

# **Bundesarbeitsgemeinschaft**

*der überörtlichen Träger der Sozialhilfe*

---

Bernd Finke  
Geschäftsführer der BAGüS  
48133 Münster

Tel.: 0251 591-6530  
Fax: 0251 591-6539  
E-Mail: [bag@lwl.org](mailto:bag@lwl.org)  
<http://www.bagues.de>

Münster, 23. Januar 2006

## **Das trägerübergreifende persönliche Budget aus Sicht der überörtlichen Träger der Sozialhilfe<sup>1</sup>**

### **1. Vorbemerkungen - gesetzliche Grundlagen**

Das persönliche Budget als neues Instrument der Steuerung von Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung gewinnt international an Bedeutung. Erfahrungen mit dem persönlichen Budget im Ausland, z.B. in den Niederlanden, in Großbritannien und in Schweden, sind insgesamt ermutigend und weisen darauf hin, dass es sich positiv auf die Lebensführung und die gesellschaftliche Teilhabe von behinderten Menschen auswirken kann, wenn sie selbst und eigenverantwortlich über Geldmittel zur eigenen Disposition und Deckung ihrer persönlichen individuellen Bedarfe verfügen.

Vorreiter in Deutschland war das Land Rheinland-Pfalz, welches bereits am 1. September 1998 einen Modellversuch startete und nach gewissen Anlaufschwierigkeiten gute Erfahrungen sammeln konnte und eine hohe Akzeptanz erreichte<sup>2</sup>.

In Deutschland wurden mit Einführung des SGB IX zum 1. Juli 2001<sup>3</sup> die rechtlichen Voraussetzungen für diese neue, die klassischen Leistungsformen (persönliche Hilfen, Sachleistungen, Geldleistungen) ergänzende Leistungsvariante geschaffen. Deren konkrete Ausgestaltung wurde mit der Neufassung und Ergänzung von § 17 SGB IX und dem Erlass einer Budgetverordnung zum 1. Juli 2004 erheblich voran gebracht. Es ist zunächst als „Kann-Leistung“ ausgestaltet.

Von besonderer Bedeutung ist, dass seit Inkrafttreten des SGB IX im Jahre 2001 das persönliche Budget nunmehr trägerübergreifend ausgeführt werden kann. Dies bedeutet, dass sich das Budget aus Geldleistungen verschiedener Leistungsträger zusammensetzt. Die Bewilligung erfolgt als „Komplexleistung“, sodass es für Budgetnehmer „wie aus einer Hand“ empfunden wird und auch als ein Geldbetrag ankommt.

---

<sup>1</sup> Zusammenfassung von 3 Vorträgen, die der Verfasser anlässlich von Fachtagungen zur Einführung und Umsetzung des TPB am 14.11.2005 in Berlin (Fachtagung des Deutschen Vereins), am 15.11.2005 in Frankfurt (Fachtagung des Paritätischen Kompetenzzentrums Persönliches Budget Mainz) und am 11.1.2006 in Marburg (Fachtagung der Bundesvereinigung Lebenshilfe) gehalten hat.

<sup>2</sup> S. Abschlussbericht zum Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz vom 29.3.2004, veröffentlicht auf der Internetseite des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz

<sup>3</sup> Gesetz vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046)

Neben den Rehabilitationsleistungen, die gesetzliche Krankenversicherungen, die Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung, die Träger der Kriegsopferfürsorge, die Bundesagentur für Arbeit, sowie die Jugend- und Sozialhilfeträger nach dem jeweils für sie geltenden Leistungsrecht zu erbringen haben, können auch die Leistungen der Pflegeversicherung, der Integrationsämter, der Krankenversicherung, soweit sie nicht Rehabilitationsleistungen sind, sowie die Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe einbezogen werden<sup>4</sup>.

Zur Erprobung ist ein Zeitraum vom 1. Juli 2004 bis 31. Dezember 2007 vorgesehen. Dabei sollen insbesondere modellhaft Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erprobt werden<sup>5</sup>. Danach soll das trägerübergreifende persönliche Budget als Pflichtleistung gesetzlich verankert werden, also als Leistungsform, auf die behinderte Menschen einen Rechtsanspruch haben, wenn sie diese Form der Leistungserbringung wünschen.

## 2. Erwartungshaltung

Welche Erwartungen bestehen an ein trägerübergreifendes persönliches Budget?

### 1) Die Bundesregierung

*„Teilhabe fordern, fördern und sichern, lautet das Programm des SGB IX, indem erstmals die Möglichkeit der Leistungserbringung durch ein trägerübergreifendes persönliches Budget gesetzlich vorgesehen wurde. Sie erfordert deshalb Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit. Teilhabe bedeutet, behinderte Menschen in die Lage zu versetzen, ihr Leben selbst organisieren zu können. Voraussetzung in unserem gegliederten Sozialsystem ist deshalb, dass auch bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger die Gesamtleistung durch Koordination und Kooperation dem Berechtigten gegenüber „wie aus einer Hand erbracht“ erscheinen sollte. Ein hervorragendes Instrument zur Erreichung dieser Ziele ist das trägerübergreifende persönliche Budget“<sup>6</sup>. und weiter...“Das persönliche Budget ist auch ein Steuerungsinstrument, an das die Erwartung geknüpft ist, dass bei seiner breiten Einführung sich neue Angebotsstrukturen entwickeln werden - und damit auch Wettbewerb. Zwar steht die Bedarfsgerechtigkeit an oberster Stelle, gleichwohl wird angesichts der dramatischen Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nicht realisierbar sein, diese Situation durch weitere Belastungen noch zu verschärfen“.*

Insgesamt erscheint es wichtig, die Bemühungen um Ambulantisierung, die Absicht des Gesetzgebers, Leistungen als Komplexleistungen und damit aus einer Hand erbringen zu lassen sowie das trägerübergreifende persönliche Budget im engen Zusammenhang zu sehen und zu beleuchten, weil mit diesen Instrumenten die Ziele des SGB IX erreicht werden sollen. Dabei hat die Einführung des persönlichen Budgets einen zentralen Stellenwert<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> § 17 Abs.2 Satz 4 SGB IX

<sup>5</sup> § 17 Abs. 6 SGB IX

<sup>6</sup> Vortrag Ministerialdirektor Wilmerstadt (BMGS) anlässlich der Fachtagung der BAGüS am 3.4./Juni 2004 Münster

<sup>7</sup> s. hierzu auch Koalitionsvertrag vom 11.11.2005, S. 84)

Die Vertreter der Bundesregierung betonen bei allen Gelegenheiten<sup>8</sup>, dass damit ein Paradigmenwechsel vollzogen sei. *Im Mittelpunkt der Behindertenpolitik steht nicht mehr der behinderte Mensch als Objekt der Fürsorge, sondern der selbstbestimmte behinderte Mensch mit individuellem Anspruch auf Rehabilitation und Teilhabe.* Die Zielrichtung ist also klar: weg von der institutionellen, hin zur individuellen, zielorientierten und funktionalen Rehabilitation.

## 2) Die Behinderten- und Interessensverbände

Die Verbände haben das trägerübergreifende persönliche Budget stets begrüßt, jedoch weitergehende Forderungen an den Gesetzgeber und die Leistungserbringer gestellt. Insbesondere kritisieren sie die Begrenzung auf die üblicherweise zu bewilligenden Sachleistungen der jeweiligen Sozialleistungsträger sowie die fehlende Finanzierungsabsicherung eines Budgetassistenten<sup>9</sup>.

## 3) Die Behinderteneinrichtungen und ihre Verbände

Behinderteneinrichtungen und ihre Verbände treten der neuen Form der Leistungserbringung teils mit großer Skepsis und Zurückhaltung entgegen. Besonders deutlich kommt dies durch eine – bewusst provokative – These anlässlich einer Fachtagung des Paritätischen Kompetenzzentrums Persönliches Budget im November 2005 in Frankfurt zum Ausdruck: *„Heulen und Zähneklappern bei den Leistungserbringern“.* *Einrichtungsträger glauben zwar nicht, dass es für sie so schlimm kommen wird, wenn sich das persönliche Budget auf breiter Linie durchsetzt. Doch es macht sehr deutlich: bei den Einrichtungen und besonders ihren Mitarbeitern herrscht Verunsicherung.* Dies zeigt sich z.B. dadurch, dass die Gewerkschaften nach Informationen aus Baden Württemberg die Mitarbeiter vor negativen Folgen für sie als Folge der Ambulantisierung gewarnt haben.

Die Verbände *„halten das persönliche Budget für ein geeignetes Instrument, damit den behinderten Menschen ein erheblich höheres Maß an Selbstbestimmung und Teilhabe gegeben wird. Der traditionelle Einfluss der Anbieter und der Wohlfahrtsverbände werde sich verändern, aber auch neue Möglichkeiten der Gestaltung der Marktbeziehungen eröffnen“*<sup>10</sup>. Die Erkenntnis, welche Chancen in den veränderten Rahmenbedingungen für die Einrichtungen liegen, ist von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich, wie sich an den Aktivitäten zeigt. So erkennen eine Reihe von Einrichtungsträgern nicht nur die Notwendigkeit, sondern auch die Chancen, die für sie in diesem Veränderungsprozess liegen können und orientieren sich durch Flexibilisierung ihres Angebotes um.

Auch das Projekt PerLe<sup>11</sup> ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen. Hierin wird erprobt, wie für behinderte Menschen in stationären Einrichtungen ein größeres Budget – als das klassische Taschengeld – bereitgestellt werden kann, um auch für diese Menschen Eigenständigkeit und Selbstbestimmung .zu stärken. Ein ent-

---

<sup>8</sup> s. u.a. Vortrag von Herrn MR Rombach (BMAS) anlässlich einer Veranstaltung der Lebenshilfe in Marburg vom 2.-4.11.2005

<sup>9</sup> s. u.a. Stellungnahme von versch. Verbänden S. 44 ff der Vorläufigen Handlungsempfehlungen der BAR vom 1.11.2004

<sup>10</sup> aus Diskussionsvorlage der Steuerungsgruppe persönliches Budget des CBP (Stand: 31.01.2005)

<sup>11</sup> Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität (PerLe): Projekt der Uni Dortmund, Rehabilitationssoziologie (Prof. Dr. Elisabeth Wacker) in Kooperation mit der Uni Tübingen, Zentrum zur Interdisziplinären Erforschung der Lebenswelten behinderter Menschen (Dr. Heidrun Metzler)

sprechendes Modell wird zur Zeit in einer Einrichtung der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel erprobt<sup>12</sup>.

#### 4) Die Sozialhilfeträger

Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe aber auch Kreise und kreisfreie Städte in unterschiedlichen Regionen engagieren sich im Bemühen um Einführung des persönlichen Budgets, wie sich an der Teilnahme an den Modellprojekten aber auch an anderen nicht vom Bundesmodell begleiteten Modellen zeigt. Grundsätzlich verfolgen sie die gleichen Ziele, die auch für Politik und Bundesregierung gelten, also Bedarfsgerechtigkeit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit. Allerdings ist nicht zu leugnen, dass der fiskalische Gesichtspunkt für sie eine zentrale Bedeutung hat. Sie sind nämlich fest davon überzeugt, dass eine Weiterentwicklung der Leistungen für behinderte Menschen angesichts der Finanzsituation der öffentlichen Hand und insbesondere bei den Sozialhilfeträgern nur gelingen wird, wenn diese auch mit einer Umsteuerung der Sozialhilfeleistungen zu mehr Effizienz der eingesetzten Mittel verbunden ist, wie dies auch mit dem vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge unterbreiteten Vorschlag für ein Bundesteilhabegeld<sup>13</sup> verfolgt wird.

Der Grundsatz ambulant vor stationär ist „zum Erfolg verdammt“, wenn auf Dauer die Eingliederungshilfe insgesamt und damit die notwendigen Hilfen für den Einzelnen finanzierbar bleiben sollen. Das persönliche Budget ist dabei ein wichtiger Baustein in der Palette der vorhandenen Steuerungsinstrumente.

Die Sozialhilfeträger können deshalb Forderungen nicht unterstützen, die gesetzlich geregelte Begrenzung der Budgetleistungen<sup>14</sup> auf die klassischen Regelleistungen aufzuheben, um z.B. die zusätzliche Finanzierung von Kosten für Budgetassistenten für notwendige Beratung und Unterstützung immer zu ermöglichen oder auch die umfangreichen Leistungen für schwerstbehinderte Menschen in ambulanten Wohnformen, die oftmals in stationären Einrichtungen kostengünstiger erbracht werden können, zu finanzieren.

### **3. Ausgangspunkt und Ziele des trägerübergreifenden persönlichen Budgets**

Zum Verständnis der Zusammenhänge und der systematischen Umsteuerung der Leistungserbringung zunächst eine rückblickende Betrachtung:

- 1) § 93 a BSHG ist mit dem Gesetz zur Reform der Sozialhilfe im Jahre 1996 eingefügt worden und sollte einen grundsätzlichen Systemwechsel herbeiführen. Nicht mehr die standardisierte Pauschalleistung der Einrichtung, sondern der individuelle Bedarf sollte im Mittelpunkt der Hilfe stehen. Die Umsetzung ist bis heute nicht bzw. nicht vollständig gelungen. So orientieren sich die Bundesempfehlungen nach § 93 d Abs. 3 BSHG (seit 1.1.2005 § 79 Abs. 2 SGB XII) aus dem Jahre 1999 aber auch einer Reihe von Landesrahmenverträgen bei der Kalkulation der Vergütungen nicht ausschließlich am Bedarf der Betroffenen, sondern weitgehend am Leistungsangebot mit nach wie vor einrichtungsspezifischen Anteilen. Ein externer Vergleich, wie ihn die Rechtsprechung fordert, ist in diesen Empfehlungen bzw. Vereinbarungen nicht verankert.

---

<sup>12</sup> Modellversuch zur Einführung eines persönlichen Budgets im Wohnheim am Stadtring des Stiftungsbereichs Behindertenhilfe der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel (Perle 2)

<sup>13</sup> s. Nachrichtendienst des DV 1/2005 Seite 2 ff

<sup>14</sup> § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX

Die Rechtsprechung ist hier offensichtlich den Vereinbarungspartnern voraus. So hat das Niedersächsische Oberverwaltungsgericht<sup>15</sup> im August des vergangenen Jahres klare Vorgaben an die Vertragspartner formuliert.

- Es kommt bei der Durchführung des Vergleichs nicht auf die tatsächlichen Kosten der Einrichtung an, sondern einzig die zu vergleichenden Leistungen sind maßgeblich.
- Mischpflegesätze (Einheitspflegesätze) sind unzulässig, weil sie den externen Vergleich von Leistungen und Preisen verhindern. Einrichtungsträger sind daher verpflichtet, Vergleichbarkeit der Leistungen herzustellen.
- Die Hilfebedarfsgruppen sind entsprechend den auf Landesebene vereinbarten Regelungen verpflichtend zu bilden, weil ohne diese ein externer Vergleich nicht möglich ist.

2) Die politische Stärkung des Prinzips „ambulant vor stationär“ als Mittel der Steuerung und passgerechten Leistungserbringung wurde gesetzlich umgesetzt mit dem SGB IX und dem SGB XII, und zwar

- in § 19 Abs. 2 SGB IX, worin geregelt ist, dass Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form erbracht werden, soweit die Ziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind,
- durch § 9 Abs. 2 SGB XII, wonach die ambulanten Leistungen ausdrücklich Vorrang vor stationären Leistungen haben, und schließlich
- durch § 97 Abs. 2 Satz 2 SGB XII; danach ist eine einheitliche Zuständigkeit für bestehende Leistungskomplexe vorgeschrieben, die die Länder spätestens bis zum 01.01.2007 umzusetzen haben.

Ziel ist aber auch – wie bereits erwähnt - die Überwindung des gegliederten Sozialleistungssystems in Deutschland durch die Erbringung von Komplexleistungen aus einer Hand, wobei eine der besonders geeigneten Formen der Leistungserbringung zur Erreichung dieses Zieles die Form des trägerübergreifenden persönlichen Budgets ist<sup>16</sup>.

#### **4. Erwartungen der Sozialhilfeträger**

Das trägerübergreifende persönliche Budget ist nicht nur eine Weiterentwicklung des Rechtes behinderter Menschen auf Teilhabe und Selbstbestimmung, sondern soll auch dazu beitragen, die Entwicklung der Eingliederungshilfe umzusteuern. Dies ist für die Träger der Sozialhilfe ein weiterer wesentlicher Aspekt.

Hierzu die Entwicklung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff SGB XII in Zahlen<sup>17</sup>:

---

<sup>15</sup> s. u.a. Urteil vom 24.8.2005 (Az. 4 L 811/99)

<sup>16</sup> so MD Wilmerstadt, s. Fußnote 2

<sup>17</sup> aus den jeweiligen Jahresberichten des Statistischen Bundesamtes

- Insgesamt gaben die Sozialhilfeträger nach rd. 6,3 Mrd. Euro brutto im Jahre 1994 rd. 10,9 Mrd. Euro brutto im Jahre 2003 für die Eingliederungshilfe aus. Dies entspricht einer Steigerung von 73 %. Allein auf die Leistungen in teilstationären und stationären Einrichtungen entfallen inzwischen 10,1 Mrd. Euro. Damit nimmt die Eingliederungshilfe mit 43 % die umfangreichste Position unter allen Hilfformen der Sozialhilfeträger ein. Selbst die bis zur „Hartz IV-Reform“ getätigten Ausgaben der Sozialhilfeträger für die Hilfe zum Lebensunterhalt blieb dahinter zurück (39 %).
- die Zahl der Leistungsempfänger/innen in Werkstätten für behinderte Menschen stieg von rd. 124.900 im Jahre 1994 auf rd. 197.000 im Jahre 2003, also eine Steigerung in 10 Jahren von 57,7 % - mit dramatisch steigender Tendenz,
- die Aufwendungen der Sozialhilfe stiegen im gleichen Zeitraum für Werkstätten von rd. 1,96 Mrd. Euro auf rd. 3,26 Mrd. Euro, also um 66,3 %,
- in stationären Einrichtungen für behinderte Menschen stieg die Zahl der Leistungsempfänger/innen von 141.746 Personen im Jahre 1994 auf 235.377 im Jahr 2003, also eine Steigerung in 10 Jahren von 66 %,
- die Aufwendungen der Sozialhilfe erhöhten sich wiederum im gleichen Zeitraum hierfür von 2,71 Mrd. Euro auf 5,33 Mrd. Euro, also sogar um 96,7 %.

In den nächsten Jahren ist mit einer Fortsetzung der Fallzahl- und Kostenentwicklung zu rechnen, da die Zahl der behinderten Menschen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, weiter ansteigt. Diese Entwicklung ist angesichts der finanziellen Situation der öffentlichen Hand nicht weiter tragbar. Würde nämlich nichts geschehen, wäre die Eingliederungshilfe künftig unter den heutigen Rahmenbedingungen nicht mehr finanzierbar.

Es besteht die Notwendigkeit, den Ausbau stationärer Strukturen signifikant zu beeinflussen, da – wo möglich - sogar stationäre Strukturen längerfristig abzubauen und ambulante Alternativen, wie betreute Wohnformen, auszubauen. Die Sozialhilfeträger erwarten in diesem Zusammenhang auch vom persönlichen Budget und dem damit verbundenen Paradigmenwechsel für sie positive finanzielle Effekte.

Ein weiteres Ziel des gesamten Prozesses der Umsteuerung und Neuorientierung ist auf Dauer die Aufhebung unterschiedlicher Leistungsformen, die sich an den jeweiligen Strukturen der Hilfe orientieren, also unabhängig davon sind, ob es sich um ambulante, stationäre oder teilstationäre Leistungen handelt. Der Leistungsumfang darf künftig nicht davon abhängen, ob diese Leistungen in ambulanter Form, in teilstationären oder stationären Einrichtungen erbracht werden. Notwendige Leistungen müssen von ihrer Struktur her gleichgestaltet sein. Auch dies ist eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen des Umbaus unseres sozialen Systems.

Deshalb unterstützt die BAGÜS keine Initiativen nur zur Verbesserung der Situation von Heimbewohnern, z.B. wenn der Abbau von Belastungen der Heimbewohner durch die Gesundheitsreform gefordert wird. Auch die teilweise geforderte Wiedereinführung des Zusatzbarbetrages wird deshalb als nicht zielführend angesehen. Wenn Verbesserungen diskutiert werden, so müssen diese für alle behinderten Menschen gelten, egal, ob sie in ambulanter oder stationärer Wohnform leben.

## **5. Probleme der Leistungserbringung von Komplexleistungen, die die Einführung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets erschweren**

Die Umsetzung des persönlichen Budgets läuft nur langsam an. Erhebliche Überzeugungskraft muss deshalb von allen am Umsetzungsprozess Beteiligten aufgebracht werden, um das trägerübergreifende persönliche Budget zunächst in den Modellregionen und dann flächendeckend erfolgreich einzuführen.

Dafür, dass dies noch nicht wie beabsichtigt gelingt, können vor allem folgende Gründe genannt werden:

1. Die unterschiedlichen Systeme der einzelnen Sozialleistungsträger: Während für einen Großteil der Sozialleistungen das Versicherungssystem prägend ist, gilt für die Jugendhilfe und insbesondere für die Sozialhilfe das Fürsorgesystem. Diese unterschiedlichen Systeme sind nicht einfach zusammenzuführen und zu vereinen.
2. Mit dem trägerübergreifenden persönlichen Budget wird verbunden, dass die Sachleistung der Sozialleistungsträger nunmehr in eine Geldleistung umgewandelt wird. Dieser Wechsel vom das Versicherungssystem prägenden Sachleistungsprinzip zur Geldleistung bereitet aber gerade den Sozialversicherungsträgern große Schwierigkeiten. Dass das persönliche Budget weit überwiegend in der Sozialhilfe beantragt und erprobt werden kann, hat auch seine Ursache darin, dass Sozialhilfeträger schon immer ihre Leistungen nicht als Sachleistungen, sondern als Geldleistungen erbracht haben.
3. Das soziale Leistungsrecht kennt zwei völlig konträre Begriffe der Behinderung. Auf der einen Seite ist dies die Schwerbehinderung, dessen Grad durch den Schwerbehindertenausweis dokumentiert und von der Versorgungsverwaltung festgestellt wird. Die weitgehend der sozialen Entschädigung angelehnte Philosophie unterscheidet sich grundlegend vom Behinderungsbegriff, wie er in leistungsrechtlichen Vorschriften, insbesondere in der Sozialhilfe verankert ist. Diese systematischen Unterschiede passen kaum zusammen.

Daneben gibt es natürlich ganz praktische Hemmnisse. Hier sind vor allem zu nennen:

1. Verunsicherung der betroffenen Menschen und fehlendes gegenseitiges Vertrauen. Hier spielt sicherlich die „Versorgungsmentalität“ und der Drang nach dem „lebenslang versorgt sein wollen“ der Deutschen eine wichtige Rolle, die aber auf Dauer – wie zunehmend in unserem Arbeitsleben auch – nicht garantiert werden kann. Wie kann diese Mentalität überwunden werden? Einrichtungsträger sollten z.B. nicht mehr mit dauerhaft sicheren Heimplätzen werben, sondern diese Leistungen den nachfragenden Personen und ihren Angehörigen zunächst als Chance zum Erlernen von Fähigkeiten mit dem Ziel des Übergangs zum selbstbestimmten betreuten Wohnen anbieten. Dies wäre ein erster wichtiger Schritt!
2. Vorbehalte bei den klassischen Leistungsanbietern im Hinblick auf die für sie nur schlecht kalkulierbaren Veränderungen. Es ist wichtig, dass die Einrichtungsträger nicht nur die Nachteile oder Unwägbarkeiten in den Veränderungen sehen, sondern auch auf dem sich verändernden Nachfragemarkt neue Chancen für neue Leistungsangebote erkennen und diese ergreifen.

3. Zurückhaltung bei den Leistungsträgern vor allem wegen der enormen Arbeitsbelastung und des hohen Arbeitsanfalls beim Zustandekommen und der Begleitung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets und schließlich
4. Fehlen eines schlüssigen und überzeugenden „Vermarktungskonzeptes“, und zwar sowohl der Leistungsträger, als auch der Leistungsanbieter.

Ein engagiertes Eintreten für die Umsetzung der Ziele des trägerübergreifenden persönlichen Budgets und eine überzeugende Vermittlung setzen voraus, dass die maßgeblich handelnden Akteure selbst von der Notwendigkeit aber auch von den Vorteilen dieser neuen Leistungsform überzeugt sind. Nur wenn dies erreicht wird, werden die Leistungsanbieter mit ihrem großen „Know-how“ auch die notwendigen Vermarktungskonzepte entwickeln. Ich hoffe nicht, dass dies erst eintritt, wenn auch der letzte Träger erkennt, dass die Leistungen in der klassischen Form dauerhaft nicht mehr finanziert werden können und damit seine eigene wirtschaftliche Existenz auf einem zu unsicheren Bein steht.

## 6. Umsetzungsstand

Es liegen noch keine umfassenden und vollständigen Informationen über den Stand der bundesweiten Umsetzung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets vor. Auch eine zentrale Erfassung und Dokumentation ist nicht vorgesehen. Insbesondere fehlen detaillierte Kenntnisse aus denjenigen Regionen, die auf kommunaler oder Landesebene das trägerübergreifende persönliche Budget erproben, wie z. B. in Niedersachsen in den Kreisen Emsland, der Region Osnabrück oder in der Stadt Braunschweig. Dies gilt auch für Modelle oder Erprobungen in anderen Regionen Deutschlands. Zum Teil werden diese Modelle wissenschaftlich begleitet<sup>18</sup>.

Aus den Modellregionen, die an der bundesweiten wissenschaftlichen Begleitung teilnehmen, liegen Zwischenberichte (Stand Dezember 2005) vor, nach denen 73 bewilligte Budgets bundesweit ausführlich dokumentiert sind. Nur in 5 Fällen erhalten die betroffenen Personen trägerübergreifende Budgets, viermal als Kombination von Geldleistung der Sozialhilfe und Sachleistung/Pflegegeld der Pflegeversicherung und einmal als Budget in der Zuständigkeit von Sozialhilfe und Jugendhilfe<sup>19</sup>. Die weitgehend durch die Sozialhilfe finanzierten persönlichen Budgets umfassen im wesentlichen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft einschließlich des Betreuten Wohnens.

Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch den Sozialhilfeträger werden kaum angefragt und sind, soweit bekannt, bundesweit erst 2 mal bewilligt worden.

Erwähnenswert sind Berichte aus Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg und Rheinland-Pfalz, auf die ich hier kurz eingehen möchte.

In Berlin – Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg - waren Ende Dezember des vergangenen Jahres 69 Anträge gestellt worden, von denen sechs zurückgezogen und vier abgelehnt wurden. Mit 40 der restlichen 59 Budgetnehmerinnen (31 – davon 2 Jugendliche) und Budgetnehmer (38) wurden inzwischen Zielvereinbarungen abge-

---

<sup>18</sup> s. u.a. Zwischenbericht der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens zur Einführung persönlicher Budgets für Menschen mit Behinderung in Niedersachsen vom Februar 2005 der Kath. FH Norddeutschland und der Ev. FH Hannover; Abschlussbericht der wissenschaftl. Begleitforschung zum Modellprojekt „Pers. Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg – Tübingen September 2005

<sup>19</sup> Zwischenauswertung der Wissenschaftlichen Begleitforschung, Stand: Dezember 2005



schlossen. Um das trägerübergreifende persönliche Budget auf eine breite Basis zu stellen, hat man dort auch 11 Anträge aus anderen Bezirken Berlins, als die am Modellprojekt Beteiligten, angenommen. Zwei Budgets sind bereits beendet. Elf Budgets sind durch Einbeziehung von Leistungen der Pflegeversicherung trägerübergreifend. Als besonders positiv wird von den Budgetnehmern in Berlin berichtet, dass die Zielvereinbarungen sozusagen auf Augenhöhe zwischen Betroffenen und Leistungsträgern ausgehandelt und abgeschlossen werden. Mitunter aufgekommene Kritik, die Position der Budgetnehmer sei rechtlich nicht ausreichend verankert, erscheint deshalb zumindest verfrüht zu sein.

Nach einer in Hamburg vorgenommenen Auswertung belief sich die Zahl der persönliche Budgets am 31.12.2005 auf 20, davon war eines trägerübergreifend durch Einbeziehung eines Gutscheins der Pflegeversicherung. 5 Anträge (davon 3 trägerübergreifend mit Einbeziehung von Pflege- und/oder Krankenversicherung sowie Integrationsamt bzw. Bundesagentur für Arbeit) befanden sich noch in Bearbeitung. Die Budgetnehmer sind im Alter von 21 bis 73 Jahren, und zwar 9 Männer und 11 Frauen. Die Budgets bewegen sich dort zwischen 285,00 Euro und 1 543,00 Euro.

In Rheinland-Pfalz wird das persönliche Budget bereits seit Jahren erprobt und hat sich durch vielfache Bewilligungen bewährt. Man ist dort jetzt dabei, das Verfahren zur Entscheidungsfindung weiterhin zu optimieren. Feststellbar ist aber auch dort, dass es bisher nicht gelungen ist, die anderen Sozialleistungsträger in das Boot zu holen.

Erwähnenswert ist auch das in Baden-Württemberg durchgeführte Modellprojekt in 3 Modellregionen. Insgesamt konnten 49 persönliche Budgets bewilligt werden, jedoch keines trägerübergreifend, obwohl der konzeptionelle Schwerpunkt der Erprobung sich auf das Zusammenwirken verschiedener Leistungsträger zur Gestaltung integrierter bzw. trägerübergreifender Budgets bezog. Der Schwerpunkt lag hier mit 37 Bewilligungen bei der Sozialhilfe; 12 Bewilligungen sprach die LVA Baden-Württemberg aus. Ein Schwerpunkt dieses Modells lag darin, Menschen in stationären Einrichtungen durch ein persönliches Budget den Weg in ambulant betreutes Wohnen zu ebnen.

## **7. Sozialhilfeleistungen für ein persönliches Budget**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat gemeinsam mit Leistungsträgern sowie Behinderten- und Einrichtungsverbänden im Jahr 2004 vorläufige Handlungsempfehlungen unter dem Titel „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein persönliches Budget“ veröffentlicht. Darin sind die einzelnen in Frage kommenden Leistungen der jeweiligen Rehabilitationsträger aufgelistet. Für die Sozialhilfe sind hier genannt<sup>20</sup>:

- Hauswirtschaftliche Versorgung, sozialpädagogische Betreuung und Begleitung
- Assistenz, Begleitung, Fahrtkosten und sonstige Hilfen als Leistungen zur Mobilität
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fertigkeiten sowie Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

---

<sup>20</sup> s. Ziffer 2.2.6 der vorläufigen Handlungsempfehlungen

- Hilfen zur Kommunikation und Information (Gebärdendolmetscher, Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt)
- Hilfen zum Besuch einer Hochschule
- Ergänzende Leistungen außerhalb der Eingliederungshilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt, Leistungen der Grundsicherung und Leistungen zur häuslichen Pflege)

Außerdem, aber in der praktischen Umsetzung nicht unproblematisch:

- Leistungen zur Frühförderung, da die Frage der Leistungserbringung als Komplexleistung nach wie vor umstritten ist.
- Teilstationäre Eingliederungshilfen in Förder- und Betreuungsgruppen, weil diese Leistungen für behinderte Kinder vorgesehen sind und fachlich umstritten ist, ob persönlicher Budgets für Kinder zielführend sind,
- Persönliche Budgets während des Wohnens in stationären Einrichtungen, weil es Ziel des persönlichen Budgets sein sollte, Bewohnern von stationären Einrichtungen den Übergang in ambulante Wohnformen zu erleichtern<sup>21</sup>,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (WfbM und Tagesförderstätte) – wozu unter 9. noch näher eingegangen wird.

## 8. Bedarfsfeststellungsverfahren als Grundlage eines persönlichen Budgets

Grundlage des persönlichen Budgets muss der individuelle Bedarf sein<sup>22</sup>. Die Erhebung des Bedarfs – in enger Zusammenarbeit mit dem Antragsteller - ist Aufgabe des jeweiligen Sozialleistungsträgers, also auch des Sozialhilfeträgers, weil nur er über Art und Umfang der zu erbringenden Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden und in einem Verwaltungsakt zu bewilligen hat, gegen den der Rechtsweg offen steht.

Das bedeutet allerdings, dass die Sozialhilfeträger selbst über geeignetes Fachpersonal verfügen müssen, das in der Lage ist, im Benehmen mit dem behinderten Menschen seinen individuellen Bedarf zu erheben. Diese Position ist unabhängig davon zu sehen, welcher weiteren Fachleute und Institutionen sich der im Verfahren Verantwortliche bedient, um den individuellen Hilfebedarf fachlich und umfassend festzustellen. Er wird sich hierbei durchaus auch - und vor allem in der Anfangsphase - der Kenntnis und Erfahrungen Dritter bedienen, wie von Fachverbänden, Beratungsstellen oder auch Einrichtungsträgern.

Im übrigen erscheint häufig nicht die Art des Hilfebedarfs streitig zu sein, sondern vielmehr der Umfang der erforderlichen Hilfe. Hier gehen die Wünsche und Auffassungen über das Maß des Notwendigen mitunter weit auseinander. Das persönliche Budget kann aber nur dann einvernehmlich zustande kommen, wenn hierüber unter den Beteiligten Einvernehmen erzielt werden kann.

Nicht die Frage, ob ein behinderter Mensch persönliche Betreuung durch Fachleistungsstunden benötigt, ist Streitgegenstand, sondern wie viel Zeit benötigt wird und was die angemessene Vergütung für eine Fachleistungsstunde ist.

Auch für eine Person im Rollstuhl wird bei der Frage der Bemessung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, wenn es z. B. um die Benutzung des Behindertenfahrdienstes in einer Stadt geht, nicht streitig sein, ob dieser Anspruch besteht, sondern wie viel Freifahrten in ein persönliches Budget einzurechnen sind.

<sup>21</sup> vergl. hierzu Fußnoten 6 und 7

<sup>22</sup> so u.a. MR Rombach (BMAS) anl. Fachtagung der Bundesvereinigung Lebenshilfe im November 2005 in Marburg: "Die Bedarfsgerechtigkeit steht an oberster Stelle"

## 9. Umfang persönlicher Budgets

Soweit es um die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft geht, dürften ausreichende Erfahrungswerte zur Bemessung des Budgets vorliegen. So wird man bei der Bemessung des Budgets beispielsweise die Kostensätze des Fahrdienstes im geschilderten Falle berücksichtigen. Auch sind sonstige Kosten, die durch Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben entstehen, bekannt und können in eine Kalkulation einbezogen werden.

Für das Betreute Wohnen werden sich die Sozialhilfeträger im wesentlichen an den Kosten für Fachleistungsstunden orientieren. Auch gibt es Modelle, die auf der Basis der vereinbarten Hilfeempfängergruppen Pauschalen gebildet haben, die bei der Berechnung des persönlichen Budgets berücksichtigt werden.

Schwieriger ist die Frage des Leistungsumfanges und der Leistungsberechnung bei der Teilhabe am Arbeitsleben. So wird noch darüber diskutiert, wie das Budget für einen behinderten Menschen zu ermitteln ist, der einen Anspruch auf Teilhabeleistungen im Arbeitsbereich einer Werkstatt hat, diese Leistungen aber nur in Teilen – also auf seine besonderen individuellen Bedürfnisse zugeschnitten - in Form eines persönlichen Budgets wünscht.

Diskutiert wird, ob eine Werkstatt solche differenzierten Angebote überhaupt – und dann zu welchen Rahmenbedingungen - unterbreiten kann und zu unterbreiten bereit ist. Da Werkstätten aufgrund der verbindlich festgelegten Einzugsbereiche quasi ein Anbietermonopol haben, sind Budgetnehmer und Leistungsträger darauf angewiesen, dass Werkstätten auch bereit sind, Budgetnehmer zu solchen besonderen Bedingungen die gewünschten Leistungen anzubieten. Die Verpflichtung zur Aufnahme nach § 137 Abs. 1 SGB IX greift in diesen Fällen nämlich nicht.

Auch gibt es rechtliche Zweifel, ob solche individuellen Leistungen nach den engen rechtlichen Vorgaben für das Werkstättenrecht<sup>23</sup> überhaupt zulässig sind. Im übrigen gibt es noch keine klaren Vorstellungen – zumindest aber noch keine Abstimmung darüber -, wie ein angemessener Preis für Teile von Leistungen aus dem gesamten Leistungsspektrum, das Werkstätten anbieten, zu kalkulieren ist.

In der gesetzlich vorgesehenen Erprobungszeit bis zum 31.12.2007<sup>24</sup> sollten praktische Erprobungen auf breitester Ebene erfolgen, deren Ergebnisse anschließend ausgewertet und bewertet werden müssen.

Ich erinnere aber an eine Aussage von Herrn Ministerialdirektor Wilmerstadt anlässlich der 33. Delegiertenversammlung der BAG:WfbM im November 2004, die die Vorstellungen der Bundesregierung verdeutlicht:

*Es wird auch – davor darf man die Augen nicht verschließen – dem individuellen Bedarf und den Wünschen des einzelnen Berechtigten entsprechend zu unterschiedlich strukturierten Angeboten der einzelnen Werkstatt kommen. Dies fängt bei Teilzeitarbeitsplätzen an, geht über eine spezielle Ausrichtung für bestimmte Arten von Behinderungen bis hin zu konkreten einzelnen Dienstleistungen anstelle eines „Rundum-Pakets“.*

Und an anderer Stelle:

*Auch schwerbehinderte Jugendliche und Erwachsene, die die Leistungen der Werkstatt benötigen, können selbst aktiv werden und haben die Möglichkeit, z.B. dort nach einem Ausbildungs- und Arbeitsplatz zu fragen, der ihrer Eignung und*

<sup>23</sup> vgl. §§ 136 ff SGB IX

<sup>24</sup> § 17 Abs. 6 SGB IX

*Neigung entspricht... Damit können schwerbehinderte Menschen mit den Werkstätten direkt und preisgerecht einen entsprechenden Vertrag aushandeln.*

Es wird zwingend notwendig sein, dass künftig bei dauerhafter Einbeziehung und Flexibilisierung von Werkstattleistungen in ein trägerübergreifendes persönliches Budget das heute geltende Werkstättenrecht modifiziert oder gar völlig neu gestaltet werden muss.

Sonderregelungen, wie u.a.

- der Kostendeckungsanspruch auf alle für die Erfüllung der Aufgaben und der fachlichen Anforderungen der Werkstatt notwendigen Kosten (§ 41 Abs. 3 SGB IX),
- die Garantie verbindlicher Einzugsbereiche,
- der Sicherstellungsauftrag von ausreichenden Arbeitsplätzen innerhalb des Einzugsbereiches,
- die Aufnahmeverpflichtung bei Vorliegen einer Kostenzusage des Sozialleistungsträgers (§ 137 Abs. 1 SGB IX) sowie
- die Verpflichtung zur Vorhaltung eines umfassenden und differenzierten Leistungsangebotes

wären mit dem Individualisierungs- und Flexibilisierungsprinzip des persönlichen Budgets nicht vereinbar.

Auch wäre die Anpassung der Werkstattvorschriften ein guter Anlass, das im SGB IX im Jahre 2001 neu gefasste Werkstättenrecht insgesamt auf den Prüfstand zu stellen und deutlich zu vereinfachen.

Auch nimmt die Frage der Finanzierung von Budgetassistenz in der Fachdiskussion eine zentrale Bedeutung ein. So empfiehlt die BAR<sup>25</sup>, Aussagen in die Zielvereinbarungen aufzunehmen, die sich mit dem Bedarf an Beratung und Unterstützung befassen. Zwar gibt es eine Reihe von Beratungsangeboten (z.B. Gemeinsame Servicestellen, Auskunfts- und Beratungsstellen der Leistungsträger, Beratungsangebote von Wohlfahrtsverbänden und Organisationen, hauptamtliche und ehrenamtliche Betreuer), die auch für die Budgetberatung genutzt werden können, gleichwohl wird dies von den Betroffenen als nicht ausreichend dargestellt. Sie fordern gemeinsam mit den Behindertenverbänden, dass bei der Bemessung des persönlichen Budgets Assistenzkosten berücksichtigt werden müssen. Dies sei auch in der klassischen Einrichtungsfinanzierung, z.B. durch Kosten für Verwaltung, Regie und Beratung, der Regelfall.

Ein guter Kompromiss erscheint mir eine Absprache im Modellversuch in Niedersachsen<sup>26</sup> zu sein, mit der geregelt ist, dass Budgetassistenz vorrangig als Peer-Counseling erfolgen soll, also im Rahmen von Hilfestellungen der Betroffenen bzw. durch Beratungsstellen von Selbsthilfeorganisationen. Sie wird dort nicht zusätzlich zu den Leistungen der Sozialhilfe finanziert, kann aber aus dem persönlichen Budget selbst beglichen werden. Eine solche Möglichkeit besteht auch in Hamburg. Die Modelle werden zeigen müssen, ob dies eine ausreichende Lösung sein kann.

---

<sup>25</sup> s. vorläufige Handlungsempfehlungen vom 1.11.2004, Ziffer 7.4

<sup>26</sup> s. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung der Modellvorhabens zur Einführung persönlicher Budgets für Menschen mit Behinderung in Niedersachsen vom Februar 2005, Ziffer 1.3

## **10. Erwartungen der Sozialhilfeträger an die finanziellen Auswirkungen von persönlichen Budgets**

Diese Frage, die man nur grundsätzlich – also unter Einbeziehung der finanziellen Veränderungen durch die Ambulantisierung insgesamt – betrachten kann, ist nicht leicht zu beantworten. Bei diesen Berechnungen ist entscheidend, welche Faktoren man einfließen lässt. Ein fiskalischer – wenn auch schwer messbarer – Effekt, der aber bei einer Gesamtbetrachtung nicht unberücksichtigt bleiben darf, besteht sicherlich darin, dass durch attraktive Angebote des ambulant betreuten Wohnens - und hier insbesondere des persönlichen Budgets zum ambulant betreuten Wohnen - eine in der Regel kostenintensivere stationäre Leistung verhindert werden kann.

Auch geht es nicht nur um einen Vergleich zwischen den laufenden Aufwendungen für die ambulanten Hilfen und den stationären Hilfen, sondern hierbei ist zu bedenken, dass bei einer entsprechenden Umsteuerung der Bedarf an Wohnstättenplätzen zumindest stagnieren, wenn nicht rückläufig sein könnte, und zwar auch dann, wenn die Gesamtzahl der Eingliederungshilfe bedehrenden Personen künftig weiter steigt, wonach bekanntlich nach den vorliegenden gesicherten Prognosen auszugehen ist.

Konkrete Kostenvergleiche, die eine seriöse Aussagekraft hätten, sind noch nicht vorhanden. Erste Berechnungen in Hamburg sind allerdings zu dem Ergebnis gekommen, dass die Leistungserbringung in Form eines persönlichen Budgets für den Sozialhilfeträger gegenüber der ansonsten notwendigen klassischen Hilfe etwa 1/3 Kosten erspart. Andere Berechnungen zeigen Ersparnisse zwischen 5 und 20 %.

## **11. Zielvereinbarung**

Die mit den Budgetnehmern zu schließenden Zielvereinbarungen sind für den Bestand des zu bewilligenden Verwaltungsaktes rechtsbegründend, weil der Verwaltungsakt nur erlassen werden darf, wenn eine Zielvereinbarung besteht, also vorher abgeschlossen ist. Diese muss klare Verabredungen enthalten, welche Leistungen in welchem Umfange aus dem persönlichen Budget abzurufen bzw. einzukaufen sind.

Einen etwas anderen Ansatz verfolgt Hamburg. Dort werden in der Zielvereinbarung klare Ziele verabredet, welche unter Einsatz des Budgets – unter anderem auch für den Einkauf von hinsichtlich Qualität und Quantität definierten Leistungen – vom Budgetnehmer zu verfolgen sind. Der Abruf bzw. der Einkauf bestimmter Leistungen in einem bestimmten Umfang wird dort lediglich als Mittel zum Zweck gesehen. Der Budgetnehmer soll damit durchaus Gestaltungsspielräume zum konkreten „Wie“ der Zielverfolgung haben, die zielführenden Leistungen werden also nicht abschließend und umfassend in der Zielvereinbarung festgelegt.

Folge des gegliederten Sozialleistungssystems ist es allerdings, dass Quersubventionen grundsätzlich nicht möglich sind. Dem Budgetnehmer kann es z. B. nicht gestattet werden, Leistungen der Sozialhilfe für einen zusätzlichen nicht von der Krankenkasse anerkannten medizinischen Bedarf einzusetzen.

Gleichwohl gilt es, dem Budgetnehmer in seiner Leistungsgestaltung möglichst viel Freiraum zu belassen. Dies wird sich aber vor allem innerhalb der Leistungen der jeweiligen Sozialsysteme abspielen müssen.

Es wird häufig noch die Auffassung vertreten, der Budgetnehmer müsse dem jeweiligen Sozialleistungsträger regelmäßig Rechenschaft über die Verwendung seines Budgets in Form einer detaillierten Rechnungslegung geben. Dies würde jedoch den

Zielen des persönlichen Budgets entgegenstehen und den Budgetnehmer in seiner Gestaltungsfreiheit und damit in seiner Selbstbestimmung entscheidend einengen. Die Regelung des § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BudgetV, die vorschreibt, dass in der Zielvereinbarung Regelungen über die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs zu treffen sind, würde damit zu eng ausgelegt.

Es muss ausreichen, wenn der Budgetnehmer nachweist, dass er die vereinbarten Leistungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht tatsächlich in Anspruch genommen hat. Dies ist aber auch zwingend notwendig, wenn vermieden werden soll, dass die Verwendung des Budgets in das Belieben des Budgetnehmers gestellt werden soll. Dem Missbrauch wäre damit Tür und Tor geöffnet mit der Folge, dass das trägerübergreifende persönliche Budget in der Öffentlichkeit sehr schnell in Misskredit geraten könnte.

Anders stellt sich die Situation dar, wenn anstelle konkreter Leistungen lediglich die konkreten Leistungsziele vereinbart werden. In diesen Fällen kann ein intensiver Kommunikationsprozess und die Budgetbegleitung ausreichen, der Gefahr des Missbrauches vorzubeugen.

Für die Sozialhilfe gilt im übrigen, dass die Mittel stets zweckgerichtet eingesetzt werden müssen, also für einen konkreten Bedarf, womit die Ziele der Eingliederungshilfe erreicht werden können.

§ 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BudgetV verlangt, dass die Zielvereinbarung Regelungen über die Qualitätssicherung enthält. Hierzu bestehen noch eine Reihe von ungeklärten Fragen.

Das Instrument der Qualitätssicherung findet nämlich bei klassischer Leistungserbringung nur im Verhältnis zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer Anwendung und stellt sicher, dass die einer leistungsberechtigten Person erbrachten Leistungen auch qualitätsgesichert sind. Die leistungsberechtigte Person ist also Nutznießer der Qualitätssicherung, nicht aber unmittelbar beteiligt.

Anders beim persönlichen Budget, bei dem bilateral vereinbart werden muss, dass Qualitätssicherung stattfindet. Die in der Zielvereinbarung zu regelnde Qualitätssicherung kann als Instrument der Bestimmung und Steuerung des Leistungsgeschehens (Prozessqualität) verstanden und genutzt werden, gleichwohl sollte die Ergebnisqualität das entscheidende Kriterium sein. Sie spielt auch für die Frage der Verlängerung und Neubemessung eines persönlichen Budgets eine wichtige Rolle.

Werden die Leistungen durch Einrichtungen und Dienste erbracht, die entsprechende Verträge – einschließlich Qualitätsvereinbarungen - mit den Leistungsanbietern abgeschlossen haben, gilt die Qualität als gesichert; in diesen Fällen ist kein weiterer Nachweis durch den Budgetnehmer vorzusehen.

Werden Leistungen durch andere Personen erbracht (z.B. Angehörige) sollte die Leistung dann als qualitätsgesichert gelten, wenn der Budgetnehmer mit der Leistung zufrieden ist (Nutzerzufriedenheit) und die Ziele des persönlichen Budgets erreicht werden können (Zielerreichung)<sup>27</sup>

## **12. Zusammenarbeit mit anderen Trägern, Vorleistung, Zuständigkeitsklärung**

Aus der Praxis wird immer wieder berichtet, dass es schwierig ist, insbesondere die gesetzlichen Krankenversicherungsträger für eine Beteiligung am trägerübergreifen-

---

<sup>27</sup> s. vorl. Handlungsempfehlungen der BAR vom 1.11.2004, Ziffer 7.3

den persönlichen Budget zu gewinnen. Offenbar ist aber auch bei den Interessenten für ein persönliches Budget die Vorstellung, medizinische Leistungen könnten einbezogen werden, nicht vorhanden oder – noch - schwer vorstellbar. Hier besteht durchaus noch Aufklärungsbedarf.

Aus dieser Erfahrung beantwortet sich auch die Frage nach der Vorleistung bzw. Zuständigkeitsklärung<sup>28</sup>. Praxis ist offensichtlich, dass die Interessenten an einem persönlichen Budget sich vornehmlich an ihre Kommune, also den örtlichen Träger der Sozialhilfe, wenden und – da es im wesentlichen um Sozialhilfeleistungen geht – die Zuständigkeit auch beim Sozialhilfeträger liegt.

Allerdings wird immer wieder darüber berichtet, dass Leistungsträger die Auskunft erteilen, die Leistungsform des trägerübergreifenden persönlichen Budgets sei eine Kann-Leistung, die nur für solche Träger gelte, die an Modellprojekten teilnehmen. Diese Auskunft ist falsch, worauf auch Vertreter der Bundesregierung immer wieder hingewiesen haben. Die Regelungen des trägerübergreifenden persönlichen Budgets sind nicht an die Modellregionen gebunden; vielmehr steht jedem Interessenten, gleich in welcher Region Deutschlands er wohnt, ein Antragsrecht zu.

Über einen solchen Antrag muss der Leistungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden, wobei er abzuwägen hat, ob der Wunsch nach Ausführung der Leistungen durch ein Budget angemessen ist. Dabei können Gründe, wie fehlende Erprobung, mangelnde Erfahrungen mit der Anwendung, keine Modellregion, keine Rolle spielen.

### **13. Schlussbemerkung**

Wenn ich gefragt würde, warum trotz der geschilderten Probleme und bestehenden Unsicherheiten bei den Betroffenen – insbesondere angesichts der Erwartungen an finanzielle Einspareffekte für die Sozialhilfeträger – trotzdem einem behinderten Menschen, der sich für ein trägerübergreifendes persönliches Budget interessiert, geraten werden sollte, dies anzunehmen, würde ich ihm folgendes aus Überzeugung sagen:

- 1) Ich bin überzeugt davon, dass das trägerübergreifende persönliche Budget zu einer wesentlichen Verbesserung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen beiträgt;
- 2) ich glaube, dass das trägerübergreifende persönliche Budget vielmehr als die klassische Leistungserbringung die individuelle Bedarfsgerechtigkeit der Budgetnehmer berücksichtigt und
- 3) ich bin fest davon überzeugt, dass auch unter den genannten Rahmenbedingungen die Sozialleistungsträger ein attraktives und finanziell ausreichendes Angebot unterbreiten werden, womit Budgetnehmer selbstbestimmt und eigenverantwortlich ihre eigenen Belange und Wünsche organisieren und finanzieren können.

Die setzt aber voraus, dass alle Seiten bemüht und willens sind, auf der Grundlage der gegebenen Rahmenbedingungen bestmögliche Lösungen zu erzielen.

---

<sup>28</sup> § 14 SGB IX