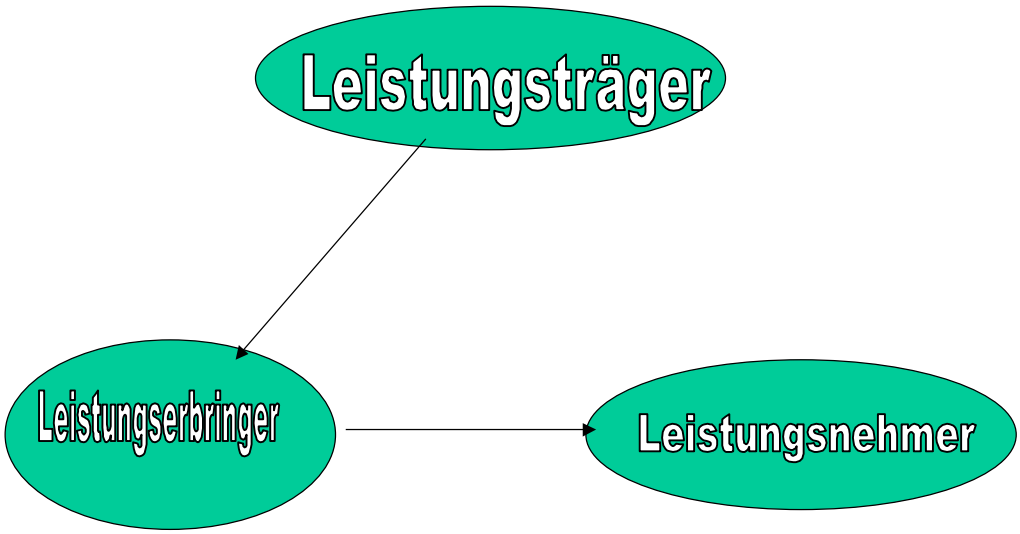
Das Persönliche Budget – eine Pandora für wen?

Pandora war die erste Frau, die auf Befehl des Zeus von Hephaistos geschaffen wurde, um die Menschen für den Raub des Feuers durch Prometheus zu strafen. Es war ein Gebilde aus feuchtem Ton, dem alle Götter einen Teil ihrer guten und schlechten Eigenschaften verliehen hatten und das sie Pandora, die Allbeschenkte, nannten: Athena machte sie lebendig und kleidete sie, Aphrodite gab ihr Schönheit und Anmut, die Chariten schmückten sie, Hermes schließlich bedachte sie mit Verschlagenheit.

Dieses Wesen schickte Zeus dem Bruder des Prometheus als Gattin auf die Erde. Als Mitgift brachte Pandora ein Gefäß mit, in das die Götter alles Leid eingeschlossen hatten. Kaum lüftete sie den Deckel, als Übel und Leiden, Krankheiten und Seuchen aus dem Gefäß hervordrangen und sich über die gesamte Erde verbreiteten. Nur die Hoffnung, die das Leid ertragen hilft, blieb zurück.

Wer der Teilnehmer (Leistungsträger – Leistungsnehmer – Leistungserbringer) des Persönlichen Budgets Gewinner oder Verlierer ist – sich als Prometheus fühlt - möchte ich im Folgenden an Hand ökonomischer, qualitativer und organisatorischer Auswirkungen darstellen.

Bisheriges Leistungsdreieck



1) Ist der Leistungsträger Gewinner?

1.1) Die ökonomische Betrachtung

Ökonomisch müssen wir bei den Leistungsträgern zwischen der einzel- und der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung unterscheiden. Bei der einzelwirtschaftlichen Betrachtung ergibt sich die Gegenüberstellung der Kosten eines Heimaufenthaltes mit ca. 2500 Euro/Monat zu max. 770 Euro/Monat an Eingliederungshilfe in Rheinland-Pfalz. 2003 lag das durchschnittliche Persönliche Budget in Trier bei ca. 300 Euro. Weiter hatte das Persönliche Budget den Nebeneffekt, dass die Leistungsnehmer in längeren Intervallen in die stationäre Psychiatrie eingewiesen wurden. Der Grund liegt im einen, dass der Lebensraum mit der Leistungserbringer gestaltet werden kann und der Leistungserbringer kann frühzeitig auf eine veränderte Lage und Gefährdung (Frühwarnzeichen) aufmerksam werden. Hier spart der Rehabilitationsträger, Krankenkasse, Tagessätze von mehreren hundert Euro.

Gesamtwirtschaftlich müssen die Zahlen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) berücksichtigt werden. Depressive Störungen, Alkoholismus, Schizophrenie und bipolare Störungen liegen unter den 10 häufigsten Erkrankungen. Das hatte für Deutschland die Auswirkungen, dass von 1998 bis 2002 die Zahlen für ältere behinderte Menschen, die altersbedingt auf Hilfen angewiesen sind, um über 50% stiegen. Dieses führte bei den gesamtwirtschaftlich Ausgaben der Eingliederungshilfe (von 1995 bis 2002) zu einem Anstieg von fast 50%. So haben, nach vorläufigen Daten, im Jahr 2004 rund 629.000 Behinderte Eingliederungshilfen in Anspruch genommen, 1994 war es noch 360.000 Menschen. Die Eingliederungsausgaben lagen 2004 bei rund 9,9 Milliarden Euro.

Bei der einzel- und gesamtwirtschaftlicher Betrachtung macht es somit Sinn mehr Leistungsnehmer – bei gleichem Regionalbudget – die Möglichkeit des Erhalts der Eingliederungshilfe zu geben.

1.2) Die qualitative Betrachtung

Bei der qualitativen Betrachtung kommt es wesentlich auf die Kriterien des Benchmarks an. Ich möchte mich hier nur auf den Arbeitsaufwand für die Mitarbeiter der Leistungsträger, Umfang der Dokumentationen, Anzahl der Leistungsnehmer bei gleichbleibendem Regionalbudget, Image der Einrichtung, soziales Gefüge der Gemeinschaft und Anzahl der Arbeitnehmer beschränken.

Der Arbeitsaufwand wird im Gegendsatz zu dem alten Leistungsdreieck, wo die Leistungsträger nur mit den Leistungserbringer monetär und sachbezogen über die Leistungsnehmer kommunizieren, erheblich ausgeweitet werden. Bei der neuen Konstellation müssen alle Leistungsnehmer quantitativ und qualitativ regelmäßig begutachtet werden. Das erfordert auch einen höheren Dokumentationsaufwand der Leistungsträger, obwohl in Rheinland-Pfalz der Individuelle Hilfeplan (IHP) und in anderen Bundesländern das Metzler Verfahren bzw. der Individuelle Behandlungs- – und Rehabilitationsplan (IBRP) der Aktion psychisch Kranke (ApK), in abgeänderten Versionen, als Grundlage dient. War es doch früher üblich am Anfang der Eingliederungshilfe eine Dokumentation auf zu bauen, so ist es heute nötig in regelmäßigen Abständen diese Dokumentation – IHP, Metzler Verfahren, IBRP - zu überprüfen und zu erneuern.

Ein wesentlicher Teil des Arbeitsaufwandes wird auch durch die Zahl der Leistungsnehmer bestimmt. Waren es 2002 bundesweit ca. 7 Menschen mit Eingliederungshilfe - pro 1000 Einwohner -, so wird die Zahl in Zukunft wesentlich höher sein. Dieses resultiert aus den Prognosen der WHO und den Erfahrungen die in Trier und Bernkastel-Wittlich mit dem Persönlichen Budget gemacht wurden. Wenn gleiche qualitative Hilfe mit weniger Kosten erreicht werden kann, führt das zur Reduzierung oder Konstanz der Heimunterbringungen und zur Erhöhung der Menschen, die ambulante Unterstützung in, vor und nach Krisen erhalten können.

Hatten doch bisher die Stadtteile mit Einrichtungen von psychisch/seelisch kranken Menschen ein Imageproblem, so leben die Menschen mit Persönlichem Budget im eigenen Haushalt, mit und ohne Partner, einzeln oder auch in Wohngemeinschaften sowie mitten in der Familie in der ganzen Stadt verteilt. Dabei spielt die berufliche Situation – mit und ohne Arbeitstelle auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt -, Tagesstätte, Arbeitstraining/Rehabilitation, arbeitslos und berentet keine Rolle für den Erhalt des Persönlichen Budgets. Das führt zur Mitbenutzung der sozialen, sportlichen, kulturellen, ökologischen und ökonomischen Einrichtungen der Kommune auch durch die Leistungsempfänger des Persönlichen Budgets. Es müssen keine speziellen Gebäude finanziert werden.

Mit der höheren Zahl der Leistungsnehmer steigt auch der Bedarf der Mitarbeiter bei den Leistungserbringern. Bei der Auswertung der Modellregionen in Rheinland-Pfalz konnte neben der Veränderung in den Leistungsangeboten auch eine Veränderung der eingesetzten Berufsgruppen festgestellt werden. Neben Akademikern waren Fachkräfte des Handwerkers und der Hauswirtschaft sowie - in nicht unerheblichen Maße - ungelernte Kräfte für das Persönliche Budget im Einsatz.

1.3) Die organisatorische Betrachtung

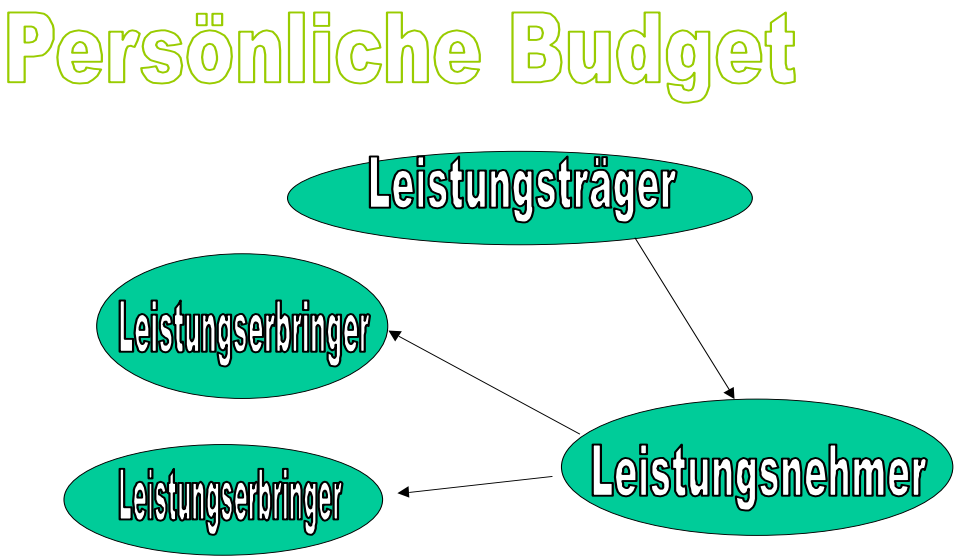
Organisatorisch wirkt die Einführung des Persönlichen Budgets auf den Ablauf - die Arbeitschritte - und den Aufbau der Abteilungsstruktur. Die Einführung des Persönlichen Budgets erfordert folgenden Ablauf in Rheinland-Pfalz:

- **Beantragung beim Leistungsträger oder Leistungserbringer (beim Persönlichen Budget als Komplexleistung nur bei einem Leistungsträger oder einer Servicestelle, der/die alles koordinieren)**
- **Antragsstellung mittels Individuellem Hilfeplan**
- **Besprechung und Entscheidung in der Hilfeplankonferenz**
- **Überprüfung des Persönlichen Budgets nach bestimmter Zeit**

Dieser prozessbedingte Ablauf führt dazu, dass Leistungsträger und Leistungsnehmer mit Einführung des Persönlichen Budgets mindestens zwei mal/Jahr schriftlichen und/oder persönlichen Kontakt haben – was früher nicht nötig war.

Mit Erhöhung des Personals wird die bisherige Abteilungsstruktur grundlegend verändert. Während der Hilfeplankonferenz – die innerhalb von wenigen Wochen nach Beantragung tagt – muss ein Entscheidungsträger der Leistungsträger anwesend sein.

2) Ist der Leistungserbringer Gewinner?



2.1) Die ökonomische Betrachtung

Undifferenziert bedeutet die Einführung des Persönlichen Budgets für die Leistungserbringer geringere Einnahmen/Klient. Haben die Leistungserbringer bisher für einen Heimplatz 2 500 Euro erhalten bringt der Klient jetzt nur noch max. 770 Euro. Wurden früher die Preise landesweit ausgehandelt, so werden heute mit dem Klient die Leistungen und die Bezahlung individuell geregelt. Das führt zu individuellen Kalkulationen der Leistungen pro Klient. Mit den höheren Umlagen und den neuen Leistungen, z.B. bei einer Spezialisierung, entsteht auch die Möglichkeit das Gewinn-Kostenverhältnis individuell zu definieren. Wie schon in der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung der Leistungsträger dargestellt, erwarten die Leistungserbringer ein zweistelliges Wachstum in der Anzahl der Leistungsnehmer, die Eingliederungshilfe beantragen. Dieses führt zu neuen Möglichkeiten für die Leistungserbringer - die sich schon jetzt sehr intensiv fortbilden.

2.2) Die qualitative Betrachtung

Bei der Betrachtung der Leistungserbringer möchte ich mich auf das quantitative und qualitative Leistungsspektrum sowie die Mitarbeiter der Leistungserbringer beziehen.

Das Leistungsspektrum wird sich qualitativ als auch quantitativ verändern! Die Hilfeplanung erfolgt zielorientiert an Hand von konkreten Zielen, die in Rheinland-Pfalz im IHP dokumentiert sind und die in regelmäßigen Abständen in der Hilfeplankonferenz überprüft werden. Die Ziele werden aus der aktuell und individuell angestrebten Lebensform abgeleitet und lebensweltbezogen beschrieben. Die Zielbestimmung dient auch der Evaluation der Zusammenarbeit mit den Klienten. Mit der vielschichtigen Lebensform und Unterstützungsnachfrage der Leistungsnehmer geht auch ein Wechsel der Einstellung der Mitarbeiter von der „Pathogenese“ zur „Salute Genese“ einher. Das bedeutet auch das psychische Erkrankungen als ein bio-psycho-soziales und dynamisches Modell akzeptiert wird.

Bei Bedarf müssen praktische – haushaltstechnische – und kommunikative Unterstützung kurzfristig übernommen werden. Dieses flexible Eingehen auf kurzfristige außergewöhnliche Wünsche bestimmt auch die Beurteilung durch die Leistungsnehmer im Benchmark. Waren bisher die Leistungserbringer „Monopolist“ mit einer Kontrolle durch die Heimaufsicht und der landesweit einheitlichen Kostenverhandlung durch die Liga, so erfolgt die Überprüfung der qualitativen Leistungen und

Kostenbewertung beim Persönlichem Budget nur durch erhöhte oder verringerte Nachfrage nach den Leistungen. Dieses impliziert das Akzeptieren regelmäßiger qualitativer, quantitativer und monetärer Leistungsvergleiche durch die Leistungsnehmer und ihrer Organisationen.

Bei der Realisierung dieser visionären Kriterien ist auch davon aus zu gehen, dass sich einzelne Leistungserbringer auf Spezialleistungen konzentrieren und mit anderen Leistungserbringern zusammenarbeiten. Somit erhalten kaufmännische Strategen Eintritt in die Leitung und Organisation der Leistungserbringer.

Aus dem Grund, weil viele seelische/psychische Krisen am Wochenende und während der betrieblichen Urlaubszeit z.B. zwischen Weihnachten und Neujahr auftreten, werden einzelne Leistungserbringer ihr Angebot verstärkt auf diese kritische Zeit abstellen. Das hat einen nicht üblichen Arbeitsrhythmus der Mitarbeiter zur Folge.

2.3) Die organisatorische Betrachtung

Organisatorisch erhält das Persönliche Budget für die Leistungserbringer strategische Bedeutung: Will der Leistungserbringer Niechen-(Spezialanbieter), Luxusanbieter, Discounter, Allrounder usw. sein hat das zur Folge, dass sich Aufbau- und Ablauforganisation der Philosophie anpassen. Auch führt das Persönliche Budget zur Umgestaltung der sozialpsychiatrischen Einrichtungen und deren Nebengebäude.

Bei Pflichtversorgung ist es wichtig einen regional organisatorischen Bezug zu den Leistungsnehmern zu haben. Ein Großstadtangebot der Leistungen kann im ländlichen Bereich nicht umgesetzt werden wegen der exisitierenden, unterschiedlichen Logistik von Leistungserbringer und –nehmer.

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt ist das Spektrum der Mitarbeiterqualifikationen in den Einrichtungen entsprechend der philosophisch strategischen Ausrichtung. Auch werden sich die sehr flachen Organisationen in den sozialpsychiatrischen Heimen hin zur stärkeren Hierarchisierung verändern.

3) Ist der Leistungsnehmer Gewinner?

3.1) Die ökonomische Betrachtung

Einen Vorteil werden die Leistungsnehmer unter zwei Gesichtspunkten haben: Erhielten die Leistungsnehmer im Heimbereich bei freier Kost und

Logie ca. 80 Euro zur freien Verfügung so können sie beim Persönlichem Budget Wohnsituation, Verpflegung und Teilnahme in der Gesellschaft frei bestimmen, was auch die Verwaltung des gesamten Budgets von mehreren Hundert Euro impliziert. Der zweite nicht unwesentliche Gesichtspunkt für den Erfolg des Persönlichen Budgets sind die freiverfügbaren monetären Leistungen statt der Spitzabrechnung.

Diese ökonomische Situation führte auch zur großen Diskussion zwischen den Teilnehmern in den bundesweiten Modellregionen des Persönlichen Budgets. Einzelne Teilnehmer bezweifeln eine korrekte kooperative Zusammenarbeit durch die Leistungsnehmer. Die Leistungsnehmer wünschen sich jedoch hier eine feine nuanciert abgestimmte Unterstützung durch die Leistungserbringer statt der Forderung nach gesetzlicher Betreuung oder umfassender Assistenz.

3.2) Die qualitative Betrachtung

Die qualitativen Kriterien finden ihren Niederschlag in der Umsetzung des Empowermentgedankens. Durch die Hausbesuche der Leistungserbringer und der kurzfristig regelmäßigen Kontakte können körperlich-vegetative Veränderungen, Änderungen im sozialen Leben, Denken/Sprechen, Verhalten der Gefühle und Empfindungen frühzeitig registriert werden. Frühzeitiges Reagieren im subjektiven Erleben, sozialen Verhalten und biologischen Bereich kann traumatische Psychiatrieeinweisungen verhindern. Dieses kurzfristige kommunikative Reagieren ist bei dem gegenwärtigen ambulanten System nicht mehr gegeben, wo nur noch ein Besuch pro Quartal beim niedergelassen Psychiater bezahlt wird und kurzfristige Krisenbesuche nur sehr schwer umsetzbar ist.

Der Einsatz von sportlicher Aktivität, Kommunikation mit der Allgemeinbevölkerung und fachliche Diskussionen in der VHS, Unterstützung bei Behördengängen und der Hausarbeit sowie der Körperpflege kann kybernetisch positiv auf die Phase der Selbstverantwortung wirken. Supportive Gespräche in Verbindung mit haushaltstechnisch praktischer Unterstützung wirkt umfassend mehrdimensional auf die Phasenprophylaxe.

Diese möglichen Unterstützungen gepaart mit Selbstverantwortung führen zur größeren Selbstbefähigung bis hin zum Wegfall der Leistungen durch das Persönliche Budget.

3.3) Die organisatorische Betrachtung

Im Gegensatz zur Rundumversorgung in den sozialpsychiatrischen Heimen geht das Konzept des Persönlichen Budgets von eigener Aktivität und organisatorischer Fähigkeit aus. Mit Hilfe der Leistungserbringer kann eine eigene individuelle Tagesstrukturierung aufgebaut werden, die im Heimbereich nicht möglich ist. So führt Rheinland-Pfalz 2006, zum Persönlichen Budget der Eingliederungshilfe, das Persönliche Budget für Arbeit exemplarisch und modellhaft ein. Eine Kombination dieser beiden Leistungen wirkt wesentlich auf die selbstbestimmte Tagesstrukturierung.

4) Fazit

Das sich aus dem Modell des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets eine bundesweite Einführung ergibt, besagt die Antwort der Bundesregierung (16/808) auf eine kleine Anfrage der FDP Fraktion (16/703). Wer sich als Teilnehmer (Leistungsträger, -erbringer und –nehmer) des Persönlichen Budgets als Prometheus fühlt muss er und/oder auch sie individuell und selbständig bewerten und er und auch sie kann keine pauschale Beurteilung erwarten. Mit dem Persönlichen Budget entstehen viele Möglichkeiten und Risiken für die ökonomische, qualitative und organisatorische Kreativität der Leistungsträger, - erbringer und –nehmer die positiv wie auch negativ bewertet werden können. Dieser Paradigmenwechsel in der Versorgungslandschaft der somatisch, geistig und seelisch bedürftigen Menschen bringt erhebliche qualitative und quantitative Verwerfung in der Behindertenpolitik mit sich.

Literatur:

M. Banger et al; Der Hausbesuch im Kontext der aufsuchenden Sozialarbeit einer psychiatrischen Institutsambulanz in: Psych. Praxis 31/2004 S. 198 – 292

Ch. Roick et al; Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen in: Psych. Praxis 32/2005 S. 177 – 184

F-J. Wagner; Das Persönliche Budget – Weg oder Irrweg? In: Psych. Pflege 11/2005 S. 183 – 186

F-J. Wagner; Personenzentrierte Hilfen aus Sicht von Betroffenen in: Kerbe 4/2004 S. 19 – 22

F-J. Wagner; Was hat die Enquete Rheinland-Pfalz gebracht? In Psych. Pflege 4/2004 S. 192 – 194

F-J. Wagner; Verhandeln statt Behandeln – Partnerschaft im psychiatrischen Alltag in: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Hrsg.: Aktion psychisch Kranke, 2001, Band 1, S. 128 – 150

B. Scholten; Leben im Heim – oder leben daheim? In: 9. Fachtagung des LVPE Rheinland-Pfalz e.V., Wohnen und Betreuen – heute und morgen, am 23. September 2005 in Hachenburg

T. Schmitt-Schäfer; Entwicklung der Eingliederungshilfe im Landkreis Bernkastel – Wittlich in: Der Landkreis 7/2004 S. 481 - 484

E. Kastl et al; Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt – Persönliche Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg; Tübingen 2005

L. Schulze Steinmann et al; Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime; Bonn 2003

G. Theunissen; Wege aus der Hospitalisierung; Bonn 2000