

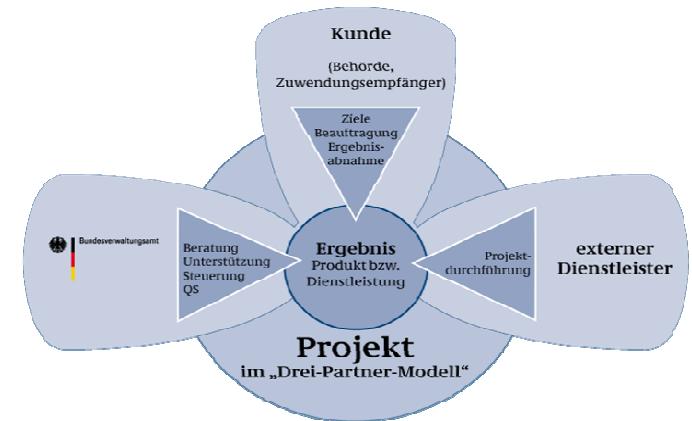


Prozesskettenanalyse im Bereich „Persönliches Budget“ und „Gemeinsame Servicestellen“

Wesentliche Ergebnisse der Workshops

Information für die Reha-Träger

Berlin, 22.02.2011





1.

Ergebnisse der Workshops (T)PB

1.1

Zielsetzung

1.2

Wesentliche Ergebnisse



Workshops (T)PB - Zielsetzung

Zielsetzung des Workshops:

- Erarbeitung hemmender Faktoren in der Umsetzung des (Trägerübergreifenden) Persönlichen Budgets.
- Entwicklung von Optimierungsvorschlägen.
- Erörterung, welche Leistungen sich für ein (T)PB eignen.
- Diskussion wesentlicher Hemmnisse und Verbesserungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Teilprozessen.

Reha-Träger	Thema	Datum / Ort
DGUV	(T)PB	25.8.2010 (ProBudget), Hennef 1.12.2010, Berlin
Bundesagentur für Arbeit	(T)PB	7.12.2010, Frankfurt
Sozialhilfe-Träger	(T)PB	8.12.2010, Frankfurt 9.12.2010, Hamburg
DRV	(T)PB	11.01.2011, Berlin 18.01.2011, Frankfurt
GKV	(T)PB	13.01.2011, Berlin



Hemmnisse bei der Umsetzung des TPB

- **geringe Eignung der Leistungen** für ein TPB (z.B. Komplexleistungen in der medizinischen Reha)
- Kaum Bedarf nach **zeitgleichem Abruf von Leistungen** unterschiedlicher Reha-Träger
- **Hoher Verwaltungs- und Koordinationsaufwand** im Rahmen der Bearbeitung des TPB (weitere Aufgaben wie Erstellung Zielvereinbarung, trägerübergreifender Bescheid, Fehlen von zentralen Strukturen und techn. Unterstützung, keine Sanktionen, Zuständigkeiten)
- **Netzwerkstrukturen zu gering ausgeprägt**
(Ansprechpartner der andern Reha-Träger sind nicht bekannt, Organisation der Teams der GSS ist sehr aufwändig, Teamlisten sind nicht immer vorhanden bzw. aktuell)
- **Geringer Bekanntheitsgrad** des TPB bei den Betroffenen
- **Wissen der Mitarbeiter zum TPB** ist zu gering ausgeprägt (Kein ausreichendes Wissen über budgetfähige Leistungen - v.a. der anderen Träger - und Verfahren der Budgetgestaltung, Aufgabe wird nebenbei wahrgenommen)
- **Sorge vor Missbrauch des TPB**
((T)PB als Weg, um an Leistungen zu gelangen / abgelehnte Leistungen sollten nicht wieder als Budget beantragt werden dürfen / kaum Möglichkeiten der Qualitätssicherung der privaten Leistungen)
- **Nicht ausreichend ausdifferenziertes Verwaltungsverfahren** (Was ist ein TPB? / Sanktionen für Fristinhaltung / Auswahl des Beauftragten / Maßnahmen bei Fehlverhalten)



Hemmisse bei der Umsetzung des PB (1)

- Die **Fähigkeiten der Betroffenen** reichen nicht immer aus, um das (T)PB zu organisieren, wie z.B. das Arbeitgeber-Modell umzusetzen
- Keine ausreichend geregelten oder praxiserprobten **Verfahren zur Bedarfsfeststellung** (Berater bringt meist seine eigene Erfahrung ein. Es besteht ein Mangel an verbindlichen Leistungssätzen - Stundensätze für Einzelleistungen wie z.B. Haushaltshilfen)
- **Aus Sicht der Reha-Träger kaum Nutzen für den Betroffenen**
(viele Leistungen können als Geldleistungen bezogen werden / PB ist ein zusätzlicher Aufwand für den Kunden - Organisation der Leistungserbringung, keine Kenntnisse des erforderlichen Verfahrens / Zufriedenheit mit Sachleistungen / keine Finanzierung der Budgetassistenz / Nachweispflicht für den Kunden / für viele Leistungen besteht ein Wunsch- und Wahlrecht)
- Die Leistung des PB muss **kostenneutral zur Sachleistung** sein - kein Geld für die eigentliche Organisation der Leistungen (z.B. Beschaffung einer Budgetassistenz)
- In ländlichen Gegenden wird das (T)PB aufgrund geringer **Anbietervielfalt** nicht genutzt
- **Öffentlichkeitsarbeit zum (T)PB wenig ausgeprägt** (Die Informationsbroschüren zum (T)PB bzw. Werbemaßnahmen von Anbietern wecken falsche Erwartungen / die allgemeinen (T)PB-Werbemittel des BMAS sind zu unspezifisch, um einen persönlichen Bezug herstellen zu können)



Hemmisse bei der Umsetzung des PB (2)

- **Technische Unterstützung fehlt**
(keine Online-Anträge / keine sichere E-Mail führt zu Einschränkung der Kommunikationsmöglichkeiten der Reha-Berater / veraltete technische Ausstattung in den Behörden)
- **Keine Prozessunterstützung durch Instrumente und Checklisten**
- **Aufwände für die Festlegung der Budgethöhe, die revisionssicher sein muss**
- **Schwierigkeiten / Aufwände bei der Qualitätssicherung der Leistungen**
(hoher Aufwand für die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und für die Abrechnung der Leistungen - sonst Aufgabe zentraler Stellen des Reha-Trägers / keine Regelungen, wie eine Ergebnissicherung bei einem Budget erfolgen sollte bzw. es gibt keine Qualitätskriterien /-standards für die zu beschaffenden Leistungen)



Optimierungsvorschläge zum (T)PB (1)

- Genaue Betrachtung der Leistungen, **die sich für ein TPB eignen**
- Schaffung eines **einheitlichen Verständnisses** zum TPB (Definition, Zählverfahren)
- Einrichtung einer zentralen **Wissensdatenbank**
- **Unterstützung des Bearbeitungsprozesses durch Instrumente**
(Handlungsleitfaden für Beratungsprozess, Checkliste für Beratungsgespräch, Leistungskatalog, Vorlagen für Bescheide / Zielvereinbarungen etc.)
- **Verbesserung der Netzwerkstrukturen**
(z.B. regelmäßige Treffen GSS-Team, trägerübergreifende Schulungen, Besuch jährlicher trägerbezogener Veranstaltungen, zentrale Wissensdatenbank - Expertenforum online / Best-Practices)
- **Bessere Qualifikation der Reha-Sachbearbeiter** über regelmäßige Schulungen (auch eLearning)
- **Budgetermittlung über Pauschalen** transparenter gestalten
- **Unterstützung durch Kompetenz-Center (RT-intern) und zentrale Ansprechpartner**
(Einrichtung von (Online-)Beratungsstellen bei jedem Reha-Träger / Etablierung eines zentralen Ansprechpartners im BMAS (mit Einfluss) für Beschwerden seitens der Reha-Träger / Einrichtung einer zentralen Beratungsstelle zur Unterstützung der GSS bzgl. trägerübergreifenden Aufgaben)



Optimierungsvorschläge zum (T)PB (2)

- **Besser ausdifferenziertes Verwaltungsverfahrens** für die Bearbeitung des TPB (z.B. Regelungen für die Bestimmung des Beauftragten)
- Ausbau des Verfahrens der **Wunsch- und Wahlleistung** (auch im Gesetz)
- **Umfassendere und spezifizierte Öffentlichkeitarbeit für das (T)PB** (träger- und zielgruppenspezifische Informationen)
- **Verbesserung der technischen Unterstützung** (sichere E-Mail-Nutzung, da bei Nennung von Personen Verstoß gegen Datenschutz)
- **Finanzierte Budgetassistenz**, die den Betroffenen in allen Phasen begleitet
- **Erleichterung der Nachweispflichten und Abrechnung** (z.B. über Grenzen für Nachweispflichten, tolerierbare Budgetreste, Pauschalisierung einzelner Leistungen)
- **Verbesserung der Qualitätssicherung der Leistungserbringung** (z.B. QS-Kriterien in der Zielvereinbarung, Beispiel für QS-Kriterien für Reha-Träger, QS der Anbieter über Angebotsvergleiche)



Besonders geeignete Leistungen für ein (T)PB

Welche Leistungen eignen sich besonders für ein TPB?

- Es sollte sich um eine **andauernde, wiederkehrende, nicht komplexe** Leistung handeln
- Es sind **weitaus mehr Leistungen für ein TPB geeignet**, als derzeit genutzt werden – das trifft auf alle Reha-Träger zu
- Leistungen, für die **Nischenangebote** bestehen (z.B. nicht standardisierte Leistungen der Berufsvorbereitung bzw. der beruflichen Anpassung)
- Leistungen, die eine **flexible Leistungserbringung** bieten (z.B. häusliche Pflege)
- Für ein TPB werden meist folgende Leistungen vorgeschlagen:
 - **Ergänzende Leistungen:** (z.B. Rehabilitationssport und Funktionstraining, Reisekosten, Haushaltshilfe, Gebärdensprachdolmetscher, Lernmittel, Unterbringungskosten, Blindenführhund, Hilfsmittel – Betriebskosten, Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, Fahrkosten, Frühförderung, Arbeitsassistenz)
 - **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (z.B. Beförderungskosten, Arbeitsassistenz) und **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**



2.

Ergebnisse des Workshops zur GSS

2.1

Zielsetzung / Vorgehen

2.2

Wesentliche Ergebnisse



Workshops GSS – Zielsetzung / Vorgehen

Der Workshop wurde am 19.01.2011 in Frankfurt gemeinsam mit den Reha-Träger durchgeführt. Alle Reha-Träger, die eine GSS betreiben, wurden eingeladen.

Zielsetzung des Workshops:

- den Status-Quo in den GSS vertiefend erörtern,
- gute Praktiken identifizieren und
- Entwicklungsvorschläge erarbeiten.

3 Arbeitsgruppen (AG):

- AG 1: Aufgabenprofil
- AG 2: Ablauforganisation / Prozesse
- AG 3: Entwicklungsperspektive „GSS 2020“ .

Vorstellung / Erörterung der AG-Ergebnisse im Plenum.



Ergebnisse Arbeitsgruppe 1 „Aufgabenprofil“ (1)

bisherige wahrgenommene Aufgaben der GSS:

- **Information der Betroffenen** über den Begriff des (T)PB sowie die Leistungsvoraussetzungen für die Inanspruchnahme
- **Klärung des Rehabilitationsbedarf und der Zuständigkeit** sowie Herstellung des Kontaktes zu den anderen Reha-Trägern
- **Organisation der Treffen der Reha-Träger** zur Leistungsabgrenzung nach Antragsannahme; Protokollierung und Übersendung des Protokolls an alle Reha-Träger
- **Prüfung der Einhaltung der Ergebnisse** im späteren Bescheid anhand des Protokolls
- **Betreuung des Betroffenen** in der Phase der Leistungserbringung nur bei Bedarf
- **Öffentlichkeitsarbeit zum (T)PB:** z.B. Vorträge bei Verbänden, Auslegen von Flyern in der GSS und anderen Institutionen, Plazierung von Fachartikeln, Betrieb von Informationsständen auf Messen bzw. bei Veranstaltungen von Verbänden



Ergebnisse Arbeitsgruppe 1 „Aufgabenprofil“ (2)

Hemmisse:

- Unzureichende Informationen in den Medien führen zu falschen Erwartungen beim Betroffenen an das (T)PB
- Mitarbeiter der GSS werden zu wenig trägerübergreifend geschult - Leistungen der anderen Reha-Träger unzureichend bekannt
- Geringe Anzahl von (T)PB führt zu zu wenig Erfahrung / Routine bei der Bearbeitung eines (T)PB – hoher Aufwand bei der Bearbeitung des auftretenden Einzelfall
- Kaum Öffentlichkeitsarbeit durch die GSS, so dass der Bekanntheitsgrad dieser GSS sehr gering ist
- Die jeweiligen Listen der Ansprechpartner der GSS ist nicht immer aktuell

Verbesserungen:

- Konkrete Informationen der Betroffenen über die Leistungen des (T)PB und darüber was das (T)PB ist
- Der GSS-Mitarbeiter sollte regelmäßig (min. 2 x im Jahr) bundesweit einheitliche, trägerübergreifende Schulungen besuchen und über aktuelle Themen informiert werden
- Die GSS sollte verstärkt Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit ergreifen (u.a. Vorträge bei den Behindertenverbänden, bei der Schwerbehindertenvertretung und bei anderen Beratungsstellen (z.B. Pflegestützpunkte)
- Einrichtung einer trägerübergreifenden, zentralen Wissensdatenbank für die GSS (Kontaktpersonen anderer GSS, Mustervorläufe, Vordrucke etc.)



Ergebnisse Arbeitsgruppe 1 „Aufgabenprofil“ (3)

Unterstützt ihre jetzige Aufgabenwahrnehmung in der GSS die Verbreitung der (T)PB?

- Nein; Informations- und Beratungsgespräche führen eher dazu, dass der Betroffene sich gegen das (T)PB entscheidet

Worin besteht der Mehrwert der GSS?

- Trägerübergreifende, neutrale Information und Beratung des Betroffenen zum (T)PB
- Der Betroffene hat nur einen Ansprechpartner, der das (T)PB aktiv organisiert (Beschleunigung des Verfahrensabwicklung / Entlastung beteiligter Reha-Träger)
- Hohe Erreichbarkeit der Mitarbeiter in der GSS
- Mitarbeiter der GSS sind meist trägerübergreifend tätig – mehr Kompetenzen als der Reha-Fachberater

Warum kommen so wenige in die GSS?

- Der Versicherte kennt bereits (teilweise seit Geburt an) seine Ansprechpartner der Reha-Träger – GSS mehr für neue Betroffene, die noch keine Netzwerke haben
- Die ersten Ansprechpartner für die Betroffenen sind häufig die Selbsthilfegruppen der Behindertenverbände, die über umfangreiche, praktische Erfahrungen verfügen
- Der Bekanntheitsgrad der GSS ist teilweise zu gering, da in vielen GSS zu wenig Öffentlichkeitsarbeit gemacht wird
- Teilweise sind die Entfernungen zur GSS (bis zu 100 km) zu weit



Ergebnisse Arbeitsgruppe 2 „Prozesse“

Die GSS sind Beratungsstellen zur:

- umfänglichen und übergreifenden Beratung über alle Rehaleistungen / Rehatträger
- Unterstützung bei der (weitgehenden) Klärung des Hilfebedarfs
- Feststellung von Zuständigkeiten
- Unterstützung bei der Antragstellung für Leistungen anderer Rehatträger

Die GSS sind keine Fallmanager zumTPB, es findet kaum / nicht regelhaft statt:

- Beratung zum PB und TPB
- Hilfeplankonferenzen
- Begleitung der Entscheidungsphase (allerdings Beratung, z.B. bei Widersprüchen)
- Koordinierung zwischen Rehatträgern bei der Leistungserbringung



Ergebnisse Arbeitsgruppe 2 „Prozesse“

Hemmnisse:

- Fehlende eigene Personalkapazitäten
- Parallelarbeit am „Standardarbeitsplatz“
- Keine Standards der Aufgabenwahrnehmung
- Kein rechtssicheres Verfahrensverfahren für die Koordinierung der Rehatträger

Vorschläge zur Überwindung*:

- Einbeziehung in die Personalbemessung
- Dokumentation der Beratung
- Festlegung von Mindeststandards zur Stellenausstattung und Aufgabenwahrnehmung
- Etablierung Fallmanagement
- Einsatz von Wiki-Instrumenten zur Informationsbereitstellung
- Konkretisierung der Verfahrensrichtlinien, insbesondere für Streitfälle (z.B. bei Frist-Nichteinhaltung)
- Vernetzungs-Tool

* Die Vorschläge beziehen sich auf die bisher wahrgenommenen Aufgaben



Ergebnisse Arbeitsgruppe 3 „Perspektive 2020“

Hemmnisse / Probleme:

- „Fälle“ werden weggeschickt,
- geringe Anzahl an Fällen führt zu fehlender Legitimation der GSS,
- Mangel an fachlich und persönlich geeignetem Personal,
- In der Regel kein für die GSS abgestelltes Personal (wird „nebenbei“ erledigt),
- Keine finanziellen Anreize zur Einrichtung von GSS,
- Netzwerkgedanke wenig ausgeprägt.

GSS = derzeit ein Hilfskonstrukt für die noch nicht ausreichende Zusammenarbeit der Reha-Träger
„Wenn die Zusammenarbeit besser klappt, dann braucht man die GSS nicht mehr“.



Ergebnisse Arbeitsgruppe 3 „Perspektive 2020“

Entwicklungsvorschläge für eine regionale Umsetzung:

- Einrichtung eigener Planstellen für die GSS
- Beschäftigung von qualifiziertem und motiviertem Personal
- Aufbau und die Pflege von regionalen Netzwerken (zeitintensiv)
- Nutzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) zur Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern, Kommunen, etc.
- Forcierung der Öffentlichkeitsarbeit auf regionaler Ebene, flankiert durch eine bundesweite Kampagne
- starker Führungswillen / Führungsunterstützung durch die Geschäftsführer vor Ort

Vorschläge können alle unter den derzeitigen Rahmenbedingungen von Führungskräften umgesetzt werden.

GSS als neutraler Lotse (nicht gleichzeitig Reha-SB, sondern eigenständige Funktion) möglich unter Beibehaltung der bestehenden Trägerschaft



Ergebnisse Arbeitsgruppe 3 „Perspektive 2020“

Entwicklungsvorschläge für eine bundesweite Umsetzung:

- Einrichtung eines Wissensportals
- Definition trägerübergreifender Qualitätsstandards
- Bundesweite Öffentlichkeitsarbeit zur GSS
- Umlage der Kosten der GSS auf alle Rehabilitationsträger ????

Vorschläge für Modellprojekte:

- Modellprojekt: bundesweites Wissensportal
- Modellprojekt: Reha-Management
bessere trägerübergreifende Verzahnung der medizinischen und beruflichen Reha zur Verringerung der gesamten Reha-Kosten.
- Modellprojekt: trägerübergreifende Erarbeitung von Qualitätsstandards



Gesamtfazit zum Workshop GSS

- Der Bedarf auf Arbeitsebene an einem „Neustart“ der GSS ist groß.
- Die Aufgabenwahrnehmung ist derzeit sehr unterschiedlich.
 - Es gibt bereits heute „Best Practice“-GSS, die fast vorbildlich arbeiten.
 - Diese „Best-Practices“ sollten als Qualitätsstandard für alle verbindlich gelten.
- Die GSS können im Rahmen der bestehenden Strukturen optimiert werden.
 - Es müssen Ressourcen bereitgestellt werden.
 - Die aktive Unterstützung durch die Geschäftsführer (Führungsrolle) ist erforderlich.
 - Dieser Prozess muss auf hoher politischer Ebene mit Nachdruck unterstützt / eingefordert werden.
- Der Neustart der GSS kann über Modellprojekte operativ vorangetrieben werden.
 - In den Modellprojekten werden Strukturen, Hilfsmittel, Instrumente operationalisiert, erprobt und deren Wirkung bewertet (Nachsteuerung)