

Bedarfsplanung und Leistungsfinanzierung von Institutionen für Menschen mit Handicap



Angebote für Menschen mit Handicap werden von den Kantonen zunehmend subjektorientiert finanziert und Klienten nehmen ihr Recht, Leistungen selbstbestimmt zu wählen, vermehrt in Anspruch. So positiv dies grundsätzlich bewertet werden kann: Die bestehenden Institutionen stellt die Entwicklung vor erhebliche Herausforderungen.

Leistungen, die in den kantonalen Leistungsvereinbarungen und Betriebsbewilligungen für soziale Institutionen im Erwachsenenbereich geregelt werden, konkurrieren zunehmend mit Assistenz- und Pflegeleistungen, die auf einem freien Markt angeboten werden, der weniger reglementiert ist und sich dynamisch entwickelt. Anerkannte, ganzheitliche Angebote werden kategorisiert, die Kosten auf verschiedene Beitragsleister verteilt, was die Kosten für Administration und rechtliche Beratung erhöht. Im Wettbewerb mit neuen, weniger regulierten Angeboten fühlen sich viele Institutionen benachteiligt.

Um die Qualität der Leistungen und die Möglichkeit, auf spezielle Bedürfnisse einzugehen, aufrechterhalten zu können, müssen Institutionen des Sozialwesens ihre strategischen und operativen Ziele neu ausrichten und ihre Leitbilder überprüfen, wenn sie auf dem sich öffnenden Markt bestehen wollen. Darüber hinaus sind weiterführende Überlegungen erforderlich. Beispielsweise müssen Lösungen gefunden werden für Klientinnen und Klienten mit aggressivem Verhalten oder Suchtkrankheiten, die oft nicht ohne eine zusätzliche Finanzierung realisierbar sind. Solche internen Sonderlösungen sind für die Leistungsfinanzierer meist wesentlich kostengünstiger als eine Verlegung in eine Spezialeinrichtung, die sich grundsätzlich nur in extremen Fällen rechtfertigt, scheitern aber nicht selten an den Regeln der Finanzierung.

Von der Objekt- zur Subjektorientierung

Bis zum Inkrafttreten des neuen Finanzausgleiches zwischen Bund und Kantonen im Jahr 2012 subventionierte der Bund den Betrieb sozialer Einrichtungen für Menschen mit Handicap «objektorientiert». Konkret bedeutete dies, dass eine Institution mehr oder weniger pauschal Geld für ihre Leistungen erhielt. Seit 2012 sind die Kantone für die Finanzierung dieser Einrichtungen zuständig. Diese finanzieren Leistungen für Menschen mit Handicap zunehmend «subjektorientiert». Dies bedeutet, dass jetzt einzelne Personen und nicht mehr Organisationen Geld bekommen. Entsprechend müssen die Institutionen ihre Leistungen den Klientinnen und Klienten gegenüber detailliert ausweisen. Dies schafft auf der einen Seite Transparenz, auf der anderen administrativen und kommunikativen Aufwand, denn die Bewertung einer Leistung kann unter Umständen für Diskussionsstoff sorgen.

Finanzierung aus vielen Händen

Die Branchenverbände und Behindertenorganisationen fordern eine «umfassende Koordination mit den Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie die Finanzierung des Unterstützungsbedarfes aus einer Hand». Dies konnte bis

her in keiner Weise umgesetzt werden. Vielmehr ist eine Aufsplittung bisher ganzheitlicher Angebote in unterschiedlich reglementierte Fallpauschalen sowie die Verteilung der Kosten auf verschiedene Finanzierer mit unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen zu beobachten. Die in den kantonalen Betriebsbewilligungen und Bedarfsplanungsinstrumenten festgelegten Institutions- und Leistungsprofile werden dadurch restriktiver definiert. Deckungslücken in der Kostenrechnung sind die Folge. Wenn Leistungserbringer Qualität und Varietät ihrer bisherigen Leistungen aufrechterhalten wollen, sind sie angewiesen, für bisherige Leistungen, die im neuen System nicht mehr beitragsberechtigt sind, zusätzliche verrechenbare Kategorien zu schaffen und die richtigen Träger dafür selber zu finden. Ein Beispiel dafür sind Pflegeleistungen in Betreuungspauschalen nicht abgegolten.

Die aktuelle Entwicklung fordert von sozialen Institutionen nicht nur die Anpassung partieller Arbeitsprozesse, sondern die grundsätzliche Überprüfung strategischer Ziele und traditioneller Leitbilder.

Die Institution ist keine Sonderwelt

Gesellschaft, Politik und Gesetzgeber unterstützen heute das «Normalisierungsgebot», wie es die UN Behindertenrechtskonvention mit dem «Recht von Menschen mit Handicap auf selbstbestimmte Lebensführung mit allen allgemeingültigen Wahlmöglichkeiten wie Niederlassungsfreiheit und freie Wahl von Wohnform sowie Assistenzleistungen» definiert. In erster Linie bedeutet das, dass Menschen mit Unterstützungsbedarf oder ihre gesetzlichen Vertreter selbstbestimmt Leistungen einkaufen. Geregelt werden Beitragshöhen und Leistungsqualität, die Bezugsquellen sind auf einem freien Markt wählbar.

Unabhängig von dieser Zielsetzung bleibt die öffentliche Hand auf Institutionen angewiesen, welche die Grundversorgung für Menschen mit Handicap sicherstellen, da sich freie Märkte naturgemäss an zahlungskräftigen Kunden orientieren. Für Institutionen, die sich in erster Linie

im Rahmen des öffentlichen Auftrages engagieren, bleibt es trotzdem ratsam, sich mit der aktuellen Marktentwicklung, innovativen Assistenzleistungen und Unterstützungsangeboten auf den Schnittstellen stationär – ambulant auseinanderzusetzen und Möglichkeiten der Diversifizierung oder der Auslagerung von Leistungen zu prüfen. Die zunehmende Vermischung von Leistungen des Behindertenwesens mit den Leistungen des Gesundheitswesens fördert auch im Behindertenwesen die voranschreitende Privatisierung der Leistungen.

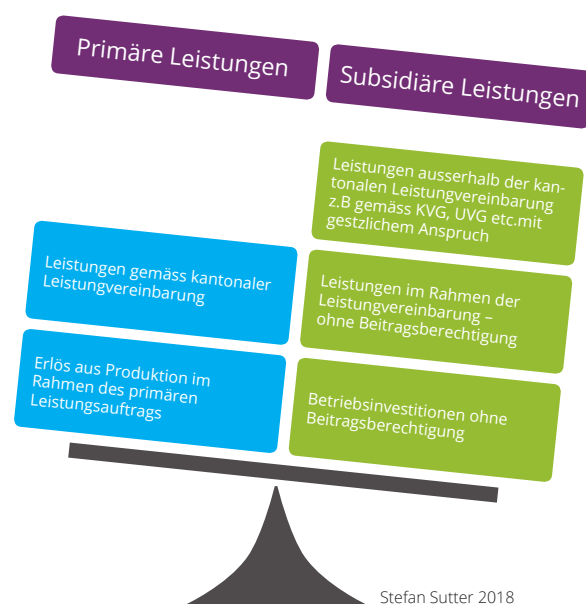
Aufgrund dieser Entwicklung überdenken auch öffentliche Verwaltungen und politische Instanzen ihre Zuständigkeit. Beitragshöhen und Beitragsformen stehen zur Diskussion: erhalten Institutionen weiterhin subjektorientierte Beiträge oder werden alle Beiträge direkt den Klienten ausbezahlt? Ein Rückgang der öffentlichen Beiträge, individuell und institutionsbezogenen, ist nicht ausgeschlossen. Nur über eine sorgfältige Markt- und Betriebsanalyse können soziale Institutionen herausfinden, ob es sinnvolle Wege gibt, mit kreativen, eigenständigen Angeboten unterschiedliche Bedürfnisse anzusprechen und neue Kunden zu gewinnen.

Die einsetzende «Normalisierung» im Sozial- und Behindertenwesen lässt auch negative Seiten der aktuellen Entwicklung im zunehmend privatisierten Gesundheitswesen erkennen: steigende Arbeitsbelastung durch Leistungserfassung am PC, komplizierte Fallpauschalen, steigende Selbstbehalte und Versicherungsprämien, politisch belastete Planungsprozesse, partikulare Interessen einzelner Berufsgruppen, Fehlanreize, Einflussnahme von Grosskonzernen und Dienstleistern. Management und strategische Organe von Institutionen des Sozialwesens werden sich künftig vermehrt mit Aufgaben und Herausforderungen, vergleichbar jenen des Gesundheitswesens, zu befassen haben. Es empfiehlt sich, diese Perspektive ist in der Rekrutierung von Management und Fachpersonal bereits heute zu berücksichtigen.

Primäre und subsidiäre Leistungen für Menschen mit Handicap

«Keine KVG Leistungen im IVG Bereich», lautete bis vor kurzem die Devise der meisten kantonalen Verwaltungen sowie des zuständigen Bundesamtes BSV. Zahlreiche Kantone, so auch Zürich, sind von dieser Linie abgerückt und äussern sich dazu pragmatisch: Wer die Kompetenz und die Kapazität hat, kann neben Leistungen, die dem IVG unterstehen, auch Pflegeleistungen gemäss KVG erbringen. Für grössere Institutionen wird so die Möglichkeit unterstützt, einen Platz auf der Pflegeheimliste anzustreben. Diese Entscheidung liegt indessen nicht alleine bei den Kantonen, sondern vor allem auch bei den Krankenkassen. Für kleinere und mittlere Institutionen bleibt dieser Weg wenig realistisch. Doch jedes Wohnheim kümmert sich um erkrankte, gebrechliche oder verunfallte Bewohner, soweit es dafür eingerichtet und vorbereitet ist. Dies wird auch in vielen Leitbildern festgehalten. Inzwischen bemühen sich Institutionen zunehmend, ihre subsidiären Leistungen gemäss KVG, die sie erbringen müssen, um ihre Betreuungsangebote aufrecht

Primäre und subsidiäre Leistungen Sozialer Einrichtungen im Erwachsenenbereich



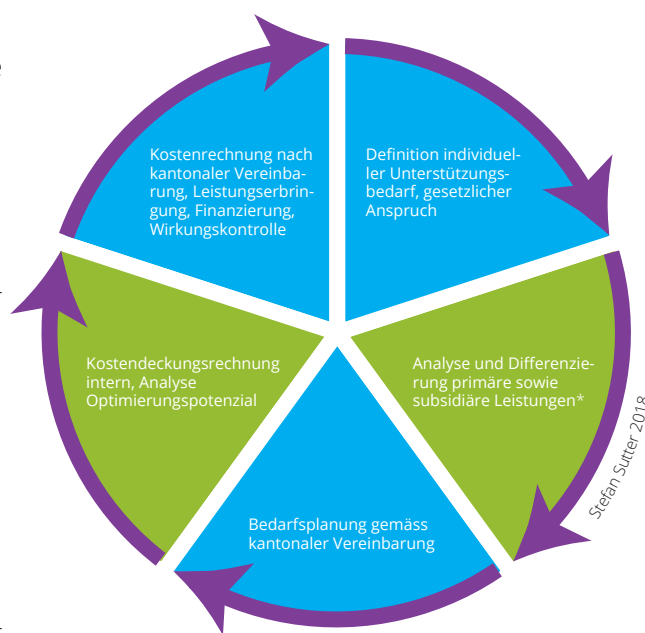
erhalten zu können, intern «auszugliedern», beispielsweise über eigene oder externe Spitexstellen. Einigen Institutionen ist es gelungen, unabhängig betriebene Therapie- und Spitexstellen eingebettet in die Infrastruktur der Institution zu schaffen und die Leistungen über die Institution hinaus in den umliegenden Quartieren und Gemeinden erfolgreich anzubieten. Am Anfang einer solchen Projektplanung steht in der Regel eine umfassende Markt- und Betriebsanalyse, die auch die praktische Umsetzung der kantonalen Bedarfsplanung berücksichtigt.

Kostendeckungsrechnung schafft Transparenz

Mehrheitlich schreiben die Kantone Institutionen für Menschen mit Handicap Kostenrechnung und Kontenrahmen vor: «In Bilanz und Erfolgsrechnung ist der Kontenplan CURAVIVA IVSE anzuwenden. Institutionen des öffentlichen Rechts mit eigenem Kontenrahmen überführen ihre Rechnung in den Kontenplan CURAVIVA IVSE und führen eine Kostenrechnung für soziale Einrichtungen Kostenrechnung CURAVIVA IVSE, falls sie über mehr als ein Produkt verfügen», steht in den ab 2017 gültigen Richtlinien des Kantons Zürich. Anspruchsberechtigte Produkte sind: «Wohnen, Tagesstruktur ohne Arbeitsvertrag, Tagesstruktur mit Arbeitsvertrag und Tagesstruktur Kombi». Gesundheitsleistungen bleiben im Rahmen der Betriebsbewilligung weiterhin nicht beitragsberechtig – auch wenn sich die Kantone demgegenüber flexibel zeigen. Das heisst: Leistungen im Gesundheitsbereich erbringen kantonal anerkannte Einrichtungen für Menschen mit Handicap auf eigene Verantwortung. So liegt es beispielsweise in der Kompetenz der Institutionen, sich um Bewilligungen (Konkordatsnummern) für Krankenkassenleistungen zu kümmern und die damit verknüpften Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Es gelten die Regeln für private Dienstleister wie Therapieangebote, Spitex- und Assistenzdienste. Unter Umständen ist eine zusätzliche Betriebsbewilligung gemäss kantonalen Pflegeheimliste erforderlich, wofür ein anders Departement zuständig ist. Vergleichbar ist die Situation für weitere Angebotskategorien, beispielsweise für Suchtkranke und Massnahmenvollzug.

Plant oder erbringt eine kantonal anerkannte Institution des Sozialwesens Leistungen, beispielsweise gemäss KVG oder UVG, die über die Betriebsbewilligung hinausgehen, stellt sich die Frage nach einem geeigneten Betriebswirtschaft- und Managementinstrument, das an die kantonalen Instrumente anknüpft und über diese hinaus eine Gesamtsicht und damit eine transparente Kostendeckungsrechnung erlaubt. Sobald die Motivation besteht, die eigenen Leistungen und Strukturen offen zu legen und zu analysieren, sind die Voraussetzungen gegeben, eine auf die Institution zugeschnittene Kostendeckungsrechnung zu erstellen. Diese erleichtert die Steuerung und Finanzierung des Betriebes und seiner Leistungen ebenso wie die Planung und Entwicklung neuer Produkte und Aktivitäten.

Kostendeckungsrechnung Sozialer Einrichtungen im Erwachsenenbereich



*Primäre Leistungen gemäss Betriebsbewilligung / Subsidiäre Leistungen mit gestzlichem Anspruch z.B. nach KVG / Subsidiäre Leistungen ohne gestzlichem Anspruch; private Träger