

**Abschlussbericht der Phase I des Modell-
vorhabens zur Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung gem. § 8 (3) SGB XI**

**"Budgets in der Sozialen
Pflegeversicherung"**

Antje Schwinger

Anke Schliwen

Hans-Dieter Nolting

Oliver Kern (K&L Gates)

Dr. Annette Mutschler-Siebert (K&L Gates)

Berlin, Mai 2011

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180, 10117 Berlin

Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: kontakt@iges.de; www.iges.de

Inhalt

1	Einführung.....	8
1.1	Forschungsauftrag und Fragestellung.....	8
1.2	Aufbau der Studie und methodisches Vorgehen	13
1.2.1	Überblick über Phase I und II des Modellvorhabens	13
1.2.2	Literaturrecherche und -analyse (Schweden, Finnland, Nieder-lande)	15
1.2.3	Experteninterviews (Schweden, Finnland, Niederlande)	16
1.2.4	Experteninterviews mit Personen aus dem Kontext Persönlicher Budgets.....	18
2	Ausgestaltungen und Erfahrungen in Schweden, Finnland, und den Niederlanden sowie in den bundesdeutschen Modellprojekten.....	20
2.1	Schweden	20
2.1.1	Rahmenbedingungen der Persönlichen Assistenz.....	20
2.1.2	Ausgestaltung der Persönlichen Assistenz.....	23
2.1.3	Wirkungen der Persönlichen Assistenz.....	35
2.2	Finnland	50
2.2.1	Rahmenbedingungen der Persönlichen Assistenz.....	50
2.2.2	Ausgestaltung der Persönlichen Assistenz.....	54
2.2.3	Wirkungen der Persönlichen Assistenz.....	60
2.3	Niederlande	69
2.3.1	Rahmenbedingungen des Persönlichen Budgets.....	69
2.3.2	Ausgestaltung des Persönlichen Budgets	74
2.3.3	Wirkungen des Persönlichen Budgets.....	87
2.4	Zusammenfassung und Fazit	102
2.4.1	Charakteristika der Länder	102
2.4.2	Diskussion	106
2.5	Ausgestaltungen und Erfahrungen aus bundesdeutschen Modellprojekten.....	116
2.5.1	Ausgestaltung der Modellprojekte Pflegebudget und Integriertes Budget	117
2.5.2	Wirkungen des Pflegebudgets und Integrierten Budgets.....	124

3	Ausgangssituation vor Neuausrichtung des § 35a SGB XI	131
3.1	Überblick über die Ausgestaltung des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2-4 SGB IX.....	131
3.2	Anspruchsberechtigter Personenkreis vor dem Hintergrund einer Neugestaltung des § 35a SGB XI	134
3.2.1	Anspruchsberechtigte	134
3.2.2	Heutige Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX	144
3.2.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	145
3.3	Erfahrungsberichte aus der heutigen Praxis mit Blick auf eine veränderte Einbindung der Pflegeversicherung	147
3.3.1	Verwaltungsverfahren	147
3.3.2	Bedarfsfeststellung, Zielvereinbarung und Nachweise	149
3.3.3	Beratung	150
3.3.4	Nachfrage	152
3.3.5	Chancen und Risiken.....	153
3.3.6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen vor dem Hintergrund einer Neugestaltung des § 35a SGB XI.....	154
4	Anhang	156
4.1	Systematische Literaturrecherche	156
4.2	Interviewleitfäden	157
4.2.1	Schweden.....	157
4.2.2	Finnland.....	161
4.2.3	Niederlande	165
4.2.4	Deutschland	169
4.3	Datengrundlage und Hochrechnung im Kapitel 3	171
4.3.1	Tabellenanhang Kapitel 3.....	173
4.4	Tabellenanhang Kapitel 4	174
5	Literaturverzeichnis.....	179

Abbildungen

Abbildung 1: Überblick Modellprojekt "Budgets in der Sozialen Pflegeversicherung".....	14
Abbildung 2: Duale Organisation der Persönlichen Assistenz über LSS und LASS (Schweden)	25
Abbildung 3: Entwicklung ausgewählter Versorgungsformen für Menschen mit Behinderung (Schweden).....	41
Abbildung 4: Marktanteile nach Organisationsform LASS 2000–2009 (Schweden)	44
Abbildung 5: Sozialstaatliche Rahmenbedingungen Finnland: Zahl der Einwohner je Gemeinde 2009 (Finnland).....	51
Abbildung 6: Entwicklung ausgewählter Versorgungsformen für Menschen mit Behinderung (Finnland)	62
Abbildung 7: Regionale Varianz der Persönlichen Assistenz (Finnland).....	63
Abbildung 8: Anteil der Assistenznehmer nach Stunden pro Woche (in den sechs größten finnischen Gemeinden) (Finnland).....	64
Abbildung 9: Schematische Darstellung der Bedarfsfeststellung in den Niederlanden durch das CIZ (Niederlande).....	78
Abbildung 10: Anteil Personen, die das persönliche Budget wählen, an allen AWBZ-Empfängern (Niederlande).....	91
Abbildung 11: Kostenentwicklung des AWBZ (Niederlande)	94
Abbildung 12: Anteil Pflegegeldempfänger an ambulanten Leistungsempfängern	136
Abbildung 13: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten 2009	138
Abbildung 14: Anteile der Leistungsträger an den Gesundheitsausgaben zur ambulanten Pflege 2008	139
Abbildung 15: Anteil der Personen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit an allen Pflegebedürftigen im Jahr 2005.....	142
Abbildung 16: Anteil der Personen mit Behinderung und Pflegebedarf an allen Behinderten im Jahr 2005	143

Tabellen

Tabelle 1:	Expertenbefragung – Interviewpartner je Land	17
Tabelle 2:	Interviewpartner Deutschland	19
Tabelle 3:	Inanspruchnahme und Kosten der Persönlichen Assistenz unter LSS und LASS (Schweden).....	36
Tabelle 4:	Inanspruchnahme und Kosten der Persönlichen Assistenz unter LASS (Schweden)	37
Tabelle 5:	LASS- Assistenznehmer nach Altersgruppen, 2000-2009 (Schweden)	38
Tabelle 6:	Anteil Männer und Frauen sowie Art der vorliegenden Behinderung an LASS Assistenznehmern (Schweden)	38
Tabelle 7:	Inanspruchnahme und Kosten der Persönlichen Assistenz (Finnland)	60
Tabelle 8:	Assistenznehmer nach Altersgruppen (Finnland).....	61
Tabelle 9:	PGB-AWBZ Tarife in Euro 2010 (Niederlande)	80
Tabelle 10:	Inanspruchnahme und Kosten des Persönlichen Budgets (Niederlande).....	88
Tabelle 11:	Assistenznehmer nach Altersgruppen (Niederlande)	88
Tabelle 12:	Anzahl positive AWBZ-Bedarfsfeststellungen nach Form der Leistungserbringung 2005–2009 (Niederlande)	90
Tabelle 13:	Organisation und/oder Personen, bei denen Leistungen über das Persönliche Budget eingekauft wurden, 2007 in Prozent (Mehrfachnennung möglich) (Niederlande).....	97
Tabelle 14:	Inanspruchnahme des Pflegebudgets und des Integrierten Budgets	125
Tabelle 15:	Pflegestufe und Art des Leistungsbezugs der Teilnehmer der Modellprojekte	126
Tabelle 16:	Leistungsempfänger und Inanspruchnahme nach SGB XI 2009	135
Tabelle 17:	Leistungsarten nach SGB XI 2009.....	135
Tabelle 18:	Anteil ambulant Pflegebedürftiger, die Pflegegeld in Anspruch nehmen 2007.....	137
Tabelle 19:	Pflegebedürftige (Pflegestufe I, II, III) Personen mit gleichzeitiger Behinderung (Grad $\geq 20\%$) im Jahr 2005.....	141
Tabelle 20:	Ambulant Pflegebedürftige (Pflegestufe I, II, III) mit gleichzeitiger Behinderung und deren Anteil an allen Behinderten nach Grad der Behinderung im Jahr 2005	143
Tabelle 21:	Verteilung pflegebedürftiger Personen mit Behinderung nach Pflegestufe und Versorgungsart im Jahr 2005	144

Tabelle 22:	Anzahl der freiwillig an das BMAS gemeldeten Persönlichen Budgets nach § 17 (2) - (4)SGB IX zum 31.12.2008.....	145
Tabelle 23:	Pflegebedürftige Menschen mit Behinderung nach Alter und Geschlecht und Anteil an allen Pflegebedürftigen 2005	173
Tabelle 24:	Status Quo SPV 2009 bei Übertragung der Sachleistungsquote je Altersgruppe aus der Pflegestatistik	176
Tabelle 25:	Simulationsbeispiel 1 bei Übertragung der Sachleistungsquote je Altersgruppe aus der Pflegestatistik	177
Tabelle 26:	Simulationsbeispiel 2 bei Übertragung der Sachleistungsquote je Altersgruppe aus der Pflegestatistik	178

1 Einführung

1.1 Forschungsauftrag und Fragestellung

Mit Einführung des Neunten Sozialgesetzbuchs wurden die Begriffe der Selbstbestimmung und Teilhabe gesetzlich kodifiziert. Nach § 2 SGB IX ist Behinderung heute vor allem über die Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben definiert. Die Orientierung an den Zielen der Selbstbestimmung und Teilhabe findet u.a. Ausdruck in der Möglichkeit der Leistungsanspruchnahme des Persönlichen Budgets nach § 17 (2)-(4) SGB IX. Ziel des Persönlichen Budgets ist es, den Leistungsempfängern ein "möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen" (vgl. § 17 (2) SGB IX).

Das Persönliche Budget wird in der Regel als Geldleistung ausgeführt und ist als trägerübergreifende Komplexleistung konzipiert; d.h. in Abhängigkeit von dem individuell festgestellten Bedarf können mehrere Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter am Budget beteiligt sein. Budgetfähig sind auch die in § 35a SGB XI genannten Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung. Dabei werden jedoch nur das Pflegegeld nach § 37 (1) SGB XI sowie der Geldanteil der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI als Geldleistung in das Persönliche Budget integriert, wogegen die Sachleistungen der Pflegeversicherung nach den §§ 36, 38 und 41 nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden.

Der Deutsche Bundestag¹ hat festgestellt, dass die Situation von behinderten Menschen mit Pflegebedarf durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz erheblich verbessert werde. Gleichzeitig wird konstatiert, dass

„über diese Maßnahmen hinaus (...) geprüft werden [muss], ob und wie das trägerübergreifende Budget nach § 17 SGB IX verstärkt als eine zukunftsorientierte und selbstbestimmte Komplexleistung in der Umsetzung befördert werden kann.“

Es sei zu prüfen, wie die bisherige Beteiligung der Pflegeversicherung am trägerübergreifenden Budget dahingehend geändert werden könnte, dass die nach § 35a SGB XI in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellten Sachleistungen in Höhe der Sachleistungsbeträge der jeweiligen Pflegestufe

¹ Bundesrat-Drucksache zu 210/08 (04.04.2008) bzw. BT-Drucksache 16/8525 (12.03.2008)

budgetfähig werden. Ziel sei es, die selbstbestimmte Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu verbessern und gleichzeitig Hemmnisse bei der praktischen Umsetzung des trägerübergreifenden Budgets zu überwinden.

Im Mittelpunkt des Modellvorhabens stehen also Gestaltungsoptionen im Zusammenhang mit einer künftigen Änderung des § 35a SGB XI. Das bedeutet, dass Pflegebedürftige, die aufgrund einer Behinderung Leistungen zur Teilhabe gem. SGB IX erhalten und diese als Persönliches Budget ausführen möchten, zukünftig die Möglichkeit haben sollen, auch Pflegesachleistungen als Geldleistungen in das Budget einzubeziehen. Intendiert ist dabei nicht, dass Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich als ein personenbezogenes Budget im Sinne des § 8 SGB XI ("Pflegebudget") ausgeführt werden können. Vielmehr beziehen sich die im Rahmen des Modellvorhabens zu erprobenden Änderungsoptionen auf den Fall der Integration von Pflegeleistungen und Teilhabeleistungen gem. SGB IX in die Komplexleistung des trägerübergreifenden Persönlichen Budget gemäß § 17 (2)-(4) SGB IX.

Um eine ausreichende Erprobung einer solchen Änderung zu ermöglichen, hat der GKV-Spitzenverband ein mehrphasiges Modellprojekt nach § 8 (3) SGB XI ausgeschrieben, wobei zunächst Phase I und II zu bearbeiten sind. Die Projektbearbeitung wird dabei nationale und internationale Erfahrungen mit vergleichbaren Komplexleistungen herausarbeiten (Phase I) und Gestaltungsvorschläge im Hinblick auf Strategien zur Implementierung unter den Bedingungen des SGB XI vorlegen (Phase II).

Vorrangig ist dabei der Frage nachzugehen, wie bei Änderung der Gut-scheinregelung nach § 35a SGB XI

- o eine finanzielle Überforderung der Pflegeversicherung vermieden werden und
- o das in der Pflegeversicherung geltende Sachleistungsprinzip gewahrt bleiben kann.

Dabei muss festgehalten werden, dass die Frage, inwieweit Modifikationen des § 35a SGB XI zu einer "finanziellen Überforderung der Pflegeversicherung" führen würden, durch die Gutachter in dieser Form nicht zu beantworten ist, da es keinen objektiven Maßstab für eine solche "Überforderung" gibt. Im Rahmen der Untersuchung können lediglich die ausgaben- bzw. beitragsatzwirksamen Effekte der diskutierten Änderungen abgeleitet bzw. prognostiziert werden. Inwieweit eine bestimmte Höhe des Beitrags-satzes zur Pflegeversicherung akzeptabel ist oder eine Überforderung darstellt, muss letztlich politisch bzw. unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Präferenzen entschieden werden.

Hinsichtlich des zweiten Untersuchungsgegenstandes, "der Wahrung des Sachleistungsprinzips in der Pflegeversicherung", ist hervorzuheben, dass dieses Prinzip natürlich kein Selbstzweck ist, sondern wiederum der Erreichung bestimmter Unterziele dient. Hierbei sind aus Sicht der Gutachter mehrere Aspekte von zentraler Bedeutung:

Das Sachleistungssystem dient der Qualitätssicherung des Anbietermarkts sowie der Regulierung des Zugangs zu diesem. Gleichzeitig entlastet es aufgrund der zentralisierten Leistungsbeschaffung einzelne Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige von Aufgaben der Kontrahierung, Qualitätsprüfung und Abrechnung. Bei Substitution der Sachleistung durch eine Geldleistung ist die Frage zu stellen, ob der damit verbundene Verzicht auf die obigen "Tugenden" des Sachleistungssystems vertretbar ist bzw. hinreichend kompensiert wird.

Im Falle einer Abschaffung der bestehenden Gutscheinelösung werden aber auch grundsätzliche Fragen nach möglichen Rückwirkungen auf die Leistungsstruktur des SGB XI aufgeworfen. Das Sachleistungsprinzip beschränkt die Inanspruchnahme auf Leistungen, die dem in § 14 SGB XI verankerten Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechen. Es ist zu diskutieren, ob bei Substitution der Sachleistung eine Bindung an die dort verankerten 21 Aktivitäten des täglichen Lebens weiterhin gewollt ist (bzw. ob die Überprüfung einer solchen Zweckbindung überhaupt in vertretbarem Maße zu realisieren wäre).

Gleichzeitig wirft die Abgrenzung des Forschungsauftrags weitere Fragen auf. Dieser ist im engeren Sinne so formuliert, dass allein die veränderte Einbindung der Pflegeversicherung in das trägerübergreifende Budget nach § 17 SGB IX zu untersuchen ist. Damit wären primär Menschen mit Teilhabe- bzw. Rehabilitationsbedarf im Sinne des SGB IX Adressat der gesetzlichen Neuregelung. Es drängt sich aber die Frage auf, inwieweit eine solche Abgrenzung der Zielgruppe auch in der Praxis Bestand hätte bzw. ob bei einer Novellierung des § 35a SGB XI nicht damit zu rechnen wäre, dass auch Versicherte, die bisher ausschließlich Leistungen des SGB XI beziehen, unter den neuen Rahmenbedingungen vermehrt Zugang zum Persönlichen Budget erhalten würden.

Damit sind die im Rahmen von Projektphase I und II zu erarbeiteten Empfehlungen für die Gestaltung eines Modellprojekts zur veränderten Einbindung der Pflegeversicherung in das trägerübergreifende Budget vor dem Hintergrund folgender Forschungsfragen zu bewerten bzw. zu erarbeiten:

1. Wie verändert sich die Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung durch die vorgeschlagene Ausgestaltung?
 - o *Phase I: Wie häufig wird das Persönliche Budget in den europäischen Referenzländern in Anspruch genommen und wie stellt sich*

- dies im Zeitverlauf dar? Welche Personengruppen nehmen das Persönliche Budget in Anspruch?*
- *Phase II: Wie groß wäre der anspruchsberechtigte Personenkreis bei der vorgeschlagenen Änderung des § 35a SGB XI in Deutschland?*
2. Welche Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung sind zu erwarten?
- *Phase I: Welche Kosten verursacht das Persönliche Budget in den europäischen Referenzländern und wie stellt sich dies im Zeitverlauf dar? Wie kosteneffektiv ist das Persönliche Budget? Führt das Angebot eines Persönlichen Budgets zu einer Ausweitung der Nachfrage?*
 - *Phase II: Welche Kostenentwicklungen sind aufgrund der vorgeschlagenen Änderung des § 35a SGB XI zu erwarten bzw. zu schätzen ?*
3. Welche Auswirkungen auf die professionellen Anbieterstrukturen und komplementären Dienstleistungen sind zu erwarten?
- *Phase I: Durch welche Anbieterstrukturen wird das persönliche Budget erbracht, wie ist der Markt zu charakterisieren? Wie stellen sich die Arbeitsverhältnisse der Assistenzpersonen dar?*
 - *Phase II: Welche Wirkungen auf die bestehenden Anbieterstrukturen im Kontext des SGB XI sind aufgrund der vorgeschlagenen Änderung des § 35a SGB XI in Betracht zu ziehen und im Rahmen des Modellvorhabens daher zu analysieren?*
4. Welche Auswirkungen auf Qualitätssicherung und Qualitätsniveau hat die vorgeschlagene Ausgestaltung?
- *Phase I: Welcher Qualitätsbegriff liegt in den europäischen Referenzländern vor? Welche Aufgaben werden hieraus abgeleitet? Wie zufrieden sind die Budgetnehmer mit dieser Leistungsform?*
 - *Phase II: Welche Qualitätsanforderungen bzw. zusätzlichen Maßnahmen der Qualitätssicherung sind bei einer Änderung des § 35a SGB XI zu empfehlen und sollten in dem Modellprojekt erprobt werden?*
5. Welche Wirkungen treten aufgrund des Wegfalls einer zentralisierten Leistungsbeschaffung ein?
- *Phase I: Wie wird in den europäischen Referenzländern der Wegfall der zentralisierten Leistungsbeschaffung kompensiert?*
 - *Phase II: In welcher Form sind die Budgetnehmer bei der Administration des Persönlichen Budgets und Sicherstellung der Versorgung zu unterstützen?*

6. Welche Auswirkungen hat eine veränderte Einbindung der Pflegeversicherung in das trägerübergreifende Budget auf die Art der Leistungen, die aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden?
 - o *Phase II: Welche Veränderungen von Art und Menge der in Anspruch genommenen Leistungen sind unter den Bedingungen des Persönlichen Budgets zu erwarten bzw. zu beobachten und erfordern diese Veränderungen eine zusätzliche Regulierung im Hinblick auf die Verwendung der Budgetmittel?*
7. Welche weiteren Rückwirkungen auf das Leistungsrecht des SGB XI sowie auf weitere Sozialversicherungen und Rechtsgebiete können identifiziert werden?
 - o *Phase II: Welche weiteren rechtlichen Fragen sind bei einer Änderung des § 35a SGB XI zu beachten (z.B. Exportfähigkeit von Leistungen, Schnittstellen mit dem SGB IX etc.)?*

Neben der Beantwortung dieser Fragenkomplexe sind als Ergebnis der Phase II die zu erprobenden Systemmerkmale zu spezifizieren bzw. diesbezügliche Empfehlungen abzugeben:

- Die im Rahmen von Phase III und IV zu erprobenden Antragsvoraussetzung und Antragsverfahren sind zu benennen.
- Darüber hinaus ist die Methode der Bedarfsfeststellung bzw. die Kriterien, nach denen die Höhe des Budgets bemessen werden soll, zu diskutieren.
- Es sind Empfehlungen hinsichtlich der in der Zielvereinbarung gemäß § 4 der Budgetverordnung zu erprobenden Vorgaben in Bezug auf die individuellen Förderziele, die Nachweise und die Qualitätssicherung abzugeben.
- Ferner ist zu diskutieren, wie sowohl bei Antragstellung (Budgetberatung) als auch bei Inanspruchnahme (Budgetbegleitung) eines Persönlichen Budgets Beratung und Unterstützung gewährleistet und finanziert werden können bzw. auf welche bereits bestehenden Strukturen zurückgegriffen werden kann.

Das Modellprojekt startet in einer Phase, in der ein konsensfähiger Vorschlag über die Neugestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorliegt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009a, 2009b). Bei Umsetzung dieses Vorschlags wäre das heutige, verrichtungsbezogene Bedarfsverständnis zugunsten eines an den Lebenslagen orientierten und auf den Grad der Selbständigkeit abstellenden Verständnisses abzulösen. Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs steht jedoch unter dem Vorbehalt der Überprüfung einer finanziellen Überforderung der Pflegeversicherung. Die Implementierung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Zuge der bereits durch den Gesetzgeber angekündigten Reform der Pflegeversiche-

rung wird zur Zeit diskutiert (vgl. Koalitionsvertrag 2009). Die Auswirkungen, die ein veränderter Pflegebedürftigkeitsbegriff auf die Ausgestaltung und Erprobung einer Neuregelung des § 35a SGB XI hätte, werden demnach benannt, nicht aber zentraler Bestandteil der Untersuchung sein.

1.2 Aufbau der Studie und methodisches Vorgehen

1.2.1 Überblick über Phase I und II des Modellvorhabens

Das durch den GKV-Spitzenverband durchgeführte Modellprojekt "Budgets in der Sozialen Pflegeversicherung" gliedert sich in vier Phasen (vgl. Abbildung 1). In Phase I wurden zunächst die Erfahrungen anderer europäischer Länder mit dem Persönlichen Budget bzw. analogen Regelungen zusammengetragen. Als Vergleichsländer waren Schweden, Finnland und die Niederlande vorgegeben. Die Ergebnisse sind in den Abschnitten 2.1 (Schweden) 2.2 (Finnland) und 2.3 (Niederlande) dargestellt. Mithilfe einer Literaturrecherche und telefonischer Experteninterviews wurden die jeweiligen Systemmerkmale sowie die Wirkungen vor dem Hintergrund der formulierten Forschungsfragen analysiert. Um die internationalen Erfahrungen bewertbar zu machen, wurden gleichzeitig die konkreten Sozialversicherungs- bzw. sozialstaatlichen Kontexte recherchiert und aufbereitet. Dabei wird das Persönliche Budget in den skandinavischen Ländern als "Persönliche Assistenz" und in den Niederlande als "Personengebundenes Budget" (oder kurz als PGB) bezeichnet und im Folgenden in den landesspezifischen Darstellungen in dieser Form aufgegriffen.

Darüber hinaus wurden in Phase I auch die Erfahrungen aus den bundesdeutschen Modellprojekten "Pflegebudget" und "Integriertes Budget" in das Projekt eingebunden (siehe Abschnitt 2.4). Die Modellprojekte wurden im Zeitraum von 2003 bis 2008 durch das AGP² an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg in Kooperation mit dem Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS) sowie dem Zentrum für europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) durchgeführt. Die in den jeweiligen Abschlussberichten dokumentierten Erfahrungen werden ebenfalls vor dem Hintergrund der Forschungsfragen bewertet.

In Phase II wurden Empfehlungen für die in Phase III/IV zu erprobenden Optionen für eine Änderungen der Beteiligung der Pflegeversicherung an dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget entwickelt. Hierzu wurde in

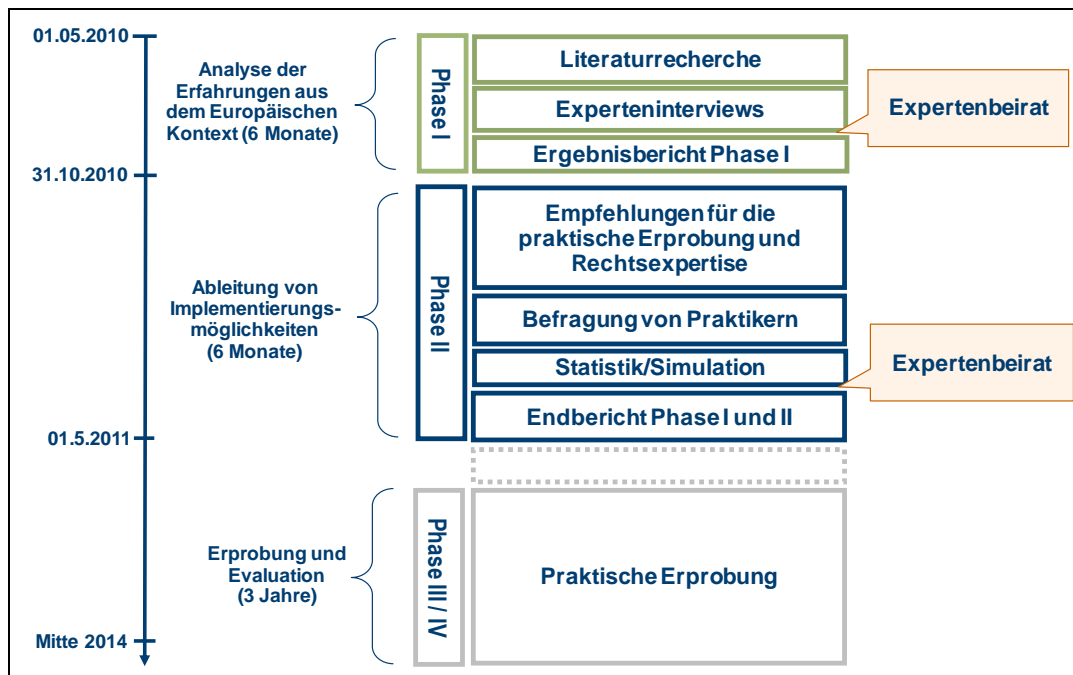
² Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. mit dem Arbeitsschwerpunkt für Gerontologie und Pflege

einem ersten Schritt die heutige Ausgangssituation noch einmal eingehender beleuchtet. Zum einen wurden, dies ist in Abschnitt 3.1, aber auch in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellt, die bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Ausgestaltung des Persönlichen Budgets nach § 17 (2)-(4) SGB IX aufbereitet. Darüber hinaus wurde der bei einer Neugestaltung des § 35a SGB XI potenziell anspruchsberechtigte Personenkreis mithilfe von bestehenden Datengrundlagen quantifiziert. Hierzu wurden, dies ist in Kapitel 3.2 aufbereitet, insbesondere die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Sozialen Pflegeversicherung, die Schwerbehindertenstatistik sowie der Mikrozensus herangezogen.

Um etwaige Probleme bei der konkreten Umsetzung oder potenzielle Reibungsflächen zu den bereits bestehenden Vorgaben zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget identifizieren zu können, wurden in Phase II zudem Interviews mit Akteuren geführt, die bereits heute in die Bewilligung bzw. Ausgestaltung der Vorgaben nach § 17 (2)-(4) SGB IX involviert sind (siehe hierzu Abschnitt 3.3).

Die empfohlenen Ausgestaltungen in den Phasen III und IV des Modellvorhabens sowie die antizipierten Wirkungen hinsichtlich der oben benannten Fragestellungen werden in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellt.

Abbildung 1: Überblick Modellprojekt "Budgets in der Sozialen Pflegeversicherung"



Quelle: IGES

Die Entwicklung und Durchführung des Forschungsvorhabens wird von einem Beirat unterstützt, der sich aus Vertretern der Menschen mit Behinderung in Deutschland, der Politik, der Wissenschaft sowie der Leistungserbringer zusammensetzt.

1.2.2 Literaturrecherche und -analyse (Schweden, Finnland, Niederlande)

Zur Darstellung der gesetzlichen Grundlagen sowie deren Wirkungen in den europäischen Vergleichsländern wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt. Im ersten Schritt erfolgte eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken

- o Embase und
- o Social Sciences Citation Index.

Wesentlicher Bestandteil der Suchsyntax waren die Begriffe: personal assistance, personal budget, individual budget, direct payment, care budget, independent living, self-directed care (für eine ausführliche Darstellung der Suchbegriffe siehe Anhang 4.1).

Einschlusskriterien waren das Vorliegen eines Abstracts sowie dass der Artikel in englischer Sprache verfügbar war. Darüber hinaus wurden die Arbeiten nur eingeschlossen, wenn ein direkter Bezug zur konkreten Leistungsform der Persönlichen Assistenz bzw. des Persönlichen Budgets vorlag und die Begriffe nicht in anderen Kontexten verwendet wurden. Ebenso wurden die Artikel nur eingeschlossen, wenn sie Informationen über Schweden, Finnland oder die Niederlande beinhalteten und nach dem Jahr 2000 erschienen waren.

Die systematische Recherche führte zu einer Trefferzahl von 1102 Publikationen, von denen nach Screening der Titel bzw. Abstracts lediglich 40 in die weiteren Analysen eingeschlossen werden konnten (siehe auch Anhang 4.1).

Die Datenbankrecherche wurde aus diesem Grund um eine wissensgetriebene Internetrecherche ergänzt, um weitere "graue Literatur" zu identifizieren. Hierbei wurden neben einer Suche mithilfe von Internetsuchportalen (auch Google Scholar) insbesondere die Internetangebote der für den jeweiligen Kontext relevanten Institutionen und Akteure (z.B. Ministerien, Versicherungen/Kostenträger, Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderung) durchsucht. Im Verlauf der Recherche wurde deutlich, dass auch Quellen in der jeweiligen Landessprache eingeschlossen werden müssen, um an alle notwendigen und substanziellen Informationen zu gelangen. Insbesondere die Niederlande und Schweden haben eine ganze Reihe von Evaluationen ihrer gesetzlichen Vorgaben durchgeführt, welche jedoch i.d.R.

ausschließlich in der Landessprache zugänglich sind. Neben der Internetrecherche wurden auch die Experteninterviews (siehe unten) sowie weitere E-Mail-Anfragen an die Experten genutzt, um nicht-englischsprachliche Literatur zu identifizieren bzw. die z.T. mithilfe von Übersetzungsprogrammen erschlossenen Aussagen aus Dokumenten in der Landessprache zu verifizieren.

1.2.3 Experteninterviews (Schweden, Finnland, Niederlande)

Die Experteninterviews bauen auf der Literaturrecherche und -analyse auf. Sie dienen zum einen dazu, die aus der Literatur extrahierten Informationen zu validieren, weitere mithilfe der Literatur allein nicht zu beantwortende Fragen insbesondere hinsichtlich der Strukturen und Prozesse zu klären und ggf. Quellen, welche nur in der Landessprache vorliegen, zu erschließen. Darüber hinaus wurden die Interviews aber auch genutzt, um Einschätzungen der Experten zu erheben und vor dem Hintergrund der Forschungsfragen zu diskutieren.

Die Auswahl der Experten erfolgte mit dem Ziel, ein umfassendes Bild der jeweiligen Erfahrungen und Bewertungen zu ermöglichen. Aus diesem Grund wurden die im Kontext des Persönlichen Budgets in dem jeweiligen Land relevanten Institutionen und Akteure (d.h. Kostenträger, Leistungsanbieter, Interessengruppen etc.) identifiziert und – soweit möglich – in die Befragung eingeschlossen.

Die Anzahl der Experteninterviews sollte zum einen ein allgemeines – von Einzelmeinungen losgelöstes – Bild der jeweils landesspezifischen Situation ermöglichen. Andererseits wurde die Zahl aber auch forschungsökonomisch bemessen: Waren die Fragen durch Literatur oder vorangegangene Interviews ausführlich dokumentiert und war davon auszugehen, dass weitere Interviews nur noch einen geringen Zuwachs an Information lieferten, wurde von weiteren Interviews abgesehen bzw. nur noch gezielte Detailfragen durch E-Mail-Korrespondenz geklärt. Insgesamt wurden 16 Interviews geführt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Expertenbefragung – Interviewpartner je Land

Experte	Institution
Schweden	
Frau Ulla Clevnert	Socialstyrelsen (<i>Nationales Amt für Gesundheit und Wohlfahrt</i>)
Frau Eva Lindblom	Riksrevisionen (<i>Amt für Audits im staatlichen Sektor</i>)
Frau Professor Agneta Hugemark	Uppsala Universität, Sociologiska Institutionen (<i>Universität Upsala, Institut für Soziologie</i>)
Herr Lars Nilsson	Socialdepartementet (<i>Sozialministerium</i>)
Frau Agneta Scherman	Föreningen JAG (<i>Selbsthilfeorganisation</i>)
Finnland	
Frau Jaana Huhta	Sosiaali- ja Terveysministeriö (<i>Ministerium für Soziales und Gesundheit</i>)
Herr Juha-Pekka Konttinen	Kynnys Ry (<i>Selbsthilfeorganisation</i>)
Frau Pirkko Mahlamäki	Finnish Disability Forum (<i>Selbsthilfeorganisation</i>)
Frau Raija Mansikkamäki	Assistentti.info (<i>Selbsthilfeorganisation</i>)
Herr Ulf Gustafsson	Finlands Svenska Handikappförbundet (<i>Selbsthilfeorganisation</i>)
Herr Professor Antti Teittinen	Kehitysvammaliitto (<i>Finnische Vereinigung zu Entwicklungsstörungen und geistigen Behinderungen</i>)
Niederlande	
Herr Alfred van den Berg	Sociale Verzekeringsbank (<i>Soziale Versicherungsbank</i>)
Herr Leo Beekmans	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (<i>Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport</i>)
Frau und Herr Heijnen	Per Saldo (<i>Selbsthilfeorganisation</i>)
Herr Johan Knollema	College voor zorgverzekering (<i>Verband der Krankenversicherungen</i>)
Frau Clarie Ramakers	ITS Radboud Universiteit Nijmegen (<i>Universität Nijmegen</i>)

Quelle: IGES

Bei der Rekrutierung wurden i.d.R. in einem ersten Schritt die relevanten Institutionen und Akteure identifiziert und anschließend die Ansprechpartner eruiert (durch Internetauftritt etc.). Die potenziellen Experten wurden schriftlich informiert und um ihre Teilnahme gebeten (per Post und E-Mail). Anschließend wurde i.d.R. ein telefonischer Kontakt hergestellt, um die Teilnahmebereitschaft der Experten zu klären.

Für jedes der drei Länder wurde angepasst auf die spezifischen Rahmenbedingungen und aufbauend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche ein

spezifischer Interviewleitfaden entwickelt (siehe Anhang 4.2), der eine individuelle Schwerpunktsetzung zuließ. Dieser enthielt Fragen zu den Strukturmerkmalen (z.B. dem Antragsverfahren, Bedarfsfeststellung etc.) und den Wirkungen (z.B. Einschätzung zur Qualität der Versorgung, zu hemmenden und fördernden Faktoren etc.). Zur Vorbereitung der Gespräche erhielten die Interviewpartner den Leitfaden bereits vor dem Interview. Die Interviews wurden i.d.R. telefonisch durchgeführt, drei Experten haben eine schriftliche Beantwortung der Fragen vorgezogen. Die Interviews wurden – nach vorheriger Information und bei Einverständnis – aufgezeichnet und anschließend in Form einer Zusammenfassung dokumentiert, welche den Experten zur nochmaligen Prüfung zugesandt wurde. Die Interviews wurden zwischen Juli und Oktober 2010 geführt. Sie hatten i.d.R. eine Länge von 60–80 Minuten und wurden in Englisch geführt.

1.2.4 Experteninterviews mit Personen aus dem Kontext Persönlicher Budgets

Im Rahmen der Phase II des Modellprojekts wurden Interviews mit deutschen Experten bzw. Akteuren geführt, welche bereits heute Persönliche Budgets gem. § 17 SGB IX bewilligen bzw. eine diesbezügliche Beratung durchführen. Ziel der Interviews war es, frühzeitig einen Einblick in potenzielle Umsetzungsprobleme bei Aufhebung der Gutscheinregelung zu bekommen. Dabei standen Fragen nach antizipierten Schnittstellen- und Durchführungsproblemen im Fokus.

Die Auswahl der Experten erfolgte wiederum mit dem Ziel, ein umfassendes Bild der jeweiligen Erfahrungen zu ermöglichen. Hierzu wurde telefonisch Kontakt mit unterschiedlichen Akteuren aufgenommen. Die Ansprechpartner wurden u.a. durch das Kompetenzzentrum Persönliches Budget (des Paritätischen) vermittelt.³

Insgesamt wurden fünf Interviews realisiert. Dabei wurden sowohl Personen befragt, die die Budgets für einen Leistungsträger administrieren, als auch solche, die Budgetberatung im engeren Sinne durchführen oder im Rahmen von Projekten zur Förderung des Persönlichen Budgets tätig sind. Alle Interviewpartner verfügten über umfangreiche Erfahrungen in der praktischen Umsetzung von Persönlichen Budgets.

³ Für die Unterstützung möchten wir Frau Meinhold vom Kompetenzzentrum Persönliches Budget unseren ausdrücklichen Dank aussprechen.

Tabelle 2: Interviewpartner Deutschland

Experte	Institution
Franz Bonfig	Stadtverwaltung Trier
Marcus Lippe	Ambulante Dienste e.V., Berlin
Heiko Schütz	Projekt "Perspektive B" (PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.)
Karin Ubaschik	Bezirksamt Friedrichshein-Kreuzberg, Berlin
Heiko Zillich	Lebenshilfe - Landesverband Bayern

Quelle: IGES

Die Interviewpartner wurden über Ziele und Vorgehen im Modellprojekt informiert. Ebenso erhielten Sie den Interviewleitfaden vorab (siehe Abschnitt 4.2.4). Es wurde vorab klargestellt, dass die Ergebnisse der Interviews anonymisiert wiedergegeben werden. Die Interviews wurden telefonisch durchgeführt und in Form einer Zusammenfassung dokumentiert, welche auf Wunsch noch einmal mit den Interviewpartner abgestimmt wurde. Die Befragungen wurden im Februar 2011 geführt und hatten i.d.R. eine Länge von 45–60 Minuten.

2 Ausgestaltungen und Erfahrungen in Schweden, Finnland, und den Niederlanden sowie in den bundesdeutschen Modellprojekten

2.1 Schweden

2.1.1 Rahmenbedingungen der Persönlichen Assistenz

2.1.1.1 Sozialstaatliche Rahmenbedingungen und Grundstruktur des Gesundheitssystems

In Schweden ist die Bevölkerung im Rahmen eines staatlichen Gesundheitssystems abgesichert. Dabei gliedert sich das Gesundheitssystem in drei Zuständigkeitsebenen: die nationale, die regionale und die kommunale Ebene.

Auf nationaler Ebene werden durch Parlament sowie Regierung Ausrichtung und Ordnungsrahmen der sozialstaatlichen und gesundheitlichen Versorgung festgelegt. Die operative Umsetzung bzw. die Aufsicht wird dabei durch "zentrale Ämter" d.h. u.a. Behörden wie z.B. das *Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen)* und das *Amt für Gesundheit und medizinische Behandlung (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN))* implementiert (Glenngård et al. 2005).

Auf der regionalen Ebene sind 21 Bezirke oder Provinzen (*län*) verantwortlich für die medizinische Versorgung. Ambulante Gesundheitsleistungen werden vorwiegend in sogenannten Gesundheitszentren erbracht, in denen Ärzte, Krankenschwestern und Hebammen arbeiten. Die stationäre Versorgung wird in Bezirkskrankenhäusern erbracht, die mit poliklinischen Abteilungen ebenfalls an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Zusätzlich zu den öffentlichen Leistungsanbietern gibt es private ärztliche Praxen, die vertraglich an den nationalen Gesundheitsdienst gebunden sind (Glenngård et al. 2005).

Die 290 Gemeinden haben wiederum einen eigenen Aufgabenbereich. Dieser umfasst neben den Sozialhilfen und Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes insbesondere die häusliche, ambulante sowie stationäre Versorgung bzw. Unterstützung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, und Menschen mit Behinderung sowie von Pflegebedürftigen (Glenngård et al. 2005).

Die Provinzen und Gemeinden haben gewählte Landtage, die die Verwaltung kontrollieren und die Verantwortung für die Versorgung tragen. Bei der Ausführung haben die Provinzen und Gemeinden – solange sie im Rahmen der nationalen gesetzlichen Vorgaben verbleiben – einen hohen Grad an Autonomie gegenüber der nationalen Regierung (Johansson 2004)

Finanziert wird das schwedische Gesundheitssystem überwiegend durch Steuern. Diese werden durch die Provinz- und Gemeinderegierungen festgelegt und in Form von Einkommenssteuern erhoben. Die kommunale und provinzielle Einkommensteuer beträgt zusammen je nach Region zwischen 28,89 und 34,17 Prozent (Wild 2010). Darüber hinaus erhalten die Provinzen und Gemeinden staatliche Zuschüsse (ebenfalls durch Steuern erhoben), diese decken ca. 16 Prozent der Ausgaben des schwedischen Gesundheitssystems. Ebenso sind durch die Patienten Zuzahlungen zu leisten, die je Arztbesuch (bis zu einer Obergrenze von 900 SEK im Jahr) und bei Medikamenten (ebenfalls bis zu einer Obergrenze von 900 SEK im Jahr – danach werden Arzneimittel vollständig vom Staat bezahlt) anfallen. Personen unter 20 Jahren sind von Zuzahlungen befreit (MISSOC 2010). Arzneimittel und Festzuschüsse bei Zahnersatz werden jedoch durch eine nationale Sozialversicherung bezahlt, welche sich durch Arbeitnehmerabgaben finanziert (Glenngård et al. 2005).

2.1.1.2 Sicherungssystem für Menschen mit Behinderung und für Pflegebedürftige

2.1.1.2.1 Sicherungssystem für Pflegebedürftige

In Schweden existiert kein eigenständiges Sicherungssystem für Pflegebedürftige; vielmehr werden Pflegeleistungen als Teil der Gesundheits- und Sozialdienste der Kommunen finanziert und verwaltet. Die Altenpflege wird über das *Gesetz über den Sozialleistungsdienst* (2001) geregelt. Das Angebot der häuslichen Pflege muss laut Gesetz über den Sozialleistungsdienst bereitgestellt werden.

Die häusliche Altenpflege (*hemhjälp*) ist die häufigste Dienstleistung im Zusammenhang mit der Altenfürsorge, wenn auch mit rückläufigem Trend bei den Kosten (ca. 35 Prozent der Gemeindeausgaben für Altenpflege in den 1970er und 80er Jahren, heute in den meisten Gemeinden < 20 Prozent) (Svenska Institutet Stockholm 2010). Stationäre Pflege oder Vollzeit-Unterbringung in Institutionen wird hauptsächlich Personen gewährt, die eine Rundum-Unterstützung von 24 Stunden benötigen (z. B. bei Demenz, aber auch bei Angstzuständen, Einsamkeit etc.). Außerdem sieht das schwedische System der Altenfürsorge ein Fahrdienstsystem vor, das die Einbindung ins Leben und Mobilität von alten und behinderten Menschen fördern soll. Als weitere Dienstleistung bieten viele Gemeinden kommunale

Sicherheitsalarmsysteme an, die Notrufe aus der Wohnung an die nächstliegende Institution weiterleiten (Svenska Institutet Stockholm 2010).

Die Gemeinde ist gesetzlich dazu verpflichtet, Pflegedienstleistungen bereit zu stellen. Leistungen können dabei entweder von bei der Gemeinde angestelltem Personal direkt erbracht werden oder die Gemeinde erteilt einem privaten Anbieter oder gemeinnützigen Organisationen den Auftrag, Pflegeleistungen zu übernehmen (öffentliche Beschaffung durch Ausschreibungen).⁴ Vor allem die stationäre Pflege wird zunehmend privat betrieben, es gibt aber auch private Pflegedienste zur häuslichen Pflege (Meagher und Szebehely 2010).

Finanziert wird die Altenpflege über lokale Gemeindesteuern. Die Leistungsempfänger müssen aber, wie bei der gesundheitlichen Versorgung, einen Teil der Kosten übernehmen. Die Selbstbeteiligung für die Altenpflege beträgt maximal 1.712 SEK (ca. 160 Euro) im Monat (MISSOC 2010). Für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit gelten in der Altenpflege keine einheitlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Einige Gemeinden verwenden Skalen, einige verwaltungstechnische Antragsformulare ohne Messung der Ressourcen und des Bedarfs.

Der durchschnittliche Stundeneinsatz pro Pflegebedürftigen liegt bei der häuslichen Pflege bei durchschnittlich 30 Std./Monat, wobei die Stundenzahl stark schwankt: Die meisten Pflegebedürftigen erhalten weniger als 26 Std./Monat (die Mehrheit weniger als 10 Std.), während ein geringer Anteil der Pflegebedürftigen eine Unterstützung von 120 Std./Monat beanspruchen kann (Svenska Institutet Stockholm 2010).

2.1.1.2.2 Sicherungssystem für Menschen mit Behinderung

Zur Sicherung der Versorgung von Menschen mit Behinderung und Funktionsbeeinträchtigten gibt es zwei Gesetze. Zum einen das *Gesetz über Hilfs- und Dienstleistungen für Personen mit bestimmten Behinderungen* (1993), kurz LSS, und zum Anderen das *Gesetz über Assistenzgeld* (1993), kurz LASS.

LSS-Leistungen werden von den Gemeinden über lokale Steuern finanziert. Laut § 9 umfasst das Gesetz folgende zehn Leistungsbereiche:

- (1) Beratung und persönliche Unterstützung,
- (2) Unterstützung durch persönliche Assistenten,
- (3) Begleitdienste,

⁴ Gegenwärtig wird etwa 10 % der kommunalen Altersfürsorge privat erbracht (Svenska Institutet Stockholm 2010).

- (4) Beistand durch Kontaktperson,
- (5) Ablösedienst zu Hause,
- (6) Kurzzeitiges Wohnen außerhalb der eigenen Wohnung,
- (7) Kurzzeitbetreuung von Schulkindern über 12 Jahre,
- (8) Familienwohnheim/Gruppenwohnung für Kinder und Jugendliche,
- (9) Wohnungen mit besonderem Service,
- (10) Tagesaktivitäten.

Hat eine Person mit Anspruchsberechtigung im Sinne des LSS Anrecht auf Assistenzleistungen und liegt ein Bedarf von mehr als 20 Stunden die Woche vor, so greift für diese Person auch das LASS-Gesetz (§ 3 des Gesetz über Assistenzgeld).

Die schwedischen Behindertenverbände und Interessenvertretungen ("*Stockholm Cooperative for Independent Living STIL*") haben maßgeblich zur Entwicklung und Ausgestaltung des Rechts auf Persönliche Assistenz beigetragen (Askheim 2008; Baumgartner et al. 2007). STIL startete 1987 in Stockholm mit dem ersten Pilotprojekt zur Persönlichen Assistenz mit 23 Teilnehmern (Ratzka 1996). Das schwedische Assistenzmodell besteht mit den zwei Gesetzen LSS und LASS seit 1994.

Seither wurden eine Reihe von Anpassungen des Systems vorgenommen: Im Jahr 1996 wurde die Zielgruppe für das LASS-Gesetz deutlicher definiert und gegenüber den vorherigen Jahren eingeschränkt: Die Regelung, dass Menschen mit Behinderung mindestens zwanzig Stunden Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens haben müssen, um Assistenz im Rahmen des LASS-Gesetzes beziehen zu können, wurde hinzugefügt. Im Jahr 1997 wurde ein jährlich angepasster aber national vorgegebener Kostensatz je Assistenzstunde eingeführt. Im Jahr 2001 wurde das Recht auf Persönliche Assistenz über die bis dahin bestehende Altersgrenze von 65 Jahren ausgeweitet (LASS in der Fassung vom 1.1.2001).

2.1.2 Ausgestaltung der Persönlichen Assistenz

2.1.2.1 Antragsvoraussetzungen und Antragsverfahren

Nicht alle Leistungsberechtigten für Hilfs- und Dienstleistungen nach dem Behindertengesetz (LSS) haben ein Anrecht auf Persönliche Assistenz. Dafür müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Der Antragssteller für die Persönliche Assistenz muss einer der drei nach LSS-Gesetz anspruchsberechtigten Gruppen angehören (vgl. LSS § 1):

- I. Personen mit einer geistigen Behinderung, Autismus oder dem Autismus ähnlichem Zustand
- II. Personen mit schwerer intellektueller Behinderung bzw. Lernbehinderung aufgrund eines Hirn-Traumas im Erwachsenenalter (Personen mit angeborener geistiger Behinderung sind in dieser Kategorie nicht enthalten.)
- III. Personen mit schweren und dauerhaften Behinderungen, die ein beträchtliches Maß an Unterstützung benötigen, bei denen aber die Behinderung nicht mit dem normalen Alterungsprozess zusammenhängt.

Grundsätzlich können sowohl Kinder als auch Erwachsene mit geistiger oder körperlicher Behinderung oder sonstiger Einschränkung bei der Bewältigung des täglichen Lebens Persönliche Assistenz beziehen. Für Jugendliche unter 15 Jahren und für Personen, die aufgrund ihrer geistigen Verfassung dazu nicht in der Lage sind, kann ein Erziehungsberechtigter, Betreuer oder Vormund die Leistung beantragen (§ 8 LSS-Gesetz).

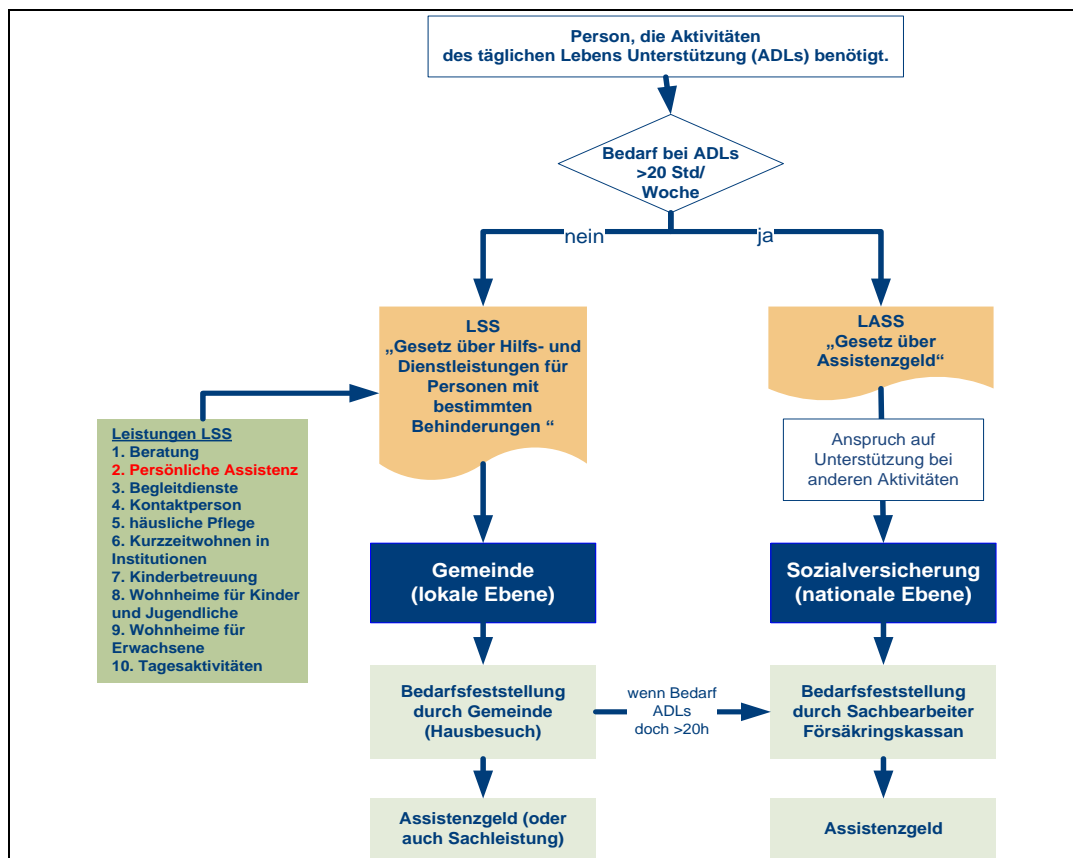
Vor einer Gesetzesänderung im Jahr 1997 lief die Persönliche Assistenz mit dem Erreichen des 65. Lebensjahrs aus und der Betroffene erhielt statt dessen Sachleistungen bzw. Leistungen der häuslichen Pflege. Seit 2001 gibt es die Regelung, dass die Persönliche Assistenz auch nach dem 65. Lebensjahr fortgesetzt werden kann, wenn eine Person vor dem 65. Lebensjahr die Persönliche Assistenz beantragt und für mindestens ein Jahr erhalten hat (LASS in der Fassung vom 1.1.2001). Allerdings kann die Persönliche Assistenz nicht mehr verändert werden (z. B. aufgestockt aufgrund einer Änderung der Behinderung) (vgl. § 3 LASS-Gesetz). Assistenznehmer, die mit steigendem Alter hilfsbedürftiger werden, können diese Hilfe im Rahmen der kommunalen häuslichen Pflege zusätzlich erhalten.

Um sich für die Persönliche Assistenz zu qualifizieren, muss die behinderte Person Hilfestellung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens oder Unterstützung benötigen, die eingehende Kenntnisse über die Person voraussetzt und nur von einem begrenzten Kreis von Helfern geleistet werden kann (§ 9a Gesetz LSS). Grundgedanke der Persönlichen Assistenz ist die Bereitstellung einer möglichst maßgeschneiderten Hilfe für den Einzelnen. Ein persönlicher Assistent hilft dem Betroffenen bei allem, wozu dieser nicht selbst imstande ist – das heißt auch mit Leistungen, die ein hohes Maß an Vertrauen und Vertrautheit erfordern, weil sie die Intim- und Privatsphäre des Menschen mit Behinderung berühren. Empathie und Sympathie spielen eine große Rolle. Die Assistenz wird also im wahrsten Sinne des Wortes als "persönlich" verstanden und wird meist nur durch eine Person, auf jeden Fall nur durch einen kleinen Personenkreis geleistet (Anderberg 2009).

Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens zählen Hygiene, An- und Auskleiden, Essen und Kommunikation. Falls mehr als 20 Stunden pro Woche Hilfestellungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich sind, hat der Antragssteller auch Recht auf Unterstützung bei weiteren Aktivitäten wie z. B. Einkaufen, Kinobesuche oder Urlaubsreisen.

Die Zuständigkeiten für die Persönliche Assistenz, inklusive der Verantwortlichkeiten für die Finanzierung, sind in Schweden zwischen Gemeinde und Staat aufgeteilt, wobei der Staat durch die Sozialversicherung (*Försäkringskassan*) vertreten wird (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Duale Organisation der Persönlichen Assistenz über LSS und LASS (Schweden)



Quelle: IGES

Wenn Unterstützung bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens für mehr als 20 Stunden die Woche benötigt wird, ist die Gemeinde im Rahmen des LSS-Gesetzes zuständig und trägt die Kosten. Der Antrag auf Unterstützung erfolgt in diesem Fall beim der Gemeinde. Wenn eine Person für mehr als 20 Stunden die Woche Unterstützung bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens benötigt und damit Anrecht auf Leistungen im

Rahmen des LASS-Gesetzes hat, kann der Antrag auch direkt bei der *Försäkringskassan* gestellt werden.

Unter LASS trägt die Gemeinde weiterhin die Kosten für die ersten 20 Stunden und die *Försäkringskassan* übernimmt die Kosten für die darüber hinaus gehenden Leistungsstunden.. Die Teilung der Kosten zwischen Staat und Gemeinde soll eine finanzielle Überlastung von kleinen Gemeinden verhindern, die Gemeinden aber trotzdem an den Kosten beteiligen (Blanck et al. 2006).

Grundsätzlich kann ein Antrag auf Persönliche Assistenz sowohl bei der Gemeinde, als auch bei der *Försäkringskassan* gestellt werden. Wird bei der Gemeinde ein Bedarf an Unterstützung bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens von mehr als 20 Stunden festgestellt, wird der Antragsteller an die *Försäkringskassan* verwiesen und umgekehrt. Eine Kooperation zwischen Gemeinde und *Försäkringskassan* wird dabei vorausgesetzt. Eine Bedarfsfeststellung wird allerdings bei Überweisungsfällen meist zweimal durchgeführt: einmal durch die Gemeinde und dann ein weiteres Mal durch die *Försäkringskassan* – nur in seltenen Fällen findet eine gemeinsame Bedarfsfeststellung oder ein koordiniertes Verfahren statt (Interview S3).

Es wird davon ausgegangen, dass in den meisten Fällen der Antrag zunächst bei der Gemeinde gestellt wird, vermutlich da die betroffene Person mit den Sozialarbeitern vertraut ist, die Distanz zum lokalen Sozialdienst kürzer ist und möglicherweise schon Kontakt wegen anderer Leistungen besteht (Interview S2 und S4).

Eine zeitnahe Bearbeitung ist gesetzlich festgeschrieben, allerdings wird keine konkrete Bearbeitungszeit eines Antrags genannt. Wenn ein Antragsteller mit der Bedarfsentscheidung nicht einverstanden ist (beispielsweise ob er mehr oder weniger als 20 Stunden pro Woche an Unterstützung bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens benötigt), kann er beim regionalen Landesgericht Einspruch erheben. Der Einspruch muss innerhalb der ersten zwei Monate nach der Bedarfsentscheidung eingereicht werden.

2.1.2.2 Bedarfsfeststellung/Assistenzbemessung

Der Prozess der Bedarfsfeststellung vollzieht sich im Wesentlichen in drei Schritten, unabhängig davon, ob er durch die Gemeinde oder die *Försäkringskassan* durchgeführt wird. Zunächst wird festgestellt, ob der Antragsteller zu einer der drei Gruppen von Menschen mit Behinderung zählt, die ein individuelles Anrecht auf Persönliche Assistenz haben (§ 1 LSS):

- I. Personen mit einer geistigen Behinderung/Autismus,
- II. Personen mit Hirn-Trauma im Erwachsenenalter,
- III. Personen mit schweren und dauerhaften Behinderungen, die aber nicht mit dem normalen Alterungsprozess zusammenhängen.

In den Experteninterviews wurde erläutert, dass die Zugehörigkeit zu den ersten beiden Gruppen relativ eindeutig über eine ärztliche Diagnose festgestellt werden kann. Antragssteller, die zur dritten Gruppe gehören, müssen ihre Hilfsbedürftigkeit mit professionellen Gutachten von Ärzten (darunter Psychiater), Physiotherapeuten o.ä. belegen. Bei der Entscheidung, ob ein Antragssteller zur Gruppe 3 gehört, bestehe Ermessensspielraum durch die zuständigen Sachbearbeiter (Interview S3).

In einem zweiten Schritt wird ermittelt, wie hoch der Bedarf des Antragstellers an Unterstützung bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens ist und daraus abgeleitet, ob die Persönliche Assistenz allein unter das LSS-Gesetz fällt und damit allein durch die Gemeinde administriert wird oder ob auch das LASS-Gesetz und damit die *Försäkringskassan* verantwortlich ist. Ebenso wird berücksichtigt, ob dem Unterstützungsbedarf durch andere Leistungsarten besser begegnet werden kann oder ob er durch z.B. wohnraumverändernde Maßnahmen oder technische Hilfsmittel reduziert werden kann (Interview S5).

Bei Antragsstellern, bei denen ein Unterstützungsbedarf von mehr als 20 Stunden bei grundlegenden Aktivitäten konstatiert wurde, wird in einem dritten Schritt der individuelle Bedarf an Betreuungs- und Teilhabeleistungen festgestellt. Dazu gehört beispielsweise Unterstützung bei Freizeitaktivitäten, Arbeit, Studium, und Aktivitäten wie Einkaufen.

Die Bedarfsfeststellung erfolgt durch einen Sozialarbeiter oder durch eine Gemeindegeschwister, aber auch Sachbearbeiter können diese durchführen. Bei einem Hausbesuch werden die häusliche Situation und die Gestaltung des täglichen Lebens beschrieben (Baumgartner et al. 2007). Unterstützung, die im Rahmen der informellen Pflege durch Familienmitglieder oder Freunde erbracht werden kann, wird bei der Bedarfsfeststellung berücksichtigt, muss aber nicht zwingend geleistet werden, sondern ist freiwillig.

Bei der Bedarfsfeststellung werden grundsätzlich nur Leistungen außerhalb von Einrichtungen berücksichtigt. Bedarf an Unterstützung während Schulstunden, in Kindertagesstätten, Behindertenwerkstätten, Krankenhäusern oder anderen staatlichen Institutionen und Wohnheimen wird nicht berücksichtigt, da davon ausgegangen wird, dass dort festes Personal die Hilfestellung und Pflegeleistungen erbringt (§ 4 LASS-Gesetz). Ausnahmen, wenn beispielsweise die Behinderung Schwierigkeiten in der Kommunikation mit sich bringt und die Anwesenheit des Persönlichen Assistenten mit individu-

ellen Kenntnissen und Erfahrungen erfordert, sind möglich (Försäkringskassan 2010a).

In den Experteninterviews wurde erläutert, dass diese Ausnahmeregelung kontrovers diskutiert wird, Gemeinden und *Försäkringskassan* argumentieren, dass die Präsenz eines Persönlichen Assistenten beispielsweise während Schulstunden oder in der Tagesbetreuung dem Aufbau bzw. Ausbau solcher Betreuungsangebote durch die Schulen bzw. Tagesstätten selbst vorgeife.

Für den gesamten Prozess der Bedarfsfeststellung existieren momentan keine gesetzlichen Richtlinien oder standardisierten Instrumente. Vielmehr handelt es sich um einen individuellen Prozess, bei dem die Selbsteinschätzung des Antragsstellers zu seinem Hilfebedarf im Vordergrund steht (Wacker et al. 2005 und Interview S3). Regionale Unterschiede können mitunter sehr ausgeprägt sein, da der Prozess sehr individuell von Antragsteller und Sozialarbeiter der Gemeinde gestaltet werden kann (Lewin et al. 2008; Lindblom und Rudberg 2004).

Um ein gewisses Maß an überregionaler Vergleichbarkeit herstellen zu können und um Gleichbehandlung unabhängig von der Organisation der Bedarfsfeststellung zu erlangen, hat die *Försäkringskassan* einen sogenannten Leitfaden für die Umsetzung des LASS-Gesetzes erarbeitet. Der Leitfaden präsentiert und erläutert die relevanten Gesetze, Verordnungen, Vorschriften, Rechtsprechungen, interne Richtlinien etc. (Försäkringskassan 2010a). Allerdings ist dieser Leitfaden kein Instrument zur Bedarfsfeststellung, sondern eine erweiterte Erläuterung der Rechtsgrundlage und Regelungen – und es besteht weitergehende Nachfrage für ein anwendungsbezogenes Instrument zur Bedarfsfeststellung (Interview S5).

Vor diesem Hintergrund wurde durch die Regierung ein Projekt initiiert, das zum Ziel hat, ein "neutrales" Instrument zur Bedarfsfeststellung zu entwickeln. Ein national einheitliches Instrument zur Bedarfsfeststellung soll objektiver und weniger anfällig für regionale Variationen sein. Außerdem soll es standardisierte Evaluationen ermöglichen (Socialdepartementet 2010).

Durch das *Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen)* wurde ein entsprechender, sehr detaillierter Fragebogen entwickelt. Durch die Experten wurde erläutert, dass dieser Fragebogen bei Interessensverbänden der Menschen mit Behinderung, aber auch einigen Gemeinden und vielen Politikern auf Widerstand gestoßen ist. Besonders der Ausschluss der sogenannten Passiv-Zeit aus der Bedarfsfeststellung (Wartezeit des Assistenten zwischen Tätigkeiten, die der Unterstützung bedürfen) und Fragestellungen, die zu tief in die Intim- und Privatsphäre der Betroffenen eindringen, würden kritisiert (Interview S2 und S3).

Der Fragebogen sollte ursprünglich am 1.1.2011 als freiwilliges Instrument (nicht rechtsbindend) eingeführt werden (Socialdepartementet 2010). Die Einführung verzögert sich jedoch voraussichtlich: Momentan wird das Instrument unter Mitarbeit der Betroffenenverbände überarbeitet (Interview S2, S4 und S5) und soll noch in einigen Regionen getestet werden, bevor es landesweit implementiert wird (Interview S3). Inwieweit ein einheitliches Instrument zu Kosteneinsparungen führen kann (bzw. soll) wird durch den Gesetzgeber nicht explizit thematisiert. Experten warnen, dass die Einführung eines extensiven Instruments mehr Bedürfnisse aufdecke und dadurch zu einer Steigerung der Gesamtkosten des Assistenzsystems führen könne (Interview S3).

Alle zwei Jahre muss die Bedarfsfeststellung erneuert werden, um eine eventuelle Veränderung des Unterstützungsbedarfs berücksichtigen zu können (§ 7 LASS-Gesetz). Eine Änderung des Assistenzgeldes wegen wesentlicher Veränderung der Umstände soll ab dem Monat gelten, in dem der Grund für die Änderung eingetreten ist (Gesetzesänderung LASS 2000:1031).

Bei der Persönlichen Assistenz nach dem LASS-Gesetz gilt kein maximales Stundenvolumen, das heißt die Anzahl der Stunden ist theoretisch unbegrenzt – vor allem wenn Menschen mit schwerer Behinderung mehr als einen Assistenten zur gleichen Zeit benötigen (Clevnert und Johansson 2007). Das im Rahmen der Bedarfsfeststellung ermittelte Stundenvolumen wird mit einem fixen Kostensatz je Stunde von 252 SEK im Jahr 2010 (ca. 25 Euro) multipliziert. Der Kostensatz je Stunde ist landesweit einheitlich und wird jährlich durch das Gesundheitsministerium auf Empfehlung der *Försäkringskassan* festgelegt.

Die Empfehlung orientiert sich an den zu erwartenden Lohnänderungen in der häuslichen Pflege im kommenden Jahr und am Index der Verbraucherpreise (Lindblom und Rudberg 2004; Riksförsäkringsverket 2002). Der fixe Kostensatz steigt dabei jährlich um etwa 5–10 SEK und liegt im Jahr 2011 bei voraussichtlich 258 SEK je Stunde (Interview S3 und S5). Menschen mit Behinderung mit besonderen Bedürfnissen, die komplexere und damit teurere Leistungen benötigen (z.B. Betreuung in der Nacht, Assistenten mit besonderer Ausbildung), können bis zu 12 Prozent mehr als den fixen Kostensatz je Stunde erhalten (282 SEK im Jahr 2010). Damit verbunden ist allerdings ein höherer Nachweisungs- und Verwaltungsaufwand.

Mit dem Stundensatz werden alle Kosten der Leistungserbringung inklusive der Löhne, Versicherungsbeiträge, Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall, Verwaltungskosten, Ausgaben der Assistenten (Reisekosten, Eintrittspreise etc.) und Weiterbildungskosten abgedeckt. Laut einer Empfehlung der *Försäkringskassan* (2010) sollen

- 87 Prozent für den Lohn des Leistungserbringers,
- 5–8 Prozent für Verwaltungskosten,
- 2–3 Prozent für Aus- und Fortbildung
- 1–2 Prozent für Extraausgaben des Leistungserbringers (z. B. Bustickets, Eintrittskarten bei mit der Pflegeperson besuchten Veranstaltungen)
- 1–2 Prozent für Arbeitsabläufe und Personalaufwand (z. B. Hilfsmittel wie Handschuhe, Desinfektionsmittel, Kaffee für Mitarbeiter)

ausgegeben werden.

Der durchschnittliche Lohn lag im Jahr 2010 bei einer Stichprobe von 65 Anbietern bei 208 SEK (ca. 23 Euro) (Independent Living Institute 2010). In Schweden existiert kein gesetzlicher Mindestlohn. Traditionell werden die Arbeitsbedingungen zwischen Arbeitgeberorganisationen und Gewerkschaften für einzelne Sektoren ausgehandelt. Auf Gewerkschaftsseite ist im Bereich der Assistenzleistungen vor allem *Kommunal* aktiv, eine Gewerkschaft für Mitarbeiter der Gemeinde.⁵ Es existieren mehrere Tarifverträge zwischen dieser Gewerkschaft und verschiedenen Arbeitgeberorganisationen ebenso wie Nebenverträge, die es Arbeitgebern, die keiner Organisation angehören, ermöglichen, einem Tarifvertrag beizutreten.⁶ Im Jahr 2008 waren etwa 30.000 der 50.000 Assistenten Mitglied der Gewerkschaft *Kommunal* (Westberg 2010).

Die Kostenerstattung für die Persönliche Assistenz wird monatlich direkt an den Assistenznehmer ausgezahlt. Wenn das Assistenzgeld an eine andere Person oder Organisation überwiesen werden soll, muss ein schriftlicher Vertrag bei der *Försäkringskassan* vorgelegt werden. Es wird davon ausgegangen, dass die direkte Überweisung an den Leistungserbringer in den meisten Fällen vorgezogen wird (Interview S1 und S2).

Ist der Antragsteller mit der Bedarfsfeststellung nicht einverstanden, kann er beim Verwaltungsgericht (*länsrätten*) oder beim Oberverwaltungsgericht (*kammarrätten*) gegen die Entscheidung vorgehen (LSS § 27). Die Sachbearbeiter der *Försäkringskassan* und Mitarbeiter der Gemeinde sind sogar

⁵ <http://www.kommunal.se/Kommunal/> (8.10.2010)

⁶ Eine Auflistung der bestehenden Tarifverträge, der beteiligten Parteien und der ausgehandelten Konditionen mit dem Stand vom 1.10.2010 findet sich unter <http://www.independentliving.org/assistanskoll/20080319-FAKTA-kollektivavtal.html> (8.10.2010)

verpflichtet, die Antragsteller bei ihrer Klage zu unterstützen, indem sie bspw. den Einspruch formulieren (vgl. Baumgartner et al. 2007).

2.1.2.3 Zielvereinbarung

Behinderte Menschen haben im Rahmen von LSS das Recht auf einen individuellen Versorgungsplan ("Serviceplan" vgl. LSS § 10). Für diesen Plan stellen Gemeinde und Nutzer der Persönlichen Assistenz gemeinsam die unterschiedlichen Maßnahmen zusammen, die von verschiedenen Leistungsanbietern erbracht werden können. Eine Zielvereinbarung wird dabei nicht getroffen – es handelt sich vielmehr um ein Instrument, um die Übersicht zu wahren und alle Bedürfnisse und Wünsche des Betroffenen zu berücksichtigen. Die Gemeinde hat dabei die besondere Verantwortung, verschiedene Maßnahmen zu koordinieren und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer zu fördern. Der Plan soll kontinuierlich und mindestens einmal im Jahr evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden (LSS § 10).

Bislang mussten Assistenznehmer einen Serviceplan aktiv einfordern. Da die Inanspruchnahme des Plans infolgedessen gering gewesen ist, sollen die Gemeinden ab 2011 jedem Assistenznehmer den Serviceplan anbieten (Socialdepartementet 2010). Allerdings kann der Gesetzesvorschlag bislang so interpretiert werden, dass die Verpflichtung den Serviceplan anzubieten nur für Assistenznutzer im Rahmen des LSS-Gesetzes, nicht aber im Rahmen des LASS-Gesetzes Anwendung findet. Ob die Gesetzesänderung die Nutzung des Serviceplans steigert, bleibt abzuwarten (Interview S5).

2.1.2.4 Verwendung des Assistenzgeldes

Der Assistenznehmer in Schweden hat vier Möglichkeiten, Leistungen der Persönlichen Assistenz einzukaufen (Försäkringskassan 2010a):

- o Etwa die Hälfte der LASS-Assistenznehmer (51 Prozent im Jahr 2008) wendet sich an die Gemeinde als Leistungsanbieter.
- o Private Leistungsanbieter haben sich in den letzten Jahren stark entwickelt. Rund 35 Prozent der LASS-Assistenznehmer beziehen derzeit ihre Leistungen auf dem privaten Anbietermarkt.
- o Etwa ein Zehntel (derzeit 11 Prozent) der LASS-Assistenznehmer kauft seine Leistungen im Rahmen einer Kooperative ein. Hier werden Leistungen gemeinsam eingekauft und geteilt.
- o Nur sehr wenige Assistenznehmer fungieren selbst als Arbeitgeber (nur etwa 3 Prozent).

Assistenznehmer können prinzipiell auch mehrere Leistungserbringer (auch Formen von Leistungserbringern) zur gleichen Zeit nutzen. Auch kann der Assistenznehmer für einen Teil als Arbeitgeber fungieren, und andere Leistungen bei Gemeinde oder privaten Unternehmen einkaufen (Försäkringskassan 2010a).

Familienmitglieder können prinzipiell unter den gleichen Bedingungen wie andere Leistungserbringer als Assistenten angestellt werden. Allerdings können sie aus steuerrechtlichen Gründen nicht direkt vom Leistungsnehmer angestellt werden, wenn sie im gleichen Haushalt wohnen (§ 10 LASS-Gesetz, § 9a LSS-Gesetz). Um dennoch Haushaltsmitglieder beschäftigen zu können, hat sich der Weg etabliert, dass sich diese bei der Gemeinde als Assistenten anstellen lassen. Über die Anstellung bei der Gemeinde ist die Bezahlung von im selben Haushalt lebenden Personen möglich (Försäkringskassan 2010a).

Anders als private oder freigemeinnützige Anbieter hat die Gemeinde zudem einen Sicherstellungsauftrag; d.h. kein Assistenzsuchender kann abgelehnt werden. Auch muss die Gemeinde aushelfen, wenn z.B. aufgrund von Krankheit eine anders organisierte Assistenz ausfällt (Roos 2009).

Aus Sicht der befragten Experten führe dies zu einem dazu, dass vor allem behinderte Menschen, die sich nicht aktiv für einen Leistungserbringer entscheiden, bei der Gemeinde Kunde sind. Somit sei davon auszugehen, dass Personen mit überdurchschnittlich hohem Bildungsstand und sozialökonomischen Status ihre Leistungen meist bei privaten Anbietern oder Kooperativen beziehen, wo sie ein größeres Mitspracherecht erfahren, als bei der Gemeinde. Gleichzeitig können private und gemeinnützige Leistungsanbieter ihre Klientel bewusst auswählen, indem sie sich z. B. auf bestimmte Klientengruppen spezialisieren (z. B. Kinder und Jugendliche, Unfallopfer mit körperlicher Behinderung) (Interview S2 und S4, aber auch Westberg 2010).

Es gibt keine fachlichen Mindestanforderungen an die Leistungserbringer. Auch eine formale Anforderung an die Qualifikation oder standardisierte Ausbildungsangebote oder Trainings für Assistenten gibt es nicht. Daher haben viele Assistenzpersonen keine pflegerische Qualifikation. Personal der Gemeinde muss allerdings grundlegende Pflegekompetenzen vorweisen können (Clevnert und Johansson 2007). Private Leistungsanbieter und Kooperativen bieten häufig eigene Schulungen für ihre Mitarbeiter an und häufig wird die Fortbildung dann individuell auf die Bedürfnisse der jeweiligen Pflegeperson zugeschnitten (Interview S2).

Die Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnis ist für alle Anbieter von Leistungen im Rahmen der Persönlichen Assistenz verpflichtend. Die privaten und gemeinnützigen Anbieterorganisationen müssen Mehrwertsteuer-

nachweise erbringen, ansonsten wird ein Steuerabzug vorgenommen. Bei natürlichen Personen müssen zudem Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung gezahlt werden (Försäkringskassan 2010a). Zudem müssen sich alle Leistungsanbieter seit 1. Juli 2008 registrieren lassen. Ab dem 1.1.2011 wird eine Zulassung zur Erbringung von Assistenzleistungen erforderlich sein (Socialdepartementet 2010).

Interne Instrumente zur Qualitätssicherung sind nicht vorgeschrieben und werden individuell von den einzelnen Leistungsanbietern erstellt und gehandhabt. Ein System der Qualitätssicherung durch Dritte, wie in Deutschland durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, gibt es nicht. Grundsätzlich ist die Gemeinde verantwortlich für die Qualität der durch sie erbrachten Leistungen (d.h. aller an sie übertragenen Leistungen, seien es sozialstaatliche Aufgaben oder Aufgaben der Gesundheitsversorgung und damit auch durch sie erbrachte Assistenzleistungen). Das *Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen)* steht in der Verantwortung die Qualität zu überprüfen. Mit der Einführung der Zulassung für Leistungsanbieter im Assistenzbereich wird die Aufsicht durch das *Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt* damit auch auf die privaten Leistungsanbieter ausgeweitet. (Beispielsweise sind ab dem 1.1.2011 unangekündigte Besuche bei den Leistungserbringern möglich (Socialdepartementet 2010).

2.1.2.5 Überprüfung der Assistenzverwendung

Assistenznehmer sind dazu verpflichtet, über die gesamten Ausgaben des Assistenzgeldes Rechenschaft abzulegen. Dafür müssen der *Försäkringskassan* Rechnungen für den Einkauf von Leistungen bei den einzelnen Anbietern vorgelegt werden oder, falls der Leistungsempfänger selbst Arbeitgeber ist, Nachweise über die Anzahl an Stunden, in denen Assistenzleistungen in Anspruch genommen wurden, sowie deren Verwendungszweck angegeben werden (Försäkringskassan 2010a).

Für den Leistungsempfänger gilt ein Rechenschaftszeitraum von sechs Monaten; d.h. die bei der Bedarfsfeststellung festgestellte Stundenzahl je Woche ist als Durchschnitt über die Periode von sechs Monaten zu werten. Seit dem 1. Juli 2008 muss Assistenzgeld, das nicht innerhalb des Abrechnungszeitraums ausgegeben wurde, an die *Försäkringskassan* zurückgezahlt werden. Eine Übertragung der Überschüsse auf die nächste Abrechnungsperiode ist nicht möglich (Socialdepartementet 2007). Außerdem gilt, dass Assistenzgelder neben dem Arbeitslohn nur für Ausgaben, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Assistenzleistung stehen, verwendet werden dürfen. Dazu zählen beispielsweise die Weiterbildung des Assistenten oder Verwaltungsleistungen (letzteres nicht, wenn die Verwaltung vom Assistenznehmer selbst durchgeführt wird).

Darüber hinaus ist festgelegt, dass der Betroffene Geld im Rahmen der Persönlichen Assistenz nur für die festgestellte Anzahl an Stunden ausgeben kann. Wurden einem Antragssteller beispielsweise 30 Stunden Assistenzleistungen in der Woche bewilligt, so bekommt er einen Betrag von 30×252 SEK je Woche ausgezahlt und darf mit diesem Geld 30 Stunden einkaufen. Der Assistenznehmers hat somit keinen Anreiz, nach günstigeren Anbietern zu suchen. Hierdurch sollte u.a. Missbrauch, wie bei privaten Leistungserbringern Ende der 1990er Jahre festgestellt,⁷ verhindert werden (Socialdepartementet 2007).

Hat der Assistenznutzer einen höheren Betrag als den Pauschalbetrag je Stunde bewilligt bekommen, müssen außerdem Angaben zu den durchschnittlichen Kosten je Stunde für Löhne, Wochenend- oder Nachtzuschläge, direkte Ausgaben für den Assistenten (z. B. Arbeitskleidung), Fortbildung, Verwaltung, Gesundheit des Arbeitnehmers etc. einzeln aufgeführt werden. Der Verwaltungsaufwand für die Rechenschaftslegung bei einem erhöhten Stundensatz ist somit wesentlich höher (Interview S3).

Absichtliche Falschangaben oder das Versäumnis, Veränderungen der Lebensumstände zu melden, können den Anspruch auf Persönliche Assistenz beeinträchtigen und strafrechtliche Konsequenzen haben.⁸ Wird das Geld für Persönliche Assistenz unsachgemäß oder rechtswidrig eingesetzt oder wird bspw. Betrug nachgewiesen, kann die Assistenz entzogen werden.

2.1.2.6 Beratung und Unterstützung des Leistungsnehmers

Beratung und Unterstützung bezüglich der Persönlichen Assistenz kann der Antragssteller sowohl bei der Gemeinde als auch bei der *Försäkringskassan* in Anspruch nehmen. Beide Instanzen sind verpflichtet, den Leistungsnehmer im Antragsprozess zu unterstützen. Die Beratung des Leistungsnehmers bei der Bedarfsermittlung soll durch die Gemeinde übernommen werden. Im Gespräch mit dem zuständigen Sachbearbeiter soll ermittelt werden, ob die Persönliche Assistenz in der individuellen Situation passend und

7 Vereinzelt hatten Leistungsanbieter die Pflegeleistungen sehr billig angeboten und für das verbleibende Geld je Pflegestunde mit "Extras" geworben (z. B. Bereitstellung eines Computers, Freizeitaktivitäten wie der Besuch von Fußballspielen) (Interviews S2 und S4). Außerdem wurden einzelne Leistungsanbieter kritisiert, außergewöhnlich hohe Gewinne zu erzielen und Steuern zu umgehen (Pilkvist und Marander 2007).

8 Der Geldleistungsbezug der Persönlichen Assistenz selbst gilt nicht als zu versteuerndes Einkommen. Die Höhe der Geldleistung für die Persönlichen Assistenz kann sich auf den Anspruch auf andere Formen der Behindertenbeihilfe (*handikappersättning*) und des Pflegegeldes (*vårdbidrag*) auswirken.

empfehlenswert ist. Wenn das so ist, werden die Zugangskriterien im Einzelfall geprüft, sonst kann der Sachbearbeiter Alternativen wie Wohngemeinschaften oder häusliche Pflege erläutern (Baumgartner et al. 2007).

Im Rahmen der Experteninterviews wurde durch die Interessenvertreter der Assistenznehmer kritisiert, dass die Beratung der Gemeindebüros oft einseitig oder gar nicht vorhanden sei und dass die Unterstützung beim Antragsprozess häufig von Kooperativen und anderen Anbietern geleistet werden müsse (Interview S2).

Nach Bewilligung der Assistenz ist die Übernahme der Administration durch private Dienstleister explizit möglich. Die Hilfe bei der Verwaltung kann dabei aus den Mitteln für die Persönliche Assistenz finanziert werden (Laut einer Empfehlung der *Försäkringskassan* (2010) soll sich dies auf ca. 5–8 Prozent der Ausgaben belaufen.)

Bei Wahl eines privaten oder gemeinnützigen Leistungserbringers erfolgt in der Regel die Verwaltung des Assistenzgeldes direkt durch den Leistungsanbieter. Häufig werden die Mittel für die Persönliche Assistenz direkt von der *Försäkringskassan* (oder der Gemeinde) an den Leistungserbringer überwiesen. Dieser übernimmt dann alle administrativen Vorgänge rund um die Assistenz wie beispielsweise die Lohnbuchhaltung. Assistenznehmer, die als Arbeitgeber fungieren, müssen ihre Verwaltung selbst tätigen. Unterstützung erfahren sie dabei von Behindertenorganisationen. Die Hilfeleistungen der Gemeinde für diese Gruppe der Assistenznehmer als Arbeitgeber fällt nach Einschätzung der Behindertenorganisationen sehr gering aus (Interview S2).

2.1.3 Wirkungen der Persönlichen Assistenz

2.1.3.1 Inanspruchnahme und Kosten der Persönlichen Assistenz

Nach Einschätzung der Experten gilt das Modell der Persönlichen Assistenz in Schweden als allgemein etabliert, ist in der Bevölkerung bekannt und insgesamt positiv besetzt: Immer mehr Menschen mit Behinderung wüssten um die Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets und fänden das Modell attraktiv. Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme trotz grundsätzlicher Anspruchsberechtigung konnten die befragten Experten nicht nennen (Interview S3, S4). Angemerkt wurde aber, dass Persönliche Assistenz nicht zwangsläufig immer die angemessene Versorgungsform für den Betroffenen darstellen müsse und z.B. auch betreute Wohnformen Vorteile – wie z.B. die Integration in ein soziales Umfeld – aufwiesen (Interview S5).

Die steigende Popularität des Systems spiegelt sich auch in den Daten zur Inanspruchnahme wider. Ende des Jahres 2009 nahmen 3.357 Personen

Persönliche Assistenz im Rahmen des LSS in Anspruch und 15.858 Personen im Rahmen des LASS-Gesetzes (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Inanspruchnahme und Kosten der Persönlichen Assistenz unter LSS und LASS (Schweden)

	2000	2005	2007	2009
Zahl der LSS-Assistenznehmer	4.536	3.632	3.341	3.357
LSS-Assistenznehmer pro 100.000 Einwohner	51,2	40,1	36,4	35,9
Zahl der LASS-Assistenznehmer	9.684	13.576	15.183	15.858
LASS-Assistenznehmer pro 100.000 Einwohner	109,0	150,0	165,3	169,8

Quelle: IGES, Socialstyrelsen (2010)

Aufgrund der dualen Verantwortung und Finanzierung der Persönlichen Assistenz durch die Gemeinden (LSS) und die *Försäkringskassan* (LASS) lassen sich die Zahlen zur Inanspruchnahme aber nicht einfach summieren, da es möglich ist, dass Menschen mit Behinderung Leistungen unter beiden Systemen erhalten (Clevnert und Johansson 2007). Um Ungenauigkeiten und Überschneidungen zu vermeiden, werden im Folgenden alle weiteren Informationen zu Kosten und Inanspruchnahme etc. lediglich für das LASS-Gesetz dargestellt.

Die Nachfrage nach Persönlicher Assistenz im Rahmen des LASS-Gesetzes ist stark gestiegen und die Inanspruchnahme hat von 109 Assistenznehmern je 100.000 Einwohner im Jahr 2000 auf 169,8 Assistenznehmer je 100.000 im Jahr 2009 um mehr als die Hälfte (55,8 Prozent) zugenommen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Inanspruchnahme und Kosten der Persönlichen Assistenz unter LASS (Schweden)

	2000	2005	2007	2009
Zahl der LASS-Assistenznehmer	9.684	13.576	15.183	15.858
LASS-Assistenznehmer pro 100.000 Einwohner	109,0	150,0	165,3	169,8
davon > 65 Jahre	0,2%	9,2%	11,1%	13,3%
davon < 20 Jahre	21,2%	21,0%	21,0%	21,6%
davon Ø Std.zahl je Assistenznehmer je Woche	86,5	101,3	105,9	110,6
Kosten der Assistenz (LASS) in Mio. EUR ⁹	654.085	1.533.274	1.930.095	2.351.486
Durchschnittliche Kosten je Assistenznehmer (LASS) in Euro	67.543	112.940	127.122	148.284

Quelle: IGES, Försäkringskassan (2010)

Dieser Anstieg lässt sich unter anderem auf die starke Zunahme der Leistungsbezieher über 65 Jahren zurückführen. Seit einer Gesetzesänderung der Persönlichen Assistenz mit Bezug auf die Altersgrenze, die im Jahr 2001 in Kraft trat, ist der Neuzugang zum Assistenzsystem zwar weiterhin auf Personen jünger als 65 Jahre beschränkt, aber sie ermöglicht es Assistenznehmern auch nach ihrem 65. Geburtstag die Assistenzleistungen weiter zu beziehen (LASS in der Fassung vom 1.1.2001). Dass diese Möglichkeit genutzt wird, zeigt der steigende Anteil der über 65-Jährigen von 0,2 Prozent im Jahr 2000 auf bis zuletzt 13,3 Prozent. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Persönlicher Assistenz bleibt hingegen beinahe unverändert.

Nicht nur der Anteil der älteren LASS-Nehmer, sondern auch ihre absolute Anzahl ist in den letzten Jahren stärker als die der anderen Altersgruppen angestiegen (vgl. Tabelle 5). Die Anzahl der LASS-Assistenznehmer im erwerbstätigen Alter geht hingegen zwischen den Jahren 2007 und 2009 leicht zurück.

⁹ Die Kosten der Assistenz wurden mit einem Kurs von 1 SEK = 0,107219 EUR (Stand 8.10.2010) in Euro umgerechnet. Die Kosten für die LASS-Assistenz werden sowohl durch die Gemeinden (für die ersten zwanzig Assistenzstunden), als auch durch die Försäkringskassan (für alle darüber hinaus gehenden Assistenzstunden) getragen.

Tabelle 5: LASS- Assistenznehmer nach Altersgruppen, 2000-2009 (Schweden)

	2000	2005	2007	2009
Assistenznehmer je 100.000 Einwohner zwischen 0-19 Jahre	96	132	146	156
<i>Veränderung zum zuvor angegebenen Jahr in %</i>	n.a.	37,4%	11,1%	6,7%
Assistenznehmer je 100.000 Einwohner zwischen 20-64 Jahre	146	178	191	189
<i>Veränderung zum zuvor angegebenen Jahr in %</i>	n.a.	22%	7%	-1%
Assistenznehmer je 100.000 Einwohner ab 65 Jahre	n.a.	80	105	125
<i>Veränderung zum zuvor angegebenen Jahr in %</i>	n.a.	n.a.	31%	19%

Quelle: IGES, Försäkringskassan und Statistiska centralbyrån (2010)

Die Zusammensetzung der Assistenznehmer bleibt weitgehend konstant. Der Anteil der männlichen Assistenznehmer ist generell höher (rund 53 Prozent) als der Anteil der weiblichen (rund 47 Prozent) (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Anteil Männer und Frauen sowie Art der vorliegenden Behinderung an LASS Assistenznehmern (Schweden)

	2000	2005	2007	2009
Anteil männlich/weiblich	52,8%/47,2%	52,8%/47,2%	52,7%/47,3%	53,1%/46,9%
Gruppe 1 (Autismus) ¹⁰	34,6%	34,5%	35,0%	36,7%
Gruppe 2 (Hirntrauma im Erwachsenenalter)	6,2%	5,7%	5,7%	5,5%
Gruppe 3 (andere)	58,1%	57,7%	56,9%	55,0%

Quelle: IGES, Försäkringskassan (2010)

Personen mit geistiger Behinderung, Autismus oder dem Autismus ähnlichen Beeinträchtigungen (Gruppe 1) machen rund 35 Prozent der Assistenznehmer aus und ihr Anteil ist in den letzten Jahren nur unwesentlich von 34,6 Prozent im Jahr 2000 auf 36,7 Prozent im Jahr 2009 angestiegen. Der Anteil der Personen mit Hirntrauma im Erwachsenenalter (Gruppe 2)

¹⁰ Die Summe der Gruppen 1-3 ergibt nicht 100 %, da nicht in allen Fällen die Indikationsgruppe bekannt ist.

liegt bei etwa 6 Prozent und hat zwischen 2000 und 2009 leicht abgenommen. Mehr als die Hälfte der Assistenznutzer sind Personen mit schweren und dauerhaften Behinderungen, die nicht mit dem normalen Alterungsprozess zusammenhängen (Gruppe 3). Ihr Anteil ging seit dem Jahr 2000 um 5,3 Prozent leicht zurück.

Baumgartner et al. (2007) erklären den geringen Anteil der Menschen mit geistigen Behinderungen mit der Komplexität der Prozesse bei Antrag und Verwaltung der Assistenz und der Schwierigkeiten im Umgang mit den zuständigen Behörden. In den Experteninterviews wurde die These aufgestellt, dass insbesondere bei Menschen mit geistiger Behinderung oftmals davon ausgegangen werde, dass diese nicht eigenständig wohnen könnten und deshalb zur Entscheidung für eine Einrichtung des betreuten Wohnens gedrängt würden (Interview S2).

Doch nicht nur die Zahl der Assistenznehmer, sondern auch die durchschnittliche Anzahl Stunden je Person und Woche hat stark zugenommen: Lag diese im Jahr 2000 bei 86,5 Stunden, so hatte sie bis 2009 um mehr als ein Viertel (28 Prozent) zugenommen (vgl. Tabelle 4). Menschen mit Hirntrauma (Gruppe 2) erhalten durchschnittlich die meisten Wochenstunden zugesprochen (Försäkringskassan 2010b).

Eine Analyse der *Försäkringskassan* zeigt, dass Personen, die schon Assistenz beziehen, durchschnittlich mehr Assistenzstunden erhalten als Neuzugänge. Es wird spekuliert, dass die Neuzugänge ihren Bedarf bei der Feststellung unterschätzen, aber im Laufe der Assistenznutzung merken, dass der Persönliche Assistent für mehr Stunden eingesetzt werden müsste. Die höchsten Steigerungsraten bei bestehenden Assistenznehmern sind auf zusätzliche Assistenzstunden für Freizeitaktivitäten zurückzuführen (Försäkringskassan 2010b).

Die Verantwortung für die Implementierung der Assistenz-Gesetze obliegt den Gemeinden und der *Försäkringskassan*. Bezüglich der Bedarfsfeststellung und der dabei anerkannten Assistenzstunden lassen sich regionale Unterschiede feststellen. Einer Studie zu regionalen Unterschieden zufolge liegt die Differenz zwischen dem Landkreis mit der durchschnittlich geringsten gewährten Zahl an Assistenzstunden und dem Landkreis mit der höchsten durchschnittlichen Stundenzahl bei 31 Stunden je Woche (Median gleich 100 Stunden/Woche) (Försäkringskassan 2008). In den Experteninterviews wurde diesbezüglich erläutert, dass gerade bei der Bedarfsfeststellung bei Personen mit schweren und dauerhaften Behinderungen, die nicht mit dem normalen Alterungsprozess zusammenhängen (Gruppe 3), der Interpretationsspielraum des Sachbearbeiters bei Gemeinde und *Försäkringskassan* besonders hoch sei (Interview S1, S2 und S3). Die geplante Einführung des nationalen Instruments zur Bedarfsfeststellung soll diese regionalen Unterschiede künftig verringern (vgl. 2.1.2.2).

Die Auswirkungen der steigenden Inanspruchnahme von Persönlicher Assistenz auf andere kommunale Angebote im Rahmen von LSS werden durch die Experten unterschiedlich eingeschätzt. Einerseits wird argumentiert, die duale Finanzierung reduziere den Anreiz, Menschen mit Behinderung bevorzugt Assistenzleistungen anzubieten (Interview S5).

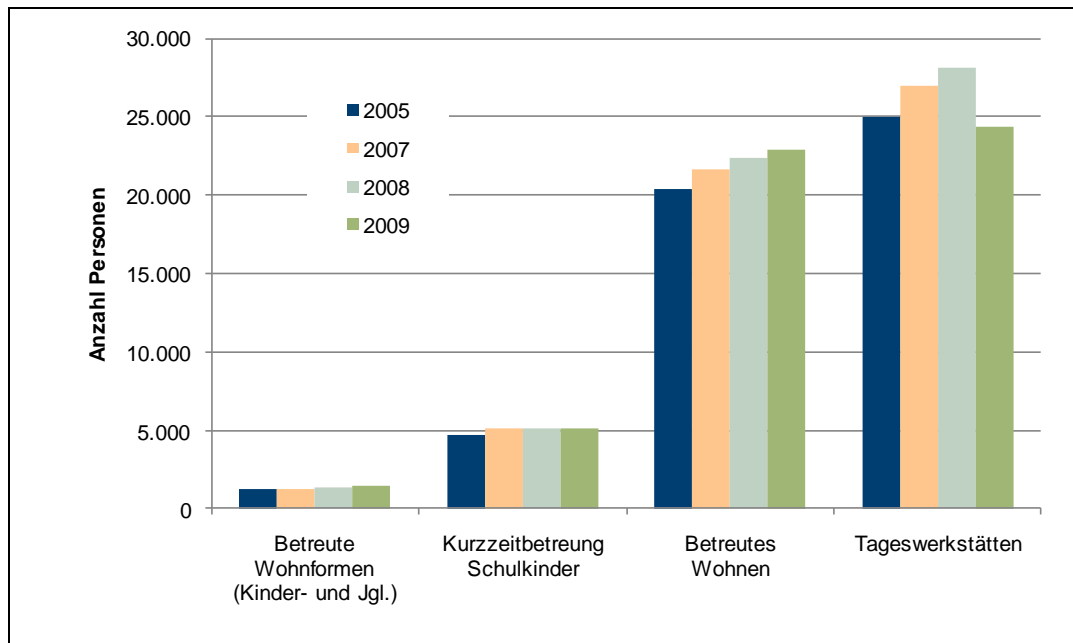
Andererseits sehen Lindblom und Rudberg (2004) Tendenzen, dass die Gemeinden zur Persönlichen Assistenz anregen, um lokale Ausgabensteigerungen für betreutes Wohnen zu vermeiden. Leistungen im Rahmen der Persönlichen Assistenz wären dann günstiger für die Gemeinde, die weniger Investitionen und Unterhaltskosten zu tragen hätte, aber teurer für den Nationalstaat, da Persönliche Assistenzen gesamtwirtschaftlich betrachtet mehr Kosten verursachen als betreutes Wohnen (Lindblom und Rudberg 2004, Interview S1, S3).

Betrachtet man die Zahlen der übrigen LSS-Leistungen, so wird zumindest deutlich, dass auch diese im Zeitverlauf kontinuierlich mehr Nutzer zu verzeichnen haben (vgl. Abbildung 6).¹¹ Jedoch ist z. B. die Zahl der Personen in betreuten Wohnformen mit einem Anstieg von lediglich 12 Prozent in den letzten fünf Jahren, oder auch die Betreuung von Schulkindern mit 9 Prozent, etwas weniger angestiegen ist als die Zahl der Assistenznehmer nach LASS-Gesetz (17 Prozent Anstieg im gleichen Zeitraum).¹²

¹¹ Warum die Zahl der LSS-Nutzer mit der Leistung Assistenz im Jahr 2009 so stark sinkt, konnte in den Experteninterviews nicht ermittelt werden.

¹² Bevor Behinderte einen Rechtsanspruch auf Persönliche Assistenz im Rahmen der Gesetze LSS und LASS hatten, wohnten Behinderte oftmals bei ihren Familienangehörigen, wenn die zuständige Gemeinde keine geeigneten Angebote vorhielt. Die Familie erhielt dafür einen monatlichen Betrag (*vårdbidrag*) von der *Försäkringskassan*. Laut dem *Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen)* (2008) hat die Einführung von LSS und LASS zu einem starken Rückgang der Inanspruchnahme dieses Familienpflegegelds von jährlich etwa 100 Mio. SEK geführt (das entspricht etwa 10,8 Mio. Euro).

Abbildung 3: Entwicklung ausgewählter Versorgungsformen für Menschen mit Behinderung (Schweden)



Quelle: IGES, Socialstyrelsen (2010)

Die steigende Inanspruchnahme und die steigende Anzahl durchschnittlich bewilligter Wochenstunden bedingen die seit Einführung der Assistenz-Gesetze steigenden Kosten für Persönliche Assistenz. Aber auch der Kostensatz je Stunde ist dynamisiert und daher Laufe der Jahre kontinuierlich angestiegen: lagen diese im Jahr 2004 noch bei 205 SKR (Clevnert und Johansson 2007), so wird der Kostensatz je Stunde im Jahr 2011 258 SKR betragen (Interview S5). Die Gesamtkosten der Persönlichen Assistenz sind von etwa 654.085 Euro im Jahr 2000 auf rund 2.351.486 Euro im Jahr 2009 gestiegen – das entspricht einer Steigerungsrate von 260 Prozent. Je Assistenznehmer lagen die Ausgaben pro Jahr damit im Jahr 2000 bei 68.000 Euro pro Jahr, im Jahr 2009 bei 148.000 Euro (vgl. Tabelle 4).

Bis heute wurden jedoch keine kostendämpfenden Maßnahmen eingeführt, wenn auch die steigenden Ausgaben als Problem benannt und bereits parlamentarische Kommissionen hierzu eingerichtet wurden (Clevnert und Johansson 2007, Interview S5). Nach Informationen der Experten beschäftigt sich momentan erneut eine parlamentarische Kommission mit dem Thema. Allerdings geht es primär um die Frage, ob der Staat die gesamten Kosten für die Persönliche Assistenz übernehmen soll, nicht um Kostendämpfungsmaßnahmen (Interview S5). Die finanzielle Verantwortung für das Assistenzsystem ist heute geteilt zwischen Gemeinde und der *Försäkringskassan* (bzw. dem Staat als Träger der Sozialversicherung). Diese Kostenteilung soll einerseits die finanzielle Überforderung von Ge-

meinden mit behinderten Bürgern verhindern, andererseits die Gemeinde in die Verantwortung für alle Bürger nehmen und Menschen mit Behinderung in die lokalen Strukturen einbinden (Interview S3 und S5). Nach Auskunft der Experten strebt die Interessenvertretung der Schwedischen Vereinigung der Gemeinden und Regionen (SALAR) an, dass auch die gesamten Kosten für Leistungen im Rahmen des LSS vom Staat übernommen werden. Konkrete Gesetzesänderung seien allerdings für die nächste Zeit nicht geplant (Interview S3 und S5).

Um die Kostensituation oder noch besser die Effizienz (also die Kosten unter Berücksichtigung des Leistungsniveaus) beurteilen zu können, bedarf es letztlich vergleichender Studien mit anderen Versorgungsformen für Menschen mit Behinderung. In einer ökonomischen Auswertung der Persönlichen Assistenz im Rahmen des LASS aus dem Jahr 2008 stellt das *Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen)* (2008) fest, dass Persönliche Assistenz allgemein kosteneffektiver ist als häusliche Pflege durch die Gemeinde. Laut der Kostenevaluation ist die durch die Gemeinde geleistete (professionelle) häusliche Pflege durchschnittlich pro Stunde rund 10 Prozent teurer als Persönliche Assistenz, bezogen auf die wirklich geleistete Stunde Pflege ist häusliche Pflege sogar 70 Prozent teurer. Der Unterschied begründe sich unter anderem damit, dass die häuslichen Pflegedienstleister mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit Fahrzeit oder mit anderen Aufgaben verbrachten, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Pflegeleistung am Klienten stehen (Socialstyrelsen 2008).

Gleichzeitig kommen Blanck et al. (2006) bei einem Vergleich der Kosten für Personen in betreuten Wohnformen und der für Assistenznutzer zu dem Schluss, dass sich keine Anhaltspunkte dafür finden, dass betreutes Wohnen durchschnittlich kostengünstiger sei als Persönliche Assistenz. Gleichzeitig geben sie zu bedenken, dass der direkte Kostenvergleich zwischen den Angeboten nicht möglich sei, da sich die Klientel und die Bedürfnisse in Einrichtungen des betreuten Wohnens fundamental von denen von Assistenznutzern unterscheiden. Die mögliche Einsparung auf nationaler Ebene durch die Beschränkung des Zugangs zu Persönlicher Assistenz für Menschen mit schweren funktionalen oder geistigen Beeinträchtigungen – dies war in einem Nationalen Audit geschlussfolgert worden – sei, wenn überhaupt, sehr gering (Blanck et al. 2006).

2.1.3.2 Leistungsarten und Anbieterstrukturen

Grundsätzlich gibt es keine rechtlichen Einschränkungen, welche Leistungen der Persönliche Assistent erbringen darf. Solange der Assistent die

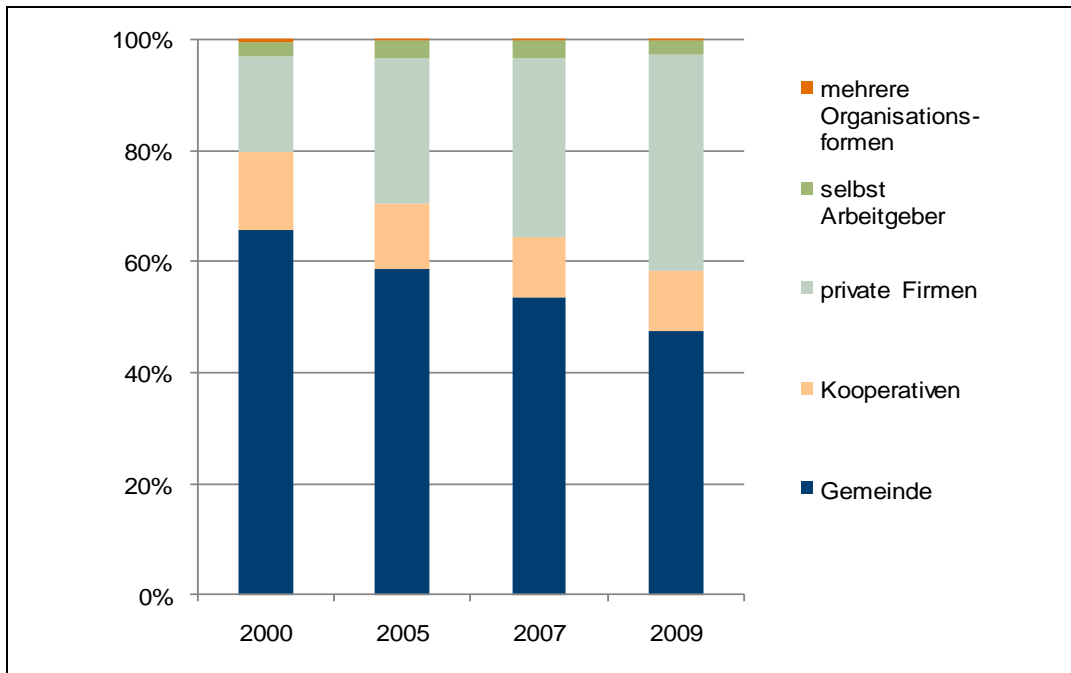
Kenntnisse, Ressourcen und Fähigkeiten für eine Aufgabe hat und sie legal ist, darf er sie im Rahmen der Assistenz durchführen.¹³ Laut dem *Nationalen Amt für Gesundheit und Wohlfahrt* ist die Intention der Persönlichen Assistenz, die individuelle Autonomie und der Einfluss des Menschen mit Behinderung auf den eigenen Alltag zu erhöhen. Detaillierte Richtlinien oder Einschränkungen hinsichtlich der Zwecke, für die die Assistenz eingesetzt werden kann, stünden im Widerspruch zu diesem Ziel und seien inakzeptabel (Socialstyrelsen 2004).

Die meistgenutzte Option des Leistungsbezuges ist die Inanspruchnahme über die Gemeinde. Dies hat vor allem historische Gründe, da die Gemeinden die ersten Leistungsanbieter im Rahmen der Persönlichen Assistenz waren, bevor sich ein privater Markt entwickelte. Seit der Reform der Persönlichen Assistenz im Jahr 1993 hat der Marktanteil der Gemeinden als Leistungserbringer von Assistenzleistungen unter LASS allerdings kontinuierlich abgenommen (vgl. Abbildung 4). Lag er im Jahr 2000 noch bei 66 Prozent, sind es im Jahr 2009 nur noch 48 Prozent.

Jahr 2000 auf 39 Prozent im Jahr 2009. Der Anteil der Kooperativen an allen Organisationsformen hat sich hingegen in diesem Zeitraum kaum entwickelt (14 Prozent im Jahr 2000 gegenüber 11 Prozent im Jahr 2009). Der Anteil der Assistenznutzer, die selbst als Arbeitgeber fungieren, liegt in den letzten zehn Jahren konstant bei 3 Prozent. Die Möglichkeit Assistenzleistungen von einer Kombination aus Leistungsanbietern zu beziehen wird von weniger als 1 Prozent genutzt (vgl. Abbildung 4).

¹³ Die Kriterien Kenntnis, Ressourcen und Fähigkeiten gelten laut der *Schwedischen Arbeitsaufsicht (Arbetsmiljöverket)* für alle professionellen Situationen. Ein Assistent darf beispielsweise auch einen Ölwechsel am Auto des Assistenznehmers durchführen, wenn er diese drei Voraussetzungen dafür erfüllt (vgl. Westberg 2010).

Abbildung 4: Marktanteile nach Organisationsform LASS 2000–2009 (Schweden)



Quelle: IGES, Försäkringskassan (2010)

Private Anbieter werden zahlreicher und ihr Anteil stieg von 17 Prozent im Leistungen im Rahmen der Persönlichen Assistenz werden momentan von rund 230 lokalen öffentlichen Anbietern und rund 450 privaten Anbietern bereitgestellt (Socialdepartementet 2010). Davon sind die meisten kleine und mittlere Unternehmen: mehr als ein Viertel der privaten Anbieter organisiert Assistenzleistungen für nur eine Person, nur 10 Prozent der privaten Anbieter leisten Assistenz für mehr als 50 Assistenznehmer (Socialdepartementet 2008). Über die Gründe der erfolgreichen Ausdifferenzierung des Anbietermarktes liegen keine Literatur oder Evaluation vor. Charakteristisch für Schweden ist jedoch die Fixierung eines Kostensatzes je Stunde bei ca. 25 Euro. Zwar ist es den Assistenznehmern bzw. den Anbietern möglich, einen gewissen Teil dieses Betrags für Administration etc. zu verwenden, die Zahl der einzukaufenden Stunden sind aber immer fest, sodass – dies fand sich auch in den Experteninterviews bestätigt – nicht von einem starken Preiswettbewerb auszugehen ist (Interview S2 und S3).

Die Assistenzreform 1993 hat zu der Entstehung des Berufes "Persönlicher Assistent" geführt. Diese Bezeichnung ist mittlerweile breit anerkannt und offene Arbeitsplätze werden beispielsweise unter dieser Bezeichnung ausgeschrieben (Socialstyrelsen 2007). Der Persönlichen Assistenz wird eine starke beschäftigungsfördernde Wirkung attestiert (Wirz 2004). Der neue Markt beschäftigt insgesamt etwa 60.000 Personen und bietet nach Einschätzung von Anderberg (2009) Arbeitsmöglichkeiten vor allem für Familienmitglieder, die auf den Arbeitsmarkt zurückkehren, junge Menschen

zwischen Schul- und Arbeitsleben, Immigranten und Mütter mit kleinen Kindern. Persönliche Assistenten, die Mitglied bei der Gewerkschaft *Kommunal* sind, sind überwiegend weiblich (vier von fünf), die meisten zwischen 25 und 44 Jahren alt, ein Drittel von ausländischer Herkunft und einer von vier Assistenten arbeitet in Vollzeit (Kommunal 2004).

Wie viele der Persönlichen Assistenten Familienmitglieder des Assistentennutzers sind, ist unklar. Nach Einschätzung von JAG, einer Assistentennutzer-Organisation, kann gezeigt werden, dass sich der Anteil der assistenzleistenden Familienmitglieder seit der Einführung der Assistenz nicht verringert hat (JAG 2006). Vielmehr ermögliche die Persönliche Assistenz, Familienmitglieder als Assistenten einzustellen, aber dies als bewusste Entscheidung für familiäre Unterstützung und nicht, weil externe Assistenzangebote nicht verfügbar wären (Jaillet 2009).

Die Anstellung von Familienmitgliedern als Persönliche Assistenten wird aber auch kritisch gesehen: es wird argumentiert, dies könne die Autonomie des Assistentennutzers einschränken und dazu führen, dass beispielsweise behinderte Kinder länger im Haushalt der Eltern verbleiben, u.a. auch da das Assistenzgeld ins Haushaltseinkommen einbezogen werde (Lindblom und Rudberg 2004).

Nach Einschätzung von JAG (2006) haben jedoch viele Familienmitglieder vor der Reform Assistenzleistungen ohne Vergütung geleistet, sodass eine finanzielle Abhängigkeit vom Assistenzgeld daher unwahrscheinlich sei. Die Persönliche Assistenz ermögliche es vielmehr, Eltern oder andere Familienangehörige mit externen Assistenten gleich zu stellen. Erfahrungen von JAG zeigen, dass seit der Assistenzreform wesentlich mehr Menschen mit Behinderung in eigenen Wohnungen selbstständig leben. Die Befürchtung, dass Kinder länger im Elternhaus verbleiben, hat sich aus Sicht von JAG nicht bestätigt: von 55 befragten Assistentennutzern lebten vor der Reform 20 Prozent der über 18jährigen in einem eigenen Haushalt, im Jahr 2005 waren es 60 Prozent (JAG 2006).

In Schweden besteht die allgemeine Einschätzung, dass ein Mangel an geeigneten Persönlichen Assistenten besteht (Arbeitsmarknadsstyrelsen 2004). Befragungen bei kommunalen und privaten Anbietern zeigen, dass es gerade im Raum Stockholm und in einigen ländlichen Gebieten immer schwieriger wird, Persönliche Assistenten zu finden (Socialstyrelsen 2007).

Für Schweden insgesamt wird das Angebot von Expertenseite momentan als ausreichend eingeschätzt (Interview S1 und S3). Auch hat die Mehrzahl der Benutzer die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Anbietern und auch Assistenten zu wählen. Eine Studie von Clevnert und Johansson (2007) befragte 915 Assistentennutzer unter anderem zu ihrer Wahlfreiheit und zu Anbieterwechseln. Die Resultate zeigen, dass 70 Prozent der Befragten die

Möglichkeit gehabt haben, aus mehr als einem Anbieter zu wählen. Allerdings gab es Unterschiede im Bezug auf die Form des gewählten Leistungserbringers: 60 Prozent derjenigen, die ihre Leistungen bei der Gemeinde beziehen, gaben die Möglichkeit zu wählen an, gegenüber 93 Prozent derjenigen, die eine private Firma als Anbieter haben. Etwas mehr als 40 Prozent der Befragten hat schon einmal den Leistungsanbieter gewechselt.

2.1.3.3 Qualität der Leistungserbringung und Auswirkungen des Wegfalls zentralisierter Leistungsbeschaffung

Das schwedische Assistenz-System baut darauf auf, dass der Nutzer kompetent und rational handelt und eigenständig Entscheidungen trifft. Askheim (2008) beschreibt dies so, dass der Mensch mit Behinderung in der Position gesehen wird, zu wissen „was gut für ihn ist“. Auch die Experten haben in den Interviews betont, dass die Qualität der Persönlichen Assistenz nur aus der individuellen Sicht des Assistenznutzers definiert wird. Damit läge natürlich auch die Qualitätssicherung in der Eigenverantwortung der Betroffenen (Interview S2 und S1). Auch wurde erläutert, dass bei der Assistenz die persönliche Beziehung mit dem Assistenten einen hohen Stellenwert einnehme und damit ggf. entscheidender sei als beispielsweise die formale Qualifikation des Assistenten. Ist der Assistenznutzer nicht zufrieden, werde erwartet, dass er den Leistungsanbieter wechselt (Interview S2 und S1). Dies kann unter Umständen auch bedeuten, dass Assistenznutzer persönliche Entscheidungen fällen, die z.B. einem professionellen Pflegeverständnis entgegen stehen (Interview S2). Askheim (2008) kritisiert in diesem Zusammenhang z.B., dass die Aktivierung der Personen zu kurz kommen könne, wenn diese durch die Assistenten nicht forciert werde. Als Folge könnten die Assistenznehmer passiv werden und körperliche und geistige Fähigkeiten abbauen.

Ein Evaluationsreport aus dem Jahr 2004 zeigt zudem, dass 40 Prozent der Assistenznutzer auf Grundlage des LASS-Gesetzes Schwierigkeiten haben, ihre Assistenz zu managen (Lindblom und Rudberg 2004). Es wurde angeregt, die Zielgruppe für Assistenz so zu begrenzen, dass nur Personen, die in der Lage sind, als Manager ihrer Assistenz aufzutreten, ein Recht auf eine solche erhalten sollten. Auf Druck der Organisationen für Menschen mit geistiger Behinderung wurde der Vorschlag jedoch zurückgezogen (Askheim 2008). Dies deshalb, da Personen mit Behinderung durch die Persönliche Assistenz die gleichen Rechte und Möglichkeiten eröffnet werden sollen wie anderen Personen in der Gesellschaft. Dies beinhaltet aber auch, dass sie selbst als Experte fungieren und nicht von den Entscheidungen anderer abhängig sind (Interview S2). Das Konzept des Paternalismus, so

Askheim (2008), passe nicht zu den Zielen der Persönlichen Assistenz in Schweden.

Ein externes System der Qualitätskontrolle oder einen einheitlichen Qualitätsbegriff im Zusammenhang mit der Persönlichen Assistenz gibt es folglich nicht (Socialdepartementet 2005). Einige Gemeinden betreiben allerdings ein Inspektionssystem für LSS-Leistungen, unter das auch im Rahmen der Persönlichen Assistenz erbrachte Leistungen durch bei der Gemeinde angestellte Mitarbeiter fallen. Zudem haben die Anbieter teilweise eigene Systeme zur Qualitätssicherung. Besonders in Kooperativen existiert eine quasi integrierte Qualitätssicherung durch den direkten Einfluss der Assistenznehmer als Mitglieder der Organisation. Einige Anbieter führen zudem systematische Erhebungen durch (z. B. sendet der Anbieter *Frösunda LSS AB* zweimal im Jahr einen strukturierten Fragebogen an Assistenznutzer und ihre Familien/Angehörigen) oder bieten den Assistenznehmern Follow-Up-Gespräche an (Socialdepartementet 2005).

Die Interessengruppe für Assistenzberechtigte IfA (*Interessengruppen för Assistansberättigade*) beurteilt außerdem seit 1995 systematisch Leistungsanbieter. Dabei werden vier Bereiche betrachtet: die Position des Assistenznutzers, die Qualität der Leistungen, die Wirtschaftlichkeit und die Arbeitgeberrolle. Wichtige Kriterien sind unter anderem die Existenz eines formalen Vertrages zwischen Nutzer und Leistungserbringer, eine maximale Kündigungsfrist von drei Monaten, mindestens 70 Prozent positive Qualitätsurteile durch Assistenznutzer und ein Tarifvertrag (Westberg 2010). Die Intention der Beurteilung ist, Assistenzsuchenden eine Orientierung zu bieten (Askheim 2008).

Um sicherzustellen, dass alle privaten Leistungsanbieter in Schweden den gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechen und um die öffentliche Aufsicht und Kontrolle über das Assistenzsystem zu stärken, empfiehlt das Assistenz-Komitee in seinem Abschlussbericht, die Einführung einer provinziellen Genehmigung für private Assistenzdienstleister und die Ausweitung der Geltung des § 23 des LSS-Gesetzes auch auf Assistenzleistungen.¹⁴ Der Vorschlag wird von der Mehrheit der Leistungsanbieter, der *Försäkringskassan* und dem *Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen)* unterstützt; ein entsprechender Vorschlag zur Gesetzesän-

¹⁴ Vgl. § 23 LSS: "Ohne Genehmigung der Provinzialregierung dürfen keine der in § 9 Punkt 6-10 genannten Leistungen von Privatpersonen berufsmäßig erbracht werden. Die Genehmigung ist bei der Provinzialregierung der Provinz zu beantragen, in der die Leistung erbracht werden soll. Die Provinzialregierung ist berechtigt, den Betrieb zu inspizieren."

derung ist in Arbeit und soll im Jahr 2011 in Kraft treten (Socialdepartementet 2010).

Wie Untersuchungen zeigen, beurteilen Assistenznehmer ihre Erfahrungen mit der Persönlichen Assistenz insgesamt ausgesprochen positiv und sehen eine Verbesserung ihrer Lebensqualität durch mehr Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume (Clevnert und Johansson 2007; JAG 2006). Allerdings ist die Zufriedenheit mit der Assistenz durchaus unterschiedlich zwischen den Leistungsanbieterformen: Assistenznutzer, die ihre Leistungen bei privaten Firmen oder Kooperativen beziehen, sind im Allgemeinen zufriedener als Assistenznutzer der Gemeinde (Roos 2009). Von den 915 Assistenznutzern, die im Rahmen der Tätigkeit des parlamentarischen Komitees befragt wurden, gaben 65 Prozent an, die Leistungen des Assistenten frei bestimmen zu können (d. h. welche Aufgabe zu welchem Zeitpunkt). Auch hier zeigten sich große Unterschiede zwischen den Leistungsanbietern: während 90 Prozent der Assistenznehmer bei Kooperativen und privaten Firmen angaben, die Tagesaufgaben des Assistenten frei bestimmen zu können, waren es unter den Assistenznehmern bei Gemeinden nur 55 Prozent (Clevnert und Johansson 2007).

Es scheint, dass die Gemeinden größere Schwierigkeiten haben, die Verantwortung und Kontrolle an die Assistenznutzer abzugeben (Andersen et al. 2006). Neben der subjektiven Wahrnehmung von Qualität scheint sich durch die Persönliche Assistenz auch die objektive Gesundheit der Assistenznehmer im Vergleich zur Situation vor dem Assistenzbezug zu verbessern. Assistenznehmer berichten von weniger Krankenhausaufenthalten, besserer Einstellung mit Medikamenten und individuellerer Therapie (z. B. gemeinsame physiotherapeutische Übungen) und wirksamerer Vorbeugung von epileptischen Anfällen durch die Sicherheit, persönliche Kenntnis und Kontinuität der Persönlichen Assistenz (JAG 2006).

Auch die Mehrheit der Persönlichen Assistenten beschreibt positive Erfahrungen mit der Assistenz und der emotionalen Nähe zum Assistenznehmer. Viele fühlen sich durch die Gleichberechtigung in der Beziehung aktiviert und haben das Gefühl, bessere Pflege leisten zu können als in der hierarchisierten und stark strukturierten häuslichen Pflege. Gleichzeitig kann eine enge Beziehung auch Nachteile beinhalten: Die Trennung zwischen professionellen Aufgaben und außerberuflicher sozialer Interaktion wird leicht aufgehoben und kann zu überhöhten Erwartungen bezüglich Einsatz, Arbeitszeiten, persönlichen Gefälligkeiten etc. führen (Ahlström und Wadensten 2010).

Persönliche Assistenten benötigen keine formelle Ausbildung und der Assistenznutzer kann sich frei entscheiden, wen er als Assistenten einstellen möchte. Welche Kompetenzen ein Persönlicher Assistent mitbringen sollte, ist letztendlich eine individuell zu beantwortende Frage, über die zwischen

Assistenznutzern keine Einigkeit herrscht (Socialstyrelsen 2007). Im Rahmen der Experteninterviews wurde argumentiert, dass die Gruppe der Assistenznehmer und ihre Ansprüche zu unterschiedlich seien, um ein einheitliches Ausbildungsprofil für Persönliche Assistenten formulieren zu können (Interview S1).

Eine zunehmende Professionalisierung der neuen Leistungserbringer im Rahmen der Persönlichen Assistenz durch Aus- und Fortbildungsangebote wird daher auch durch einige Assistenznehmer kritisch gesehen – sie sorgen sich um ihre Regie- und Gestaltungsmacht (Baumgartner et al. 2007). Auch Clevnert und Johansson (2007) stellen fest, dass Menschen mit Behinderung oft Assistenten ohne professionelle Pflegeausbildung oder mit andersartigem Ausbildungshintergrund und Erfahrungen vorziehen, um sich von der Wahrnehmung als "Pflegeobjekt" zu lösen. Die in Stellenanzeigen für Persönliche Assistenz ausgeschriebenen Kompetenzen sind sehr unterschiedlich: Kenntnisse der Gebärdensprache, körperliche Fähigkeit zu schwerem Heben, ein Führerschein, Lese- oder Computerkenntnisse, oder Interesse an Sport oder Musik werden teilweise ausdrücklich gewünscht, während der professionelle medizinische oder pflegerische Hintergrund des Assistenten oft nachrangig ist (Socialstyrelsen 2007).

Nach anfänglichen Bedenken der Gewerkschaft *Kommunal* (schwedische Gewerkschaft für Mitarbeiter der Gemeinden), dass Persönliche Assistenten unter schlechten Arbeitsbedingungen ausgenutzt werden könnten und der Befürchtung, dass es schwierig werden würde, die Rechte der Assistenten zu vertreten, wenn sie anstatt bei der Gemeinde in einem häuslichen Umfeld angestellt sind, unterstützt die Gewerkschaft mittlerweile aktiv die Möglichkeit der Persönlichen Assistenz (Kommunal 2008, 2009).

Kommunal stellt heute fest, dass die Arbeitsbedingungen als Persönlicher Assistent wesentlich besser sind als im Rahmen der ambulanten Pflege der Gemeinde, da Assistenten längere, kontinuierlichere Schichten mit einem Klienten, anstatt viele kurze Interventionen mit vielen Klienten ausführen und sich zudem aussuchen können, für wen sie arbeiten. Eine Einschränkung der Persönlichen Assistenz und der Ausbau der ambulanten Pflege der Gemeinden, wie sie im Jahr 2008 im Zuge einer Parlamentarischen Kommission diskutiert wurde, würden die Arbeitsbedingungen verschlechtern und die Qualität der Leistungen vermindern.

2.2 Finnland

2.2.1 Rahmenbedingungen der Persönlichen Assistenz

2.2.1.1 Sozialstaatliche Rahmenbedingungen und Grundstruktur des Gesundheitssystems

Grundlegend für das finnische System der Sozialen Sicherung sind die weitreichenden Verpflichtungen der öffentlichen Hand und die damit einhergehende Finanzierung durch Steuermittel. Die Sicherstellung der Sozialleistungen sowie Einkommenstransfers sind zudem in der Verfassung verankert. Wie den anderen skandinavischen Wohlfahrtsstaaten wird auch Finnland ein vergleichsweise egalitärer Zugang und ein hohes Absicherungsniveau zugesprochen (vgl. Kiander 2003).

Der Anspruch auf Sozialleistungen und Gesundheitsversorgung ist gesetzlich festgelegt, die Erbringung und konkrete Ausgestaltung obliegt den Gemeinden. Zur Finanzierung erheben diese kommunale Einkommens-, Grund- und Gewerbesteuern, deren Höhe sie selbst festlegen können. Der durchschnittliche kommunale Steuersatz beträgt 18,6 Prozent (Stand 2010).¹⁵

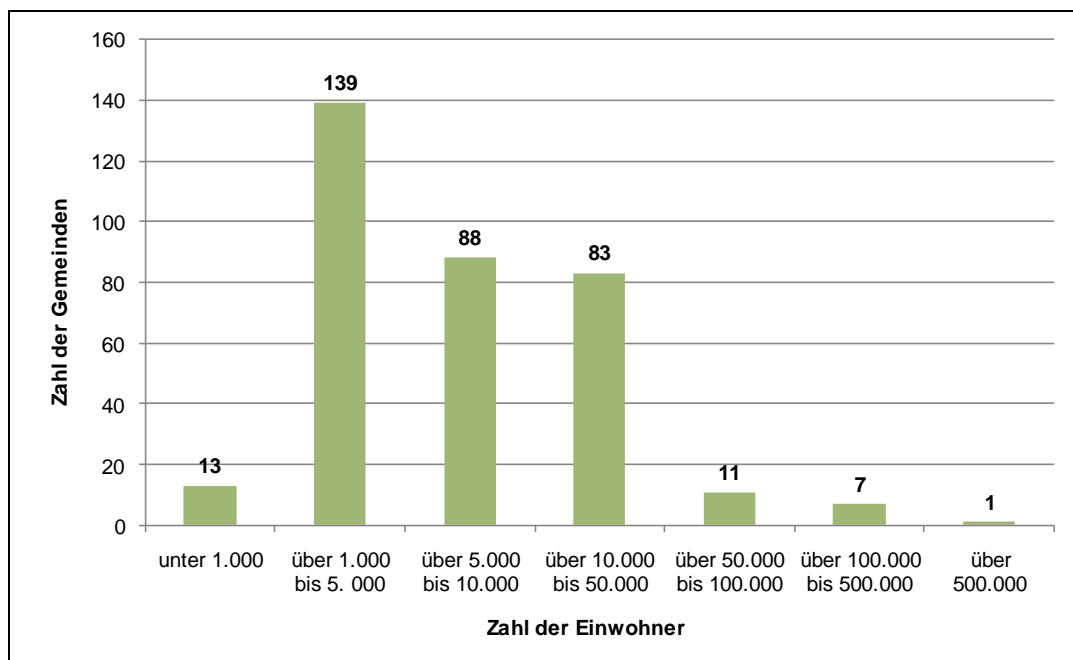
Darüber hinaus leisten Patienten Zuzahlungen an die Gemeinden, welche ca. ein Zehntel der Kosten für die Sozial- und Gesundheitsausgaben abdecken. Ferner erhalten die Gemeinden staatliche Zuschüsse, um regionale Disparitäten abzufedern. Insgesamt (d. h. über alle Gemeinden) belaufen sich diese staatlichen Zuschüsse auf ein Fünftel der kommunalen Gesamtausgaben (Stand 2008) (SOTKANet 2010). Neben der Versorgung durch die Gemeinden gibt es auch eine Krankenversicherung, die u.a. für folgenden Leistungen zuständig ist: betriebliche Gesundheitsversorgung, Arzneimittel, Lohnfortzahlung. werden über zusätzliche einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert (Vuorenkoski et al. 2008, S. 43).

Charakteristisch für das finnische Gesundheits- und Versorgungssystem sind die großen Handlungsspielräume der Gemeinden bezüglich der Ausgestaltung der nationalen Gesetze. Die diesbezügliche Entscheidungsgewalt obliegt jeweils einer demokratisch legitimierten Gemeindevertretung (gewählt für vier Jahre). Dieser hohe Grad der Dezentralisierung stellt eine Herausforderung dar und steht seit langem gesellschaftlich und politisch in

¹⁵ vgl. http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;161;279;280;37561 [Zugriff 07.10.2010]

der Diskussion. Neben einer hierdurch begründeten Ungleichheit der Versorgung, fehlender Koordination und Rationalisierung über die Gemeindegrenzen hinweg, stehen insbesondere Finanzierungsaspekte im Mittelpunkt der Diskussion (Vuorenkosi et al. 2008, S. 27 und 153 ff). Anzahl und Größe der Gemeinden sind in Abbildung 5 dargestellt. Vor diesem Hintergrund ist die primär kommunale Absicherung medizinischer-pflegerischer oder sozialstaatlicher Risiken teilweise schwierig.

Abbildung 5: Sozialstaatliche Rahmenbedingungen Finnland: Zahl der Einwohner je Gemeinde 2009 (Finnland)



Quelle: IGES, SOTKANet Statistics and Indicator Bank (2010)

Tynkkynen (2010) erläutert, dass eine Reihe von nationalen Initiativen und gesetzlichen Vorgaben zur Restrukturierung der Gemeinden erlassen wurden. Darüber hinaus werde momentan eine weitreichende Gesundheitsreform angestrebt, in deren Kontext unterschiedliche Verdichtungen (bis hin zu einem nationalen Fond) diskutiert würden.

Seit 1993 steht es den Gemeinden offen, die Leistungen auch in Kooperation mit anderen Gemeinden zu erbringen oder durch Verträge mit gemeinnützigen Organisationen und privaten Anbietern sicherzustellen. Dies soll den Gemeinden ermöglichen, einen "Purchase-Provider-Split" einzuführen, d. h. die Leistungserbringung institutionell vom Kostenträger zu trennen. In der Regel wird heute jedoch eine Kombination der drei Möglichkeiten (Erbringung durch Gemeinden, in Kooperation oder durch andere Anbieter) umgesetzt (Tynkkynen 2009). Insgesamt ist von rund einem Fünftel priva-

ter bzw. gemeinnütziger Leistungserbringer auszugehen (Sosiaali-Ja Terveysministeriö 2006, S. 8).

2.2.1.2 Sicherungssystem für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftige

2.2.1.2.1 Sicherungssystem für Pflegebedürftige

Pflegebedürftigkeit und Behinderung werden zum großen Teil durch das *Gesetz über Sozialfürsorge* (1982) abgesichert und fallen damit in die organisatorische und finanzielle Zuständigkeit der Gemeinden. Hinsichtlich der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen haben diese die Leistungserbringung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, durch häusliche Hilfe/Pflege (Grundpflege, Betreuung; Begleitung) und ergänzende hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Essen auf Rädern, Reinigung, Notfalldienste) sicherzustellen. Auch das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen fallen in die Verantwortung der Gemeinde.

Pflegerische Tätigkeiten im engeren Sinne (Behandlungspflege, Pflegeanamnese/-planung etc.) sind durch das *Gesetz über die medizinische Grundversorgung* (1972) beschrieben und fallen damit ebenso in den Verantwortungsbereich der Gemeinden. Die für die Grundversorgung verantwortlichen "Primärversorgungszentren" tragen zudem die Versorgung mit Hilfsmitteln. Die beiden Gesetze werden durch eine Reform ab 2011 in einem *Gesundheitsversorgungsgesetz* (Terveidenhuoltolaki) zusammengeführt (SOTKANet 2010).

Rund 1,3 der 5,3 Mio. Finnen sind älter als 60 Jahre, hiervon nehmen 6,3 Prozent ambulante Hilfe oder Pflege und 5,4 Prozent stationäre oder betreute Wohnformen in Anspruch (SOTKANet 2010). Die Leistungen zur Pflege werden grundsätzlich als Sachleistungen erbracht, die Pflegebedürftigen leisten unter Berücksichtigung von Freibeträgen bei der ambulanten Pflege eine Eigenbeteiligung bis ca. 15 Prozent und bei stationärer Versorgung bis ca. 80 Prozent ihres Nettoeinkommens (MISSOC 2010).

Der Gemeinde steht es – wie oben beschrieben – wiederum offen, die Leistungen selbst anzubieten oder durch Verträge von privaten oder gemeinnützigen Anbietern erbringen zu lassen. Darüber hinaus können die Gemeinden für häusliche Hilfe/Pflege und die Behandlungspflege Gutscheine an die Betroffenen ausgeben, welche bei durch die Gemeinde zugelassenen Anbietern eingelöst werden können. Das Gutschein-System wird von den Gemeinden sehr unterschiedlich angenommen, insgesamt aber eher zögerlich implementiert (Vuorenkoski 2009).

Neben diesen Sachleistungen können Angehörige oder andere nahestehende Personen Pflegegeld beantragen; unabhängig davon, ob es sich bei der be-

treuten Person, um einen Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderung handelt (*Gesetz zur Unterstützung der Pflege durch Nahestehende 2005*). Pflegeperson und Gemeinde schließen einen Vertrag über den Inhalt der übernommenen Pflege. Die Höhe des Pflegegeldes variiert zwischen den Gemeinden, ist allerdings national festgelegt auf mindestens 300 Euro bzw. 600 Euro pro Monat, wenn kurzfristig eine besonders intensive Betreuung des Betroffenen benötigt wird und/oder die Pflegeperson die eigene Erwerbstätigkeit (kurzfristig) einschränkt. Die Pflegepersonen haben ein Anrecht auf Urlaubsvertretung durch Ersatzpflege (mindestens 3 Tage pro Monat) (vgl. § 4 und 5 *Gesetz zur Unterstützung der Pflege durch Nahestehende*). Im Jahr 2008 erhielten insgesamt rund 35.000 Personen Pflegegeld, wobei zwei Drittel der betreuten Personen unter 65 Jahre und ein Drittel über 65 Jahre alt war (SOTKANet 2010).

Hervorzuheben ist, dass sowohl Pflegebedürftige, die eine Altersrente beziehen, als auch behinderte Kinder- und Jugendliche unter 16 Jahren neben weiteren Renten bzw. Hilfen eine zusätzliche Beihilfe aufgrund von Pflegebedürftigkeit erhalten. Die Beihilfe, welche anders als das Pflegegeld nicht kommunal sondern über das allgemeine Rentensystem finanziert ist, variiert nach der Schwere und beträgt zwischen ca. 60–390 Euro je Monat (MISSOC 2010).

2.2.1.2.2 Sicherungssystem für Menschen mit Behinderung

Für Personen, welche schwerwiegende Beeinträchtigungen im Sinne einer Behinderung oder Krankheit aufweisen, besteht zudem das *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen* (1987). Darüber hinaus regelt das *Gesetz über die spezielle Versorgung* (1977) weitere Leistungen für Menschen mit angeborenen oder erworbenen geistigen Behinderungen.

Die Ausführung beider Gesetze obliegt ebenfalls den Gemeinden, welche infolgedessen eine ganze Reihe von Versorgungsangeboten, rehabilitativen Maßnahmen sowie die Umsetzung von Barrierefreiheit zu gewährleisten haben. Behinderte Menschen haben ein Anrecht auf Beförderung, Kommunikationshilfen, wohnraumverbessernde Maßnahmen und Wohnen in unterschiedlichen Wohnformen oder Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus sind Förderungs- und Integrationsmaßnahmen hinsichtlich Bildung und Arbeit vorgesehen (Sosiaali-Ja Terveysministeriö 2006, S. 21 ff).

Die meisten Personen, welche Leistungen nach dem *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen* bzw. dem *Gesetz über die spezielle Versorgung* in Anspruch nehmen, erhalten Beförderungsleistungen (ca. 90.000 Personen); ca. 15.000 Personen erhalten Leistungen in Wohnformen bzw. Institutionen; ca. 13.000 Leistungen in Tageseinrichtungen und Werkstätten (SOTKANet 2010).

Die gesetzlichen Vorgaben zum Persönlichen Budget (Henkilökohtainen Apu = Persönliche Assistenz) sind Bestandteil des *Gesetzes über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen* (vgl. § 8c und d), welches seit 1988 in Kraft ist. Aber auch vor der gesetzlichen Einführung wurde die Persönliche Assistenz bereits modellhaft gewährt. Wesentliche Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgten erstmalig im Jahr 2009. Wichtigstes Reformelement war die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Persönliche Assistenz für alle Menschen, die von Behinderung betroffen sind, unabhängig von der Art ihrer Behinderung.

2.2.2 Ausgestaltung der Persönlichen Assistenz

2.2.2.1 Antragsvoraussetzungen und Antragsverfahren

Seit Einführung des Rechtsanspruchs im Jahr 2009 haben Menschen mit einer "schweren Behinderung" Anrecht auf Persönliche Assistenz. Schwerbehinderte Menschen sind definiert als Personen, die kontinuierlich Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Arbeit und Studium, Freizeit und sozialer Partizipation benötigen, solange die Beeinträchtigung nicht durch eine altersbedingte Krankheit verursacht ist (§ 8c *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen*).

Damit sind grundsätzlich alle von Behinderung betroffenen Menschen anspruchsberechtigt. Voraussetzung für die Bewilligung ist jedoch, dass die Betroffenen in der Lage sind, die Inhalte und Organisation der Hilfe selbst zu formulieren (§ 8c *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen*). Dies schließt auch Kinder- und Jugendliche ein, sobald ihr individueller Entwicklungsstand diesbezügliche eigenständige Entscheidungen zulässt (Interview, F2). Auch Personen, die in betreuten Wohnformen leben oder in Arbeitsstätten tätig sind, können grundsätzlich persönliche Assistenz beantragen.¹⁶ Die bereits in Anspruch genommene Sachleistung wird dann bei der Bedarfsermittlung berücksichtigt (Interview, F2 und F5).

Vor der Reform lag es im Ermessensspielraum der Gemeinde, die Leistungsform der "Persönliche Assistenz" anzubieten bzw. zu entscheiden, wie vielen und welchen Personen eine Assistenz bewilligt wurde. Faktisch bedeutete dies, dass vorwiegend Personen, die studierten oder einer Erwerbs-

¹⁶ In der Region Helsinki ist dies z.B. im Jahr 2009 bei jedem vierten Assistenznehmer der Fall (Kuusikko-työryhmä 2005-2009).

tätigkeit nachgingen, Bewilligungen erhielten (Interview, F4) (Van Hauwermeiren und Decruynaere 2009, S. 23).

Trotz der Verankerung des Rechtsanspruchs bestehen nach Einschätzung der befragten Experten weiterhin regional unterschiedliche Auslegungen fort. Dies sei darin begründet, dass weiterhin zwei Gesetze zur Versorgung von Menschen mit Behinderung bestehen: Das *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen* bezieht alle Gruppen ein und enthält das Recht auf Persönliche Assistenz, wogegen das *Gesetz über spezielle Versorgung* (für Menschen mit geistiger Behinderung) dieses Recht nicht umfasst. Aufgrund der kurzen Implementierungsphase lägen jedoch noch keine diesbezüglichen richterlichen Urteile vor. Langfristig bestehe das Ziel, die gesetzlichen Grundlagen zu vereinheitlichen (Interview, F5 und F6).

Ein Antrag auf Persönliche Assistenz wird durch den Betroffenen selbst, seine Angehörigen oder einen Bevollmächtigten, aber auch durch Dritte oder eine Behörde bei der zuständigen Kommune gestellt. Diese hat, wie bei allen anderen Leistungen, die in den Rahmen des *Gesetzes über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen* fallen, innerhalb von sieben Tagen ein Bedarfsfeststellungsverfahren zu initiieren. Die Entscheidung über die Bewilligung und Höhe der Assistenzleistung soll laut Gesetz zeitnah erfolgen und i.d.R. spätestens nach drei Monaten abgeschlossen sein (vgl. § 3a *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen*).

2.2.2.2 Bedarfsfeststellung und Budgetbemessung

Das Budget bzw. die Assistenz wird in Form von Stunden bemessen, welche sich am Unterstützungsbedarf bei

- o Aktivitäten des täglichen Lebens,
- o Arbeit und Bildung,
- o Freizeitgestaltung,
- o der Teilhabe (sozialen Partizipation) sowie
- o der Aufrechterhaltung von sozialen Interaktionen

bemessen (vgl. § 8c *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen*). Die Feststellung des Bedarfs erfolgt i.d.R. durch einen Sozialarbeiter. Hierbei sind medizinische und/oder physiotherapeutische Gutachten zu berücksichtigen (Interview; F4 und F5).

Die Gemeinden haben – im Rahmen des Gesetzes sowie unter Beachtung der in der Gesetzesbegründung hinterlegten Ziele – die Hoheit, das Gesetz zu implementieren. Es gibt kein national standardisiertes Bedarfserhebungsinstrument. Dies führt nach Einschätzung einiger Experten zu Interpretati-

onsspielräumen bezüglich der bewilligten Stunden, aber auch hinsichtlich der Bewertung, ab wann eine Person in der Lage ist, Inhalte und Organisation der Hilfe selbst zu bestimmen, was seit 2009 eine Voraussetzung für die Bewilligung darstellt (Interview; F3 und F5).

Vor diesem Hintergrund entwickelt das *Nationales Institut für Gesundheit und Wohlfahrt (THL - Terveiden ja hyvinvoinnin laitos)* zur Zeit eine Empfehlung und Orientierungshilfe zur Persönlichen Assistenz, welche den Gemeinden voraussichtlich Anfang 2011 online zur Verfügung stehen wird. Trotz des Empfehlungscharakters der Referenz ist davon auszugehen, dass sie eine normierende Wirkung haben wird (Interview; F2).

Gleichzeitig stellen die Betroffenenorganisationen Hilfen zur Verfügung. Neben Beratung sind dies z. B. Selbsteinschätzungs-Instrumente bzw. Fragebögen, mit welchen potenzielle Antragsteller die wahrscheinlich zu bewilligenden Stunden selbst ermitteln können.¹⁷

Die Anzahl der Stunden für die Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens sowie zur Arbeit und Bildung sind nicht begrenzt und richten sich nach dem ermittelten Bedarf (d.h. theoretisch können auch mehr als 24 Stunden anerkannt werden, wenn mehr als ein Assistent für die Unterstützung benötigt wird). Die Stunden für Freizeitgestaltung und Begleitung zur sozialen Teilhabe betragen laut Gesetz ab 2011 in der Regel 30 Stunden¹⁸ pro Monat (zuvor 10 Stunden), es sei denn weniger Stunden genügen, um den Bedarf zu decken (vgl. § 8c *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen*).

Ein gesetzlich bzw. staatlich fixierter Kostensatz je Assistenzstunde wie in Schweden besteht nicht. Der Stundensatz ergibt sich regional aufgrund des durch die Gemeinden festgelegten Stundenlohns der Assistenten sowie der weiteren administrativen Kosten. Das Lohnniveau für Persönliche Assistenten liegt nach Einschätzung der Experten bei rund 10 Euro die Stunde und orientiert sich daran, was die Gemeinden in vergleichbaren Bereichen wie z. B. der häusliche Hilfe/Pflege zahlen. Aufgrund der unterschiedlichen finanziellen Spielräume der Kommunen gäbe es Variationen des Lohnniveaus. Die Untergrenze ergibt sich nach Einschätzungen der Experten durch

¹⁷ vgl. z. B. www.paavo.fi

¹⁸ Diese Stundenzahl ist, so das Verständnis der Autoren, als Richtgröße, nicht aber als fixe Ober- bzw. Untergrenze der Stunden für diese Bedürfnisse zu werten. In einigen der Experteninterviews und auch bei van Hauwermeiren und Decruynaere (2009) werden die 30 Stunden pro Monat als Obergrenze beschrieben, wobei in anderen Gesprächen, wie auch im Gesetzestext, darauf verwiesen wird, dass dies das Minimum darstelle.

den allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn von ca. 6 Euro (Interview; F4 und F5).

Neben den Arbeitskosten im engeren Sinne sind dem Assistenznehmer auch die Lohnnebenkosten, wie z. B. die Kosten für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Unfallversicherung sowie Urlaubstage zu erstatten (vgl. § 8c *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen*). Es wird geschätzt, dass die Lohnnebenkosten etwa 20 Prozent des Stundenlohn betragen (Interview; F6).

2.2.2.3 Zielvereinbarung

Alle behinderten Menschen erhalten einen Versorgungsplan ("Service-Plan") – unabhängig davon, ob sie eine Persönliche Assistenz in Anspruch nehmen oder nicht. Dieser wird mit dem Ziel erstellt, alle bewilligten Leistungen zu dokumentieren und zu koordinieren. Er ist bei veränderten Lebenssituationen bzw. gesundheitlichen Veränderungen zu aktualisieren. Die Erstellung eines Versorgungsplans und seine Evaluierung wurden mit der Gesetzesänderung 2009 verpflichtend (vgl. § 3a *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen*).

Die gesetzliche Stärkung des Versorgungsplans war eine zentrale Forderung der Betroffenenverbände. Nach deren Einschätzung soll der Plan die Bedarfsfeststellung sowie die durch die Kommune bereitgestellten Angebote dokumentieren und transparent machen. Dies ermögliche Vergleiche und erleichtere externe Beratung, könne aber auch als Grundlage für rechtliche Auseinandersetzungen dienen. Gleichzeitig könnten die Kommunen die Dokumentationen als statistische Grundlage nutzen und hierdurch die Angebotsplanung besser ausrichten (Interview; F1).

Der Versorgungsplan stellt aber keine Zielvereinbarung im Sinne des deutschen SGB IX Kontextes dar. Vielmehr handelt es sich um ein Instrument, um die Übersicht zu wahren und alle Bedürfnisse und Wünsche des Betroffenen zu berücksichtigen. Der Versorgungsplan ist zudem für alle Leistungsnehmer nach dem *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen* zu erstellen und damit nicht etwas Assistenz spezifisches.

2.2.2.4 Budgetverwendung

Vor der Reform (d.h. bis 2008) mussten alle Personen, die Persönliche Assistenz erhielten, ihren Assistenten selbst einstellen; d. h. sie mussten in der Lage sein, alle Aufgaben und Verantwortungen eines Arbeitgebers zu übernehmen. Die Betroffenen schlossen einen Arbeitsvertrag mit dem Assistenten (bzw. mit mehreren Assistenten) und zahlten diesem das Gehalt. Die

Kosten für die vereinbarte Stundenzahl wurden durch die Gemeinde erstattet bzw. monatlich „vorgestreckt“. Da dies hohe administrative und ggf. bei fehlender Vorkasse der Gemeinde auch finanzielle Anforderungen an die Assistenznehmer stellte, wurde in vielen Kommunen (darunter insbesondere bevölkerungsreiche wie z. B. die Region Helsinki) ein abweichendes Verfahren praktiziert (Interview; F4 und F5). Der Assistenznehmer schloss weiterhin formal den Arbeitsvertrag mit seinem/seinen Assistenten, die Lohnabrechnung erfolgte aber direkt über die Gemeinde bzw. über ein Service-Center, das i.d.R. im Auftrag mehrerer Gemeinden agierte. Die Assistenznehmer erhielten folglich kein Geld durch die Kommune, sondern hatten dem Service-Center Name, Sozialversicherungsnummer etc. des Assistenten zu melden und dessen Arbeitszeitnachweise einzureichen. Dieses Angebot war für die Assistenznehmer kostenfrei (Interview; F4 und F5).

Mit der neuen Gesetzgebung kann die Persönliche Assistenz in drei Formen ausgeführt werden. Welche Möglichkeiten tatsächlich angeboten werden, obliegt der Gemeinde (vgl. § 8d *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen*):

- 1) Dem Assistenznehmer können, wie vor der Reform, die Kosten für die Beschäftigung einer Person erstattet werden (bzw. das oben beschriebene Service-Center-Verfahren kann umgesetzt werden).
- 2) Die Gemeinde kann dem Assistenznehmer einen "Service-Gutschein" geben, den dieser bei Anbietern einlösen kann. Die Kommune kann den Gutscheinbetrag je Assistenzstunde bestimmen, solange dieser "angemessen" ist.
- 3) Die Gemeinde kann die Persönliche Assistenz selbst erbringen – entweder eigenständig oder durch Verträge mit gemeinnützigen oder privaten Anbietern.

Durch diese gesetzliche Anpassung sollte die Persönliche Assistenz einem größeren Kreis von Personen zugänglich gemacht werden; nämlich auch solchen Personen, für die die Übernahme einer Arbeitgeberrolle eine zu hohe Hürde bedeutet. Dies geschah, da durch die Gesetzesänderung auch Personen mit geistiger Behinderung Anspruch auf Persönliche Assistenz haben (Van Hauwermeiren und Decruynaere 2009).

Anders als vor der Reform sollen heute Familienangehörige grundsätzlich nicht mehr als Assistenten angestellt werden, obwohl Ausnahmen zugelassen sind, wenn dies im besten Interesse des Betroffenen ist (vgl. § 8d *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen*). Die Interessenvertretungen von behinderten Menschen begrüßen es, die Assistenz durch Familienangehörige auszuschließen, da dies ihrer Einschätzung nach für die Betroffenen – insbesondere wenn es sich um Kinder- und Jugendliche handelt – den höchsten Grad an Unabhängigkeit garantiert. Ziel des

Persönlichen Budgets sei es, sich sowohl von ärztlichen, pflegerischen aber eben auch vom familiären Umfeld zu emanzipieren (Interview; F1 und F3).

Darüber hinaus bestehen keine weiteren Anforderungen hinsichtlich der Qualifikation der Assistenten, Mindestanforderungen an Anbieter oder andere qualitätssichernde Maßnahmen (Interview; F3 und F6).

2.2.2.5 Überprüfung der Budgetverwendung

Ist der Assistenznehmer selbst Arbeitgeber müssen die in Anspruch genommenen Stunden monatlich gegenüber der Gemeinde (bzw. dem Service-Center) nachweisen werden. Der Assistent ist der Gemeinde mit Namen und Sozialversicherungsnummer zu melden. Die konkrete Ausgestaltung der Budgetüberprüfung und die Erstattung (rückwirkend oder Vorkasse) variiert jedoch zwischen den Gemeinden. Ist ein Service-Center eingebunden, wird die Lohnabrechnung mit dem Assistenten direkt über dieses abgewickelt. (Die anderen beiden Formen der Assistenz - über Gutscheine oder die Gemeinde - werden heute nicht ausgeführt (siehe hierzu 2.2.3.2), sodass eine Überprüfung der Budgetmittel für diese Formen nicht diskutiert wurde).

Wie in Schweden sind die Assistenzmittel fest an die Zahl der Stunden gekoppelt, welche dem Antragsteller als Bedarf anerkannt wurden. Dies bedeutet, dass der Assistenznehmer kein fixes "Budget" bekommt, mit dem er Leistungen und damit ggf. auch mehr oder weniger Stunden einkaufen kann, sondern allein die Kosten für die Stundenzahl erhält, die er bewilligt bekommen hat. Werden durch den Assistenznehmer mehr Stunden in Anspruch genommen als vereinbart, sind diese durch ihn selbst zu finanzieren (Interview; F1, F3 und F5).

2.2.2.6 Beratung und Unterstützung des Leistungsnehmers

Die Gemeinden sind zu einer Reihe von Beratungs- und Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung verpflichtet. Neben der gemeinsamen Erstellung des Service-Plans mit dem Klienten (siehe auch Abschnitt 2.2.2.3) haben die Gemeinden den Assistenznehmer explizit bei Fragen der Ausführung der Assistenz zu beraten und zu unterstützen (vgl. § 8d *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen*). Auch die Service-Center, welche in einigen Gemeinden die Administration der Arbeitsverhältnisse übernehmen, sind als Unterstützungsinstanz zu nennen. Die Zahl der Assistenzen, die über solche Service-Center abgewickelt werden, konnte nicht erhoben werden; nach Einschätzung der Experten wird dieses Verfahren aber durch die größeren Gemeinden und damit für die Mehrzahl der Assistenznehmer betrieben (Interview, F2).

Darüber hinaus gewährleisten Interessensorganisationen Unterstützung und Beratungsleistungen. Die größte Organisation in diesem Kontext ist *KYNNYS*, welche das *Assistentti.info* Netzwerk organisiert. Das Netzwerk stellt u. a. (potenziellen) Assistenznehmern Informationen und Rechtshilfe zur Verfügung, führt aber auch Schulungen von Assistenten durch.¹⁹

2.2.3 Wirkungen der Persönlichen Assistenz

2.2.3.1 Inanspruchnahme und Kosten des Persönlichen Assistenz

Die Zahl der Budgetnehmer hat sich seit 2000 mehr als verdoppelt und lag im Jahr 2009 bei rund 6.600 Personen (d. h. 123 Personen je 100.000 Einwohner). Die Zahl der Assistenznehmer ist damit jährlich um rund 10 Prozent gestiegen. Von 2008 auf 2009, d. h. nach Einführung des Rechtsanspruchs im Herbst 2009, ist die Zahl der Assistenznehmer um ca. 1.000 Personen und damit um knapp 22 Prozent angestiegen.

Tabelle 7: Inanspruchnahme und Kosten der Persönlichen Assistenz (Finnland)

	2000	2005	2007	2009
Zahl der Assistenznehmer	2.817	4.322	5.034	6.598
pro 100.000 Einwohner	54	82	95	123
Davon > 65 Jahre (Prozent von Gesamt)	225 ¹ (8%) ¹	k.A.	633 (12,6%)	1071 (16,2%)
Davon < 18 Jahre (Prozent von Gesamt)	563 ¹ (20%) ¹	k.A.	778 (15,5%)	814 (12,3%)
Anteil männlich/weiblich	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kosten je Assistenznehmer in Euro	8.200 ¹	12.676 ²	13.011 ²	11.707 ²

Quelle: IGES, SOTKANet Statistics and Indicator Bank 2010, ¹(Kumpulainen 2003), ²(Kuusikko-työryhmä 2005-2009)

Alle Interviewpartner betonten jedoch, dass die Entwicklung damit weit hinter den Erwartungen bzw. Befürchtungen (aus Sicht der Gemeinden) zurückgeblieben ist. Allerdings läge noch keine Evaluation über die Implementierung und Wirkung der neuen Gesetzesvorgaben vor. Zudem fehlen

¹⁹ <http://www.kynnys.fi/kynnys/english.html>

Informationen über die Entwicklung der Zahl der abgelehnten Assistenzen²⁰ oder diesbezügliche Gerichtsurteile.

Darüber hinaus hat der Anteil der Assistenznehmer im Alter von über 65 Jahren kontinuierlich zugenommen. War im Jahre 2001 lediglich jeder 12. Assistenznehmer über 65 Jahre, so war es im Jahr 2009 bereits jeder sechste. Gleichzeitig sank der Anteil der Assistenznehmer unter 18 Jahren von 20 auf 12 Prozent (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 8: Assistenznehmer nach Altersgruppen (Finnland)

	2006	2007	2008	2009
Assistenznehmer je 100.000 Einwohner zwischen 0-17 Jahre	69	71	74	75
<i>Veränderung zum Vorjahr in %</i>	-	3,1%	4,0%	1,3%
Assistenznehmer je 100.000 Einwohner zwischen 18-64 Jahre	99	109	116	141
<i>Veränderung zum Vorjahr in %</i>	-	10%	6%	21%
Assistenznehmer je 100.000 Einwohner ab 65 Jahre	64	72	85	118
<i>Veränderung zum Vorjahr in %</i>	-	12%	17%	39%

Quelle: IGES, SOTKANet Statistics and Indicator Bank (2010)

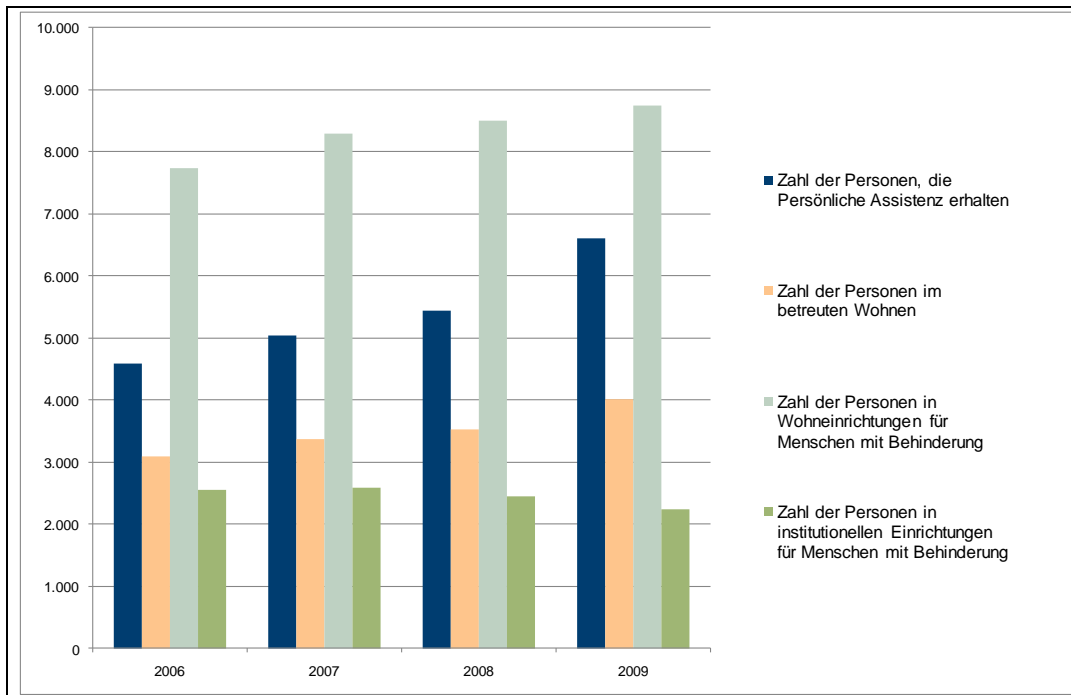
Tabelle 8 zeigt, dass die Inanspruchnahme der Kinder und Jugendlichen seit 2006 weitgehend konstant blieb. Interessant ist, dass auch nach Einführung des Rechtsanspruchs von 2008 auf 2009 innerhalb dieser Gruppe kein Zuwachs an Assistenznehmern zu verzeichnen ist. Inwieweit dies aus der Einschränkung der Erbringung der Assistenz durch Familienangehörige resultiert, bleibt nur zu vermuten (Befragungsstudien zu der Motivation der Inanspruchnahme liegen nicht vor).

Gleichzeitig ist die Inanspruchnahme in der Gruppe der über 65-jährigen mit knapp 40 Prozent sprunghaft angestiegen. Mit insgesamt 141 Assistenznehmern pro 100.000 Einwohnern (2009) ist die höchste Inanspruchnahme aber weiterhin in der Gruppe der Personen im erwerbsfähigen Alter zu beobachten.

²⁰ Diese Information wird erst seit dem Jahr 2009 durch die sechs größten finnischen Gemeinden erhoben. Im Jahr 2009 wurden 105 Anträge auf eine Assistenz abgelehnt bei 2.083 laufenden Assistenzen (Kuusikko-työryhmä 2005-2009).

Andererseits steigt aber nicht nur die Inanspruchnahme der Persönlichen Assistenz. Auch andere Versorgungsformen unter dem *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen* verzeichnen Zuwächse, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß wie die Persönliche Assistenz.

Abbildung 6: Entwicklung ausgewählter Versorgungsformen für Menschen mit Behinderung (Finnland)



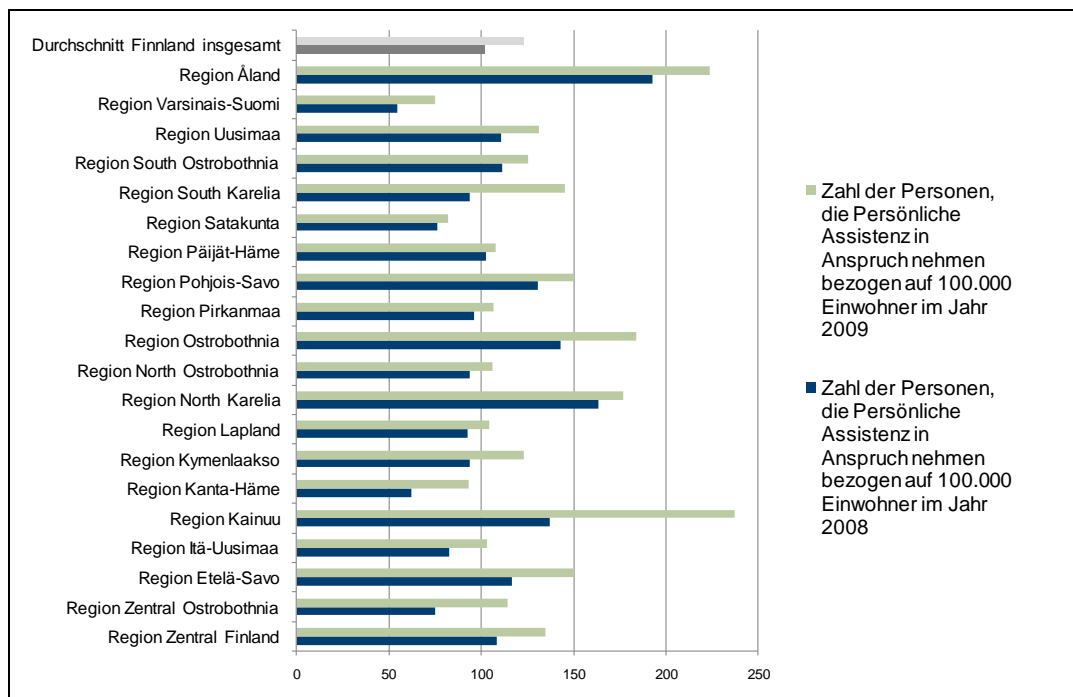
Quelle: IGES, SOTKANet Statistics and Indicator Bank (2010)

So wuchs die Zahl der Personen im betreuten Wohnen zwischen 2006 und 2009 jährlich im Durchschnitt um 9 Prozent, die Zahl der Menschen mit Behinderung in Wohneinrichtungen um 4 Prozent, während die Inanspruchnahme von Assistenz in diesem Zeitraum um durchschnittlich 13 Prozent p.a. anstieg. Eine Ausnahme bilden die institutionellen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, welche einen Rückgang von jährlich durchschnittlich 4 Prozent verzeichneten (Abbildung 6).

Informationen welcher Art die Behinderung/Beeinträchtigung der Assistenznehmer ist, werden nicht erhoben. Aufgrund der bis 2008 gültigen Rechtslage und Vergabepaxis ist davon auszugehen, dass Menschen mit geistiger Behinderung nur zu einem kleinen Anteil vertreten sind. Es wird angenommen, dass auch Personen mit Behinderungen aufgrund von psychischen Erkrankungen die Persönliche Assistenz kaum nutzen. Evaluationen hierzu bzw. zu Veränderungen nach der Reform liegen z. Z. nicht vor (Interview F1).

Die Inanspruchnahme der Persönlichen Assistenz variiert regional. In Abbildung 7 ist dies auf Ebene der Regionen (welche die Gemeinden zusammenfassen) dargestellt. Die Inanspruchnahme schwankt im Jahr 2009 zwischen 75 und 237 Assistenznehmer je 100.000 Einwohner. Im Vergleich zu 2008, d. h. dem Status quo ohne implementierten Rechtsanspruch, hat sich die regionale Varianz (gemessen in Form der Standardabweichung s) nicht verringert, sondern sogar vergrößert ($s_{2008}=33$; $s_{2009}=44$).

Abbildung 7: Regionale Varianz der Persönlichen Assistenz (Finnland)



Quelle: IGES, SOTKANet Statistics and Indicator Bank (2010)

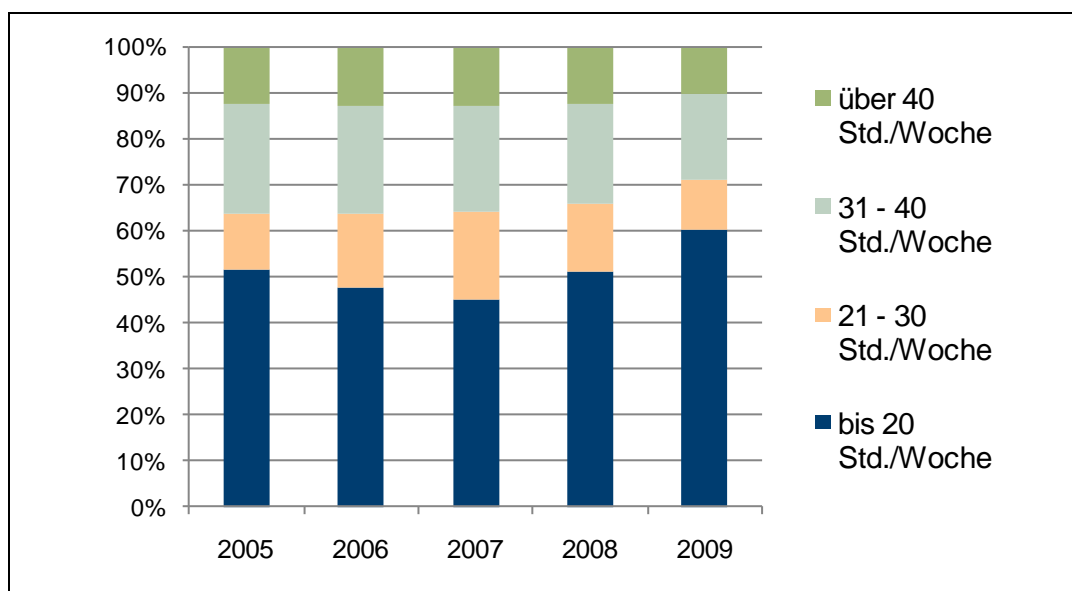
Die Ausgaben für Persönliche Assistenz werden in den amtlichen Statistiken nicht separat ausgewiesen. Seit 2005 liegen aber Ergebnisse einer regelmäßigen Erhebung der 6 größten Gemeinden vor.²¹ Die Ausgaben für die Persönliche Assistenz sind in diesen sechs Gemeinden von 2005 auf 2009 um 46 Prozent gestiegen. Die Kosten (Finnland gesamt) für alle Leistungen unter dem *Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen* sind im gleichen Zeitraum lediglich um 34 Prozent (SOTKANet 2010).

²¹ Dies sind Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere und Oulu, welche insgesamt 1,54 Mio. und damit 29 Prozent der finnischen Einwohner umfassen.

Die Kosten je Assistenznehmer lagen in den sechs Gemeinden im Jahr 2005 bei 12.676 Euro pro Jahr und Assistenznehmer und waren bis 2007 auf 13.011 Euro, d.h. um 2,6 Prozent, gestiegen. Bereits mit dem Jahr 2008 sanken die Kosten je Assistenz aber bereits auf 12.984 Euro je Assistenznehmer und im Jahr 2009 dann sogar auf 11.707 Euro.

Dies hängt damit zusammen, dass es bereits ab 2008 (d.h. bereits vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes) einen deutlichen Zuwachs an Assistenznehmern mit einem Bedarf von unter 20 Stunden die Woche gegeben hat (siehe Abbildung 8).²² Damit sind die Kostenveränderungen von 46 Prozent zwischen 2000 und 2009 primär durch den Anstieg der Assistenznehmer (Mengeneffekt) und nicht durch die Zunahme der Kosten je Assistenznehmer (Struktureffekt) begründet.

Abbildung 8: Anteil der Assistenznehmer nach Stunden pro Woche (in den sechs größten finnischen Gemeinden) (Finnland)



Quelle: IGES, (Kuusikko-työryhmä 2005-2009)

Die Zahl der durchschnittlich in Anspruch genommenen Stunden wird in den Statistiken nicht ausgewiesen. Es wird aber deutlich, dass über die Hälfte der Assistenznehmer weniger als 20 und nur knapp 10 Prozent mehr als 40 Stunden die Woche erhält (siehe Abbildung 8), sodass der Unterschied zu

²² Einschränkung ist festzuhalten, dass erst 2009 auch Helsinki (die Gemeinde mit den meisten Assistenznehmern) diesbezüglich Informationen erhebt, sodass ggf. auch hierdurch eine Verzerrung der Ergebnisse vorliegen könnte.

Schweden, wo im Durchschnitt je Assistenznehmer 110 Stunden pro Woche gewährt werden deutlich wird.

Die Ausgaben je Assistenznehmer lagen dabei deutlich unter denen für betreute Wohnformen für behinderte Menschen, welche sich in diesen Gemeinden im Jahr 2009 pro Klient auf 43.535 Euro beliefen (Kuusikko-työryhmä 2005-2009). Rückschlüsse, inwieweit Assistenz kostengünstiger als andere Versorgungsformen ist, können aufgrund einer fehlenden Schweregradadjustierung in der zitierten Untersuchung jedoch nicht getroffen werden.

Auf die Frage, was die Inanspruchnahme in Finnland beeinflusst, verweisen alle Experten auf die finanziellen Restriktionen der Gemeinden. Es wird auch vermutet, dass sich diese vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Folgen der Finanzmarktkrise noch verstärkt haben (Interview F4, F5 und F6, aber auch Heiskanen 2008). Die Interessenvertreter der Assistenznehmer betonen zudem, dass auch nach der Reform weiterhin zu große Interpretationsspielräume der Gemeinden bestünden. Gerichtliche Verfahren haben ihre Wirkung noch nicht entfalten können, da dies ein bis zwei Jahre dauern könne. In der Vergangenheit seien die Erfolgsraten gering gewesen. Der Gerichtsentscheid enthalte zudem lediglich eine Aussage über die Anspruchsberechtigung, nicht aber über das Ausmaß der Assistenz. Die Entwicklungen unter dem nun geltenden Rechtsanspruch seien abzuwarten (Interview F4 und F3).

Andererseits wird die Einschätzung geäußert, dass der Bedarf in dieser Größenordnung ggf. auch gedeckt sei, da die Inanspruchnahme des persönlichen Budgets nicht in allen Lebenssituationen möglich sei (Interview F6). Für Menschen, die heute in einem betreuten Umfeld leben, könne es sehr herausfordernd sein, das Leben selbstbestimmt zu gestalten. Zukünftig könne sich der Anteil von Personen, die Persönliche Assistenz in Anspruch nehmen, sicherlich noch verändern, wenn diese von früh auf mit solchen Versorgungsformen heranwachsen, dies sei aber vermutlich ein langsamer Prozess (Interview F1).

2.2.3.2 Leistungsarten und Anbieterstrukturen

Bis 2008 bestand für Menschen mit Behinderung die einzige mögliche Ausgestaltung der Assistenz darin, den Assistenten selbst einzustellen. Der Betroffene musste selbst als Arbeitgeber fungieren. Seit Herbst 2009 kann die Gemeinde die Leistungen darüber hinaus eigenständig oder durch Vergabe von Service-Gutscheinen sicherstellen. Die neu eingeführten Arten der Ausführung der Assistenz werden nach Auskunft der Experten heute von keiner Gemeinde regelhaft genutzt. Das Gutschein-System sowie die Er-

bringung durch die Gemeinde werden zur Zeit in wenigen Gemeinden lediglich erprobt.²³

Einerseits begrüßen die Experten, dass Alternativen zur herausfordernden und belastenden Arbeitsgeberrolle im Gesetz verankert wurden. Andererseits wird z.B. die Gutscheinelösung kritisch bewertet. Es wird angeführt, dass die Gefahr bestehe, dass die Gutscheine nicht so bemessen würden, dass der Einkauf einer äquivalenten Leistung möglich sei, beispielsweise weil Verwaltungs- und Lohnnebenkosten nicht berücksichtigt sind, ohne Gutscheinsystem in der Regel aber implizit durch die Gemeinde getragen würden (Interview F4).

Wie auch im Kontext der Gutscheinelösung für ambulante Pflegeleistungen (siehe Abschnitt 2.1.1.2.1), wird eine Entwicklung hin zur Zwei-Klassen-Versorgung befürchtet, in der der private Anbietermarkt nur denen offen stehe, die die höheren Eigenbeteiligungen bewältigen können (Interview F4 sowie Vuorenkoski 2009). Darüber hinaus betonen Timonen et al. (2006), dass sich im Kontext der Pflege-Gutscheine alle Akteure einig seien, dass diese nicht für alle Personengruppen geeignet sind. Insbesondere für (ältere) Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird der Nutzen der Pflege-Gutscheine kritisch diskutiert.

Im Kontext der Assistenz wurde durch die Experten aber auch darauf hingewiesen, dass insbesondere für Situationen, in denen eine Assistenz kurzfristig z. B. als Ersatz für eine erkrankte Person oder aber für Begleitung bei (Urlaubs-)reisen erforderlich sei, das Gutschein-System durchaus Vorteile biete (Interview F2).

Auch die Erbringung der Persönlichen Assistenz durch die Gemeinden selbst wird durch die Interessenvertreter der Assistenznehmer kritisch gesehen. Es wird die Sorge geäußert, dass eine Erbringung durch die Gemeinden (bzw. durch Verträge mit privaten Anbietern) implizit zu einer Standardisierung der Leistungserbringung führe, was der Grundidee der Persönlichen Assistenz – der Selbstbestimmung – entgegenwirke (Interview F1 und F5).

Damit dominiert heute die Erbringung der Assistenz über Einzelarbeitsverträge der Assistenznehmer mit ihrem bzw. ihren Assistenten. Gleichzeitig spielt die Gemeinde durch die administrative Unterstützung via Service-Center eine zentrale Rolle. Welche Gemeinden die Assistenznehmer über Service-Center unterstützen und inwieweit dies Auswirkungen auf die Inan-

²³ Dies deckt sich mit den vorliegenden Erhebungen aus den sechs größten Gemeinden (Kuusikko-työryhmä 2005-2009).

spruchnahme hat, konnte im Rahmen des Forschungsauftrags jedoch nicht erhoben werden.

Anders als in Schweden hat sich kein Anbietermarkt von Dienstleistungsunternehmen entwickelt, jedoch gibt es Organisationen, die Assistenten oder beispielsweise Schulungen vermitteln.²⁴ Über den Anteil an Assistenznehmern, die die Leistung durch Familienmitglieder erbringen lassen, liegen keine Daten vor. Diese Möglichkeit wurde mit der neuen gesetzlichen Regelung aber eingeschränkt.

Trotz Vereinbarung der Assistenz über einen Einzelarbeitsvertrag sind die Assistenten aufgrund der bestehenden Arbeitsgesetze u.a. hinsichtlich Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Unfällen sowie der maximalen wöchentlichen Arbeitszeit und des gesetzlichen Jahresurlaubs abgesichert (Gesetz über die Arbeitszeit 1996; Gesetz über Arbeitsverträge 2001; Jahresurlaubsgesetz 1973).

In dünn besiedelten und ländlichen Regionen wird von einem Mangel an geeigneten Assistenten ausgegangen. Dies wird seitens der Experten durch das geringe Lohnniveau von ca. 10 Euro begründet. Aber auch die Arbeitsbedingungen könnten dies begründen: z. B. gäbe es keine Kollegen, mit denen man sich austauschen könne oder die persönliche Bindung an den Arbeitgeber könne als belastend empfunden werden.

Das Lohnniveau variiert zwischen den Kommunen, Lohnverhandlungen zwischen Assistenznehmer und Assistent innerhalb einer Kommune sind jedoch nicht üblich, da der Stundensatz durch die Gemeinde festgelegt wird und der Assistenznehmer lediglich eine fixe Zahl an Stunden erstattet bekommt (Interview F6 sowie Van Hauwermeiren und Decruynaere 2009).

Vor diesem Hintergrund haben sich Arbeitgeber von persönlichen Assistenten als Arbeitgebergemeinschaft zusammengeschlossen. Es wird versucht, Verbesserungen der Arbeitsbedingungen für persönliche Assistenten zu bewirken. Insbesondere soll übergreifend für alle Gemeinden ein bindender Tarifvertrag geschlossen werden (siehe <http://www.heta-liitto.fi> und Interview 2010 F3). Diese Entwicklung ist auch vor der generellen Organisation des finnischen Arbeitsmarktes zu verstehen, in welchem Tarifabschlüsse zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden traditionell einen hohen Stellenwert einnehmen (siehe z. B. die gesetzliche Verankerung dieser durch das *Gesetz über Tarifabschlüsse 1945*).

²⁴ <http://www.kynnys.fi/kynnys/english.html>

2.2.3.3 Qualität der Leistungserbringung und Auswirkungen des Wegfalls einer zentralisierten Leistungsbeschaffung

Im Jahr 2006 kam das Ministerium für Soziales und Gesundheit (*Sosiaali - Ja Terveysministeriö*) zu dem Schluss, dass das Angebot von Hilfen zur Kommunikation und zu Transport- und Assistenz-Leistungen, welche für die Bewältigung des täglichen Lebens zentral sind, sehr schlecht sei (*Sosiaali-Ja Terveysministeriö* 2006, S. 22). Die Diskussion über die Qualität der Persönlichen Assistenz – sowohl in der Literatur als auch in den Experteninterviews – fokussiert vor allem den Zugang zu Assistenzleistungen.

Im Nachgang der Reform sind nun alle Augen darauf gerichtet, wie sich der Zugang und insbesondere die ebenso kritisch diskutierte regionale Variation verändern. Weitere Qualitätsfragen – z. B. Zufriedenheitsbefragungen der Assistenznehmer – werden vor dem Hintergrund des Angebots an Assistenten diskutiert. Studien zur Darstellung oder Vergleiche von Ergebnisqualität zwischen der Assistenz und alternativen Versorgungsformen konnten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht identifiziert werden. Da sich (noch) keine privaten Dienstleistungsfirmen entwickelt haben und die Assistenz allein durch Einzelpersonen erbracht wird, stehen Qualitätsanalysen, um einen solchen Markt zu regulieren, nicht auf der Agenda.

Der fehlende Sachleistungsbezug der Assistenz wird an vielen Stellen faktisch kompensiert. Dies zum einen durch die praktizierte Verwaltung der Assistenz durch die Service-Center, zum anderen durch die arbeitsrechtliche Absicherung der Assistenten. Interessant sind zudem die Bestrebungen der behinderten Menschen, mithilfe eines Tarifvertrags die Lohn- und Arbeitssituation ihrer Assistenten (und damit natürlich indirekt ihre eigene Versorgungssituation) zu verbessern.

2.3 Niederlande

2.3.1 Rahmenbedingungen des Persönlichen Budgets

2.3.1.1 Sozialstaatliche Rahmenbedingungen und Grundstruktur des Gesundheitssystems

Seit der jüngsten Gesundheitsreform im Jahr 2006 beruht das Gesundheitssystem der Niederlande im Wesentlichen auf drei Säulen:

- I. Durch das *Zorgverzekeringswet* (ZVW) ist die obligatorische Basisversicherung für ambulante und stationäre Leistungen der Akutversorgung geregelt.
- II. Das *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (AWBZ) stellt eine Pflichtversicherung für "Langzeitriskanten" und Pflegeleistungen dar.
- III. Zusätzlich zu ZVW und AWBZ können private Krankenzusatzversicherungen abgeschlossen werden, häufig als Ergänzung zum Basispaket des ZVW.

Der Unterschied zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung entfällt in diesem System zugunsten eines einheitlichen Systems mit privatrechtlicher Struktur.

Der Abschluss einer Krankenversicherung im Sinne des ZVW ist für alle Einwohner der Niederlande rechtlich verpflichtend, wobei eine freie Wahl der Krankenversicherungsgesellschaft besteht. Vertragsgegenstand ist ein Basisleistungspaket, dessen Inhalt gesetzlich geregelt ist und ärztliche Behandlung (Hausärzte, Fachärzte), Krankenhausaufenthalte, Medikamente, Mutterschaftsvorsorge, Krankentransport, Notfallmedizin sowie zahnärztliche Leistungen für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs umfasst (§ 2.1 *Zorgverzekeringswet*). Antragssteller für das gesetzliche Basispaket dürfen von den Versicherern nicht abgelehnt werden.

In welcher Form das Standardpaket angeboten wird, kann der Versicherer grundsätzlich selbst entscheiden. Der Versicherte kann zwischen einem Sachleistungsmodell, einem Kostenerstattungsmodell und einer Kombination aus beidem wählen. Im Jahr 2008 entschieden sich die meisten Versicherten für das Sachleistungsmodell (46 Prozent), das dem Modell des öffentlichen Kassensektors vor der Gesundheitsreform 2006 entspricht. Das Kostenerstattungsmodell entspricht dem Modell der privaten Krankenversicherungen vor der Gesundheitsreform und wurde im Jahr 2008 von 21 Prozent der Versicherten genutzt. Eine Kombination aus Kostenerstattung und Sachleistungsmodell wählten 33 Prozent der Versicherten (Vektis 2009). Darüber hinaus können Versicherte Tarife mit freiwilligen Selbstbe-

halten wählen, die über den obligatorischen Betrag von 150 Euro jährlich in der Basisversicherung hinausgehen. Die Höhe des zusätzlichen Selbstbehaltes ist gesetzlich begrenzt und kann zwischen 100 und 500 Euro jährlich betragen, die daraus abgeleitete Prämienreduktion ist allerdings von den Versicherungsunternehmen abhängig. Im Jahr 2008 entschieden sich 5,2 Prozent der Versicherten für einen über dem obligatorischen liegenden Selbstbehalt (Vektis 2009).

Die Krankenversicherung ZVW finanziert sich je zur Hälfte aus einem einkommensabhängigen und einem einkommensunabhängigen Teil. Der einkommensabhängige Teil wird bei abhängig Beschäftigten in der Regel als Anteil der Gehälter von den Arbeitgebern erstattet, wobei diese Erstattung durch die Arbeitnehmer zu versteuern ist. Im Jahr 2010 lag der Beitragssatz bei 7,05 Prozent. Leistungen für Arbeitslose, Sozialhilfe und gesetzliche Renten, Betriebsrenten und Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit unterliegen ebenfalls der Beitragspflicht zu einem Beitragssatz von 4,95 Prozent.²⁵

Die andere Hälfte tragen die Versicherten in Form eines einkommensunabhängigen Pauschalbeitrags, der von den Versicherungsunternehmen für jedes Versicherungspaket selbst festgelegt wird und daher zwischen den Versicherungsunternehmen variiert. Faktoren wie Alter, Morbiditätsrisiko und soziale Situation des Versicherten dürfen keinen Einfluss auf den Pauschalbeitrag haben. Die Durchschnittsprämie beträgt im Jahr 2010 90 Euro monatlich (Vektis 2009). Für alle Versicherten ab 18 Jahren gilt seit 2008 außerdem eine verpflichtende Selbstbeteiligung von Euro 150 pro Jahr.

Einkommensschwache Versicherte, die durch den Pauschalbeitrag übermäßig finanziell belastet würden, erhalten als Ausgleich steuerfinanzierte Transferleistungen. Im Jahr 2010 beträgt der maximale Zuschuss für Alleinstehende 735 Euro und 1.548 Euro für Mehrpersonenhaushalte.²⁶ Beiträge für Kinder werden vollständig aus Steuermitteln finanziert. Die einkommensabhängigen Beiträge fließen in einen zentralen Fonds, der das Geld auf Grundlage eines Risikostrukturausgleichs an die Krankenversicherungsunternehmen verteilt, die einkommensunabhängigen Pauschalen werden direkt an die Versicherung gezahlt.

²⁵ Vgl. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/hoeg-hoog-is-de-inkomensafhankelijke-bijdrage-voor-de-zorgverzekeringswet.html> (10.09.2010)

²⁶ Vgl. www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekerings/zorgpremie/zorgtoeslag (10.09.2010)

Die Leistungen im Gesundheitssystem werden überwiegend von gemeinnützigen und privaten Anbietern erbracht. Der Staat steuert die Versorgungskapazitäten, reguliert das Preissystem und ist für die Qualitätskontrolle verantwortlich, ist als Leistungserbringer aber lediglich über den öffentlichen Gesundheitsdienst und in Ausnahmefällen als Krankenhausträger tätig.

Das niederländische System basiert im Wesentlichen auf hausarztzentrierter Versorgung. Der Hausarzt hat eine Schlüsselposition auf dem Versorgungspfad: einerseits übernimmt er die primäre Krankenversorgung selbst, andererseits hat er darüber zu entscheiden, ob er einen Patienten an einen Facharzt bzw. ein Krankenhaus überweist. Alle Versicherten müssen bei einem Hausarzt registriert sein. Die Überweisung durch den Hausarzt ist zwingend, um Leistungen bei einem Facharzt oder im Krankenhaus in Anspruch nehmen zu können.

Die fachärztliche Versorgung findet im Krankenhaus statt, wo neben stationären auch ambulante Leistungen erbracht werden. Fachärzte, die sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen erbringen, sind oft keine Angestellten der Klinik, sondern agieren auf Basis von vertraglichen Vereinbarungen vergleichbar mit dem deutschen Belegarztsystem. Die Krankenhäuser in den Niederlanden sind überwiegend Non-Profit-Einrichtungen in privatem Besitz.

Versicherer haben seit der Gesundheitsreform 2006 die Möglichkeit, in allen Versorgungsbereichen selektive Verträge mit den Leistungsanbietern abzuschließen. Im Gegensatz zu kollektiven Vertragsformen, wo mit allen zugelassenen Leistungsanbietern Absprachen über die Leistungserbringung und deren Vergütung getroffen werden und die auch weiterhin im niederländischen System bestehen, kann der Krankenversicherer hier mit bestimmten ausgewählten Leistungsanbietern Vereinbarungen treffen. Die Versicherten werden im Falle von Selektivverträgen dazu angehalten, die Anbieter aufzusuchen, die vertraglich mit dem Versicherer kooperieren. Die freie Wahl des Leistungsanbieters kann nicht eingeschränkt werden, aber mit Anreizen für die Leistungsinanspruchnahme bei Vertragspartnern und eventuellen Nachteilen bei anderen Anbietern können Versichertenströme gelenkt werden. Es entsteht dabei Wettbewerb auf dem Versorgungsvertragmarkt, woraus eine Steigerung von Qualität und Effizienz der Versorgung resultieren soll. Momentan können beispielsweise 30 Prozent der Preise für stationäre Behandlungen frei zwischen Anbietern und Versicherern verhandelt werden (wird im Jahr 2011 auf 50 Prozent erhöht) (Agasi 2010).

2.3.1.2 Sicherungssystem für Menschen mit Behinderung und für Pflegebedürftige

Risiken der Langzeitpflege, psychiatrischer Erkrankungen oder chronischer Erkrankungen sind durch die Volksversicherung des *Allgemeinen Gesetzes für Besondere Krankheitskosten AWBZ* (1967) abgesichert. Das AWBZ ist eine Pflichtversicherung für alle Einwohner der Niederlande, die neben staatlichen Subventionen vor allem durch einkommensabhängige Beitragszahlungen finanziert wird und im Gegensatz zur Krankenversicherung gesundheitliche Langzeitr Risiken jeder Art absichert. Insbesondere ambulante und stationäre Pflegeleistungen, psychiatrische Versorgung und stationäre Versorgung, die länger als ein Jahr andauert, sind typische Leistungsbereiche des AWBZ. Eine Unterscheidung von Menschen mit Behinderung und altersbedingt Pflegebedürftigen findet nicht statt.

Die Beiträge zum AWBZ werden ausschließlich von den Versicherten getragen, wobei Kinder unter 15 Jahren und Personen ohne eigenes Einkommen beitragsfrei mitversichert sind. Der Beitragssatz beträgt 12,15 Prozent des Bruttoeinkommens; die Beitragsbemessungsgrenze liegt bei 32.128 Euro (entsprechend der ersten beiden Steuerklassen).²⁷

Das Ausgabenvolumen des AWBZ wird jährlich geschätzt, um den Beitragssatz gegebenenfalls anzupassen. Der Ausgabenbetrag für das Jahr 2010 liegt bei 23,3 Mrd. Euro (Rijksoverheid und Tweede Kamer der Staten-Generaal 2010). Häufig muss dieser Ausgabenbetrag im Laufe des Jahres angepasst werden. Das AWBZ trägt etwa 42 Prozent aller gesundheitsbezogenen Ausgaben in den Niederlanden (Hull et al. 2008).

Leistungen des AWBZ können in Form von Sachleistungen, eines Persönlichen Budgets (*Persoonsgebonden Budget - PGB*) oder einer Kombination aus Sachleistung und Persönlichem Budget bezogen werden. Anfang des Jahres 2009 bezogen etwa 600.000 Personen in den Niederlanden AWBZ-Leistungen, davon 260.000 in institutionellen Einrichtungen (43,3 Prozent), 250.000 in Form von häuslicher Pflege (41,7 Prozent). Etwa 9 Prozent der AWBZ-Leistungsempfänger beziehen ein Persönliches Budget (Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) 2008).

Das Persönliche Budget unterliegt einer jährlich festgelegten Deckelung, mit deren Hilfe die Ausgabenentwicklung kontrolliert werden soll. Dies ist möglich, da das AWBZ das Recht auf Sachleistung garantiert, auf das Persönliche Budget aber kein Rechtsanspruch besteht. Bis zum Erreichen des jährlich festgelegten Betrages können neue Budgets bewilligt und bezogen

²⁷ Vgl. <http://www.belastingdienst.nl/zakelijk/loonheffingen/overig2009/overig2009-09.html>

werden, nach der Erschöpfung des maximalen Betrages ist kein Neubezug, aber ein Fortbezug für bereits bestehende Budgethalter möglich. In der Praxis wurde der maximale Ausgabenbetrag des Persönlichen Budgets im Verlauf eines Jahres immer angepasst, wenn sich abzeichnete, dass die Mittel nicht ausreichen würden, um den Bedarf zu befriedigen. Die Deckelung des Persönlichen Budgets für das Jahr 2010 liegt bei 2,1 Mrd. Euro (AWBZ, Art. 2.6.2) und wurde im Juli 2010 erreicht. Erstmals hat der Gesundheitsminister daraufhin keine Budgeterhöhung vorgenommen, sondern das Budget bis zum 1.1.2011 ausgesetzt (Klink und VWS 2010).

AWBZ-Leistungen werden häufig durch Anbieter erbracht, deren Träger kirchliche Einrichtungen oder Wohlfahrtsverbände sind. Laut *Gesetz über die Zulassung von Einrichtungen im Gesundheitswesen (Wet Toelating Zorginstellingen)* bedarf es in den Niederlanden einer Zulassung sowie eines Vertrags mit dem regional zuständigen Pflegebüro (*Zorgkantoor*), das die Aufgabe hat, Leistungen für AWBZ-Versicherte bereit zu stellen.

Außerdem bieten Gemeinden im Rahmen des *Gesetzes zur Gesellschaftlichen Unterstützung (Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2006))* Leistungen im Bereich der Haushaltshilfe, Wohnungsanpassungen (z. B. Installation eines Treppenliftes), Heil- und Hilfsmittel (z. B. Rollstühle), Transport mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Essen auf Rädern, sozial-kulturelle Veranstaltungen u. Ä. an. WMO-Leistungen werden aus zugeteilten Steuermitteln von den lokalen Gemeinden organisiert und finanziert. Ein Antrag auf WMO-Leistungen muss deshalb auch beim zuständigen Gemeindeamt gestellt werden. Für die Bedarfsfeststellung beauftragen viele Gemeinden die Zentren für Indikationsfeststellung (CIZ), die auch für die AWBZ-Bedarfsfeststellung zuständig sind, können diese aber auch selbst durchführen. Im Rahmen des WMO ist ebenfalls eine Wahl zwischen Sachleistungen und einem Persönlichen Budget möglich.

Unterstützung bei der Suche nach und gegebenenfalls der Anpassung eines geeigneten Arbeitsplatzes bietet das *Gesetz für Geschützte Arbeitsplätze (Wet Sociale Werkvoorziening (1999))*. Es richtet sich an Menschen, die aufgrund einer Behinderung Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt erfahren und bei denen beispielsweise die Anwesenheit eines persönlichen Begleiters am Arbeitsplatz erforderlich ist. Die Bedarfsfeststellung wird hier durch den *UWV Werkbedrijf* durchgeführt. Die Leistungen des WSW können ebenfalls sowohl als Sachleistung als auch als Budget in Anspruch genommen werden.

Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf das Persönliche Budget im Rahmen des AWBZ, da dieses inhaltlich dem in Deutschland geplanten Persönlichen Budget am ehesten ähnelt und es bezüglich Nutzerzahlen und Finanzvolumen deutlich dominiert.

Die Möglichkeit, Leistungen im Rahmen des AWBZ als Persönliches Budget in Anspruch zu nehmen, wurde 1995 eingeführt. Im Jahr 2003 wurde das AWBZ umfassend reformiert, mit dem Ziel, den Versicherten eine zentralere Rolle im Pflegegeschehen zuzugestehen. Außerdem wurde die Bedarfsermittlung für Menschen mit Behinderung, Pflegebedürftige und psychiatrisch Erkrankte vereinheitlicht (Ministerie van Volksgezondheid 2003).

In den Folgejahren wurden eine Reihe von Kostendämpfungsmaßnahmen implementiert: Im Januar 2007 wurde die Leistung "Hilfe im Haushalt" aus dem Leistungskatalog des AWBZ ausgegliedert. Diese wird seitdem als Leistung des WMO angeboten. Im Jahr 2009 wurden die sogenannten "*Paketaanspakkingen*" (*Pakketmaatregelen*) durchgeführt, um die steigenden Kosten des Persönlichen Budgets zu begrenzen. Dabei wurde die Leistungsart "Begleitung" neu definiert und der Zugang zu dieser eingeschränkt. Außerdem wurden alle Leistungen im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen (z. B. Suchtberatung, Betreuung von Obdachlosen) aus dem AWBZ ausgegliedert und in den Leistungsbereich der Gemeinden im Rahmen des WMO verschoben (Ministerie van Volksgezondheid 2008).

Im Juli 2010 wurde das Persönliche Budget zum ersten Mal für den Rest des Kalenderjahres ausgesetzt, da die festgelegte Deckelung der finanziellen Mittel für Neuanfragen erreicht wurde. Eine Erhöhung der Deckelung wurde im Gegensatz zu den vorherigen Jahren nicht vorgenommen. Bis zum 1.1.2011 können nur in ausgewiesenen Notfällen (z. B. wenn Sachleistungen nicht zur Verfügung stehen) Persönliche Budgets neu vergeben werden (Ministerie van Volksgezondheid 2010). Die Menschen, die das Persönliche Budget bereits beziehen, erhalten ungeachtet dessen weiter ihr Budget in der vorgesehenen Höhe. Bis zum 1.1.2011 können sich Antragsteller auf Wartelisten für das PGB setzen lassen oder Sachleistungen beziehen; ab dem Jahresanfang 2011 soll dann wieder Geld für neue Persönliche Budgets zur Verfügung stehen.

2.3.2 Ausgestaltung des Persönlichen Budgets

2.3.2.1 Antragsvoraussetzungen und Antragsverfahren

Die Anspruchsberechtigung für eine AWBZ-Leistung wird im "*Besluit Anrecht op Zorgaanpak*" geregelt (*Besluit Zorg Aanspakken* Artikel 2.2). Danach kann jeder, der wegen Krankheit, Behinderung oder Alter Unterstützung und Pflege benötigt, einen Antrag stellen. Eine Unterscheidung nach Art der Diagnose oder Behinderung wird nicht vorgenommen, auch das Alter des Antragstellers ist unerheblich. Allerdings muss der Antragsteller in den Niederlanden wohnen und oder arbeiten (Lohnsteuer zahlen)

oder im Ausland für die Niederländische Regierung arbeiten. Beitragsfrei mitversichert sind Kinder im Alter von unter 15 Jahren und Personen ohne eigenes Einkommen (Schulze Ehring und Köster 2010).

Das Persönliche Budget (*Persoonsgebonden Budget - PGB*) ist ein lediglich optionaler Bestandteil des AWBZ. Damit hat das PGB keine eigene rechtliche Grundlage, d.h. es besteht ein Rechtsanspruch auf AWBZ-Leistungen, aber nicht auf die Leistungsart des Persönlichen Budgets. Das PGB ist somit nicht einklagbar. In der Praxis kommt es seit dem 1. Juli 2010 zum ersten Mal vor, dass die Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets aus finanziellen Gründen nicht möglich (siehe oben).

Personen, die AWBZ-Leistungen in Anspruch nehmen möchten, und sich für das Persönliche Budget interessieren, steht im Internet ausführliches Informationsmaterial über den Verlauf des Antragsprozesses, die Kriterien der Bedarfsfeststellung, die Vor- und Nachteile des Systems, die notwendigen Formulare, aber auch Erfahrungsberichte und weiteres Material zur Verfügung. Die Informationen und Dokumente werden zumeist von Verbänden der Budgethalter (z. B. *Per Saldo*) zugänglich gemacht, aber auch von offizieller Seite wie z.B. vom *College Voor Zorgverzekerings* (Amt für Krankenversicherung) mit der Broschüre "Ein PGB in 8 Schritten".²⁸

Um festzustellen, ob jemand einen Anspruch auf AWBZ-Leistungen hat, und wie hoch dieser Anspruch ist, erfolgt zunächst eine Bedarfsfeststellung durch das *Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)*. Das CIZ ist eine unabhängige Organisation, die im Auftrag der niederländischen Regierung den Bedarf objektiv und umfassend feststellen soll. Finanziert wird die Organisation durch den niederländischen Staat (223,4 Mio. Euro im Jahr 2009).²⁹ Eine Ausnahme stellen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit psychiatrischen Problemen, aber ohne geistige Behinderungen, dar. Bei ihnen wird die Bedarfsfeststellung durch das Jugendamt durchgeführt (*Bureau Jeugdzorg*). Diese regionalen Büros werden von den Provinzen unterhalten.

Die Bedarfsfeststellung durch das CIZ erfolgt in 32 regionalen Büros innerhalb von sechs Wochen nach der Antragstellung (laut Artikel 16 des *Verzorgingsbeschlusses (Zorgindicatiebesluit)* in Ausnahmefällen und auf Antrag auch innerhalb von zwei Wochen möglich) (Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) 2010). Im Rahmen des AWBZ ist eine Einspruchsmöglichkeit gegen die Entscheidung der Bedarfsfeststellung gegeben. Es wird auf die Regularien des *Allgemeinen Verwaltungsgesetzes (Algemene Wet*

²⁸ Vgl. http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/CVZ_Internet/nl/documenten/rubriek+zorgpakket/pgb/pgb-brochure+zorg+inkopen+in+8+stappen.pdf

²⁹ Vgl. CIZ Jaarverslag 2009 [CIZ Jahresbericht] <http://www.ciz.nl/>

Bestuursrecht) verwiesen. Die Einspruchsfrist beträgt sechs Wochen nach Bekanntmachung der Bedarfsfeststellung. Anschließend führt das CIZ eine zweite Bedarfsfeststellung durch. Ist der Budgetnehmer auch dann noch nicht einverstanden, kann er Berufung einlegen. Alle Anträge und Bewilligungen werden statistisch erfasst und jährlich an das niederländische Gesundheitsministerium (VWS) übermittelt.

2.3.2.2 Bedarfsfeststellung/Budgetbemessung

Als Grundlage für die Bedarfsermittlung durch das CIZ dient ein ausführliches Instrument (*Indicatielijzer*), mit dem anhand von Indikatoren der individuelle Bedarf in Bezug auf verschiedene sogenannte Funktionen ermittelt wird (Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) 2010). Zu den Funktionen, für die im Rahmen eines Persönlichen Budgets Unterstützung in Anspruch genommen werden kann, zählen:

- o persönliche Versorgung (z. B. Hilfe beim Duschen, Toilettengang, An- und Auskleiden, Rasieren, Essen und Trinken),
- o Pflege (z. B. Wundversorgung, Injektionen, Beratung und Anleitung zum Umgang mit Krankheiten),
- o Begleitung, evtl. in Verbindung mit Transport (z. B. Unterstützung, den Tagesablauf zu strukturieren und die Regie über das eigene Leben zu ermöglichen, Tagesaktivitäten) und
- o kurzzeitiger Verbleib in einer Institution bis zu maximal 6 Tage pro Woche (z. B. im Falle von kurzfristiger Krankheit der Pflegeperson).

Bis zum Jahr 2009 wurde nach aktivierender und unterstützender Begleitung unterschieden. Seit den Kostendämpfungs-"Paketmaßnahmen" zum 1.1.2009 kann die Funktion "Begleitung", nur dann in Anspruch genommen werden kann, wenn der Betroffene eine stark das Alltagsleben beeinträchtigende Krankheit oder Behinderung hat und ein großer Kontrollverlust über das eigene Leben vorliegt.

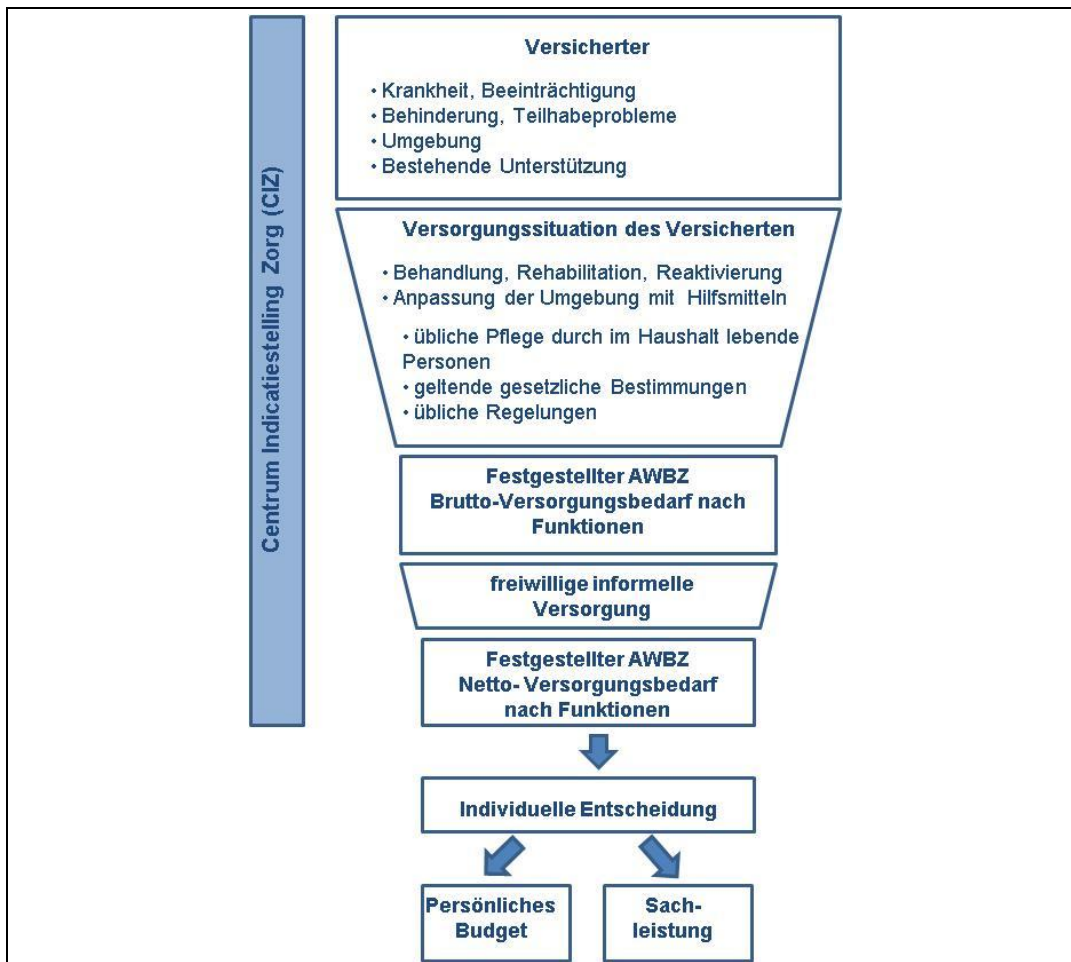
Die Form der Bedarfsfeststellung hängt unter anderem davon ab, ob der Betroffene zum ersten Mal Leistungen im Rahmen des AWBZ beantragt, und ob es sich um eine einfache Anfrage für Standardverfahren (z. B. Versorgung mit Augentropfen nach einer Staroperation, Stomaversorgung) oder eine unübersichtliche oder komplexe Versorgungssituation handelt. Die *direkte Prozedur* gilt für Standardsituationen bei denen keine eigentliche Bedarfsfeststellung nötig ist. Die Leistungen werden direkt ausgezahlt (z. B. im Zusammenhang mit einer Operation) und das CIZ testet im Nachhinein stichprobenweise den tatsächlichen Bedarf. Die *verkürzte Prozedur* gilt vor allem für Antragssteller, die bereits eine Bedarfsfeststellung durch-

laufen und AWBZ-Leistungen bezogen haben. Die verkürzte Prozedur umfasst eine Aktenstudie und wenn nötig ein telefonisches Interview mit dem Betroffenen und dem Leistungsanbieter. Die Notwendigkeit zusätzliche Informationen bei Dritten anzufragen hängt mit dem Grad der Veränderung der individuellen Versorgungssituation zusammen (gerade bei Älteren kann sich der Bedarf innerhalb weniger Jahre stark verändern). Bei der *Standard-Prozedur* besteht die Notwendigkeit von einem persönlichen Gespräch, entweder in einer Sprechstunde beim CIZ oder einem Hausbesuch. In der *ausführlichen Prozedur* muss eine multidisziplinäre Beurteilung der Anfrage stattfinden. Die Bedarfsfeststellung bei Kindern und Jugendlichen wird beispielsweise immer mit einem Hausbesuch vorgenommen, bei dem auch das unmittelbare soziale und räumliche Umfeld in die Einschätzung eingehen (Interview NL5 nach Handbuch Referenz Arbeitsprozesse (*Referentie Werkproces* CIZ 2006)).

Im Rahmen der Experteninterviews wurde kritisch angemerkt, dass die telefonisch geführten Interviews zu einer Unter- oder Überschätzung des tatsächlichen Hilfebedarfs führen können, da die Ermittlung stark von der Selbstsicherheit, Selbsteinschätzung und der Informiertheit des Befragten abhängt (Interview NL3). Um die vom Antragssteller angegebenen Informationen zu prüfen können stichprobenartig Kontrollen durch Mitarbeiter des CIZ durchgeführt werden (Interview NL5).

Die Bedarfsfeststellung des CIZ folgt dem sogenannten "Trichtermodell" (Abbildung 9). Dabei wird zunächst der Status quo der Lebenssituation und des Gesundheitszustands des Antragsstellers erhoben. Im nächsten Schritt wird der Versorgungsbedarf festgestellt. Dabei werden die bestehenden Unterstützungsangebote betrachtet und ermittelt, wie hoch der Umfang der Leistungen sein sollte. Dazu wird die Notwendigkeit von Versorgung in Minuten nach Funktion ermittelt und der Bedarf nach Klassen je Funktion eingeteilt.

Abbildung 9: Schematische Darstellung der Bedarfsfeststellung in den Niederlanden durch das CIZ (Niederlande)



Quelle: IGES, nach (Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) 2010)

Zu den bestehenden Unterstützungsangeboten, die in der Bedarfsfeststellung erfasst und berücksichtigt werden, zählt die sogenannte "übliche Versorgung" (*gebruikelijke zorg*). Sie umfasst Unterstützungsleistungen, die Partner, Eltern oder andere im gleichen Haushalt wohnende Personen für den Antragssteller auch erbringen würden, wenn es sich nicht um einen Pflegebedürftigen oder Angehörigen mit einer Behinderung handeln würde. Faktisch fallen zumeist Haushaltsleistungen, Kinderbetreuung, kurzzeitige Versorgung oder finanzielle Unterhaltsleistungen in diese Kategorie. Der Umfang der "üblichen Versorgung" wird über die im Haushalt des Antragstellers lebende Personenzahl und deren Alter und Kapazitäten ermittelt (siehe hierzu *Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010*).

Ergebnis der Bedarfsfeststellung ist zunächst der Brutto-Pflegebedarf, den der Antragsteller im Rahmen des AWBZ benötigt. Anschließend wird festgestellt, ob Teile dieses Pflegebedarfs durch bereits bestehende informelle

Pflege gedeckt werden können. Das CIZ versteht unter "freiwilliger Versorgung" (*mantelzorg*) die tägliche, langfristige und intensive Versorgung des Partners, Kindes oder Mitbewohners durch beispielsweise Familie, Freunde oder Nachbarn. "Freiwillige Versorgung" wird bei der Ermittlung des Netto-Bedarfs nur berücksichtigt, wenn sie faktisch zum Zeitpunkt der Ermittlung und nach Auffassung des CIZ auch dauerhaft und in hinreichender Qualität geleistet werden kann. Es werden also keine zusätzlichen Pflegeleistungen von Angehörigen verlangt und es besteht auch keine Verpflichtung zur Erbringung dieser Leistungen (Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) 2010).

Das CIZ erstellt einen Bericht über die Ergebnisse der Netto-Bedarfsfeststellung und übermittelt diesen an das zuständige lokale "Pflegebüro", das *Zorgkantoor*. Die Bedarfsfeststellung des CIZ ist maximal fünf Jahre gültig, wobei die Periode durch Veränderungen in der Behinderung oder der Lebensumstände verkürzt werden kann.

Das *Zorgkantoor* trägt die Verantwortung für die Ausführung des AWBZ und damit des PGBs. Die Mitarbeiter der *Zorgkantoores* vermitteln grundsätzlich zwischen den Anbietern und den Empfängern von Leistungen der Langzeitpflege wie:

- o ambulanter Pflege,
- o Leistungen in Alten- und Pflegeheimen,
- o langfristiger Verbleib im Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtungen,
- o bestimmte Formen der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder
- o Betreuung und Begleitung von Menschen mit Behinderung.

Die *Zorgkantoores* sind eigenständig arbeitende lokale Büros, die regional unterschiedlich in der Verantwortung eines Krankenversicherers geführt werden und die versuchen, die Nachfrage und das Angebot der Langzeitpflege in ihrer Region aufeinander abzustimmen. Sie bilden die zentrale Anlaufstelle für alle Regelungen bezüglich AWBZ-Leistungen nach der Bedarfsfeststellung (College voor Zorgverzekering (CVZ) 2010).

Der Antragssteller kann sich nach der Bedarfsfeststellung für das Persönliche Budget oder Sachleistungen als Erbringungsart entscheiden. Fällt die Entscheidung für Sachleistungen, übernimmt das *Zorgkantoor* die Organisation der Leistungserbringung. Entscheidet sich der Antragssteller für das Persönliche Budget, wird dieses vom *Zorgkantoor* anhand der Bedarfsfeststellung des CIZ berechnet und der Budgethalter übernimmt selbst die Organisation der Leistungen (Knollema 2007).

Das Persönliche Budget wird anhand eines Tarifsystems je Leistungsart berechnet. Die Höhe des Bedarfs in Stunden je Leistungsart korrespondiert mit einer von bis zu neun Klassen je Funktion. Für jede Klasse je Leistungsart werden jährlich vom Ministerium für Volksgesundheit (VWS) Euro-Tarife auf Jahresbasis festgelegt (AWBZ Art. 2.6.6) (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: PGB-AWBZ Tarife in Euro 2010 (Niederlande)

Persönliche Versorgung			Pflege		
Klasse	Std. je Woche	Tarif pro Jahr	Klasse	Std. je Woche	Tarif pro Jahr
1	0-1,9	1.495	0	0-0,9	1.290
2	2-3,9	4.487	1	1-1,9	3.850
3	4-6,9	8.223	2	2-3,9	7.696
4	7-9,9	12.710	3	4-6,9	14.107
5	10-12,9	17.195	4	7-9,9	21.806
6	13-15,9	21.681	5	10-12,9	29.499
7	16-19,9	26.913	6	13-15,9	37.196
8	20-24,9	33.641	7	16-19,9	46.175

Begleitung						
Stunden			Tage (ohne Transport)		Tage (mit Transport)	
Klasse	Std. je Woche	Tarif pro Jahr	halbe Arbeitstage	Tarif pro Jahr	halbe Arbeitstage	Tarif pro Jahr
1	0-1,9	1.984	1	2.452	1	2.746
2	2-3,9	5.952	2	4.905	2	5.492
3	4-6,9	10.912	3	7.357	3	8.239
4	7-9,9	16.864	4	9.811	4	10.982
5	10-12,9	22.817	5	12.263	5	13.732
6	13-15,9	28.769	6	14.715	6	16.184
7	16-19,9	35.712	7	17.168	7	18.637
8	20-24,9	44.641	8	19.621	8	21.090
			9	22.073	9	23.542

Zeitlich begrenzter Aufenthalt: 102 € für 24 Stunden

Quelle: IGES nach CVZ (2010)³⁰

³⁰ Vgl. http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/rubriek+zorgpakket/pgb/tarieven+pgb-awbz+2010.pdf (09.08.2010)

Hat der Antragssteller Anspruch auf ein PGB für weniger als ein Jahr, wird der Betrag entsprechend gekürzt. Wenn eine Person einen Anspruch auf Unterstützung in mehreren Funktionen hat, werden die Tarife der Klassen in den verschiedenen Funktionen addiert. Die Summe ergibt das Brutto-Budget als Euro-Wert.

Von diesem Brutto-Budget wird noch der vom Versicherten zu leistende Eigenbeitrag abgezogen. Der Eigenbeitrag wird in einem formalisierten Prozess festgestellt, indem zwei Werte – ein bedarfsabhängiger und ein einkommensabhängiger Wert – berechnet werden, von denen der für den Versicherten jeweils günstigere zur Grundlage der Bemessung des Eigenbeitrags genommen wird:

Der erste Wert ergibt sich aus dem festgestellten Brutto-Bedarf, indem 33 Prozent des festgestellten Jahresbetrags für Persönliche Versorgung, 20 Prozent des Betrags für Pflege und 27 Prozent des Betrags für Begleitung addiert werden.

Der zweite Wert hängt u.a. vom Einkommen und Alter des Anspruchsberechtigten, von Alter und Einkommen des Partners und von der Wohnsituation ab.³¹ Zuständig für die Ermittlung dieses Wertes ist das Zentrale Verwaltungsbüro CAK (*Centraal Administratie Kantoor*).

Der geringere dieser beiden ermittelten Beträge wird mit 0,67 multipliziert und ergibt den Eigenbeitrag, um den das Brutto-Budget verringert wird. Es wird davon ausgegangen, dass der Budgethalter dieses Geld selbst in seine Leistungsanspruchnahme investiert. Evaluationen zeigen allerdings, dass Budgethalter ihren Eigenbeitrag häufig nicht für Pflegeleistungen ausgeben und mit dem Netto-Budget ihren Bedarf nicht decken können (Ramakers et al. 2007; Ramakers et al. 2008).

Sofern sich der Antragssteller für ein Persönliches Budget entschieden hat, erhält er das ermittelte Netto-Budget auf sein Bankkonto überwiesen und muss selbst die benötigten Leistungen organisieren und einkaufen. Das *Zorgkantoor* darf das PGB nur auf ein Bankkonto überweisen, das den Namen des Budgethalters trägt (bzw. dessen Eltern, Vormund), nicht an Vermittlungsbüros oder Pflegeanbieter.

Das Persönliche Budget wird als Vorschuss gezahlt, wobei die Zahl der Raten von der Höhe des Budgets abhängt. Im Jahr 2010 erhalten Budgethalter

³¹ Das CVZ stellt auf seiner Website eine Rechenhilfe zur Verfügung, mit der jeder Antragssteller den Eigenbeitrag ausrechnen kann.
Vgl. http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/CVZ_Internet/nl/documenten/rubriek+zorgpakket/pgb/rekenhulp+eigen+bijdrage+pgb-awbz+2010.pdf
(09.08.2010)

mit einem Budget von weniger als 2.500 Euro im Jahr den gesamten Betrag in einer Rate; ein Budget von 2.500–5.000 Euro im Jahr wird halbjährlich, von 5.000–25.000 Euro quartalsweise und Budgets von mehr als 25.000 Euro im Jahr werden monatlich ausgezahlt (vgl. AWBZ § 2.6.10).

Sowohl gegen die Bedarfsfeststellung des CIZ als auch gegen die Entscheidung des *Zorgkantoor* können vom Antragssteller rechtliche Schritte eingeleitet werden.

2.3.2.3 Zielvereinbarung

Das *Zorgkantoor* bestimmt auf Grundlage des CIZ-Ergebnisberichts die Höhe des PGBs. Auch legt das *Zorgkantoor* die Höhe des Vorschusses, die Laufzeit des Budgets und die Gültigkeit der Bedarfsfeststellung (Zeitpunkt für die Neubewertung des Bedarfs) schriftlich fest. Die Ergebnisse stehen in einem so genannten "Budgetbescheid" (*toekenningsbeschikking*), der die rechtliche Grundlage für das individuelle PGB bildet (AWBZ Artikel 2.6.11).

Mit dem Empfang des Persönlichen Budgets verpflichtet sich der Budgethalter, das Budget ausschließlich für Leistungen im Sinne des Paragraphen 2.6 b, d und h des AWBZ (d. h. Persönliche Versorgung, Krankenpflege, Begleitung ggf. mit Transport oder kurzzeitiger Verbleib in einer Institution) zu verwenden. Der Budgetbescheid selbst enthält weder eine Festlegung, zu welchen Anteilen das Geld für die einzelnen Funktionen ausgegeben werden soll, noch werden Ziele, die mit den Leistungen erreicht werden sollen, vereinbart. Jedoch ist im Budgetbescheid festgelegt, dass der Versicherte dafür sorgt, dass er ausschließlich qualitativ hochwertige Pflegeleistungen einkauft und mit jedem Leistungserbringer einen schriftlichen Vertrag abschließt.

Änderungen der Lebenssituation, die das Persönliche Budget betreffen könnten, sind dem *Zorgkantoor* unaufgefordert mitzuteilen.

2.3.2.4 Budgetverwendung

Der Budgethalter hat sein Persönliches Budget im Rahmen des AWBZ für eine oder mehrere Funktionen erhalten: Persönliche Versorgung, Krankenpflege, Begleitung ggf. mit Transport oder kurzfristiger Verbleib in Institutionen. Das ausgezahlte PGB kann frei für diese vier Funktionen ausgegeben werden, unabhängig davon, ob sich die Bedarfsfeststellung auf eine Funktion konzentriert. Wurde im Beantragungsprozess ein Bedarf an Unterstützung bei der Persönlichen Versorgung festgestellt, darf das Geld beispielsweise auch für Krankenpflege ausgegeben werden. Es muss sich allerdings immer um eine Versicherungsleistung des AWBZ handeln. Nur

Transport bildet eine Ausnahme: hier können keine Mittel von anderen Funktionen verwendet werden. Allerdings stellten Ramakers et al. (2007) fest, dass Budgethalter im Allgemeinen tatsächlich die Funktionen einkaufen, für die vorher ein Bedarf festgestellt wurde: die Anteile für die Funktionen bei der Bedarfsfeststellung und bei der tatsächlichen Inanspruchnahme sind beinahe identisch.

Das PGB darf auch für Kosten, die im Zusammenhang mit der Vermittlung oder Organisation von Pflegeleistungen entstehen – einschließlich der Kosten für in diesem Bereich tätige privatwirtschaftliche Vermittlungsagenturen – verwendet werden. Hingegen dürfen Kosten für Unterstützung bei der Budgetbeantragung, bei der Budgetverwaltung und bei der Rechenschaftsablegung nicht mit Mitteln aus dem PGB gedeckt werden.

Hat ein Budgethalter das PGB nach dem 1.1.2009 beantragt hat und es wurde ein Bedarf an langfristigen Aufenthalten in Pflegeheimen oder anderen Institutionen festgestellt, darf das PGB auch für eine Haushaltshilfe verwendet werden. Wenn die pflegebedürftige Person länger als drei Monate in einer Einrichtung verbleibt, kann sie kein Persönliches Budget mehr in Anspruch nehmen, da davon ausgegangen wird, dass in der betreffenden Einrichtung alle benötigten Pflegeleistungen vorgehalten werden. Bewohner einer Wohngemeinschaft, die eine familiäre Umgebung ersetzt, können für die Funktion "Begleitung" ein PGB erhalten.

Um Sachleistungen anbieten zu können, bedarf es in den Niederlanden einer Zulassung (*Wet Toelating Zorginstellingen*). Die einzigen rechtlichen Regelungen, die bei der Erbringung von Leistungen im Rahmen des PGB berücksichtigt werden müssen, sind hingegen allgemeine niederländische Gesetze, die sich bspw. mit Arbeitsrecht, Brandschutz oder Hygiene befassen. Es existieren also keine spezifischen rechtlichen Regelungen in Bezug auf die Leistungserbringung im Rahmen des PGB und die für analoge Sachleistungen geltenden Regelungen sind auf die Leistungserbringer im PGB nicht anwendbar.

Eine formelle Ausbildung des von Budgethaltern beschäftigten Personals ist nicht vorgeschrieben und 72 Prozent der im Rahmen des PGB tätigen Personen haben keine Ausbildung in einem Pflegeberuf (Decruynaere 2010; OSA). Auch Familienmitglieder und Freunde können mit dem Persönlichen Budget beschäftigt werden.

Mit jedem Leistungserbringer muss der Budgethalter eine so genannte "Versorgungsübereinkunft" (*Zorgovereenkomst*) abschließen, worin mindestens die Tage, an denen gearbeitet wird, der Stundenlohn, die Anzahl der zu bezahlenden Stunden, Name und Adresse des Leistungsanbieters sowie die Umsatzsteuer-Identifikationsnummer, die Registrierungsnummer bei

der Handelskammer oder die Sozialversicherungsnummer des Leistungsanbieters aufgeführt werden müssen (AWBZ Artikel 16).

Wenn ein Leistungsanbieter an mehr als drei Tagen die Woche für den Budgethalter arbeitet oder es einen formellen Arbeitsvertrag zwischen beiden gibt, ist der Budgethalter verpflichtet, Lohnsteuer und Sozialabgaben abzuführen. Agiert der Budgethalter als Arbeitgeber, muss mindestens der gesetzliche Mindestlohn als Lohn gezahlt werden.

Der gesetzliche Mindestlohn ist vom Alter des Leistungserbringers abhängig und liegt im Jahr 2010 zwischen 2,58 Euro je Stunde für 15-Jährige und 8,60 Euro je Stunde für 23-Jährige und ältere, zuzüglich Urlaubsgeld (8 Prozent des Brutto-Lohns) und Urlaubszeit (7,69 Prozent des Brutto-Lohns).³²

Mit der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets übernimmt der Budgethalter die Verpflichtung, selbst Leistungen einzukaufen, die qualitativ gerechtfertigt, das heißt sicher, patientenorientiert und zielgerichtet sind (Ministerie van Volksgezondheid 2009). Die Qualitätssicherung für die im Rahmen eines PGB erbrachten Leistungen wird damit also grundsätzlich dem Budgethalter übertragen. Darüber hinaus sind aber auch Verbraucherinitiativen aktiv. Zum Beispiel stellt die PGB-Halter-Organisation *Per Saldo* ihren Mitgliedern online ein dreiteiliges Qualitätsinstrument für die individuelle Bewertung von Pflegeanbietern zur Verfügung. Es umfasst Informationen zu Wahlmöglichkeiten, eine Evaluationscheckliste und einen Fragebogen zur Messung von (Un-)Zufriedenheit.

Die externen qualitätssichernden Maßnahmen im Rahmen des PGB beschränken sich auf professionelle Leistungsanbieter, die auch Sachleistungen erbringen. Diese unterliegen dem Qualitätsgesetz für Anbieter im Gesundheitswesen (*Kwaliteitswet zorginstellingen*) und werden durch die Inspektion im Gesundheitswesen (*Inspectie voor de Gezondheidszorg*)³³ kontrolliert. Die Qualitätskontrolle von PGB-Leistungen, die von kleinen Initiativen, von Selbstständigen oder im informellen Bereich erbracht werden, ist für die Inspektion im Gesundheitswesen sehr schwierig. Da sich Leistungsanbieter nicht registrieren müssen, sind die meisten der Inspektion außerdem unbekannt. (Ministerie van Volksgezondheid 2009).

³² Vgl. http://www.svb.nl/int/nl/ssp/salarisadministratie/salaris_reiskosten_bepalen/minimumlonen/ (10.08.2010)

³³ Vgl. <http://www.igz.nl/> (15.09.2010)

2.3.2.5 Überprüfung der Budgetverwendung

Grundsätzlich ist jeder Budgethalter dazu verpflichtet, Rechenschaft über seine Ausgaben im Rahmen des Persönlichen Budgets abzulegen (AWBZ Artikel 2.6.14). Die Häufigkeit der Überprüfung hängt von der Höhe des jährlichen Budgets ab: liegt dies unter 5.000 Euro im Jahr, muss der Budgethalter am Ende des Kalenderjahres Rechenschaft ablegen, ist das Budget höher als 5.000 Euro muss er jedes halbe Jahr seine Ausgaben darlegen (Artikel 2.6.9, Abs. 9). Gibt der Budgethalter nicht sein ganzes Budget im Bewilligungszeitraum aus, so muss er den Überschuss an das zuständige *Zorgkantoor* zurück zahlen. Eine Übertragung des Überschusses auf das Folgejahr ist seit 2008 nicht mehr möglich (Ministerie van Volksgezondheid 2007).

Für die Rechtfertigung der Ausgaben bekommt der Budgethalter ein zweiseitiges Formular vom zuständigen *Zorgkantoor*. Dieses muss durch den Budgethalter selbst oder seinen gesetzlichen Vormund ausgefüllt und unterzeichnet werden. Das *Zorgkantoor* kontrolliert das Formular und kann den Nachweis über Rechnungen und "Pflegeübereinkünfte", also Verträge mit Leistungserbringern (*zorgovereenkomsten*) beim Budgethalter anfordern. Über 1,5 Prozent des Netto-PGB muss der Budgethalter keine Rechenschaft ablegen (und es gegebenenfalls auch nicht zurück zahlen). Hierbei gilt ein Minimum von 250 Euro im Jahr und ein Maximum von 1.250 Euro im Jahr (AWBZ Artikel 2.6.9 Absatz 3). Dieser "frei verfügbare Betrag" ist für kleinere Ausgaben bestimmt.

Außerdem muss der Budgethalter jährlich die Steuerbehörden über seine Leistungserbringer informieren. Erhält der Budgethalter Leistungen einer Person an mehr als drei Tagen in der Woche, müssen Einkommensteuer und Sozialabgaben abgeführt werden. Für die Steuerangaben dient ein Standardformular, das dem Budgethalter vom *Zorgkantoor* zugesandt wird. Das Steuerformular muss nicht für Leistungserbringer ausgefüllt werden, für die bereits an anderer Stelle Lohnsteuer gezahlt wird (z.B. professionelle Pflegedienste).³⁴

Sollten sich die Angaben des Budgethalters als fehlerhaft erweisen, bekommt der Budgethalter die Möglichkeit, diese innerhalb von vier Wochen zu korrigieren. Bei nachgewiesenem Missbrauch oder Betrug kann der Budgethalter vom PGB ausgeschlossen werden (AWBZ Artikel 2.6.4 Absatz 4).

³⁴ Aufgrund des Steuerrechts, muss jeder Budgetnehmer seine PGB-Verwaltungsdokumente für sieben Jahre aufbewahren.

2.3.2.6 Beratung und Unterstützung der Anspruchsberechtigten

Die Beratung der Anspruchsberechtigten bei der Bedarfsermittlung erfolgt vor allem durch Budgethalter-Organisationen wie *Per Saldo* oder Anbieter von Pflegeleistungen. Auch die Gemeinde bietet allgemeine Informationen und ist oft die erste Anlaufstelle, da häufig schon ein persönlicher Kontakt mit den Mitarbeitern im Zusammenhang mit anderen Leistungen und Aktivitäten für Pflegebedürftige besteht (Interview NL2).

Alle für die Antragsstellung und Verwaltung notwendigen Formulare sind im Internet frei zugänglich: das *College Voor Zorgverzekering* veröffentlicht auf seiner Website eine Broschüre "Ein PGB in 8 Schritten"³⁵ mit den Abrechnungstabellen, allen Kontaktadressen, einer Rechenhilfe für den eigenen Beitrag u. ä. in der Beilage; die Sozialversicherungsbank (*Sociale Verzekeringsbank*) veröffentlicht auf ihrer Website Standard-Formulare für die Pflegeübereinkunft (*Zorgovereenkomst*).³⁶

Außerdem bietet die Sozialversicherungsbank Assistenz bei der Verwaltung und rechtlichen Administration des Pflegebudgets an. Die Bank kann die gesamte Lohnadministration übernehmen und bietet individuelle Beratung mit Bezug auf Arbeitsverträge, Steuern, Versicherungen (z. B. Haftpflichtversicherung, Rechtsschutz-Versicherung) u. Ä. an. Der Service wird durch den niederländischen Staat finanziert und ist für den Budgethalter kostenlos. Auch leistet die Sozialversicherungsbank finanzielle Unterstützung, wenn der Pflegedienstleister erkrankt oder Elternzeit in Anspruch nimmt und der Budgethalter gesetzlich verpflichtet ist, Lohnfortzahlungen zu leisten.³⁷ Die Übernahme der Zahlung des Krankengeldes ermöglicht es dem Budgethalter, einen Ersatz zu finanzieren (*Sociale Verzekeringsbank* 2010a). Im Jahr 2009 nutzten 19,8 Prozent der Personen mit einem AWBZ-Budget die Dienste der Sozialversicherungsbank (*Sociale Verzekeringsbank* 2010).

Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Leistungsanbietern bieten auch die nach der Einführung des Persönlichen Budgets entstandenen

³⁵ Vgl. http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/CVZ_Internet/nl/documenten/rubriek+zorgpakket/pgb/pgb-brochure+zorg+inkopen+in+8+stappen.pdf (11.10.2010)

³⁶ Vgl. http://www.svb.nl/int/nl/ssp/direct_regelen/een_zorgovereenkomst_afsluiten/index.jsp (11.10.2010)

³⁷ Ist die Pflegekraft laut Arbeitsvertrag an weniger als 4 Tagen die Woche tätig, so kann das Krankengeld bis zu maximal 6 Wochen gezahlt werden. Legt der Arbeitsvertrag hingegen eine Tätigkeit an mehr als 4 Tagen die Woche fest, so kann das Krankengeld bis zu 104 Wochen lang gezahlt werden.

kommerziellen Vermittlungsagenturen. Die Agenturen wurden gegründet, um den Zugang zu Anbietern zu erleichtern und um Beratung bei der Auswahl von Anbietern für die individuelle Situation zu bieten. Allerdings stellte sich als problematisch heraus, dass viele Agenturen neben ihren Beratungstätigkeiten selbst als Leistungsanbieter tätig sind und deshalb eine unabhängige Beratung nicht immer erfolge (Ministerie van Volksgezondheid 2007). Im Rahmen der Experteninterviews wurde seitens der Nutzerorganisationen angeregt, statt mit Vermittlungsagenturen geeignete Pflegekräfte eher über lokale Anzeigen, über die Gemeinde oder über soziale Kontakte zu finden (Interview NL2).

Die Diskussion um Vermittlungsagenturen hat dazu geführt, dass ein Gütesiegel durch die Nutzerorganisationen *Per Saldo* und *De Ombudsman* entwickelt wurde. Die Vermittlungsagentur muss 23 Anforderungen erfüllen (z. B. Datenschutzrichtlinien, Klientenorientierung, Wahlmöglichkeiten aus einem breiten Angebot, Transparenz). Die Beurteilung wird vor Ort durch Mitarbeiter des *Keurmerkinstituut* durchgeführt. Das Gütesiegel hat eine Gültigkeit von drei Jahren, wobei einmal im Jahr unangekündigte Kontrollen durchgeführt und gegebenenfalls das Gütesiegel entzogen werden kann (Keurmerkinstituut 2010).

Rund 10 Prozent der Budgethalter nehmen die Dienste von Vermittlungsagenturen in Anspruch. Dabei geht es um durchschnittlich 9 Stunden Beratung im Monat (Ramakers et al. 2007). Die Kosten für die Vermittlung von Leistungsanbietern können dabei aus dem Persönlichen Budget bezahlt werden. Kosten, die beim Beantragen, Verwalten oder Verantworten der Ausgaben des Persönlichen Budgets entstehen, müssen hingegen vom Budgethalter selbst getragen werden und fallen nicht unter die Leistungen des Persönlichen Budgets (AWBZ Artikel 2.6.9 Absatz 10).

2.3.3 Wirkungen des Persönlichen Budgets

2.3.3.1 Inanspruchnahme und Kosten des Persönlichen Budgets

Die Zahl der AWBZ-Budgetnehmer hat seit der Gesetzesänderung und Einführung des "Neuen PGB" im Jahr 2003 mit fast 80 Prozent zum Jahr 2009 zugenommen und lag 2009 damit bei rund 112.000 Budgethaltern bzw. 678 Budgetnehmer je 100.000 Einwohner (vgl. Tabelle 10). Darunter sind sowohl Menschen mit Behinderung als auch Pflegebedürftige. Eine Trennung dieser Gruppen ist für die Betrachtung der Inanspruchnahme nicht möglich, da sie nicht getrennt ausgewiesen werden.

Tabelle 10: Inanspruchnahme und Kosten des Persönlichen Budgets (Niederlande)

	2003	2005	2007	2009
Zahl der Budgetnehmer	62.500	80.500	89.771	111.813
Budgetnehmer je 100.000 Einwohner	386	494	549	678
Davon > 70 Jahre (Prozent von Gesamt) ¹	13.750 22 %	16.905 21 %	16.159 18 %	k.A.
Davon < 18 Jahre (Prozent von Gesamt) ¹	23.125 37 %	31.395 39 %	37.704 42 %	k.A.
Anteil männlich/weiblich	51 %/49 %	53 %/47 %	56 %/44 %	k.A.
Kosten des Budgets (insgesamt) in Mio. €	635	922	1.455	2.280
Durchschnittliches Netto-Budget	4.367 €	12.708 €	14.486 €	k.A.

Quelle: IGES, CVZ (2010), Quelle für ¹ (Ramakers et al. 2008) (Daten nur für 2003, 2005 und 2007 verfügbar)

Der Anteil der Budgetnehmer über 70 Jahre ist dabei seit 2003 kontinuierlich von 22 Prozent auf 18 Prozent zu Gunsten eines Anstiegs des Anteils der Kinder- und Jugendlichen gesunken. In Tabelle 11 ist der überproportionale Anstieg bei den Kinder- und Jugendlichen nochmals herausgearbeitet: Innerhalb der Altersgruppe der unter 18-Jährigen ist die Inanspruchnahme von 2003 auf 2007 um 64 Prozent gestiegen, innerhalb der Gruppe der 18-70 Jährigen um 39 Prozent, bei den über 70-Jährigen lediglich um 18 Prozent. Auch das Durchschnittsalter bei Erstbeantragung von AWBZ-Leistungen wird bei Kindern und Jugendlichen immer geringer (11 Jahre im Jahr 2004, 9 Jahre im Jahr 2007) (Ramakers et al. 2008).

Tabelle 11: Assistenznehmer nach Altersgruppen (Niederlande)

	2003	2005	2007
Assistenznehmer je 100.000 Einwohner zwischen 0-17 Jahre	644	873	1.058
Assistenznehmer je 100.000 Einwohner zwischen 18-70 Jahre	232	290	323
Assistenznehmer je 100.000 Einwohner ab 70 Jahre	875	1.049	973

Quelle: IGES, (Ramakers et al. 2008), Centraal Bureau Statistiek (2010)

Informationen über die Art der zugrunde liegenden Erkrankungen liegen allein für das Jahr 2007 vor. Diese wurden durch Ramakers (2008) im Rahmen einer Befragung von Budgetnehmern erhoben: eine körperliche Beeinträchtigung wies demzufolge 41 Prozent, eine Entwicklungsverzögerung oder Lernbehinderung 20 Prozent und 39 Prozent eine Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen (z. B. ADHS). Demnach ist die in den letzten Jahren am schnellsten wachsende Gruppe der Budgethalter Kinder und Jugendliche, die an Autismus und ähnlichen Erkrankungen leiden – sie machen mittlerweile einen Anteil von rund 29 Prozent aller Budgethalter aus (Ramakers et al. 2008). In den meisten Fällen geht es um Unterstützungsbedarf bei atypischem Autismus (46 Prozent), Asperger-Syndrom (21 Prozent) und frühkindlichem Autismus (20 Prozent). Darüber hinaus haben 28 Prozent der jugendlichen Budgetnehmer ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS). Drei Viertel dieser Kinder und Jugendlichen sind Jungen, nur ein Viertel sind Mädchen. Diese Verteilung entspricht den unterschiedlichen Prävalenzen dieser Erkrankungen. Dieser Gruppe wurden i.d.R. Leistungen der Funktion "Begleitung" zuerkannt (Ramakers et al. 2008). Die Beschränkung der Funktion "Begleitung" im Jahr 2009 war ein Versuch, den starken Zustrom dieser Gruppe zu vermindern (Ministerie van Volksgezondheid 2008).

Die deutliche Mehrheit männlicher Budgethalter unter den Kinder und Jugendlichen ist auch vornehmlich für das Ungleichgewicht der Geschlechter unter den Budgetnehmern insgesamt verantwortlich. Insgesamt beziehen deutlich mehr männliche Personen als weibliche Personen ein Persönliches Budget (56 Prozent gegenüber 44 Prozent im Jahr 2007) und empfangen auch ein durchschnittlich höheres Budget als Frauen (Ramakers et al. 2008).

Überraschenderweise finden sich kaum systematische Unterschiede in Bezug auf Bildungsniveau oder andere Faktoren zwischen den Budgethaltern und den Nutzern von Sachleistungen. Allerdings sind Budgethalter durchschnittlich jünger (obwohl der Durchschnitt bei Budgethaltern mit der Funktion „Pflege“ bei rund 67 Jahren liegt) (Tweede Kamer der Staten-Generaal 2005).

Hinsichtlich des Anstiegs der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets ist zu diskutieren, inwieweit es Sachleistungen des AWBZ substituiert – dies wäre vor dem Hintergrund von Kostengesichtspunkten unproblematisch – oder ob durch die Option des Persönlichen Budgets die Nachfrage nach AWBZ-Leistungen insgesamt ausgeweitet wird.

Dabei ist festzustellen, dass die CIZ im Jahr 2009 knapp 1 Mio. positive Bedarfsfeststellungen im Rahmen des AWBZ ausstellte. In Tabelle 12 ist dargestellt, dass die jährlichen Zuwachsraten der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets zwar deutlich über denen der Sachleistung liegen, die

gesamte Veränderungsrate an AWBZ-Leistungen mit z.B. 8 Prozent im Jahr 2009 jedoch lediglich um einen Prozentpunkt höher lag als die des Zuwachses der Sachleistung, was auf den relativ geringen Anteil der Persönlichen Budgets am AWBZ-Gesamtvolumen zurückzuführen ist.

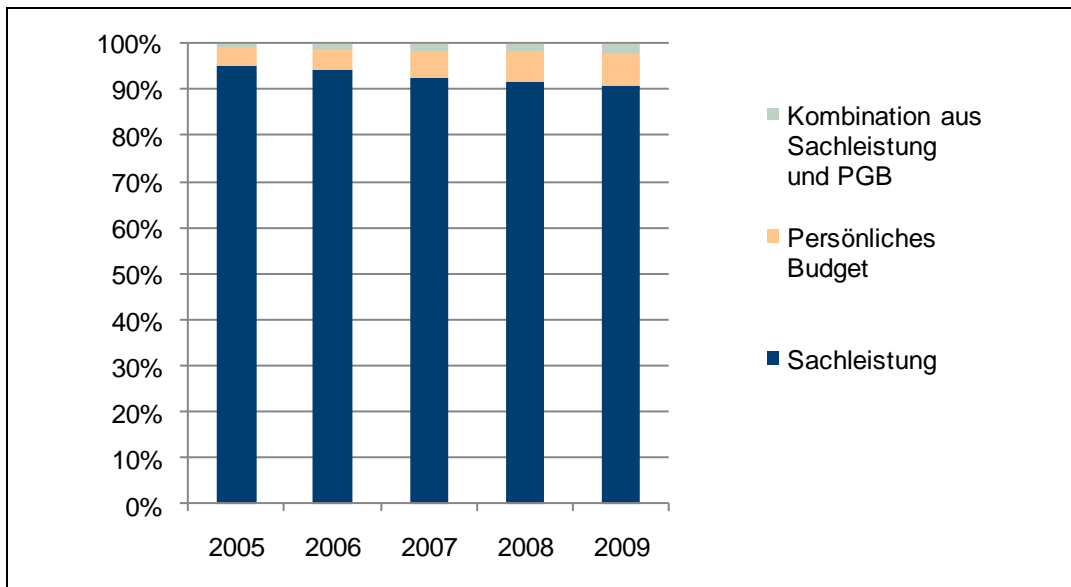
Tabelle 12: Anzahl positive AWBZ-Bedarfsfeststellungen nach Form der Leistungserbringung 2005–2009 (Niederlande)

	2005	2006	2007	2008	2009
Sachleistung	624.616	728.123	754.702	800.212	856.986
<i>Anstieg Sachleistung</i>		17%	4%	6%	7%
Persönliches Budget	25.542	32.158	45.922	55.108	68.293
<i>Anstieg Persönliches Budget</i>		26%	43%	20%	24%
Kombination aus Sachleistung und PGB	8.030	11.113	14.910	17.057	20.217
<i>Anstieg Kombination aus Sachleistung und PGB</i>		38%	34%	14%	19%
AWBZ gesamt	658.188	771.394	815.534	872.377	945.496
<i>Anstieg AWBZ gesamt</i>		17%	6%	7%	8%

Quelle: IGES, CIZ (2010)

Der Anteil der Budgetnehmer an allen AWBZ-Empfängern nimmt zwar kontinuierlich zu, aber im Jahr 2009 wählte nur knapp jeder zehnte Leistungsberechtigte das persönliche Budget (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: Anteil Personen, die das persönliche Budget wählen, an allen AWBZ-Empfängern (Niederlande)



Quelle: IGES, CIZ (2010)

Von allen Budgetwählern entschied sich wiederum knapp jeder Dritte für eine Kombination mit Sachleistungen. Auch der Anteil der Antragsteller, der sich für eine Kombination aus Sachleistung und Persönlichem Budget entscheidet, steigt kontinuierlich seit der Einführung des CIZ im Jahr 2005: wählten im Jahr 2005 noch 1,2 Prozent der Antragsteller die Kombination, sind es im Jahr 2009 2,1 Prozent.

Aus Sicht des *College voor Zorgverzekering* gibt es eine Reihe von Gründen, warum die AWBZ-Leistungen bzw. insbesondere das Persönliche Budget ansteigen (CVZ 2007; Knollema 2007). Die zehn wichtigsten seien (absteigend nach ihrer Relevanz):

1. Es gibt insgesamt mehr AWBZ-Leistungsempfänger, die damit ein PGB wählen können.
2. Die Anzahl der Leistungsbescheide durch das Jugendamt (*Bureau Jeugdzorg*) nimmt zu.
3. Das PGB wird immer bekannter.
4. Heutige Budgethalter bekommen bei der Re-Evaluation öfter als früher zusätzliche Leistungen bei der Begleitung anerkannt.
5. Versicherte weichen auf das PGB aus, weil sie im Sachleistungssektor keinen geeigneten Leistungsanbieter finden können.
6. Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung wählen das PGB, um den besonderen Pflegeansprüchen gerecht werden zu können.
7. Vermittlungsagenturen und Pflegeanbieter verweisen (potenzielle) Klienten aktiv auf die Möglichkeiten eines PGBs.

8. Es gibt eine zunehmende Vorliebe, Pflegeleistungen selbst bei Familienmitgliedern und Bekannten einzukaufen.
9. Das PGB macht neue Strukturen möglich, die die Inanspruchnahme durch spezifische Gruppen fördern.
10. Die Versicherten wählen das PGB aufgrund des Betrages über den keine Rechenschaft abzulegen ist (damals noch 2.500 Euro im Jahr, heute lediglich 1,5 Prozent des Netto-PGB).

Die Ausgaben für das Persönliche Budget haben sich seit 2003 von 635 Mio. Euro auf 2,2 Mrd. Euro im Jahr 2009 mehr als verdreifacht. Die Kosten pro Persönliches Budget stiegen von 4.367 Euro auf 14.486 Euro (Stand 2007) (siehe Tabelle 10). Neben diesen direkten Kosten des Persönlichen Budgets fallen weitere Ausgaben wie z.B. die Administration durch das CIZ und die Sozialversicherungsbank an. Für die Ausführung seiner Tätigkeiten in der Bedarfsfeststellung hat das CIZ im Jahr 2010 ein Budget von 133,2 Mio. Euro zur Verfügung.³⁸ Die Sozialversicherungsbank gab im Jahr 2009 für die 23.423 AWBZ-Kunden mit Persönlichem Budget, die sich bei der Verwaltung unterstützen ließen, ca. 10 Mio. Euro für die Ausführung der Serviceleistungen aus. Weitere 5 Mio. Euro wurden als Ausgleich bei Krankheit oder Mutterschaft des Leistungserbringers gezahlt.

Aus dem Anstieg der Ausgaben für das Persönliche Budget von 2003 bis 2009 darf jedoch keineswegs auf eine generelle ausgabentreibende Wirkung des Persönlichen Budgets geschlossen werden. Das PGB substituiert die ansonsten fälligen Sachleistungen und grundsätzlich gilt, dass das Persönliche Budget aus Sicht des Kostenträgers aufgrund des Abschlages von ca. 25 Prozent gegenüber der Sachleistung zwangsläufig kostengünstiger ist. Folglich können möglicherweise expansive Ausgabenwirkungen des Persönlichen Budgets im Prinzip vor allem dadurch verursacht werden, dass Personen wegen der spezifischen Eignung oder Attraktivität der Budgetoption einen Antrag auf AWBZ-Leistungen stellen, die bei alleiniger Verfügbarkeit der Sachleistung auf eine Antragstellung ganz verzichtet hätten.

Die Gesamtausgaben des AWBZ sind im gleichen Zeitraum (2003 bis 2009) mit lediglich 5 Prozent vergleichsweise moderat gestiegen (vgl. Abbildung 11). Dies hat jedoch vor allem damit zu tun, dass seit der Einführung des "neuen PGB" im Jahr 2003 diverse Maßnahmen mit dem Ziel der Kostendämpfung ergriffen wurden:³⁹

³⁸ Vgl. http://rijksbegroting.minfin.nl/2010/voorbereiding/begroting,kst132834b_17.html

³⁹ Die Kostenentwicklung des Persönlichen Budgets wird von der niederländischen Regierung seit Jahren kritisch beobachtet. Grundsätzlich stehen aber alle politischen

- o Seit dem Jahr 2005 wird die "übliche Pflege" durch im selben Haushalt lebende Personen bei der Bedarfsfeststellung genauer betrachtet und so ein AWBZ-Pflegebedarf gegebenenfalls vermindert. Ein Protokoll zu den Parametern der familiären Verantwortung wurde eingeführt (Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) 2005), wobei dieses Protokoll nicht rechtlich bindend ist und die Ausführung zwischen den Zuständigen für die Bedarfsfeststellung variiert.
- o Im Jahr 2007 wurde die Funktion "Hilfe im Haushalt" aus dem Leistungskatalog des AWBZ ausgegliedert. Folglich war es ab dem 1.1.2007 nicht mehr möglich, mit dem AWBZ-PGB Ausgaben für diese Funktion zu tätigen. Statt dessen wird "Hilfe im Haushalt" nunmehr im Rahmen des *Gesetzes zur Gesellschaftlichen Unterstützung* (2006) organisiert und von den Gemeinden finanziert.⁴⁰ Der Effekt zeigte sich zunächst deutlich in den Zahlen der Inanspruchnahme: Im Dezember 2006 nahmen noch 94.740 Personen ein AWBZ-Budget in Anspruch, nach Einführung der WMO-Regelung für die Funktion "Hilfe im Haushalt" waren es am 1. Februar 2007 zunächst nur noch 65.549 Budgethalter. Allerdings war dieser Effekt nur von kurzer Dauer – bis zum 1. Juli 2007 nahm die Zahl der Budgethalter um 14,7 Prozent auf 75.204 Personen zu, bis zum Jahresende betrug die Zahl der Budgethalter wieder 89.771 Personen (Knollema 2007).
- o Ab dem 1.1.2009 wurden die sogenannten "*Paketmaßnahmen*" eingeführt, ebenfalls mit dem expliziten Ziel, die Kosten des persönlichen Budgets zu begrenzen (Ministerie van Volksgezondheid 2008). Die Zusammenlegung der Funktionen „aktivierende und unterstützende Begleitung“ zu einer Funktion "Begleitung", die Beschränkung der Anspruchsberechtigung für die Funktion „Begleitung“, und die Ausgliederung der Anspruchsberechtigung für Personen mit psychosozialen Problemen (Angliederung an das WMO) führten jedoch nicht zu dem erwar-

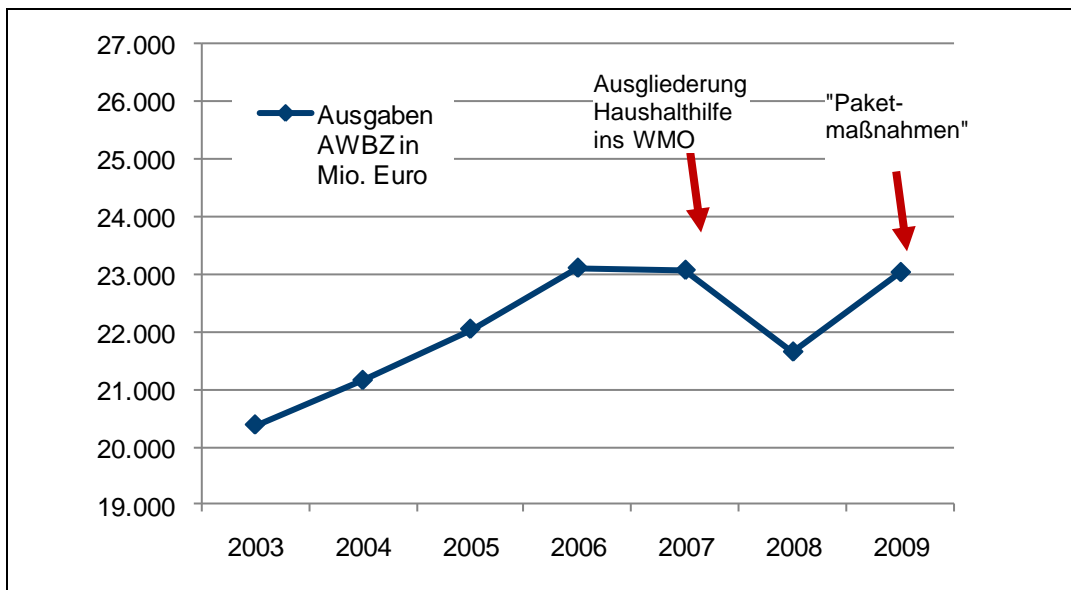
Parteien prinzipiell hinter dem PGB, auch gesellschaftlich ist dies so anerkannt, dass ein "Rückzug" auf das Sachleistungssystem nicht in der Diskussion steht (Interview NL1, NL3).

⁴⁰ Die Ausgliederung der Funktion aus dem AWBZ geschah zum einen aus Kostendämpfungsgründen auf Ebene des AWBZ, zum anderen wurde argumentiert, dass Dienstleistungen wie "Hilfe im Haushalt" an das lokale Angebot für die Zielgruppe (häufig Ältere über 65 Jahren) anschließen würden (Interview NL1).

teten Rückgang der Inanspruchnahme und damit auch nicht zu den gewünschten Kosteneinsparungen.

- o Ab dem 1.1.2011 ist die erstmalige Senkung der Tarife je Funktion, die der Berechnung des Persönlichen Budgets zu Grunde liegen, um 4,5 Prozent vorgesehen. Bisher waren die Tarife jedes Jahr erhöht worden. Diese Maßnahme führt zu Einsparungen von rund 700.000 Euro.

Abbildung 11: Kostenentwicklung des AWBZ (Niederlande)



Quelle: IGES, (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) 2003-2009)

Am 1. Juli 2010 wurde die Deckelung für das Persönliche Budget abermals bereits Mitte des Jahres erreicht. Die Regierung hat erstmalig entschieden, dass das Gesamtbudget für das PGB 2010 nicht erhöht werden solle (Klink und VWS 2010). Eine Neubeantragung eines Persönlichen Budgets ist bis zum 1.1.2011 nur noch in Ausnahmefällen möglich (wenn beispielsweise die benötigten Leistungen nicht als Sachleistung zur Verfügung stehen oder wenn die finanzielle Stabilität von Wohngemeinschaften, die auf einen neuen Mitbewohner mit PGB warten, gefährdet ist). Heutige Budgethalter erhalten allerdings weiterhin ihr Persönliches Budget ohne Einschränkung.

Alle Antragsteller auf AWBZ-Leistungen können sich entweder auf eine Warteliste für das PGB 2011 setzen lassen oder Sachleistungen in Anspruch nehmen. Überraschenderweise stellt das CVZ fest, dass die meisten Antragsteller die Warteliste gegenüber der Sachleistung vorziehen (Interview NL1). Die Gründe dafür sind noch nicht ausreichend untersucht, aber im Rahmen der Experteninterviews wurde vermutet, dass es sich hierbei vor allem um

- o Eltern von behinderten Kindern handelt, die eine genaue Vorstellung von den benötigten Leistungen haben und diese auf dem Sachleistungsmarkt nicht finden können und um
- o Personen, die momentan informell und unbezahlt gepflegt werden und in der Lage sind, diese informelle Pflege noch ein weiteres halbes Jahr unbezahlt in Anspruch zu nehmen (Interview NL3).

Die Erfahrungen werden auch vor dem Hintergrund zukünftiger Kostendämpfungsmaßnahmen diskutiert (Interview NL3). Es stehe in der Diskussion, den Zugang zum PGB auf bestimmte Gruppen von Leistungsberechtigten einzuschränken, auch nachdem die Paketmaßnahmen 2009 so wenig Effekt gezeigt haben. Außerdem werde nach Information der Experten überlegt, das Sachleistungssystem auszubauen, um zu verhindern, dass sich Personen nur für das Persönliche Budget entscheiden, weil sie die äquivalente Leistung nicht als Sachleistung erhalten können (Interview NL3).

2.3.3.2 Leistungsarten und Anbieterstrukturen

In den Erläuterungen zur Gesetzesänderung des AWBZ und Einführung des neuen Persönlichen Budgets im Jahr 2003 werden die Diversifizierung des Pflegemarkts und eine stärkere Nachfrageorientierung als ausdrückliche Ziele der Reform genannt (siehe hierzu die Gesetzesbegründung "Besluit Zorgaanspraken AWBZ" vom 25. Oktober 2002). Hiervon ist man jedoch nach Einschätzung von Kremer (2006) weit entfernt, große professionelle Pflegeanbieter dominierten noch immer den regionalen Markt, kleinere Anbieter gäbe es kaum. Damit hat auch die Einführung des PGB den generellen Trend zur Entstehung großer (fusionierter) Pflegeanbieter nicht aufhalten oder umkehren können, die Wahlmöglichkeiten sind folglich weiter zurückgegangen (Raad voor Volkesgezondheid en Zorg 2003). Kremer (2006) argumentiert, dass als Konsequenz viele Budgethalter auf selbständige Pflegepersonen und andere selbständig tätige Einzelpersonen als Leistungsanbieter zurückgriffen.

Von den 10 Prozent der AWBZ-Leistungsempfänger, die sich für ein Persönliches Budget entscheiden, verwenden zwei Drittel das Geld, um Leistungen von informellen Helfern wie Familienmitgliedern, Nachbarn oder Freunden oder eine Kombination aus informeller und professioneller Hilfe zu bezahlen. Lediglich etwas mehr als ein Drittel der Budgethalter kaufen ihre Leistungen ausschließlich bei professionellen Pflegeanbietern ein (Ramakers et al. 2008). Allerdings ist die Präferenz für informelle oder professionelle Pflege abhängig von der Art der Beeinträchtigung: Während Budgethalter mit körperlicher Behinderung vor allem informelle Pflege in Anspruch nehmen, beziehen die meisten Budgethalter mit psychischer bzw.

intellektueller Beeinträchtigung ihre Leistungen bei professionellen Anbietern (Ramakers et al. 2007).

Auch beziehen Budgethalter teilweise Betreuungsleistungen eher bei Anbietern bzw. Einzelpersonen, die ohne professionelle Ausbildung im Pflegektor tätig sind und ihre Leistung günstiger anbieten, während sie Pflegeleistungen (im engeren Sinne) bei professionellen Anbietern einkaufen (Kremer 2006).

Fast die Hälfte aller Budgethalter nimmt Leistungen von einem im selben Haushalt lebenden Familienmitglied in Anspruch (48 Prozent), weitere 22 Prozent erhalten Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets durch anderswo lebende Familienmitglieder (häufig Elternteil, Partner, Kinder, Geschwister, Nichten/Neffen). Bei selbstständig arbeitenden Dienstleistern oder Begleitern, die nicht notwendigerweise über eine Ausbildung in einem pflegerischen Beruf verfügen, kaufen 30 Prozent der Budgethalter Leistungen ein. Selbstständig arbeitende ausgebildete, professionelle Pflegekräfte erbringen bei 11 Prozent der Budgethalter Leistungen. Die traditionellen Pflegedienstleister werden hingegen jeweils durch 10 Prozent oder weniger der Budgethalter in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 13) und müssen laut Ramakers (1998) teilweise einen Verlust ihrer Klientel für die traditionellen Sachleistungen hinnehmen. Allerdings, so argumentiert Kremer (2006), haben die Pflegedienstleister weiterhin kaum Konkurrenz von neuen Anbietern erhalten und dominieren damit das Angebot der professionellen Pflegeleistungen weiterhin.

Tendenziell nimmt der Anteil an Budgethaltern, der Leistungen bei im Haushalt wohnenden Familienmitgliedern in Anspruch nimmt, zu (33 Prozent im Jahr 2005, 48 Prozent im Jahr 2007), wohingegen der Anteil der außerhalb des Haushalts lebenden Familienmitglieder abnimmt (32 Prozent im Jahr 2005 auf 22 Prozent im Jahr 2007) (Ramakers et al. 2008).

Tabelle 13: Organisation und/oder Personen, bei denen Leistungen über das Persönliche Budget eingekauft wurden, 2007 in Prozent (Mehrfachnennung möglich) (Niederlande)

	2007
Im Haushalt lebende Familienmitglieder	48
Selbstständig arbeitende Dienstleister/Begleiter	30
Zeitlich begrenzter Aufenthalt/Ferienlager/Übernachtungsmöglichkeit	27
Außerhalb des Haushalts lebende Familienmitglieder	22
Freunde, Bekannte, Nachbarn	17
Selbstständig arbeitende ausgebildete Pflegekräfte/Krankenschwestern	11
Private Hilfe im Haushalt	10
Traditionelle Behinderteneinrichtung	10
Traditionelle häusliche Pflege	10
Freiberuflicher Therapeut (z. B. Psychologe, Orthopäde)	8
Traditionelle Einrichtung psychiatrische und psychologische Betreuung von Kindern und Jugendlichen	3
Fahrdienste	3
Traditionelle Einrichtung zur Altenpflege	2
Traditionelle Einrichtung für psychisch Kranke	2
Andere	7

Quelle: IGES nach (Ramakers et al. 2008)

Informelle Helfer (Familienmitglieder und Bekannte) leisten im Rahmen des Persönlichen Budgets durchschnittlich Pflege über eine Periode von sieben Jahren (fünf Stunden täglich) – oftmals an sieben Tagen die Woche. Ein Drittel der Familienmitglieder, die informelle Pflege leisten, geben an, dass sie überlastet sind – nach anerkannten Standards sind es sogar 50 Prozent (Van den Berg et al. 2003).

Ein Survey der Organisation für Dienstleister in der häuslichen Pflege für den 400 selbstständige Pflegepersonen befragt wurden, zeigt, dass die Mehrheit der Pflegepersonen sehr zufrieden ist mit ihrer Arbeit im Rahmen des Persönlichen Budgets. Sie geben an, dass die Qualität der Pflege viel höher sei als bei einem Pflegeanbieter, da sie Zeit und Ruhe hätten, auf die Wünsche und speziellen Bedürfnisse des einzelnen Klienten einzugehen. Sie schätzen außerdem die Freiheit und Eigenständigkeit, die mit der Pflege im Rahmen des Persönlichen Budgets einher gehen (Sting 2004).

Andere Experten merken allerdings auch an, dass Pflegepersonen oftmals unter Druck stehen, mehr als die vertraglich festgelegten Stunden zu leisten, um dem "familiären" Verhältnis gerecht zu werden (Ungerson 2004), und

dass sich Pflegepersonen verpflichtet fühlen, bestimmte Aufgaben auszuführen, obwohl sie ihre Fähigkeiten übersteigen oder im Gegensatz zu ihren professionellen Standards stehen (Pickard et al. 2003). Kremer (2006) argumentiert, dass das Persönliche Budget die Professionalisierung der häuslichen Pflege behindere: angestellte Haushaltshilfen/Pflegekräfte, die keiner Organisation angehören, haben oft keine Möglichkeit, sich interprofessionell auszutauschen oder Fortbildungsmaßnahmen zu besuchen. Während bei professionellen Anbietern oft Defizite in der intensiven persönlichen Betreuung der Klienten beklagt werden, haben Leistungserbringer im Rahmen des Persönlichen Budgets mit unsicheren Arbeitsbedingungen umzugehen (z. B. Mindestlohnregelung gilt erst ab 3 Arbeitstagen die Woche) (Kremer 2006).

Im Rahmen des Persönlichen Budgets sind darüber hinaus neue Versorgungsformen entstanden. Private oder kommerziell organisierte Wohngemeinschaften, die sich über die Persönlichen Budgets der Bewohner finanzieren, sind eine der neuen Wohnformen, die vor allem für Menschen mit geistiger Behinderung angeboten werden. Eines der bekanntesten privaten Unternehmen in diesem Bereich sind die sogenannten *Thomashuizen*, in denen bis zu acht Menschen mit geistiger Behinderung mit einem Betreuerpaar leben, das sie mit Mitteln aus den Persönlichen Budgets der Bewohner versorgt, begleitet und gegebenenfalls zusätzliche individuelle Leistungen einkauft.⁴¹ Im Rahmen der Interviews wurde aber auch darauf hingewiesen, dass diese Wohngemeinschaften als private Unternehmen agieren und unklar ist, wie hoch die Profite der Organisationen sind (Interview NL1).

Aber auch private Initiativen beispielsweise von Eltern behinderter Kinder, eine Wohngemeinschaft zu formen und Leistungen gemeinsam einzukaufen, sind üblich (Habekothé et al. 2004). Außerdem existieren in den Niederlanden etwa 1.000 Bauernhöfe,⁴² die sich von der traditionellen Landwirtschaft abgewendet haben, und stattdessen Leistungen und Betreuung für Budgethalter anbieten (Interview NL1).

Eine weitere neue Leistungsform sind die sogenannten Vermittlungsagenturen – kommerzielle Agenturen, die gegründet wurden um dem Budgetnehmer den Zugang zu Anbietern zu erleichtern und um Beratung bei der Auswahl von Leistungen und Leistungsanbietern zu bieten. Die Vermittlungsagenturen stehen in letzter Zeit in der Kritik, da einigen von ihnen vorgeworfen wird, gleichzeitig als Leistungsanbieter tätig zu sein oder in engem

41 Vgl. <http://www.thomashuizen.nl/>

42 Vgl. <http://www.zorgboeren.nl/>

Kontakt zu einzelnen Anbietern zu stehen, sodass eine neutrale Beratung im Sinne der Budgethalter gefährdet ist. Um Missbrauch zu vermeiden, muss der Budgethalter seit dem 1.1.2009 seine PGB-Abrechnung selbst unterschreiben und kann dann gegenüber dem Sozialversicherungsträger haftbar gemacht werden. Außerdem wurde im Jahr 2010 ein Gütesiegel für Vermittlungsagenturen eingeführt, das die Auswahl einer vertrauenswürdigen Agentur erleichtern soll. Zudem gibt *Per Saldo* eine Broschüre mit dem Titel "So beurteilen Sie selbst die Qualität einer PGB-Vermittlungsagentur" heraus, die dem Budgethalter die Bewertung der genutzten Agentur erleichtern soll und gegebenenfalls Missstände aufdecken und zum Wechsel der Agentur anregen kann.

Insgesamt wird das Leistungsangebot im Rahmen des Persönlichen Budgets als ausreichend beurteilt, wobei in einigen ländlichen Regionen die Auswahl beschränkt ist und spezielle Angebote, beispielsweise für die Wochenendbetreuung von behinderten Kindern, nur von informellen Pflegekräften aus dem sozialen Umfeld der Betroffenen erbracht werden, da ein externer Leistungsanbieter fehlt (Interview NL3).

2.3.3.3 Qualität der Leistungserbringung und Auswirkungen des Wegfalls einer zentralisierten Leistungsbeschaffung

Mit Annahme des Budgetbescheids verpflichtet sich der Budgethalter qualitativ gute Pflege einzukaufen. Formal bietet diese Formulierung dem *Zorgkantoor* die Möglichkeit, die Qualität des Pflegeeinkaufs zu überwachen. Konkrete Kriterien für diese Qualitätskontrolle gibt es allerdings nicht und in der täglichen Praxis hat die Formulierung zur Folge, dass der Budgethalter selbst verantwortlich ist für die Qualität seiner eingekauften Leistungen. Das Amt für Sozialversicherung (College voor zorgverzekeringen (CVZ) 2006) hat hervorgehoben, dass die Konsumentensouveränität und Eigenverantwortung im Rahmen des Budgets zu individuellen Definitionen von Qualität der Leistungen führt, da der Budgethalter danach strebt, mit dem Persönlichen Budget seinen eigenen Wünschen und Bedürfnissen gerecht zu werden. Damit werde die Qualität der Leistungserbringung auch in diesem Sinne individuell beurteilt.

In der Praxis haben sich bei CVZ, *Zorgkantoren* oder der "Inspektion im Gesundheitswesen"⁴³ keine Anhaltspunkte ergeben, dass Budgethalter Pflege von ungenügender Qualität einkaufen (Knollema 2004) und so bislang keinen Anlass zu Kontrollen geboten – die meisten Budgethalter beur-

43 Vgl. <http://www.igz.nl/>

teilen die Qualität ihrer in Anspruch genommenen Leistungen allgemein mit gut bis sehr gut (Dragt et al. 2006; Ramakers et al. 2007).

Dragt et al. (2006) befragten in ihrer Studie zur Qualität der Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets 817 Budgethalter und verglichen diese mit 414 Sachleistungsempfängern. In telefonischen Interviews wurde die Wahrnehmung der Qualität von Pflege- und Begleitungsleistungen aufgenommen. Im Ergebnis gaben beide Empfängergruppen an, mit der Qualität der erhaltenen Leistungen zufrieden bis sehr zufrieden zu sein. Differenzierter betrachtet fiel auf, dass Budgethalter mehr Beschwerden über die Qualität der Leistungen der Funktion „Begleitung“ äußern, als Sachleistungsempfänger. Für die Funktion "Pflege" waren die Beschwerdeäußerungen vergleichbar.

Budgethalter wechselten außerdem häufiger ihren Leistungsanbieter als Sachleistungsempfänger, was aber nicht unbedingt im Zusammenhang mit der Qualität der Leistungen stehen muss, sondern auch ein Zeichen von Mündigkeit der Budgethalter sein kann. Der Anteil Leistungserbringer mit fachlich "passender Ausbildung" war im Sachleistungssektor wesentlich höher als beim Persönlichen Budget. Allerdings gaben die Budgethalter in der Befragung an, dass ihre Leistungserbringer häufig spezifische Fortbildungsmaßnahmen ergreifen, wenn im Alltag ein Problem entsteht, das sie mit ihrer bisherigen Ausbildung nicht bewältigen können. Diese Fortbildung fand meist beim Hausarzt oder bei einem professionellen lokalen Pflegeanbieter statt.

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung von Ramakers et al. (2007) unter 1.000 Budgethaltern wurden auch bei 652 Personen Informationen zu Erfahrungen mit dem PGB erhoben. Neun von zehn Budgethaltern würden sich beim nächsten Mal (oder bei der Verlängerung ihres Budgets) wieder für ein Budget entscheiden und empfinden als größten Nachteil die administrative Verantwortung und die Masse an Informationen zum PGB. Als größte Vorteile nannten die meisten Budgethalter die freie Auswahl der Leistungserbringer (42 Prozent), die eigene Verantwortung des Budgethalters (37 Prozent) und die Eigenregie über die Leistungen (31 Prozent).

In den Interviews wurde zudem die Einschätzung geäußert, dass die besondere Beziehung zwischen Budgethalter und Leistungserbringer – also faktisch das Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Verhältnis – nicht von allen Anspruchsberechtigten als positiv bzw. wünschenswert eingestuft wurde. Insbesondere falle es vielen Menschen im Rahmen des Sachleistungssystems leichter, eventuelle Beschwerden und Unzufriedenheit mit der Leistung zu äußern (Interview NL1).

Ebenso wurde in einem Interview die These aufgebracht, dass das Persönliche Budget letztlich nur für eine begrenzte Gruppe innerhalb der AWBZ-

Leistungsbezieher eine Option darstelle (für maximal 10–20 Prozent der AWBZ-Leistungsbezieher) – der Großteil der AWBZ-Versicherten würde weiter Sachleistungen nutzen (Interview NL1).

2.4 Zusammenfassung und Fazit

2.4.1 Charakteristika der Länder

2.4.1.1 Schweden

Die Persönliche Assistenz in Schweden soll behinderten Menschen unter 65 Jahren ermöglichen, für unterschiedlichste Hilfe- und Betreuungsleistungen einen persönlichen Assistenten zu beschäftigen. Die Persönliche Assistenz ist als eigenständige Leistungsform aufzufassen, welche behinderten Menschen eine persönliche Unterstützung in alltäglichen Lebenssituationen geben soll. Folglich ist auch der Bedarfsbegriff sehr weit gefasst. Die Leistungsform "Assistenz" wird in Stunden bemessen und auch vergütet. Es besteht keine Leistungsbegrenzung, diese richtet sich nach dem individuellen Bedarf.

Das System ist zudem geprägt durch die für Schweden typische gemeinde-nahe Primärversorgung. Es sind die Gemeinden, die die Gesundheits- und Sozialdienste finanzieren und verwalten. Auch die Persönliche Assistenz ist in dieses dezentrale Versorgungssystem eingegliedert, jedoch gleichzeitig durch die Sozialversicherung zentral gesteuert und teilfinanziert. Die Grundlage für die Persönliche Assistenz wird in Schweden zwar kontinuierlich reformiert und diskutiert (insbesondere auch ausgabenbezogen), grundsätzlich ist dem System aber ein hoher Grad an gesellschaftlicher Anerkennung zuzusprechen.

Als Charakteristika des Systems sind hervorzuheben:

- o *Antragsvoraussetzungen und Antragsverfahren:*
Ein Rechtsanspruch sichert allen von Behinderung betroffenen Personen bis zu ihrem 65. Lebensjahr den Zugang zur Persönlichen Assistenz. Hiernach kann die Leistung weder neu beantragt noch aufgestockt werden. Damit richtet sich die Assistenz an Menschen, deren Beeinträchtigungen nicht durch altersbedingte Erkrankungen bedingt sind. Das Antragsverfahren ist durch die Gemeinden und die Sozialversicherung dual verantwortet.
- o *Bedarfsfeststellung und Budgetbemessung:*
Die Bedarfsfeststellung erfolgt auf individueller Basis, ein standardisiertes Erhebungsinstrument wird nicht angewandt. Dies hat insbesondere vor dem Hintergrund regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme, aber auch der beobachteten Kostensteigerung, zu Diskussionen geführt. Zur Zeit wird im Auftrag der Regierung – und unter kritischer Begleitung der Interessenvertreter der As-

sistenznehmer – ein Instrument erarbeitet, welches jedoch nicht als rechtsverbindlich zu verstehen ist. Der Bedarf an Persönlicher Assistenz wird in Stunden bemessen, die Höhe der Stunden nicht begrenzt. Die Kostenerstattung je Stunde erfolgt mit einem einheitlichen durch die Regierung festgelegten Satz von z.Z. ca. 25 Euro/Stunde, welcher alle Lohnneben- und Verwaltungskosten einschließt. Der Assistenznehmer kann hiermit aber nur so viele Stunden einkaufen, wie als Bedarf ermittelt wurden. Dies verdeutlicht, dass es sich im schwedischen System nicht um ein Budget, sondern um eine Leistungsform mit diesbezüglich geringerem Handlungsspielraum handelt.

o *Zielvereinbarung und Budgetverwendung:*

Eine Zielvereinbarung über Förderziele, Mittelverwendung oder Qualitätssicherung wird nicht getroffen. Wie alle anderen Personen mit Behinderung haben die Assistenznehmer aber Anrecht auf Beratung und einen auf ihre Belange abgestimmten Versorgungsplan. Die Ausführung der Assistenz findet entweder durch die Gemeinde selbst oder über private oder gemeinnützige Anbieter statt. Die Möglichkeit der eigenen Arbeitgeberfunktion wird nur durch wenige Assistenznehmer aufgegriffen.

2.4.1.2 Finnland

Das finnische System gleicht dem Ansatz des schwedischen. Auch hier stellt die Persönliche Assistenz eine eigenständige Leistungsform dar, welche sich ausschließlich an Menschen mit nicht altersbedingten Behinderungen richtet. Auch in Finnland reiht sich dies in eine sehr dezentrale und gemeindenahere Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit ein. Das System unterscheidet sich jedoch in drei wesentlichen Punkten vom schwedischen:

Zum einen ist anders als dort keine überregionale Organisation in die Finanzierung und Bewilligung der Leistungen eingebunden, was die Entwicklung der Assistenz als Versorgungsform eingeschränkt hat und was – dies wiederum ebenso wie in Schweden – zu regionalen Unterschieden im Zugang zu den Leistungen führt. Zum anderen hat sich das System (noch) nicht für private Dienstleister geöffnet, obwohl dies seit Herbst 2009 theoretisch möglich ist. Als letzter entscheidender Unterschied zum schwedischen System ist zu nennen, dass erst seit Herbst 2009 ein Rechtsanspruch auf die Assistenzleistungen besteht. Eine weitreichende Beurteilung des Systems ist aus diesem Grund nicht möglich.

Als Charakteristika des Systems sind hervorzuheben:

- o *Antragsvoraussetzungen und Antragsverfahren:*
Seit 2009 besteht für alle Menschen mit nicht altersbedingten Behinderungen ein Rechtsanspruch auf Persönliche Assistenz. Jedoch, so sieht es das neue Gesetz vor, muss der Assistenznehmer in der Lage sein, Vorstellungen über die Art und Organisation seiner Assistenz zu formulieren. Das Antragsverfahren ist kommunal organisiert.
- o *Bedarfsfeststellung und Budgetbemessung:*
Für die Bedarfsfeststellung besteht kein standardisiertes Erhebungsinstrument, diese erfolgt auf Grundlage der im Gesetz bzw. der Gesetzesbegründung benannten Kriterien durch die Gemeinden. Der Bedarf an Assistenz wird in Stunden gemessen, welche theoretisch unbegrenzt sind. Die Zahl der bewilligten Stunden liegt aber deutlich unter der im schwedischen System. Ein überregional festgelegter Kostensatz für die Erstattung der bewilligten Stunden besteht nicht, sondern liegt im Ermessen der Gemeinde.
- o *Zielvereinbarung und Budgetverwendung:*
Wie in Schweden hat auch in Finnland jeder Anrecht auf einen Versorgungsplan. Die Assistenz kann seit 2009 durch die Übernahme einer eigenen Arbeitgeberrolle, mit Erhalt eines Service-Gutscheins bei Anbietern eingelöst oder durch die Gemeinde organisiert werden. Faktisch werden die letzteren beiden Modelle heute nicht umgesetzt. Im Unterschied zu Schweden, wo Familienangehörige die Assistenz über eine Anstellung bei der Gemeinde übernehmen dürfen, sind in Finnland Familienangehörige explizit ausgeschlossen, wenngleich auch Ausnahmen möglich sind.

2.4.1.3 Niederlande

Das niederländische System ermöglicht es Pflegedürftigen und Menschen mit Behinderung, Leistungen der Pflege und Betreuung in Form eines Budgets zu erhalten. Anders als in den skandinavischen Ländern besteht aber kein Rechtsanspruch auf dieses Budget, sondern allein auf die hiermit verbunden Sachleistungsformen der AWBZ-Versicherung. Im AWBZ sind Leistungen für chronische Erkrankungen, Langzeitpflege und die psychiatrische Versorgung subsumiert.

Das Persönliche Budget kann, dem Kontext des niederländischen Systems entsprechend, im Sinne einer Versicherungsleistung in Anspruch genom-

men werden. Ein für diese Versicherungsleistung verbindliches Bedarfserhebungsinstrument wird angewandt, welches gleichzeitig – wie in der deutschen Pflegeversicherung – die Leistungen je nach "Tarif" und Stufe begrenzt. Gleichzeitig ist die Höhe des Budgets im Vergleich zur Sachleistung deutlich abgewertet und auf der Makroebene budgetiert.

Den Budgetnehmern wird ein hoher Dispositionsspielraum bei der Verwendung der Mittel eingeräumt, solange die Leistungen der Art nach denen des AWBZ entsprechen. Anders als im deutschen Kontext des Pflegegeldes sind jedoch Arbeitsverhältnisse – auch bei Erbringung des Budgets durch Familienangehörige – nachzuweisen.

Als Charakteristika des Systems sind hervorzuheben:

- o *Antragsvoraussetzungen und Antragsverfahren:*

Das Antragsverfahren erfolgt bei einer zentralen Institution und ist unabhängig davon, ob die Person anschließend Sachleistungen in Anspruch nimmt oder das Budget. Es besteht allein Rechtsanspruch auf Sachleistungen des AWBZ, die Wahlmöglichkeit des Persönlichen Budgets wurde Mitte 2010 erstmals aus Kostendämpfungsgesichtspunkten ausgesetzt.
- o *Bedarfsfeststellung und Budgetbemessung:*

Der Bedarf wird mithilfe eines standardisierten Indikatorensets erhoben und jeweils Tarifklassen zugeordnet. Je nach erreichtem Schwergrad (Klasse) innerhalb eines Tarifs sind jährliche Beträge vorgesehen, welche durch professionellen Anbieter abgerechnet werden können oder – dann mit einem Abschlag von ca. 25 Prozent – in Form des Persönlichen Budgets verwendet werden können. Darüber hinaus sind durch die Budget-, aber auch durch Sachleistungsnehmer, einkommensabhängige Eigenbeteiligungen zu leisten.
- o *Zielvereinbarung und Budgetverwendung:*

Das Ergebnis der Bedarfserhebung wird in einem Zuerkennungsbescheid fixiert. Darüber hinaus ist der Budgetnehmer lediglich verpflichtet, die Gelder für Versicherungsleistungen des AWBZ auszugeben. Verwaltungstätigkeiten (Budgetassistenz) dürfen nicht aus diesen Geldern finanziert werden. Die Zahl der Stunden, die der Budgetnehmer einkauft, ist offen, jedoch ist mit der Person, die diese erbringt eine "Pflegeübereinkunft" zu treffen. Auch die Sozialversicherungsnummer ist zu melden.

2.4.2 Diskussion

Die dargestellten Systemcharakteristika machen deutlich, dass Wirkungen und Schlussfolgerungen aus den Vergleichsländern auf den bundesdeutschen Kontext nur bedingt übertragbar sind. Auch haben die betrachteten "Vergleichsländer" sehr distinkte Ausrichtungen, die eine Verallgemeinerung von Aussagen erschweren:

Beschränken sich die skandinavischen Modelle auf Menschen mit Behinderung, so schließt das niederländische System Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung ohne Differenzierung ein. Die skandinavischen Systeme gewähren unbegrenzten Zugang und Rechtsanspruch, wobei lediglich implizite Beschränkungen praktiziert werden können; die Niederlande führen eine explizite Budgetierung sowohl auf Makro- als auch auf individueller Ebene durch.

In den skandinavischen Ländern stellt die Assistenz eine eigenständige Leistungsform dar, sie wird nicht aus einer bereits bestehenden Sachleistung abgeleitet. Die Persönliche Assistenz stellt im Grunde auch kein Budget dar, mit welchem im Sinne eines eigenen Dispositionsspielraums Leistungen eingekauft werden können. Insbesondere in Schweden ähnelt die faktische Organisation einer Sachleistung, lediglich die Art der Leistung löst sich von pflegerischen bzw. sozialpädagogischen Begriffen und wird stattdessen im Sinne des Betroffenen ausgeführt. In den Niederlanden stellt sich dies umgekehrt dar: Das Persönliche Budget wird aus einer äquivalenten Sachleistung abgeleitet, die Art der Leistungen, welche mit dem Budget eingekauft werden können, sind auf die im Sachleistungsprinzip hinterlegten Leistungsarten eingegrenzt, die Organisation aber gänzlich in die Hand des Budgetnehmers gestellt.

Vor diesem Hintergrund muss konstatiert werden, dass das niederländische System dem deutschen Kontext des (trägerübergreifenden) Persönlichen Budgets näher erscheint als die skandinavischen Modelle. Auch im Kontext der Pflegeversicherung gibt es ein Sachleistungsäquivalent, ebenfalls ein einheitliches Erhebungsinstrument sowie eine Budgetierung der Ausgaben nach Stufen. Die Übertragbarkeit von Erfahrungen aus Finnland und Schweden hat auch aufgrund des dort vorherrschenden Gesundheitssystems seine Grenzen, denn die Gemeinde als zentraler Akteur in der Primärversorgung steht im bundesdeutschen System nicht zur Verfügung. Die Gesetzgebungskompetenz des SGB V, XI und auch IX reicht nur in sehr begrenztem Maße in die kommunalen Strukturen hinein.

Gleichwohl können die für die Vergleichsländer dargestellten Erfahrungen zusammengefasst und erste Schlussfolgerungen für eine mögliche veränderte Einbindung der Pflegeversicherung in das trägerübergreifende Persönliche Budget festgehalten werden.

2.4.2.1 Inanspruchnahme und Kosten des Persönlichen Budgets

Wie häufig wird das Persönliche Budget in Anspruch genommen und wie stellt sich dies im Zeitverlauf dar?

In Schweden ist die Inanspruchnahme der Assistenz innerhalb der letzten zehn Jahre um 40 Prozent gestiegen und liegt heute bei ca. 200 Assistenznehmern je 100.000 Einwohner.⁴⁴ Finnland bleibt – dies verwundert aufgrund des erst jüngst eingeführten Rechtsanspruchs und der alleinigen Finanzierung über die Gemeinden nicht – mit 123 Assistenznehmern je 100.000 Einwohner hinter Schweden zurück. Trotz der Einschränkungen hat sich in Finnland die Inanspruchnahme aber innerhalb der letzten zehn Jahre verdoppelt. Damit ist die Persönliche Assistenz in beiden Ländern im Versorgungsspektrum für Menschen mit Behinderung die Leistungsform mit der größten Zunahme.

In den Niederlande ist die Inanspruchnahme in den Jahren seit der letzten grundlegenden Reform des Persönlichen Budgets im Jahr 2003 um 80 Prozent angestiegen. Die Inanspruchnahme liegt bei 678 Personen je 100.000 Einwohner und damit aufgrund des Einschlusses von Pflegebedürftigen (aufgrund altersbedingten Unterstützungsbedarfs) deutlich über dem Niveau von Schweden und Finnland.⁴⁵

Welche Personengruppen nehmen das Persönliche Budget in Anspruch?

Die Charakteristika der Personen, welche Assistenz bzw. Budgetleistungen wählen, sind stark durch die Systemausgestaltung geprägt. Grundsätzlich nehmen alle Altersgruppen Assistenz- und Budgetleistungen in Anspruch. Hervorzuheben ist die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Kindern- und Jugendlichen in Finnland, welche sich auch nach Einführung des Rechtsanspruchs nicht verändert hat. Seit Aufhebung der Eingrenzung der Assistenzleistungen hat in Schweden der Anteil der über 65-Jährigen an der Assistenz deutlich zugenommen. Auch in Finnland ist nach Einführung des

⁴⁴ Aufgrund der Überschneidung der LASS- und LSS-Gesetzgebung ist die absolute Zahl der Assistenznehmer nicht eindeutig zu ermitteln, da einige Personen sowohl unter LASS als auch unter LSS eine Assistenz in Anspruch nehmen.

⁴⁵ Zum Vergleich: 2009 nahmen in Deutschland ca. 1.500 Personen je 100.000 Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung Pflegegeld nach § 37 SGB V in Anspruch. Von den 69,77 Mio. Versicherten in der SPV erhielten 1,034 Mio. Personen Pflegegeld (Pflegegeld und Kombinationsleistung)
(siehe <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/>)

Rechtsanspruchs auf Assistenz ein deutlicher Zuwachs bei Personen über 65 Jahren zu verzeichnen.

Interessanterweise dominieren in den Niederlanden jugendliche Budgetnehmer, obwohl sich dieses System explizit auch an Personen mit altersbedingten Beeinträchtigungen richtet. Im Jahr 2007 waren zwei von fünf Budgetnehmern unter 18 Jahre, jedoch wurde der Zugang zu Begleitleistungen, welche diese Gruppe überproportional nachfragte, 2009 eingeschränkt.

Weiterhin kann festgehalten werden, dass im schwedischen Kontext mindestens 40 Prozent der Assistenznehmer eine geistige Behinderung aufweisen, wobei für Finnland diesbezüglich Zahlen fehlen. In den Niederlanden sind sogar die Mehrzahl der Budgetnehmer solche, die Lernbehinderungen oder Erkrankungen wie Autismus oder ADHS aufweisen. Über die Gruppe von Personen mit Behinderungen aufgrund psychiatrischer Grunderkrankungen ist wenig bekannt, es wird aber vermutet, dass diese Assistenzleistungen unterproportional in Anspruch nehmen. Weitere soziodemographische Merkmale hinsichtlich der Inanspruchnahme, wie z.B. Bildungsstatus (der Angehörigen) etc., liegen für beide skandinavischen Länder nicht vor.⁴⁶ Für die Niederlande finden sich kaum systematische Unterschiede im Bezug auf Bildungsniveau oder andere Faktoren zwischen den Budgethaltern und den Nutzern von Sachleistungen.

Welche Kosten verursacht das Persönliche Budget und wie stellt sich dies im Zeitverlauf dar?

Mit dem Anstieg der Inanspruchnahme ist zum Teil ein drastischer Anstieg der Ausgaben für die Persönliche Assistenz zu verzeichnen. In Schweden sind die Ausgaben von 2000 bis 2009 um rund das zweieinhalbfache gestiegen, in den sechs größten finnischen Gemeinden von 2005 auf 2009 um knapp 50 Prozent, in den Niederlanden seit 2003 um das dreieinhalbfache. Dies bezieht sich jedoch auf sehr unterschiedliche Niveaus: In Schweden lagen die Kosten je LASS-Assistenznehmer bei durchschnittlich 150.000 Euro je Assistenznehmer im Jahr, in Finnland betragen diese Kosten mit knapp 12.000 Euro nur ein Zehntel dieser Summe. In den Niederlanden liegen die Kosten je Budgetnehmer bei 14.486 Euro im Jahr (Stand 2007).

⁴⁶ Aussagen über geschlechterspezifische Nutzungsunterschiede liegen in dem Sinne vor, dass die männlichen Assistenznehmer in Schweden überproportional vertreten sind. Dies müsste jedoch dezidiert vor dem Hintergrund der jeweiligen eingeschlossenen Grunderkrankungen diskutiert werden (z.B. hat Autismus (Asperger-Syndrom) eine wesentlich höhere Prävalenz bei Männern).

Wie kosteneffektiv ist das Persönliche Budget? Führt das Angebot eines Persönlichen Budgets zu einer Ausweitung der Nachfrage?

Eine isolierte Betrachtung der Kosten lässt noch keine Rückschlüsse auf die Wirkungen der Leistungsart "Persönliches Budget" zu. Inwieweit die Leistungsform im Vergleich zu einer Welt ohne Budget zu Ausgabenanstiegen führt, ist davon abhängig,

- a) ob das Persönliche Budget (bei gleichem Versorgungsumfang) kostengünstiger ist als eine andernfalls genutzte Leistungsform und
- b) ob durch das Persönliche Budget Menschen Leistungen beantragen, die ansonsten keine vergleichbare Versorgung in Anspruch genommen hätten.

Ersteres ist zumindest für den niederländischen Kontext relativ leicht zu beantworten. Hier wird das Assessment unabhängig von der später gewählten Leistungsform durchgeführt. Wird das Persönliche Budget gewählt, erfolgt ein Abschlag von ca. 25 Prozent. Dies ist natürlich eine schematische Betrachtung: Studien, die analysieren, inwieweit die Budgetnehmer tatsächlich einen identischen Leistungsumfang mit dem Budget einkaufen, konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht identifiziert werden.

Gleiches gilt für diesbezügliche Untersuchungen für die skandinavischen Länder. Hier bedürfte es nach z.B. Schweregrad adjustierter Kostenvergleiche zwischen den unterschiedlichen angebotenen Versorgungsformen z.B. Persönliche Assistenz, betreutes Wohnen und häusliche Pflege. Für den Schwedischen Kontext gibt eine Untersuchung, die aufzeigt, dass Persönliche Assistenz kostengünstiger sei als häusliche Pflege, da die Pflegedienstleister mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit Fahrzeit oder mit anderen Aufgaben verbrächten, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Pflegeleistung am Klienten stehen (Sozialstyrelsen 2008).

Qualitativ ausreichende Untersuchungen in Bezug auf Vergleiche mit z.B. betreuten Wohnformen liegen für Schweden jedoch nicht vor. Eines der Probleme bei solchen Vergleichen, dies wurde auch durch eine Studie der Patientenorganisation JAG angedeutet (Blanck et al. 2006), ist die Frage nach dem Versorgungsumfang. Dies wird deutlich, wenn man sich vor Augen führt, dass die Assistenznehmer im Durchschnitt mit einer Stundenzahl von 111 Stunden pro Woche zwei Drittel des Tages eine eins-zu-eins Betreuung erfahren.

Für Schweden und Finnland sind zudem Rückschlüsse darauf, ob Menschen aufgrund der Aussicht auf das Persönliche Budget Leistungen beantragen, die ansonsten keine vergleichbare Versorgung in Anspruch genommen hätten, mithilfe der analysierten Daten nicht möglich. Auch diesbezügliche Studien konnten nicht identifiziert werden.

Wiederrum sind hier Aussagen für die Niederlande leichter möglich. Durch die überproportionale Zunahme von Budgetnehmern liegt der Anstieg der AWBZ-Leistungsnehmer nicht bei ca. 6 Prozent (wie bei den reinen Sachleistungsempfängern), sondern bei ca. 7 Prozent (durchschnittlicher jährlicher Zuwachs seit 2007). Seit Aussetzung des Persönlichen Budgets Mitte des Jahres 2010 haben sich zudem eine Reihe von Personen auf eine Warteliste setzen lassen, sodass deutlich wird, dass es Nachfrage gibt, die sich zumindest kurzfristig allein auf das Budget bezieht.

Gleichzeitig drängt sich aus deutscher Sicht die Frage auf, wieso der Anteil der Budgetnehmer lediglich 9,3 Prozent beträgt, liegt doch der Anteil der Pflegegeldempfänger im bundesdeutschen Kontext bei 45 Prozent (Stand 2009).⁴⁷ Dies hängt natürlich zum einen damit zusammen, dass das AWBZ mit z.B. "Transport" auch andere Leistungen als die der deutschen Pflegeversicherung umfasst, weshalb ein direkter Vergleich nicht möglich ist. Zum anderen könnte – dies ist aus Sicht der Autoren aber unwahrscheinlich – die Zufriedenheit mit Sachleistungen im niederländischen System höher sein als im deutschen. Oder – dies ist wahrscheinlicher – die konkrete Ausgestaltung des Persönlichen Budgets führt im Vergleich zum Pflegegeld zu einer geringeren Nachfrage.

Für die skandinavischen Länder ist eine Aussage, ob die Leistungen der Assistenz andere substituieren oder zu einer Ausweitung der Nachfrage führen aufgrund der Parallelität der Versorgungsformen schwerer zu beantworten. Insgesamt nimmt aber auch hier die Versorgungsform der Persönlichen Assistenz im Vergleich zu anderen Versorgungsformen überproportional zu.

Herauszustellen ist zudem, dass es in beiden Ländern kein national vorgegebenes Bedarfsermittlungsinstrument gibt, was im Kontext der dezentralen gemeindenahen Verantwortung für die Versorgung von Menschen mit Behinderung zu verstehen ist. Dies wird in beiden Ländern als einer der Gründe für die regionalen Unterschiede in der Leistungsgewährung gesehen. Gleichwohl findet in Schweden eine Diskussion über die Vereinheitlichung und transparentere Darstellung der Zugangskriterien statt. Diese wird jedoch nicht primär vor dem Hintergrund von Kostendämpfungsmaßnahmen diskutiert, solche sind auch nicht beschlossen.

⁴⁷ vgl. BMG - Statistiken zur Pflegeversicherung (18.10.2010)

2.4.2.2 Anbieterstrukturen

Durch welche Anbieterstrukturen wird das persönliche Budget erbracht, wie ist der Markt zu charakterisieren?

Die Entwicklung der Anbieterstrukturen ist in den jeweiligen Ländern sehr unterschiedlich verlaufen. In Finnland müssen alle Assistenznehmer ihre Assistenten einstellen, d.h. als Arbeitgeber fungieren, wobei einige Gemeinden hierbei administrative Unterstützung leisten. Jedoch wird anerkannt, dass die Übernahme der Arbeitgeberrolle eine Hürde für die Inanspruchnahme darstellt. Die gesetzlichen Neuregelungen hinsichtlich einer möglichen Öffnung des Marktes für private oder gemeinnützige Institutionen (Gutschein-System) oder die eigenständige Erbringung durch die Gemeinden selbst, wurde noch nicht umgesetzt.

Ganz anders stellt sich dies in Schweden dar. Hier wird die Arbeitgeberfunktion in der Regel nicht durch die Assistenznehmer durchgeführt (nur 3 Prozent tun dies). Statt dessen haben sich rund 450 private Anbieter etabliert, die die Assistenz durchführen. Die Mehrzahl der Assistenznehmer hat die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Anbietern und auch Assistenzen zu wählen. Jedoch handelt es sich hier überwiegend um kleinere Firmen, lediglich zehn Prozent dieser Unternehmen betreuen mehr als 50 Assistenznehmer. Die Assistenzmittel, die pro gewährter Assistenzstunde gezahlt werden, enthalten explizit auch einen Anteil für Verwaltungskosten.

Gleichzeitig wird die Assistenz in Schweden durch die Gemeinde angeboten bzw. diese hat sogar den Sicherstellungsauftrag. Knapp die Hälfte der Assistenznehmer nehmen die Assistenz über die Gemeinde in Anspruch. Dies verdeutlicht noch einmal den sachleistungsnahen Charakter der Assistenz in Schweden. Allerdings müssen auch Personen, die einen Angehörigen als Assistenten einstellen wollen, dies aus steuerrechtlichen Gründen über die Gemeinde tun. Wie viele Angehörige als Assistenten tätig sind, ist jedoch nicht bekannt.

In den Niederlanden dominiert hingegen die über Budgetmittel finanzierte Unterstützung durch informelle Netzwerke (Familienmitglieder, Nachbarn, private Hilfe im Haushalt). Zwei Drittel der Budgethalter verwenden das Geld, um Leistungen von informellen Helfern (wie Familienmitgliedern, Nachbarn oder Freunden) oder eine Kombination aus informeller und professioneller Hilfe zu bezahlen. Lediglich etwas mehr als ein Drittel der Budgethalter kaufen ihre Leistungen ausschließlich bei Pflegeanbietern ein. Diese Anbieter sind überwiegend selbständige Einzelpersonen oder aber auch Pflegedienste, welche auch Sachleistungen im Sinne des AWBZ erbringen.

Damit hat der durch das Persönliche Budget erhoffte Anstoß zur Diversifizierung des Pflegeanbietermarkts und eine stärkere Nachfrageorientierung aus Sicht vieler Experten zwar eingesetzt aber nicht in dem erhofften Ausmaß stattgefunden. Leistungsanbieter sind – neben den Einzelpersonen – weiterhin die AWBZ-Pflegedienste. Jedoch sind im Rahmen des Persönlichen Budgets auch neue Versorgungsformen entstanden, wie zum Beispiel private oder durch Elterninitiativen organisierte Wohngemeinschaften oder Bauernhöfe.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung soll auf drei zentrale Unterschiede zwischen dem schwedischen und dem niederländischen Systeme hingewiesen werden: Zum einen muss hervorgehoben werden, dass der Kostensatz je Stunde in Schweden auf 25 Euro die Stunde fixiert ist, da der Assistenznehmer nur die bei Bedarfsfeststellung gewährte Stundenzahl einkaufen kann. Anders in den Niederlanden: Auch hier ist der in der Bedarfsfeststellung implizit hinterlegte Kostensatz je Stunde mit z.B. 14 bis 25 Euro im Tarif "Persönliche Versorgung" und 24 bis 44 Euro im Tarif "Pflege" (vgl. Tabelle 9), auch nach einem 25 prozentigem Abschlag vergleichbar. Wie viele Stunden Unterstützung der Budgetnehmer damit einkauft, ist aber offen. Zum anderen beläuft sich das durchschnittliche Nettobudget je Assistenznehmer pro Woche auf lediglich ca. 429 Euro (Hochrechnung auf 2009) im Vergleich zu Schweden, wo dies durchschnittlich ca. 3.000 Euro pro Monat beträgt. Das bedeutet, das Volumen, mit welchem sich die Budget- bzw. Assistenznehmer an den Markt wenden, ist sehr unterschiedlich. Als drittes muss betont werden, dass anders als in Schweden in den Niederlanden die Budgetverwaltung oder Assistenz durch Dritte nicht aus Budgetmitteln erfolgen darf.

Wie stellen sich die Arbeitsverhältnisse der Assistenzpersonen dar?

In Finnland, aber auch in Schweden, wird die Persönliche Assistenz allgemein als ein Beruf mit einem Mangel an geeigneten Arbeitskräften eingeschätzt. Gleichzeitig wird der Persönlichen Assistenz in Schweden eine starke beschäftigungsfördernde Wirkung attestiert. Auf dem schwedischen Assistenz-Arbeitsmarkt sind insgesamt etwa 60.000 Personen beschäftigt. Diese sind überwiegend weiblich und zwischen 25 und 45 Jahre alt, ein Drittel von ausländischer Herkunft. Lediglich einer von vier schwedischen Assistenten arbeitet in Vollzeit. Der durchschnittliche Lohn lag im Jahr 2010 bei einer Stichprobe von 65 Anbietern bei 22,50 Euro. In Finnland wird von einem Lohnniveau von lediglich 10 Euro die Stunde ausgegangen.

Sowohl in Schweden als auch in Finnland werden Arbeitsbedingungen traditionell zwischen Arbeitgeberorganisationen und Gewerkschaften für einzelne Sektoren ausgehandelt. In Finnland versucht die Organisation *Heta* (welche eigentlich eine Arbeitgeberorganisation – nämlich die der Assis-

tenznehmer ist) momentan erstmals einen solchen Abschluss mit den Gemeinden zu erlangen, um die regional definierten Lohnniveaus der Assistenzpersonen zu verbessern. In Schweden ist die Gewerkschaft *Kommunal*, in welcher 3 von 5 Assistenznehmern organisiert sind, etabliert. Es existieren mehrere Tarifverträge zwischen der Gewerkschaft und verschiedenen Arbeitgeberorganisationen, ebenso wie Nebenverträge, die es Arbeitgebern, die keiner Organisation angehören, ermöglichen, einem Tarifvertrag beizutreten.

Der niederländische Markt ist, wie oben beschrieben, informeller geprägt, aber auch hier hat sich ein "Beschäftigungssektor" entwickelt, in welchen Pflege und Betreuung beruflich erbracht wird. Darüber hinaus hat jeder Budgetnehmer mit seiner Assistenz- bzw. Pflegeperson eine "Pflegevereinbarung" (*Zorgovereenkomst*) abschließen, worin u.a. die Arbeitstage, der Stundenlohn und die Anzahl der zu bezahlenden Stunden aufgeführt werden müssen. Wenn ein Leistungsanbieter an mehr als drei Tagen in der Woche für den Budgethalter arbeitet oder es einen formellen Arbeitsvertrag zwischen beiden gibt, ist der Budgethalter verpflichtet, Lohnsteuer und Sozialabgaben zu zahlen. Agiert der Budgethalter als Arbeitgeber, muss mindestens der gesetzliche Mindestlohn als Lohn gezahlt werden. Der gesetzliche Mindestlohn ist vom Alter des Leistungserbringers abhängig und liegt im Jahr 2010 zwischen 2,58 Euro je Stunde für 15-Jährige und 8,60 Euro je Stunde für 23-Jährige und ältere, zuzüglich Urlaubsgeld (8 Prozent des Brutto-Lohns) und Urlaubszeit (7,69 Prozent des Brutto-Lohns).

Wie stellen sich die Arbeitsverhältnisse der Assistenzpersonen hinsichtlich der Qualität der Arbeit dar?

In Schweden beschreibt die Mehrheit der Persönlichen Assistenten positive Erfahrungen mit der Assistenz. Die Befürchtung von *Kommunal* (schwedische Gewerkschaft für Mitarbeiter der Gemeinden), dass die Assistenzpersonen unter schlechten Arbeitsbedingungen ausgenutzt werden könnten, hat sich nicht bestätigt. Im Gegenteil: Die Arbeitsbedingungen als Persönlicher Assistent seien wesentlich besser als im Rahmen der ambulanten Pflege der Gemeinde, da Assistenten längere, kontinuierlichere Schichten mit einem Klienten, anstatt viele kurze Interventionen mit vielen Klienten ausführen könnten. Gleichzeitig wird aber auch darauf hingewiesen, dass die enge Beziehung zwischen Assistenznehmer und Assistenzperson auch Nachteile beinhalten kann: Die Trennung zwischen professionellen Aufgaben und außerberuflicher sozialer Interaktion werde schnell aufgehoben und könne zu überhöhten Erwartungen bezüglich Einsatz, Arbeitszeiten, persönlichen Gefälligkeiten etc. führen.

Dies spiegelt sich auch in den Erfahrungen aus den Niederlanden wider. Auch hier ergab eine Befragung von 400 selbstständigen Pflegepersonen,

dass die Mehrheit sehr zufrieden ist mit ihrer Arbeit im Rahmen des Persönlichen Budgets. Sie geben an, dass die Qualität der Pflege viel höher sei als bei einem Pflegeanbieter, da sie Zeit und Ruhe hätten, auf die Wünsche und speziellen Bedürfnisse des einzelnen Klienten einzugehen. Sie schätzen außerdem die Freiheit und Eigenständigkeit, die mit der Pflege im Rahmen des Persönlichen Budgets einher geht.

Gleichzeitig wird, wie in Schweden auch, durch Experten angemerkt, dass Pflegepersonen oftmals unter Druck stehen, mehr als die vertraglich festgelegten Stunden zu leisten – insbesondere im familiären, nachbarschaftlichen Umfeld – und dass sich Pflegepersonen verpflichtet fühlen, bestimmte Aufgaben auszuführen, obwohl sie ihre Fähigkeiten übersteigen oder im Gegensatz zu ihren professionellen Standards stehen. Ebenso wird argumentiert, dass das Persönliche Budget die Professionalisierung der häuslichen Pflege behindere: Angestellte Haushaltshilfen bzw. Pflegekräfte, die keiner Organisation angehören, hätten oft keine Möglichkeit, sich interprofessionell auszutauschen oder Fortbildungsmaßnahmen zu besuchen.

2.4.2.3 Qualität der Leistungserbringung und Auswirkungen Wegfall zentralistische Leistungsbeschaffung

Welcher Qualitätsbegriff liegt vor? Welche Aufgaben leiten sich hieraus ab?

In allen drei untersuchten Kontexten ist das gleiche Qualitätsverständnis anzutreffen, welchem zwei zentrale Aspekte zu Grunde liegen:

- I. Die Persönliche Assistenz bzw. das Persönliche Budget dient dazu die Selbstbestimmung des Assistenz- bzw. Budgetnehmers zu erhöhen. Es wird davon ausgegangen, dass der Assistenz- bzw. Budgetnehmer damit gleichzeitig die Verantwortung für die Qualität der erbrachten Leistungen übernimmt. Oder anders: durch die erhöhten Wahlmöglichkeiten hat der Assistenz- bzw. Budgetnehmer auch eine höhere Eigenverantwortung.
- II. Die Persönliche Assistenz bzw. das Persönliche Budget soll den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden, die Art und Weise wie dies geschieht ist durch die Betroffenen selbst zu formulieren. Damit kann allein der Assistenz- bzw. Budgetnehmer beurteilen, ob dies auch erreicht wurde. Eine Operationalisierung mithilfe externer und allgemeiner Kriterien läuft diesem Gedanken entgegen bzw. führt wiederum dazu, dass professionelle und nicht individuelle Vorstellungen dominieren.

Aufgrund dieses Qualitätsverständnisses ist in keinem der drei Länder ein externes Qualitätssicherungssystem implementiert. Auch werden an die As-

sistenzpersonen grundsätzlich keine formalen Qualifikationsanforderungen gestellt. Sobald die Assistenz- oder Budgetleistungen jedoch nicht im Rahmen von Einzelarbeitsverträgen erbracht werden, sind implizit aber eine Reihe von qualitätssichernden Maßnahmen implementiert. In Schweden betrifft dies zum einen die Leistungserbringung durch die Gemeinden, welche der staatlichen Aufsicht unterliegen. Darüber hinaus werden in Schweden die Anforderungen an Dienstleistungsunternehmen ab 2011 erhöht. In den Niederlande unterliegen die Leistungsanbieter, die auch im Sachleistungssegment tätig sind, den dortigen Qualitätskontrollen. Jedoch sind die übrigen Anbieter in den Niederlanden nicht kontrolliert (bzw. sie sind noch nicht einmal registriert). Dies hat im Zusammenhang mit den Vermittlungsagenturen zu erheblichen Diskussionen geführt. In der Folge wurden durch Patientenorganisationen (freiwillige) Qualitätssiegel entwickelt.

Das oben skizzierte Grundverständnis von Qualität wird in der Literatur und von den befragten Experten zwar anerkannt, gleichzeitig aber auch kritisch diskutiert, ob für einige Personengruppen professionelle Stimuli Fähigkeiten nicht besser fördern würden. In diesem Zusammenhang steht auch die Diskussion, inwieweit eine solche auf Selbstbestimmung beruhende Leistungsform nur für Zielgruppen eingesetzt werden sollte, welche die Art und Organisation ihrer Assistenz sowie die damit einhergehende Verantwortung hinsichtlich der Qualität übernehmen können (wie in Finnland durch die neue Gesetzgebung ja auch geschehen).

Wie zufrieden sind die Assistenznehmer mit der persönlichen Assistenz?

Die Zufriedenheit mit der Persönlichen Assistenz in Schweden und dem Budget in den Niederlanden ist sehr hoch. (Für Finnland liegen keine diesbezüglichen Befragungen vor.) So würden sich z.B. in den Niederlande neun von zehn Budgetnehmern beim nächsten Mal (bzw. bei der Verlängerung ihres Budgets) wieder für ein Budget entscheiden. Als größte Vorteile nannten die meisten Budgethalter die freie Auswahl der Leistungserbringer, die eigene Verantwortung des Budgethalters und die Eigenregie über die Leistungen. Als größte Nachteile werden die administrative Verantwortung und die Masse an Informationen zum PGB genannt.

Auch in den Interviews wurde die Einschätzung geäußert, dass die Übernahme der Arbeitgeberfunktion für viele eine Belastung bzw. eine Hürde darstellt. Aber auch die hieraus resultierende besondere Beziehung zwischen Budgethalter und Leistungserbringer werde nicht von allen Anspruchsberechtigten als positiv bzw. wünschenswert eingestuft. Insbesondere falle es vielen Menschen im Rahmen des Sachleistungssystems leichter, eventuelle Beschwerden und Unzufriedenheit mit der Leistung zu äußern.

Wie wird der Wegfall der zentralistischen Leistungsbeschaffung kompensiert?

Die Assistenz- bzw. Budgetnehmer erhalten in allen drei Ländern in der ein oder anderen Form Unterstützung bei der Übernahme der Arbeitgeberfunktion bzw. den hieraus resultierenden Aufgaben wie z.B.

- o der Auswahl geeigneter Dienstleister bzw. Arbeitnehmer,
- o Vertragsabschluss und Preisverhandlung,
- o Administration des Arbeits- und Dienstleistungsverhältnisses (inkl. Rechenschaft gegenüber dem Kostenträger).

Dabei sind in den drei Ländern jeweils unterschiedliche Instrumente implementiert bzw. haben sich entwickelt.

In den skandinavischen Ländern spielt die Gemeinde bei der Beratung eine zentrale Rolle, sowohl in Schweden als auch in Finnland ist ein individueller Versorgungsplan mit dem Betroffenen zu erarbeiten. In den Niederlanden ist im Rahmen des AWBZ keine Beratung implementiert, jedoch können Budgetmittel für Beratung z.B. für die Auswahl von Dienstleistern eingesetzt werden. Darüber hinaus führen in allen drei Ländern auch Interessensvertretungen der Menschen mit Behinderung bzw. von Assistenz-/Budgetnehmern Beratungen und Schulungen durch.

Die Administration der Assistenz- und Budgetmittel kann in den skandinavischen Ländern durch die Gemeinde (in Schweden bei Wahl dieser Leistungsform, in Finnland, wenn die Gemeinde ein Service-Center anbietet), in Schweden darüber hinaus auch durch die Dienstleistungsanbieter selbst oder in den Niederlanden durch die Sozialversicherungsbank abgewickelt werden. Aufgrund des vorgegebenen Kostensatzes je Stunde entfällt in Schweden darüber hinaus auch die Preisverhandlung mit den Dienstleistern.

2.5 Ausgestaltungen und Erfahrungen aus bundesdeutschen Modellprojekten

Das Modellvorhaben "Pflegebudget" wurde im Zeitraum von 2003 bis 2008 in mehreren Regionen Deutschlands erprobt. Grundlage war eine Förderung durch die Spitzenverbände der Pflegekassen im Rahmen des § 8 (3) SGB XI. Auftragnehmer bzw. Träger des Projekts war die Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. mit dem Arbeitsschwerpunkt für Gerontologie und Pflege (AGP) an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg. In die wissenschaftliche Begleitforschung waren zudem das Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft e.V. (FIFAS) sowie das Zentrum für europäische Wirtschaftsforschung GmbH (ZEW) eingebunden.

Das Modellprojekt "Pflegebudget" hatte zum Ziel, Budgets im Kontext von Pflegeleistungen nach dem SGB XI zu erproben. Ergänzend wurde ebenfalls unter Leitung des AGP das Modellprojekt "Integriertes Budget" durchgeführt, welches sich ausschließlich an Pflegebedürftige richtete, aber explizit die Einbindung von weiteren Leistungen im Rahmen des trägerübergreifenden Budgets nach § 17 SGB IX erprobte. Auch dieses Projekt war durch Fördermittel im Kontext des § 8 SGB XI finanziert. In die Evaluation eingebunden waren wiederum das FIFAS sowie das ZEW. Die Projektumsetzungen und Ergebnisse beider Modellprojekte sind jeweils in Form eines Endberichts publiziert. (Klie et al. 2008a; Klie et al. 2008b).

2.5.1 Ausgestaltung der Modellprojekte Pflegebudget und Integriertes Budget

2.5.1.1 Antragsvoraussetzungen und Antragsverfahren

Die Projekte "Pflegebudget" und "Integriertes Budget" beschränkten sich auf Personen, die gesetzlich pflegeversichert waren. Am Projekt "Pflegebudget" konnte teilnehmen, wer Pflegebedürftiger nach § 14 SGB XI war und seinen Wohnsitz in den ausgewählten Modellregionen hatte (Stadt München, Stadt Kassel, Stadt Erfurt, Kreis Marburg-Biedenkopf, Kreis Unna, Kreis Neuwied, Kreis Annaberg). Für die Teilnahme am "Integrierten Budget" musste neben einer Pflegebedürftigkeit eine Anspruchsberechtigung für mindestens eine weitere im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX relevante Leistung vorliegen. Darüber hinaus war dieses Projekt beschränkt auf den Kreis Neuwied sowie die Stadt Mainz.

Grundsätzlich konnten auch Personen an den Projekten teilnehmen, die vormals Geldleistungen (§ 37 SGB XI) empfangen hatten. Im Projekt "Pflegebudget" war die Teilnahme von Personen mit alleinigem Geldleistungsbezug jedoch auf die Modellregionen Neuwied und Erfurt begrenzt. Im Projekt "Integriertes Budget" wurde festgelegt, dass dies maximal 20 der 50 Teilnehmer betreffen dürfte. Darüber hinaus konnten Empfänger von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI nur an den Modellen teilnehmen, wenn ihr Sachleistungsanteil über 50 Prozent⁴⁸ betrug (Klie et al. 2008a, S. 41). Ob es sich um Personen handelte, die bereits Leistungen bezogen, einen Antrag zur Höherstufung vornahmen oder um solche, die

⁴⁸ Zu Beginn des Projektes "Pflegebudget" wurde der Sachleistungsanteil auf mindestens 90 % festgelegt, dies wurde vor dem Hintergrund der Teilnehmerentwicklung Anfang des Jahres 2006 auf 50 % abgesenkt.

Pflegebedürftigkeit neu beantragten, spielte beim Einschluss in das Programm keine Rolle. Letztere erhielten die Zahlungen rückwirkend zum Datum der Anerkennung der Pflegebedürftigkeit bzw. Höherstufung. Voraussetzung der Teilnahme war darüber hinaus die Bereitschaft zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitforschung (Klie et al. 2008a, S. 43 und S. 23).

Anders als im "Integrierten Budget" wo dies Voraussetzung der Teilnahme war, konnten im Modellprojekt "Pflegebudget" neben den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung keine weiteren Leistungen anderer Rehabilitationsträger im Sinne des § 17 SGB IX zusammengeführt werden. Eine Ausnahme stellte die Hilfe zur Pflege nach § 61 ff. SGB XII dar. Dies war darin begründet, dass im Rahmen des Projektes "Pflegebudget" auch die Einbindung von sozialhilfeberechtigten Personen erprobt werden sollte. Zum anderen bestand die Auffassung, dass durch "die Zusammenführung des Persönlichen Pflegebudgets im Rahmen der Pflegeversicherung mit einem Pflegebudget gemäß §§ 61 ff. SGB XII kein Trägerübergreifendes Persönliches Budget im Rahmen des § 17 SGB IX begründet wird". Abgeleitet wurde dies aus der gegenwärtigen Rechtslage der Hilfe zur Pflege. Hier sei festgehalten, dass die Leistungen nach §§ 61 ff. SGB XII sowohl hinsichtlich der Pflegestufe als auch der Leistungsform gegenüber der Pflegeversicherung "akzessorisch" sind (Klie et al. 2008a, S. 174). Damit greife die Modellklausel nach § 8 (3) SGB XI, welche die Bindung der Leistungsinhalte an den Sachleistungsbegriff aufhebe, auch für die Hilfe zur Pflege.

Die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V konnten weder im "Pflegebudget" noch im "Integrierten Budget" budgetfähig gemacht werden. Im ersteren waren diese qua Definition ausgeschlossen, im letzteren wurden die behandlungspflegerischen Leistungen vor dem Hintergrund berufs- und haftungsrechtlicher Sorgfaltspflichten trotz grundsätzlicher Budgetfähigkeit nach § 17 SGB V ausgeklammert (Klie et al. 2008a, S. 39; Klie et al. 2008b, S. 50).

Beim "Pflegebudget" war das Antragsverfahren wie folgt gestaltet: Ist ein Versicherter an der Teilnahme interessiert, so bekundet er dies über eine Teilnahmeerklärung, welche dem Projektträger zugeführt wird. Die Information über das Budget hat die Person (idealerweise) über die Pflegekasse vor Ort erhalten. Die Teilnahmeerklärung wird an das jeweils regional angesiedelte Projektbüro übermittelt, welches im Rahmen des Modellprojekts für das Case-Management verantwortlich ist. Nach Überprüfung der formalen Anspruchskriterien (s.o.) und auf Grundlage der Interessensbekundung wird der potenzielle Budgetnehmer durch FIFAS zufällig (randomisiert) der Bezugs- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Anschließend wendet sich ein Case-Manager an die Projektteilnehmer und führt ein Assessment sowie erste Vereinbarungen über die notwendigen und gewünschten Hilfen und die im

Rahmen des Projektes durchgeführten weiteren Erhebungen durch. Auf dieser Grundlage wird der Antrag an die Pflegekasse weitergeleitet. Die Beantragung erfolgt auf Grundlage eines abgestimmten Formulars sowie zu einem monatlichen Stichtag (Klie et al. 2008a, S. 42ff).

Die Abläufe des "Integrierten Budgets" orientierten sich an denen des trägerübergreifenden Budgets nach § 17 SGB IX (d.h. auch die Vorgaben der Budgetverordnung (BudgV) fanden Anwendung) mit der entscheidenden Einschränkung, dass auf die Rolle des Beauftragten verzichtet wurde. Interessierte Budgetnehmer erhielten Informationen und Beratung hinsichtlich des Projektes über Koordinierungsbüros in den Modellregionen. Diese prüften, ob eine Teilnahme aufgrund von Anspruchsberechtigung sowohl hinsichtlich Pflegebedürftigkeit aber auch hinsichtlich einer weiteren budgetfähigen Leistung vorlag. Eine Vergleichsgruppe wie im "Pflegebudget" wurde nicht gebildet (Klie et al. 2008b, S. 29).

2.5.1.2 Bedarfsfeststellung und Budgetbemessung

Sowohl im Projekt "Pflegebudget" als auch beim "Integrierten Budget" wurden für die Bedarfsfeststellung im Sinne der Budgetbemessung keine eigenständigen Verfahren erprobt, sondern auf bestehende Definitionen und Abläufe aufgesetzt. So ergab sich die Höhe des Pflegebudgets aus dem jeweiligen Sachleistungsäquivalent und war nicht weiter disponibel. Damit wurde z.B. anders als im niederländischen PGB die Sachleistung in voller Höhe budgetfähig gemacht.

Auch der Anteil der Pflegeversicherung beim "Integrierten Modell" war so definiert. Die Bedarfsbemessung und Höhe der übrigen Leistungen – schwerpunktmäßig waren dies Hilfe zur Pflege sowie Eingliederungshilfe – wurden auf den dort üblichen Verfahren aufgesetzt. Während dies bei der Hilfe zur Pflege zwischen den Sozialhilfeträgern sehr unterschiedlich gehandhabt wird, wird bei der Eingliederungshilfe in Rheinland-Pfalz (hier lagen die Modellregionen) flächendeckend der "Individuelle Hilfeplan" (IHP) genutzt und die Ergebnisse in Form eines Aktionsplans zusammengefasst (Klie et al. 2008b, S. 58).

Darüber hinaus wurde in beiden Projekten durch das Case-Management eine umfangreiche Bedarfserhebung vor dem Hintergrund der Fallsteuerung durchgeführt. Diese hatte jedoch keinen Einfluss auf die Höhe des Budgets und soll folglich im Abschnitt 2.5.1.6 beschrieben werden.

Das Case-Management wurde im Rahmen des Forschungsprojekts finanziert. Alle weiteren aus den gewählten Dienstleistungsverhältnissen erwachsenen Verpflichtungen (z.B. Lohnnebenkosten, Fahrtkosten etc.) waren aus den Budgetmitteln zu bestreiten. Auch Beitragszahlungen zur Rentenversicherung waren durch die Dienstleistungsverhältnisse definiert und

damit aus Budgetmitteln zu leisten. Diesbezügliche Zahlungen an Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI entfielen, da Angehörige im Rahmen des Modellprojekts nicht als Dienstleister zugelassen waren (Klie et al. 2008a, S. 152). Ein stationärer Krankenhausaufenthalt sowie Kurzzeitpflege führten grundsätzlich zu einem Aussetzen des Budgetbezugs.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB V bestand weiterhin fort. Jedoch zeigte sich an diesem Beispiel, dass die Verzahnung des Budgets mit den weiterhin bestehenden Leistungen des SGB XI in der praktischen Umsetzung zu Problemen führen kann. Zum einen wurde durch die Pflegekassen z.T. nicht anerkannt, dass trotz Pflegebudget weiterhin eine Hauptpflegeperson vorhanden war. Darüber hinaus bereitete auch die Bemessung der abzudeckenden Stunden Probleme. Letztlich mussten unter Bezugnahme auf den Hilfeplan des Betroffenen jeweils individuelle Lösungen getroffen werden (Klie et al. 2008a, S. 154 und S. 220).

2.5.1.3 Zielvereinbarung

Wesentlicher Bestandteil des in beide Modellprojekte implementierten Case-Managements war es, in verbindlicher Weise einen Aushandlungsprozess zur Hilfeplanung zu initiieren. Die Budgetverwendung stand damit in beiden Modellprojekten unter dem Vorbehalt der Aushandlung mit dem Case-Manager (Klie et al. 2008a, S. 217), was sich wesentlich von Schweden, Finnland und den Niederlanden unterscheidet, die eine so intensive Begleitung der Inanspruchnehmer nicht implementiert haben.

Im Projekt "Pflegebudget" wurde für alle Teilnehmer (d.h. die Programm- und Vergleichsgruppe)⁴⁹ ein Eingangs- sowie im halbjährlichen Turnus ein Re-Assessment durchgeführt. In der Programmgruppe wurde hierauf aufbauend gemeinsam mit dem Budgetnehmer ein Hilfeplan (Versorgungsplan) erarbeitet bzw. den veränderten Bedürfnissen angepasst (Klie et al. 2008a, S. 212). Das Assessment erfolgte mithilfe des RAI (Resident Assessment Instrument) Home Care 2.0. Auf Grundlage der strukturierten Erfassung der Pflegeprobleme mithilfe des RAI HC sowie unter Einbezug der Sozialen Situation und der Versorgungspräferenzen der Betroffenen wurde der individuelle Hilfeplan erstellt. In diesem wurden die Versor-

⁴⁹ Trotz randomisierter Zuweisung beträgt die Kontrollgruppe nur ca. ein Viertel der Interventionsgruppe. Dies beruht nach Einschätzungen von FIFAS zum einen darauf, dass in der Region München auf eine Vergleichsgruppe verzichtet wurde, zum anderen aber darauf, dass die Erhebungen durch externe Interviewer und nicht von den Case-Managern selbst durchgeführt wurden. Auch sind hinsichtlich der Regionen Unterschiede zu konstatieren. So fanden in Unna und Annaberg nicht alle Folgeerhebungen statt (Blinkert et al. 2008, S.27).

gungsinhalte ("Thematische Dimension") konkretisiert, die Ziele und Meilensteine dokumentiert sowie die Verantwortung festgehalten (Klie et al. 2008a, S. 238). Auch die Vereinbarungen mit den Dienstleistern (Leistungen, zeitlicher Umfang, Kosten etc.) wurden festgehalten.

Bei Veränderungen der Versorgungssituation und Anpassungen wurde nach zwei Wochen ein regelhafter Hausbesuch initiiert, welcher dazu diente zu überprüfen, ob die eingeleiteten Routinen den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen entsprachen und die vereinbarten Dienstleistungen tragfähig funktionierten. Wurde dies bestätigt, so fand erst nach sechs Monaten das regelhafte halbjährliche Re-Assessment statt.

Auch im Projekt "Integriertes Budget" wurde nach dem Prozess der Hilfeplanung ein schriftlicher Hilfeplan verfasst, in dem dokumentiert wurde, welche Verabredungen getroffen wurden. Als Besonderheit bestand, dass in Rheinland Pfalz, wie oben erwähnt, für Leistungen der Eingliederungshilfe seit 2004 eine einheitliche Hilfeplanung und die Erstellung eines standardisierten Teilhabeplans zur Anwendung (Klie et al. 2008b, S. 138) kam. Lag aufgrund der Budgetkonstellation solch ein individueller Teilhabeplan vor, wurde dieser auch für die Hilfeplanung im Projekt "Integriertes Budget" verwendet.

2.5.1.4 Budgetverwendung

Die Budgetmittel wurden den Teilnehmern zu Beginn des Monats überwiesen.⁵⁰ Die Verwendung der Mittel wurde mit dem Case-Management im Hilfeplan vereinbart. Die im Sachleistungskontext gegebene Bindung an im Sinne des SGB XI zugelassene Leistungsanbieter wurde aufgehoben, d.h. die Leistungen konnten bei Dienstleistern eingekauft oder durch Arbeitsverhältnisse erbracht werden (Klie et al. 2008a, S. 213). Daneben war in beiden Projekten explizit die Bindung an die durch § 14 SGB XI implizierten 21 Verrichtungen des täglichen Lebens aufgehoben⁵¹ (Klie et al. 2008a, S. 25; Klie et al. 2008b, S. 26).

⁵⁰ Die Auszahlung des Geldes erfolgte in der Regel durch die Pflegekasse. Aufgrund unterschiedlicher Vereinbarungen bei der Verrechnung der Differenz zwischen Pflegegeld und Sachleistung, die durch die Modellfördermittel beglichen wurden, ergaben sich jedoch unterschiedliche Ausführungen.

⁵¹ Die 21 "Verrichtungen" - (1) Waschen, (2) Duschen, (3) Baden, (4) Zahnpflege, (5) Kämmen, (6) Rasieren, (7) Darm- und Blasenentleerung, (8) Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, (9) Aufnahme der Nahrung, (10) Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen, (11) An- und Auskleiden, (12) Gehen, (13) Stehen (Transfer), (14) Treppensteigen, (15) Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, (16) Einkaufen,

Somit stand es dem Budgetnehmer offen, die Leistungen durch Arbeitsverhältnisse erbringen zu lassen oder bei Dienstleistern einzukaufen. Preise und Vertragsmodalitäten konnten frei vereinbart werden. Im Pflegebudget war die Durchführung der Leistung durch Familienangehörige ausgeschlossen, sodass hier die Angehörigenpflege im Vergleich zu Schweden, Niederlande aber auch Finnland am deutlichsten abgegrenzt wird.

Der Angehörigenbegriff wurde angelehnt an den Kontext der durch die gesetzlichen Krankenkassen zu leistenden Haushaltshilfe nach § 38 (4) SGB V; Aufwandsentschädigungen für Verwandte und Verschwägerter sind hier ausgeschlossen. Ziel der Ausgrenzung war es, die bestehenden informellen Pflegearrangements nicht einer "Kommerzialisierung" auszusetzen (Klie et al. 2008a, S. 155). Im "Integrierten Budget" war dies ein wenig anders gelagert, da es hier – anders als im Pflegebudget – möglich war, das Budget als Kombinationsleistung auszuführen und weiterhin einen Anteil an Geldleistung zu erhalten. In diesen Fällen konnte der Geldleistungsanteil des "Kombi-Modells" weiterhin für Angehörige verwendet werden (Klie et al. 2008b, S. 27).

Wie in den europäischen Vergleichsländern gab es auch im Rahmen des Modellprojektes keine explizit formulierten Anforderungen (z.B. bezüglich Ausbildungsstand etc.) gegenüber den Arbeitnehmern oder Dienstleistern. Auch an Arbeitsverhältnisse etc. wurden keine expliziten Anforderungen formuliert, es wurde jedoch davon ausgegangen, dass diese rechtskonform ausgestaltet waren (Klie et al. 2008b, S. 143).

2.5.1.5 Überprüfung der Budgetverwendung

Die Überprüfung der Budgetverwendung wurde durch die Case-Manager umgesetzt. Die erstmalige Umsetzung des vereinbarten Hilfeplans und des damit einhergehenden Einkaufs der vorgesehenen Leistungen wurde in angemessener Zeit erwartet und überprüft. Darüber hinaus erfolgte eine Überprüfung der Mittelverwendung vor dem Hintergrund des Hilfeplans (mindestens) im Rahmen des obligatorischen halbjährlichen Re-Assessment (Klie et al. 2008a, S. 214 und 7). Nicht verwendete Budgetmittel waren zurückzuzahlen (ZEW 2008, S. 29). Als Faustregel wurde ein Ausgleich des Budgets über sechs Monate vorausgesetzt. Das bedeutet, dass Teile des

(17) Kochen, (18) Reinigen der Wohnung, (19) Spülen, (20) Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, (21) Beheizen - ergeben sich aus der Operationalisierung des Pflegebegriffs nach § 14 SGB XI durch die *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches*.

Budgets für z.B. Weihnachtsgeld oder Urlaubstage des Arbeitnehmers "angespart" werden konnten (Klie et al. 2008a, S. 154).

Die Prüfung der Rechtskonformität von Verträgen oder eine diesbezügliche Rechtsberatung war explizit nicht Aufgabe der Case-Manager. Eingebunden in das Projekt "Pflegebudget" war jedoch eine Anwaltskanzlei, an welche sich die Case-Manager mit rechtlichen Fragen wenden konnten. Dies umfasste sowohl Fragestellungen bezüglich der operativen Umsetzung, z.B. haftungsrechtliche Fragen, als auch Einzelfallfragen (Klie et al. 2008a, S. 128ff).

2.5.1.6 Beratung und Unterstützung des Leistungsnehmers

Die Implementierung und Evaluierung von Beratung und Unterstützung der Leistungsnehmer war ein zentraler Bestandteil beider Modellprojekte. Das Case-Management war an den jeweiligen Projektstandorten angesiedelt und über Projektmittel finanziert.

Im Projekt "Pflegebudget" waren Pflegeanbieter sowie Pflegekassen aus Gründen der Wettbewerbsneutralität explizit von der Durchführung des Case-Management (Klie et al. 2008a, S. 50) ausgenommen. Somit ergab sich eine Ansiedlung zumeist in der Stadtverwaltung bzw. dem Landratsamt. Die für das Modellprojekt geschaffenen Case-Manager-Stellen wurden durch unterschiedliche Professionen (z.B. Pflegepädagogen, Sozialarbeiter) abgedeckt. Die Kooperation, Aufsichtspflichten und Finanzierung des Personals etc. wurde durch Kooperationsvereinbarungen sichergestellt. Anders wurde beim "Integrierten Modell" verfahren. Hier wurde eine Anbindung an regional etablierte Anbieter der Behindertenhilfe gewählt, wobei auf eine Vielfalt der Ausrichtung und Schwerpunkte geachtet wurde (Klie et al. 2008b, S. 35).

Das Case-Management nahm im Rahmen des Projektes sowohl Steuerungsfunktionen auf Fallebene als auch auf Projektebene wahr. Die Case-Manager waren verantwortlich für das Assessment, die Hilfeplanung sowie die Überprüfung der Mittelverwendung. Sie berieten die Budgetnehmer und deren Angehörige darüber hinaus bezüglich des Anbietermarktes und des Umgangs mit den Ressourcen. Auf Wunsch wurde die Kontaktaufnahme zu diesen unterstützt (Klie et al. 2008a, S. 218). Auch im "Integrierten Modell" fand nach Einschätzung von Klie et al (2008b) eine diesbezügliche Beratung statt (S. 116).

Darüber hinaus wurden die Teilnehmer durch das Case-Management bzw. die Koordinationsbüros (Integriertes Modell) über das Modellprojekt und die wissenschaftliche Begleitforschung informiert. Gleichzeitig waren die Case-Manger an der Datenerhebung für das Modellprojekt beteiligt sowie eingebunden in die Öffentlichkeitsarbeit und Verankerung der Projekte vor

Ort (S. 216). Alle Projektteilnehmer erhielten mindestens halbjährlich ein Assessment und damit ein Beratungsgespräch in der häuslichen Umgebung. Budgetnehmer mit komplexeren Bedarfen erhielten darüber hinaus eine intensivere Begleitung durch das Case-Management (S. 230).

Grundsätzlich entsprach dies auch dem Vorgehen im Modellprojekt "Integriertes Budget", wobei sich die "Autorisierung" des Case-Managements verzögerte und deshalb nach Einschätzung von Klie et al (2008b) dies in seiner Wirksamkeit begrenzt blieb (S. 137). Die Kontrolle der Durchführung des Hilfeplans sowie Evaluationen der dort festgelegten Ziele waren aber auch in diesem Projekt beim Case-Management verankert.

2.5.2 Wirkungen des Pflegebudgets und Integrierten Budgets

2.5.2.1 Inanspruchnahme und Kosten des Pflegebudgets und Integrierten Budgets

In beiden Modellprojekten blieb die Zahl der Budgetnehmer hinter den geplanten Teilnehmerzahlen zurück. Nach Einschätzung von Klie et al. (2008a) führten verschiedene Gründe zu dieser Situation. Zum einen entstanden aus organisatorischen Gründen zeitliche Verzögerungen beim Modellstart. Darüber hinaus werden die zögernde Haltung der etablierten professionellen Leistungserbringer sowie der Modellcharakter an sich als hemmende Faktoren benannt (S. 45). Um dem zu begegnen, wurden zum einen Anpassungen am Forschungsdesign vorgenommen (z.B. wurde der Zugang von Personen mit Kombinationsleistungen ermöglicht und in München auf eine Vergleichsgruppe verzichtet). Auch wurde Öffentlichkeitsarbeit in den Modellregionen durchgeführt, welche nach Einschätzung von Klie et al. (2008a) jedoch nicht durchweg die gewünschten Wirkungen entfaltete.

Insgesamt nahmen am Modellprojekt "Pflegebudget" im Zeitraum von 1.12.2004 bis 31.12.2007 874 Personen teil. Hiervon waren 608 Teil der Programmgruppe und 266 Teil der Vergleichsgruppe. Zum Stichtag 31.12.2007 nahmen 490 Personen am Modellprojekt teil; bezogen auf die Einwohnerzahl in den Modellregionen nahmen damit pro 100.000 Einwohner 18,7 Personen ein Pflegebudget in Anspruch. Am Modellprojekt "Integriertes Budget" nahmen 15 Personen teil.

Tabelle 14: Inanspruchnahme des Pflegebudgets und des Integrierten Budgets

	Pflegebudget	Integriertes Budget	Häuslich versorgte Pflegebedürftige in der BRD (2003)
Zahl der Teilnehmer ⁵²	490	15	1,44 Mio.
pro 100.000 Einwohner ⁵³	18,15	3,93	1740
Davon > 60 Jahre ⁵⁴	84%	-	81%
Anteil männlich/weiblich	31%/69%	60%/40%	31%/69%

Quelle: IGES nach (Klie et al. 2008a; Klie et al. 2008b) und Blinkert et al. (2008), Statistische Ämter des Bundes und der Länder und Statistisches Bundesamt (*2003)

Im Hinblick auf die Pflegestufe unterschieden sich die Programmteilnehmer des Pflegebudgets nicht wesentlich von den in Deutschland ambulant Pflegebedürftigen, bei der Leistungsart hingegen deutlich (vgl. Tabelle 14). Im Bundesdurchschnitt nahmen 2003 zwei von drei ambulant Pflegebedürftigen Geldleistungen in Anspruch, in der Projektgruppe war dies lediglich jeder Dritte (bezogen auf die Personen, die vor Eintritt in das Projekt bereits eine Leistung erhielten). Rückschlüsse darauf, welche Leistungsempfänger ein Pflegebudget bevorzugt in Anspruch nehmen würden, sind aber nicht möglich, da der Zugang zum Projekt für Geldleistungs- und auch Kombinationsleistungsempfänger eingeschränkt war (Geldleistungsempfänger konnten nur in Neuwied und Erfurt teilnehmen, Kombinationsleistungsempfänger nur, wenn der Sachleistungsanteil über 50 Prozent betrug).

⁵² Programm und Vergleichsgruppe zum Stichtag 31.12.2007

⁵³ Zum Stichtag 31.12.2007 addiert sich die Zahl der Bevölkerung in den Modellregionen auf 2.644.901 Einwohner (siehe Statistische Ämter des Bundes und der Länder - Landkreis Annaberg 81.438 Einwohner; Stadt Erfurt 202.929 Einwohner; Stadt Kassel 193.803 Einwohner, Landkreis Marburg-Biedenkopf 252.187 Einwohner, Stadt München 1.311.573 Einwohner; Landkreis Neuwied 183.618; Kreis Unna 419.353; Stadt Mainz 198.118).

⁵⁴ Bezogen auf alle Teilnehmer - nicht stichtagbezogen.

Tabelle 15: Pflegestufe und Art des Leistungsbezugs der Teilnehmer der Modellprojekte

	Pflegebudget	Häuslich versorgte Pflegebedürftige in der BRD 2003
<i>Pflegestufe</i>		
Pflegestufe I	55%	57%
Pflegestufe II	34%	33%
Pflegestufe III	11%	10%
<i>Art des Leistungsbezugs vor Teilnahme am Modellprojekt</i>		
Geldleistung	26%	} 34% 73%
Sachleistung	34%	
Kombinationsleistung	17%	
anderes ⁵⁵	23%	22% 15%

Quelle: IGES nach Blinkert et al. 2008 (S.31)

Auch der Anteil an Pflegebedürftigen, die in einem 1-Personen-Haushalt leben, war mit 56 Prozent bei den Teilnehmern des Modellprojektes überproportional. Blinkert et al. (2008) weisen aber auch diesbezüglich darauf hin, dass dies mit der Art des Leistungsbezugs korreliert und deshalb Rückschlüsse darauf, wer ein besonderes Interesse an einem Pflegebudget hat, nur bedingt möglich sind (S. 32). (Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl im Modellprojekt "Integriertes Budget" werden die dortigen Charakteristika aufgrund fehlender Repräsentativität hier nicht aufgeführt.)

Kosten bzw. Mehrkosten entstanden im Rahmen der Modellprojekte folglich:

- o aufgrund der Aufstockung der Geldleistungsbeträge auf das Sachleistungsniveau

und

- o aufgrund der Case-Management-Kosten.

Die Kosten der Aufstockung ergaben sich folglich aus der Zahl der Geldleistungsempfänger bzw. Kombinationsleistungsempfänger multipliziert mit der jeweiligen Differenz zur Sachleistungshöhe.

Für das Projekt "Pflegebudget" können die Kosten des Case-Management aus einer Befragung der Case-Manger abgeleitet werden; für das "Integrier-

⁵⁵ z.B. Neuantrag, Krankenhausentlassung etc.

te Budget" liegt eine analoge Erhebung nicht vor. Die Erhebung ergab, dass für eine Betreuung von 346 Budgetnehmern in einem Erhebungszeitraum von 3 Monaten 2.038 Stunden für das Case-Management auf Fallebene sowie Fahrten und sonstige Tätigkeiten (z.B. Büroarbeit) anfielen (Zeiten für die Modellimplementierung und Aufgaben bezogen auf die Begleitforschung sowie Öffentlichkeitsarbeit sind hierbei nicht einbezogen) (Klie et al. 2008a, S. 386). Hochgerechnet auf ein Jahr wären dies 8.152 Stunden, d.h. 23,5 Stunden je Budgetnehmer. Bei einer 40-Stunden-Woche und 201 aktiven Arbeitstagen im Jahr würden hierfür 14,6 Case-Manager (Vollzeit-äquivalent) je 1000 Budgetnehmer benötigt. Durch das Case-Management eingespart wurden bei Geldleistungsnehmern die Pflegeeinsätze nach § 37 (3) SGB XI, welche damals in der Pflegestufe I und II mit bis zu 16 Euro (halbjährlich) und in der Pflegestufe III mit bis zu 26 Euro (vierteljährlich) pro Einsatz zu vergüten waren (vgl. SGB XI i.d.F. vom 8. Juni 2005).

2.5.2.2 Leistungsarten und Anbieterstrukturen

Kernbestand der Evaluation des Pflegebudgets war die Analyse der Versorgungssituation; für das "Integrierte Budget" liegt eine analoge Erhebung nicht vor. Die Versorgungssituation wird operationalisiert durch a) Art der Helfer, b) die Art der Leistungen, c) die Zahl der geleisteten Pflegestunden, d) die Vergütung der Helfer sowie e) die Zufriedenheit der Budgetnehmer (welche in Abschnitt 2.5.2.3 dargestellt wird). Folgende Ergebnisse werden durch Blinkert et al.. (2008) und ZEW (2008) herausgearbeitet:

- a) In den Pflegearrangements der Budgetnehmer ist die Anzahl der Helfertypen im Vergleich zur Vergleichsgruppe nach einem halben Jahr um ca. einen Helfertyp angestiegen. In der Subgruppe der ehemaligen Sachleistungsempfänger ist dieser Anstieg jedoch nicht signifikant (ZEW 2008, S. 110). Als Helfertypen werden dabei 1.) die informelle Hilfe durch Angehörige, 2.) die informelle Hilfe durch Freunde und Nachbarn, 3.) die formelle Hilfe durch professionelle Pflegedienste sowie 4.) die formelle (berufliche) Hilfe durch weitere Dienstleister oder Einzelpersonen unterschieden. Dabei hat insbesondere die Zahl der formellen Helfer ohne pflegfachliche Ausbildung (Gruppe 4) zugenommen. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die Hilfe bei professionellen Diensten beziehen, gleicht sich im Pflegebudget zwischen den ehemaligen Sach- und Geldleistungsbeziehern an (ZEW 2008, S. 108). Gleichzeitig bleibt die Zahl der familiären und nachbarschaftlichen Hilfstypen konstant (Aussagen zur Anzahl sind nicht möglich) (Blinkert et al. 2008, S. 172ff; ZEW 2008, S. 110).

- b) Hinsichtlich der Frage, ob sich die Art der nachgefragten Leistungen im Rahmen des Pflegebudgets verändert, kommen das ZEW und Blinkert et al. zu unterschiedlichen Einschätzungen. Das ZEW (2008) arbeitet heraus, dass sich keine Hinweise ergeben, dass sich die Hilfeprofile in der Budgetgruppe verändern. Der Anteil an hauswirtschaftlichen Leistungen, Körperpflege, Unterstützung bei der Ernährung oder Mobilität und bei medizinischen Aspekten sowie die weitere Betreuung bleiben nach der Untersuchung des ZEW konstant. Es wird vielmehr geschlussfolgert, dass die Art der nachgefragten Versorgung unabhängig von der gewählten Leistungsart ist; allein mit wessen Hilfe der Leistungsbedarf gedeckt werde, unterscheidet sich (S.111).

Blinkert et al. (2008) kommt im Rahmen einer Folgerhebung zum Nachfrageverhalten zu dem Schluss, dass die Budgetnehmer bei den formellen nicht professionellen Dienstleistern (Gruppe 4, mit dem höchsten Zuwachs) häufiger Betreuungsleistungen und Leistungen zur Teilhabe in Anspruch nehmen als die Vergleichsgruppe (S. 215).

- c) Die Veränderungen der Pflegezeit sind differenziert nach vormaligen Sachleistungs- und Geldleistungsbeziehern zu betrachten. So bleibt das insgesamt aufgewendete Zeitvolumen der vormaligen Geldleistungsempfänger relativ konstant, wobei es zu einer Substitution der Angehörigen-Zeit durch nichtprofessionelle (aber bezahlte) Helfer kommt. Das Zeitvolumen der Sachleistungsempfänger steigt aufgrund einer Ausdehnung der nichtprofessionellen, gewerblichen Hilfe jedoch sehr deutlich an (Blinkert et al. 2008 S. 186; ZEW 2008, S. 120).
- d) Hinsichtlich des Einflusses des Pflegebudgets auf die Höhe der Löhne in den jeweiligen Helferkategorien (s.o.) konnten durch das ZEW keine signifikanten Ergebnisse festgestellt werden (ZEW 2008, S. 126).

Blinkert et al. (2008) kommen zu dem Schluss, dass das Pflegebudget

- o eine Entlastung der pflegenden Familienangehörigen, aber
- o keine Verringerung der Ehrenamtlichkeit und
- o keine "Deprofessionalisierung der Pflege", sondern
- o stattdessen eine "Verberuflichung der Pflege"

bewirkt. Die Pflegearrangements haben sich aus Sicht von Blinkert et al. (2008) durch das Pflegebudget differenziert, gleichzeitig haben sich die pflegenden Angehörigen nicht aus der Verantwortung zurückgezogen (S. 174/179).

Die nicht professionellen aber "beruflichen" Anbieter, welche den stärksten Leistungszuwachs im Pflegebudget zu verzeichnen haben, sind zum Großteil Einzelpersonen (d.h. i.d.R. Minijobber), aber auch zu einem geringeren Teil bei Pflegediensten oder sonstigen Unternehmern (z.B. Frisör) angestellte Voll- bzw. Teilzeitkräfte Blinkert et al. (2008, S. 211).

Die Umsetzung des Projektes in den Modellregionen ist dabei aber auch auf "Widerstände" der etablierten Leistungserbinger-Strukturen gestoßen. So bewirkte nach Klie et al. (2008a) das Modellprojekt "Pflegebudget" *"bei professionellen Anbietern von Pflegeleistungen auf breiter Basis Befürchtungen, vom Markt verdrängt zu werden"* (S. 64). Gleichzeitig habe sich in den Modellregionen die Infrastruktur im Bereich hauswirtschaftliche Leistungen sowie Betreuungs- und Pflegeleistungen aber auch nicht so entwickelt wie erwartet. Dies geschieht aus Sicht von Klie et al. (2008a), da die etablierten Anbieter *"nur in sehr geringer Anzahl die notwendige Innovationsbereitschaft zeigten"* und Chancen, neue Angebote zu entwickeln, nicht genutzt wurden - auch aufgrund der begrenzten Laufzeit des Projektes (S. 61).

2.5.2.3 Qualität der Leistungserbringung und Auswirkungen des Wegfalls der zentralisierten Leistungsbeschaffung

Im Rahmen des Modellprojekts erfolgte die Qualitätssicherung im Kontext des Case-Managements. Die üblichen objektorientierten Ansätze von Qualitätssicherung wurden damit durch subjektorientierte - d.h. im individuellen Assessment und Hilfeplan verankerte Ansätze - ersetzt (Klie et al. 2008a, S. XXII). Systematisch erfasst wurde die Qualität der Leistungserbringung durch eine Zufriedenheitsbefragung der Pflegebedürftigen sowie der Hauptpflegepersonen.

Bei den Pflegebedürftigen selbst lässt sich im Rahmen des Pflegebudgets kein starker Einfluss auf die Zufriedenheit feststellen. Abgefragt wurden die Dimensionen "Versorgung", "Unterstützung durch die Familie und Freunde", "Gesundheitliche Situation", "Teilnahme am gesellschaftlichen Leben", "Kontaktmöglichkeiten mit Menschen", "allgemeine Lebensqualität". Allein die Zufriedenheit hinsichtlich der Teilhabe und der Kontaktmöglichkeiten verändert sich bei den Budgetnehmern signifikant zum Positiven (ZEW 2008, S. 135). Darüber hinaus gibt es nach Einschätzung des ZEW (2008) Anzeichen dafür, dass sich das Pflegebudget stabilisierend auf die Versorgungssituation auswirke (S. 201). Dies wird insbesondere deshalb geschlossen, da das Risiko eines Heimeintritts bei Wegfall einer relevanten Pflegeperson, die nicht die Hauptpflegeperson ist, bei den Projektteilnehmern signifikant niedriger ist als in der Vergleichsgruppe.

Für die Hauptpflegeperson wird eine zeitliche Entlastung festgestellt, welche mit einer erhöhten Zufriedenheit mit der "eigenen Freizeit", der "Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen", "Teilhabe am gesellschaftlichen Leben" und der "allgemeinen Lebensqualität" einhergeht. Ein positiver Einfluss auf die Gesundheit der Hauptpflegeperson ist jedoch nicht festzustellen (ZEW 2008, S. 149).

Als Grund für den Beitritt zum Modellprojekt "Pflegebudget" bejahen nahezu alle Teilnehmer (97 Prozent) die Frage, ob dies geschieht, um mehr Flexibilität, Wahlfreiheit und bedarfsgerechte Leistungen zu erhalten. Der häufigste Grund, das Modellprojekt zu beenden, war der Übergang ins Pflegeheim⁵⁶. Knapp jeder sechste, der das Pflegebudget vorzeitig verlassen hat, tat dies aufgrund projektspezifischer Gründe, knapp jeder zehnte, da die Helfer nicht aus dem Budget bezahlt werden konnten bzw. wollten. Eine Kündigung aufgrund dessen, dass das Budget einen zu hohen Organisationsaufwand erzeugt, fand nur in einem Fall statt (n=108) Blinkert et al. (2008, S. 43)

Die Zufriedenheit der Teilnehmer des "Integriertes Budgets" wurde anhand der 15 Fallbeispiele analysiert. Im Fokus stand dabei die Wirkung des Modellprojektes auf die Realisierung von Kompetenzen der Budgetnehmer, aus welcher Klie et al. (2008b) eine erhöhte Lebensqualität schlussfolgern (S. 103). Für die Mehrzahl der Projektteilnehmer konnte ein höherer Grad von Kompetenzen (operationalisiert durch "Personalkompetenz", "Anleitungskompetenz", "Organisationskompetenz" und "Finanzkompetenz") aufgezeigt werden. Allerdings sind in der Studie keine Vergleiche zu einer Kontrollgruppe hinterlegt.

Der Wegfall der zentralisierten Leistungsbeschaffung wurde in beiden Projekten in erheblichen Umfang durch das Case-Management begleitet. Aufgabe des Case-Managements war die neutrale Beratung der Budgetnehmer hinsichtlich des regionalen Anbietermarktes und die Unterstützung bei rechtlichen und vertraglichen Fragestellungen (siehe auch Abschnitt 2.5.1.6).

⁵⁶ Das Versterben eines Teilnehmers wird hier nicht unter "Beenden" subsumiert. Nach Blinkert et al. (2008) ist dies der häufigste Grund, da 48 % der Teilnehmer verstorben sind (S. 44).

3 Ausgangssituation vor Neuausrichtung des § 35a SGB XI

3.1 Überblick über die Ausgestaltung des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2-4 SGB IX⁵⁷

Anspruchsberechtigung und Antragsverfahren

Menschen, deren körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft daher beeinträchtigt ist bzw. bei denen eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist, haben Anrecht auf Leistungen zur Teilhabe im Sinne des SGB IX (vgl. Definition des Begriffs der Behinderung in § 2 (1) SGB IX). Die Leistungen zur Teilhabe werden durch unterschiedliche Rehabilitationsträger wie z. B. die gesetzlichen Krankenkassen, Unfall- und Rentenversicherung, die Agentur für Arbeit, die Träger der Sozial- und Jugendhilfe (§ 6 SGB IX) ausgeführt.

Die Leistungen zur Teilhabe können gemäß § 17 (2) - (4) SGB IX auch als Persönliches Budgets erbracht werden. Seit 2008 besteht ein Rechtsanspruch auf diese Leistungsform (vgl. § 159 (5) SGB IX). § 35a SGB XI ermöglicht auch Pflegebedürftigen die Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 (2) - (4) SGB IX. Nach § 35a SGB XI können Pflegebedürftige, die zugleich behinderte Menschen im Sinne des SGB IX sind, die in § 35a Satz 1 SGB XI aufgeführten Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen des trägerübergreifenden persönlichen Budgets nach § 17 (2) - (4) SGB IX auf Antrag in Anspruch nehmen.

Jedoch können aufgrund von § 35a SGB XI Sachleistungen nach § 36 SGB XI sowie der Sachleistungsanteil bei Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI im Rahmen von persönlichen Budgets ausschließlich in Form von Gutscheinen ausgeführt werden; d. h. der Budgetnehmer erhält Gutscheine, welche er bei nach dem SGB XI zugelassenen Pflegeeinrich-

⁵⁷ Eine ausführliche Darstellung des Status Quo erfolgt noch einmal im Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** jeweils nach den gewählten Teilüberschriften. Die hier eingefügte Zusammenfassung bzw. Wiederholung der in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellten Details sollen allein dem Leser zur Orientierung dienen.

tungen einlösen kann. Durch diese Bindung ist es dem Budgetnehmer heute im Grunde nicht möglich, eigenständig Pflegeleistungen aus Mitteln des Persönlichen Budgets zu beschaffen, es sei denn er beantragt das Pflegegeld nach § 37 SGB XI.

Enthält ein Persönliches Budget Leistungen mehrerer Leistungsträger, so fungiert einer der Träger als Beauftragter. Grundsätzlich hat der zuständige Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX das Verfahren zu koordinieren und zu initiieren, d. h. die anderen Leistungsträger zu unterrichten und von diesen Stellungnahmen bezüglich des Bedarfs und der Höhe der Leistungen sowie hinsichtlich der Inhalte der Zielvereinbarung und des Beratungsbedarfs einzuholen (vgl. auch BudgetV § 3).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation empfiehlt bei der Durchführung des Verfahrens zwischen dem vereinfachten und dem ausführlichen Verfahren, d. h. einem Verfahren mit und ohne Durchführung einer Budgetkonferenz der Leistungsträger, zu differenzieren. Sind die vorhandenen Unterlagen und Stellungnahmen der beteiligten Leistungsträger ausreichend, um das Persönliche Budget festzusetzen, so kann und sollte im Sinne einer wirtschaftlichen und zügigen Bewilligung das vereinfachte Verfahren zur Anwendung kommen (BAR 2009, S. 47). Sind alle Fragen geklärt und ist die Zielvereinbarung mit dem Antragsteller geschlossen, so erlässt der Beauftragte den Verwaltungsakt.

Bedarfsfeststellung und Budgethöhe

Bestandteil des Verfahrens zur Bewilligung des Persönlichen Budgets ist auch die Bedarfsfeststellung, für welche kein trägerübergreifendes Verfahren verankert ist, da die Leistungsträger die Leistungen zur Teilhabe im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften erbringen. Dies beinhaltet, dass die Höhe des (Teil-)budgets der jeweiligen Leistungsträger nach dem für sie geltenden Leistungsrecht bemessen wird (§ 4 SGB IX und § 3 Abs. 4 BudgetV). Für die Pflegeversicherung hat die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit somit auch im Rahmen von Persönlichen Budgets nach dem SGB XI zu erfolgen; sie ist durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchzuführen. Die Leistungshöhen sind pauschaliert und richten sich nach der Pflegestufe und der Form der Leistungserbringung (Geld- oder Sachleistungen).

Zielvereinbarung und Nachweise

Durch die Budgetverordnung (auf Grundlage von § 21a SGB IX) wird expliziert, dass im Rahmen des Persönlichen Budgets eine Zielvereinbarung zwischen antragstellender Person und dem Beauftragten zu schließen ist

(§ 4 BudgetV). In der Zielvereinbarung sind die individuellen Förder- und Leistungsziele, die Nachweiserbringung für die Deckung des festgestellten Bedarfs sowie die Qualitätssicherung festzuhalten.

Ob bzw. welche Nachweise für die Deckung des festgestellten Bedarfs notwendig sind, ist in der Zielvereinbarung festzuhalten (§4 BudgetV). Die Handlungsempfehlungen der BAR verweist darauf, dass sich der Nachweis auf die Leistung und nicht auf deren Preis beziehen soll. Auch wird vor dem Hintergrund einer notwendigen vertrauensvollen Zusammenarbeit angeregt, unbürokratische Formen des Nachweises – nach dem Motto –,„so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ – anzustreben.

Beratung und Unterstützung

Darüber hinaus sind die Budgetmittel so zu bemessen, dass die erforderliche Beratung und Unterstützung des Budgetnehmers erfolgen kann. Nach den Handlungsempfehlungen der BAR umfasst die Koordinierungsfunktion des Beauftragten diese Beratungstätigkeit. Gleichwohl steht es dem Budgetnehmer frei, durch wen er sich beraten lässt. Grundsätzlich stehen dem Budgetnehmer dafür die kostenfreien Angebote der Gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22 - 25 SGB IX, die Angebote der jeweiligen Leistungsträger sowie solche der Wohlfahrtsorganisationen und vergleichbarer Organisationen zur Verfügung (BAR, S. 50).

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung sieht dabei das Angebot einer individuellen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vor. Diese wurde 2008 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführt. Hintergrund war die Kritik, dass die bis dahin praktizierte, verweisende Beratung nach § 7a SGB XI, welche vorwiegend nur Auskünfte über örtliche, verfügbare Hilfeangebote gab, dem oftmals erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf der Betroffenen nicht gerecht wurde (BT-Drs. 16/7439, S. 45).

Heute ist es Aufgabe der Pflegeberatung, den individuellen Hilfebedarf unter pflegerischen, gesundheitsfördernden sowie sozialen Gesichtspunkten zu erfassen und einen Versorgungsplan zu erstellen. Dieser hat unter Berücksichtigung der MDK-Begutachtung alle für den Einzelfall erforderlichen Leistungen zu erschließen. Auf die Ausführung ist "hinzuwirken", die Durchführung des Plans ist zu "überwachen" (vgl. § 7a (1) Satz 2 SGB XI). Eine Abstimmung mit den (ggf.) einzubeziehenden weiteren Leistungsträgern ist dabei herzustellen. Auch ist die Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen (wie z. B. den Servicestellen nach §§ 22 - 25 SGB IX) sicherzustellen. Darüber hinaus sollten mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz durch die Einführung und Förderung von Pflegestützpunkten gem. § 92c SGB XI auch die strukturellen Voraussetzungen für die Pflegeberatung verbessert werden.

3.2 Anspruchsberechtigter Personenkreis vor dem Hintergrund einer Neugestaltung des § 35a SGB XI

Nach § 17 (2) Satz 4 SGB IX können Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI, die zugleich als behinderte Menschen im Sinne des SGB IX Teilhabeleistungen beziehen, die in § 35a SGB XI aufgeführten Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag auch im Rahmen eines Persönlichen Budgets in Anspruch nehmen.

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden analysiert werden, wie groß die Gruppe der potenziell anspruchsberechtigten Personen ist. Hierzu werden insbesondere die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Sozialen Pflegeversicherung, die Schwerbehindertenstatistik sowie der Mikrozensus herangezogen.

Im Fokus steht dabei zum einen die Frage, wie viele Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI zugleich behinderte Menschen im Sinne des SGB IX sind. Zum anderen werden Leistungsanspruchnahme und Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung insgesamt dargestellt. Eine Bewertung, ob es bei der zu erprobenden Aufhebung der Gutscheinregelung einer Änderung des Personenkreises der Anspruchsberechtigten bedarf, ist nicht Bestandteil dieses Kapitels. Die diesbezügliche Diskussion wird in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** bei der Ableitung der Empfehlungen geführt.

3.2.1 Anspruchsberechtigte

3.2.1.1 Pflegebedürftigkeit

Im Jahr 2009 bezogen 2,24 Mio. Menschen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung⁵⁸, davon etwas mehr als zwei Drittel im ambulanten und knapp ein Drittel im stationären Sektor (Tabelle 16). 61 Prozent der Leistungsempfänger im ambulanten Versorgungsbereich wiesen dabei den Pflegebedarf der Stufe I und 30 Prozent den der Pflegestufe II auf. Lediglich jeder elfte ambulant Pflegebedürftige erhielt Leistungen der Stufe III. Im stationären Sektor war dies hingegen jeder fünfte Pflegebedürftige, wobei die Pflegestufen I und II jeweils zu ca. 40 Prozent vertreten waren.

⁵⁸ Die Leistungen der Privaten Pflegeversicherung werden in den folgenden Ausführungen nicht betrachtet.

Tabelle 16: Leistungsempfänger und Inanspruchnahme nach SGB XI 2009

Versorgungsform	Ambulant		Stationär		Insgesamt	
Pflegestufe I	934.917	61%	286.314	41%	1.221.231	54,5%
Pflegestufe II	466.091	30%	277.129	39%	743.220	33,2%
Pflegestufe III	137.924	9%	137.702	20%	275.626	12,3%
Insgesamt	1.538.932	(69%)	701.145	(31%)	2.240.077	(100%)

Quelle: IGES; BMG (Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Sozialen Pflegeversicherung)

Knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen wählte im Jahr 2009 das Pflegegeld nach § 37 SGB XI (siehe Tabelle 17). Etwa 700.000 pflegebedürftige Menschen wurden stationär betreut, davon 80.000 in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Tabelle 17: Leistungsarten nach SGB XI 2009

Leistungsart	Anzahl 2009 ⁵⁹
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	1.034.561
Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI)	284.671
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	179.795
Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	28.895
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	33.780
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	16.542
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	613.746
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen (§ 43a SGB XI)	79.457

Quelle: IGES; BMG (Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Sozialen Pflegeversicherung)

Pflegesachleistungen nahmen ca. 460.000 Menschen in Anspruch, wobei fast zwei Drittel (61 Prozent) eine Kombination von Pflegegeld und Sachleistungen wählte. Nur 180.000 der insgesamt 1,5 Mio. ambulant Pflegebedürftigen bezogen ausschließlich Pflegesachleistungen (ggf. in Kombinati-

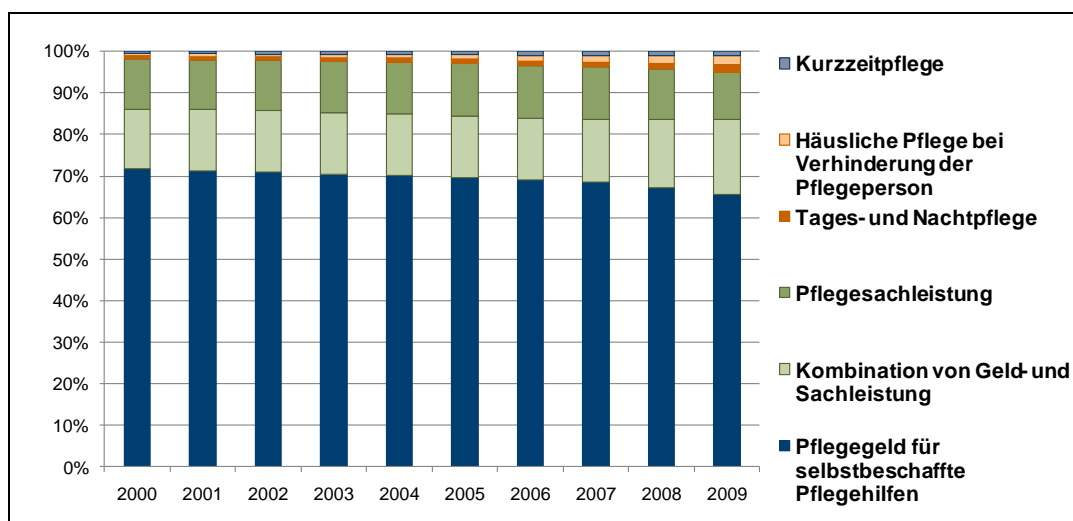
⁵⁹ Mehrfachzählungen sind möglich, da Empfänger von Tages- und Nachtpflege, von häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson und von stationärer Pflege in Behindertenheimen gleichzeitig noch eine weitere Leistung (i. d. R. Pflegegeld) beziehen können.

on mit weiteren Sachleistungen der Tages- und Nachtpflege bzw. Leistungen der Verhinderungspflege etc.).

Die Angebote der Tages- und Nachtpflege nutzten knapp 30.000 Menschen, wobei die Inanspruchnahme von 2007 auf 2009 um 70 Prozent angestiegen ist⁶⁰, was darauf hindeutet, dass die durch das PFWG eingeführten Maßnahmen zur Förderung dieser Versorgungsform erste Wirkungen zeigen. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) sowie Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) wurden 2009 von ca. 50.000 Pflegebedürftigen in Anspruch genommen.

Damit wird deutlich, dass das Pflegegeld 15 Jahre nach Einführung der Sozialen Pflegeversicherung die vorherrschende Leistungsform darstellt. Im ambulanten Bereich nehmen zwei Drittel der Pflegebedürftigen (66 Prozent) ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Anspruch, wobei die Tendenz aber abnehmend ist: im Jahr 2000 waren es noch 72 Prozent (Abbildung 12).

Abbildung 12: Anteil Pflegegeldempfänger an ambulanten Leistungsempfängern



Quelle: IGES; BMG (Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Sozialen Pflegeversicherung)

Betrachtet man die Inanspruchnahme des Pflegegeldes differenziert nach Altersgruppen und Pflegestufen⁶¹, so zeigt sich zum einen, dass die Inan-

⁶⁰ Siehe hierzu ebenso Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Sozialen Pflegeversicherung des BMG 2011.

⁶¹ Hierzu muss jedoch hilfsweise auf die Pflegestatistik zurückgegriffen werden, da in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Sozialen Pflegeversicherung die In-

spruchnahme in der Pflegestufe I mit 71 Prozent am höchsten ist, aber auch in der Stufe III mehr als jeder Zweite Pflegegeld bezieht. Ebenso wird deutlich, dass das Pflegegeld in den Altersgruppen bis unter 25 Jahre dominiert (90 Prozent und mehr in allen drei Stufen) und der Anteil dann kontinuierlich absinkt.

Tabelle 18: Anteil ambulant Pflegebedürftiger, die Pflegegeld in Anspruch nehmen 2007

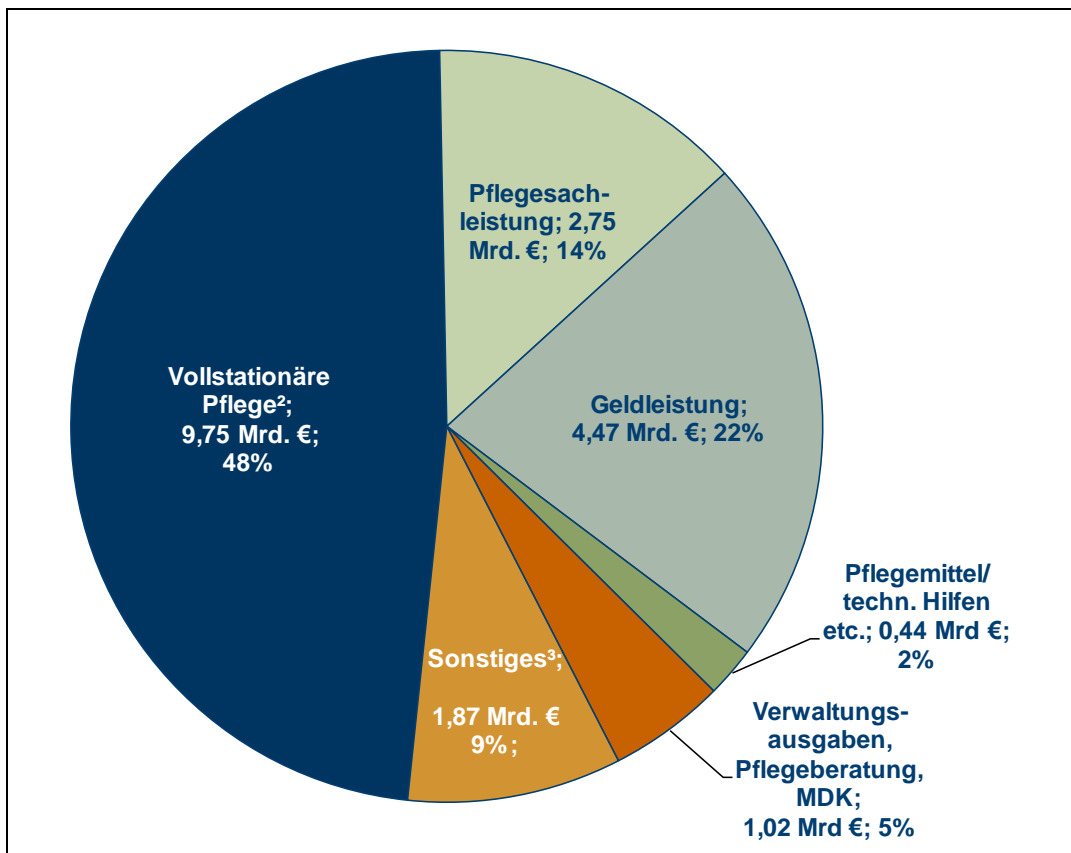
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
unter 15 Jahre	97%	95%	91%
15 bis unter 25 Jahre	98%	96%	93%
25 bis unter 65 Jahre	84%	83%	68%
65 bis unter 70 Jahre	78%	71%	55%
70 bis unter 75 Jahre	76%	65%	49%
75 bis unter 80 Jahre	71%	58%	45%
80 bis unter 85 Jahre	65%	53%	44%
85 bis unter 90 Jahre	61%	51%	46%
90 und älter	58%	51%	48%
Alle Altersgruppen	71%	63%	58%

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt (Pflegestatistik)

Aufgrund der deutlich niedrigeren Leistungshöhen des Pflegegeldes entfallen trotz der hohen Inanspruchnahme auf diese Leistungsart lediglich 22 Prozent der Ausgaben (4,47 Mrd. Euro) der Sozialen Pflegeversicherung (siehe Abbildung 13). Insgesamt betragen die Ausgaben im Jahr 2009 20,3 Mrd. Euro. Davon entfiel knapp die Hälfte (9,75 Mrd.) auf Leistungen der Vollstationären Pflege und vollstationären Pflege in Behindertenheimen (inkl. der stationären Vergütungszuschläge nach § 87b SGB XI). Für Pflegeleistungen wurden 2,75 Mrd. Euro aufgewendet, was 14 Prozent des Gesamtaufwands entspricht.

formation in dieser Form nicht ausgewiesen wird. Die Pflegestatistik umfasst auch die privat Pflegeversicherten. Die Inanspruchnahme von Pflegegeld ist mit 67 Prozent über alle Altersgruppen und Pflegestufen etwa 1,4 Prozentpunkte niedriger als die in den Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Sozialen Pflegeversicherung ausgewiesene (2007=68,4%). Die Pflegestatistik des Jahres 2009 lag (April 2011) leider noch nicht vor.

Abbildung 13: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten 2009



Quelle: IGES; BMG (Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Sozialen Pflegeversicherung) (²inkl. Vollstationäre Pflege, auch in Behindertenheimen, inkl. stationäre Vergütungszuschläge; ³Sonstiges: Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Pflegeurlaub, Zusätzliche ambulante Betreuungslösungen, Soziale Sicherung der Pflegepersonen)

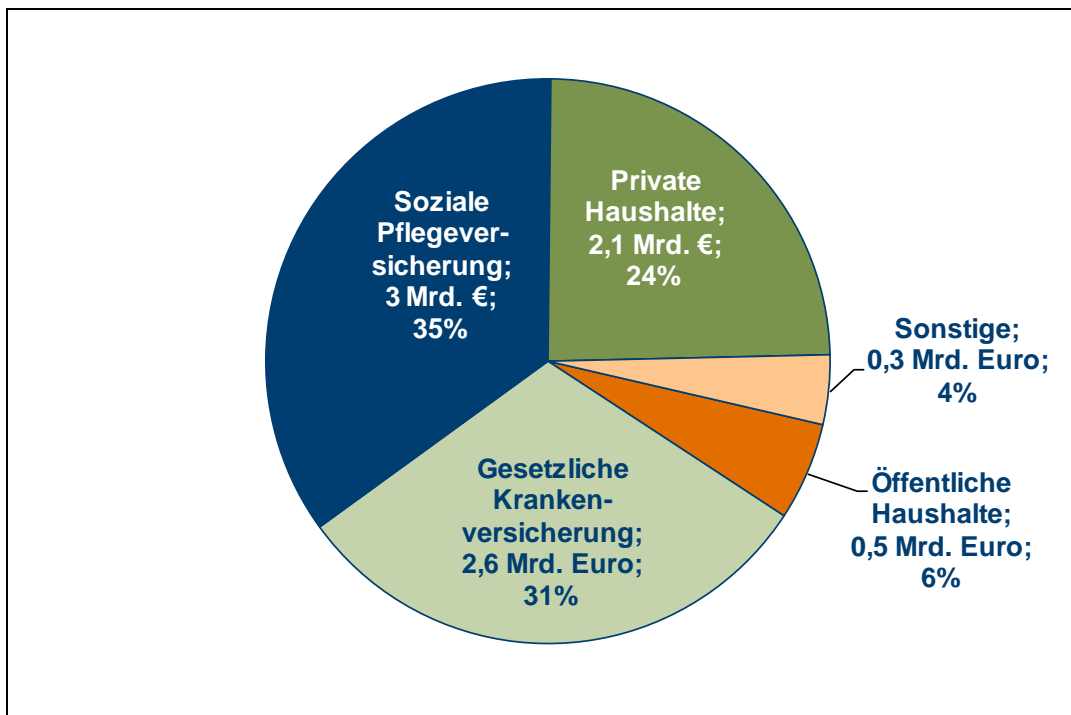
Neben der Sozialen Pflegeversicherung finanzieren weitere Träger Leistungen zur Pflege, wobei insbesondere die Krankenversicherung sowie die Sozialhilfeträger zu nennen sind. Die gesetzlichen Krankenkassen kommen dabei für die Behandlungspflege nach § 37 (2) Satz 1 SGB V auf, welche im Jahr 2009 laut KG2⁶² in 2,82 Mio. Fällen verordnet wurde (BMG 2011). Hingegen bezahlten die Sozialhilfeträger im selben Jahr für rund 390.000 Personen die Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 - 66 SGB XII (Statistisches Bundesamt 2011).

Laut Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamts wurden im Jahr 2008 insgesamt 8,6 Mrd. Euro für ambulante Pflege ausgegeben. Davon 3 Mrd. (35 Prozent) durch die Soziale Pflegeversicherung, 2,6 Mrd.

⁶² Statistik der Gesetzlichen Krankenversicherung zu den Leistungsfällen und -tagen

(31 Prozent) durch die gesetzliche Krankenversicherung⁶³ und eine weitere halbe Mrd. durch Öffentliche Haushalte, die die Hilfe zur Pflege leisten. Darüber hinaus – so das Statistische Bundesamt – werden weitere 2,1 Mrd. Euro durch private Haushalte für die ambulante Pflege aufgebracht.

Abbildung 14: Anteile der Leistungsträger an den Gesundheitsausgaben zur ambulanten Pflege 2008



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt (Gesundheitsausgabenrechnung)

3.2.1.2 Pflegebedürftigkeit und Behinderung

Im Rahmen der Studie – dies wird in Kapitel 4 ausführlich erläutert und diskutiert – hat die Frage, wie viele der Pflegebedürftigen nach §§ 14, 15 SGB XI gleichzeitig auch eine Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX aufweisen, einen hohen Stellenwert. Um einen Eindruck zu erlangen, wurde auf den Mikrozensus zurückgegriffen, an dessen jährlich stattfindender Haushaltsbefragung ein Prozent der Bevölkerung teilnimmt. Neben einem Grundprogramm, welches in allen Jahren aus identischen Fragen besteht,

⁶³ Laut KV45 der Quartale I bis IV 2008 ist dies fast ausschließlich die Behandlungspflege nach § 37 (2) Satz 1 SGB V. Die Häusliche Krankenpflege zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung beläuft sich lediglich auf ca. 21 Mio. Euro (BMG 2011).

rotieren Ergänzungsprogramme im vierjährigen Rhythmus. Im Rahmen des Ergänzungsprogramms thematisierte der Mikrozensus der Jahre 2005 und 2009 das Gesundheitswesen, sodass sowohl Informationen zum Pflegebedarf als auch zu Behinderungen erhoben wurden .

Leider standen im Frühjahr 2011 die Daten des Mikrozensus 2009 noch nicht in der für die Auswertung notwendigen Form des *Scientific Use File* zur Verfügung⁶⁴, weshalb die folgenden Ergebnisse allein auf Daten des Jahres 2005 beruhen. Um die Angaben des Mikrozensus 2005 mit der amtlichen Statistik der Pflegebedürftigen und der Schwerbehinderten vergleichbar zu machen, wurde als Hochrechnungsrahmen die Schwerbehindertenstatistik sowie die Pflegestatistik verwendet (siehe hierzu die Ausführungen zur Datengrundlage und Methodik im Anhang, Abschnitt 4.3). Damit beziehen sich die im Folgenden dargestellten Ergebnisse, anders als die des vorherigen Abschnitts, auf privat und gesetzlich Versicherte, da im Mikrozensus sowohl private als auch gesetzlich versicherte Bundesbürger befragt werden.

Im Jahr 2005 gaben insgesamt 63 Prozent der Personen, die im Mikrozensus eine Pflegestufe I, II oder III benannten, an, dass bei ihnen auch ein festgestellter Behinderungsgrad von 20 Prozent oder mehr bestehe (vgl. Tabelle 19).

⁶⁴ Diesbezüglich beim Statistischen Bundesamt angefragte Sonderauswertungen hätten nicht vor Beendigung der Phase II zur Verfügung gestanden.

Tabelle 19: Pflegebedürftige (Pflegestufe I, II, III) Personen mit gleichzeitiger Behinderung (Grad $\geq 20\%$) im Jahr 2005

	Pflege- bedürftige gesamt	darunter mit Behinderung		davon Männer	davon Frauen
unter 20 Jahre	86.121	70.349	82%	41.409	28.940
20 bis unter 65 Jahre	288.508	231.111	80%	131.259	99.852
65 Jahre und älter	1.730.064	1.026.508	59%	347.309	679.200
Insgesamt	2.104.693⁶⁵	1.327.968	63%	519.977	807.992

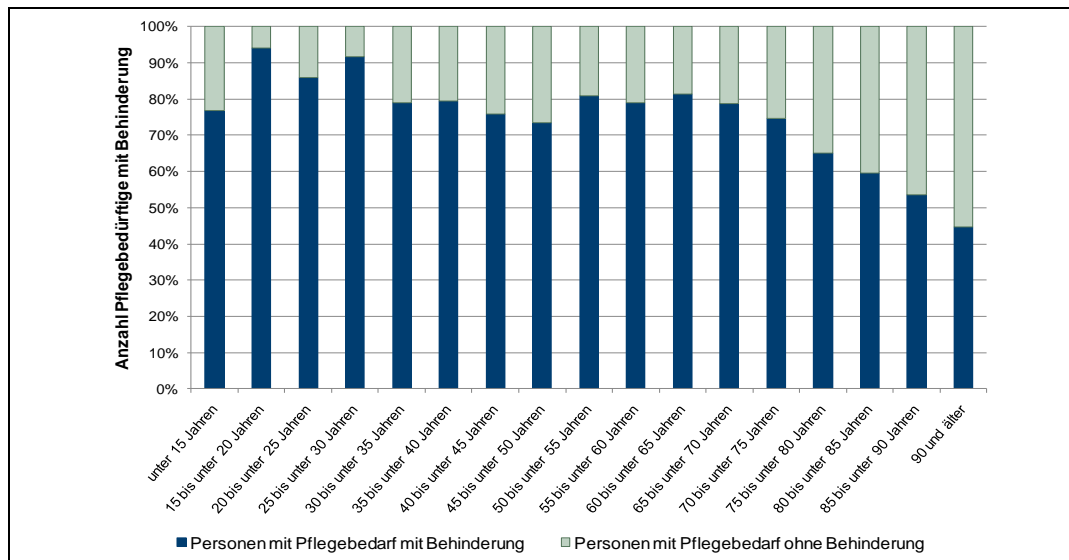
Quelle: IGES; Hochrechnung des Mikrozensus 2005 unter Verwendung der Pflegestatistik 2005 sowie der Schwerbehindertenstatistik 2005 des Statistischen Bundesamts

Dabei findet sich die Kombination aus Pflegebedürftigkeit und Behinderung besonders häufig bei jungen Erwachsenen im Alter bis 30 Jahren (siehe

Abbildung 15).

⁶⁵ Die Anzahl der Pflegebedürftigen beträgt laut Pflegestatistik (ohne Personen, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet wurden und ohne Kurzzeitpflege) im Jahr 2005 2.105.016 Personen, die Abweichung von 0,2 Prozent erklärt sich durch die Hochrechnung (siehe hierzu auch die Erläuterungen zur Methodik im Anhang 4.3).

Abbildung 15: Anteil der Personen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit an allen Pflegebedürftigen im Jahr 2005



Quelle: IGES; Hochrechnung des Mikrozensus 2005 unter Verwendung der Pflegestatistik 2005 sowie der Schwerbehindertenstatistik 2005 des Statistischen Bundesamts

Der Anteil der pflegebedürftigen Personen mit Behinderung unter den über 70-Jährigen, die fast 80 Prozent der Pflegebedürftigen ausmachen, ist hingegen deutlich geringer und liegt bei durchschnittlich 60 Prozent. Dabei ist interessant, dass der Anteil der Männer deutlich höher als der der Frauen ist: mehr als drei Viertel (76,2 Prozent) der pflegebedürftigen Männer hat auch eine Behinderung, während es bei den Frauen nur 56,8 Prozent sind (siehe Tabelle 23 im Anhang unter Abschnitt 4.3.1).

Betrachtet man die 8,4 Mio. Personen mit Behinderung, differenziert nach Behinderungsgrad, so wird deutlich, dass nur 2,7 Prozent der Personen mit einem Behinderungsgrad von unter 50 Prozent gleichzeitig eine Pflegebedürftigkeit angeben. Personen, die einen Schwerbehinderungsgrad von 100 Prozent aufweisen, sind dagegen zu 44 Prozent pflegebedürftig (Tabelle 20).

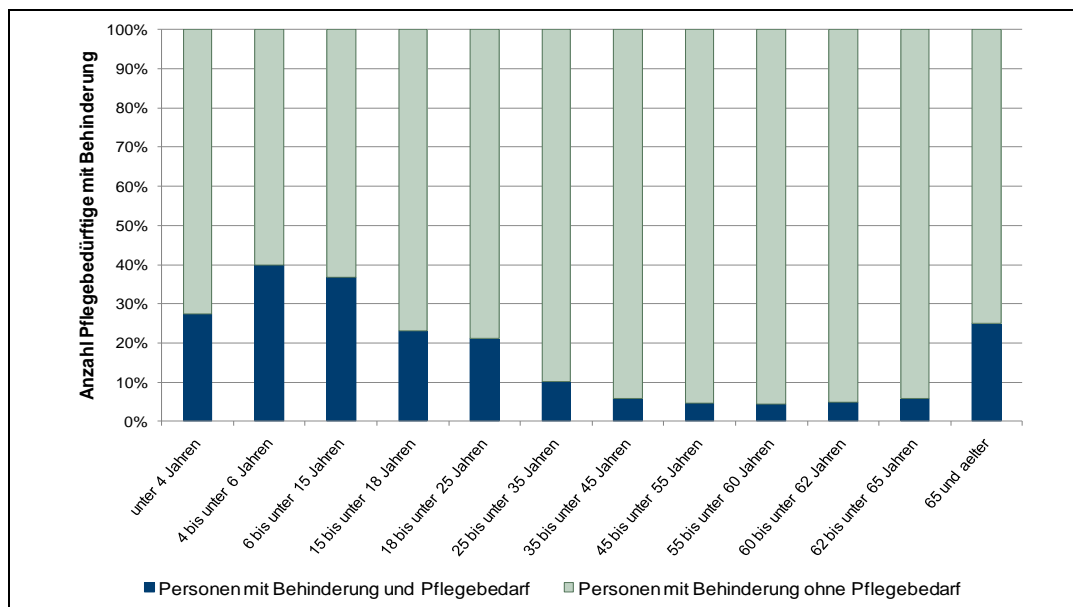
Tabelle 20: Ambulant Pflegebedürftige (Pflegestufe I, II, III) mit gleichzeitiger Behinderung und deren Anteil an allen Behinderten nach Grad der Behinderung im Jahr 2005

Grad der Behinderung	Behinderte gesamt	darunter mit Pflegebedürftigkeit	
unter 50%	1.654.537	44.824	2,71%
50-99 %	5.092.365	551.956	10,84%
100 %	1.672.278	731.188	43,72%
Insgesamt	8.419.180	1.327.968	15,77%

Quelle: IGES; Hochrechnung des Mikrozensus 2005 unter Verwendung der Pflegestatistik 2005 sowie der Schwerbehindertenstatistik 2005 des Statistischen Bundesamts

Bezogen auf die Altersgruppen zeigt sich hierbei, dass der Anteil der Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf in den Altersgruppen unter 25 Jahre sowie bei den über 65-Jährigen überproportional vertreten ist (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16: Anteil der Personen mit Behinderung und Pflegebedarf an allen Behinderten im Jahr 2005



Quelle: IGES; Hochrechnung des Mikrozensus 2005 unter Verwendung der Pflegestatistik 2005 sowie der Schwerbehindertenstatistik 2005 des Statistischen Bundesamts

Personen, welche einen Pflegebedarf nach SGB XI und gleichzeitig eine anerkannte Behinderung angeben, finden sich zudem verstärkt im ambulanten Versorgungssetting (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Verteilung pflegebedürftiger Personen mit Behinderung nach Pflegestufe und Versorgungsart im Jahr 2005

	ambulant			stationär		
	Pflegebedürftige gesamt	darunter mit Behinderung		Pflegebedürftige gesamt	darunter mit Behinderung	
Pflegestufe I	845.808	619.548	73%	216.258	74.408	34%
Pflegestufe II	483.019	359.869	75%	280.167	101.866	36%
Pflegestufe III/ Härtefall	141.643	110.313	78%	137.798	61.963	45%
Insgesamt	1.470.470	1.089.731	74%	634.223	238.238	38%

Quelle: IGES; Hochrechnung des Mikrozensus 2005 unter Verwendung der Pflegestatistik 2005 sowie der Schwerbehindertenstatistik 2005 des Statistischen Bundesamts

Hier haben 74 Prozent der Pflegebedürftigen ebenfalls eine Behinderung (Grad $\geq 20\%$), während es bei stationär versorgten Pflegebedürftigen lediglich 38 Prozent sind (siehe Tabelle 21). Die Kombination von Pflegebedürftigkeit und Behinderung ist in der Pflegestufe III überproportional, die Unterschiede zwischen den Pflegestufen sind jedoch insgesamt nicht sehr ausgeprägt.

3.2.2 Heutige Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX

Über die Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets nach § 17 (2)-(4) SGB IX liegen keine belastbaren Datenquellen vor. Die wohl aktuellste Aufstellung findet sich in der Bundestags-Drucksache 17/345 aus dem Januar 2010. Aufgeführt wird hier die Anzahl der von den verschiedenen Sozialleistungsträgern (bzw. deren Spitzenverbänden) an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gemeldeten Persönlichen Budgets zum Stichtag 31. Dezember 2008 (siehe Tabelle 22), welche sich auf insgesamt 6.958 belaufen. Dabei seien 3.368 der Budgets im Jahr 2008 hinzugekommen.

Die Zahlen sind jedoch nur auf freiwilliger Basis zu melden und die Sozialleistungsträger bzw. deren Spitzenverbände seien dieser Bitte nur unvollständig oder gar nicht nachgekommen (BT-Drs. 17/345). (Obwohl die Sozialhilfeträger durch § 122 SGB XII im Grunde verpflichtet wären, im Zuge der Erhebung der Bundesstatistik Angaben über Persönliche Budgets zu machen.)

Tabelle 22: Anzahl der freiwillig an das BMAS gemeldeten Persönlichen Budgets nach § 17 (2) - (4) SGB IX zum 31.12.2008

Bundesland	Anzahl der erbrachten Budgets
Baden-Württemberg	597
Bayern	106
Berlin	902
Brandenburg	3
Bremen	keine Erfassung
Hamburg	keine Erfassung
Hessen	123
Mecklenburg-Vorpommern	14
Niedersachsen	66
Nordrhein-Westfalen	25
Rheinland-Pfalz	4.599
Saarland	52
Sachsen	69
Sachsen-Anhalt	213
Schleswig-Holstein	22
Thüringen	167
Insgesamt	6.958

Quelle: BT-Drs. 17/345

3.2.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Zur Abschätzung des potenziell anspruchsberechtigten Personenkreises wurde u. a. auf den Mikrozensus 2005 zurückgegriffen, da hier im Rahmen einer Sonderauswertung gleichzeitig Angaben über die Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (Pflegestufe I, II, III oder Härtefall) und zu anerkannten Behinderungen im Sinne des SGB IX (Grad der Behinderung $\geq 20\%$) abgefragt wurden.

Als erstes Zwischenfazit ist festzuhalten, dass 74 Prozent aller ambulant Pflegebedürftigen gleichzeitig eine anerkannte Behinderung aufweisen. Dieses Ergebnis nimmt letztlich die in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** aufgegriffene Frage nach einer vorhandenen Abgrenzung der Begriffe der Pflegebedürftigkeit nach § 14 und 15 SGB XI und der Behinderung nach § 2 SGB IX vorweg. Dabei ist den hier dargestellten Ergebnissen aber nicht zu entnehmen, inwiefern die Personen, welche eine anerkannte Behinderung angeben, auch Teilhabeleistungen im Sinne des § 4 SGB IX beziehen und damit die Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets nach § 17 (2)-(4) SGB IX wählen könnten.

Auch der Anteil der Pflegegeldempfänger wurde vor dem Hintergrund der Fragestellung nach den möglichen finanziellen Auswirkungen einer Neugestaltung des § 35a SGB XI herausgestellt. Da die Information über die Leistungsart im Rahmen des Mikrozensus aber nicht erhoben wurde, liegt die Pflegegeldquote jedoch nur für die Gesamtheit der Pflegebedürftigen vor (nicht für die Subgruppe, die gleichzeitig auch eine Behinderung angab).

Die hier präsentierten Auswertungen dienen als Aufsatz für die weiteren Abschätzungen hinsichtlich Inanspruchnahme und finanzieller Auswirkungen der zu erprobenden Neufassung des § 35a SGB XI.

3.3 Erfahrungsberichte aus der heutigen Praxis mit Blick auf eine veränderte Einbindung der Pflegeversicherung

Im Rahmen der Phase II des Modellprojekts wurden Interviews mit fünf Personen geführt, welche bereits heute Persönliche Budgets bewilligen bzw. eine diesbezügliche Beratung durchführen. Die Auswahl der Experten erfolgte mit dem Ziel, ein umfassendes Bild der jeweiligen Erfahrungen zu ermöglichen. (Das Vorgehen ist in Abschnitt 1.2.4 ausführlich dargestellt.) Ziel der Interviews war es, frühzeitig einen Einblick in potenzielle Umsetzungsprobleme bei Aufhebung der Gutscheinregelung zu bekommen. Hierbei standen Fragen nach den administrativen Abläufen, der faktischen Umsetzung der Vorgaben der Budgetverordnung und der Zielvereinbarung sowie die Beratung der Budgetnehmer im Vordergrund.

Die Interviewpartner wurden gebeten, vor dem Hintergrund ihres praktischen und alltäglichen Erfahrungswissens einzuschätzen, wie sich eine Aufhebung der Gutscheinregelung und eine damit erwartete verstärkte Einbindung von Leistungen der Pflegeversicherung in Persönliche Budgets auf die heutigen Prozesse auswirken würde. Fragen nach einer (interessenspolitischen) Bewertung von möglichen Erprobungen standen dabei nicht im Fokus. Der Schwerpunkt wurde vielmehr auf antizipierte Schnittstellen- und Durchführungsprobleme gelegt.

3.3.1 Verwaltungsverfahren

Vor dem Hintergrund einer zu erprobenden Aufhebung der Gutscheinregelung nach § 35a SGB IX besteht nach Einschätzung der Interviewpartner grundsätzlich kein formaler Anpassungsbedarf hinsichtlich der Verwaltungsabläufe, gleichwohl betonen alle Gesprächspartner die bereits heute bestehenden Defizite in der Umsetzung.

Zentrales Hindernis sei, dass die Mitarbeiter der zuständigen Leistungserbringer nicht ausreichend über das Persönliche Budget informiert seien bzw. dieses zum Teil "schlicht nicht kennen" würden. Hierzu wurde in den Gesprächen häufig die Bedeutung von qualifizierten Ansprechpartnern betont: Zwar müsste nicht jeder Mitarbeiter in Fragen des Budgets qualifiziert sein, jedoch sollte erwartet werden können, dass die Anfragen an eine kompetente Person weitergegeben oder der Mitarbeiter z. B. intern durch einen "Mentor" bei der Bearbeitung des Verfahrens beraten und unterstützt werde.

Dieser Mangel an Kenntnissen über das Persönliche Budget stellt aus Sicht von zwei Interviewpartnern eine der Hauptursachen für die "Verschleppung" von Anträgen dar. Die vorgegebenen Fristen würden auch nach drei

Jahren regelhafter gesetzlicher Implementierung immer noch deutlich überschritten. Darüber hinaus, so betont ein Gesprächspartner, würden die Zuständigkeitsregelungen nach § 14 SGB IX von einigen der Leistungsträger schlicht "ignoriert"; die Handlungsempfehlungen der BAR mit Bezug auf das Antragsverfahren nicht eingehalten.

Auch sei die Zusammenarbeit der Leistungsträger ungeübt, wie aus den Äußerungen mehrerer Interviewpartner abgeleitet werden kann. Dies umfasse z. B. auch, dass die Leistungsträger nicht wüssten, wie die Kollegen bei den anderen Leistungsträgern organisiert seien und wie dort mit Anträgen zum Budget umgegangen werde. Eine weitere Herausforderung bei trägerübergreifender Zusammenarbeit seien die unterschiedlichen leistungsrechtlichen Voraussetzungen. Das Leistungsrecht der Krankenkasse (aber auch das der Pflegekassen) sei z. B. sehr eng gefasst, d. h. es bestehe ein Leistungskatalog, welcher wenig individuellen Spielraum zulässt. Die Handhabung der Leistungsgewährung sei dabei in der Eingliederungshilfe, in der individuelle Spielräume bestehen, ganz anders. Beim Einbezug der Pflegeversicherung in das trägerübergreifende Budget würde ein "starres System" auf ein "individuelles" System treffen, mit all den Friktionen, die dies mit sich brächte.

Das Antragsverfahren und der Austausch zwischen den Leistungsträgern könne aber grundsätzlich funktionieren, wenn die Personen miteinander vernetzt seien und sich auch persönlich kennen. Ein Interviewpartner führt an, dass aus seiner Erfahrung alle Beteiligten über einen trägerübergreifenden fachlichen Austausch sehr dankbar wären. Derartige Netzwerkarbeit müsse jedoch initiiert werden, damit sie entstehe. Andere Gesprächspartner sehen nicht unbedingt einen hohen Abstimmungsbedarf mit der Pflegekasse. Ferner wird auf die Probleme bei Terminen für die Budgetkonferenzen verwiesen. Bei der Einbindung der Pflegeversicherung sei zu diskutieren, ob diese überhaupt regelhaft an Budgetkonferenzen beteiligt werden müsste, sofern die Bedarfsfeststellung und Leistung der Pflegeversicherung klar definiert blieben. Hierbei sei auch zu bedenken, dass die Pflegekassen ggf. gar keine Mitarbeiter vor Ort beschäftigen.

Grundsätzlich spricht aus Sicht der Interviewpartner aber nichts dagegen, dass auch die Pflegekassen als Beauftragte fungieren. Ein Interviewpartner formuliert sogar explizit die Erwartung, dass die Pflegekassen diese Rolle auch wahrnehmen sollten. Die Administration von Budgets sei aufwändig und der durch die Aufhebung der Gutscheinregelung zu erwartende Nachfrageschub, dürfe nicht auf die übrigen Leistungsträger, d. h. insbesondere die Sozialämter, "abgewälzt" werden. Ein Interviewpartner stellt die Frage in den Raum, ob die Pflegekassen nicht den anderen Rehabilitationsträgern gleichgestellt werden sollten, um ihre diesbezügliche Verantwortung klar zu definieren.

Die Funktion des Beauftragten, so die Erläuterungen mehrerer Interviewpartner, sei die Koordination der Leistungen gegenüber dem Budgetnehmer, also als Ansprechpartner (in einer Person) zu fungieren. Im Hintergrund bleibe jedoch jeder Leistungsträger für "seine" Leistungen verantwortlich; wäre die Pflegekasse Beauftragter, würde sie die entsprechende Zusammenarbeit lediglich organisieren.

3.3.2 Bedarfsfeststellung, Zielvereinbarung und Nachweise

Auf die Frage, was bei einer veränderten Einbindung der Pflegekasse in das trägerübergreifende Budget hinsichtlich der Bedarfsfeststellung zu beachten sei, wurde durch die Interviewpartner erläutert, dass auch im Rahmen von trägerübergreifenden Budgets im Grunde jeder Leistungsträger eine eigene Bedarfsfeststellung durchführe. So wie auch kein anderer Träger im Auftrag der Pflegekasse die MDK-Prüfung durchführen würde, so wäre die Pflegekasse ebenso nicht befähigt, z. B. den Anspruch auf Hilfe zur Pflege zu bewerten. Nach den Erfahrungen der Interviewpartner wird bei trägerübergreifenden Budgets auch bei der Formulierung der Zielvereinbarungen zwischen den Leistungsträgern differenziert, d. h. jeder Leistungsträger formuliert eigene Ziele und Nachweispflichten.

Insgesamt sehen die Interviewpartner keinen all zu großen Abstimmungsbedarf mit den Pflegekassen: die Bedarfsfeststellung sei standardisiert und die Höhe der Budgets leite sich hieraus ab. Kämen für die Pflegeversicherung ggf. spezifische Vorgaben zur Budgetadministration hinzu, wären diese im Rahmen der Zielvereinbarung festzuhalten. Auch das zu formulierende Ziel sei relativ klar: "Umsetzung einer guten Pflege". Entwicklungsziele, wie in der Eingliederungshilfe, wären hierbei nicht relevant.

Ein Interviewpartner stellt heraus, dass bei einer Einbindung der Pflegeversicherung der Qualitätsaspekt einen anderen Stellenwert habe, als bei Leistungen der Teilhabe; denn Pflegeleistungen stellten eine existenzielle Lebenssicherung dar. Eine Nichterfüllung könne die Menschenwürde verletzen. Vor diesem Hintergrund seien besondere Maßstäbe an die Zielvereinbarung zu legen und klare Mindestanforderungen zu definieren; d. h. zum Schutz der Personen sei eine Grenze zu ziehen, die nicht überschritten werden dürfe.

Unterschiedliche Einschätzungen wurden hinsichtlich der Nachweispflicht geäußert – wobei letztlich Einigkeit darüber herrscht, dass diesbezüglich sehr unterschiedliche Verständnisse von Form, Art und Detailtiefe des "Nachweises" praktiziert würden. Zum einen wird betont, dass aus der Budgetverordnung klar hervorgehe, dass im Rahmen der Zielvereinbarung nicht Maßnahmen, sondern (Förder-)Ziele zu hinterlegen seien. Zwar könne eine "Fach-Quote" in der Zielvereinbarung festgehalten und der Nachweis

der Qualifikation abgeprüft werden. Nicht sachgerecht sei es jedoch, die Höhe der Vergütung abzufragen, was aus der Erfahrung eines Interviewpartners regelmäßig geschehe. Dies bewirke automatisch, dass auch der Preis bewertet werde und insbesondere im Vergleich zu Preisen aus anderen Budgets Druck auf den Budgetnehmer ausgeübt werden könne, diesen entsprechend anzupassen.

Andererseits wird darauf hingewiesen, dass die Budgetnehmer die Nachweise erbringen *wollten*, d. h. von sich aus zeigen möchten, dass verantwortungsbewusst mit dem Geld umgegangen wird. Letztlich, so die Einschätzung eines Interviewpartners, sei die Überprüfung der Nachweise auch Teil des Ausdrucks der Wertschätzung bzw. der Fürsorgepflicht gegenüber den Budgetnehmern.

Dem Akt der Zielvereinbarung – so die Erläuterung eines der Interviewpartner – wohne im Grunde immer der Zielkonflikt inne, dass die Freiheitsinteressen des Budgetnehmers gewahrt und gleichzeitig – aus Sicht der Kostenträger – ein nachvollziehbarer Bezug zur ursprünglichen Leistung bestehen müsse. Der Budgetleistung läge immer eine Teilhabeleistung zu Grunde und auch im Budget müsse erkennbar sein bzw. nachvollzogen werden können, auf welche Leistung das Budget aufbaut. Dieser Grundkonflikt muss letztlich für jeden Einzelfall gelöst werden, was seitens des bearbeitenden Mitarbeiters (sowie auch auf Seiten der Budgetnehmer) einiger Erfahrung bedarf.

Die größte Herausforderung stelle damit – so weitere Interviewpartner – der Perspektivenwechsel dar. Dies betreffe die Träger wie die Budgetnehmer gleichermaßen: Für die Träger und deren Mitarbeiter stellt es einen Paradigmenwechsel dar, wenn im Rahmen von Budgets auf "Augenhöhe" mit dem Budgetnehmer die Zielvereinbarung ausgehandelt werden soll. Aber auch für den Budgetnehmer sei es eine Herausforderung, das eigene Anliegen in diesem Prozess angemessen durchzusetzen. Es dürfe, so die Einschätzung mehrerer Interviewpartner, eben nicht vergessen werden, dass die Zielvereinbarung kein "Bescheid" sei, sondern eine Vereinbarung mit dem Budgetnehmer darstelle ("Vereinbarung auf Augenhöhe"). Hierzu müsse man sich mit dem Budgetnehmer "an einen Tisch" setzen und seine Belange mit ihm besprechen.

3.3.3 Beratung

Aus Sicht der Interviewpartner wird der Beratungsbedarf bei Aufhebung der Gutscheinregelung inhaltlich ähnlich dem heutigen sein, vom Volumen jedoch zunehmen, wenn vermehrt budgetinteressierte Pflegebedürftige eine diesbezügliche Beratung nachfragen.

Die Fragestellungen werden sich nach den Einschätzungen der Interviewpartner auf das Leistungsrecht insgesamt beziehen. Bereits heute sei es aus Sicht derjenigen, die der Unterstützung bedürfen, schwierig abzugrenzen, worauf überhaupt ein Anspruch bestehe (Pfleagesachleistungen, zusätzliche Betreuungsleistungen, Kurzzeitpflege, Behandlungspflege etc.) und wer der zuständige Träger sei (Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Sozialhilfe). Ebenso sei Beratungsbedarf hinsichtlich der Leistungserbringer zu erwarten; d. h. welche Anbieter in Anspruch genommen werden müssen; wie geeignete Assistenzpersonen gefunden werden können; ob die Leistungen durch Fachpersonal erbracht werden müssen und wenn ja, wie der Kostenträger dies im Detail definiere. Auch bezüglich der Art und Weise, wie die Verwendung der Budgetmittel nachzuweisen ist, werde Beratungsbedarf bestehen: Was ist bei einer Organisation im Arbeitgebermodell zu leisten? Welche weiteren praktischen Aspekte der Budgetausführung sind zu beachten?

Mehrere der Interviewpartner stellen zudem heraus, dass einer der Schwerpunkte der Beratung ist, den Budgetnehmer dabei zu unterstützen, seinen eigenen Hilfebedarf differenziert einzuschätzen, sodass u. a. eine Vorstellung über die Höhe des Budgets gewonnen werden kann. Dies stelle auch eine hohe Anforderung an die Budgetnehmer dar. Darüber hinaus werde Beratung im Rahmen von Persönlichen Budgets auch immer Informationen über die Leistungen der übrigen Träger umfassen und dürfe sich nicht auf eine Beratung hinsichtlich Leistungen der Pflegeversicherung beschränken. Es bedarf folglich Beratungswissen über das eigene Leistungsrecht hinaus.

Auf die Frage, welche Erwartungen die Interviewpartner an die Beratung durch Pflegekassen haben, wenn zukünftig auch Pfleagesachleistungen in Form von Geldleistungen ausgeführt werden könnten, betonen alle Interviewpartner, dass die Pflegekassen diese zu leisten haben. Dabei wird mehrfach geäußert, dass bei einer veränderten Einbindung der Pflegeversicherung das notwendige Beratungs-, Informations- und Schulungsangebot ebenfalls durch die Pflegeversicherung zu finanzieren ist. Die Pflegeversicherung dürfe sich hierbei nicht ihrer Verantwortung entziehen und den durch sie ausgelösten Beratungsbedarf auf andere Träger "abwälzen".

Zwei der Interviewpartner führten dabei aus, dass eine unabhängige Beratung anzustreben wäre. Jedoch sei Unabhängigkeit nicht immer möglich. Letztlich habe jede Institution, die berät, immer auch Eigeninteressen, sodass Interessenkonflikte entstehen können. Dabei garantiere die bereits heute vorherrschende Pluralität der Beratungslandschaft ein gewisses Maß an Unabhängigkeit. Innerhalb der Pflegekassen, so der Vorschlag eines Interviewpartners, könnte die Unabhängigkeit z. B. durch eine trägerinterne Trennung von Beratung und Bewilligung gestärkt werden.

Darüber hinaus wird ausgeführt, dass die Kassen dem Beratungsbedarf auf mehreren Ebenen begegnen könnten. Dies umfasse zum einen Basisinformationen (diese machen auf das Thema erst aufmerksam und setzen Impulse zur Inanspruchnahme). Gleichzeitig müsse das Fachpersonal, mit dem behinderte Menschen häufig Kontakt haben, nicht in allen Belangen Auskunft geben können, jedoch immer in der Lage sein, an qualifizierte Beratungsstellen (oder weitere Dritte) verweisen zu können. Als dritte Ebene müsse dann ein qualifiziertes Beratungsangebot bestehen (gemeinsame Servicestellen, Pflegestützpunkte, Sozialdienste in Werkstätten für behinderte Menschen oder Krankenhäusern etc.), welches eine ausführliche Beratung leisten müsste.

3.3.4 Nachfrage

Hinsichtlich der Inanspruchnahme gehen alle Interviewpartner davon aus, dass sich unter Aufhebung der Gutscheinregelung eine hohe Nachfrage entwickeln werde, da die Loslösung von den Pflegediensten ein echter Mehrwert für die Betroffenen sei: insgesamt seien die Pflegestationen sehr unflexibel, sie richteten sich eher nach dem, der das Geld gebe, als nach den Pflegebedürftigen.

Dabei gehen einige Interviewpartner davon aus, dass die Umwandlung für die Gruppe derjenigen, die bereits heute Sachleistungen in Anspruch nehmen, wenig attraktiv sein werde. Diese Gruppe frage die Fachdienste nach, da nur sie eine angemessene Pflege sicherstellen könnten. Die Handlungsspielräume für diese Gruppe würden sich somit kaum erhöhen, wohl aber der administrative Aufwand. Anders sei es bei Personen, die die Pflege heute durch familiäre Kräfte sicherstellen. In diesen Kontexten wäre die Umwandlung in ein Budget finanziell interessant. Darüber hinaus wird von einer starken Nachfrage bei den Personen ausgegangen, die bereits heute Hilfe zur Pflege bekommen und diese im Arbeitgebermodell erbringen.

Ein anderer Interviewpartner gibt die Einschätzung ab, einer der Gründe, warum so wenige trägerübergreifende Budgets ausgeführt werden, sei, dass es nur wenige Leistungen gibt, die sich sinnvoll, d.h. mit einer relevanten Verbesserung der Versorgung, zusammenfassen lassen. Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe seien diesbezüglich aber besonders geeignet, sodass hier eine hohe Nachfragewirkung unterstellt werden kann. Letztlich werde diese aber sicherlich auch durch die konkrete Ausgestaltung bedingt werden. Hinsichtlich der Personengruppen, welche vermehrt trägerübergreifende Budgets beantragen werden, seien Menschen mit körperlichen Behinderungen zu nennen, aber auch solche Gruppen, die im heutigen Hilfesystem nicht optimal versorgt seien (z. B. Menschen mit Autismus) sowie Personen, die in alternativen Wohnformen leben.

Ob Menschen mit einer Behinderung direkt auf die Pflegekasse als Ansprechpartner zugehen werden, ist aus Sicht der Interviewpartner nicht abschließend zu beantworten. Den Erfahrungen zufolge wenden sich die interessierten Personen i. d. R. an ihnen bekannte Sachbearbeiter, aber auch an örtlich nahe Anlaufstellen.

3.3.5 Chancen und Risiken

Die Interviewpartner begrüßen eine veränderte Einbindung der Pflegeversicherung: Die Leistungsform des Budgets biete die Chance, die Lebensqualität von Menschen mit Behinderung zu erhöhen. Darüber hinaus besteht die Aussicht, die Schnittstellen zwischen den Leistungsbereichen besser zu gestalten.

Ein Interviewpartner zieht das Fazit, dass ein Pflegebudget, welches im trägerübergreifenden Rahmen gedacht sein soll, Rückwirkungen auf die Nachfrage nach Teilhabeleistungen bewirken wird; d. h. die heute implizit problematische Trennung zwischen Teilhabebegriff und Pflegebegriff explizit werde. Personen, die derzeit pflegebedürftig sind, seien sehr häufig auch von Behinderung bedroht oder behindert. Wird nun die Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets an Teilhabeleistungen gekoppelt, so könne dies dazu führen, dass vermehrt Teilhabeleistungen überhaupt erst nachgefragt werden. Eine solche Wirkung sei für die nicht gedeckelte und sehr dynamische Entwicklung der Eingliederungshilfe äußerst problematisch. Ein anderer Interviewpartner fügt hierzu an, dass es nicht zielführend erscheine, Menschen mit Behinderung, die z. B. aufgrund von Einkommensgrenzen keine Hilfe zur Pflege bekommen, durch eine zwingende Voraussetzung zum trägerübergreifenden Budget von der Aufhebung der Gutscheinregelung auszuschließen.

Ein Interviewpartner fasst zusammen, dass aus seiner Sicht die normativen Gegebenheiten für das persönliche trägerübergreifende Budget gut sind. Die gesetzlichen Regelungen (inkl. Budgetverordnung) seien ausreichend, wenn sich die Akteure hieran hielten. Dies gelte auch, falls die Pflegeversicherung einbezogen werde. Grundsätzlich seien die Vorgaben – im Gegensatz zu anderen Regelwerken oder Reformen – vom Grunde her auch nicht besonders komplex. Die Akteure müssten aber ausreichend geschult sein (bzw. bedürfe es konkreter Ansprechpartner, die geschult seien).

In einem anderen Gespräch wird zusammengefasst, dass sofern es tatsächlich gewollt ist, Menschen mit Behinderung als Verbraucher ernst zu nehmen und stärken zu wollen, die Sachleistung in voller Höhe umzuwandeln sei. Ebenso sei ein angemessener Umgang in Bezug auf die Nachweispflicht umzusetzen. Hierbei sei nicht mehr oder weniger zu prüfen als beim Pflegegeld. Primäres Prüfkriterium habe die Nutzerzufriedenheit zu sein:

Das zu bewertende Ziel sei allein die Tatsache, dass die Pflege so gestaltet ist, dass der Budgetnehmer menschenwürdig leben kann. Wie dies erreicht werde, sollte den Kostenträger nicht weiter interessieren. Engmaschige Nachweisprüfungen (Quittungen etc.) seien zu vermeiden. Insgesamt sei der BAR-Empfehlung zu folgen: "so wenig Nachweise wie möglich, so viele wie nötig".

3.3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen vor dem Hintergrund einer Neugestaltung des § 35a SGB XI

Die Interviews wurden geführt, um eine Einschätzung zu gewinnen, welche Auswirkungen auf die heutigen Prozesse zu erwarten sind, wenn aufgrund einer Neuregelung des § 35a SGB XI verstärkt Leistungen der Pflegeversicherung in Persönliche Budgets eingebunden würden.

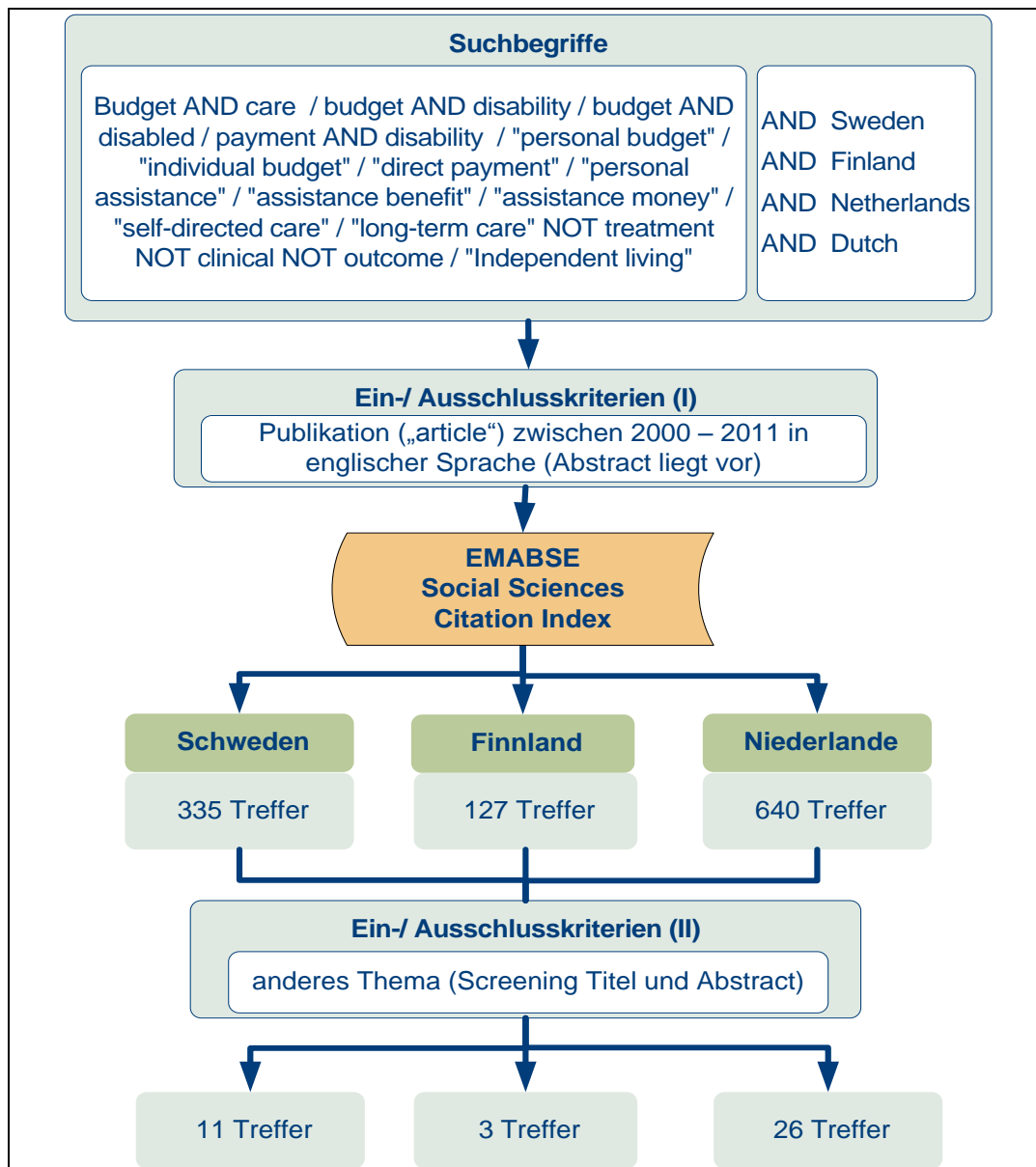
Zusammenfassend hat sich herausgestellt, dass aus Sicht der Interviewpartner die heutigen, durch die Budgetverordnung sowie durch die Handlungsempfehlungen der BAR konkretisierten, trägerübergreifenden Vorgaben hinsichtlich der Administration von Persönlichen Budgets grundsätzlich funktional sind bzw. wären, sofern sie in der intendierten Weise gelebt würden. Nach Einschätzung der Interviewpartner bestehen bei der Umsetzung dieser Vorgaben z. T. erhebliche Defizite, was sich insbesondere durch einen mangelnden Kenntnisstand der Mitarbeiter der Leistungsträger über das Persönliche Budget begründe.

Die grundsätzliche Funktionalität der heutigen Regelungen gelte auch, wenn die Pflegekassen als weiterer Akteur in die Abstimmung einbezogen würden. Gleichzeitig wurde durch die Interviews aber auch deutlich, dass die konkrete Ausgestaltung der Zielvereinbarung (insbesondere der Nachweispflichten) sehr unterschiedlich praktiziert wird. Mit Bezug auf die Beratung wurde davon ausgegangen, dass sich die Art des Beratungsbedarfs nicht wesentlich verändern werde, wenngleich natürlich die für die Pflegeversicherung spezifischen Fragestellungen hinzukämen.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich im Rahmen der Ausgestaltung des Modellprojekts (der Phase III) eine Reihe von Fragestellungen. Dies betrifft aus Sicht der Gutachter insbesondere die Frage, wie damit umgegangen werden soll, dass die Pflegekassen grundsätzlich auch als Beauftragter fungieren können. Gleichzeitig wäre die Frage zu beantworten, wie sichergestellt werden kann, dass die notwendigen Qualifikationen für die Abwicklung der administrativen Vorgänge sowie für die Beratung bei den jeweiligen Mitarbeitern vorhanden sind.

4 Anhang

4.1 Systematische Literaturrecherche



4.2 Interviewleitfäden

4.2.1 Schweden



1

Sweden
Date and Time of
Interview:
Expert Name and
Institution
Interviewer IGES

Interview Guideline Expert Interview on Personal Assistance

I. Questions regarding the implemented policy

Application process

An application for assistance benefit can be done directly at the Social Insurance Agency or if the person in need has applied for help at the municipality before and is presumed to be entitled to assistance benefit, the municipality may refer the application to the Social Insurance Agency.

- (1) Which is the most common way for application - via the municipality or directly via the Social Insurance Agency? (Percentage of application)?
- (2) Who is responsible for the needs assessment? Is the need tested twice - once by the municipality and again by the Social Insurance Agency?

If the person in need is not capable of dealing with the financial support, the municipality can decide that the benefit should be paid to someone else (LSS Section 11).

- (3) Does this happen often? Does this only apply to LSS and not when the person is entitled to LASS? Is there a debate about the municipality being the appropriate institution to decide (in legal terms) upon this?

Assessment tool / Definition of "need"

Apart from that "assistance benefit shall be granted (...) when the private individual is in need" (LASS Section 6), no further definition can be found in the LASS Act. We understand that the National Board on Health and Welfare is developing a guideline/questionnaire for needs assessment on behalf of the government at the moment.

- (4) Could you please describe the underlying problems that lead to this development? Will the guideline be binding to the municipalities and the Social Insurance Agency (we understand that both parties assess the need, depending whether the person falls under LSS or LASS). Will the guideline solve the underlying problems? Could you please explain why/ why not?
- (5) How is comparability between municipalities ensured? Have inequalities between the amount of hours granted by e.g. social status been reported? Can you describe the



national guidelines by the National Board of Health and Welfare?

- (6) Could you please describe implicit limitations on the definition of "need" and therefore a limitation on what one can spend the budget on (e.g. restrictions on leisure time activities)?

Personal Assistance for people over 65

People over 65 are not entitled to Personal Assistance, but can keep their granted hours if they have been entitled beforehand. However hours can not be upgraded any further.

- (7) Do these people receive home help services etc. on top of the Personal Assistance? Is there experience with people who receive Personal Assistance and home help? Does this lead to disintegrated care?
- (8) Is there a debate about this "age-cut"? Will the age limit of LSS and LASS be kept up as (presumably) a rising number of recipients reach this age? Are any revisions of statutes planned that will change the admission standards for Personal Assistance? If yes, could you please describe them; if no, why not?
- (9) Do these people receive home help services etc. on top of the Personal Assistance? Is there experience with people who receive Personal Assistance and home help?

Advice about Personal Assistance

The councils are (formally) responsible for advice and other personal support for people with major and lasting functional impairments (LSS Section 2).

- (10) How does this work out in practice? Where do people in the application process for Personal Assistance, get information and (legal) advice?
- (11) Once people are granted personal assistance and need help with the administration, who is there to help? (Once you choose the municipality as employer, is there any administrative responsibility left for the user?) Is advice and provision of care given by the same institution or organization? (If yes, is conflict of interest an issue?)
- (12) If users of Personal Assistance function as an employer themselves, where can they get help with their administration? Are there any private providers of support services for application and administration? Can you pay these services with Personal Assistance money?

According to LSS (1993:387) Section 10 every budgetholder has the right of an individual service plan where all services from possibly different providers are coordinated.

- (13) Is the service plan a standard procedure? (In practice, does every budgetholder have a service plan or does one has to ask for it?) Do you have a right to a service plan under LASS as well? What is the function of the service plan and is this the right instrument to serve this function?



II. Questions regarding the impact of the implemented policy

Uptake of Personal Assistance

- (14) What are the main reasons against utilization of Personal Assistance? (What proportion of disabled people in Sweden does not use Personal Assistance? What are the characteristics of this group?)
- (15) What proportion of people choose a family member as their personal assistant? We understand that roughly 50% of recipients choose the municipality as a provider. If one wants to employ a family member this can only be done if the municipality functions as the employer of this person. What proportion of assistance through the municipality is actually provided by a family member?
- (16) Half of the people who receive Personal Assistance choose the municipality as provider. Could you please describe the difference (e.g. type/severity of disability, socioeconomic status) between user who choose the municipality and those that choose private firms and consumer cooperatives?

Cost of Personal Assistance

- (17) The hourly rate for Personal Assistance is 252 Swedish Kronor in 2010. Why were the hourly rates for Personal Assistance standardized in 1997? What does the fixed amount relate to (e.g. inflation)?
- (18) Is there an estimation of administrative costs (including indirect cost: e.g. hours etc. spend by informal carers on administration)? If yes, how high are the costs and how was this estimated.
- (19) Why was a dual financing system (municipality and Försäkringskassan) introduced in 1997? What were the intentions of splitting financial responsibility for the system and which effects were administrated? What kind of incentives arise from this split? (e.g. does the municipality have an incentive to bring people who are currently in grouped housing or other institutions into Personal Assistance, since the funding is than mostly done by the state (LASS)?)
- (20) Are any revisions of the present statutes planned in order to contain the rising costs of the LSS and LASS system? If yes, in what way? Could you describe the planned revisions of the present statutes with regard to LSS and LASS that take effect on 1.1.2011? Does this revision of law include any measures of cost containment? If yes, in what way?

Service Providers and Assistants

- (21) Are there enough providers and assistants to choose from in every region? Is there competition between the providers? Are cooperatives/private providers present in every region? If not, what is the reason for this?
- (22) What are the minimum social security standards for Personal Assistants: do they need



to have insurance such as liability insurance or accident insurance, do they get sick leaf and holiday pay? What is the legal background?

- (23) Are there any unions for Personal Assistants that take over the collective bargaining for working conditions (e.g. minimum wages) with the employers?
- (24) What are the effects of Personal Assistance on other services provided under LSS? Could you please explain whether assistance is developing on top of these or whether they are subsidized by Personal Assistance and therefore declining.

Quality of care/ assistance provided

- (25) How is the quality of care and assistance perceived by the users? How is the quality of care and assistance perceived by politicians and experts?
- (26) How is the quality of the provided assistance ensured and measured today? Are any instruments for quality control implemented? We understand that a Personal Assistant does not need any formal training - only if employed by the municipality he or she has to have some basic nursing knowledge. What are the reasons for that?
- (27) Service providers will have to register in 2011 and will need to be approved as a service provider. Which institution is responsible for the registration and provision of the permission? What are the factors assessed for the permission? Who will need to register (all service providers, including single self-employed Personal Assistants)?

4.2.2 Finland



1

Finland
Date and Time of
Interview:
Expert Name and
Institution
Interviewer: IGES

Interview Guideline Expert Interview on Personal Assistance

I. Questions concerning the legal framework of benefits and services for disabled persons

We understand that since 2009 there is a legal obligation to provide Personal Assistance not only to people with functional, but also with cognitive/intellectual disabilities. There is a hierarchy of laws:

- a) Act on Services and Assistance for the Disabled, which includes §8c on Personal Assistance ("Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista"),
 - b) Act on Special Care ("Laki kehitysvammaisten erityishuollosta"), for people with learning disabilities, which does not include Personal Assistance as a service
- (1) Is there a third Act on Services for Disabled Children in place ("Laki lapsen hoitotuesta")? Where does it fit in the hierarchy of the two laws mentioned above?

There is also a law concerning Home Care Allowance ("Laki omaishoidon tuesta"):

- (2) Could you please describe, who is eligible to services under this law?
- (3) Can Home Care Allowance and Personal Assistance be combined? Can a disabled person receive Personal Assistance and at the same time have a relative caring, who receives Home Care Allowance?
- (4) Has the law changed recently? We understand that Home Care Allowance has been in place since 1993, however the law is cited in Finlex as been introduced in 2005.

II. Questions regarding the implemented policy

Eligibility and application process

Since 2009 there is a legal obligation to provide personal assistance not only to people with functional but also to those with a cognitive disability. However, the disabled person has to be able to determine the contents of the assistance and how it should be organized.

- (5) Could you please explain how this works in practice? Who decides whether the severely disabled person is capable of determining the assistance's contents?

- (6) Only people with severe disability are entitled to personal assistance. How is "severe disability" defined or rather how is "severe disability" distinguished from "disability"?
- (7) Could you please explain the application process? Who does the assessment (social worker, physician)? How long does the application process take?
- (8) Are there any exceptions for entitlement? (If the disabled person is living in sheltered housing etc.? Would she/he still be entitled to personal assistance?)

We understand that there is a hierarchy of laws: The *Disability Service Act*, which includes the paragraph on Personal Assistance, treats physical and cognitive disabilities alike. This law comes first, before the more specified *Special Service Act on Intellectual Disabilities* applies, which does not include the right on Personal Assistance.

- (9) Could you please explain how this works in practice? Is there a legal obligation to provide personal assistance not only to people with functional but also to those with cognitive disability, or is there not?

Needs assessment and calculation of budget

- (10) What are the (formal) criteria for needs determination?
- (11) What is the maximum amount of hours per month that can be allocated to a severely disabled person?
- (12) What is the amount paid per hour? Is there a maximum amount? Does the amount vary according to the way the assistance is provided (employment /voucher)?
- (13) We understand that the municipalities are responsible for delivering Personal Assistance: Are there any national or regional guidelines concerning Personal Assistance (for example regarding the needs assessment)? If yes, are they published and could you supply us with an internet link?

Ways of organising personal assistance

With the new legislation the municipality can organise personal assistance by

- 1) compensating the severely disabled person for the costs of employing a personal assistant,
- 2) providing the person with a service voucher,
- 3) providing the assistance through the municipality (or by contract with public or private providers or by cooperation with other municipalities).

- (14) What is the most common way of organising the personal assistance today? What is preferred by the municipalities? What is preferred by the users of personal assistance?
- (15) In practise, does the municipality decide in what way the disabled person is supposed to receive her/his budget or does the decision lay with the disabled person?
- (16) What was the rational behind the policy change that family members are not allowed to be employed as personal assistants anymore? What are the advantages and



disadvantages of not allowing family members to be employed as personal assistants?

Accountability

- (17) Does the recipient of personal assistance have to give account for the spending of his/her benefits? How often and in what way? Are there any sanctions? Do people have to pay back excess benefits that are not spend on personal assistance in the intended timeframe?
- (18) If the disabled person is the employer, does the municipality pay the cost of assistance in advance or does the person get the cost reimbursed? (What does the law say and how is this implemented in practice?)
- (19) How is accountability practiced in the voucher system?

Service plan

The function of the service plan has been strengthened under the new legislation.

- (20) Could you please explain the purpose of the service plan? How is the service plan utilized after the recent legislative change? How is the implementation of the service plan evaluated?

Budget assistance

- (21) Could you please describe how the users are assisted with the application and the organisation of the personal assistance?
- (22) Does the service plan lead to more self-determination of the users of personal assistance? If yes/no could you please explain the reasons for that?
- (23) How does a disabled person find a suitable assistant? Are there organisations helping? Could you please name some?

Financing

- (24) How is the personal assistance financed (taxation, occupational health insurance, private health insurance)?

III. Questions regarding the implemented new policy and its impact

Uptake and Cost of personal assistance

- (25) Before 2009: Did the uptake of personal assistance meet the expectations? If the expectations were not met, could you please explain the reasons for that? In what way has the uptake changed since 2009? (Are applications rejected or do people not apply and what are the reasons for that?)

- (26) What proportion of disabled people in Finland does not use Personal Assistance? What are the characteristics of this group? What are the main reasons against utilization of Personal Assistance?
- (27) What are the overall cost of Personal Assistance and how have they been developing? Are there any statistics or evaluations ? Are there any statistics about the hours granted (by the municipalities)?
- (28) Is there a debate about cost of personal assistance? Could you please point out the main issues?

Service Providers and Assistants

- (29) Has the provision of vouchers led to private providers or cooperatives offering personal assistance?
- (30) What are the pro and cons of implementing the voucher system? What are the pro and cons of implementing Personal Assistance via the municipality as the employer?
- (31) Are there enough providers and assistants to choose from in every region? If not, what is the reason for this?
- (32) How many municipalities take over the administration of the personal budget for the disabled person via a service centre? What proportion of Personal Assistance is administrated that way?
- (33) Could you please explain/ comment the initiative of the Heta-Liitto organisation to achieve a collective bargaining procedure for the wages of Personal Assistants?

We understand that there is no overall quality guideline or measurement in Finland, but social workers are highly trained (by Master's degree), whereas Personal Assistants themselves have no or very little training. The "Personal Assistant" is not yet a profession, but the labour union of social workers is striving to establish it.

- (34) Could you please explain the rational/ debate/issues behind this?

Quality of care/ assistance provided

- (35) How is the quality of the provided assistance ensured and measured? Are any instruments for quality control implemented?
- (36) How is the quality of care and assistance perceived by the users? How is the quality of care and assistance perceived by the public/politicians/experts?

4.2.3 Nederlande



1

The Netherlands
Date and Time of
Interview:
Expert Name and
Institution
Interviewer IGES

Interview Guideline Expert Interview on Personal Budgets

I. Questions regarding the implemented policy

Application process

A person in need of care can apply for a Personal Budget under AWBZ, under WMO and under WSW.

- (1) How does the coordination between the different forms of Personal Budget work? Is there a central agency or do you have to apply for each one separately? Could you please explain the reasons for separating the types of Personal Budgets into different legal responsibilities?
- (2) The CIZ appears to be the central institution for needs determination under AWBZ. Could you please explain why the application system is organised by an independent institution and how the CIZ is financed?
- (3) Needs determination for children and young people is performed by the Bureau Jeugdzorg. Is there a cooperation between CIZ when these budget holders grow older or do they remain with the Bureau Jeugdzorg?

Assessment tool / Definition of "need"

The CIZ uses a so called "funnel model" ("Trechtermodel") as a decision framework. Once the gross need for care is established, the informal family care and personal contributions are deducted to get the net need for care.

- (4) Is there a legal obligation for the family to deliver this care? How is the volume of available informal care determined?
- (5) Patients need to pay some part of the care themselves with a personal contribution. How is the personal contribution determined (e.g. fixed rate per hour, percentage of budget)? Is there any adjustment to social status?
- (6) Is there any formal contract between the budget holder and the care liaison office (zorgkantoor) on the number of hours granted, possible goals you want to achieve with the budget or rights and duties (e.g. budget accountability)?



Budget utilization

- (7) Can you combine a PGB with residential care? If yes, is there a restriction for what you can use the budget?
- (8) As a budget holder you can employ a family member with your PGB. Do you have to pay income tax, health insurance, work accident insurance, pension contribution etc. for family members? Does the family member have to register anywhere as carer (e.g. social security number)?
- (9) Is "Activating Treatment" (activerende begeleiding) still one of the functions you can spend your PGB on? There is a lot of contradictory information on this. If not, which institution is taking over the activating measures now?

Financing

The expenditures on Personal Budgets under AWBZ are regulated by a yearly determined overall cap. The overall cap in 2010 was set at 2.113,3 Mio. Euro.

- (10) Why is there an overall cap for personal budget expenditures? What other measures were discussed to control cost? Has the cap always existed or was it introduced in the process? What triggered the implementation?
- (11) How does the VWS determine the yearly maximum? Which are the influencing factors (e.g. population development, inflation, AWBZ premium income)?

Working conditions and legal issues

- (12) Does every carer, who is paid out of a Personal Budget, have a right to
- a) health care insurance,
 - b) pension benefits,
 - c) occupational accident insurance,
 - d) paid days of vacation,
 - e) paid sick leave, etc?

Could you describe the Dutch labour law rights of carers employed by budgetholders to us?

- (13) Is there a minimum wage for carers employed by budgetholders? Is there a worker's union that takes over collective bargaining for carer's working conditions?
- (14) Is there a possibility for the provider of care to reject a budgetholder who wants to buy care from this provider? If yes, who does have the ultimate responsibility to deliver care to everyone?
- (15) Are the carer's insurances, sick leave benefits etc. paid by the budgetholder with money from the Personal Budget? If that's the case, how large is the approximate share of the yearly budget that is spend on insurances and other employee benefits?



3

- (16) Is there any distinction in labour law rights with regard to family members acting as carers? Do family members have the same rights and obligations as carers not related to the budgetholder? Do family members have to pay income tax when employed with a Personal Budget?

Advice and assistance for budgetholders

The care liaison offices (Zorgkantoren) function as a contact point for budget holders.

- (17) Where do people in the application process for care get information and (legal) advice? Is the advice free of charge and how is the service financed? Who can applicants for a Personal Budget turn to for legal advice (e. g. for support to oppose the needs assessment by the CIZ)?
- (18) Since assistance with the application process, or management of the budget and administration cannot be paid with money from the Personal Budget, who is delivering these services and how are they financed?
- (19) Since the introduction of PGB, private organisations ("bemiddelaars") offer support to budget holders and are providers of care at the same time, which can lead to fraud. Are there any policy developments on this issue? How can you ensure the objectivity of private support firms?
- (20) Does the SVB offer services for budgetholders both under AWBZ and WMO? Are there differences in services, procedures, or financing when it comes to the different Personal Budgets?
- (21) One service the SVB offers, is compensation when the service provider is sick or on maternity leave. How is this compensation financed? How long is compensation paid for? Can any budgetholder make use of this service or are there any restrictions?
- (22) How many budgetholders use the services of the SVB? Is there a characteristic difference (e.g. age, socioeconomic status, type/severity of need) between those who use the SVB services and those who don't?

II. Questions regarding the impact of the implemented policy

Uptake of the PGB

- (23) About 10 % of all care users under AWBZ use a PGB. What are the characteristics of this group? What are the main reasons against utilization of a Personal Budget?
- (24) In the last years there has been a considerable influx of children and young people with psychological difficulties. What are the reasons for this development? Are there any measures taken to restrict eligibility as a result? If yes, could you describe these?



Cost of the PGB

- (25) The tariffs per care function and class are determined yearly. On average 75 % of the care-in-kind-tariff is paid under PGB. How does the tariff adjustment work? What does the fixed amount relate to (e.g. inflation)?
- (26) The government appears to perceive the financial sustainability of the PGB system to be a problem. Are there any policy changes planned with the goal of cost containment? If yes, could you describe these? Are there any plans to change the system of a maximum budget cap for PGB, since this cap was reached so early (July) in 2010?
- (27) Are there any plans to change the system of a maximum budget cap for PGB, since this cap was reached so early (July) in 2010?

Service Providers

- (28) Is there competition between the providers? Is there a price range between professional service providers and untrained carers or is an hour of care worth the same, no matter which provider you choose?
- (29) Since the introduction of PGB, private organisations offer support to budget holders and are providers of care at the same time, which can lead to fraud. Are there any policy developments on this issue? How can you ensure the objectivity of private support firms?
- (30) Since it was a specifically expressed goal of the PGB introduction to enable a private care market, could you describe the development of the private market? How did the introduction of the PGB affect the existing professional providers? Are there enough providers in every region to choose freely?
- (31) Could you describe the developed "keurmerk" for PGB-Agencies (bemiddelings-, advies- en administratiebureaus) to us? When is the keurmerk being introduced? Is it legally binding? Who is monitoring the standards of the keurmerk?
- (32) Is there competition between the providers? Is there a price range between professional service providers and untrained carers or is an hour of care worth the same, no matter which provider you choose?

Quality of care/ assistance provided

- (33) How is the quality of the provided assistance ensured and measured? Are any instruments for quality control implemented?
- (34) How is the quality of care and assistance perceived by the users?
- (35) Is the fact that most of the personnel hired by budget holders has not completed a formal education in care an issue in the debate around quality of care? Are any measures to ensure quality and safety of care planned with regard to the care providers?

4.2.4 Deutschland



2

III. Beratung und Unterstützung

- (7) Bitte stellen Sie (kurz) dar, in welcher Form Sie Budgetberatung leisten. Bitte nennen Sie (kurz) häufig auftretenden Beratungsbedarf /-themen!
- (8) Wurde an Sie schon einmal Beratungsbedarf bezüglich Leistungen der Pflegeversicherung herangetragen? Bitte schildern Sie die Fragestellung und wie sie diesen begegnet sind (Verweis an Pflegekasse etc.)
- (9) Wie hoch schätzen Sie den Beratungsbedarf der (interessierten) Budgetnehmer wenn zukünftig Leistungen der Pflegeversicherung auch in Form von Geldleistungen in einem Persönlichen Budget ausgeführt werden könnten?
- (10) Welche Erwartungen hätten Sie an die Pflegekassen in Bezug auf Budgetberatung wenn zukünftig Leistungen der Pflegeversicherung auch in Form von Geldleistungen in einem Persönlichen Budget ausgeführt werden könnten?

IV. Einschätzung insgesamt

- (11) Welche weiteren Chancen oder Probleme sehen Sie, wenn zukünftig Leistungen der Pflegeversicherung auch in Form von Geldleistung in einem Persönlichen Budget ausgeführt werden könnten?
- (12) Wie schätzen Sie die Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen von trägerübergreifenden Budgets an? Wird es Personengruppen geben die dies besonders häufig nachfragen werden? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese!



III. Beratung und Unterstützung

- (7) Bitte stellen Sie (kurz) dar, in welcher Form Sie Budgetberatung leisten. Bitte nennen Sie (kurz) häufig auftretenden Beratungsbedarf /-themen!
- (8) Wurde an Sie schon einmal Beratungsbedarf bezüglich Leistungen der Pflegeversicherung herangetragen? Bitte schildern Sie die Fragestellung und wie sie diesen begegnet sind (Verweis an Pflegekasse etc.)
- (9) Wie hoch schätzen Sie den Beratungsbedarf (interessierten) Budgetnehmer wenn zukünftig Leistungen der Pflegeversicherung auch in Form von Geldleistungen in einem Persönlichen Budget ausgeführt werden könnten?
- (10) Welche Erwartungen hätten Sie an die Pflegekassen in Bezug auf Budgetberatung wenn zukünftig Leistungen der Pflegeversicherung auch in Form von Geldleistungen in einem Persönlichen Budget ausgeführt werden könnten?

IV. Einschätzung insgesamt

- (11) Welche weiteren Chancen oder Probleme sehen Sie, wenn zukünftig Leistungen der Pflegeversicherung auch in Form von Geldleistung in einem Persönlichen Budget ausgeführt werden könnten?
- (12) Wie schätzen Sie die Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen von trägerübergreifenden Budgets an? Wird es Personengruppen geben die dies besonders häufig nachfragen werden? Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese!

4.3 Datengrundlage und Hochrechnung im Kapitel 3

Der deutsche Mikrozensus ist eine seit 1957 jährlich stattfindende Haushaltsbefragung, an der ein Prozent der wohnberechtigten Bevölkerung in Deutschland teilnimmt. Der Mikrozensus liefert statistische Informationen zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Bevölkerung. Jährlich werden ein Viertel der befragten Haushalte in der Stichprobe ausgetauscht, sodass ein Haushalt vier Jahre in der Stichprobe verbleibt. Neben einem alljährlichen Standardbefragung, das in allen Jahren aus identischen Fragen besteht, rotieren Ergänzungsprogramme zu Berufspendlern, zur Wohnsituation und zu Gesundheit und Behinderung im vierjährigen Rhythmus, sodass jeder Haushalt die Fragen des Ergänzungsprogramms nur beantwortet. Im Rahmen des Ergänzungsprogramms enthält der Mikrozensus der Jahre 2005 Fragen zur Gesundheit, sodass sowohl Informationen zu Pflegebedürftigkeit als auch zu Behinderungen in einer Stichprobe enthalten sind.

Die Daten des Mikrozensus können für wissenschaftliche Auswertungen in einem *Scientific Use File* zur Verfügung gestellt werden. Aufgrund von Datenschutzbestimmungen handelt es sich bei diesem Datensatz um eine anonymisierte 70 Prozent Stichprobe aller erfassten Haushalte des Mikrozensus.

Der *Scientific Use File* enthält Hochrechnungsvariablen der Originaldaten des Mikrozensus um Ausfälle von Haushalten (z.B. aufgrund von Nichterreichbarkeit) zu kompensieren und die Daten an die laufende Bevölkerungsverteilung anzupassen. Dabei stehen drei Hochrechnungsfaktoren zur Verfügung, von denen hier der Standardhochrechnungsfaktor "*Jahr in 1.000*" gewählt wird. Da es sich bei den Daten des Scientific Use Files um eine faktisch anonymisierte 70 Prozent Substichprobe des Mikrozensus handelt, müssen die Hochrechnungswahrscheinlichkeiten noch mit dem Kehrwert der Ziehungswahrscheinlichkeit des Mikrozensus (1 Prozent) multipliziert werden ($=1.000/0,7$), um repräsentative Bevölkerungswerte zu erhalten.

Zum Zeitpunkt der Analysen war nur der *Scientific Use File* des Jahres 2005 erhältlich, so dass die Auswertungen hierauf erfolgten. Der Abgleich der hochgerechneten Angaben zum Pflegebedarf im Mikrozensus mit der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes zeigte eine Unterschätzung des Pflegebedarfs im Mikrozensus 2005 um etwa 38 Prozent. Besonders bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren und pflegebedürftigen Personen in stationärer Versorgung wichen die hochgerechneten absoluten Zahlen des Mikrozensus stark ab. In der Altersgruppe der 25 bis 65-jährigen zeigte sich der Mikrozensus hingegen bei den Frauen zu 110 Prozent (Überschätzung im Mikrozensus), bei den Männern zu 69 Prozent vergleichbar.

Eine amtliche Statistik, die alle behinderten Personen in Deutschland nach Alter, Geschlecht und Grad der Behinderung enthält ist nicht bekannt. Allerdings können die Ergebnisse für schwerbehinderte Menschen im Mikrozensus mit der Schwerbehindertenstatistik 2005 nach Altersgruppen und Geschlecht verglichen werden (Statistisches Bundesamt 2007). Dabei wurde wiederum eine Unterschätzung (um durchschnittlich etwa 20 Prozent) festgestellt.

Die Beantwortung der Fragen zur Behinderung und Gesundheit im Mikrozensus ist freiwillig und die Unterschätzung möglicherweise darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2005 14 Prozent der Befragten des Mikrozensus keine Angabe zum Vorliegen einer Behinderung machten. Die Antwortquote in Heimen und Institutionen war noch deutlich geringer (51 Prozent) und führt zu Verzerrungen bei der Gruppe der 75-jährigen und älteren Behinderten (Pfaff 2006).

Um die Angaben des Mikrozensus 2005 mit der amtlichen Statistik der Pflegebedürftigen und der Schwerbehinderten vergleichbar zu machen wurde als Hochrechnungsrahmen neben dem Standardhochrechnungsfaktor "*Jahr in 1.000*" die Schwerbehindertenstatistik und Pflegestatistik nach Alter und Geschlecht, Grad der Behinderung bzw. Pflegestufe und Versorgungssektor verwendet. Dazu wurden die Hochrechnungsfaktoren nach dem Prinzip des minimalen Informationsverlustes an die Randsummen der amtlichen Statistiken angepasst¹. Jede Einheit des Mikrozensus wird dabei so gewichtet, dass die gewichtete Summe der Einheiten den extern vorgegebenen Aggregaten der Pflegestatistik und der Schwerbehindertenstatistik entspricht.

Lediglich bei männlichen Behinderten unter 6 Jahren und Kindern- und Jugendlichen mit Pflegebedarf im stationären Sektor konnte keine völlige Übereinstimmung zwischen amtlicher Statistik und Ergebnissen des Mikrozensus 2005 hergestellt werden, da in diesen Kategorien im Mikrozensus keine Personen befragt wurden. Die Gesamtsumme der Pflegebedürftigen im Mikrozensus weicht darum um 0,2 Prozent von der Pflegestatistik ab (Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestatistik 2005 ohne Personen, die noch keiner Pflegestufe zugordnet werden und ohne Kurzzeitpflege = 2.105.016). Bei den Schwerbehinderten beträgt die Abweichung lediglich 0,01 Prozent.

¹ Für die Angleichung der Hochrechnung an die Randverteilungen wurde das Programm Adjust verwendet (vgl. <http://ffb.uni-lueneburg.de/adjust/deutsch.html>).

4.3.1 Tabellenanhang Kapitel 3

Tabelle 23: Pflegebedürftige Menschen mit Behinderung nach Alter und Geschlecht und Anteil an allen Pflegebedürftigen 2005

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	darunter mit Behinderung	Pflegebedürftige gesamt	darunter mit Behinderung	Pflegebedürftige gesamt	darunter mit Behinderung	Pflegebedürftige gesamt
unter 15 Jahren	28.264	78,79%	18.919	73,91%	47.182	76,75%
15 bis unter 20 Jahren	13.145	93,12%	10.022	95,15%	23.167	93,99%
20 bis unter 25 Jahren	9.006	87,87%	6.412	83,17%	15.418	85,85%
25 bis unter 30 Jahren	7.915	91,78%	6.106	91,62%	14.021	91,71%
30 bis unter 35 Jahren	7.185	84,00%	4.965	72,73%	12.150	79,00%
35 bis unter 40 Jahren	10.499	88,96%	6.812	68,35%	17.312	79,53%
40 bis unter 45 Jahren	12.048	81,59%	9.201	69,71%	21.249	75,98%
45 bis unter 50 Jahren	13.862	85,89%	9.022	60,09%	22.884	73,46%
50 bis unter 55 Jahren	16.226	85,34%	14.105	76,51%	30.331	80,99%
55 bis unter 60 Jahren	21.023	83,78%	17.008	73,56%	38.031	78,88%
60 bis unter 65 Jahren	33.495	85,70%	26.220	76,57%	59.715	81,43%
65 bis unter 70 Jahren	58.098	82,58%	49.103	74,55%	107.201	78,70%
70 bis unter 75 Jahren	65.813	78,91%	70.702	71,08%	136.515	74,65%
75 bis unter 80 Jahren	75.522	72,46%	112.799	60,85%	188.321	65,03%
80 bis unter 85 Jahren	74.668	72,07%	182.820	55,69%	257.488	59,62%
85 bis unter 90 Jahren	42.249	66,34%	133.839	50,37%	176.088	53,46%
90 und älter	30.958	57,24%	129.936	42,46%	160.895	44,68%
Gesamt	519.977	76,17%	807.992	56,82%	1.327.968	63,10%

Quelle: IGES; Mikrozensus 2005 unter Verwendung der Pflegestatistik 2005 sowie der Schwerbehindertenstatistik 2005

4.4 Tabellenanhang Kapitel 4

Die in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellten Simulationsbeispiele wurden wie folgt berechnet. Ausgangspunkt der Überlegungen ist das Jahr 2009, in welchem laut den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Sozialen Pflegeversicherung rund 1,03 Mio. Pflegebedürftige selbstbeschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI und rund eine halbe Mio. Menschen Sachleistungen, Tages- und Nachtpflege sowie Kombinationsleistungen in Anspruch genommen hat. Wie in Tabelle 24 dargestellt, beziehen dabei jeweils mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen – nämlich ca. 670.000 Pflegegeldempfänger und rund 270.000 Sachleistungsbezieher – Leistungen der Pflegestufe I.

Die Informationen über die Sachleistungsquote liegen in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Sozialen Pflegeversicherung jedoch nicht differenziert nach Altersgruppen vor. Die für die weiteren Berechnungen verwendeten Sachleistungsquoten wurden deshalb aus der Pflegestatistik des Jahres 2007² übertragen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts im Gegensatz zu den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Sozialen Pflegeversicherung privat und gesetzlich Pflegeversicherte mit einbezieht³. Unter anderem aus diesem Grund differiert sowohl die Zahl der Pflegebedürftigen, als auch die Altersverteilung und die Inanspruchnahme nach Pflegestufen. Gleichwohl stellt die Sachleistungsquote je Altersgruppe aus der Pflegestatistik die bestmögliche Informationsgrundlage dar.

Ebenso den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Sozialen Pflegeversicherung zu entnehmen ist, dass ambulante Geld- und Sachleistungen im Jahr 2009 für die Sozialen Pflegeversicherung zu Ausgaben von 7,37 Mrd. Euro führten (siehe Tabelle 24 und auch Kapitel 3.2). Diese Ausgaben wurden hilfsweise rechnerisch auf die jeweiligen Altersgruppen aufgeteilt, da sich keine altersdifferenzierte Aufteilung in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Sozialen Pflegeversicherung findet. Hierzu wurde wie folgt vorgegangen.

In einem ersten Schritt wurde ermittelt, welche Ausgaben entstanden wären, wenn alle Leistungsempfänger über 12 Monate hinweg den entsprechenden

² Die Daten der Pflegestatistik 2009 lagen zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens (5/2011) noch nicht vor.

³ Für eine ausführlichere Darstellung von Unterschieden in der Methodik und möglichen Ursachen für die Abweichungen zwischen beiden Statistiken siehe z.B. auch den „Bericht: Pflegestatistik 2005 - Deutschlandergebnisse“ (S. 27) des Statistischen Bundesamtes.

Leistungssatz ihrer Stufe erhalten hätten. Dies Vorgehen entspricht jedoch nicht der Realität, da hierdurch die Kombinationsquote (bei § 38 SGB XI-Leistungen) sowie die Dauer des Leistungsbezugs vernachlässigt werden. Die so ermittelte Zahl je Alters- und Leistungsbezugszelle wurde anschließend im Sinne eines Gewichtungsfaktors verwandt, um die tatsächlichen Ausgaben entsprechend zu differenzieren (d.h. es wurde - aufgrund fehlender Datenquellen – implizit die Annahme getroffen, dass Dauer des Leistungsbezugs und Kombinationsquote über die Altersgruppen gleich verteilt ist.

Auf Grundlage der so geschaffenen Ausgangstabelle (siehe Tabelle 24) wurde anschließend in einem ersten Beispiel (siehe Tabelle 25) der Anteil der Sachleistungsempfänger in allen Altersgruppen um 5 Prozent erhöht bzw. es wird davon ausgegangen, dass im Vergleich zum Status Quo 25.000 Menschen Pflegegeld statt Sachleistungen wählen.

Dies würde nach der Simulation einen Ausgabenanstieg von rund 110 Mio. Euro – bzw. bei Übersetzung dieses nach der Faustregel, dass 1,08 Mrd. Euro ca. 0,1 Beitragssatzpunkten gleichen (Stand 3/2011) – einen Anstieg von 0,01 Beitragssatzpunkten bedeuten.⁴ Jedoch wurden in den Beispielsimulationen alle übrigen Parameter wie z. B. die Altersverteilung oder eine Dynamisierung der Leistungssätze nicht variiert.

In einem zweiten Beispiel (siehe Tabelle 26) wurde der Anteil der Sachleistungsempfänger bei den unter 25-Jährigen um 10 Prozent, bei den 25 bis 65 jährigen um 5 Prozent und bei den über 65-Jährigen lediglich um 2 Prozent erhöht. Aufgrund der geringen Zahl von Pflegebedürftigen in den jüngeren Altersklassen käme dies einem Anstieg von ca. 12.000 Sachleistungsempfängern gleich. Dies entspräche wie in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellt 50 Mio. Euro bzw. 0,005 Beitragssatzpunkten.

⁴ Darstellung ohne Berücksichtigung des Beitragssatzzuschlags für Kinderlose. 0,1 % Beitragssatz = rd. 1,08 Mrd. € pro Jahr nach Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung Stand 3/2011 des BMG Zugriff unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2011_03_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf (02.05.2011)

Tabelle 24: Status Quo SPV 2009 bei Übertragung der Sachleistungsquote je Altersgruppe aus der Pflegestatistik

ambulant	Anzahl Geldleistungsempfänger			Anzahl Sachleistungsempfänger			Sim. Ausgaben	Sachl.quote Pf.stat
	PS I	PS II	PS III	PS I	PS II	PS III	Insgesamt	Insgesamt
unter 15 Jahren	34.506	19.828	9.262	1.256	1.520	1.406	278.239.041 €	4%
15 bis unter 20 Jahren	10.863	6.537	5.085	420	537	742	109.948.739 €	4%
20 bis unter 25 Jahren	8.678	6.485	4.721	403	541	826	103.369.169 €	4%
25 bis unter 30 Jahren	6.599	5.961	3.606	399	553	784	87.674.862 €	6%
30 bis unter 35 Jahren	5.934	5.547	2.691	373	525	732	76.482.913 €	6%
35 bis unter 40 Jahren	7.433	6.005	2.449	667	784	918	87.171.527 €	8%
40 bis unter 45 Jahren	10.837	8.050	2.683	1.458	1.433	1.364	123.139.847 €	12%
45 bis unter 50 Jahren	14.558	9.106	2.485	2.526	2.125	1.695	152.195.791 €	15%
50 bis unter 55 Jahren	16.835	8.738	2.145	3.691	2.627	1.675	163.474.596 €	18%
55 bis unter 60 Jahren	22.909	10.384	2.246	5.244	3.443	1.875	204.128.718 €	19%
60 bis unter 65 Jahren	27.189	12.471	2.547	6.700	4.315	1.952	242.308.416 €	20%
65 bis unter 70 Jahren	48.390	21.067	4.099	13.415	9.363	3.788	452.272.669 €	22%
70 bis unter 75 Jahren	78.148	31.618	5.478	25.318	18.297	6.381	765.121.018 €	24%
75 bis unter 80 Jahren	98.778	35.447	6.296	41.352	26.848	8.338	1.027.396.095 €	30%
80 bis unter 85 Jahren	124.300	41.882	7.595	67.269	38.659	10.489	1.397.438.319 €	35%
85 bis unter 90 Jahren	107.755	39.222	8.048	69.043	39.570	10.211	1.363.953.939 €	39%
90 und aelter	41.858	23.072	6.133	29.813	23.531	7.179	735.684.341 €	42%
Insgesamt	665.572	291.420	77.569	269.345	174.671	60.355	7.370.000.000 €	29%

Quelle: IGES, Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Sozialen Pflegeversicherung 2009 sowie Pflegestatistik 2007

Tabelle 25: Simulationsbeispiel 1 bei Übertragung der Sachleistungsquote je Altersgruppe aus der Pflegestatistik

ambulant	Anzahl Geldleistungsempfänger			Anzahl Sachleistungsempfänger			Sim. Ausgaben	Sachl.quote Pf.stat
	PS I	PS II	PS III	PS I	PS II	PS III	Insgesamt	Insgesamt
unter 15 Jahren	34.443	19.752	9.192	1.319	1.596	1.476	279.426.752 €	4%
15 bis unter 20 Jahren	10.842	6.510	5.048	441	564	779	110.469.666 €	4%
20 bis unter 25 Jahren	8.658	6.458	4.679	423	568	868	103.925.197 €	5%
25 bis unter 30 Jahren	6.579	5.933	3.566	419	581	824	88.216.300 €	6%
30 bis unter 35 Jahren	5.915	5.520	2.654	392	552	769	76.991.162 €	6%
35 bis unter 40 Jahren	7.399	5.965	2.403	701	824	964	87.868.130 €	9%
40 bis unter 45 Jahren	10.764	7.978	2.615	1.531	1.505	1.432	124.305.469 €	12%
45 bis unter 50 Jahren	14.432	9.000	2.400	2.652	2.231	1.780	153.825.555 €	16%
50 bis unter 55 Jahren	16.651	8.606	2.061	3.875	2.759	1.759	165.373.175 €	19%
55 bis unter 60 Jahren	22.647	10.212	2.152	5.506	3.615	1.969	206.525.460 €	20%
60 bis unter 65 Jahren	26.854	12.256	2.450	7.035	4.530	2.049	245.157.393 €	21%
65 bis unter 70 Jahren	47.719	20.599	3.910	14.086	9.831	3.977	458.142.242 €	23%
70 bis unter 75 Jahren	76.882	30.703	5.159	26.584	19.212	6.700	776.060.407 €	26%
75 bis unter 80 Jahren	96.711	34.105	5.880	43.419	28.190	8.754	1.043.472.289 €	31%
80 bis unter 85 Jahren	120.937	39.950	7.071	70.632	40.591	11.013	1.420.788.212 €	37%
85 bis unter 90 Jahren	104.303	37.244	7.538	72.495	41.548	10.721	1.387.652.305 €	41%
90 und aelter	40.368	21.896	5.774	31.303	24.707	7.538	749.016.864 €	44%
	652.105	282.686	74.551	282.812	183.405	63.373	7.477.216.578 €	30%

Quelle: IGES, Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Sozialen Pflegeversicherung 2009 sowie Pflegestatistik 2007

Tabelle 26: Simulationsbeispiel 2 bei Übertragung der Sachleistungsquote je Altersgruppe aus der Pflegestatistik

ambulant	Anzahl Geldleistungsempfänger			Anzahl Sachleistungsempfänger			Sim. Ausgaben	Sachl.quote Pf.stat
	PS I	PS II	PS III	PS I	PS II	PS III	Insgesamt	Insgesamt
unter 15 Jahren	34.380	19.675	9.121	1.382	1.673	1.547	280.614.463 €	4%
15 bis unter 20 Jahren	10.821	6.483	5.011	462	591	816	110.990.593 €	4%
20 bis unter 25 Jahren	8.638	6.431	4.638	443	595	909	104.481.225 €	5%
25 bis unter 30 Jahren	6.579	5.933	3.566	419	581	824	88.216.300 €	6%
30 bis unter 35 Jahren	5.915	5.520	2.654	392	552	769	76.991.162 €	6%
35 bis unter 40 Jahren	7.399	5.965	2.403	701	824	964	87.868.130 €	9%
40 bis unter 45 Jahren	10.764	7.978	2.615	1.531	1.505	1.432	124.305.469 €	12%
45 bis unter 50 Jahren	14.432	9.000	2.400	2.652	2.231	1.780	153.825.555 €	16%
50 bis unter 55 Jahren	16.651	8.606	2.061	3.875	2.759	1.759	165.373.175 €	19%
55 bis unter 60 Jahren	22.647	10.212	2.152	5.506	3.615	1.969	206.525.460 €	20%
60 bis unter 65 Jahren	26.854	12.256	2.450	7.035	4.530	2.049	245.157.393 €	21%
65 bis unter 70 Jahren	48.122	20.880	4.024	13.683	9.550	3.863	454.620.498 €	22%
70 bis unter 75 Jahren	77.642	31.252	5.350	25.824	18.663	6.509	769.496.774 €	25%
75 bis unter 80 Jahren	97.951	34.910	6.130	42.179	27.385	8.504	1.033.826.572 €	30%
80 bis unter 85 Jahren	122.955	41.109	7.386	68.614	39.432	10.698	1.406.778.276 €	36%
85 bis unter 90 Jahren	106.374	38.431	7.844	70.424	40.361	10.415	1.373.433.286 €	40%
90 und aelter	41.262	22.602	5.989	30.409	24.001	7.323	741.017.350 €	42%
	659.387	287.245	75.794	275.530	178.846	62.130	7.423.521.681 €	29%

Quelle: IGES, Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Sozialen Pflegeversicherung 2009 sowie Pflegestatistik 2007

5 Literaturverzeichnis

- Agasi S. (2010): Die Krankenversicherung in den Niederlanden: Von der kleinen Prämie zur großen Prämie. Die Krankenversicherung, Vol. 3; 67-71.
- Ahlström G., Wadensten B. (2010): Encounters in close care relations from the perspective of personal assistants working with persons with severe disability. Health and Social Care in the Community, Vol. 18 (2); 180-8.
- Allgemeines Gesetz über Besondere Krankheitskosten (1967): Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vom 14.12.1967
[http://wetten.overheid.nl/BWBR0002614/geldigheidsdatum_09-03-2010]
(25.08.2010).
- Anderberg P. (2009): ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people. Country: Sweden. [http://www.disability-europe.net/content/pdf/SE-6-Request-07%20ANED%20Task%205%20Independent%20Living%20Report%20Sweden_to%20publish_to%20EC.pdf] (15.07.2010).
- Andersen J., Askheim O. P., Begg I. S., Guldvik I. (2006): Brukerstyrt personlig assistanse. Kunnskap og praksis [Persönliche Assistenz. Theorie und Praxis]. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arbeits- und Sozialministerkonferenz (87.) (2010): Anlage zum Ergebnisprotokoll der 87. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder - Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK. [<http://www.asmk2010.hessen.de>] (31.01.2010).
- Askheim O. P. (2008): Personal Assistance in Sweden and Norway: From Difference to Convergence? Scandinavian Journal of Disability Research, Vol. 10 (3); 179-90.
- Baumgartner E., Wacker E., Castelli F., Klemenz R., Oberholzer D., Schäfers M., Wansing G. (2007): Assistenzmodelle im internationalen Vergleich. Leistungen und Massnahmen zur Unterstützung selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben in ausgewählten Ländern. Evaluation "Pilotversuch Assistenzbudget" Teilstudie 6b. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 11/07. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Blanck C., Scherman A., Sellin K. (2006): The price of freedom of choice, self-determination and integrity. A report from the Knowledge Project. A cost analysis of different forms of support and service to people with extensive functional impairments.
[<http://www.gripvzw.be/pgb/documenten/litteratuur/Zweedse%20studie%20Kostanalyse%20van%20verschillende%20zorgsystemen%202006.pdf>]
(20.06.2010).
- Blinkert B., Schings C., Spiegel J. (2008): Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management - Schlussbericht des Freiburger Instituts für angewandte Sozialwissenschaft e. V. .
[

- spitzenverband.de/upload/4_Anlage_ausführlicher_Schlussbericht_FIFAS_3275.pdf] (15.04.2010).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (Hrsg) (2004): Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätze (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“) vom 22. März 2004 Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (Hrsg) (2009): Handlungsempfehlungen. "Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget".
- Bundesministerium für Gesundheit (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
- BT-Drs. 12/5262 (1993). Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG). Deutscher Bundestag (12. Wahlperiode):
- BT-Drs. 14/5074 (2001). Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Deutscher Bundestag (14. Wahlperiode).
- BT-Drs. 15/1514 (2003). Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch. Deutscher Bundestag (15. Wahlperiode).
- BT-Drs. 16/7439 (2007). Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Deutscher Bundestag (16. Wahlperiode).
- BT-Drs. 17/406 (2010). Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Katrin Kunert, Dr. Marita Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 17/345. Umsetzung der Leistungsform Persönliches Budget. Deutscher Bundestag (17. Wahlperiode).
- Büscher A., Holle B., Emmert S., Fringer A. (2010): Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI - Eine empirische Bestandsaufnahme. [<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-142.pdf>] (11.05.2011).
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2003-2009): Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering [Versorgungsrechnung; Ausgaben (in laufenden und konstanten Preisen) und Finanzierung]. [[http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=0-36,40,44-45&D2=\(1-2\)-1&VW=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71914ned&D1=0-36,40,44-45&D2=(1-2)-1&VW=T)] (16.06.2010).
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) (2005): Protocol. Gebruikelijke Zorg [Protokoll. Übliche Versorgung]. [<http://www.zoekpgbzorg.nl/forms/ProtocolGebruikelijkeZorg.pdf>] (03.08.2010).
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) (2008): PGB in ontwikkeling [Die Entwicklung des PGB]. [<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2008/03/03/pgb-in-ontwikkeling.html>] (14.09.2010).

- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) (2010): CIZ Indicatielijzer Versie 3.0 [Handbuch der Indikationen Version 3.0]. [<http://www.ciz.nl/sf.mcgi?6175>] (17.07.2010).
- Clevnert U., Johansson L. (2007): Personal Assistance in Sweden. *Journal of Aging & Social Policy*, Vol. 19 (3); 65-80.
- College voor Zorgverzekering (CVZ) (2010): Persoonsgebonden budget. Zelf uw zorg inkopen in 8 stappen [Persönliches Budget. Pflege selbst einkaufen: in 8 Schritten]. [http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/rubriek+zorgpakket/pgb/pgb-brochure+zorg+inkopen+in+8+stappen.pdf] (19.07.2010).
- College voor zorgverzekeringen (CVZ) (2006): [Brief an den Minister für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport (VWS), Aktenzeichen VZU/26077549, Den Haag, vom 28. September 2006. Betreff:] Onderzoek Kwaliteit van zorg ingekocht met een persoonsgebonden budget [Forschungsprojekt Qualität der Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets]. [http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2006/rpt0609+kwaliteit+pgb-zorg.pdf] (26.07.2010).
- College voor zorgverzekeringen (CVZ) (2007): Uitvoeringsverslag PGB-AWBZ 2006-2007. Diemen.
- Decruynaere E. (2010): The Personal Budget (PGB) in the Netherlands [Das Persönliche Budget in den Niederlanden]. [<http://www.independentliving.be/upload/EOL/Publicaties/Engels/THE%20PGB%20IN%20THE%20NETHERLANDS.pdf>] (18.06.2010).
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2007): Empfehlende Hinweise des Deutschen Vereins zur Umsetzung des Persönlichen Budgets nach SGB IX. [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/empfehlungen2007/pdf/Persoeliches_Budget.pdf] (31.01.2011).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), World Health Organization (WHO) (Hrsg) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF), Behinderung und Gesundheit Genf: World Health Organization (WHO).
- Dragt W., Hoeksma B. H., Pansier-Mast M. L. (2006): Kwaliteit van zorg ingekocht met een Persoonsgebonden Budget [Die Qualität der Versorgung im Rahmen eines persönlichen Budgets]. Enschede: HHM.
- Fahlbusch J. I. (2006): Rechtsfragen des persönlichen Budgets. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge*; 227-33.
- Föreningen Jämlikhet Assistans Gemenskap (JAG) (2006): Ten years with personal assistance. A report from the Knowledge Project. A presentation of two field surveys of people entitled to personal assistance. The first survey was in 1995, the second in 2005. [<http://www.jag.se/kunskap/10%20years.pdf>] (19.07.2010).
- Försäkringskassan (2008): Regionala skillnader i assistansersättningen [Regionale Unterschiede bei Assistenzleistungen]. [http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Rapporter/svar_pa_regeringsuppdrag/2007/rupp59566_07_Rapport.pdf] (05.07.2010).

- Försäkringskassan (2010): Assistansersättning [Assistentenhilfe].
[<http://www.forsakringskassan.se/nav/3accda28360d6f4348e4a152848c55fa>]
(01.07.2010).
- Försäkringskassan (2010a): Assistansersättning Vägledning 2003:6 Version 7
[Richtlinien Persönliche Assistenz 2003:6 Version 7].
[http://www.forsakringskassan.se/irj/go/km/docs/fk_publishing/Dokument/Regler/vagledningar/vagledning_2003_06.pdf] (29.06.2010).
- Försäkringskassan (2010b): Försäkringskassan datalager STORE, mars 2010
[Sozialversicherungen Data Warehouse STORE, März 2010] (29.08.2010).
- Gesetz für Geschützte Arbeitsplätze (1999): Wet Sociale Werkvoorziening vom
11.09.1999 [http://wetten.overheid.nl/BWBR0008903/geldigheidsdatum_16-09-2010] (29.06.2010).
- Gesetz für Gesellschaftliche Unterstützung (2006): Wet Maatschappelijke Ondersteuning
vom 29.06.2006 [http://wetten.overheid.nl/BWBR0020031/geldigheidsdatum_16-09-2010] (29.06.2010).
- Gesetz über Assistenzgeld (1993): Lag (1993:389) om assistansersättning vom
27.05.1993 [<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1993:389>] (28.06.2010).
- Gesetz über den Sozialleistungsdienst (2001): Lag (2001:453) Socialtjänstlagen vom
07.06.2001 [<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2001:453>] (28.06.2010).
- Gesetz über die Arbeitszeit (1996): Työaikalaki.
[<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1996/19960605>] (13.06.2010).
- Gesetz über die Leistungen und Betreuung von behinderten Personen (1987): Laki
vammaisuiden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista vom 3. April
1987 [<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>] (13.06.2010).
- Gesetz über die speziellen Versorgung (1977): Laki kehitysvammaisten erityishuollosta
vom 23. Juni 1977 [<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>]
(13.06.2010).
- Gesetz über Hilfs- und Dienstleistungen für Personen mit bestimmten Behinderungen
(1993): Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade vom
27.05.1993 siehe [<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1993:387>] (28.06.2010).
- Gesetz über Sozialfürsorge (1982): Sosiaalihuoltolaki vom 17. September. 1982
[<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>] (13.06.2010).
- Gesetz über Tarifabschlüsse (1945): Työehtosopimuslaki
[<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1946/en19460436.pdf>] (13.06.2010).
- Gesetz zur Unterstützung der Pflege durch Nahestehende (2005): Laki omaishoidon
tuestavom 2. Dezember 2005 [<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>] (13.06.2010).
- Gesetz über Arbeitsverträge (2001): Työsopimuslaki.
[<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010055>] (17.06.2010).
- Gesetz über die medizinische Grundversorgung (1972): "Kansanterveyslaki" vom 28.
Januar 1972 [<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>] (23.08.2010)

- Glenngård A. H., Hjalte F., Svensson M., Anell A., Bankauskaite V. (2005): Health Systems in Transition: Sweden. Sweden, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Habekothé R, Calis W, Procee A (2004): Initiatieven Kleinschalig Wonen met Zorg. Een handreiking voor particuliere initiatiefnemers. 2. Uitgave [Initiative Kleinräumiges Wohnen mit Pflege. Ein Handbuch für private Initiativnehmer. 2. Ausgabe]. [<http://www.woonzelf.nl/pdf/onbestemd/Wooninitiatieven.pdf>] (13.09.2010).
- Heiskanen M. L. (2008): Henkilökohtaisen avustajajärjestelmän kaksi vuosikymmentä suomalaisessa vammaispolitiikassa [<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R10-2008-VERKKO.pdf>] (19.07.2010).
- Heun W. (2004). In: Dreier W (Hrsg). Kommentar zum Grundgesetz, Bd. 1, 2. Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck GmbH & Co. KG.
- Hull H., Hoeksema N., de Bie R. (2008): Zorgmonitor 2008. [<http://www.vektis.nl/index.php/publicaties?section=files>] (10.08.2010).
- Independent Living Institute (2010): Vad ingår i de olika kostnadsslagen i Assistansskolls jämförelse? [Welche verschiedenen Kostenkategorien wurden im Assistenz-Vergleich mit einbezogen?]. [http://www.independentliving.org/assistanskoll/assistans_kostnadsslagen.php] (16.07.2010).
- Jahresurlaubsgesetz (1973): Vuosilomalaki. [<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1973/19730272>] (17.06.2010).
- Jaillet C. (2009): The role of relative helpers in the Swedish personal assistance system. [<http://www.independentliving.org/jaillet2009relative-helpers-in-sweden>] (06.07.2010).
- Jarass H. D. (2011). In: Jarass HD und Pieroth B (Hrsg). Kommentar zum Grundgesetz, 11. Auflage. München: Verlag C. H. Beck oHG.
- Johansson L. (2004): National Background Report for Sweden. NABAREs - National Background Reports. Hamburg: EUROFAMCARE.
- Keurmerkinstituut (2010): Eisenpakket keurmerk pgb-bureaus [Anforderungen für das Gütesiegel PGB-Agenturen] [www.keurmerk.nl/Teksten/EP153.pdf] (15.07.2010).
- Kiander J. (2003): The Nordic Welfare State in the 1990s: Consequences of Disinflation and Fiscal Consolidation in the Three Nordic EU Countries. [http://www.ezoneplus.org/archiv/ezoneplus_wp_thirteenD.pdf] (08.06.2010).
- Kischel (2010) Beck' scher Online-Kommentar zum Grundgesetz.
- Klie T., Pfundstein T., Schuhmacher B., Monzer M., Klein A., Störkle M., Behrend S. (2008a): Das Pflegebudget. Abschlussbericht 2008. [https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Abschlussbericht_Pflegebudget_AGP_3272.pdf] (02.07.2010).
- Klie T., Siebert A., Bruker C. (2008b): Das Integrierte Budget. Abschlussbericht. Freiburg: Arbeitsschwerpunkt Gerontologie & Pflege (AGP). [http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Abschlussbericht_Integriertes__Budget_3256.pdf] (12.04.2010).

- Klink A., VWS (2010): Handhaving subsidieplafond pgb's per 1 juli 2010 [Vollstreckung der Deckelung des PGB zum 1. Juli 2010],[<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/06/25/handhaving-subsidieplafond-pgb-s-per-1-juli-2010.html>] (02.09.2010).
- Knigge A. (2010): Persönliches Budget für Menschen mit Behinderungen: Notwendige Verbesserungen bei einer noch zu wenig gefragten Leistungsform. Soziale Sicherheit (2); 64-8.
- Knollema J. (2004): Kernmonitor PGB nieuwe stijl [Monitor PGB neuer Stil]. [http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2004/rpt0408+monitor+pgb-nieuwestijl.pdf] (04.08.2010).
- Knollema J. (2007): Uitvoeringsverslag PGB-AWBZ. juli 2006 - juli 2007 [Bericht über die Ausführung des PGB-AWBZ. Juli 2006 - Juli 2007]. [http://www.cvz.nl/binaries/live/CVZ_Internet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2007/rpt0710+uitvoering+pgb-awbz+2006-2007.pdf] (29.07.2010).
- Koalitionsvertrag (2009): Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP 17. Legislaturperiode - Wachstum, Bildung, Zusammenhalt [<http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>]
- Kommunal (2004): Personliga assistenters arbetssituation [Die Arbeitsbedingungen von Persönlichen Assistenten]. [<http://www.kommunal.se/KommunalSEof/files/051209151138294/Personligaassistenter.pdf>] (18.07.2010).
- Kommunal (2009): Yttrande över LSS-kommitténs slutbetänkande – Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service för vissa personer med funktionsnedsättning, SOU 2008:77 [Reaktion of den Endbericht des LSS Komitees - Possibilities to live like others - New act concerning support and service for persons with certain funtional impairments]. [http://www.kommunal.se/KommunalSE/22528/Yttrande_%C3%B6ver_LSS-kommitt%C3%A9ns.pdf] (18.07.2010).
- Kremer M. (2006): Consumers in Charge of Care: The Dutch Personal Budget and its Impact on the Market, Professionals and the Family. European Societies, Vol. 8 (3); 385-401.
- Kumpulainen A. (2003): Vammaispalvelut kunnissa [Angebote für Menschen mit Behinderung in den Gemeinden]. [<http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p040604132311T.pdf>] (06.10.2008).
- Kuusikko-työryhmä (2005-2009): Vammaispalvelun raportit 2005- 2009 [Bericht über Leistungen für Menschen mit Behinderung 2005-2009]. [<http://www.kuusikkokunnat.fi/?id=77160CB7-7DB64DA3A554-47A0AE63126B>] (14.10.2010).
- Leibholz, Rinck (Hrsg) (2002): Kommentar zum Grundgesetz Köln: Verlag Dr. Otto Schmidt KG.
- Lewin B., Westin L., Lewin L. (2008): Needs and visions in disability care. Scandinavian Journal of Disability Research, Vol. 10 (4); 237-57.

- Lindblom E., Rudberg K. (2004): Personlig assistans till funktionshindrade [Persönliche Assistenz für Behinderte]. Stockholm: Riksrevisionen, RiR 2004:7.
- Meagher G., Szebehely M. (2010): Private financing of elder care in Sweden: Arguments for and against.
[[http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20100217\\$083442\\$fil\\$KNugbB5ogn1WRk13WSFY.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20100217$083442$fil$KNugbB5ogn1WRk13WSFY.pdf)] (18.07.2010).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches Düsseldorf.
- Metzler H., Meyer T., Rauscher C., Schäfers M., Wansing G. (2007): Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilnahme behinderter Menschen. Abschlussbericht. Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2003): PGB-regeling nieuwe stijl [neue Regelung des PGB - Brief an Zweite Kammer des Niederländischen Parlaments vom 10. März 2003, Aktenzeichen AWBZ-2363298].
[http://www.ggzbeleid.nl/pdfpgb/pgb_nwestijl.pdf] (15.07.2010).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2007): PGB in perspectief [Brief an die Zweite Kammer des Niederländischen Parlaments, Aktenzeichen DLZ/ZI-U-2811809]. [<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2007/11/12/pgb-in-perspectief.html>] (12.07.2010).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2008): Pakketmaatregelen AWBZ 2009 [Brief an Zweite Kammer des Niederländischen Parlaments vom 13.6.2010, Aktenzeichen Z/VU-2852599].
[<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2008/06/13/pakketmaatregelen-awbz-2009.html>] (05.08.2010).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2009): Voortgang “zuiver” persoonsgebonden budget [Brief an die Zweite Kammer des Niederländischen Parlaments, Aktenzeichen DLZ/ZI-U-29052107].
[<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/01/07/voortgang-zuiver-persoonsgebonden-budget.html>] (03.08.2010).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2010): Handhaving subsidieplafond pgb's per 1 juli 2010 [Vollstreckung der Deckelung des PGB zum 1. Juli 2010][Brief an die Zweite Kammer des Niederländischen Parlaments, Aktenzeichen DLZ/SFI-U-3006695]. [<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/06/25/handhaving-subsidieplafond-pgb-s-per-1-juli-2010.html>] (03.08.2010).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2010) Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010 (Bijlage 3 Gebruikelijke Zorg).
[<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2009/12/02/beleidsregels-indicatiestelling-awbz-2010-bijlage-3-gebruikelijke-zorg.html>] (03.08.2010).

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2002) Beschluss Anspruch auf AWBZ-Leistungen (2002): Besluit zorgaanspraken AWBZ vom 25.10.2002, [http://wetten.overheid.nl/BWBR0014149/geldigheidsdatum_15-10-2010] (05.08.2010)
- MISSOC (2010): Mutual Information System on Social Protection [System zur gegenseitigen Information über den sozialen Schutz].
- Neumann (2003): Der verfassungsrechtliche Begriff der Behinderung. Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht.
- Nussberger (2002): Altersgrenzen als Problem des Verfassungsrechts. Juristen Zeitung; 524.
- OSA [Institut für Arbeitsorganisation der Universität Tilburg] (2009): Samenvatting ZW44. Zelfstandigen in de Zorg 2003. [www.uvt.nl/osa/producten/sam_zw44.pdf] (12.08.2010).
- Pfaff H. (2006): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2005. Wirtschaft und Statistik (12); 1267-77. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Pickard S., Jacobs S., Kirk S. (2003): Challenging professional roles: lay carers' involvement in health care in the community. Social Policy and Administration, Vol. 37 (1); 82-96. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Pilkvist K., Marander E. (2007): I vems ficka? [In wessen Tasche?]. Nerikes Allehanda.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2003): Van patient tot klant [Vom Patienten zum Kunden]. Zoetermeer: RVZ.
- Ramakers C. (1998): Clientgebonden budget. Een experimenteel onderzoek. [Das Klientengebundene Budget. Ein experimentelles Forschungsprojekt]. Nijmegen: ITS.
- Ramakers C., de Graauw K., Sombekke E., Vierke H., Doesborgh J., Woldringh C. (2007): Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006. Eindrapport [Evaluation des neuen Persönlichen Budgets 2005-2006. Abschlussbericht]. [<http://www.gripvzw.be/pgb/documenten/buitenland/Eindrapport%20evaluatie%20PGB%20nieuwe%20stijl.pdf>] (30.06.2010).
- Ramakers C., Schellingerhout R., van den Wijngaart M., Miedema F. (2008): Persoonsgebonden Budget Nieuwe Stijl 2007. Vervolgonderzoek [Das neue Persönliche Budget 2007. Weiterführende Forschung]. [<http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2008/05/19/persoonsgebonden-budget-nieuwe-stijl-2007/ra-pgb-nieuwestijl.pdf>] (24.06.2010).
- Rambøll Management GmbH (2007): Expertise zu Verwaltungsverfahren beim trägerübergreifenden Persönlichen Budget. [http://www.bmas.de/portal/23076/property=pdf/f366__368__forschungsbericht__anlage__zu__f366.pdf] (14.01.2011).
- Ratzka A. (1996): STIL, the Stockholm Cooperative for Independent Living. [<http://www.independentliving.org/docs3/stileng.html>] (12.07.2010).
- Rijksoverheid, Tweede Kamer der Staten-Generaal (2010): Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010 [Feststellung der Budgetpositionen des Ministeriums für

- Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport für das Jahr 2010].
[http://www.rijksbegroting.nl/2010/voorbereiding/begroting,kst132834b_14.html]
(10.07.2010).
- Riksförsäkringsverket (2002): Riksförsäkringsverkets allmänna råd (RAR 2002:6) om assistansersättning [Amt für Sozialversicherungen (RAR 2002:6) Allgemeiner Rat zu Persönlicher Assistenz].
[<http://lagrummet.forsakringskassan.se/BASIS/ris/wexrar/rarg/DDW?W=ID+=+19+AND+VERSION+=+'S'&R=Y&U=1>] (05.07.2010).
- Roos J. M. (2009): Quality of Personal Assistance: Shaped by governments, markets and corporations. [http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/19351/1/gupea_2077_19351_1.pdf] (02.07.2010).
- Schäfers M. (2009): Wie man aus einem Persönlichen Budget eine verdeckte Sachleistung macht. Wissenschaft und Forschung, Vol. 48 (4); 176-83.
- Schulze Ehring F., Köster A. D. (2010): Gesundheitssysteme im Vergleich. Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland? PKV-Dokumentationsreihe, Vol. 29.
- Sosiaali-Ja Terveysministeriö [Ministry of Health and Social Affairs, Finland] (2006): National Reports on Strategies for Social Protection and Social inclusion - Finland. [http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3951.pdf] (19.07.2010).
- Sosiaali-Ja Terveysministeriö [Ministry of Health and Social Affairs, Finland] (2006): Social Welfare in Finland. [<http://pre20090115.stm.fi/aa116115903333/passthru.pdf>] (19.07.2010).
- Socialdepartementet [Sozialministerium] (2005): SOU 2005:100: På den assistansberättigades uppdrag. God kvalitet i personlig assistans - ändamålsenlig användning av assistansersättning [Regierungsbericht: Im Auftrag der Assistentennehmer. Gute Qualität der Persönlichen Assistenz - angemessene Verwendung der Persönlichen Assistenz].
[<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/53893>] (06.07.2010).
- Socialdepartementet [Sozialministerium] (2007): SOU 2007/08:13: Kostnader för personlig assistans [Regierungsbericht: Die Kosten für Persönliche Assistenz].
[<http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3322&rm=2007/08&bet=SoU13>]
(06.07.2010).
- Socialdepartementet [Sozialministerium] (2008): SOU 2008:77: Möjlighet att leva som andra - Ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning [Regierungsbericht: Möglichkeit, wie andere Menschen zu leben - Neues Gesetz über Unterstützung und Dienstleistungen für Personen mit Behinderung].
[<http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/99/52/6777aad7.pdf>] (02.07.2010).
- Socialdepartementet [Sozialministerium] (2010): Prop. 2009/10:176: Personlig assistans och andra insatser - åtgärder för ökad kvalitet och trygghet [Persönliche Assistenz und andere Leistungen - Aktivitäten, die Qualität und Sicherheit verbessern].
[<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/14/20/95/c94eff69.pdf>] (30.06.2010).
- Socialstyrelsen (2004): Personlig assistans - Kartläggning av kommunala riktlinjer [Persönliche Assistenz - ein Survey zu kommunalen Richtlinien].
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10157/2005-131-17_200513117.pdf] (14.07.2010).

- Socialstyrelsen (2007): Personlig assistans som yrke [Persönliche Assistenz als Profession] [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9197/2007-123-24_200712324.pdf] (28.07.2010).
- Socialstyrelsen (2008): Personlig assistans enligt LASS ur ett samhällsekonomiskt perspektiv [Persönliche Assistenz unter LASS in sozio-ökonomischer Perspektive] [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8854/2008-131-27_200813127_rev1.pdf] (26.07.2010).
- Sociale Verzekeringsbank (Hrsg) (2010): Zicht op zekerheid. Jaarverslag 2009 Sociale Verzekeringsbank [Blick auf Sicherheit. Geschäftsbericht der sozialen Versicherungsbank 2009] Amstelveen: Onkenhout groep.
- Sociale Verzekeringsbank (2010a): Uw zorgverlener is ziek. Vergoeding van de loonkosten [Vergütung der Lohnkosten im Krankheitsfall und bei Schwangerschaft]. [http://www.svb.nl/int/nl/ssp/ziek_zwanger/vergoeding_van_de_loonkosten/index.jsp] (21.06.2010).
- SOTKANet Statistics and Indicator Bank (2010): [<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>]
- Starck C. In: von Mangoldt H, Klein F und Starck C (Hrsg). Kommentar zum Grundgesetz. München: Verlag Franz Vahlen GmbH.
- Statistisches Bundesamt (2007): Sozialleistungen. Schwerbehinderte Menschen 2005.
- Sting (2004): Ervaringen van PGB zorgverleners met het PGB [Erfahrungen von PGB Pflegekräften mit dem PGB]. Utrecht: Sting.
- Svenska Institutet Stockholm (2010): Altersförsorge. [http://www.sverige.de/lexi/lexi_alte.htm] (29.08.2010).
- Arbetsmarknadsstyrelsen [Swedish National Labour Market Board] (2004): Var finns jobben 2004? [Wo sind die Arbeitsplätze in 2004?]. [http://www.arbetsformedlingen.se/download/18.3e6f628912085e3b16880004124/ura04_1.pdf] (1.09.2010)
- Timonen V., Convery J., Cahill S. (2006): Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries. *Ageing & Society*, Vol. 26; 455-74.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2005): Persoonsgebonden Budgetten. Modernisering AWBZ [Persönliche Budgets. Die Modernisierung des AWBZ]. Den Haag: Nr. 25657/26631/ nr. 29.
- Tynkkynen L. K. (2009): Purchaser-provider models in Finnish health care. [<http://www.hpm.org/survey/fi/a14/3>] (20.08.2010).
- Tynkkynen L. K. (2010): The new Health Care Act - Follow up. [<http://www.hpm.org/survey/fi/a15/2>] (20.08.2010).
- Udsching P. (2010). In: Udsching P (Hrsg). Kommentar zum SGB XI, 3. Auflage. München: Verlag C. H. Beck oHG.
- Ungerson C. (2004): Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on "cash for care" schemes. *Ageing and Society*, Vol. 24; 189-212.

- Van den Berg B., Van Exel N. J. A., Koopmanschap M. A., van den Bos G. A. M., Brouwer W. B. F. (2003): Mantelzorg en persoonsgebonden budget [Angehörigenpflege und das Persönliche Budget]. Bilthoven: RIVM.
- Van Hauwermeiren J., Decruynaere E. (2009): Direct payments in the care. Current situation in 8 European countries. [<http://www.independentliving.be/upload/EOL/Publicaties/Engels/Report%20I%20direct%20payments%20in%208%20European%20countries.pdf>] (02.07.2010).
- Vektis (2009): Verzekerdemobiliteit en Keuzegedrag 2009 [Versichertenmobilität und Wahlverhalten 2009]. [<http://www.vektis.nl/index.php/publicaties>] (27.09.2010).
- Vektis (2009): Zorgthermometer Vooruitblik 2010. [http://www.vektis.nl/index.php/publicaties?section=files&task=download&cid=55_c5e0bd0835fe8922cd17b5f2ddc3eba6] (25.08.2010).
- Vuorenkoski L., Mladovsky P., Mossialos E. (2008): Finland: Health system review. Health Systems in Transition, Vol. 10 (4); 1-168.
- Vuorenkoski L. (2009): Vouchers in social and health care - follow up 2. [<http://www.hpm.org/survey/fi/a13/1>] (18.08.2010).
- Vuorenkoski L., Mladovsky P., Mossialos E. (2008): Finland: Health system review. Health Systems in Transition, Vol. 10 (4); 1-168.
- Wacker E., Wansing G., Schäfers M. (2005): Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität. Teilhabe mit einem persönlichen Budget. Wiesbaden: DUV.
- Welti F. (2007): Rechtsfragen des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX. Gutachten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der modellhaften Erprobung Persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 6 SGB IX. [http://www.bmas.de/portal/23074/property=pdf/f366__f367__forschungsbericht__anlage__zu+f366.pdf] (02.07.2010).
- Welti F. (2010): Das Spannungsfeld von Pflege und Behinderung. Sozialer Fortschritt (2); 39-46.
- Westberg K. (2010): Personal Assistance in Sweden. [http://www.independentliving.be/upload/EOL/Publicaties/English%20def/Personal%20Assistance%20in%20Sweden_KW_2010.pdf] (08.07.2010).
- Wild F. (2010): Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich WIP-Diskussionspapier 2/10. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Wingenfeld K., Büscher A., Gansweid B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. [http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf] (14.01.2011).
- Wirz C. (2004): Mit Assistenz zur Autonomie. Schweizer Einblicke in Schwedens Behindertenpolitik. Zürich: Neue Zürcher Zeitung.
- ZEW (2008): Evaluation eines personengebundenen Pflegebudgets in der ambulanten Altenhilfe - Ein Modellversuch zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

gemäß §8 Abs.3 SGB XI - Abschlußbericht des Zentrums für Europäische
Wirtschaftsforschung, ZEW Mannheim. [[http://www.gkv-
spitzenverband.de/upload/11_Anlage_Endbericht_final_Juli_2008_3281.pdf](http://www.gkv-
spitzenverband.de/upload/11_Anlage_Endbericht_final_Juli_2008_3281.pdf)]
(12.04.2010)

Experteninterviews Finnland

- F1 Ulf Gustafsson, Generalsekretär, Finlands Svenska Handikappfört bund rf; Inter-view vom 24. August 2010
- F2 Jaana Huhta, Ministry of Social Affairs and Health - Department for Promotion of Welfare and Health; 20. September 2010
- F3 Juha-Pekka Konttinen; Kynnys Ry; schriftliche Rückmeldung August 2010
- F4 Pirkko Mahlamäki, Finnish Disability Forum, Interview vom 6. August 2010
- F5 Raija Mansikkamäki; Assistentti.info; Interview vom 24. August 2010
- F6 Professor Dr. Antti Teittinen; Finnish Association on Intellectual and Developmental Disabilities; Interview vom 17. August 2010

Experteninterviews Schweden

- S1 Eva Lindblom, Riksrevisionen, Interview vom 29. Juli 2010
- S2 Agneta Scherman, Föreningen JAG, Interview vom 18. August 2010
- S3 Ulla Clevnert, Socialstyrelsen, Interview vom 24. August 2010
- S4 Agneta Hugemark, Uppsala University, Department of Sociology, Interview vom 3. September 2010
- S5 Lars Nilsson, Ministry of Health and Social Affairs, Interview vom 23. September 2010

Experteninterviews Niederlande

- NL1 Johan Knollema, Abteilungsleiter Ausführung PGB, College voor Zorgverzekeringen, Interview vom 17. August 2010
- NL2 Bert und Brigitte Heijnen, ehrenamtliche Mitarbeiter der Budgethalterorganisation Per Saldo, Interview vom 30. August 2010
- NL3 Clarie Ramakers, ITS Institut Radboud Universiteit Nijmegen, Interview vom 10. September 2010
- NL4 Alfred van den Berg, Direktor Soziale Versicherungsbank schriftliche Rückmeldung vom 28. September 2010
- NL5 Leo Beekmans, Abteilungsleiter Langzeitpflege, Ministerium für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport (VWS), schriftliche Rückmeldung vom 19. Oktober