

Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

**Bericht der Arbeitsgruppe 7
„Finanzierung“**

**zur Fortschreibung des
Zweiten Bayerischen Landesplans zur Versorgung
psychisch Kranker und psychisch Behinderter**

**Leitung:
Michael Kreuzer
Direktor beim
Verband der bayerischen Bezirke**

Hinweis:

Der Bericht der Arbeitsgruppe gibt ausschließlich das konsentiertere Ergebnis der Arbeitsgruppe wieder. Die Bayerische Staatsregierung hat keinen Einfluss auf die Inhalte des Arbeitsgruppenberichts genommen und macht sich diese daher nicht zu Eigen.

1. Bestandsaufnahme

Die vorausgehenden Kapitel zeigen, dass sich die Versorgungsstrukturen für psychisch Kranke / seelisch Behinderte in den letzten 25 Jahren zu einem hochkomplexen Versorgungssystem entwickelt haben. Dies war u.a. möglich, weil durch die Gesetz- und Verordnungsgeber auf Bundes- und auf Landesebene die Voraussetzungen für ein Tätigwerden der unterschiedlichen Leistungsträger geschaffen wurden. Entsprechend den Leistungsausweitungen, aber auch aufgrund der Zunahme der Patienten-/Klientenzahlen stiegen die finanziellen Aufwendungen der Leistungs- und Kostenträger für psychisch Kranke / seelisch Behinderte. Nach Berechnungen des Bundesamtes für Statistik wurden von den insgesamt 224 Milliarden Euro für die Behandlung von Krankheiten im Jahr 2002 etwa 22,4 Milliarden Euro, d.h. 10 Prozent für psychische Störungen und Verhaltensstörungen aufgewendet. Die aktuellen finanziellen Aufwendungen der Leistungs- und Kostenträger für die Versorgung psychisch Kranker und seelisch Behinderter insgesamt in Bayern können aufgrund der bestehenden Datenlage nur zum Teil ermittelt bzw. geschätzt werden (vgl. Anlage).

Zwischenzeitlich stoßen allerdings sämtliche Sozialleistungssysteme an finanzielle Grenzen. Trotzdem muss die Gleichstellung psychisch Kranker / seelisch Behinderter mit somatisch Kranken und Behinderten in den Bereichen, in denen sie noch nicht erreicht ist, weiterverfolgt werden. Dies gilt insbesondere für folgende Bereiche:

- Psychisch Kranke / seelisch Behinderte benötigen krankheitsbedingt häufig ergänzende Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wird nach der derzeitigen Gesetzeslage überwiegend durch die Sozialhilfe finanziert. Das bedeutet, dass psychisch Kranke / seelisch Behinderte in einem wesentlich höheren Ausmaß ihr Einkommen und Vermögen einsetzen müssen als chronisch körperlich Kranke.
- Die gesetzlichen Regelungen der Pflegeversicherung berücksichtigen nur unzureichend die besonderen Belange psychisch kranker Menschen, insbesondere der psychisch kranken alten Menschen.

- Nach den Soziotherapie-Richtlinien vom 1. Januar 2002 wird Soziotherapie gemäß § 37a SGB V ausschließlich bei schweren psychischen Erkrankungen aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises und der affektiven Störungen gewährt. Gerontopsychiatrische Erkrankungen sowie andere psychische Störungen sind von der Versorgung mit ambulanter Soziotherapie nach § 37a SGB V ausgeschlossen.
- Für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen bestehen gegenwärtig keine flächendeckenden Angebote für die medizinische Rehabilitation.
- Die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V wird derzeit den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker nur unzureichend gerecht.
- Die Möglichkeiten der Belastungserprobung und der Arbeitstherapie werden nicht ausgeschöpft.
- Die Leistungen der Rentenversicherungsträger zur Teilnahme am Arbeitsleben werden in beschränktem Umfang erbracht. Die gesetzlichen Vorschriften und ihre Umsetzung berücksichtigen die besonderen Belange psychisch Kranker nur mittelbar. Dem dynamischen Verlauf psychischer Erkrankung nicht Rechnung tragende Anforderungen an die Rehabilitationsprognose bilden eine Schranke beim Zugang zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Die Leistungen der Arbeitsverwaltung und der Integrationsämter zur Teilnahme am Arbeitsleben sind ebenfalls ausbaufähig. So wären Leistungen an Arbeitsgeber für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (unterhalb der Schwelle von 3 Stunden/Tag) sinnvoll. Auch wollen psychisch Kranke häufig krankheitsbedingt keinen Schwerbehindertenausweis beantragen. Sie bleiben daher oftmals von den Leistungen ausgeschlossen, da die Anerkennung der Behinderung eine wesentliche Voraussetzung ist.

Unbeschadet der noch erforderlichen Leistungsverbesserungen muss es in Zukunft vor allem darum gehen, bisherige Fehlentwicklungen zu beseitigen und die vorhandenen Finanzmittel optimiert einzusetzen.

Im Einzelnen sind folgende Entwicklungen erkennbar:

- Als besonderes Problem erweist sich zunehmend das gegliederte Sozialleistungssystem, das die Leistungsträger gesetzlich dazu verpflichtet, nur im Rahmen ihrer eigenen gesetzlichen Leistungsbereiche tätig zu werden und damit volkswirtschaftliches Handeln erschwert. Dies ist vor allem für die psychisch Kranken / seelisch Behinderten mit einem komplexen Hilfebedarf kontraproduktiv, da sie nur Einzelleistungen der verschiedenen Leistungsträger erhalten. Dies führt zu Abgrenzungs- bzw. Schnittstellenproblemen zwischen den einzelnen Leistungsträgern verbunden mit einem hohen Verwaltungsaufwand. Gleichzeitig wird damit die notwendige Behandlungs- und Betreuungskontinuität behindert. Dies hat zur Folge, dass psychisch Kranke mit ihrem differenzierten und ständig zu koordinierenden wechselnden Bedarf an Hilfen zu häufig in eine stationäre Hilfeform gedrängt werden oder ganz aus dem Versorgungssystem fallen.
- Die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung muss künftig schrittweise entsprechend dem Paradigmenwechsel vom institutionenzentrierten zum personenzentrierten Ansatz gesteuert werden. Im Mittelpunkt steht der Hilfebedarf des einzelnen psychisch Kranken / seelisch Behinderten. Der Hilfebedarf umfasst insbesondere medizinische, psychotherapeutische, pflegerische und soziale Leistungen. Derzeit kann nicht sichergestellt werden, dass jeder psychisch Kranke / seelisch Behinderte die entsprechend seinem individuellen Hilfebedarf angemessene Leistung erhält.
- Im institutionellen Bereich wurde der Grundsatz „ambulant vor (teil-, voll-)stationär“ bisher nur unzureichend umgesetzt. Neben einer Unterversorgung im ambulant-komplementären Bereich ergeben sich teure gemeindeferne Überkapazitäten im stationären Bereich. Aktuell gilt dies insbesondere für die ungesteuerte Unterbringung seelisch Behinderter in Heimen.
- Eine gewisse Sonderstellung nimmt die Betreuung der psychisch Kranken / seelisch Behinderten durch Sozialpsychiatrische Dienste (einschließlich Gerontopsychiatrische Dienste) ein. Die Sozialpsychiatrischen Dienste bieten vor allem Hilfen bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft an und fallen damit in den Leistungsbereich der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Die notwendige Niedrigschwelligkeit ihrer Angebote erfordert eine institutionelle Förderung durch

die Bezirke als zuständige Leistungsträger nach Art. 7 Abs. 1 Buchstabe c AGBSHG. Damit liegt die Höhe der Förderung im Ermessen der Bezirke. In Zeiten knapper Finanzmittel besteht die Gefahr, dass die Mittel für die Sozialpsychiatrischen Dienste als sogenannte freidisponible Pflichtleistungen durch die Bezirke zugunsten gesetzlicher Pflichtleistungen gekürzt werden. Den Leistungserbringern stehen andererseits keine Eigenmittel zum Ausgleich zur Verfügung. Die Finanzierung von Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste bietet im Übrigen ein gutes Beispiel dafür, wie das gegliederte Sozialleistungssystem mit seinen starren Zuständigkeiten volkswirtschaftliches Handeln erschwert.

- Die Entwicklung hin zu mehr ambulanter Behandlung durch Vermeidung oder Verkürzung stationärer Aufenthalte ist noch nicht abgeschlossen.
- Im Bereich der Krankenhausversorgung werden immer noch viele Patienten vollstationär versorgt, die auch teilstationär oder ambulant durch Psychiatrische Institutsambulanzen und niedergelassene Ärzte behandelt werden können.
- Ähnliches gilt für die Behandlung und Betreuung psychisch Kranker in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), die bisher in Bayern lediglich in zwei Einrichtungen vollstationär und überregional angeboten werden. Ein weiterer bedarfsgerechter Ausbau scheiterte daran, dass die RPK-Vereinbarung ausschließlich den stationären Bereich abdeckt und das Anforderungsprofil für die Anerkennung von Einrichtungen teilweise zu hohe Voraussetzungen vorsieht.
- Die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verzeichnen seit einigen Jahren einen verstärkten Zulauf. Angesichts der gestiegenen Fallzahlen wird dem Mangel an flächendeckender Versorgung jedoch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.
Dies gilt auch für die stationäre und teilstationäre Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. In vielen Kliniken bestehen mehrmonatige Wartezeiten.
- Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können psychische Ersterkrankungen verhindern und den Verlauf bestehender Erkrankungen zur Vermeidung von Behinderung günstig beeinflussen. Sie tragen damit zu Kosteneinsparun-

gen bei. Die Möglichkeiten der Prävention bei psychischen Erkrankungen sind nicht ausgeschöpft.

2. Ziele

Ziel muss sein, die begrenzten Finanzmittel so einzusetzen, dass der psychisch Kranke / seelisch Behinderte die Leistungen, die er für die Erhaltung bzw. Herstellung seiner Gesundheit (einschließlich medizinischer Rehabilitation) sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft benötigt, im Sinne eines personenzentrierten Ansatzes erhält. Der Paradigmenwechsel von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung muss auch die Finanzierungssysteme erfassen.

3. Maßnahmen

3.1 Maßnahmen zur Gleichstellung psychisch Kranker / seelisch Behinderter mit körperlich Kranken

- Einführung eines Bundesleistungsgesetzes zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Sinne des Gleichstellungsgrundsatzes, das Leistungen bedürftigkeitsunabhängig, d.h. ohne den Einsatz von Einkommen und Vermögen, ermöglicht mit dem Ziel der Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem SGB XII
- Angemessene Einbeziehung psychisch kranker alter Menschen in
 - die Pflegeversicherung nach dem SGB XI sowie Stärkung der häuslichen Pflege
 - die Leistung Soziotherapie nach § 37a SGB V mit dem Ziel der selbständigen Inanspruchnahme von gesetzlichen Leistungen
 - die Nutzung des psychotherapeutischen Leistungsangebotes

- Entwicklung medizinischer Rehabilitationsangebote für psychisch kranke alte Menschen mit Sicherstellung der Finanzierung
- Zielgerichtete Anwendung bereits bestehender Gesetze in den Bereichen
 - häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V
 - ambulante medizinische Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie im Rahmen des § 26 Abs. 2 SGB IX
- Stärkere Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker / seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen in den für die Rentenversicherungsträger, Arbeitsverwaltung und Integrationsämter maßgeblichen Leistungsgesetzen

3.2 Maßnahmen zur Stabilisierung, Prävention, Beseitigung von Fehlentwicklungen und zur Überwindung der Abgrenzungsprobleme des Sozialleistungssystems

- Ein Beispiel für die Überwindung der Zuständigkeitsgrenzen bildet die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (Empfehlungsvereinbarung RPK vom 17. November 1986). Dieses Konzept sollte für alle psychisch Kranken hin zu einer ambulanten, wohnortnahen und personenzentrierten Form weiterentwickelt werden. Die BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vom 22. Januar 2004 (in Kraft getreten am 1. April 2004) können hierzu ebenfalls einen wichtigen Beitrag leisten, auch wenn schwer chronisch psychisch Kranke, insbesondere Menschen nach psychotischen Erkrankungen von den Angeboten derzeit nicht erfasst werden.
- Mit der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V wird ein Weg eröffnet, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche der Leistungserbringer zu überwinden und Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen, um auf diese Weise die Schnittstellenprobleme besser in den Griff zu bekommen. Damit wird es möglich, im Rahmen neuer Vergütungsformen die vollstationären, teilstationären und ambulanten medizinischen

Behandlungsangebote zu verbessern sowie durch die höhere Flexibilität der Leistungsanbieter bei der Auswahl geeigneter Therapiestrategien eine Reduzierung der Häufigkeit und Dauer vollstationärer Behandlungen zu erreichen. Die derzeit auf die gesetzliche Krankenversicherung eingeschränkte Möglichkeit der integrierten Versorgung gilt es mittel- bis langfristig weiterzuentwickeln und auf alle Leistungsträger zu übertragen. Damit kann beispielsweise auch die Einführung eigener Vergütungssysteme mit regionalem Bezug ermöglicht werden.

- Neben der Weiterentwicklung einer sektoren- und leistungsträgerübergreifenden Vergütungsstruktur kann zur Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes bei der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung das Persönliche Budget einen besonderen Beitrag leisten. Mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 wurden für sämtliche Leistungsträger die rechtlichen Voraussetzungen für persönliche Budgets sowohl für den einzelnen Leistungsträger als auch gemeinsam mit anderen Leistungsträgern einschließlich den Pflegekassen und den Integrationsämtern als Leistungsvariante geschaffen. Die in dem Gesetz bis zum 31. Dezember 2007 vorgesehene Erprobungsphase, insbesondere für modellhafte Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld sollte von den Leistungsträgern sowohl allein als auch gemeinsam, d.h. trägerübergreifend, im Rahmen von Modellprojekten unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen (§ 10 Abs. 3 SGB IX) genutzt werden. Hierbei sind Kosten-Nutzengesichtspunkte einzubeziehen, um die Effizienz und Effektivität persönlicher Budgets zu überprüfen.
- Die Finanzierung der Behandlung in den Fachkrankenhäusern und Abteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik wird derzeit im investiven Bereich durch den Staat nach dem KHG/BayKrG und im Betriebskostenbereich durch die gesetzliche Krankenversicherung unter Zugrundelegung der PsychPV sichergestellt. Nach Ende der Einführungsphase der DRG's in der somatischen Krankenhausmedizin steht die Überarbeitung des Krankenhausentgeltsystems auch für die Fachkrankenhäuser und Abteilungen an. Die Weiterentwicklung der PsychPV muss zu einem Entgeltsystem führen, das eine patientenzentrierte Leistungserbringung über alle Sektoren hinweg fördert und ökonomische Anreize zur langfristigen Verminderung von Krankheitszeiten schafft.

- Psychisch Kranke / seelisch Behinderte benötigen niedrigschwellige ambulante Hilfen in den Bereichen Prävention, Rehabilitation, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Hilfen zur Bewältigung von Krisen. Insbesondere die Sozialpsychiatrischen Dienste und andere tagesstrukturierende und begleitende Angebote versuchen diese Lücken des gegliederten Sozialleistungssystems zu schließen. Ihre Finanzierung ist unter Beibehaltung der fachlichen notwendigen Niedrigschwelligkeit sicherzustellen. Neue leistungsträgerübergreifende Finanzierungsformen sind zu entwickeln. Kooperationen mit Psychiatrischen Institutsambulanzen sowie mit Leistungserbringern von Soziotherapie und ambulanter Rehabilitation können hilfreich sein.
- Für die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor (teil-, voll-)stationär“ bei der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte im Sinne des personenzentrierten Ansatzes bietet der von den Bezirken vorgesehene Gesamtplan nach § 58 SGB XII in Verbindung mit einer Hilfeplankonferenz eine gute Voraussetzung. Der Gesamtplan sollte konsequent flächendeckend eingeführt werden.
- Zur Sicherstellung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher muss die flächendeckende Niederlassung von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterstützt werden, indem für ausreichende wirtschaftliche Rahmenbedingungen gesorgt wird. Ferner muss die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung mit den Krankenkassen zu adäquaten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verlässlich fortgeführt werden.
- Im Bereich von Prävention und Gesundheitsvorsorge gilt es, den in § 20 SGB V bereits bestehenden Ansatz weiterzuentwickeln und auf alle Leistungsträger außerhalb der Sozialhilfe zu erweitern, um die finanzielle Basis für geeignete Maßnahmen zu verbreitern. Staatliche Finanzmittel sind flankierend zur Verfügung zu stellen. Zur Optimierung des Mitteleinsatzes ist eine Koordinierung der Präventionsmaßnahmen erforderlich. Im Hinblick auf die notwendigen gesetzlichen Änderungen ist ein Bundespräventionsgesetz anzustreben.

- Die Einführung von Modellvorhaben der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Ziel der Umschichtung von Finanzmitteln aus dem stationären in den ambulanten Bereich sollte erleichtert werden.
- Die Forschung zur Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit unterschiedlicher psychiatrischer Interventionen und Strategien, insbesondere im Hinblick auf den Grundsatz „ambulant vor (teil-, voll-)stationär“, ist zu verstärken.

4. Anlage

4.1 Ausgaben der Leistungsträger für psychisch Kranke/seelisch Behinderte 2003/2004

4.1.1 Gesetzliche Krankenkassen (SGB V)

stationär/teilstationär:	Erwachsenenpsychiatrie:	ca. 450 Millionen Euro (bei circa 50 Prozent AOK-Anteil hochgerechnet)
	Kinder- und Jugendpsychiatrie:	ca. 40 Millionen Euro
	Psychosomatik:	ca. 10 Millionen Euro
Ambulante fachärztliche Leistungen (KVB):		ca. 133,5 Millionen Euro
Ambulante psychotherapeutische Leistungen (KVB):		ca. 171,4 Millionen Euro
Psychiatrische Institutsambulanzen (§§ 118,120 SGB V):		ca. 20 Millionen Euro
Soziotherapie (§ 37a SGB V):		derzeit keine Angaben möglich

4.1.2 Private Krankenkassen

keine Angaben möglich

4.1.3 Pflegekassen (SGB XI)

Stationär: keine Angaben möglich
Häusliche Pflege nach dem

Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz: ca. 2 Millionen Euro (incl. Modelle)

4.1.4 Landesversicherungsanstalten (SGB VI und SGB IX)

Psychische Erkrankungen: ca. 24,5 Millionen Euro

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: keine Angaben möglich

4.1.5 Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (SGB VI und SGB IX)

keine Angaben möglich

4.1.6 Arbeitsverwaltung (SGB III und SGB IX)

keine Angaben möglich

4.1.7 Integrationsämter (SGB IX)

Psychosoziale Betreuung schwerbehinderter Menschen: ca. 2,8 Millionen Euro

4.1.8 Überörtliche Sozialhilfe – Bezirke (BSHG / AGBSHG, SGB XII und SGB IX):

Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte (ohne Suchtkranke)

stationär/teilstationär: ca. 260 Millionen Euro

ambulant: ca. 80 Millionen Euro

Hilfe zur Pflege: keine Angaben möglich

4.2 Ausgaben sonstiger Träger von Kosten für psychisch Kranke/seelisch Behinderte 2003/2004

4.2.1 Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Maßregelvollzug (Art. 22 Abs. 4 AGBSHG): ca. 174,5 Millionen Euro

Psychiatrieplan: ca. 1,85 Millionen Euro

4.2.2 Freie Wohlfahrtspflege

Einsatz von Eigenmitteln, vor allem im ambulant-komplementären Bereich

4.2.3 Angehörige

Einsatz von Einkommen und Vermögen aufgrund des bei psychisch Kranken / seelisch Behinderten besonders hohen Anteils der Sozialhilfe an der Finanzierung der erforderlichen Leistungen.

4.2.4 Bayerisches Staatsministerium der Justiz (Rechtliche Betreuung §§ 1896 i.V.m. 1835, 1835a, 1836 BGB)

Ausgaben insgesamt:	ca.	50 Millionen Euro
davon für psychisch Kranke (einschließlich Demenzkranke) geschätzt:	mindestens	25 Millionen Euro