- Insgesamt konnte das Budget von ca. 90 Millionen Euro gehalten werden.
- Die vereinbarte Personenfallzahlsteigerung konnte eingehalten werden – innerhalb der genannten Budgetgrenzen. Die Gesamtsteigerung zwischen 2004 und 2006 belief sich auf 4,47 Prozent, das heißt, dass mit 5.356 Personen im Verlauf des Jahres 2006 fast 1.000 Menschen mehr Hilfen erhielten, als am Ausgangspunkt des Budgetzeitraumes, am 31. Dezember 2004.
- Im gleichen Zeitraum sank entsprechend die »durchschnittliche Hilfebedarfsgruppe« von 4,33 zu 4,14. Dies bedeutet, dass der durchschnittliche Zeitaufwand pro Klient geringer wurde und damit die durchschnittlichen Fallkosten, wie vom Senat gefordert, sank.

Die Entwicklung und die Ergebnisse des ersten Budgetzeitraumes sprachen eindeutig für eine Fortführung. Aller-

dings veränderten sich die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung im Verlauf des Jahres 2006 – nach einer erneuten Trennung von Gesundheits- und Sozialressort beim Senat – durch die Einführung des Fallmanagements in den Sozialverwaltungen der Bezirke sowie der landesweiten Ausführungsvorschriften für die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe. (15) Beides stellte die Budgetregelungen stark infrage und damit die Träger der Hilfen vor große Herausforderungen.

Die Einführung des Fallmanagements zur Steuerung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen in den Bezirken wurde flankiert durch eine Zielvereinbarung, die eine Absenkung der »durchschnittlichen Fallkosten« von 2,9 Prozent vorsah. Hierdurch wären die Regelungen in der Vereinbarung zum Psychriatriebudget konterkariert worden.

Die mit der Einführung des Fallmanagement veränderte Ausführungsverordnung Eingliederungshilfe sah zunächst nicht die Planung der Leistungen mit dem Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan und nicht die Teilnahme der Fallmanager an den regionalen Steuerungsgremien vor. Auch diese Versäumnisse hätten die Vereinbarungen zum Psychriatriebudget obsolet werden lassen.

Nach zähen Verhandlungen ist es jedoch gelungen, eine Harmonisierung der Reformen im Psychriatriebereich und der Veränderungen in den Sozialadministrationen zu erreichen. Die Regelungen des psychiatrischen Bereiches zur Planung und Steuerung des Leistungsgeschehens wurden in die Ausführungs-

verordnung Eingliederungshilfe aufgenommen und die Fallmanager wurden in die bezirklichen Steuerungsgruppen integriert.

Insgesamt hat sich die Einbeziehung des Fallmanagements in das bezirkliche Leistungsgeschehen als sehr positiv erwiesen. Durch eine professionalisierte Begleitung der leistungsberechtigten Menschen vonseiten der Leistungsträger wurde die Transparenz insgesamt erhöht. Darüber hinaus erfolgten zum Teil verstärkt Fallkonferenzen zur Vorbereitung von Entscheidungen. Allerdings haben diese einseitigen Maßnahmen nicht zu einer Harmonisierung der Beziehungen zwischen der (Sozial-) Administration und den Leistungserbringern beigetragen.

Das Berliner Psychriatriebudget 2007 bis 2009

Mit dem Beschluss 4/2006 wurde eine weitere Budgetvereinbarung geschlossen, die sich von der vorherigen jedoch in einigen Punkten unterschied:

- Es wurde auf eine »Träbergemeinschaft« verzichtet. Somit entfiel für die Träger der Hilfen die Möglichkeit, Unter- oder Überdeckungen der Budgets gegeneinander aufzurechnen.
- Dennoch gab es eine »Budgetgemeinschaft«, und zwar dergestalt, dass die Träger sich bereit erklärten, pro Jahr bis zu 2,5 Prozent mehr Personen im Rahmen des Budgets zu versorgen. Auch in dem Fall, wenn einzelne Träger noch mehr Personen »versorgen« (und gegebenenfalls ihr Budget

damit überschreiten), kann dies erst dann geltend gemacht werden, wenn berlinweit die Fallzahlsteigerung pro Jahr mehr als 2,5 Prozent beträgt. Die Budgetgemeinschaft verpflichtete sich also, budgetneutral 2009 bis zu 409 Personen mehr zu versorgen, als 2006.

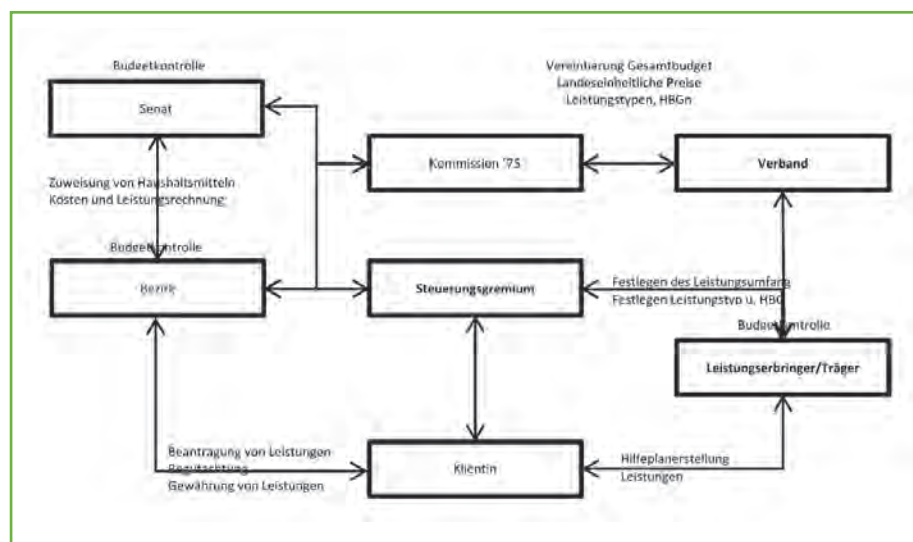
- Es wurde eine Budgetanpassung von 0,5 Prozent pro Jahr sowie eine weitere, gekoppelt an die Tarifentwicklung des öffentlichen Dienstes (ca. 1,5%), vereinbart.

Insbesondere in der zweiten Hälfte dieses Budgetzeitraumes zeigte sich eine besondere Dynamik. Neue Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen beantragten erfolgreich Leistungsvereinbarungen und nahmen an der bezirklichen Versorgung teil. Diese Kapazitätsausweitungen mussten natürlich zu Budgeterweiterungen führen.

Die durch das Budgetkontrollprogramm ermöglichten Vergleiche der Bezirke sowie eine Abfrage durch den Senat offenbarten einen großen Unterschied in der Ressourcenausstattung, der nach einer Korrektur verlangte. Darüber hinaus wurde offenbar, dass einzelne Zielgruppen, insbesondere wohnungslose Menschen mit einer seelischen Behinderung, in der weiteren Angebotsplanung gesondert berücksichtigt werden müssen.

Hinsichtlich des Budgetkontrollprogramms zeichnete sich eine abnehmende Akzeptanz in einer Reihe von Bezirksämtern hinsichtlich der Pflege des Programms ab. Trotz dieser Turbulenzen stellte sich auch der zweite Budgetzeitraum von 2007 bis 2009 als recht erfolgreich dar.

Im Jahre 2009 wurde ein weiteres Budget für die Jahre 2010 und 2011 vereinbart. Dieses Budget orientierte sich in seinen Regelungen weitgehend an denen des Vorgängers, allerdings wurde nun auf die Pflege des Budgetkontrollprogrammes vollständig verzichtet. Hintergrund war einerseits die angedeutete mangelhafte Akzeptanz in den Bezirken. Auf der anderen Seite wurde in den Sozialadministrationen ein neues Softwarepaket implementiert (OPEN PROSOZ). Leider sind in diesem Programm nicht die Möglichkeiten einer personenzentrierten Hilfeplanung enthalten noch die Möglichkeiten, die



sich aus einem echten Budgetkontrollprogramm ergeben. Hinsichtlich einer Evaluierung des gegenwärtigen Zeitraumes liegen deshalb (noch) keine Zahlen vor.

Resümee

Eine Gefährdung der erreichten Standards ist vor allem dann zu sehen, wenn vertrauensvolle, konsensual orientierte »Policy-Netzwerke« erodieren und sich verändern in Arenen, die vor allem auf der Ebene der Bezirke und Leistungserbringung durch einen Mix von hierarchisch und marktwirtschaftlich orientierten »Steuerungsmodalitäten« strukturiert werden und auf der Ebene der Senatskommission der Konsens durch den Konflikt abgelöst wird. Dasselbe gilt für die (administrativen) Verbindungen zwischen den Ebenen.

Hierfür gibt es in Berlin einige Anzeichen: Die Trennung der Gesundheits- und der Sozialadministration hat sich hinsichtlich einer kooperativen Zusammenarbeit – auch untereinander (16) – nicht positiv ausgewirkt. Dasselbe gilt für das Ausscheren eines Trägers aus dem Konsensus zum Budget mit der Herbeiführung eines ungünstigen Beschlusses der Schiedsstelle, der ein Budget für nicht vertragsfähig ansieht. (17)

Die Affäre um die Berliner Treberhilfe hat sich für die gesamt freigemeinnützige Trägerlandschaft und ihrem Verhältnis zur Öffentlichkeit sowie staatlich-politischen Akteuren geradezu fatal ausgewirkt und dem Image der Träger immens geschadet.

Der Senat hat sich für die Jahre 2012 und 2013 entschlossen, kein Budget mehr aufzulegen, sondern – im Zusammenhang mit einer Abkehr von einheitlichen Maßnahmepauschalen im Rahmen einer Fortschreibung der Vergütungen – mit den einzelnen Trägern wieder »Platzvereinbarungen« zu führen. Darüber hinaus sollen eine Reihe von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Transparenz implementiert werden. Die von Politik und Senat geplanten Maßnahmen sehen die Leistungserbringer als kontraproduktiv an und das erreichte Niveau des Hilfesystems in Gefahr:

- Durch die Aufhebung des Budgets entsteht ein unkontrollierbarer Mengenzuwachs an Betreuungskapazitäten.

Dies hat bisher dazu geführt, dass für das Hilfesystem ab 2012 anstelle bisher circa 5.600 »Plätze« nunmehr mehr als 8.000 Plätze vereinbart wurden, die bei voller Auslastung das Land Berlin mehr als 50 Millionen Euro pro Jahr Mehrkosten bedeuten werden.

- Die Abkehr von landesweit einheitlichen Preisen für die Maßnahmen läuft nicht nur bundesweiten Trends in anderen Sozialleistungsbereichen entgegen, sondern bedeutet eine ernste Gefahr für die erreichten Standards der Leistungserbringung. Ein Wettbewerb der Leistungserbringer läuft dann nicht mehr über die Qualität, sondern über den Preis der Leistung und damit zu einer Absenkung der Qualität und gleichzeitig zu einem »Zwang zum Mengenzuwachs«. Das heißt langfristig: Mit der Absenkung der Kosten für den Einzelfall ist mit einem Qualitätsverlust und einem Anstieg der Gesamtkosten zu rechnen.
 - Die beiden »marktwirtschaftlichen Elemente« führen zu einer Erodierung der regionalen Versorgungsverpflichtung und der Kooperation der Träger. Damit werden nicht nur die fachlichen Standards von Gemeindep psychiatrischen Verbänden konterkariert, sondern es kommt durch verstärkte Konkurrenz zu »Hortungen« von Klienten, zur Doppelversorgung, dem
- Die intendierten Kontrollmechanismen des Senats sind nicht hinreichend, da sie das Leistungsgeschehen in den Bezirken nicht differenziert und zeitnah abbilden. Die durch die Bundesratsinitiative des Berliner Senats intendierten Veränderungen des SGB XII sind eher ein Beleg administrativen Versagens, als dass sie weiterführen, denn viele bestehende Möglichkeiten wurden durch den Senat nicht ausgeschöpft. Dies gilt beispielsweise für das Budgetkontrollprogramm, das ohne Zwang vom Senat abgeschafft wurde. Dies gilt aber auch für die jährlichen Sach- und Qualitätsberichte der Träger der Hilfen, deren vielfältige Informationen im Sinne einer Transparenz nicht aggregiert und veröffentlicht wurden.

Somit ist in Berlin ein »Budget« erst mal

vom Tisch. Inzwischen haben Wahlen stattgefunden und es gibt eine neue Regierungskoalition. Die Berliner Träger haben ihre Bemühungen jedoch nicht aufgegeben und zu einem paradox anmutenden Mittel gegriffen: Sie haben eine »Freiwillige Qualitäts- und Budgetgemeinschaft« gegründet, die dem Senat ein Angebot eines – auf seine Rechtskonformität geprüften – erneuten Trägerbudgets unterbreitet hat. Bisher hat der Senat nicht darauf reagiert. ■

Anmerkungen

- (1) Ohne Matthais Rosemann und Volker Schröder wäre dieser Text nicht zustande gekommen.
- (2) Kolhoff 2010.
- (3) Mayntz 2004.
- (4) Göhler, Höppner und De La Rosa 2009.
- (5) Scharpf 1993, 70 f.
- (6) Sydow 1992; Mayntz und Scharpf 1995; Kolhoff 2010; Nullmeier 2011.
- (7) Die folgende Darstellung fußt auf dem Bericht der UAG 2/6 der Vertragskommission (UAG_2/6 2011).
- (8) Di Tolla 2009.
- (9) PEP 1995.
- (10) Windhoff-Héritier 1985.
- (11) Bachmann 2000.
- (12) Kruckenberg, et al. 1999.
- (13) Rosemann 2006.
- (14) Görgern und Oliva 2005.
- (15) Amtsblatt 9. Februar 2007.
- (16) Straßheim 2011.
- (17) Leider wurde dieser Schiedsstellenanspruch von der Sozialadministration kritiklos übernommen, obwohl er nicht schriftlich begründet wurde und rechtlich höchst zweifelhaft ist.

Literatur

- Amtsblatt.** Ausführungsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (AV Eingliederungshilfe – AV EH). Berlin, 9. Februar 2007, 667.
- Armbruster, Jürgen, Georg Schulte-Kemna, und Christa Widmaier-Berthold (Hg.).** Kommunale Steuerung und Vernetzung im Gemeindep psychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2006.
- Bachmann, Reinhard.** Die Koordination und Steuerung interorganisatorischer Netzwerk-

beziehungen über Vertrauen und Macht. In: Sydow/Windeler, 107–125. 2000.

Con_sens. 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 Leistungs niveaus/Ausstattungen. Hamburg, 2003.

Di Tolla, Patrizia. Meilensteine der Entwicklung. Psychiatrische Versorgung in Berlin ab 1993. Der PARITÄTISCHE Berlin, Juli 2009: 5–7.

Evers, Adalbert, Rolf G. Heinze, und Thomas Olk (Hg.). Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011.

Für_alle_Fälle_e._V. Aus eigener Sicht. Erfahrungen von NutzerInnen mit der Hilfe. Berlin (www.faelle.org), 2007.

Göhler, Gerhard, Ulrike Höppner, und Sybille De La Rosa (Hg.). Weiche Steuerung. Studien zur Steuerung durch diskursive Praktiken, Argumente und Symbole. Baden Baden, 2009.

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

Héritier, Adrienne, (Hg.). Policy. Analyse.

Kritik und Neuorientierung. (PVS-Sonderheft 24/1993). Opladen: Westdeutscher Verlag, 1993.

Kolhoff, Ludger. Das Konzept der Regional-Governance in der Sozialen Arbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege, Juni 2010: 217–220.

Kruckenberg, Peter, Heinrich Kunze, Karl-Ernst Brill und u. a. Von institutions- zu personenbezogenen Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Hg.: Das Bundesministerium für Gesundheit. Bd. Band I. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1999.

Mayntz, Renate. Governance Theory als fortentwickelte Steuerungstheorie? MPIfG Working Paper 04/1, März 2004.

Mayntz, Renate, und Fritz W. Scharpf. Der Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus. In: Mayntz/Scharpf, 39–72. 1995.

Mayntz, Renate, und Fritz W. Scharpf (Hg.). Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt am Main; New York: Campus Verlag, 1995.

Nullmeier, Frank. Governance sozialer Dienste. In: Adalbert Evers, Rolf G. Heinze und Thomas Olk, 284–298. 2011.

PEP. Psychiatrieentwicklungsprogramm. Psychiatrie-Bericht Berlin Teil III. Drucksache 13/1521, Berlin, 1995.

Rosemann, Matthias. Auf dem Weg zur personenbezogenen Finanzierung in der Eingliederungshilfe: Berliner Schritte. In: Armbruster et al., 198–211. 2006.

Scharpf, Fritz W. Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen. Herausgeber: Adrienne Héritier, 57–83. 1993.

Straßheim, Holger. Einflusreich und konfliktgeladen. Netzwerke zwischen öffentlichen Verwaltungen. WZB Mitteilungen Heft 131, März 2011: 27–29.

Sydow, Jörg. Strategische Netzwerke. Wiesbaden: Gabler Westdeutscher Verlag, 1992.

Sydow, Jörg, und Arnold Windeler. Steuerung von Netzwerken. Konzepte und Praktiken. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2000.

UAG_2/6. Bericht über die ambulanten und komplementären außerklinischen gemeindepsychiatrischen Hilfen im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen in den Jahren 2004 bis 2011. Berlin (Internet <http://www.berlin.de/lb/psychiatrie/veroeffentlichungen> (14.07.2011)), 2011.

Windhoff-Héritier, Adrienne. Politikarena und Policy Netz. Zum analytischen Nutzen zweier Begriffe. IIVG/ discussion paper 85-212, September 1985.

»für die Praxis sehr hilfreich«*



Wie sind die neuen Grundlagen zu beurteilen, wie wirkt sich die neue Regelbedarfs-herleitung aus? Der LPK-SGB XII – auf neuestem Stand und abgestimmt auf den LPK-SGB II – bietet Ihnen die rechtssicheren Antworten der führenden Experten.

»Mit der jetzigen Auflage liegt eine gründliche wissenschaftliche Durchdringung und rechtsdogmatische Aufbereitung des SGB XII vor, ohne dass der Kommentar seine Lehr- und Praxisorientierung aufgegeben hat...wird auch die Neuauflage für die Praxis sehr hilfreich sein.«

Dr. Irene Vorholz, Der Landkreis 12/08, zur Voraufgabe*

Weitere Informationen: www.nomos-shop.de/12512

Sozialgesetzbuch XII

Sozialhilfe

Lehr- und Praxiskommentar

Herausgegeben von Prof. Dr. Renate Bieritz-Harder,
RA Dr. Wolfgang Conradis, FASozR und RiLSG Stephan Thie
9. Auflage 2012, 1.102 S., geb., 54,- €, ISBN 978-3-8329-5601-1



Nomos