

Wegweiser durch die Vielfalt der Budgetbegriffe

Von Hans-Joachim Kirschenbauer und Jörg Holke

In der Diskussion um neue Wege in der Gestaltung und Umsetzung von Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist der Begriff »Budget« in sehr unterschiedlicher Bedeutung »in aller Munde«. Dabei den Überblick nicht zu verlieren ist nicht einfach.

Der Blick ins Fremdwörterlexikon weist die Richtung. Es ist ein Begriff, der mit »Haushalt« und »haushalten« zu tun hat. So nutzt ihn die Volkswirtschaftslehre, um damit das zum Konsum verfügbare Einkommen eines Privathaushaltes zu definieren. Die Betriebswirtschaftslehre legt mit diesem Begriff im Rahmen der Haushaltsplanung bzw. Unternehmensplanung die verfügbare Geldsumme für das jeweils nächste Jahr fest und nennt das Ganze »Budgetierung«.

Entlang dieser beiden Definitionslinien lassen sich dann auch die in der Sozialpsychiatrie kursierenden Begriffe einordnen. Der eine Teil der Budgetbegriffe ist den Menschen mit psychischen Erkrankungen direkt zugeordnet, d.h. ein bestimmter Betrag wird den Betroffenen zur Verfügung gestellt. Die Begriffe »Persönliches Budget«, »Trägerübergreifendes persönliches Budget«, »Personenbezogenes Budget«, »Pflegebudget«, »Integriertes Budget«, »Budget für Arbeit« sind hier anzuführen.

Der andere Teil der Begriffe ist betriebswirtschaftlich ausgerichtet. Den Leistungserbringern stehen im Sinne einer Budgetierung für bestimmte Aufgaben festgesetzte Beträge für einen bestimmten Zeitraum zur Verfügung. Diese können dann bedarfsorientiert und flexibel eingesetzt werden. Hier einzuordnen sind die »Regionalen Budgets«, die einwohnerbezogenen regionalen Budgets«, die »Psychiatriebudgets«, die »Krankenhausbudgets«, die »Ärztbudgets«, die »Heilmittelbudgets« und die »Patientenbudgets«. Dazu gehören auch die »Träger-« oder »Einrichtungsbudgets«. Das »Sozialraumbudget« ist zwar auch hier anzuführen, hat aber Komponenten, die über die einzelfallbezogene Leistungserbringung hinausgehen.

Wir werden im Folgenden die beiden Gruppen genauer vorstellen

Budgetmöglichkeiten für psychisch Kranke

→ **Persönliche Budgets** eröffnen die Möglichkeit, Hilfeleistungen selbst »einzukaufen«. So wie die Hilfen zum Lebensunterhalt ja bereits in der Regel in der Form eines persönlichen Budgets im Sinne eines frei verfügbaren »bedarfsorientierten« Betrages ausgezahlt werden, ist durch Einfügung des Paragraphen 17 in das Sozialgesetzbuch IX seit dem 1.7.2001 diese Möglichkeit auch für die Hilfen zur Teilhabe gegeben. Bereits 2002 wurden die Rehabilitationsträger verpflichtet, die Einführung solcher Budgets zu erproben. Ab dem 01.01.2008 ist ein Rechtsanspruch vorgesehen, auf Antrag ein persönliches Budget zu erhalten.

Ziel ist es, die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Betroffenen zu stärken und Ihnen dabei – je nach den eigenen Möglichkeiten – Unterstützung zukommen zu lassen.

→ **Trägerübergreifende persönliche Budgets** wurden im Zuge der Novellierung des § 17 SGB IX und entsprechender Änderungen in den anderen Sozialgesetzbüchern zum 01.07.2004 eingeführt und ihre Ausführung in einer Budgetverordnung konkretisiert. Damit ist die Möglichkeit der Leistungserbringung an die Betroffenen aus einer Hand (Komplexleistung) gesetzlich verankert. In dieser Verordnung wird auch definiert, welche Leistungen budgetfähig sind. Es sollen alle Leistungen des alltäglichen und wiederkehrenden Bedarfes sein, die im Rahmen der medizinischen Behandlung bzw. Rehabilitation, der Pflege, der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft erforderlich sind. Damit ist es z.B. möglich, die Kosten einer Reha-Trainingsmaßnahme der Arbeitsagentur oder auch Werkstattangebote, einer ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme der Krankenkasse und des Betreten Wohnens der Eingliederungshilfe zusammenzufassen und in einem Gesamtbetrag dem Betroffenen zur

Verfügung zu stellen. Das Bedarfsfeststellungsverfahren wird gemeinsam mit den Betroffenen durchgeführt. Für Menschen mit seelischen Behinderungen haben sich regionale Hilfeplankonferenzen als geeignet erwiesen. Eine Budgetvereinbarung regelt die gemeinsame Absprache in Bezug auf die Zielsetzung. Ein Bericht nach Ablauf des Budgetzeitraums durch den Betroffenen ist erforderlich.

In den gesetzlichen Regelungen zum persönlichen Budget ist im Ausnahmefall auch die Gutscheinoption vorgesehen, auf die ja auch bei der Hilfe zum Lebensunterhalt zurückgegriffen werden kann. Diese Variante kommt zum Tragen, wenn entweder der Betroffene selbst diese wünscht, um so praktisch schon die geeignete Leistung »wie ein Rezept« verschrieben zu bekommen. Hier könnte die Empfehlung der Hilfeplankonferenz – soweit vorhanden – die Grundlage sein. Oder es bestehen im Einzelfall Bedenken gegenüber der direkten Auszahlung. Diese Bedenken müssen allerdings umfassend begründet werden und in der Budgetvereinbarung aufgenommen werden. Bei der Gutscheinvvariante sollte man eher von → **Personenbezogenen Budgets** sprechen, da das Maß der Selbstbestimmung eingeschränkter ist. Aber auch bei der Gutscheinvvariante erhält der Betroffene alle Leistungen aus einer Hand, muss nicht überall Einzelanträge stellen und kann sich wie bei einem Rezept die Leistungserbringer selbst aussuchen. Zudem sind Absprachen mit dem Leistungserbringer über eine flexiblere Leistungserbringung möglich, die sich am individuellen Bedarf orientiert und nicht sich starr an die Richtlinien der Kostenträger hält.

→ **Pflegebudgets** sind eine mögliche Gutscheinvvariante. Hier werden die Sachleistungen der Pflegeversicherung als Teil des trägerübergreifenden Budgets nach § 17 SGB IX zusammengefasst. Das Pflegegeld (Geldleistung) kann direkt in das trägerübergreifende Budget einbezogen werden. Der Paragraph 8 Abs. 3 SGB XI eröffnet zusätzlich die Möglichkeit eines persönlichen Pflegebudgets, wenn auch bislang nur im Rahmen eines durch die Spitzenverbände der Pflegeversicherung geförderten Modellprogramms. Bei ca. 1000 Modellteilnehmern werden die Sachleistungen der Pflegestufe 1–3 schon als persönlicher Geldbetrag ausgezahlt.

Das → **Integrierte Budget** ist ein Modellangebot aus Rheinland-Pfalz und ermöglicht die Einbeziehung der persönlichen Pflegebudgets in ein trägerübergreifendes Gesamtbudget.

Das → **Budget für Arbeit** ist ebenfalls ein Modellprojekt der Landesregierung Rheinland-Pfalz. Es läuft in vier Landkreisen vom 1.3. bis 31.12.2006. Geplant ist eine Verlängerung und eine Ausdehnung auf weitere Regionen. Das Budget für Arbeit bezieht sich auf »Menschen, die mangels bisheriger Alternativen zur Aufnahme in den Arbeitsbereich

der Werkstätten anstehen oder bei denen durch erfolgreiche Förderung in der Werkstatt (...) die Möglichkeit der unterstützten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht.« Das Budget setzt sich aus einem Teil Eingliederungshilfe (Sozialhilfe) und einem Teil »Minderleistungsausgleich« (für Schwerbehinderte) zusammen und soll max. etwa 70% Zuschuss zum Lohn in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes betragen. Besonders angesprochen sind hierbei Integrationsfirmen. Zusätzlich werden etwa vier Stunden Betreuung monatlich finanziert. Die Betroffenen bekommen das Geld aber nicht ausgezahlt, sondern in Form eines Gutscheines ausgehändigt. Vorteil ist, dass für Arbeitgeber und Arbeitnehmer vor Beginn der Beschäftigung Sicherheit über den Lohnzuschuss besteht, der überdies beträchtlich ist und nicht auf die Sozialhilfe angerechnet wird (vgl. den Beitrag von Manfred Becker in PSU 2/06).

Die ersten Auswertungen der Modellprojekte weisen darauf hin, dass das Instrument der Budgets für psychisch Kranke eine zusätzliche Möglichkeit bieten kann, Leistungserbringung bedarfsgerechter und selbstbestimmter zu gestalten. Mittelfristig eröffnen sich Möglichkeiten, das zersplitterte System der Leistungserbringung in Richtung einer Leistungserbringung aus einer Hand weiter aufzuweichen. Bis dahin müssen allerdings noch viele bürokratische Stolpersteine aus dem Weg geräumt werden. Zudem ist noch viel Informationsarbeit bei den Betroffenen zu leisten und sind Widerstände auf Seiten der Leistungserbringer und Kostenträger zu überwinden.

Budgets im Rahmen der Leistungserbringung in der Sozialpsychiatrie

Im Gesundheitswesen sind die Budgetierungen bereits seit langem Bestandteil der Steuerung. Sie dienen vorrangig der Begrenzung der gesetzlichen Krankenkassenkosten durch Festlegung von Obergrenzen. Budgets in diesem Bereich können entweder durch Gesetz, Rechtsverordnung oder durch Vereinbarung der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegt werden. Diese Deckelung hat in der Vergangenheit nicht selten Proteste der Leistungserbringer und der Leistungsempfänger hervorgerufen.

In der Jugend- und Sozialhilfe sind diese Steuerungsformen neueren Ursprungs. Neueren Ursprungs sind dabei auch die veränderten Sichtweisen, dass mit Budgetierungen auch mehr Flexibilität, Personenzentrierung, Abbau von Ressourcenfehlnutzung und Verwaltungsvereinfachungen zu erreichen sind.

Die Budgetermittlung erfolgt in der Regel aufgrund von Erfahrungswerten und Prognosen. Wie die Leistung im Einzelnen erbracht wird, bleibt den beteiligten Leistungs-

erbringern überlassen, solange sie sich an gesetzliche Vorgaben halten. Qualitätssicherung und Dokumentation werden in der Regel vereinbart. Im Idealfall besteht eine Überziehungs- und Neuverhandlungsregelung (weiche Deckelung), die bei steigendem individuellen Bedarf oder unvorhergesehenen Ausgaben greift und neue Verhandlungen ermöglicht.

Die Budgetierung der Leistungserbringung ist anhand verschiedener Kriterien möglich:

- bezogen auf Leistungserbringer;
- bezogen auf bestimmte Leistungsbereiche eines oder mehrerer Leistungserbringer;
- bezogen auf bestimmte Patientengruppen;
- bezogen auf eine Region und einen oder mehrere Leistungsbereiche.

→ **Einrichtungsbudgets** sind institutionsbezogene Finanzierungsformen und zielen auf Leistungsbereiche einzelner Einrichtungen. Sie bündeln unterschiedliche Vergütungsschlüssel, Hilfebedarfsgruppen usw. zu einem Mittelwert. Die Bezugsgröße des Einrichtungsbudgets ist immer die Anzahl der Plätze bzw. Betten einer Einrichtung. Ein Einrichtungsbudget ändert an der Systematik des derzeitigen Leistungs- und Finanzierungssystems nur wenig. Lediglich die Differenzierung in Hilfebedarfsgruppen oder Schlüsselvereinbarungen wird nicht mehr durchgeführt.

→ **Trägerbudgets** beziehen sich auf die Ebene der Leistungserbringer. Leistungserbringerbudgets wäre hier der korrektere Begriff. Ein Träger bzw. Leistungserbringer erhält für alle seine Angebote vom zuständigen Kostenträger einen festen Geldbetrag, für den er dann für eine bestimmte Patienten- bzw. Klientengruppe eine bestimmte Leistung erbringt. So kann er zwischen verschiedenen Leistungsbereichen Defizite und Überschüsse ausgleichen.

Beispiel für ein Trägerbudget sind → **Krankenhausbudgets**. Dort werden alle mit den Krankenhausleistungen verbundenen Kosten in einem Gesamtbetrag zusammengefasst, der jährlich neu verhandelt wird. Für den somatischen Krankenhausbereich laufen die Budgetregelungen schrittweise aus und werden spätestens Ende 2007 durch eine Finanzierung über Fallpauschalen abgelöst. Für den psychiatrischen Krankenhausbereich bleibt allerdings weiterhin die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in Kraft und damit bis auf weiteres auch die Budgetierung.

→ **Ärztbudgets** beziehen sich auf den Leistungsbereich der Vertragsärzte und die quartalsweise Erstattung von Regelleistungen durch die Krankenkassen, die ein bestimmtes Volumen pro Vertragsarzt nicht überschreiten dürfen. Ab 2007 sind hier neue Regelungen vorgesehen.

→ **Heilmittelbudgets** für Ergotherapie, Krankengymnastik, Logopädie und Hilfsmittel sind zwar seit 2001 abgeschafft, werden jedoch im Rahmen von Vereinbarungen

zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen regional fortgeschrieben und führten 2006 dazu, dass bestimmte Heilmittel wie Ergotherapie unter Bezug auf Budgetvorgaben von den Ärzten nicht mehr ausreichend verschrieben wurden.

→ **Patientenbudgets** stehen den Leistungserbringern im Rahmen der Finanzierung von Krankenkassenleistungen zur Verfügung, wenn für eine bestimmte Patientengruppe Integrierte Versorgungsverträge geschlossen werden. Für die Behandlung dieser Patienten wird für verschiedene Leistungsbereiche mit einem oder mehreren Leistungserbringern (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, ambulante psychiatrische Pflege) ein Gesamtbudget ausgehandelt, dass die Leistungserbringer entsprechend den zu erbringenden Leistungen unter sich verteilen müssen. Damit sind bestimmte Richtlinien und Empfehlungsvereinbarungen nicht mehr eins zu eins umzusetzen und es sind mehr Gestaltungsmöglichkeiten in der Behandlungsintensität und Inhalten möglich.

Der Gedanke der → **Regionalen Budgets** hat seinen Ursprung in der Jugendhilfe und der dort verankerten Sozialraumorientierung. Unter Sozialraumorientierung wird die Orientierung des Handelns der Mitarbeiter der sozialen Organisationen und Trägervereinigungen in einem Sozialraum verstanden. Sozialraumorientierung beruht auf einer Entwicklung, die aus der Gemeinwesenarbeit entstanden ist. Dabei handelt es sich also nicht nur um die Orientierung des Handelns an einzelnen Personen oder Individuen sondern an einer definierten geografischen Region, einem Raum. In diesem sozialen Raum werden die einzelfallbezogenen Hilfen sowie fallübergreifende Netzwerkarbeit, Hilfe und Unterstützung durch professionelle Anbieter und insbesondere Leistungen durch die Einbeziehung von Ehrenamtlichen, Laienhelfern und nicht fachgebundenen Organisationen und Personen erbracht. Zudem ist fallunabhängige Strukturarbeit wie z. B. Antistigmaarbeit und integrative Kulturarbeit zu gewährleisten.

Die dafür gewährte Geldleistung wird → **Sozialraumbudget** genannt und ist eine Finanzierungsform, in der die Finanzierung des gesamten Spektrums der Sozialraumorientierung gedeckt ist.

→ **Regionale Budgets in der Sozialpsychiatrie** haben sich erst in jüngster Zeit und nur in ersten Ansätzen in den Bereichen Krankenbehandlung und Sozialhilfe entwickelt. Eine Sozialraumorientierung ist in keinem dieser Ansätze so weit gediehen wie in der Jugendhilfe. Es handelt sich um fallbezogene bzw. fallübergreifende regionale Budgets. Fallunabhängiges Handeln ist nicht vorgesehen. Geregelt werden muss, dass der individuelle Rechtsanspruch umgesetzt werden kann. Ebenso ist das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsnehmer zu gewährleisten.

Das → **Regionale Psychriatriebudget** im Kreis Steinburg in Schleswig-Holstein wird seit 2004 erprobt und soll eine leistungsbereichsübergreifende regionale Versorgung für das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen gewährleisten. Es handelt sich dabei um ein zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbartes Modellprojekt (gemäß § 26 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung in der 2002 gültigen Fassung), das auf fünf Jahre befristet ist. Das Modellprojekt basiert auf zwei Grundprinzipien: Einerseits erhalten die Versorgungsanbieter der Region, das Klinikum Itzehoe und das Psychiatrische Zentrum Glückstadt, über die Projektdauer ein festgeschriebenes jährliches Budget, das sich an den Budgets für die vollstationäre und teilstationäre Versorgung sowie an den Erlösen der psychiatrischen Institutsambulanz von 2002 orientiert. Dafür verpflichten sich die Leistungsanbieter, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung für alle Patienten der Region (135 000 Einwohner) sicherzustellen, die durch einen Vertragsarzt stationär eingewiesen beziehungsweise als Notfall aufgenommen werden oder die die Voraussetzungen zur Behandlung in einer Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V erfüllen. Auf der anderen Seite erhalten die Kliniken dafür die Möglichkeit, die Behandlungsmodalität und den Behandlungsort (vollstationär, teilstationär, ambulant oder Behandlung zu Hause) frei zu wählen. Um ihr Budgetziel zu erreichen, müssen die Versorgungsanbieter jedes Jahr eine festgelegte Anzahl von Patienten behandeln, unabhängig von der Form der Therapie. Die Zahl der behandelten »Fälle« ist somit nicht mehr von Bedeutung, sondern nur noch die Zahl der Personen, die innerhalb eines Jahres versorgt werden. Die Kostenträger verzichten für die Dauer des Modellprojekts auf die Befristung von Kostenübernahmen; Verweildauerüberprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) finden nicht mehr statt. Die Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung wurden für diesen Zeitraum einvernehmlich außer Kraft gesetzt. Das Budget der niedergelassenen Ärzte, Psychotherapeuten und die Ausgaben für die komplementären Einrichtungen sind in diesem ersten Schritt noch nicht in das Regionalbudget einbezogen.

→ **Regionalbudgets im Rahmen der Eingliederungshilfe** werden zurzeit in Berlin und Rostock erprobt (siehe den Beitrag von Ingmar Steinhart in PSU 3/2006). In Berlin und Rostock werden die gesamten Kosten der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen einer Region (in Berlin der Bezirk Reinickendorf, in Rostock das gesamte Stadtgebiet) zusammengefasst, aus dem dann die Versorgung aller Betroffenen finanziert wird. So ist es möglich, Mehraufwendungen bei intensiver Betreuung durch Einsparungen bei weniger hilfebedürftigen Menschen einzusparen. Über die Bedarfsfeststellung mit Hilfe

des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes und der Hilfeplankonferenz unter Einbeziehung des Betroffenen werden die Hilfen flexibel und bedarfsgerecht realisiert. Personalbemessung bzw. Finanzierungsgrundlagen der Hilfen sind gemeinsam mit den beteiligten Trägern abgestimmt. Erste Auswertungen zeigen, dass die bedarfsgerechte Hilfestellung innerhalb des vereinbarten Budgets möglich ist.

Das → **Einwohnerbezogene Regionalbudget** ist eine Variante der budgetgesteuerten Finanzierung, die in Frankfurt am Main implementiert werden soll (siehe den Beitrag Kirschenbauers in diesem Heft). Sie verbindet die Sozialraumorientierung in modifizierter Weise mit der Form des Regionalbudgets. Überlegungen zur Vereinfachung der Verwaltungsarbeit, der Planungssicherheit für Leistungsträger und Leistungsanbieter, der qualitativen Verbesserung der individuellen Versorgung psychisch kranker Menschen, der Entwicklung von Kreativität bei der Umsetzung von Hilfen, führten zu diesem Budgetbegriff.

Beim einwohnerbezogenen Regionalbudget soll fallabhängiges und fallübergreifendes, nicht aber fallunabhängiges Handeln im Vordergrund stehen. In der derzeitigen Planung werden Leistungen der außerklinischen stationären Einrichtungen (Wohnheime), des Betreuten Wohnens, der Tagesstätten und der ambulanten Hilfen wie zum Beispiel der Kontakt- und Beratungsstellen und der Begegnungstätten in einem gemeinsamen Budget subsumiert. Leistungen, wie zum Beispiel für die Werkstätten für behinderte Menschen, werden im ersten Schritt zurückgestellt. Perspektivisch sind jedoch auch der Bereich von SGB V und andere Leistungen einzubeziehen.

Als ein erstes Fazit der noch jungen Geschichte der Budgetierung von Leistungen lässt sich festhalten, dass mit der Flexibilisierung der Finanzierung von Leistungen diese auch flexibler und bedarfsgerechter zugeschnitten werden können. Der Einsatz von Budgets setzt allerdings ein hohes fachliches Verständnis der Verantwortlichen für die individuellen Bedarfe in der Region voraus. Personenzentrierte Bedarfsfeststellungs- bzw. Hilfeplanverfahren und die Verpflichtung zur Qualitätssicherung erfordern eine Aufstellung der Leistungserbringer als komplexe Dienstleistungserbringer, die nicht nur ihre eigenen Angebote im Auge behalten müssen, sondern auch das ihrer Kooperationspartner in der Region. Das Kooperationsvermögen der Leistungserbringer ist von existenzieller Bedeutung für die Übernahme regionaler Versorgungsverpflichtung. Der Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbänden ist deshalb eng verknüpft mit der Realisierung von personenbezogenen wie trägerbezogenen Budgets.