

Fachtagung

Trägerübergreifendes Persönliches Budget

3. und 4. Juni 2004 in Münster

Dokumentation



Textbearbeitung, Zusammenstellung und Layout:

Bernd Finke

Birgit Lohmeyer

Geschäftsstelle der BAGüS

48133 Münster

Inhaltsverzeichnis:

I. Tagungsprogramm	5
II. Eröffnung und Begrüßung	
<i>Wolfgang Schäfer</i> Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL)	7
<i>Dr. Fritz Baur</i> Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS).....	9
III. Vorträge	
<i>Rainer Wilmerstadt</i> Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Das persönliche Budget als Chance für alle behinderten Menschen; Erwartungen der Bundesregierung an das persönliche Budget	10
<i>Prof. Dr. Renate Bieritz-Harder</i> Fachhochschule Emden, Fachbereich Sozialwesen Das trägerübergreifende persönliche Budget – Rechtliche Rahmenbedingungen der neuen Leistung und Anforderungen an die Leistungsträger.....	16
<i>Prof. Dr. Thomas Klie</i> Ev. Fachhochschule Freiburg Budgetfähige Leistungen – Integratives Budget insbesondere in der Pflege; Steuerung durch Case-Management einschließlich Budgetsicherung; Optionen der Vertragsgestaltung zwischen Nutzer und Dienstleister	23
<i>Prof. Dr. Elisabeth Wacker</i> Universität Dortmund, Fachbereich Rehabilitationswissenschaften und -soziologie Persönliches Budget im Heim? Erste Erfahrungen auf dem Weg vom Pauschaltourismus zur Individualreise	36
<i>Dr. Jörg-Michael Kastl</i> Pädagogische Hochschule Ludwigsburg, Fakultät für Sonderpädagogik Reutlingen Persönliche Budgets auf der Grundlage des SGB IX – erste Praxiserfahrungen in Baden-Württemberg.....	61
IV. Statements der Leistungsträger zu budgetfähigen Leistungen und zur Qualitätssicherung	
<i>Dr. Christine Hawighorst</i> Dezernentin für Soziales und Jugend beim Landkreis Emsland für die Träger der örtlichen Jugend- und Sozialhilfe	75
<i>Dr. Fritz Baur</i> für die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe	79
<i>Thomas Bublitz</i> VdAK Siegburg, für die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegeversicherungsträger	82
<i>Markus Oberscheven</i> Verband deutscher Rentenversicherungsträger	88
<i>Hans-Uwe Stern</i> Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg	90
<i>Dr. Helga Seel,</i> für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen	92

V. Statements zu den Erwartungen an ein trägerübergreifendes persönliches Budget der Betroffenen bzw. ihrer Interessensvertreter

<i>Günter Seidenberg</i> Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband (BSVW).....	96
<i>Stephan Wilke</i> Deutscher Schwerhörigenbund e. V.	99
<i>Franz-Josef Wagner</i> Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V.	101
<i>Klaus Lachwitz und Marco Saporito</i> Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.	103
VI. Teilnehmerliste	109

Anmerkung:

Das Statement durch Horst Frehe, Interessensverband Selbstbestimmt Leben Deutschland aus der Sicht körperbehinderter Menschen ist leider schriftlich nicht verfügbar.

Donnerstag, 03.06.2004

Tagesmoderation: Martina Hoffmann-Badache, Landschaftsverband Rheinland, Köln

12.30 Uhr Begrüßung und Einführung

Wolfgang Schäfer,
Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL)
Dr. Fritz Baur, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen
Träger der Sozialhilfe

**13.00 Uhr Das Persönliche Budget als Chance für alle behinderten Menschen,
Erwartungen der Bundesregierung an das Persönliche Budget**

Ministerialdirektor Rainer Wilmerstadt, Bundesministerium für Gesundheit und
Soziale Sicherung

**13.45 Uhr Das trägerübergreifende persönliche Budget – rechtliche
Rahmenbedingungen der neuen Leistung und Anforderungen an die
Leistungsträger**

Prof. Dr. Renate Bieritz-Harder, Fachhochschule Emden,
Fachbereich Sozialwesen

**15.00 Uhr Budgetfähige Leistungen aus der Sicht der Rehabilitationsträger, ihre
Erwartungen sowie Vorstellungen zur Qualitätssicherung**

Statements durch:

Dr. Christine Hawighorst, Landkreis Emsland, als Vertreterin der örtlichen
Jugend- und Sozialhilfe

Dr. Fritz Baur, BAGüS

Thomas Bublitz, VdAK, Siegburg, für die Kranken- und Pflegeversicherung

Markus Oberscheven, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

Hans-Uwe Stern, Bundesagentur für Arbeit

Dr. Helga Seel, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und
Hauptfürsorgestellen

**16.15 Uhr Budgetfähige Leistungen – Integratives Budget insbesondere in der Pflege;
Steuerung durch Case-Management einschließlich Budgetsicherung;
Optionen der Vertragsgestaltung zwischen Nutzer und Dienstleister**

Prof. Dr. Thomas Klie,
Ev. Fachhochschule Freiburg

17.00 Uhr Podiumsdiskussion

Moderator: Horst Frehe, Interessenverband Selbstbestimmt Leben

Teilnehmer:

Dr. Fritz Baur

Prof. Dr. Renate Bieritz-Harder

Thomas Bublitz

Dr. Jörg-Michael Kastl

Prof. Dr. Thomas Klie

Markus Oberscheven

Dr. Helga Seel

Hans-Uwe Stern

Prof. Dr. Elisabeth Wacker

Rainer Wilmerstadt

Freitag, 04.06.2004

**Tagesmoderation: Hanna-Elisabeth Deußer,
Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig Holstein, Kiel**

09.00 Uhr **Persönliches Budget im Heim?**
Erste Erfahrungen auf dem Weg vom Pauschal Tourismus zur Individualreise
Prof. Dr. Elisabeth Wacker,
Universität Dortmund

09.45 Uhr **Persönliche Budgets auf der Grundlage des SGB IX**
– erste Praxiserfahrungen in Baden-Württemberg
Dr. Jörg-Michael Kastl, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg,
z.Zt. Vertretungsprofessur an der Universität Frankfurt a.M.

11.00 Uhr **Chancen des Persönlichen Budgets aus der Sicht von Betroffenen bzw. ihren Interessensvertretern**

Statements durch:

Horst Frehe, Interessensverband Selbstbestimmt Leben Deutschland,
aus der Sicht körperbehinderter Menschen

Günter Seidenberg, Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband,
aus Sicht blinder und hochgradig sehbehinderter Menschen

Stephan Wilke,

Deutscher Schwerhörigenbund e. V.,

aus der Sicht schwerhöriger und gehörloser Menschen

Franz-Josef Wagner,

Aktion Psychisch Kranke,

aus der Sicht psychisch behinderter Menschen

Klaus Lachwitz und Marco Saporito

Bundesvereinigung Lebenshilfe,

aus der Sicht geistig behinderter Menschen

12.15 Uhr **Abschlussdiskussion,
Fragen aus dem Plenum**

**Begrüßung durch Wolfgang Schäfer,
Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL),
anlässlich der Eröffnung der Fachtagung
"Trägerübergreifendes Persönliches Budget" am 3. Juni 2004 in Münster**

Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Gäste,

ich heiße Sie ganz herzlich hier in Münster am Sitz des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, willkommen.

Als Mitveranstalter dieser Fachtagung möchten wir uns an der bundesweiten Diskussion um die Einführung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderungen beteiligen.

Ich möchte die Gelegenheit aber auch nutzen, um in eigener Sache zu werben und Ihr Interesse für den LWL als sozialen und kulturellen Dienstleister zu wecken:

- für den LWL-PsychiatrieVerbund als größten Träger psychiatrischer Einrichtungen in Westfalen-Lippe, der mit 9.000 MitarbeiterInnen in über 70 Einrichtungen der Grundpfeiler für die psychiatrische Versorgung der Menschen in unserer Region ist,
- für den LWL als Gesundheitsdienstleister, der etwa mit seiner Koordinationsstelle für Drogenfragen die Träger sowie MitarbeiterInnen der rd. 400 Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Westfalen-Lippe informiert, berät und weiterbildet,
- für den LWL als größten Museumsträger in Westfalen-Lippe, der in seinen Westfälischen Museen an 17 Standorten die Kultur, Geschichte und Landeskunde Westfalens erforscht und dokumentiert,
- für den LWL als Träger von 40 westfälischen Schulen, in denen mehr als 6.000 Kinder und Jugendliche mit Behinderungen für Alltag und Beruf lernen,
- für den LWL als Träger des Integrationsamtes, der für weite Teile der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen zuständig ist

und schließlich

- für den LWL als einen der größten überörtlichen Träger der Sozialhilfe Deutschlands, der für die Integration alter, kranker und insbesondere behinderter Menschen in die Gesellschaft sorgt.

Die hierfür zuständige Abteilung Soziales, Pflege und Integration des LWL ist jedoch nicht nur die größte Abteilung innerhalb unseres Verbandes, sondern hat auch mit Abstand den größten Etat mit einem Volumen von 1,56 Milliarden Euro.

Dabei bereiten uns besonders die Steigerungsraten der Ausgaben in der Eingliederungshilfe Sorgen, die alleine von den Kommunen, die den Haushalt des LWL tragen, nicht mehr aufgebracht werden können. Ich bin fest davon überzeugt, dass die notwendigen Leistungen für die Teilhabe behinderter Menschen in der Gesellschaft einer neuen Finanzierungsgrundlage bedürfen und dass der Bund hierbei in die Verantwortung genommen werden muss.

Ein erster Schritt wäre ein Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderungen, wie es bereits vielfach gefordert wird.

Darüber hinaus werden wir gemeinsam neue Steuerungsinstrumente und Möglichkeiten der Leistungsgestaltung finden und erproben müssen, um auch künftig die notwendigen Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen in Beruf und an der Gesellschaft sicherstellen zu können.

Ein solches Steuerungsinstrument - aber auch eine Chance zur Neugestaltung der Hilfen - ist das trägerübergreifende persönliche Budget. Der Gesetzgeber hat hierfür mit den zum Ende des vergangenen Jahres verabschiedeten Reformgesetzen sowie mit der inzwischen in Kraft getretenen Budgetverordnung die rechtlichen Grundlagen geschaffen.

Die positiven Erfahrungen im europäischen Ausland, insbesondere in den Niederlanden, ermutigen dazu, auch in der Bundesrepublik das trägerübergreifende persönliche Budget zu erproben.

Mir ist bewusst, dass angesichts des gegliederten Sozialleistungssystems in der Bundesrepublik Deutschland eine Fülle von Fragen der praktischen Umsetzung und Probleme auftreten werden, die es gemeinsam zu lösen gilt.

Ich erhoffe mir deshalb von dieser Fachtagung kritische Diskussionen, konstruktive Anregungen und praktische Lösungen, die uns allen bei der Umsetzung in der täglichen Arbeit hilfreich sind, damit das trägerübergreifende persönliche Budget ein Erfolgsmodell wird.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine spannende und ergebnisreiche Tagung hier im Plenarsaal des Landeshauses und einen schönen und angenehmen Aufenthalt in Münster.

Begrüßung durch Dr. Fritz Baur, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)

Zunächst eine Bemerkungen zum Thema:

Seit etwa Mitte der 90er Jahre wird das Thema des Persönlichen oder Personenbezogenen Budgets auch in Deutschland diskutiert. Interessant ist die Entwicklung in den Niederlanden, dort wurde im Jahre 1995 das Thema erörtert, 1996 bereits wurden die Regelungen zur Durchführung des Personenbezogenen Budgets eingeführt, dann allerdings mannigfach modifiziert und geändert. Heute können wir feststellen, dass rund 15.000 behinderte Personen in den Niederlanden das Persönliche Budget beziehen. Bezogen auf die Bevölkerungszahlen hieße das, dass in Deutschland die fast schon astronomisch anmutende Zahl von 75.000 Budgetbeziehern existieren müssten. In Wahrheit sind es einige 100.

Bisher sah die Rechtslage lediglich Erprobungen des persönlichen Budgets vor. Ab 01.07.2004 ist eine eindeutige und generelle Rechtsgrundlage in § 17 SGB IX in Verbindung mit den Einzelgesetzen gegeben. Allerdings vorerst noch als Ermessensleistung, die Ausformung dieser Vorschrift in eine Anspruchsgrundlage des Antragstellers vollzieht sich mit Wirkung vom 01.01.2008.

Wo liegt nun das besondere des persönlichen Budgets? Vordergründig geht es um die Emanzipation und Selbstbestimmung behinderter Personen. Es geht um die Frage von Selbstbeschaffung der benötigten Hilfen auf einem „Anbietermarkt“. Hintergründig allerdings dürfte auch die Überwindung des gegliederten komplexen Sozialleistungssystems und insbesondere des deutscher Tradition verhafteten Kausalprinzips gehen. Die deutsche Sozialversicherung fragt bekanntlich nicht zunächst, welche Hilfe jemand benötigt – an allererster Stelle steht die Frage, warum jemand die Hilfe benötigt (die Kausa). Das hat zu einem extrem zersplitterten Trägersystem geführt, da jede Kausa – und deren wurden im Laufe der Jahrzehnte immer mehr geschaffen - eine Behörde benötigt. Das Budget hingegen ist final orientiert. Insofern stößt es sich auch mit dem Sachleistungsprinzip von Kausalträgern. Andersherum ausgedrückt: Das Budget kann sowohl das Kausalprinzip als auch den Sachleistungsgrundsatz überwinden und damit einen erheblichen Beitrag dazu leisten, einerseits die Trägerlandschaft zu straffen und andererseits durch Umwandlung der Sachleistung in Geldleistung die Position des Sozialleistungsberechtigten sowohl gegenüber dem Sozialleistungsträger als auch gegenüber dem Leistungsanbieter erheblich zu verbessern. Allerdings ist auch denkbar, dass gerade wegen dieser Stoßrichtung des persönlichen Budgets der dagegen mobilisierte Widerstand wächst und damit möglicherweise das Budget nur ein Schattendasein fristen wird. Diese Gefahr muss sehr deutlich gesehen werden. Ihr muss mit geeigneten Mitteln begegnet werden.

Soviel zunächst zum Thema der Veranstaltung.

Ich darf Sie nochmals herzlich willkommen heißen hier zu der Veranstaltung der BAGüS. Es handelt sich insofern um eine Premiere, als die BAGüS selbst bislang noch keine Veranstaltungen durchgeführt hat. Wir dachten allerdings, dass es dem Thema angemessen ist, hier eine bundesweite Tagung unter ideeller und materieller Beteiligung aller überörtlicher Träger der Sozialhilfe zu veranstalten.

Durch den heutigen Tag führt Frau Landesrätin Hoffmann-Badache, die Sozialdezernentin des Landschaftsverbandes Rheinland, die auch die einzelnen Teilnehmer vorstellen wird. Morgen wird Frau Deußler durch den Tag führen. Frau Deußler ist Abteilungsleiterin im Sozialministerium Schleswig-Holstein. Beide sind auch Vorstandsmitglieder der BAGüS.

Nun wünsche ich der Veranstaltung einen guten Verlauf und entsprechende Erkenntnisse für uns alle.

Vortrag von Ministerialdirektor Rainer Wilmerstadt, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Meine Damen und Herren,

als ich vor eineinhalb Jahren auf der 8. Münsterischen Sozialrechtstagung am 6. Dezember 2002 einen Vortrag über Anforderungen des SGB IX an die medizinische Rehabilitation hielt und dabei auch auf das mit dem SGB IX eingeführte persönliche Budget einging, bemerkte ich bei den Zuhörern doch einige erstaunte Mienen. Und als ich dann ausführte, das persönliche Budget sei für alle Rehabilitationsträger und grundsätzlich für alle Leistungen, also auch für solche zur medizinischen Rehabilitation eingeführt worden, gab es auch Wortmeldungen aus dem Kreis der „klassischen“ Rehabilitationsträger, die sich dies gar nicht vorstellen konnten.

Inzwischen prüft beispielsweise die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte bei jedem Leistungsantrag, ob die Ausführung als persönliches Budget sinnvoll ist, und die Bedeutung des Themas ist in Fachkreisen erkannt worden, was auch dadurch deutlich wird, dass der Landschaftsverband Westfalen-Lippe und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe ihm eine 2-tägige Fachtagung widmen. Dies finde ich ausgezeichnet, denn in der Tat lohnt es sich, die mit dem persönlichen Budget verbundenen Möglichkeiten gründlich auszubuchten, insbesondere auch im Kontext weiter anstehender Reformdiskussionen. Und wenn man dabei berücksichtigt, dass nach § 27 SGB IX die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele und § 10 SGB IX bei allen ambulanten und stationären Leistungen zu berücksichtigen sind, dann ist dies die Forderung nach umfassender, trägerübergreifender Leistungserbringung wie aus einer Hand zur Vermeidung oder Überwindung von Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, damit behinderte oder von Behinderung bedrohte wie nichtbehinderte Menschen am Leben in der Gesellschaft teilhaben können, also nach Sach- oder Geldleistungen als Komplexleistungen.

Teilhabe fordern, fördern und sichern, das ist das Programm des SGB IX.

Teilhabe für alle behinderten Menschen - unabhängig von der Art oder Ursache ihrer Behinderung. Dabei ist Teilhabe am Leben in der Gesellschaft mehr als Eingliederung mit Hilfe von besonderen Sozialleistungen. Sie erfordert Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit. Teilhabe fördern bedeutet deshalb, behinderte Menschen in die Lage zu versetzen, ihr Leben selbst organisieren zu können.

Mit den derzeitigen Formen der Leistungserbringung ist dies nur dort möglich, wo - wie z.B. in der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Kriegsoferfürsorge - alle Leistungen zum Ausgleich des erlittenen Schadens erbracht werden. In den anderen Bereichen ergeben sich Schnittstellen in unserem gegliederten Leistungssystem, die zu Barrieren werden können. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass die Einzelsysteme unterschiedliche Aufgaben zu erfüllen haben und deshalb auch verschiedene Personenkreise erfassen. So hat z.B. die gesetzliche Pflegeversicherung die Aufgabe, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen zu mildern. Sie erbringt ihre Leistungen einkommensunabhängig. Kann hierdurch der Pflegebedarf nicht voll abgedeckt werden, kann die Sozialhilfe mit weiteren Leistungen eintreten, allerdings nur für Personen, die sich selbst nicht helfen können und die nötige Hilfe auch von anderen nicht erhalten. Das entspricht ihrer Funktion als unterstes Netz der sozialen Sicherung. Ihre Leistungen sind deshalb einkommens- und vermögensabhängig.

Das SGB IX will diese Schwierigkeiten mit Hilfe eines breit gefächerten Instrumentariums überwinden, in dem es

- Ansprüche schafft und die Rechte behinderter Menschen stärkt sowie zugleich
- Verpflichtungen der Rehabilitationsträger vorsieht, die - wenn sie erfüllt werden - gleichberechtigte Teilhabe sichern.

Insbesondere in diesen Vorschriften kommt sehr deutlich die Erwartung zum Ausdruck, dass bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger die Gesamtleistung durch Koordination und Koope-

ration der Rehabilitationsträger dem Berechtigten möglichst „wie aus einer Hand erbracht“ erscheinen sollte. Dies ist der Sinn der Vorschriften z. B. über gemeinsame Servicestellen, gemeinsame Empfehlungen, Koordinierung der Leistungen, Zusammenwirken der Leistungen, Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, Zuständigkeitsklärung und Vermeidung von Mehrfachbegutachtungen - um nur einige zu nennen. Vor allem gemeinsame Servicestellen sind von besonderer Bedeutung, wenn Schnittstellen im gegliederten System überwunden werden müssen; wenn es um die Koordination der verschiedenen Leistungen und die Kooperation der Leistungsträger untereinander oder mit anderen Beteiligten, kurz, wenn es um das Gesamtpaket von Leistungen und Hilfen geht. Die entsprechende Umsetzung dieser Vorschriften ist von entscheidender Bedeutung dafür, ob das Gesetz in seiner derzeitigen Struktur als erfolgreich angesehen werden kann, oder strukturelle Änderungen erfolgen müssen, damit die allseits als hervorragend und für andere Leistungsbereiche zukunfts- und richtungsweisend angesehenen Ziele auch erreicht werden. Es müsste deshalb eigentlich im Interesse aller Rehabilitationsträger sein, sich hier in besonderer Weise zu engagieren, wenn Selbstverwaltungslösungen im gegliederten System Bestand haben sollen. Gleichwohl beobachte ich hier die größten Umsetzungsdefizite. Trotz der gesetzlichen Verpflichtung zur Zusammenarbeit und zu gemeinsamen Handeln hat sich gezeigt, dass die Träger nur sehr selten bereit sind, Abgrenzungsfragen einvernehmlich zu klären. Wir mussten deshalb bereits mehrfach von unseren Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten Gebrauch machen, damit Streitigkeiten der Rehabilitationsträger nicht zu Lasten der behinderten Menschen gehen.

Ich möchte die Rehabilitationsträger heute noch einmal auffordern: erfüllen Sie so schnell wie möglich die §§ 10, 11 und 12 SGB IX mit Leben. Schon heute gilt: den nach § 14 SGB IX leistenden Rehabilitationsträger trifft stets die Verantwortung dafür, dass er und etwaige weitere beteiligte Rehabilitationsträger die erforderlichen Leistungen gemeinsam mit den Leistungsberechtigten feststellen und so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. § 11 Abs. 1 SGB IX bestimmt, dass bereits während der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu prüfen ist, ob die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, verbessert oder wiederhergestellt werden kann. Und im Sinne präventiven Eingreifens ist nach Absatz 2 derselben Vorschrift der für die medizinische Maßnahme zuständige Rehabilitationsträger verpflichtet, mit dem für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger einen derartigen Rehabilitationsbedarf zu prüfen, allein, weil der bisherige Arbeitsplatz gefährdet erscheint. Schließlich sind die Rehabilitationsträger nach § 12 SGB IX stets dafür verantwortlich, dass die erforderlichen Leistungen nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden.

Ein hervorragendes Instrument zur Lösung dieser Probleme ist das persönliche Budget.

Mit dem SGB IX haben wir es als besondere Form der Ausführung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingeführt. Mit dem SGB XII ist es jetzt ausgebaut worden: zu einem trägerübergreifenden Gesamtbudget, das durch einen von allen anderen beteiligten Trägern beauftragten Leistungsträger gemanagt wird und sich bei entsprechendem Bedarf aus vielen Teilleistungen zusammensetzt, aus solchen eines Trägers oder mehrerer Träger.

Das trägerübergreifende Budget ist eine Antwort auf die geschilderten Probleme. Eine solche Antwort kann ich mir nicht nur in der Form des persönlichen Budgets sondern auch bei Ausgestaltung von Sachleistungen als Komplexleistung sehr gut vorstellen.

Dass der Ausbau des persönlichen Budgets im Rahmen der Sozialhilfereform geschah, war kein Zufall. Mit der Sozialhilfereform ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent umgesetzt worden. Hierzu können persönliche Budgets maßgeblich beitragen.

Kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen werden stärker als bisher unterstützt, ein möglichst selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben führen zu können. Der behinderte Mensch erhält künftig neben den Leistungen der Sozialhilfe und der anderen Rehabilitations-

träger auch Leistungen weiterer Sozialleistungsträger wie der Pflegekassen und Krankenkassen aus einer Hand. Das geltende Recht wird nicht eingeschränkt, sondern erweitert.

Die Leistungsempfänger treffen direkte Vereinbarungen mit den Leistungserbringern. Das klassische Leistungsdreieck (Leistungsträger - Leistungsempfänger - Leistungserbringer) wird aufgelöst. Das ist übrigens auch ein Punkt, über den sich tiefer nachzudenken lohnt: Nicht mehr der Staat mit seinen Institutionen oder Körperschaften des öffentlichen Rechts und anderen Organisationen betreibt Daseinsvorsorge und setzt alleinbestimmt die Standards. Vielmehr bestimmt der Bürger mit entsprechender Beratung selbst, was er an qualitätsgesicherten Leistungen benötigt, organisiert diese selbst und bekommt im persönlichen Budget die Mittel zum Einkauf solcher Leistungen zur Verfügung gestellt. Und nun stellen Sie sich einmal vor, was das in Bezug auf die Nahtlosigkeit von Leistungen bedeutet, wenn es z.B.

- darum geht, dass sich eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anschließt oder
- im Sinne der sog. „Rehabilitation des ersten Tages“ über Grundsätze der Koordinierung und Arten der Leistungsausführung in jeder Phase der Akutbehandlung entschieden werden muss.

Im ersten Beispiel gibt es heute noch immer monate- bis jahrelange Verzögerungen. Im zweiten Beispiel werden entsprechende ärztliche Vorschläge häufig ignoriert. Den Schaden hat nicht nur der behinderte Mensch, den Schaden haben wir alle - auch in Form unnötiger volkswirtschaftlicher Folgekosten.

Typische budgetfähige Leistungen können neben allen Rehabilitationsleistungen, z.B. die Hilfe zur Mobilität, Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft oder die Hilfe zur häuslichen Pflege aber auch andere wiederkehrende Leistungen sein.

Mit den jetzt vorliegenden Regelungen ist es erstmals auch gelungen, Leistungen der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung in das trägerübergreifende Persönliche Budget einzubeziehen. Ich halte das für einen ganz wichtigen Einstieg, dem in der Erprobungsphase das besondere Augenmerk gelten sollte.

Das persönliche Budget steht allen behinderten Menschen offen, unabhängig von der Art und grundsätzlich auch der Schwere der Behinderung und unabhängig von den benötigten Rehabilitationsleistungen, und es kann allein aber auch neben stationären Leistungen bewilligt werden. Und selbstverständlich wird niemand gezwungen, das persönliche Budget in Anspruch zu nehmen. Es ist deshalb antragsabhängig. Wenn allerdings ein Antrag gestellt worden ist, dann soll ihm auch Rechnung getragen werden. Niemand wird aber auf Dauer gebunden. Deshalb kann man sich auch später wieder gegen das Budget entscheiden.

Ein besonders wichtiges Thema ist dabei die persönliche Assistenz. Kaum eine Thematik löst so viel persönliche Betroffenheit bei behinderten Menschen aus. Persönliche Assistenz meint eine Hilfeform, die die Personalkompetenz, die Organisationskompetenz, die Anleitungskompetenz, die Raumkompetenz und die Finanzkompetenz der Assistenznehmer ermöglicht und die Hilfe aus einer Hand zulässt. Das persönliche Budget ist dann richtig gebildet, wenn alle persönlichen Bedarfe festgestellt und diese Bedarfe deckende Leistungen grundsätzlich als Geldleistungen zur Verfügung gestellt werden.

Sind Assistenzleistungen nötig, gehören sie in das persönliche Budget. Das betrifft Arbeitsassistenz genauso wie persönliche Assistenz. Und ebenso gehört hierzu eine Assistenzleistung, die es den Budgetnehmern ermöglicht, mit dem Budget umzugehen.

Skeptiker werden jetzt einwenden: das ist unbezahlbar, schau mal nach Schweden, was dort an öffentlichen Mitteln zur Verfügung gestellt wird, damit das Modell funktioniert, angesichts der Finanzlage der öffentlichen Haushalte bei uns ist dies reine Utopie.

Ich sage: lasst es uns ausprobieren. Denn ich weiß auch, dass von etwa 40.000 Menschen mit geistiger Behinderung in Schweden heute nur noch etwa 170 in Heimen oder Anstalten leben. 1968 waren es noch 14.000.

Die Bedarfsgerechtigkeit steht an oberster Stelle.

Aber - und das sage ich auch ganz deutlich - man muss auch bereit sein, darüber zu reden, in welchem Umfang der Einsatz von Steuermitteln bei Personen gerechtfertigt ist, die in der Lage sind, auch einen Teil ihres eigenen Einkommens zur Verfügung zu stellen. Und es wird angesichts der dramatischen Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nicht realisierbar sein, diese Situation durch weitere Belastungen noch zu verschärfen.

Deshalb ist das Persönliche Budget auch ein Steuerungsinstrument. Dies ist nicht schlecht, sondern gut und richtig so. Bei seiner breiten Einführung werden sich neue Angebotsstrukturen entwickeln. Dies zeigen insbesondere die Erfahrungen in den Ländern, in denen mit Persönlichen Budgets bereits erfolgreich gearbeitet wird, aber auch aus dem in Bielefeld laufenden Modellprojekt, über das Frau Prof. Wacker morgen berichten wird. Insbesondere das Beispiel aus Holland, in dem nach den bis Ende 2002 vorliegenden Zahlen rd. 48.000 Personen in den Genuss des persönlichen Budgets gekommen sind, zeigt, dass dadurch positive Markteffekte auftreten, ohne dass es zu Bedarfsdeckungslücken bei einzelnen Personen kommt. Hier gab es jährliche Steigerungsraten von etwa 12.000 Fällen.

Die Nettoaufwendungen der Sozialhilfe sind in der Eingliederungshilfe zwischen 1998 und 2002 von 7,2 Mrd. Euro auf 9,1 Mrd. Euro/Jahr gestiegen. Sie wurden wesentlich beeinflusst durch Kosten im Zusammenhang mit der Betreuung und Versorgung behinderter Menschen in stationären Einrichtungen. Geschieht nichts in diesem Bereich, lassen Prognosen einen weiteren Anstieg der Nettoaufwendungen bis 2007 auf 12 Mrd. Euro/Jahr erwarten.

Vor dieser Entwicklung darf man nicht die Augen verschließen, sondern muss ihr offensiv begegnen. Wenn es mit dem persönlichen Budget gelingt, den notwendigen Ausbau stationärer Strukturen signifikant zu beeinflussen sowie stationäre Strukturen sogar längerfristig abzubauen und ambulante Alternativen, wie betreute Wohnformen, auszubauen, könnte hierdurch dem Kostenanstieg in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen effizient entgegengewirkt werden - bei gleichzeitiger Steigerung der Lebensqualität der behinderten Menschen. Dabei ist selbstverständlich, dass nicht alle stationären Angebote ersetzt werden sollen und auch nicht ersetzt werden dürfen.

In diese Beurteilung müssen auch längerfristige Auswirkungen einbezogen werden, z.B. was Investitionsentscheidungen und ihre Folgen betreffen.

Die Beurteilung darf nicht verengt werden auf die direkten Kosten eines so gebildeten Budgets. Deshalb sieht das Gesetz vor, dass die Summe sonst zu erbringender Geld- und Sachleistungen im Einzelfall auch überschritten werden kann. Dies kann insbesondere dann sein, wenn stationäre Unterbringung durch ein Budget mit Assistenzleistungen abgelöst wird. Hier darf man nicht nur die Anfangsbelastungen im Auge haben. Vielmehr müssen auch Erkenntnisse berücksichtigt werden, welche organisatorischen Möglichkeiten sich ergeben, Kosten zu begrenzen.

Zentrale Zukunftsaufgaben der Sozialhilfe in diesem Bereich werden sein:

1. Unterstützung der Teilhabe behinderter Menschen durch an Selbständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung orientierte Eingliederungshilfe und
2. Dämpfung des Kostenanstiegs durch Veränderung der derzeitigen Versorgungsstrukturen.

Die Budgetverordnung, die wir flankierend zu den gesetzlichen Vorschriften erlassen haben, regelt die näheren Einzelheiten zum Verfahren. Der Bundesrat hat ihr zwischenzeitlich mit

einigen Maßgaben zugestimmt. Bundesministerin Ulla Schmidt hat die Budgetverordnung mit diesen Maßgaben erlassen, so dass sie wie geplant zusammen mit der gesetzlichen Regelung am 1. Juli in Kraft treten kann.

Die Verordnung regelt die Zusammenarbeit der im Einzelfall an dem Persönlichen Budget beteiligten Leistungsträger. Das dort geregelte abgestufte Verfahren möchte ich kurz erläutern:

Der nach § 14 SGB IX erst angegangene und beteiligte Leistungsträger handelt im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger. Er holt von den anderen Leistungsträgern Stellungnahmen insbesondere zum Bedarf und der Höhe der persönlichen Budgets ein. Nachdem die beteiligten Träger die notwendigen Feststellungen in einem Bedarfsfeststellungsverfahren gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten beraten haben, trifft der Beauftragte mit dem Berechtigten eine Zielvereinbarung. Darin wird insbesondere Näheres zu den Förder- und Leistungszielen festgehalten. Sobald die Zielvereinbarung vorliegt, erlässt der Beauftragte den (Gesamt)Bescheid. Widerspruch und Klage richten sich dabei stets gegen den Beauftragten.

Meine Damen und Herren,

Sie sehen: das trägerübergreifende Persönliche Budget stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen: die behinderten Menschen, die Leistungsträger und die Leistungserbringer. Viele Fragen sind offen. Das betrifft insbesondere die Frage: „Welche Leistungen eignen sich für welchen Personenkreis?“ Diese Diskussion wird natürlich auch bei uns im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geführt und ist sicher auch noch nicht zu Ende. Wir haben deshalb ganz bewusst eine dreieinhalbjährige Erprobungsphase vom 1. Juli 2004 bis 31. Dezember 2007 vorgesehen. Dabei werden Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erprobt. Während dieser Zeit ist das persönliche Budget eine Ermessensleistung - bundesweit, nicht nur in den Modellregionen. Ab 1. Januar 2008 besteht hierauf ein Rechtsanspruch.

Wir wollen die Erprobungsphase auch mit Projekten nutzen, die alle möglichen Ausgestaltungen von persönlicher Assistenz einschließlich der Organisations- und Finanzierungsformen umfassen. Wir wollen möglichst weitgehend die Fall- und Lebensgestaltungen behinderter Menschen, entsprechend der Art und der Schwere der Behinderung, ihrem Bedarf und den für sie zuständigen Leistungsträgern einbeziehen. Untersuchungsbasis sollen ausgewählte regional repräsentative Modellregionen sein, das heißt gleichermaßen in Großstädten und Ballungszentren wie in ländlichen Bereichen.

Der Teilnehmerkreis muss für jedes Modellprojekt vergleichbar zusammengesetzt sein und die unterschiedlichen, auch geschlechtsspezifischen Bedarfe umfassen, um bei der Verpreislichung der Leistung zu richtigen Ergebnissen zu kommen. Dies ist Voraussetzung für eine richtige Abschätzung der Kostenfolgen bei den zuständigen Leistungsträgern. Auswirkungen des Verwaltungshandelns der Leistungsträger auf die antragsberechtigten Personen sowie ihr Umgang mit dem Persönlichen Budget und ihre Erfahrungen und Schwierigkeiten müssen ebenso wissenschaftlich evaluiert werden wie die Entwicklung des Marktes und der Angebote auch ambulanter Hilfen zur Durchführung der persönlichen Budgets.

Ich erwarte von einer derartigen Evaluation, dass Vorbehalte auf der Seite der Leistungsträger und Leistungserbringer abgebaut werden und vor allem behinderten Menschen die Befürchtung genommen wird, mit dem persönlichen Budget könnten Nachteile für sie verbunden sein.

Auf eines möchte ich noch hinweisen: bei der Bewilligung von Anträgen auf Leistungen durch ein persönliches Budget ist stets die Zielrichtung dieser Leistungsform im Auge zu behalten. Ich betone es noch einmal: Leistungen können durch ein persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst

selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Daraus wird deutlich: als Leistungsform sind persönliche Budgets nur insoweit geeignet, als behinderte Menschen sie mit einem Mindestmaß an Eigenverantwortung selbst verwalten können. Dies kann man nicht pauschal für bestimmte Personengruppen entscheiden, sondern nur ganz individuell.

Sie sehen, meine Damen und Herren, es gibt zukunftsweisende Projekte in der Sozialpolitik, die große Fortschritte ermöglichen und dabei sogar noch Einsparpotentiale bei den Leistungsträgern sowie volkswirtschaftliche Wertschöpfungspotentiale eröffnen. Dies ist auch Ziel der Agenda 2010: Umbau, nicht Abbau unserer Systeme der Sozialen Sicherung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Das trägerübergreifende persönliche Budget
§ 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX und die Budgetverordnung**

Das trägerübergreifende persönliche Budget – eine neue Leistungsform in Deutschland. Über die Ziele, die der Gesetzgeber mit der Einführung dieser Leistungsform verfolgt, haben wir bereits etwas gehört. Mein Beitrag gilt in erster Linie der Rechtsgrundlage dieser neuen Leistungsform, den Regelungen des § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX - in der Fassung, in der sie am 01. Juli 2004 in Kraft treten - in Verbindung mit der BudgetV.

1. Strukturverantwortung

Bevor ich mich zu den Voraussetzungen äußere, unter denen ein persönliches Budget gewährt werden kann, bevor ich über die Maßgabe spreche, nach der das Budget bemessen wird, und bevor ich dann abschließend etwas zum Bewilligungsverfahren sage, möchte ich zunächst auf etwas verweisen, was im vorliegenden Zusammenhang nicht vergessen werden darf, nämlich eine Vorstellung, die der Einführung des persönlichen Budgets zu Grunde liegt: Wenn die leistungsberechtigten Personen unmittelbar mit den Erbringern der sozialen Dienstleistungen verhandeln – so diese Vorstellung -, wenn sie direkt mit ihnen die Leistungen und ihre Rahmenbedingungen absprechen, dann sind diese genötigt, auf die individuellen Bedürfnisse ihrer AuftraggeberInnen einzugehen, andernfalls erhalten sie den Auftrag nicht. Nur so werde es zu einer größeren Vielfalt der Leistungserbringung kommen. Der Wettbewerb, der auf diese Weise zwischen den Leistungserbringern entsteht, werde die Individualisierung von Leistungen befördern, so die Vorstellung.¹

Es darf aber nicht vergessen werden, dass ein solcher Wettbewerb zwischen den Diensten erst entstehen kann, wenn es eine gut ausgebaute Infrastruktur gibt. Eine gut ausgebaute Infrastruktur - das heißt: ein Nebeneinander von Diensten, die vergleichbare Leistungen anbieten - ist unabdingbare Voraussetzung dafür, dass sich das Ziel einer größeren Individualisierung von Leistungen überhaupt realisieren lässt. Besteht in einzelnen Regionen ein Mangel an solchen Diensten, dann wird die Selbstbestimmung behinderter Menschen trotz der Bewilligung eines Budgets nur in Grenzen realisierbar sein. Eine leistungsberechtigte Person muss dann nämlich nehmen, was am Markt angeboten wird. Die Abhängigkeit von einem Leistungsträger wechselt dann zur Abhängigkeit vom jeweiligen Dienstleister.

Daraus folgt: Das Ziel, das mit der Einführung eines persönlichen Budgets angestrebt wird, kann nur erreicht werden, wenn die Leistungsträger – und damit auch die Sozialhilfeträger – zugleich ihre Strukturverantwortung wahr- und ernst nehmen und darauf hinwirken, dass in den einzelnen Regionen die erforderlichen Dienste in ausreichender Zahl und Vielfalt zur Verfügung stehen. Nun hat der Gesetzgeber solche Strukturverantwortung nicht jedem Leistungsträger für sich auferlegt. Er hat sie in § 19 Abs. 1 SGB IX vielmehr allen Rehabilitationsträgern gemeinsam übertragen. Bei der Umsetzung der Strukturverantwortung sind die Bundesregierung und die Landesregierungen zu beteiligen, ebenso die Verbände und Interessengruppen behinderter Menschen sowie die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege. Die Umsetzung dieser gemeinsamen Strukturverantwortung nötigt zu einer Kooperation im Denken und Handeln, unabhängig davon, ob Rehabilitationsleistungen in Form eines persönlichen Budgets oder in Form einzelner Sachleistungen erbracht werden sollen.² Die Strukturverantwortung bleibt in jedem Falle bei den Leistungsträgern, auch wenn sie Rehabilitationsleistungen in Form von persönlichen Budgets gewähren.

2. Bewilligungsvoraussetzungen

2.1. Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln

Mit dem persönlichen Budget soll es einer leistungsberechtigten Person nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX ermöglicht werden, „in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes

¹ Vgl. *Mrozynski*, SGB IX, Teil 1, § 17 Rz 19; *Welti* in HK-SGB IX, § 17 Rz 17; *Schütte*, in NDV 2003, 416 (421).

² Vgl. hierzu u. a. *Schütte*, in NDV 2003, 416 (420 f.); *Welti* in HK-SGB IX, § 19 Rz 3 ff.

Leben“ zu führen. Dieses Ziel wird zur Voraussetzung der Bewilligung. Muss man sich doch – dieses Ziel vor Augen - in jedem Einzelfall fragen: Ist die Person, um die es geht, überhaupt in der Lage, ihr Leben in eigener Verantwortung zu gestalten? Was mit dem Begriff der „eigenen Verantwortung“ gemeint ist, wird nicht näher umschrieben. Es handelt sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der der Auslegung bedarf.³ Eindeutige Kriterien für die Richtung, die diese Auslegung nehmen könnte, ergeben sich weder aus der Systematik des allgemeinen Rehabilitationsrechts, noch – soweit es um Leistungen des Sozialhilfeträgers geht – aus der Systematik des Sozialhilferechts. Man könnte etwa auf den Begriff der Geschäftsfähigkeit abstellen. Dann wären aber von vornherein große Gruppen behinderter Menschen – geistig oder seelisch behinderter Menschen – von der Bewilligung eines solchen Budgets ausgeschlossen. In bisherigen – nach altem Recht durchgeführten – Modellvorhaben (z. B. in Rheinland-Pfalz; Hamburg) wurde das Kriterium der Geschäftsfähigkeit nicht zur Voraussetzung gemacht. Die betroffene Person sollte dort jedoch daraufhin überprüft werden, ob sie über „ausreichende intellektuelle Fähigkeiten“ zur Verwendung eines Budgets verfüge. Der Gesetzgeber selbst hat im Wortlaut des § 17 Abs. 2 SGB IX nicht auf das Kriterium der Geschäftsfähigkeit zurückgegriffen. Und er hat seine Formulierung in Kenntnis der Voraussetzungen für die Bewilligung eines Budgets in den laufenden Modellvorhaben gewählt. Das spricht dafür, dass die Anforderung der „eigenen Verantwortung“ unterhalb der Anforderung einer vollen Geschäftsfähigkeit angesiedelt werden muss. Das nicht näher umschriebene Mindestmaß einer Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln kann und darf auch nicht mit der Fähigkeit verwechselt werden, das Budget selber und ohne Hilfe verwalten zu können. Denn eine Budgetverwaltung stellt sehr hohe Anforderungen. Insgesamt bleibt aber die Voraussetzung „eigenverantwortlichen Handelns“ äußerst unkonkret. Es bleibt zu hoffen, dass der Erprobungszeitraum bis Ende 2007 Gelegenheit bieten wird, in diesem Punkt zu einer näheren Bestimmung zu kommen.

Bleibt man bei der Voraussetzung „eigenverantwortlichen Handelns“ für die Bewilligung eines persönlichen Budgets, fällt noch ein Zweites auf: Die Regelungen zum persönlichen Budget scheinen allein mit Blick auf erwachsene behinderte Menschen formuliert worden zu sein. Denn behinderte minderjährige Kinder sind - wie nicht behinderte Kinder auch - in der Gestaltung ihres Alltags keineswegs frei; Eltern bzw. die Personensorgeberechtigte übernehmen vielmehr die Verantwortung für ihren Alltag. In die Gestaltung dieses Alltags beziehen sie ihre Kinder entsprechend deren wachsendem Bedürfnis zu selbständigem Handeln mit ein. Auch wenn man die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln nicht mit der vollen Geschäftsfähigkeit gleich setzt, so bedeutet doch das Festhalten an dem Kriterium der Eigenverantwortlichkeit, dass zumindest für jüngere Kinder persönliche Budgets nicht bewilligt werden können. Ich plädiere an dieser Stelle dafür, die Regelungen zum persönlichen Budget so weiterzuentwickeln, dass es auch Personensorgeberechtigten ermöglicht wird, für ihre minderjährigen Kinder die notwendigen Leistungen mit Hilfe eines persönlichen Budgets zu beschaffen. Warum sollen Personensorgeberechtigte, die interessiert und aktiv darum bemüht sind, ihre minderjährigen Kinder am Leben innerhalb der sozialen Strukturen der Familie und darüber hinaus teilhaben zu lassen, weniger in der Lage sein, die notwendig werden den Hilfen nach den individuellen Bedürfnissen ihrer Kinder zu organisieren, als die Sachbearbeiter der jeweiligen Leistungsträger? Eine Weiterentwicklung der Regelungen zum persönlichen Budget ist auch vor dem Hintergrund des § 1 Satz 2 SGB IX geboten. Danach soll im gesamten Bereich des Rehabilitationsrechts den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder Rechnung getragen werden. Die Beachtung des Gender-Aspekts hat sich inzwischen allgemein durchgesetzt. Da bei der Formulierung von Gesetzen und Verfahrensvorschriften Kinder nicht mit am Tisch sitzen, könnte die Einführung eines vergleichbaren Children-Aspekts dabei helfen, die Interessen und Bedürfnisse von Kindern nicht zu vergessen. Dann müsste nämlich jede gesetzliche Regelung, aber auch jede Verfahrensregelung daraufhin überprüft werden, welche Konsequenzen sich daraus speziell für Kinder ergeben.

³ Vgl. hierzu *Lachwitz*, RdL 2003, 149 (150 f.).

2.2. Beratungs- und Unterstützungsbedarf – ein Bewilligungskriterium?

Die Tatsache, dass eine Person überhaupt Beratung und Unterstützung benötigt, um mit dem persönlichen Budget agieren zu können, ist kein Ausschlusskriterium. Denn nach den gesetzlichen Regelungen soll auch der notwendige Beratungs- und Unterstützungsbedarf in das Budget mit einfließen. Für das Sozialhilferecht ist die Budgetberatung ausdrücklich in den § 11 SGB XII mit aufgenommen worden. Für den Zeitraum vom 01. Juli 2004 bis zum 31. Dezember 2007 handelt es sich bei der Leistungsform des persönlichen Budgets freilich um eine Ermessensleistung. Insofern könnte man vielleicht auf den Gedanken kommen, den jeweiligen Umfang der notwendig werdenden Beratung und Unterstützung als Kriterium in die Ermessensentscheidung mit einfließen zu lassen. Das könnte dazu führen, dass unter Verweis auf erhebliche Kosten für Beratung und Unterstützung, die bei einer Gewährung von Sachleistungen nicht anfallen würden, die Gewährung eines persönlichen Budgets verweigert wird. Man könnte insofern die Gewährung eines Persönlichen Budgets überhaupt auf diejenigen behinderten Menschen beschränken, bei denen der Beratungs- und Unterstützungsbedarf so marginal ist, dass er kostenmäßig kaum ins Gewicht fällt. Das Ziel, behinderten Menschen mit Hilfe des Budgets ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, wäre auf diese Weise von vornherein auf eine relativ kleine Gruppe beschränkt. Allerdings muss beim Kostenvergleich zwischen der Gewährung von Sachleistungen im Verhältnis zur Gewährung eines persönlichen Budgets folgendes berücksichtigt werden: Auch wenn Rehabilitationsleistungen in Form von Sachleistungen gewährt werden, haben behinderte Menschen Wunsch- und Wahlrechte. Sie sind deshalb auch hier in das Gewährungsverfahren wie in die gesamte Gestaltung des Rehabilitationsverfahrens aktiv mit einzubeziehen. Um eine solche aktive Rolle einnehmen zu können, benötigen behinderte Menschen eine ihren individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechende Beratung und Unterstützung. Die Entwicklung bzw. – soweit sie bereits vorhanden sind – die Stärkung flexibler und unabhängiger Beratungs- und Unterstützungsstrukturen ist nicht nur für die Budgetberatung notwendig. Sie ist auch erforderlich, um die im § 9 Abs. 1 SGB IX gestärkten Wunsch- und Wahlrechte aktiv und selbstbestimmt ausüben zu können. Ein Verweis auf erhebliche Kosten, die durch die notwendige Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit dem persönlichen Budget zusätzlich entstehen könnten, ist ein Indiz dafür, dass notwendige Beratungs- und Unterstützungsstrukturen überhaupt fehlen oder dass diese – falls sie vorhanden sein sollten – nicht funktionieren.

Mit den Begriffen Beratung und Unterstützung im § 17 Abs. 3 SGB IX wird zugleich ausgesprochen, dass die eigentlichen Entscheidungen durch den behinderten Menschen selber getroffen werden sollen. Wiederum bleibt jedoch unklar, wie umfassend eine Unterstützung sein darf, um noch von eigenen Entscheidungen der Person, um die es geht ausgehen zu können. Hier sind wir im Ergebnis wieder bei der Voraussetzung des eigenverantwortlichen Handelns.

2.3. Das Vorhandensein eines geeigneten Umfeldes – ein Bewilligungskriterium?

In bisherigen Modellvorhaben wurde die Bewilligung eines persönlichen Budgets zum Teil auch an die Voraussetzung gebunden, dass ein geeignetes Umfeld vorhanden sein muss, konkret: Freunde oder Familienangehörige, die zur Unterstützung bereit sind. Diese Maßgabe ist in die Regelung des § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX nicht aufgenommen worden. Wird die Leistung ab 2008 zur Anspruchsleistung, ohne dass die Regelung in dieser Hinsicht eine Änderung erfährt, darf das Vorhandensein eines geeigneten Umfelds nicht zur Voraussetzung für eine Bewilligung gemacht werden. Auch für den Zeitraum bis Ende 2007, in dem die Bewilligung im Ermessen der Leistungsträger steht, gilt: Dieses Kriterium kann grundsätzlich nur dann ausschlaggebend sein, wenn es um behinderte Menschen geht, die auf Grund ihres Alters ganz auf die Entscheidungen ihrer gesetzlichen Vertreter angewiesen sind. In allen anderen Fällen kann es nur für eine Übergangszeit in solchen Regionen gelten, in denen es bisher noch nicht gelungen ist, die notwendige Infrastruktur ambulanter Dienste aufzubauen. Gemäß Art. 3 Abs. 3 Satz 2 i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG soll es behinderten Menschen möglich werden, ein Leben in der Gesellschaft zu führen, wie es für nicht behinderte Menschen selbstverständlich ist. Für nicht behinderte erwachsene Menschen ist es selbstverständlich, darüber zu entscheiden, ob sie ihr Leben unabhängig vom

Leben ihrer Familienangehörigen führen wollen oder nicht. Sie können Freundschaften schließen, ohne diese Freundschaften mit der Bitte um Dienstleistungen, auf die sie täglich angewiesen sind, belasten zu müssen. Eine Sozialleistung, die unter der Maßgabe gewährt wird, einen behinderten Menschen in seiner Abhängigkeit von der Familie zu halten bzw. in die Abhängigkeit von Bekannten und Freunden zu führen, wird dem Grundsatz des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 i. V. m. Art. 20 Abs. 1 GG nicht gerecht. Etwas anderes ist es, neben dem Ausbau einer Infrastruktur von ambulanten Diensten auch darauf hinzuwirken, Ideen für das nachbarschaftliche Miteinander von behinderten und nicht behinderten Menschen zu entwickeln und umzusetzen. Ein gelungener Aufbau solcher nachbarschaftlicher Strukturen könnte für die Zukunft den Sozialstaat und die Kommunen finanziell entlasten.

2.4. Zielvereinbarung – Zielgerichtetheit der Leistungen

Im § 17 SGB IX wird der Abschluss einer Zielvereinbarung nicht zur Voraussetzung für den Erlass eines Bewilligungsbescheids erklärt. Eine solche Zielvereinbarung ist aber Gegenstand des § 3 Abs. 5 Satz 1 BudgetV. § 21a SGB IX enthält jedoch keine Ermächtigung zum Erlass weiterer Leistungsvoraussetzungen für das persönliche Budget. Die Regelung in § 3 Abs. 5 Satz 1 BudgetV ist deshalb nur dann rechtmäßig, wenn sich die Notwendigkeit eines solchen oder ähnlichen Vorgehens bereits aus den weiteren Grundsätzen des SGB IX ergibt. Es ist in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass alle Rehabilitationsleistungen zielgerichtete Leistungen sind. Ein Anspruch kann nur auf solche Leistungen bestehen, die im konkreten Fall geeignet sind, eines der Ziele des § 4 Abs. 1 SGB IX zu erreichen, z. B. eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Das bedeutet auch, dass der Rehabilitationsverlauf beobachtet und die Leistungen gegebenenfalls angepasst werden müssen. Auch wenn die Leistungen in Form eines persönlichen Budgets erbracht werden, ändert sich am Grundsatz der Zielgerichtetheit nichts. Gegenstand der Zielvereinbarung sind gem. § 4 Abs. 1 BudgetV die im Einzelfall angestrebten Leistungsziele, die Nachweispflichten für die zweckentsprechende Verwendung der Mittel und die Qualitätssicherung. Die Zielvereinbarung wird damit zum Mittel, um eine gesetzliche Voraussetzung für die Gewährung von Rehabilitationsleistungen zu erfüllen: die Notwendigkeit und Eignung der jeweiligen Leistung zur Erreichung eines Rehabilitationsziels. Die Zielvereinbarung ist insofern nicht als Errichtung einer weiteren inhaltlichen Voraussetzung der Bewilligung eines Budgets zu verstehen, die neben die Voraussetzungen des SGB IX bzw. der einzelnen Leistungsgesetze treten würde.

3. Budgetfähige Leistungen

§ 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX definiert die budgetfähigen Leistungen als solche, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen. Nach der Gesetzesbegründung sollen „gelegentliche sowie kurzfristige Hilfebedarfe und einmalige Leistungen (...) ausgeschlossen“ werden.⁴ Auch aus dieser Umschreibung der budgetfähigen Leistungen wird deutlich: Es soll behinderten Menschen möglich werden, mit Hilfe des Budgets die Gestaltung alltäglicher Abläufe selber bestimmen zu können. Welche Leistungen jeweils budgetfähig sein können, hängt von den individuellen Besonderheiten des Einzelfalls ab. So wird z. B. die Zusammenstellung budgetfähiger Leistungen für einen Menschen, der stationär untergebracht ist, anders ausfallen als für jemanden, der in einer Familie lebt, oder für jemanden, der allein eine eigene Wohnung bewohnt. Der Erprobungszeitraum bis Ende 2007 soll dazu dienen, hinsichtlich der budgetfähigen Leistungen zu einer näheren Konkretisierung zu kommen.

Da viele behinderte Menschen nicht nur auf Rehabilitationsleistungen, sondern auch auf Krankenbehandlungsleistungen und Pflegeleistungen angewiesen sind, hat der Gesetzgeber auch Leistungen aus diesen Gruppen in den Kreis der budgetfähigen Leistungen aufgenommen. Für Pflegeleistungen gilt das, soweit die Pflegekassen oder die Sozialhilfeträger zuständig sind. Für Leistungen der Krankenbehandlung gilt das, soweit sie in die Zuständigkeit der Krankenkassen fallen. Für Fälle, in denen für solche Leistungen die Unfallversiche-

⁴ BT-Drs. 15/1514, S. 72).

Träger oder die Versorgungsverwaltung zuständig sind, fehlt eine entsprechende Regelung.

4. Art der Ausführung, Maßgabe der Berechnung

Gemäß § 17 Abs. 3 Satz 1 SGB IX werden persönliche Budgets in der Regel als Geldleistungen erbracht. In begründeten Fällen (Satz 2) sind Gutscheine auszugeben. Nach der Gesetzesbegründung kann ein begründeter Fall dann vorliegen, wenn die Ausgabe von Gutscheinen zur Sicherung der Qualität geboten erscheint.⁵ Dieser Grundsatz gilt aber nicht für die Pflegesachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Für diese Pflegesachleistungen werden gem. § 35a Abs. 1 Satz 1, 2. HS SGB XI lediglich Gutscheine ausgegeben.⁶ Diese berechtigen dazu, von den Pflegekassen zugelassene Pflegeeinrichtungen in Anspruch zu nehmen. Die Pflegesachleistungen können nur dann als Geldleistungen in das Budget einfließen, wenn die betroffene Person zugleich an einem Modellversuch zur Erprobung personenbezogener Pflegebudgets nach § 8 Abs. 3 SGB XI teilnimmt.

Das Persönliche Budget ist nach § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX so zu bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt werden kann. Eine Praxis, die in Anlehnung an die Regelungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung z. B. drei verschiedene Stufen mit feststehenden Geldbeträgen vorsähe, mit denen die behinderten Menschen dann auskommen müssten, würde der Regelung des § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX nicht gerecht. Will man den Bedarf im Einzelfall feststellen, muss von den notwendig werdenden Sachleistungen ausgegangen werden. Welche Leistungen benötigt diese konkrete Person? Auf welche Leistungen der medizinischen, der beruflichen und der sozialen Rehabilitation, auf welche Krankenbehandlungsleistungen, auf welche Pflegeleistungen, auf welche Beratungs- und Unterstützungsleistungen ist sie angewiesen? Welche dieser Leistungen sind budgetfähig? Sind die Sachleistungen in solcher Weise aufgelistet, muss weiter gefragt werden: Für welchen Preis kann sich die betreffende Person – und zwar in der Region, in der sie lebt - diese Sachleistungen in einer zuvor festgelegten Qualität beschaffen? Hierbei können die Preise, die Leistungsträger mit Leistungserbringern der Region in Leistungserbringungsverträgen vereinbart haben, als grobe Orientierung dienen. Auf diese Weise ließe sich auch die in § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX für den Regelfall gesetzte Höchstgrenze einhalten, wonach die Höhe des Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten soll. Soll ein Vergleich mit den in der Vergangenheit angefallenen Kosten vorgenommen werden, gilt dies nur, soweit der Bedarf in der Vergangenheit vollständig ermittelt und festgestellt worden ist. Der Gesetzgeber hat die Höchstgrenzenregelung als Soll-Regelung gestaltet. Das bedeutet, dass in einem atypischen Ausnahmefall der Betrag des Budgets die grundsätzliche Höchstgrenze auch überschreiten kann. Nach der Gesetzesbegründung ist eine solche Ausnahmesituation dann anzunehmen, wenn einem „bisher stationär betreuten Leistungsberechtigten nur auf diesem Wege ein Umsteigen auf ambulante Betreuung unter Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets übergangsweise ermöglicht werden kann“.⁷

5. Antragserfordernis, Zuständigkeit, Verfahren

5.1. Antragserfordernis

Für die Eröffnung des Bewilligungsverfahrens ist ein Antrag der betroffenen Person selbst, ihres Bevollmächtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters erforderlich. Bereits im Vorfeld einer solchen Antragstellung greifen die allgemeinen Aufklärungs- und Beratungspflichten der Leistungsträger nach den §§ 13 ff. SGB I. Ist der Antrag unvollständig bzw. hat die leistungsberechtigte Person einige Leistungen konkret benannt, für die sie das Budget beantragt, andere aber nicht, so ist sie auch hierüber umfassend zu beraten. Gemäß § 22 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IX ist die Beratung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme des Budgets und damit auch bei der Antragstellung ebenfalls Aufgabe der gemeinsamen Servicestellen.

⁵ Vgl. BT-Drs. 15/1514, S. 72.

⁶ Zur Kritik an dieser Regelung vgl. *Lachwitz*, RdL 2004, 6 (10).

⁷ BT-Drs. 15/1514, S. 72.

5.2. Zuständigkeit

Gemäß § 17 Abs. 4 SGB IX i. V. m. § 14 SGB IX ist derjenige Leistungsträger für die Durchführung des Verfahrens und für den Erlass des Verwaltungsaktes zuständig, bei dem zuerst ein Antrag auf Gewährung eines persönlichen Budgets gestellt worden ist. Das gilt nur, wenn er tatsächlich auch an einem solchen Budget beteiligt sein kann, d. h., wenn er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für entsprechende Sachleistungen zuständig wäre. Andernfalls leitet der zuerst angegangene Träger den Antrag innerhalb der Frist des § 14 SGB IX an einen nach seiner Ansicht sachlich zuständigen Leistungsträger weiter. In diesem Fall ist der Träger, an den weitergeleitet wurde, für das weitere Verfahren zuständig. Wird ein Antrag bei einer gemeinsamen Servicestelle eingereicht, dann ist gem. § 3 Abs. 2 BudgetV derjenige Leistungsträger, dem diese Stelle angegliedert ist, für die Durchführung des Verfahrens und den Erlass des Verwaltungsaktes zuständig. Er handelt hierbei als Beauftragter der anderen beteiligten Leistungsträger i. S. d. § 93 SGB X.

5.3. Das Feststellungsverfahren

Das Feststellungsverfahren ist dreiphasig. In einem ersten Schritt unterrichtet der zuständige Leistungsträger gem. § 3 Abs. 1 BudgetV „unverzüglich“ alle anderen Leistungsträger, die beteiligt sein können. Er fordert von ihnen zugleich Stellungnahmen ein zu den budgetfähigen Leistungen, zur Höhe des Budgets in Geld, zum Inhalt der Zielvereinbarungen sowie zum Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Für die Abgabe der Stellungnahmen ist in § 3 Abs. 1 Satz 2 BudgetV eine Regelfrist von zwei Wochen vorgesehen.

Liegen alle Stellungnahmen vor, berät der für das Verfahren zuständige Leistungsträger gem. § 3 Abs. 3 BudgetV die Ergebnisse mit der betroffenen Person. Diese Phase wird als Beratungsfeststellungsverfahren bezeichnet. Soweit erforderlich, nehmen weitere Leistungsträger an der Beratung teil. Die Beratung soll abklären, ob die bisherigen Feststellungen der Leistungsträger der individuellen Bedarfssituation der den Antrag stellenden Person entsprechen oder ob Änderungen erforderlich werden. Insofern knüpft § 3 Abs. 3 BudgetV an § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX an, auf den § 17 Abs. 3 Satz 2 SGB IX für das Feststellungsverfahren verweist. Danach hat die Feststellung der voraussichtlich erforderlichen Leistungen in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten zu erfolgen. Auf Verlangen der Antrag stellenden Person nimmt eine weitere Person ihrer Wahl an der Beratung teil.

Nach Abschluss des Beratungsverfahrens stellen die beteiligten Leistungsträger das jeweils auf sie entfallende Teilbudget innerhalb einer Woche fest. Diese sehr kurze Frist lässt sich daher rechtfertigen, dass die einzelnen Leistungsträger sich bereits in ihren ersten Stellungnahmen zur Höhe des Budgets äußern mussten und eventuell notwendige Korrekturen schon im Beratungsfeststellungsverfahren vorgenommen werden konnten.

5.4. Erlass des Bewilligungsbescheids und Möglichkeit seiner Aufhebung

Nach Abschluss des gesamten Beratungsverfahrens schließt der zuständige Leistungsträger eine Zielvereinbarung i. S. d. § 4 BudgetV mit der Antrag stellenden Person bzw. ihrem Bevollmächtigten oder ihrem gesetzlichen Vertreter ab. Der zuständige Leistungsträger ist als Beauftragter hierbei an die Feststellungen der anderen beteiligten Leistungsträger gebunden. Erst wenn eine solche Zielvereinbarung abgeschlossen worden ist, ist er gem. § 3 Abs. 5 Satz 1 BudgetV berechtigt, den Bewilligungsbescheid zu erlassen. Der Bescheid enthält zum einen die Summe des Gesamtbudgets. Er muss zum anderen aber auch die Budgetanteile benennen, die den einzelnen beteiligten Leistungsträgern zuzuordnen sind. Dabei muss deutlich erkennbar sein, welcher Teil des Gesamtbetrags für welche Art von Sachleistungen bestimmt ist. Zum einen kann die betroffene Person nur so für einen entsprechenden Mitteleinsatz sorgen. Zum anderen kann hierdurch eine Mischfinanzierung verhindert werden. Mit Blick auf die beteiligten Sozialversicherungsträger ist eine Mischfinanzierung gem. § 30 Abs. 1 SGB IV unzulässig.⁸ Nach dieser Regelung dürfen die Sozialversicherungsträger

⁸ Vgl. hierzu näher *Neumann*, Trägerübergreifende Komplexleistungen und Persönliche Budgets in organisations-, verfahrens- und verfassungsrechtlicher Sicht, erscheint in Kürze in NZS 2004.

ihre Mittel nur für die Erfüllung ihrer Aufgaben verwenden. Weder der § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX noch die Verweisungsnormen in den jeweiligen Leistungsgesetzen enthalten für die Leistungsform des trägerübergreifenden persönlichen Budgets hiervon abweichende Regelungen.

Zum Inhalt des Bescheides gehört auch die geplante Laufzeit der Leistung. Sie beträgt mindestens sechs Monate. Denn gem. § 17 Abs. 2 Satz 6 ist die Antrag stellende Person für die Dauer von sechs Monaten an ihre Entscheidung gebunden. Als anzugebende Höchstlaufzeit bietet sich der Zeitraum von zwei Jahren an. Das legt § 3 Abs. 6 BudgetV nahe. Danach wird das Bedarfsfeststellungsverfahren in der Regel im Abstand von zwei Jahren wiederholt. Welche Laufzeit bestimmt wird hängt auch von dem konkreten Antrag der leistungsberechtigten Person ab.

Um den Bewilligungsbescheid mit der zuvor abgeschlossenen Zielvereinbarung inhaltlich zu verknüpfen, bietet es sich an, die Bewilligung mit der Auflage zu verbinden, die Verpflichtungen aus der Zielvereinbarung auch tatsächlich zu erfüllen. Die Zulässigkeit einer solchen Nebenbestimmung ergibt sich bis Ende 2007 aus § 32 Abs. 2 SGB X, ab Januar 2008 aus § 32 Abs. 1 SGB X, da es sich ab diesem Zeitpunkt um eine Anspruchsleistung handelt. Verstößt die Antrag stellende Person gegen die Vorgaben der Zielvereinbarung, kann der Bewilligungsbescheid gem. § 47 Abs. 1 Nr. 2 für die Zukunft widerrufen werden. Gegebenenfalls kommt auch ein Widerruf mit Wirkung für die Vergangenheit nach § 47 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGB X in Betracht.

Die Zielvereinbarung kann gem. § 4 Abs. 2 BudgetV sowohl von der leistungsberechtigten Person wie auch vom zuständigen Leistungsträger aus wichtigem Grund gekündigt werden. Die Kündigung der Zielvereinbarung führt zu einer wesentlichen (rechtserheblichen) Änderung der Verhältnisse i. S. d. § 48 Abs. 1 SGB X, da der Bewilligungsbescheid ohne vorherigen Abschluss einer Zielvereinbarung nicht hätte erlassen werden dürfen. Der Bescheid kann in diesem Fall gem. § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben werden.

Nach Erlass des Bewilligungsbescheides ist der für das Verfahren zuständige Leistungsträger auch zuständig für die Auszahlung des gesamten bewilligten Geldbetrags. Er ist zugleich zuständig für notwendig werdende Wiederholungen des Bedarfsfeststellungsverfahrens. Das Verfahren wird gem. § 3 Abs. 6 Satz 1 BudgetV in der Regel nach zwei Jahren wiederholt. In begründeten Fällen kann von dieser Regelfrist abgewichen werden. Die Auszahlung erfolgt monatlich. Die beteiligten Leistungsträger sind gem. § 3 Abs. 5 Satz 3, 2. HS BudgetV verpflichtet, die auf sie entfallenden Teilbeträge rechtzeitig zur Verfügung zu stellen. Mit der Auszahlung sind die Leistungsansprüche gegen die beteiligten Leistungsträger erfüllt.

5.5. Widerspruchs- und Klagegegner

Für den Fall, dass die Antrag stellende Person gegen den Verwaltungsakt Widerspruch oder Klage einlegen will, richten sich beide Rechtsmittel gem. § 3 Abs. 5 Satz 2 BudgetV gegen denjenigen Leistungsträger, der den VA erlassen hat. Betrifft der Widerspruch oder die Klage Leistungsbestandteile eines anderen beteiligten Leistungsträgers, so hat er diesem gem. § 93 i. V. m. § 89 Abs. 3 SGB X entsprechende Mitteilung zu machen. Der betroffene andere Leistungsträger ist gem. § 93 i. V. m. § 89 Abs. 5 SGB X berechtigt, den Beauftragten an seine Auffassung zu binden.

6. Schluss

Im Vorhinein lässt sich kaum sagen, ob und von welchen Personen das Budget langfristig als Leistungsform gegenüber anderen Leistungsformen bevorzugt werden wird. Klippen, die in den Regelungen verborgen sind, lassen sich im Voraus nicht abschließend aufspüren. Aber es wäre gut, wenn der vom Gesetzgeber vorgesehene Erprobungszeitraum genutzt würde. Dies läge im Interesse der behinderten Menschen und mittelbar auch im Interesse der gesamten Gesellschaft.



Pflegebudget und
trägerübergreifendes
Budget - Steuerung und
Vertragsgestaltung
Fachtagung
Trägerübergreifendes Budget am
3. und 4.6.04 in Münster
Prof. Dr. Thomas Klie, Freiburg

© 2004 Arbeitsschwerpunkt Gerontologie & Pflege der EFH

In diesem Beitrag werden zunächst ausführlicher als im Vortrag Grundlagen des Projektes „Pflegebudget“ dargestellt und der aktuelle Stand berichtet, um dann auf dieser Grundlage Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu benennen und Fragen der Steuerung und Vertragsgestaltung zu beleuchten.

Budgetorientierung – im Trend?

Da sind sich Rürup und Herzog einig: mit dem personenbezogenen Pflegebudget sollte man unbedingt Erfahrungen sammeln, es biete eine interessante Perspektive für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Sei es im SGB IX, sei es im neuen SGB XII oder in der gesetzlichen Krankenversicherung: Budgets, seien es personenbezogene oder wie etwa in der Integrierten Versorgung der GKV patientenbezogene, sie sind allenthalben in der sozialpolitischen Diskussion. Die Enquete Kommission Demographischer Wandel empfahl sie auch für die Pflege. Das SGB XI bietet nun eine Experimentierklausel an, die die Erprobung personenbezogener Pflegebudgets in den nächsten vier Jahren möglich macht, ein interessanter Kleinstversuch unter Sachleistungsbedingungen hat bereits in München begonnen. Die vielfältigen Fragmentierungen im Sozialrecht – etwa zwischen SGB V, SGB XI und SGB XII – könnten dadurch abgemildert und bearbeitet werden. In der Behindertenhilfe wird schon seit langem mit dem persönlichen Budget experimentiert und ideologisch gehandelt. Das einzige Bundesland; in dem nennenswerte Erfahrungen vorliegen, die ermutigen können ist das Land Rheinland-Pfalz mit etwa 770 Budgetnehmer/innen. In den anderen Bundesländern, in Baden Württemberg und Hamburg etwa zeigen sich grundlegende Implementationshindernisse und nachvollziehbare Widerstände der „Branche“. Ob dies anders sein wird beim personenbezogenen Pflegebudget bleibt abzuwarten, immerhin sind die Benefits offenbar: Hier erhält der Pflegebedürftige in der Höhe des Wertes der Sachleistungen gem. § 36 SGB XI je nach Pflegestufe einen Geldbetrag zu seiner Verfügung, um damit, ggf. ergänzt um Eigenmittel und/oder Sozialhilfeleistungen und anderen Sozialleistungen im Zusammenhang mit Pflegedürftigkeit Dienstleistungen zur Deckung des pflegebedingten Bedarfs zu kaufen. Dabei ist er was den Inhalt der Leistungen anbelangt nicht an die inhaltlichen Begrenzungen des § 36 SGB XI gebunden (kein „Verrichtungsbezug“ der Dienstleistungen) noch ist er daran gehalten, Dienstleistungen lediglich bei gem. § 72 SGB XI zugelassenen Anbietern zu besorgen. Ausgeschlossen ist allerdings, dass er das Budget Angehörigen ausbezahlt. Durch eine Lösung vom weithin dominanten Sachleistungsprinzip ließen sich Flexibilisierungen in der Gestaltung von Betreuungs- und Pflegearrangements erwarten. Für die Kostenträger bieten Budgets die Chance, Ausgaben nach oben hin zu limitieren – das

Tauschgeschäft: Flexibilisierung gegen Leistungsbegrenzungen zu Lasten des eh schon faktisch weithin eingeschränkten Individualisierungsprinzips gem. § 9 SGB XII in der Sozialhilfe? Für die Anbieter von Dienstleistungen der Betreuung und Pflege eröffnen sich durch Budgets einerseits Möglichkeiten einer Diversifizierung der angebotenen Leistungen. Andererseits geraten sie potentiell in Konkurrenz mit anderen, ggf. auch neuen Anbietern und den Angeboten des grauen und schwarzen Marktes, denen gegenüber sie ihre „Konkurrenzfähigkeit“ erweisen müssen. Gerade für Menschen mit psychischen Krankheiten und einem mit der Krankheit verbundenen Pflegebedarf aber auch für andere von der Pflegeversicherung mit seinem selektiven Pflegebedürftigkeitsbegriff diskriminierte Gruppen von Pflegebedürftigen, etwa Menschen mit Demenz aber auch für in ihrer Hilfestellung an Assistenzmodellen orientierten Menschen mit Körperbehinderungen bietet das personenbezogene Budget interessante Optionen. Das Konzept ist aber in vielerlei Hinsicht voraussetzungsreich: wie die Erfahrungen mit den persönlichen Budgets im SGB IX zeigen, die werden nicht ohne weiteres angenommen, sie benötigen eine gute „Steuerung“ und setzen Flexibilität auf den Märkten der entsprechenden Dienstleistungen voraus, die mitnichten überall gegeben ist. Die einfache Lösung für den Umbau der Pflegeversicherung etwa sind die Budgets zumindest nicht. In einem breit angelegten Experiment bietet sich nun die Chance, die Möglichkeiten und Perspektiven von Budgetlösungen auszuloten und systematisch zu erfassen. In sieben deutschen Kommunen sollen etwa 1000 Pflegebedürftige im häuslichen Bereich zu Budgetnehmer/innen werden (mit einer ebenso großen Kontrollgruppe). Das wären etwa ebenso viele Personen wie die, die derzeit ein persönliches Budget in der Behindertenhilfe erhalten. Aus den so gewonnenen Erfahrungen sollen Reformperspektiven für die zukünftige Sicherung der Pflege abgeleitet werden: vom Leistungsrecht bis hin zu den für die Umsetzung verantwortlichen Institutionen.

Begründung und Erwartungen aus fachwissenschaftlicher Sicht

Das Konzept der 1994 eingeführten sozialen Pflegeversicherung sieht im Bereich der ambulanten Pflege vorrangig Sachleistungen vor, die zwei Ziele verfolgen: eine qualitativ gute Pflege für pflegeabhängige Menschen in ihrem eigenen Haushalt sicherzustellen und die Pflegebereitschaft der Angehörigen zu stützen. Empirisch und durchaus mit fiskalischen Vorteilen für den Zweig der Pflegeversicherung wird dem Vorrang der Sachleistungen von den Nutzern der Pflegeversicherung nicht gefolgt. Von ihnen wird vielmehr immer noch weit überwiegend das sogenannte Pflegegeld gewählt, bei dem es sich in Deutschland nicht um ein echtes Sachleistungssurrogat handelt, sondern vielmehr um eine Anerkennungs- und Gratifikationsleistung für Pflegearrangements, in denen sich in hohem Maße Angehörige und andere „Pflegepersonen“ engagieren. Das Sachleistungskonzept der Pflegeversicherung ist eng gekoppelt an den Pflegebedürftigkeitsbegriff gemäß § 14 SGB XI, in dem 21 Verrichtungen als anererkennungsfähige Hilfebedarfe zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit herangezogen werden. Auf diese und nur auf diese 21 Verrichtungen dürfen sich auch die Sachleistungen der Pflegeversicherung gemäß § 36 SGB XI beziehen. Für lebensweltlich verankerte Pflegearrangements erscheinen diese Festlegungen häufig nicht flexibel genug die vorhandenen Ressourcen zu würdigen, in zahlreichen Situationen ist die Determination der Leistungsinhalte nicht bedarfs- und noch häufiger nicht bedürfnisorientiert, dies gilt in besonderer Weise für psychisch kranke pflegebedürftige Menschen. Überdies schränken die Festlegungen in § 36 SGB XI verbunden mit den noch üblichen leistungsrechtlichen Umsetzungen in Modulen die Autonomie von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen aber auch der anderen Helfer ein. Dies gilt in besonderer Weise für die Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Hilfebedarf nur selektiv vom Pflegeversicherungsrecht anerkannt wird. Dies sind Menschen mit Demenz und andere Pflegebedürftige mit sogenannter eingeschränkter Alltagskompetenz, etwa Menschen mit Depressionen, an anderen psychiatrischen Erkrankungen Leidende und mehrfach behinderte Personen. Gerade hier bei diesen Personengruppen können durch die Sachleistung der Pflegeversicherung z.T. existentielle Bedarfe, etwa Begleitungs- und Sicherungsaufgaben, mit Hilfe der Leistungen des § 36 SGB XI nicht wahrgenommen werden. Die Sicherungsfunktion professioneller und beruflicher Pflege für das Gesamtpflege- und Betreuungsarrangement kann nicht garantiert werden. Damit wird der im SGB XI niedergelegte Vorrang ambulant vor stationär gegebenenfalls gefährdet. Es zeigt

sich, dass in typisierbaren Situationen das bisherige Konzept der Pflegeversicherung sowohl im Geldleistungssektor als auch im Sachleistungssektor nicht bedarfsgerecht ist und in seinen Wirkungen die Zielsetzung des Pflegeversicherungsrechtes gefährden kann. Da in der Zukunft ein Rückgang von informell erbrachter Pflege zu erwarten ist und damit auch die Attraktivität des Pflegegeldes bisheriger Prägung an Bedeutung verlieren wird, sowie mit der Zunahme von so genannten prekären Netzwerkkonstellationen mit der Angewiesenheit auf moderne Pflegemixturen zu rechnen ist⁹, werden die geschilderten Defizite im Pflegeversicherungsrecht für ambulant Versorgte zunehmen. Auch durch den Rückbau flankierender und komplementärer Programme zur Sicherung der ambulanten Assistenz für Menschen mit Behinderungen, etwa durch die Reform des Zivildienstes erscheinen Flexibilisierungen im „primären“ Sozialrecht der Pflegeleistungen geboten.

Die Einführung eines personenbezogenen Pflegebudgets könnte überdies für Pflegedienste einen Impuls geben, die bisher im Wesentlichen auf die präformierten Sachleistungen bezogenen Dienstleistungsangebote zu flexibilisieren und so ihrerseits einen Beitrag zur bedarfsgerechteren Gestaltung von Dienstleistungsangeboten unterstützen. Auf diese Weise ist zu erwarten, dass eine Flexibilisierung sowohl der potentiellen Verwendung des Budgets gegenüber den Sachleistungen als auch der vorgehaltenen und in Anspruch zu nehmenden Dienstleistungen häusliche Pflegearrangements stabilisiert und eine frühzeitige Übersiedlung ins Heim verändert werden könnte.

Vorhandene Erfahrungen mit Pflegebudgets

Insbesondere im Ausland liegen Erfahrungen mit sog. personenbezogenen Pflegebudgets vor, etwa in den Niederlanden, in Großbritannien, in Finnland, in den USA.¹⁰ Die dort gesammelten Erfahrungen weisen insgesamt darauf hin, dass personenbezogene Pflegebudgets unter bestimmten Bedingungen in der Lage sein können, zu effektiveren Formen der Pflegesicherung beizutragen, die Autonomie der Pflegebedürftigen zu erhöhen und die subjektiv empfundene Lebensqualität zu steigern. Auch auf nationaler Ebene liegen Erfahrungen vor, im Bereich der Psychiatrie in Rheinland-Pfalz und im Bereich der Behindertenhilfe in Frankfurt¹¹. Hierbei handelt es sich zunächst nur um kleinräumige Experimente mit einer kleinen Zahl von Teilnehmern, so dass generalisierbare Erfahrungen nicht vorliegen.

Im Zusammenhang mit den personenbezogenen Budgets für Menschen mit Behinderungen gemäß § 17 SGB IX liegen inzwischen weitere Erfahrungen vor, die allerdings auf deutliche Implementationsprobleme hinweisen. Dies gilt etwa für die Modellprojekte Hamburg und Baden-Württemberg. In Nordrhein-Westfalen zeichnen sich erste Anzeichen erfolgreicher Implementierungen von personenbezogenen Budgets im Bereich der stationären Behindertenhilfe ab. Personenbezogene Pflegebudgets wurden bislang in Deutschland lediglich in der Landeshauptstadt München in einem kleinen Feldversuch erprobt, bzw. befinden sich in Erprobung.

⁹ vgl. Blinkert/Klie (1999): Pflege im sozialen Wandel. Eine Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger; Hannover

¹⁰ Baur, Fritz (1999): Personenbezogenes Budget: Das niederländische Modell ein "Eingliederungsgeld für Behinderte"; in: Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung, Jg. 53, Heft 11; S. 321ff.

Evers, Adalbert u.a.(1992): Pflegegeldregelungen in ausgewählten europäischen Ländern; Wien
Evers/Leichsenring/Pruckner (1993): Alt genug, um selbst zu entscheiden. Internationale Modelle für mehr Demokratie in Altenhilfe und Altenpolitik; Freiburg

Fieber, Andreas (1997): Pflegesicherung im Vereinten Königreich; Frankfurt

Finger, Dirk (1997): Dienstleistungsschecks in Europa – ein Modell für Deutschland? Berlin

Köstler, Ursula (1997): Pflegesicherung in Frankreich; Frankfurt

¹¹ Evers/Ühle (1999): Flexibel, pfleglich, kostensparend. Ein innovatives Konzept ambulanter Hilfe und Pflege – Endbericht zum Modellprojekt "Wohnen und Pflegen im Verbund" in Frankfurt am Main; Gießen

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hg.) (1999): Selbst bestimmen, Hilfe nach Maß für Behinderte, Zwischenbericht des Forschungsinstituts für Wirtschaftspolitik; Mainz

Zielsetzungen

Die mit einem Pflegebudget zu verfolgenden Zielsetzungen liegen im einzelnen in Folgendem:

- Insgesamt geht es um eine effizientere und effektivere Nutzung der Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.
- Durch eine Stärkung der Nachfragemacht bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu einer Flexibilisierung auf der Dienstleisterseite angestoßen werden, die bislang, auch nach Einführung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes, nur wenig ausgeprägt zu beobachten ist.
- Durch die Einführung von begleitenden Case Managern wird gleichzeitig erprobt werden, inwieweit Assessment-Verfahren und Steuerung des Pflegeprozesses durch Case Manager in sinnvoller und effektiver Weise gelingen kann und wo Ansiedlungsoptionen für Case Manager gegeben sind.
- Die Pflegebudgets sollen schließlich darauf hinwirken, dass eine flexiblere Abstimmung von informeller Hilfe (Angehörige, Freunde), professionellen Dienstleistungen und Begleitungsfunktionen, beruflich erbrachten Dienstleistungen mit auf der Basis bürgerschaftlichem Engagements erbrachter Unterstützungsleistung von Freiwilligen gelingen kann.
- Durch das Pflegebudget ist potentiell eine bessere Verknüpfung von Leistungen nach anderen Sozialleistungsgesetzen (SGB V, BSHG , integrierte Budgets) und eine integrierte Leistungserbringung unterschiedlicher Berufsgruppen möglich, in jedem Fall ist dies anzustreben
- Eines der zentralen Ziele der Einführung des Pflegebudgets ist es, sowohl die Lebensqualität der Pflegebedürftigen als auch der Pflegenden zu verbessern unter gleichzeitiger Sicherung von Pflegequalität. In wie weit diese Zielsetzungen erreicht werden können, muss durch Messverfahren überprüft werden.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten sich an die jeweilige Bedarfs- und Ressourcenkonstellation im Pflegehaushalt flexibler als bisher anpassen lassen. Es erscheint problematisch und auch nicht geboten, die Leistungsinhalte an den Pflegebedürftigkeitsbegriff des § 14 in jedem Fall zu binden.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten im Wesentlichen darauf gerichtet sein, die Leistungsfähigkeit von Pflegearrangements zu stützen, sie zu qualifizieren und insgesamt einen Beitrag zu leisten, dass unter für Pflegebedürftige und Pflegenden verträglichen Bedingungen häusliche Pflegearrangements aufrecht erhalten werden.
- Personenbezogene Pflegebudgets folgen dem Ziel der Autonomiesicherung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. Dies ist in vielfältiger Hinsicht bedroht: zunächst durch die Pflegebedürftigkeit selbst, aber auch durch die Definitionsmacht von Professionellen, Abhängigkeit von Leistungserbringern und einem faktischen Anbietermarkt mit seinen Einschränkungen für die Kundenposition des Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. Die Zielsetzung des Autonomiesicherung entspricht auch den verfassungsrechtlichen Vorgaben für den Sozialstaat, die etwa im § 2 SGB XI (in §§ 1ff. BSHG) ihren verbindlichen Niederschlag gefunden haben.

Die erwartbaren positiven Effekte eines Pflegebudgets liegen auf der Hand. Es bestehen aber gleichzeitig auch eine Reihe von Gefahren, die im Rahmen eines solchen Projektes besonders beachtet werden müssen. Dazu gehören Qualitätseinbußen in pflegfachlicher Hinsicht, Moral-Hazard-Effekt und die Förderung von ungesicherten Arbeitsverhältnissen auf grauen und schwarzen Märkten mit Benachteiligung für die Pflegenden, wie sie schon aus

zahlreichen Städten bei der Sicherstellung persönlicher Assistenz für Menschen mit Behinderungen durch Einbeziehung etwa von Migranten bekannt sind.

Bei der experimentellen Erprobung von Budgetkonzepten muss sichergestellt werden, dass solche Moral-Hazard-Effekte weitgehend unterbleiben, dass Dienstleistungen auf eine vertragsgetreue, arbeits- und sozialversicherungsrechtlich korrekte Weise abgewickelt und gestaltet werden. In diesem Zusammenhang kommt den Case Managern eine entscheidende Steuerungsfunktion zu. Dabei ist sowohl ihre Ansiedelung als auch die Reichweite ihrer Kompetenzen eines der zentralen konzeptionellen Fragen. Ihre potentielle Kontrollfunktion bei weitreichenden Kompetenzen und Entscheidungsbefugnissen könnte weit höher liegen als der bislang implementierten, etwa die des MDK. Bei einem advocacy orientierten Case Managementansatz wäre allerdings die lebensweltliche Absicherung von Pflegearrangements weit mehr gewährleistet als bislang.

Unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten erscheint die Betonung der häuslichen Pflege von besonderer Bedeutung. Empirisch betrachtet leben die meisten Pflegebedürftigen zu Hause und werden dort versorgt. Normativ besteht der Vorrang ambulanter Pflege vor stationärer. Überdies ist im ambulanten Sektor der Einfluss der professionell Pflegenden begrenzt. Dies gilt zunächst für den großen Personenkreis derer, die keinerlei professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, dies sind etwa 70% der zu Hause Gepflegten¹². Dies gilt aber auch für Pflegearrangements, in denen Pflegesachleistungen bisher abgerufen wurden. Hier können die professionellen Pflegeleistungen immer nur einen ausgesprochen begrenzten Teilbedarf von Pflegebedarfen befriedigen, der größte Teil muss vom Pflegebedürftigen selbst oder von Angehörigen gedeckt werden. Es wird für die zukünftige pflegewissenschaftliche Forschung von großer Bedeutung sein, das Augenmerk besonders auf diesen Bereich der Pflege zu lenken, in dem sich in besonderer Weise zeigen wird, in wie weit die beteiligten Professionen ihren Beitrag zur Sicherung der Pflege leisten können.

Beim Pflegebudget geht es überdies um die Frage, wie der allgemein anerkannte Stand in der „Medizin und Pflege“ (§ 11 SGB XI), unter Bedingungen nachfragegesteuerter Inanspruchnahme von Pflegeleistungen garantiert werden kann.

Begründung der experimentellen Einführung eines Pflegebudgets aus ökonomischer Sicht

Sachleistungen im Rahmen der häuslichen Pflege sind aus ökonomischer Sicht zweckgebundene Transfers. Dem Konsumenten wird vorgeschrieben, welche Art von Leistungen er von den Pflegediensten beziehen kann. Die Praxis der häuslichen Pflege zeigt jedoch, dass insbesondere bei der Pflege von Demenzkranken der Sachleistungskatalog nur einen Teil der nötigen Dienstleistungen abdeckt. So besteht insbesondere bei dieser Teilgruppe hoher Betreuungsbedarf, der nur zum Teil durch Sachleistungen abgedeckt ist. Die Idee der personengebundenen Pflegebudgets besteht nun darin, dem Pflegebedürftigen oder seinen Angehörigen den sachleistungsäquivalenten Geldbetrag zur Verfügung zu stellen, damit sie nach ihren individuellen Pflegebedürfnissen den optimalen Set an Pflegedienstleistungen kaufen können.

Nach der ökonomischen Theorie besteht der entscheidende Vorteil personenbezogener Budgets gegenüber Sachleistungen darin, dass mit gegebenem Finanzmitteleinsatz ein relativ höheres Versorgungsniveau für den Pflegenden verbunden sein kann. Ob das Versorgungsniveau tatsächlich steigt hängt davon ab, ob - vereinfacht gesagt - die vom Pflegebedürftigen benötigten Pflegedienstleistungen im wesentlichen durch die Sachleistungen abgedeckt werden. Je größer die Diskrepanz zwischen den benötigten Dienstleistungen und den tatsächlich im Rahmen der Sachleistungen verfügbaren Dienstleistungen in Umfang und

¹² vgl. Blinkert/Klie (1999): Pflege im sozialen Wandel. Eine Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger; Hannover

Qualität, desto wahrscheinlicher ist die Versorgungsniveauverbesserung durch die Einführung eines Pflegebudgets.

Pflegedienstleistungen, die derzeit nicht durch Sachleistungen abgedeckt sind, werden entweder nicht oder unprofessionell durch Angehörige, Ehrenamtliche oder Freunde des Pflegebedürftigen erbracht. Entsteht durch personengebundene Budgets eine ausreichend hohe und dauerhafte Nachfrage nach Pflegedienstleistungen, dann ist zu erwarten, dass - analog zu den Wirkungen der Einführung der Pflegeversicherung - diese Dienstleistungen entweder durch bestehende Pflegedienste oder neue Pflegedienste angeboten werden.

Pflegebudgets sollten Effekte bei den Anbietern von Pflegedienstleistungen und den Professionellen auslösen, die darauf gerichtet sind, in den Interaktionen mit dem Pflegebedürftigen und seinem ihn stützenden Umfeld zu einer stärkeren Orientierung an der Individualität zu gelangen und die Pflegedienstleistungen spezieller auf die jeweiligen biografischen, lebensweltlichen und kulturellen Bedingungen abzustellen. Im Rahmen einer experimentellen Erprobung von Budgets wird es eine der zu beobachtenden Fragestellungen sein, ob und wie es zu einer Stärkung der Nachfragestellung und einer Stärkung in der Interaktionsbeziehung Pflegebedürftiger – Pflegenden bis zu Angebotsdifferenzierungen und Marktveränderungen kommt. Auch die Frage, wie sich Angebote aus bislang grauen und schwarzen Märkten integrieren lassen und wie sich diese zu denen etablierter Dienste verhalten wird zu untersuchen sein.

Rahmenbedingungen

Personenbezogene Budgets im Bereich der Pflege sind nach geltendem Recht im Bereich der Sozialhilfe möglich. Auch das SGB IX sieht explizit personenbezogene Budgets als Form der Erbringung von Teilhabeleistungen vor. Im Pflegeversicherungsrecht findet sich im § 8 Abs. 3 SGB XI die experimentelle Voraussetzung für die Einführung des personenbezogenen Budgets.

Zu den Voraussetzungen für die experimentelle Erprobung des personenbezogenen Pflegebudgets zählt einerseits die Bereitschaft des Sozialhilfeträgers, aufstockende Pflegebudgets auf der Grundlage des SGB XII zu gewähren. Ferner müssen weitgehende Unabhängigkeit garantierende Stellen gefunden werden, an denen die Case Management-Funktion angesiedelt werden kann. Dabei können und sollten unterschiedliche Ansiedlungsoptionen bei der Erprobung einbezogen werden. Dies kann die Kommune sein, dies können Verbünde sein (etwa im Rahmen von Pflegekonferenzen), dieses können Servicestellen nach dem SGB IX sein oder andere geeignete Stellen. Schließlich bedarf es einer grundsätzlichen Bereitschaft von Dienstleistungsanbietern sich für eine Flexibilisierung von Leistung auf der Grundlage eines § 36 SGB XI zu öffnen. Ferner hängt der Erfolg eines personenbezogenen Pflegebudgets davon ab, inwieweit parallel zur Einführung des Pflegebudgets an einer Weiterentwicklung der Infrastruktur auf kommunaler Ebene für Pflegebedürftige gearbeitet wird, wobei insbesondere auch im Bereich hauswirtschaftlicher Dienstleistungen, auf der Ebene von Betreuungsangeboten und dem Spektrum freiwilliger und bürgerschaftlich erbrachter Hilfeleistung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Für psychisch Kranke und Menschen mit Behinderung mit Pflegebedarf kommt es auf die Integration mit nicht pflegerischen Assistenzleistungen an. Dabei macht potentielle Verschränkung von Sozialhilfeleistungen, von Rehalleistungen und Pflegeleistungen das personenbezogene Budget in hohem Maße interessant.

Festzulegen sind Bedingungen für die Verwendung des Pflegebudgets und die Rollen und Befugnisse des Case Managers. Um Moral-Hazard-Effekte zu vermeiden, wird eine Nachweispflicht über die Verwendung des Pflegebudgets niederzulegen sein und eine Beratungs- und gemeinsame Planungsobliegenheit des Case Managers. Die stete Begleitung und Evaluation der Verwendung des Pflegebudgets müsste überdies sicherstellen, dass eine missbräuchliche Verwendung des Pflegebudgets unwahrscheinlich ist.

Einführung und Erprobung gemeinsamer Messinstrumente

Die Erprobung von personenbezogenen Budgets bietet überdies die Gelegenheit, dass verbunden mit dem Case Managern einheitliche Assessment-Instrumente (etwa auf der Basis von RAI) eingesetzt und erprobt werden. Sie sollen sowohl in der Lage sein, die Entwicklung von Pflegearrangements und die Pflegebedarfe bei den Pflegebedürftigen abzubilden als auch den Vergleich zwischen den unterschiedlichen Gruppen von Pflegebedürftigen ermöglichen. Inwieweit derartige Assessmentinstrumente geeignet sein könnten, den auch sozialrechtlich relevanten Pflegebedarf abzubilden gehört zu den interessantesten Fragen für die Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechts. Im Rahmen der Vorarbeiten zur Umsetzung des personenbezogenen Pflegebudgets wird es daher erforderlich sein, geeignete Assessmentinstrumente in konsensorientierten Verfahren auszuwählen, die in der Lage sind, den für die Pflegeversicherung relevanten Pflegebedarf abzubilden und insofern mittelfristig eine integrierte Feststellung des sozialrechtlich relevanten Pflegebedürftigkeitsgrades mit einem fachlich aussagekräftigen Assessment zur Pflegebedarfssituation zu verbinden. Die Assessmentinstrumente dienen auch einer outcome orientierten Qualitätsbewertung. So kann auf Struktur und Prozessvorgaben weithin verzichtet werden.

Perspektiven

Personenbezogene Pflegebudgets gem. § 8 Abs. 3 SGB XI stellen eine wenn auch voraussetzungsreiche so doch für die nachhaltige Weiterentwicklung des Sozialleistungsrechts hochinteressante Perspektive dar. Es ist eine große Chance, dass die Experimentiernorm des § 8 Abs. 3 SGB XI nun genutzt werden kann und dies in einer Weise, die seriöse Einschätzungen über die Implementationschancen in der Breite für derartige Ansätze, zumindest als alternative leistungsrechtliche Option in der Gewährung von Leistungen der Pflege, zulässt. Die in 7 Regionen vorbereitete Einführung des personenbezogenen Budgets und der entsprechende Aufbau von Case Management Strukturen soll Erfahrungen zugänglich machen, wie bislang unterschiedlichen Kostenträgern zugeordnete Feststellungsfunktionen hinsichtlich der sozialleistungsrechtlichen Voraussetzungen für Sozialleistungen der Pflege sinnvoll über unabhängige Case Management Stellen verknüpft werden können mit fachlichen Assessments und der Begleitung und ggf. auch Steuerung von Betreuungs- und Pflegearrangements. Dabei wird unter heutigen Bedingungen keine Sozialreform ohne nüchterne Kostenkalkulation und fiskalische Einspar- oder zumindest Rationalisierungskalküle eine Chance haben. Dies gilt auch für das allenthalben sich einer neuen Konjunktur erfreuende Case Management. Ob dies dann Kostenträger übergreifend und u.a. den MDK entlastend bei den noch kaum irgendwo mit ihrer eigentlichen Funktion ausgestatteten Servicestellen nach dem SGB IX angesiedelt werden könnte, zählt zu den auch unter infrastrukturellen Gesichtspunkten interessanten Fragen. Nützen soll all dies den auf Pflegeleistungen angewiesenen Menschen und ihren „Netzwerken“, die sich ihrerseits auf ein stärker selbst gestaltetes Arrangement aus einem Mix an Hilfen einzustellen haben, das der tätigen Mitgestaltung und Koproduktion bedarf.

Zum aktuellen Stand und aktuellen Fragen des Projektes „Pflegebudget“

Zum 1.9.2004 sollen die ersten Pflegebudgets ausgezahlt werden, in sieben Kommunen in der Bundesrepublik. Die sog. Budgetnehmer erhalten dann in Höhe der Sachleistungen gem. § 36 SGB XI den Betrag, den ansonsten die Pflegedienste von den Kassen direkt erhalten auf ihr Konto überwiesen – und sollen sich mit Hilfe dieses Betrages die notwendigen Hilfen selbst einkaufen. Ein Case Manager berät und begleitet sie dabei, ausgebildet im Rahmen eines zertifizierten Case Management Kontaktstudienganges. Die Vorbereitungen sind in vollem Gange:

- Auf örtlicher Ebene werden die Kontrakte ausgehandelt, wo die Case Manager angesiedelt werden – von der Verbraucherzentrale, die Betreuungsbehörde, Beratungsstellen, MDK bis hin zu Pflegeinformationszentren an Krankenhäusern

- Die Case Manager werden ausgewählt, Arbeitsverträge mit ihnen geschlossen oder mit den Stellen, bei denen sie bislang schon arbeiten, über das neue Aufgabenspektrum verhandelt.
- Das zu Grunde zulegende Assessmentinstrument wird erarbeitet und eine Konsultation aller Partner vorbereitet. Es wird auf das RAI hinauslaufen, so zeichnet es sich ab. Damit sind allerdings keineswegs alle Fragen beantwortet: welche zusätzlichen Instrumente werden eingesetzt – auch im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Begleitung. Wie wird eine EDV Fassung aussehen, die sich auch mit der Pflegeprozessplanung verbinden lässt?
- Welche Kompetenzen haben die Case Manager, zwischen advokatorischer und kontrollierender Funktion, zwischen Makler und Prozessteuerer. Was wird er oder sie tun, wenn das Geld zweckentfremdet wird – für Schwarzarbeit oder die Familienpflege eingesetzt wird? Auch diese Fragen werden wie die der möglichen Verwendung des Budgets mit dem Ziel, einen Konsens zwischen den Beteiligten zu erreichen, bearbeitet.
- Schließlich geht es um hoch bedeutsame und gleichzeitig sehr operative Fragen: wie setzen die Pflegekassen das Projekt ihrerseits um, wie erfahren die Pflegebedürftigen davon und wie werden sie ihr Budget erhalten?

Die Resonanz ist sehr groß und alle Beteiligten sind aufgeschlossen. Der Innovationsbedarf im Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung wird von allen gesehen. Gleichzeitig sind neue leistungsrechtliche Ansätze voraussetzungsvoll: Sie müssen praktikabel sein, sie müssen ihrerseits fachliche Qualität absichern helfen, sie dürfen nicht zum Missbrauch der begrenzten Sozialleistungen einladen und müssen für alle Beteiligten als zukunftsfähige Perspektive gesehen werden. Befürchtungen bestehen vor allem dahingehend, dass das Pflegebudget, im Projekt für 1000 Personen maximal zugänglich, einen Sog aus dem abgesenkten Pflegegeld gem. § 37 SGB XI in das Sachleistungsniveau auslösen bzw. einleiten könnte. Im Rahmen des Experiments sind solche Befürchtungen zunächst völlig unbegründet: allein durch die wissenschaftliche Begleitung und den obligatorischen engen Kontakt zum Case Management werden all diejenigen, die das Budget nur als Möglichkeit sehen, das Pflegegeld zu erhöhen, nicht als attraktiv erscheinen: der bestimmungsgemäße Gebrauch der Mittel ist zentrales Thema im Experiment. Auch wird für die Zukunft begründet eher davon ausgegangen, dass das Budget sich als dritte Leistungsalternative im Pflegeversicherungsrecht etablieren könnte aber keinesfalls das Pflegegeld substituieren wird.

Ein Großteil der Pflegehaushalte wird auch künftig die Pflege allein organisieren wollen. Hierfür sprechen eine Reihe von kulturellen aber auch ökonomischen Gründen. Es kann, so die große Hoffnung, aber dazu beitragen, neue und alte Pflegearrangements zu stützen, die Infrastruktur und die Leistungen der Dienste zu flexibilisieren, dies vor allem dadurch, dass der Verrichtungsbezug in der Leistungsgewährung, der Verwendung des Budgets für Pflegeleistungen weitgehend aufgehoben ist. Und es soll zu einer bedarfsgerechteren und lebensweltlich angepassten Hilfestellung beitragen. Dabei sind viele Unbekannte im Spiel: Wie werden die ambulanten Dienste reagieren: werden sie in den Programmregionen neue Angebote offerieren? Und zu welchen Preisen: diese werden im Experiment frei ausgehandelt zwischen „Pflegekunden“ und Pflegeanbieter. Und Anbieter können auch freie Pflegekräfte oder „care giver“ sein.

Das Pflegebudget ist konzeptionell eng an das Budget in der Behindertenhilfe angelehnt und soll in einer Region nach Möglichkeit auch „integriert“ mit dem Budget gem. § 17 SGB IX erprobt werden. Die Stärkung der Nachfragemacht und die Selbstständigkeit des Pflegedürftigen in seiner Entscheidung steht programmatisch im Vordergrund. Dabei wissen wir, dass Pflegebedürftige typischer Weise nicht in ihrer Mehrheit diejenigen sind, die sich als Kunden verstehen, die um Autonomie in der Gestaltung der Pflege ringen. Sie sind nicht vom Typ des „homo selbstbestimmicus“ (Dörner). Sie wünschen Vertrauen und auf einander abge-

stimmte Hilfen. Der Case Manager (mit pflegfachlicher und sozialarbeiterischer Kompetenz) soll beides miteinander verbinden – Eigenverantwortung des Pflegehaushaltes und Koordination und Qualitätssicherung der Hilfen.

Ökonomisch setzt der Pflegebudgetansatz nicht nur auf Flexibilität der Pflegeanbieter, auf partielle Deregulierung und die Herausbildung neuer Helferberufe, sondern auch auf das Gelingen eines Pflegemixes aus beruflicher Hilfe, familialer Unterstützung und bürgerschaftlicher Hilfe durch Freiwillige – gesteuert bzw. reflexiv begleitet durch das Case Management. Durch einen solchen Mix könnte nicht nur die Pflegekultur verändert sondern könnten auch Pflegearrangements stabilisiert werden, die sonst zerbrechen und zur Heimaufnahme führen würden.

Die spannendste Frage dabei ist die, wer wird sich auf das Experiment einlassen wollen, sowohl auf Seiten der Pflegebedürftigen als auch auf Seiten der Anbieter? Die Münchener Erfahrungen mit dem sachleistungsorientierten Budgetprojekt mit 15 Budgetnehmern zeigt, so einfach erfüllen sich die Erwartungen nicht. Die Irritationen durch die Gesundheitsreform machen Bürger zunächst skeptisch gegenüber Neuerungen, die bislang garantierte, sichere Leistungen in Frage stellen könnten. Das ist verständlich. Eine solche Mentalität könnte aber auch missbraucht werden, um die von (fast) allen als notwendig erkannten Reformen im Bereich der Pflegeversicherung zu behindern. Es wird mittelfristig keine Alternative zu auch grundlegenden Korrekturen im Pflegeversicherungsrecht geben, auf der Finanzierungsseite ebenso wie auf der leistungsrechtlichen und in der Struktur der Pflegeversicherung. Das „Pflegebudget“ soll Perspektiven eröffnen und in jedem Fall als Lernprojekt für alle Beteiligten dienen, wie Elemente einer nachhaltigen Sicherung der Pflege aussehen könnten.

Voraussetzung für ein Gelingen des Experiments ist es, dass alle Beteiligten das Experiment als „eigenes“ wollen und sich ernsthaft und engagiert an ihm beteiligen. Insofern zeigen sich die Standorte bislang als Glücksfälle: Diese Voraussetzungen sind gegeben – bei allen offenen Fragen und unterschiedlichen Erwartungen, die an das Experiment gerichtet werden.

Das Pflegebudget und das trägerübergreifende persönliche Budget – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Das mit der Sozialhilfrechtsreform eingeführte, ebenso experimentell angelegte trägerübergreifende persönliche Budget und das Pflegebudget werden nun zeitgleich aber zum in nicht aufeinander bezogener Weise experimentiert. Beide Experimente entstammen unterschiedlichen und weithin getrennten Diskursen: dem im Rehabereich in Folge der SGB IX-Einführung und dem Pflegepolitischen. In vieler Hinsicht handelt es sich um fast abgeschottete Diskurse, etwa: Hier die Eingliederungshilfe mit ihren Errungenschaften und Besitzständen, dort die Pflege mit ihrem „Massengeschäft“ Pflegebedürftigkeit. Die Diskurse werden sich nicht mehr (sinnvoll) strikt trennen lassen. Warum etwa sollten Menschen mit Demenz von Teilhabeleistungen ausgeschlossen bleiben und warum der Sonderstatus der „Menschen mit Behinderung“, den die Eingliederungshilfe vor Augen hat, in der Pflege? Darum lohnt es die beiden Budgetansätze aufeinander zu beziehen, gemeinsame Fragen zu benennen und die Passfähigkeit für die Zukunft im Blick zu nehmen.

Differenz:

§ 8 Abs. 3 SGB XI

- Freiheit im Einkauf
- Keine Integration der HK gem. § 37 SGB XI
- Budgethöhe steht fest
- obligatorisches Case Management
- CM koordinierte Leistungsgewährung

§ 17 SGB IX,

- Festlegung durch Zielvereinbarung
- potentielle Integration von GKV Leistungen
- Budgethöhe im Einzelfall
- Budgetberatung im Rahmen von Zielvereinbarungen und nach Bedarf
- Beauftragtenlösung

Die beiden Budgettypen weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten aber eben auch Unterschiede auf, die zum Teil konzeptionelle, z.T. aber auch eher zufällige oder „inkrementale“ Hintergründe kennen.

Das trägerübergreifende Budget wurde insbesondere durch die Budgetverordnung eng an Qualitätsvorgaben von und Zielvereinbarungen mit den Rehabilitationsträgern gebunden. Es atmet gewissermaßen den Geist des Sachleistungsrechts und kennt über die vorgesehene eher strenge Nachweispflicht über eingekaufte Leistungen eher strenge Reglementierungen, die mit den Autonomiezielen des Budgets im Konflikt stehen. Das Pflegebudget gibt wesentlich mehr Freiheit: es verbietet lediglich die Verwendung des Geldes auf dem Schwarzmarkt und für Familienangehörige. Eine strenge Nachweispflicht ist nicht vorgesehen, eher eine Darlegungspflicht wie sie aus dem Steuerrecht bekannt ist- allerdings wird im Experiment sehr genau die Budgetverwendung (anonymisiert) analysiert.

Das trägerübergreifende Budget ist seinerseits wesentlich breiter angelegt als das Pflegebudget. Werden bei letzterem lediglich Pflegeleistungen unterschiedlicher Leistungsträger einbezogen so sieht das persönliche Budget ein breites Spektrum von budgetfähigen Leistungen vor. Die Abschottungen und z.T. schwer rational nachvollziehbaren Limitierungen zeigen sich in „Details“: So können im Pflegebudget die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V nicht einbezogen werden – was wenig Sinn macht, da dadurch eine effiziente und integrierte Leistungserbringung behindert wird. Im trägerübergreifenden Budget können dafür die Pflegeleistungen nur als „Gutscheine“ einbezogen werden, nicht als Teil des Budgets – auch das kann fachlich und rechtlich nicht überzeugen, da die Leistungen der Pflegeversicherung in besonderer Weise budgetfähig sind. Hier zeigt sich, dass im BMGS unterschiedliche Kräfte am wirken sind, wenn es um die Budgetfrage geht: fiskalische Sorgen um die Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung lassen die bremsenden, bewahrenden „Kräfte“ erklären, das Anliegen um Innovationen im Rehasektor ohne große fiskalische Sorgen um Leistungsausdehnungen die befördernden.

Steuerungsfragen

Sehr unterschiedlich sind die Steuerungsansätze der beiden Budgets. Sieht das trägerübergreifende persönliche Budget eine starke Rolle der Leistungsträger bei der Budgetzusammenstellung, der Zielvereinbarung und der Feststellung der Höhe der Leistung, in einer für die Praxis sicherlich nicht einfachen verfahrensrechtlichen Festschreibung durch die Pflegebudgetverordnung vor, so überantwortet das Pflegebudget die Steuerungsfragen ganz wesentlich dem vom Leistungsträger unabhängig agierenden Case Manager. Er hat die zentrale Steuerungsfunktion inne und vermarktet zwischen Leistungsträgern, Pflegebedürftigen und Pflegeanbietern. Die Budgetberatung und Begleitung des Rehabilitanten wird beim persönli-

chen Budget eher zurückhaltend geregelt und im Bedarfsfall zusätzlich in das Budget integriert. Weitere Unterschiede bestehen in der verbindlichen Festlegung der Budgets: Sieht das persönliche Budget eine Beauftragtenlösung entsprechend den Regelungen des § 93 SGB XI vor, kennt das Pflegebudget eine wesentlich vom Case Manager koordinierte Leistungsgewährung, die nicht in einer Zielvereinbarung und einem Verwaltungsakt zusammengefasst wird, so überhaupt unterschiedliche Leistungsträger beteiligt sind.

Dem Konzept des Pflegebudgets liegt die Annahme zugrunde, dass künftig die Integration unterschiedlicher Leistungen und die Begleitung von Pflegebedürftigen nur über ein unabhängiges Case Management wird gewährleistet werden können. Von der Fiktion der Selbstbestimmung kann in realistischer Weise so nicht ausgegangen werden. Gerade künftige Pflegearrangements werden sich durch einen höheren Begleitungs- und Beratungsaufwand auszeichnen, gerade wenn es gelingen soll, den angestrebten Pflegemix zu garantieren. Dabei kommen den Case Managern neben ihren klassischen Assessment-, Planungs-, Contracting- und Monitoringaufgaben auf der Mikroebene auch Aufgaben der Vernetzung, Infrastrukturentwicklung und der Gestaltung von Voraussetzungen für gelingenden Welfare-Mix zu. Das Konzept setzt auf einen in hohem Maße professionalisierten Case Managementansatz, der moderne Professionskonzepte reflektiert, die Aufgabe der Fachkräfte ganz wesentlich im Bereich der Steuerung und nicht primär in der Durchführung von Pflegehandlungen sehen. Insofern sind in dem Pflegebudgetkonzept auch eine Reihe von Implikationen hinsichtlich der an Care-Aufgaben zu beteiligenden Berufsgruppen enthalten. Es wird zwischen dem fachpflegerischen Aufgabenfeld des „nursing“ und der teilhabesichernden Alltagsgestaltung „care“ unterschieden, wobei den Care-givern durchaus eine Reihe von fachpflegerischen supervidierten Aufgaben übertragen werden können und müssen. Dies zu verantworten liegt wiederum in der Hand des Case Managements. Damit sind allerdings auch eine Reihe von Fragen aufgeworfen, inwieweit durch einen derartigen Case Managementansatz in problematischer Weise in die Privatsphäre Pflegebedürftiger eingegriffen, ihre Lebenswelt potentiell kolonialisiert wird. Auch müssen Gefahren in den Blick genommen werden, dass Case Manager sich ergebende ökonomische Vorteile aus ihren Vermittlungsaufgaben ziehen.

Vertragsgestaltung



Ebenen der Vertragsgestaltung

- Pflegebedürftiger und Pflegekasse
- Pflegebedürftiger und Case Manager
- Pflegebedürftiger und Pflegeanbieter
- Pflegebedürftiger und andere Leistungsträger
- Case Manager und Pflegekasse
- Case Manager und Pflegeanbieter
- Case Manager und MDK/ SHT.

In besonderer Weise von Interesse sind die Fragen der Vertragsgestaltung zwischen den unterschiedlichen Akteuren. Auch hier unterscheidet sich das Pflegebudgetkonzept sehr vom trägerübergreifenden persönlichen Budget. Während im letzteren im Wesentlichen mit klassischen Mitteln des Sozialverwaltungsrechts gearbeitet wird, sieht das Pflegebudget eine wesentlich höhere Autonomie des Pflegebedürftigen vor, der seine rechtlichen Beziehungen zu den Beteiligten zu regeln hat. Dabei sind unterschiedliche Ebenen zu betrachten: Der

Pflegebedürftige hat mit der Pflegekasse die Wahl der Budgetoption zu regeln, ein Verzicht auf andere Leistungen für den Zeitraum zu erklären, ihm wird gleichzeitig aber auch eine Art Kündigungs- oder Rückkehrrecht in den klassischen Leistungsbezug eröffnet werden müssen. Zu regeln ist ebenfalls das Verhältnis von Case Managern und Pflegebedürftigen: Welche Rechte hat der Case Manager, was kann der Pflegebedürftige von ihm erwarten. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegebedürftigen und Case Manager ist Voraussetzung für die Option Pflegebudget. Wird sie aufgekündigt, wird man auch nicht am Budget festhalten können. In neuer Offenheit stellt sich auch das vertragsrechtliche Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeanbietern dar. Zwar sieht das Pflegeversicherungsrecht auch jetzt schon einen sogenannten Pflegevertrag vor, der die Sachleistungsgewährung flankiert. Bei dem Pflegebudget handelt es sich jedoch um einen Sachleistungssurrogat, das inhaltlich vergleichsweise frei ausgehandelt werden kann und muss. Hier wird im Rahmen des Projektes über ein Rechts- und Vertragscoaching die Komplexität für die Akteure reduziert werden, um Handlungsfähigkeit herzustellen. Auch das Verhältnis des Pflegebedürftigen zu anderen Leistungsträgern, etwa der Sozialhilfe bedarf im Einzelfall der Klärung: Unter welchen Voraussetzungen gewährt der Sozialhilfeträger ein Aufstocken des Budgets, das für einen Anbieter eingesetzt wird, mit dem kein Leistungsvertrag besteht. Schließlich bedarf es der Vereinbarung zwischen Case Managern und Pflegekassen, etwa hinsichtlich des Datentransfers. Zwischen Case Managern und Pflegeanbieter muss in rechtsförmiger und zum Teil auch nicht rechtsförmiger Weise geklärt werden, wie die Zusammenarbeit, die fachliche Steuerung gestaltet und etwa Fragen der Pflege- und Betreuungsdokumentation geregelt werden. Übernimmt der Case Manager Begutachtungsaufgaben für Kostenträger bedarf auch dies tragfähiger Absprachen. Insofern sind im Pflegebudgetprojekt vielfältige Gestaltungsnotwendigkeiten enthalten, für die im Projekt Formen entwickelt, erprobt und auf ihre Tragfähigkeit hin analysiert werden müssen. Es würde nun sehr viel Sinn machen zumindest regional die beiden Budgetvarianten miteinander „ins Gespräch“ zu bringen und gegebenenfalls eine integrierte Gewährung zu erproben. Auf diese Weise könnten Erfahrungen gesammelt werden, wie die jeweiligen Limitierungen der Budgetansätze überwunden werden können und welche Wirkung dieses hat. Diese Chance sollte nicht ängstlich vermieden sondern pragmatisch ergriffen werden.

Herausforderung Budget

Budgetansätze stellen keine einfache Alternative und Perspektive für die Weiterentwicklung des Sozialrechts dar, sie zeigen aber eine Wegrichtung auf, in die sich das Sozialleistungsrecht weiterentwickeln kann und wohl auch sollte. Es steht dabei durchaus in Konkurrenz zu anderen Steuerungsansätzen etwa aus dem Bereich der GKV, man denke nur an Manage-Care-Programme oder die Integrierte Versorgung. Die persönlichen Budgets sind eine aber nicht die alleinige Perspektive. Sie stehen insbesondere in der Behindertenhilfe in Zusammenhang mit der Autonomiesicherung aus der Sicht der Nutzer, der Budgetnehmer, auf Seiten der Kostenträger in Zusammenhang mit Kostensteuerungsinteressen. Klaus Dörner hat dieses durchaus kritisch in einem Satz zusammengefasst: „Gebt mir Freiheit, sparst du Kosten?“ Da ist etwas dran und es gilt zu prüfen, wie sich Freiheitsgewinn unter Sicherung von Lebensqualität und Teilhabe nun sich mit Kostensteuerungsinteressen verbinden lassen. Im Bereich der Pflege geht es um die „Schicksalsfrage“, wie eine nachhaltige Sicherung der Sorge für Pflegebedürftige gelingen kann. Es bestehen qualitative und quantitative Unterschiede, die sich aber durchaus zusammendenken und –führen lassen. In jedem Fall sind die Budgetprojekte Lernprojekte für alle Beteiligten. Sie verlangen eine Pragmatik und den Mut neue leistungsrechtliche Wege zu gehen, insbesondere im Leistungserbringungsrecht. Wenn alle möglichen Imponderabilien von vorneherein rechtlich mit in den Blick genommen werden sollen, ist ein solcher Ansatz zum Scheitern verurteilt. Von Holländern können wir lernen wie sich experimentelle Sozialpolitik innovativ gestalten lässt. Das Leistungserbringungsrecht neu zu denken stellt eine interessante aber auch große Herausforderung für alle Beteiligten dar. Es gibt viele Möglichkeiten, Budgetprojekte zum Scheitern zu bringen, wenn sie mit zu viel Ängstlichkeit flankiert werden. In jedem Fall und das wäre die übergreifende Perspektive werden sich die personenbezogenen Budgets in ihrem Erfolg und in ihren Wirkungen daran messen lassen müssen, ob sie einen Beitrag leisten können zu einem neuen

Wechselspiel zwischen Gesellschaft, Staat und Markt in der Teilhabesicherung und Solidarität für Pflegebedürftige. Hierum geht es zentral und hier liegt eine der wichtigsten Herausforderungen für die Zukunft.



Herausforderung Budget

- Autonomiesicherung: „Gib mir Freiheit sparst du Kosten?“
- „Schicksalsfrage“: Nachhaltige Sicherung der Sorge für Pflegebedürftige
- Budgets eine Wegrichtung, aber nur eine
- Lernprojekt für alle Beteiligten
- Beitrag zum neuen Wechselspiel zwischen Gesellschaft, Staat und Markt

Literatur beim Verfasser:

Prof. Dr. Thomas Klie

Ev. Fachhochschule Freiburg

Buggingerstr. 38

79114 Freiburg

Informationen künftig unter www.pflegebudget.de

Veröffentlichung im Vincentz verlag: Klie/Spermann (Hg) Das Personenbezogene Pflegebudget – Grundlagen, Praxis, Perspektiven, Hannover 2004 (i.E.)

Persönliches Budget im Heim?

Erste Erfahrungen auf dem Weg vom Pauschalismus zur Individualreise

Wie kommt man von einem Traum zur Realisierung?

Eine mögliche Antwort lautet:

Man sucht sich einen sicheren Grund, um Phantasien festzumachen.

Unser Ankerpunkt waren folgende Grundideen:

- Ein selbst bestimmtes Leben nach den eigenen Vorstellungen leben und an der Gesellschaft teilhaben zu können, ist ein Bürgerrecht.
- Das sozialpolitische Ziel, gleiche Chancen für alle Bürger/innen einer Gesellschaft zu schaffen, muss grundsätzlich für jede Person ungeachtet der Art und des Ausmaßes ihrer Beeinträchtigung realisierbar sein.
- Die Chancen, die sich mit einem Persönlichen Budget für Menschen mit Behinderung eröffnen, müssen deshalb auch für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben, zugänglich sein.

So war unsere Ausgangsbasis abgesteckt, als nach jahrelangen Debatten und Vorüberlegungen auch in Deutschland die Idee für Menschen mit Behinderung Form annehmen sollte, mit den Chancen und Risiken eines Persönlichen Budgets zu leben.

An dieser „Geburtsstunde“ einer Idee leistete die SoftwareAG Stiftung in Darmstadt zur Jahrtausendwende Geburtshilfe – was dazu führt, dass ich jetzt vor Ihnen stehen kann und berichten, was bislang aus dem Modellversuch PerLe (d.h. Personenbezogene Hilfe und Lebensqualität) zu lernen war:

Die internationalen Erfahrungen zeigten, dass auch Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen durchaus in der Lage sind, Einfluss auf die Unterstützungsleistungen zu nehmen, wenn sie dafür die nötigen Hilfestellungen erhalten. An einigen Plätzen in Deutschland fanden sich Akteure, die Realisierungen auch unter unseren Bedingungen der sozialen Versorgung erproben wollten, allen voran Rheinland-Pfalz, aber eben auch Westfalen-Lippe.

Der Modellversuch PerLe ging in die Konkretionsphase, nachdem eine sehr engagierte und motivierte Gruppe wichtiger Köpfe sich regelmäßig zusammengefunden hatte: Mit von der Partie waren Spitzenkräfte des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe ebenso wie die Leitungsebene der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, fachliche Kompetenz aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziales ebenso wie ein hochqualifizierter Vertreter aus dem Kreis der Verbandsjuristen und ein paar lernwillige und manchmal auch beharrlich starrsinnige Wissenschaftlerinnen.. Wir wollten gemeinsam den Beweis antreten, dass auch in Deutschland – jenseits von tradierten Barrieren in Strukturen und Köpfen – ein Leben mit einem Persönlichen Budget im Grundsatz für alle möglich ist. Wie wollten wir gemeinsam entwickeln?

Zunächst ging es uns darum, uns auf Leitplanken des Modellversuches zu verständigen. Wir einigten uns auf folgendes:

UNIVERSITÄT DORTMUND

**Behindertenhilfe auf neuen
Wegen**

Leitplanken des Projektes

- Behinderung neu denken: Zielorientierung sind Selbstbestimmung und Teilhabe
- Hilfe neu gestalten: Von der Fürsorge zur Dienstleistung
- Ressourcen neu einsetzen: Von der Rundum-Versorgung zur Hilfe nach Maß
- Individuelle Steuerung durch Geldleistungen
- Grundsätzliche Budgetfähigkeit aller potentiellen Nutzer



Dann begannen wir die Debatte, was denn im Einzelnen ein Persönliches Budget sein solle – danach war fast ein Jahr vergangen, in dem wir die Budgetidee systematisch eingekreist hatten.

Was wir in den oft aufwändigen Auseinandersetzungen gelernt hatten war, dass wir uns auf folgende grundsätzliche methodische Zuschnitte einigen könnten:

UNIVERSITÄT DORTMUND
Prof. Dr. rer. soc. Elisabeth Wacker

Die vier generellen Stufen der Budget-Ermittlung

- 1. Schritt: Individuelle Unterstützungsbedarfe und –bedürfnisse werden ermittelt.**
- 2. Schritt: Verfügbare und wahrgenommene Ressourcen werden analysiert.**
- 3. Schritt: Erforderliche Leistungen werden eingeschätzt.**
- 4. Schritt: Budgets werden gebildet.**



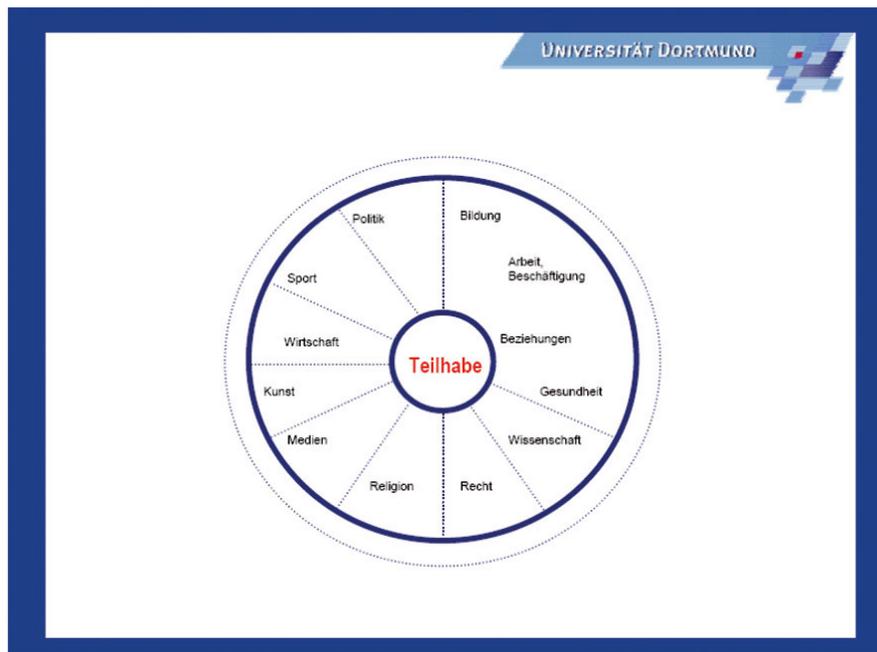
Nun kannten wir ein Verfahren, nach dem man vorgehen konnte.

Was aber wollten wir erreichen?

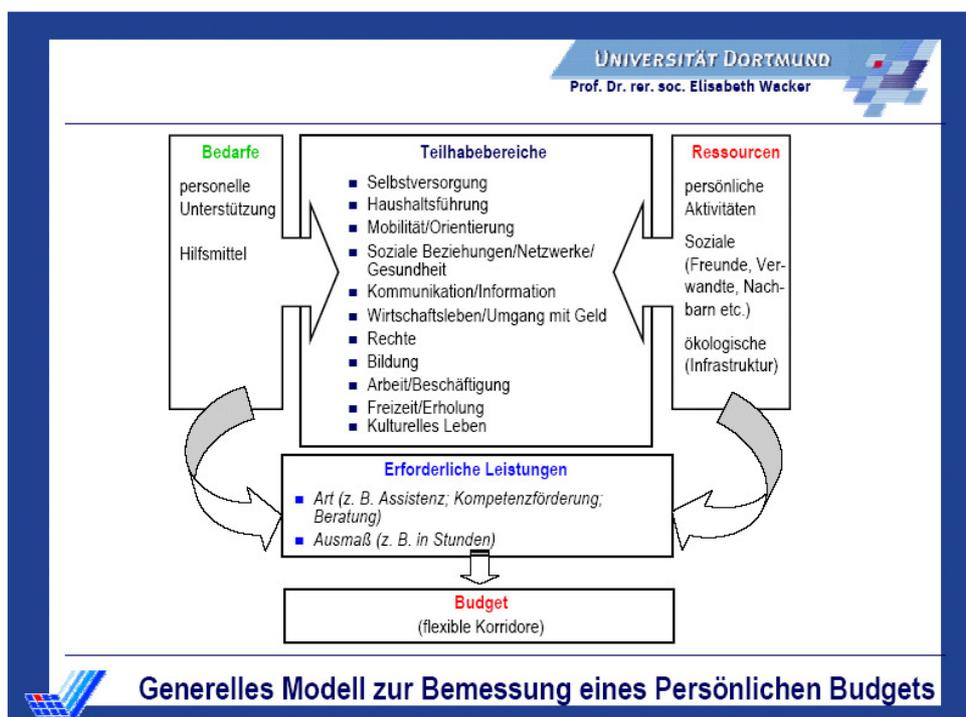
Diese Antwort war schnell geben: nämlich eine Verbesserung der Teilhabe der Menschen mit Behinderung. Also suchten wir die Verständigung darüber, was Teilhabe bedeuten soll.

Auch hier war es zunächst einfacher, generelle Aussagen zu machen. Es ging um Teilsysteme unserer komplexen modernen Gesellschaft, in denen Menschen relevant sind, indem

sie vorkommen und als wesentlich erkannt werden – nicht nur toleriert, sondern akzeptiert. Solche Teilsysteme sind:



Dass diese Teilsysteme nicht unvermittelt im Leben stehen, sondern eingebunden sind in Zusammenhänge, die gerade für Menschen mit Unterstützungsbedarf „Wirkmacht“ haben, war der nächste Denkschritt:



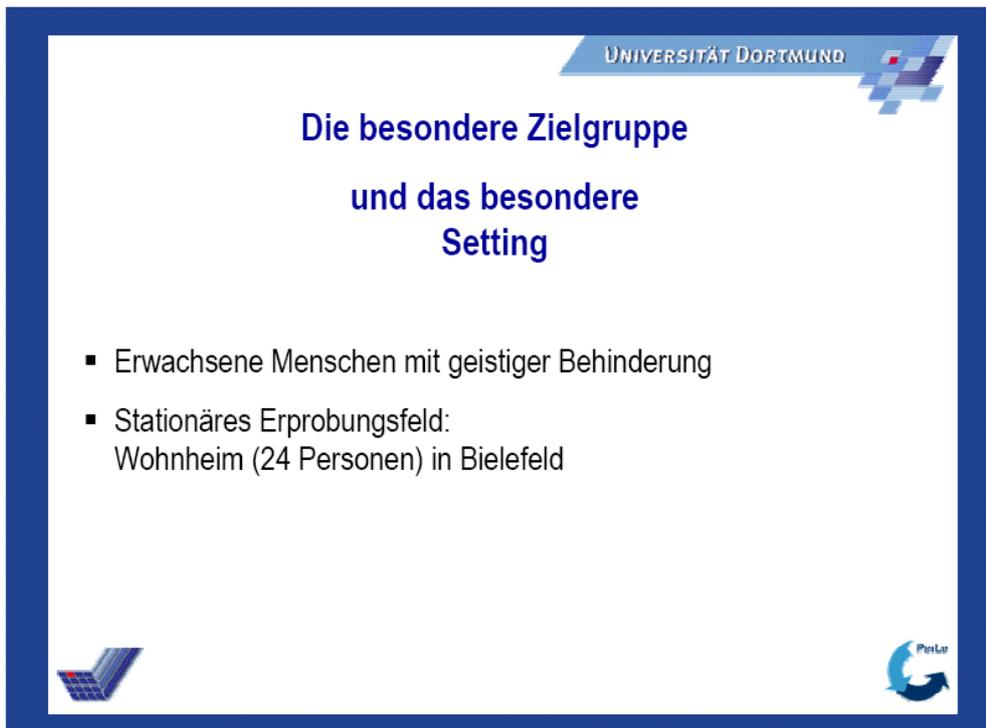
Das generelle Modell zur Bemessung eines Persönlichen Budgets war gefunden, in dem die Teilhabebereiche im Zusammenhang gesehen werden mit Bedarfen an personeller Unterstützung und Hilfsmitteln und Ressourcen auf individueller, sozialer und infrastruktureller Ebene.

Die erforderlichen Leistungen, die dann einer Budgetbemessung zugrunde liegen können, waren sozusagen die „Währungseinheiten“, die man nur noch identifizieren und dann in Geldwährung transferieren musste.

Soweit so gut – ein Jahr war verstrichen und wir hatten einen theoretisch begründbaren Plan.

Dass wir dann nicht aufgegeben haben, ist letztlich der Risikobereitschaft der Anbieter und der Leistungsträger zu verdanken, denn der folgende „Abstieg“ aus der theoretischen Ebene erinnerte bisweilen an den Beginn von Karl Mays „Durch die Wüste“, wo Kara Ben Nemsis mit Hadschi Halef Omar über den trügerischen Salzsee reitet und unversehens immer wieder einbricht: Es gab zahlreiche Untiefen und juristische Löcher, die wir bei dem Versuch identifizierten, konkret zu werden.

Also beschlossen wir – nicht umzukehren, sondern „es einfach zu tun“!



The slide is titled "Die besondere Zielgruppe und das besondere Setting" and is presented by the University of Dortmund. It lists the target group and the setting for the project.

UNIVERSITÄT DORTMUND

Die besondere Zielgruppe und das besondere Setting

- Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung
- Stationäres Erprobungsfeld:
Wohnheim (24 Personen) in Bielefeld

PerLe

Wir definierten eine „Modellregion“, nämlich eine Wohneinheit der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel und beschlossen, den dort lebenden Bewohnern anzubieten, ihr Leben mit einem Persönlichen Budget führen zu können. Dazu wurde zunächst der Boden bereitet

- in der Einrichtung bei den Mitarbeitern und
- bei den Bewohnern und ihren Angehörigen;
- viele Informations- und Aufklärungsveranstaltungen wurden angeboten und mit eigens erarbeitetem Material unterfüttert (z.B. einem Info-Blatt in einfacher Sprache dazu, was ein PB sei oder einem eigenen Lehrfilm).
- Weitere flankierende Maßnahmen reichten von Publikationen im „hauseigenen Organ“ bis zu Einzelgesprächen.

Am Schluss waren viele Bedenken ausgeräumt und aus der „Modellregion“ eine ausreichende Anzahl Interessierter gefunden.

Warum wählten wir diesen komplizierten Weg zu einer Zielgruppe: Menschen mit geistiger Behinderung, die derzeit in stationären Einrichtungen lebt?

Wussten Sie, dass von 202.000 erwachsenen Empfängern von Wohnhilfen in Form von Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen im Jahre 2002

- 162.000 Personen (ca. 80%) stationäre Hilfen in einem Wohnheim für behinderte Menschen erhielten und
- 40.000 (ca. 20%) ambulante Hilfen im Betreuten Wohnen? (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2003, 5).

Wir wollten, dass dieser Personenkreis nicht ausgeschlossen wird, wenn es gilt, Möglichkeiten und Grenzen der neuen Steuerungsform von Hilfen durch das Persönliche Budget auszuprobieren.

Durch die Einführung eines Persönlichen Budgets im stationären Wohnbereich, eine Modularisierung von stationären Leistungen und ihre Öffnung für alternative Dienstleister soll auf diesem Weg die erforderliche Strukturveränderung und Flexibilisierung des Hilfesystems angestoßen werden. Wenn Sie so wollen, keine verordnete Re-Organisation von Organisationen, sondern ein Wandel aus der gelebten und gestalteten Arbeit heraus.

Das deckt sich von den Zielen her mit der Landespolitik. Wie Sie wissen, ist in Nordrhein-Westfalen der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) neben dem Landschaftsverband Rheinland (LVR) einer der beiden regionalen Kommunalverbände. Waren die Landschaftsverbände als überörtliche Träger der Sozialhilfe bis zum 1. Juli 2003 lediglich zuständig für (teil-)stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, wurde ihnen nun auch per Landesverordnung die Zuständigkeit für das ambulant betreute Wohnen vom örtlichen Sozialhilfeträger übertragen (zunächst befristet für sieben Jahre). Durch diese Zuständigkeitsbündelung („Hochzonung“) wird das Ziel verfolgt, ambulante Angebote schneller als bisher flächendeckend auszubauen und damit individuell und flexibel auf den jeweiligen Bedarf reagieren zu können. Gleichzeitig soll durch die Stärkung und Erweiterung ambulanter Angebote eine Dämpfung des Kostenzuwachses im Bereich der Eingliederungshilfe erreicht werden.

Dass das Persönliche Budget in diesem Kontext von den Landschaftsverbänden als zielgleiches Steuerungsinstrument betrachtet wird, muss kein Geheimnis sein.

Natürlich ist unsere kleine „Modellregion“ mit 24 Plätzen unter den über 900 Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen mit insgesamt ca. 41.700 Wohnplätzen in NRW ein „kleiner Fisch“. Die Zielgruppe stimmt aber überein mit dem Schwerpunkt der stationär versorgten Personengruppe: ca. 70% (29.000 Plätze) der Plätze sind für Menschen mit geistiger bzw. mehrfacher Behinderung (Stand: 01.01.01; vgl. LVR & LWL 2001, 16).

Den 41.700 stationären Wohnplätzen (2,3 pro 1.000 Einwohner) stehen derzeit ca. 9.000 Plätze (0,5 pro 1.000 Einwohner) im ambulant betreuten Wohnen gegenüber, sodass sich eine Verteilung von 82 % (stationär) zu 18 % (ambulant) ergibt. Das entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt (vgl. LVR & LWL 2001, 17). Für Menschen mit geistiger Behinderung allerdings lässt sich bei ca. 30.000 Plätzen in Wohneinrichtungen und ca. 1.500 Personen im betreuten Wohnen eine Verteilung von 95% (stationär) zu 5% (ambulant) feststellen (vgl. Schädler 2002, 7). Die ambulante Betreuung stellt somit für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung bislang quantitativ eine absolute Randerscheinung dar – PerLe setzt also so an, wie die Wirklichkeit sich darstellt.

Lassen Sie uns nun etwas genauer auf die Zielregion des „Modellversuchs“ schauen:

Der Stiftungsbereich Behindertenhilfe der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel (vBA Bethel) ist einer der größten Einrichtungsträger in Westfalen-Lippe mit 1.266 stationären Wohnplätzen (Heime, Wohngruppen und Einzelwohnen) an den Standorten Stadt Bielefeld, Kreis Herford und Kreis Gütersloh. Dass wir es mit einer klassischen Komplexeinrichtung zu tun haben, belegen Zahlen und Strukturen: Zusätzlich hält der Träger noch wohnbezogene Angebote im ambulant betreuten Wohnen (zurzeit für 265 Personen mit Behinderungen), stationäre Behandlungs- und Betreuungsangebote in Fachkrankenhäusern (405 Plätze), Familienentlastende Dienste, Frühförderung, Arbeitsplätze in Werkstätten für behinderte

Menschen und in Regiebetrieben, tagesstrukturierende Angebote (außerhalb der WfbM), Betreuungsangebote für Senioren („Tagesförderverbund 60 Plus“), diverse therapeutische Dienste sowie Freizeit- und Kulturangebote vor. Allein in Bielefeld betreibt Bethel 40 Wohn- einrichtungen für behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene, von denen eine nun „Mo- dellregion“ ist.

Trotz dieser historisch gewachsenen quantitativen Dominanz der v. Bodelschwingschen Anstalten hat sich in Bielefeld und Umgebung ein relativ heterogenes Angebot an Unterstüt- zungsleistungen für Menschen mit Behinderungen entwickelt. Im stationären Wohnbereich treten neben den vBA Bethel die Evangelischen Heime Ummeln (155 Plätze), fünf Wohn- heime der Lebenshilfe Wohnstätten gGmbH in Bielefeld (insgesamt 105 Plätze) und zwei Wohnhäuser der Margarete-Wehling-Stiftung (13 Plätze) als Einrichtungsträger auf. Zudem finden sich diverse Anbieter ambulanter Unterstützungsleistungen:

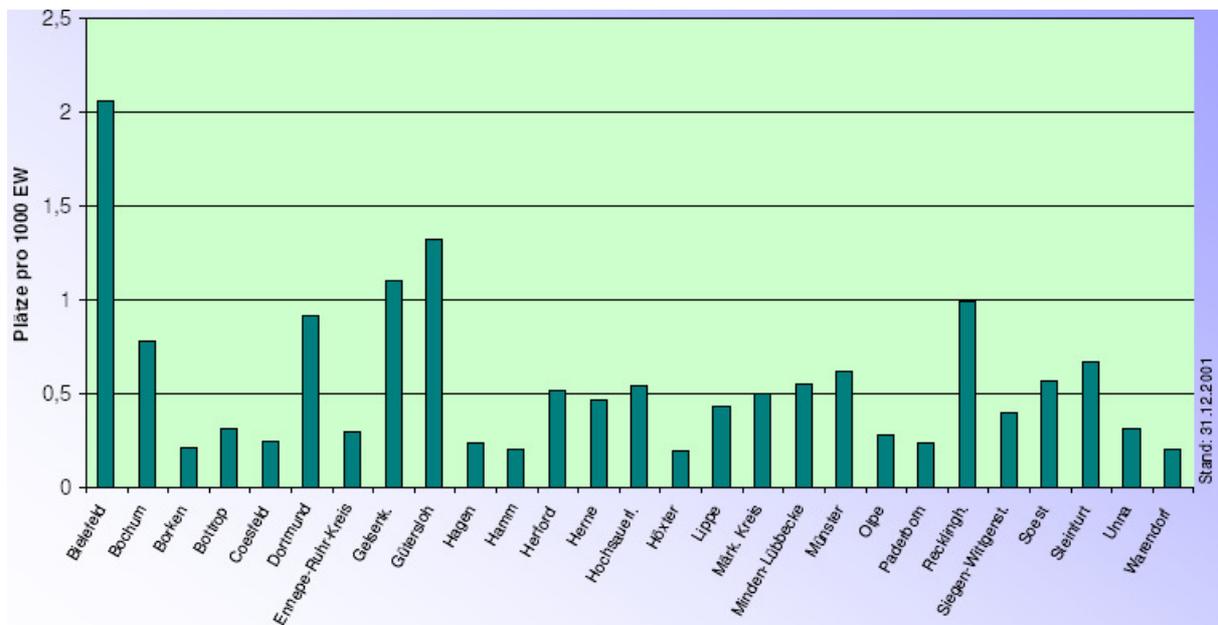
- Alt und Jung e.V.
- Ambulanter Betreuungsdienst Bethel
- Ambulanter Dienst Betreutes Wohnen (ADBW) Brackwede (Träger: vBA Bethel)
- Ambulante Wohnbetreuung der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.
- Familienunterstützender Dienst der Lebenshilfe Bielefeld
- Familienunterstützender Dienst Bielefeld/Gütersloh
- Frida – Familienunterstützender regionaler Integrationsdienst für Menschen mit Autismus
- Gemeinsam Wohnen in Bielefeld e.V.
- Ambulante Behindertenhilfe der Gesellschaft für Sozialarbeit
- Mobile Hilfen für Behinderte, Alte und ihre Familien (mofa e.V.)
- Neue Schmiede (Träger: vBA Bethel)
- Reiseschmiede (Träger: vBA Bethel)
- weitere mobile soziale Dienste und Sozialstationen der Arbeiterwohlfahrt, des Deutschen Roten Kreuzes, des Arbeiter-Samariter-Bundes und des Caritas-Verbandes
- private kommerzielle Pflegedienste.

Die meisten dieser Dienstleister offerieren Unterstützung und Hilfe in allen Bereichen des alltäglichen Lebens. Auffällig ist auch, dass einige Anbieter bereits zielgruppenübergreifend arbeiten und sowohl im Bereich der Behindertenhilfe, als auch der Jugend- und Altenhilfe tätig sind. Neben den aufgeführten ambulanten Hilfen existieren noch diverse Beratungsstel- len der Stadt, von Vereinen und Selbsthilfegruppen.

Damit wird deutlich, dass sich in der Region Bielefeld viele infrastrukturelle Merkmale verein- en, die in besonderer Weise zur Leistungserbringung im Rahmen eines Persönlichen Bud- gets geeignet sind. Dies ist allerdings nicht repräsentativ für Gesamt-Nordrhein-Westfalen: Im Landesvergleich liegt die Gesamtzahl der Plätze im ambulant betreuten Wohnen pro 1.000 Einwohner in Bielefeld deutlich höher als in allen anderen Städten und Kreisen, spe- ziell in Westfalen-Lippe.

Für unseren Modellversuch ist es aber auf jeden Fall ein förderliches Umfeld.

Trotzdem ist das regionale Angebotsspektrum auch in Bielefeld insgesamt immer noch stati- onär geprägt; aus dieser Ausgangslage heraus sollten nun mit dem Mittel des Persönlichen Budgets folgende Ziele angestrebt werden:



Plätze im ambulant Betreuten Wohnen in Westfalen-Lippe pro 1.000 Einwohner (LVR o.J., 19 ff.)

UNIVERSITÄT DORTMUND

Zielsetzung

- Förderung und Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner
- Schaffung und Erweiterung von Entscheidungsspielräumen bei der Auswahl von Unterstützungsleistungen (was, wer, wann?)
- Entdeckung, Stärkung und Nutzung von persönlichen, sozialen und ökologischen Ressourcen
- Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten sowie informellen Hilfen




Diese Ziele wollten wir – das war ein Ergebnis des Beratungsprozesses – zunächst aber unter Beibehaltung der Lebensform Wohnen in einer stationären Einrichtung anstreben, weil

- hier die sichere Plattform gewährleistet schien, von der aus man sich im Individualtourismus üben konnte,
- weil es unrealistisch ist, zu meinen, dass Menschen, die immer im „All-inclusive“ Wohnen versorgt waren, gibt man ihnen nur Geld in die Hand, ihr Leben selbst gestalten könnten und
- weil die „Rückkehrgarantie“ leichter fällt und die schrittweise Selbststeuerung der Bewohner die Organisationsabläufe zwar erschüttert, aber nicht zum Einstürzen bringt.

Auch hier fand sich wieder eine pragmatische Lösung, indem Sachleistungsfelder und Geldleistungsfelder wie in folgender Abbildung definiert wurden:

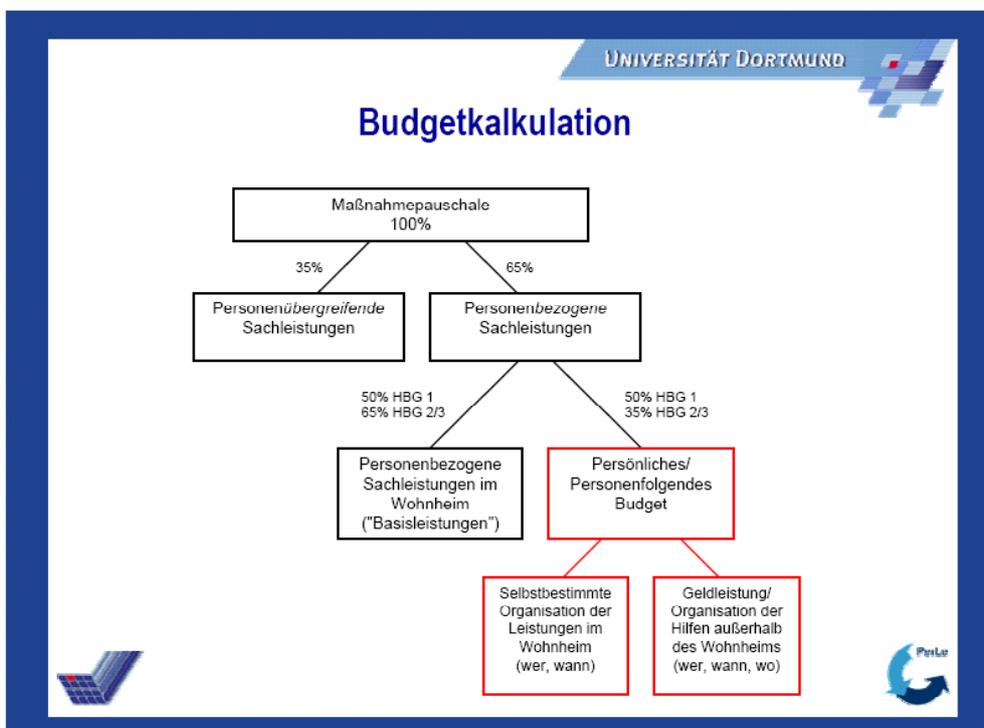
UNIVERSITÄT DORTMUND

Sachleistungen und Geldleistungen

Differenzierung der benötigten und gewünschten Leistungen
Schrittweise Steuerung auf sicherer Basis

Sachleistung im Wohnheim (Basisleistungen)	Geldleistung (Persönliches Budget)
Überlassung und Nutzung von Wohnraum	Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte
Individuelle Basisversorgung	Teilnahme an Bildungsangeboten
Gesundheitsförderung	Teilnahme an kulturellen Angeboten
Unterstützung bei der Haushaltsführung	Mobilität
Förderung lebenspraktischer und sozialer Kompetenzen	Freizeit/ Erholung
Tagesstrukturierung im Wohnbereich	Psychosoziale Unterstützung
	u.a.
	Geld für Sachkosten
	Verpflegungsgeld
	Kleidungsgeld

Schwieriger wurde der Schritt der Kalkulation der Leistungen im Segment „Geldleistungen“. Denn selbst mit Kosten-Leistungsrechnung vertraute Einrichtungen wie unser Kooperationspartner wissen nicht auf einzelne Person bezogen, welche Preise hinter welchen Leistungen stehen. Also wählten wir den Weg der „Ableitung“, deren Resultat nun zu erproben ist:



Nach Abzug eines „Overhead“ für alle Belange der Organisation folgt ein gestuftes Verfahren, das im Wesentlichen in der Abbildung im rot umrandeten Bereiche abgelesen werden kann: Dies ist das nach einem „gestuften Bemessungsverfahren“ als Budgetbereich identifiziert Leistungsfeld.

Trotz dieser mehrfachen „Filter“ ergeben sich zur Unterstützung nennenswerte Geldbeträge, wie Sie folgender Budgetberechnung entnehmen können:

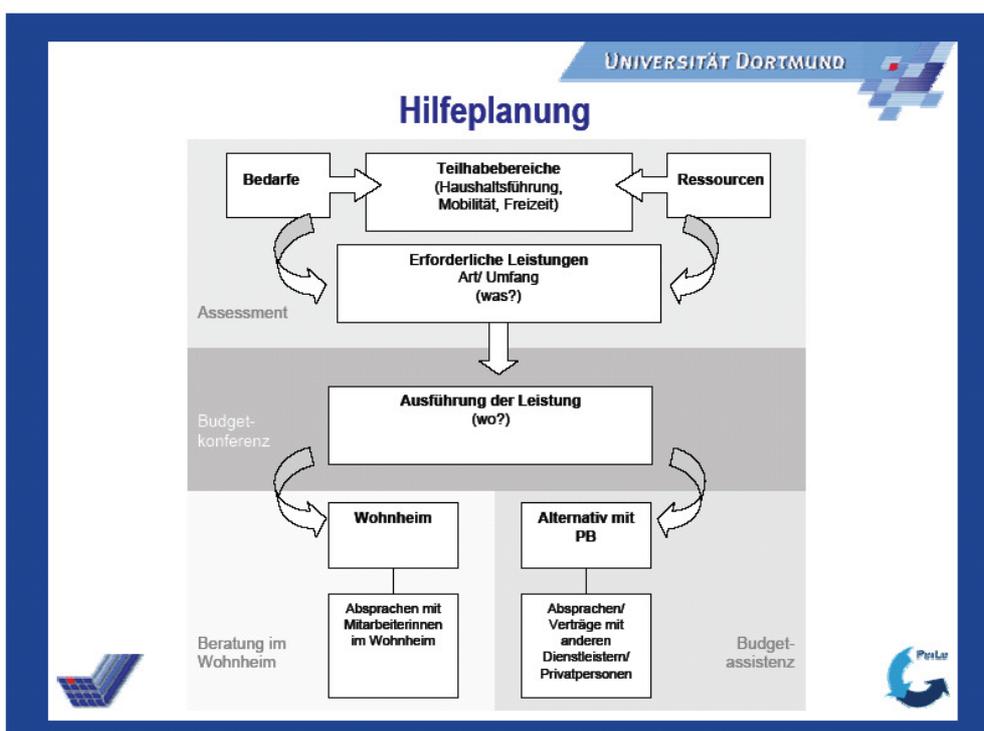
UNIVERSITÄT DORTMUND 

Budgethöhe

		Leistungstyp/ Hilfebedarfsgruppe					
		LT 9/1	LT 9/2	LT 9/3	LT 10/1 u. 12/1	LT 10/2 u. 12/2	LT 10/3 u. 12/3
Maßnahme-pauschale pro Tag in €	Maßnahme-pauschale gesamt	45	52	64	72	88	118
	65% (personenbezogene Sachleistungen)	29,25	33,80	41,60	46,80	57,20	76,70
	50% (HBG 1) (personenfolgendes, persönliches Budget)	14,63			23,40		
	35% (HBG 2/3) (persönliches, personenfolgendes Budget)		11,83	14,56		20,02	26,85
Persönliches Budget pro Woche in €		102,70	83,04	102,02	164,25	140,53	188,47
Persönliches Budget pro Monat in €		441,57	357,06	439,46	706,28	604,26	810,41

Dass diese in der Tabelle nachlesbaren Budget-Summen nicht zu viel Geld bedeuten, weiß, wer sich nicht nur mit Sachleistungen, sondern auch mit den dahinter stehenden Kosten befasst (beispielsweise im Bereich Mobilität oder Kommunikationshilfe).

Welche umsetzungsbezogenen Verfahren liegen hinter dieser „verfügbaren Summe“? Erinnern Sie sich an unsere theoretische Grundlegung und Sie erkennen wieder, wie sich Entscheidungswege zu Leistungen in der Einrichtung und außerhalb gestalten können.



Damit sich bei diesen Entscheidungen das Wohnheim nicht automatisch dominant einbringt, wurde neben den Modellversuch eine eigens dafür gewonnene externe Budgetassistenz gestellt, die auf Wunsch beraten, informieren und vermitteln soll.

UNIVERSITÄT DORTMUND

Budgetassistenz

Unterstützte Budgetfähigkeit

Unabhängige Information und Beratung/ Budgetassistenz:
Café 3b
„Integrative Beratungs- und Begegnungsstätte für Menschen mit
Behinderung e.V. Bielefeld“
http://www.akbm.de/cafe3b_wirueberuns.htm



Im Einzelnen kann sie folgende Aufgaben erbringen:

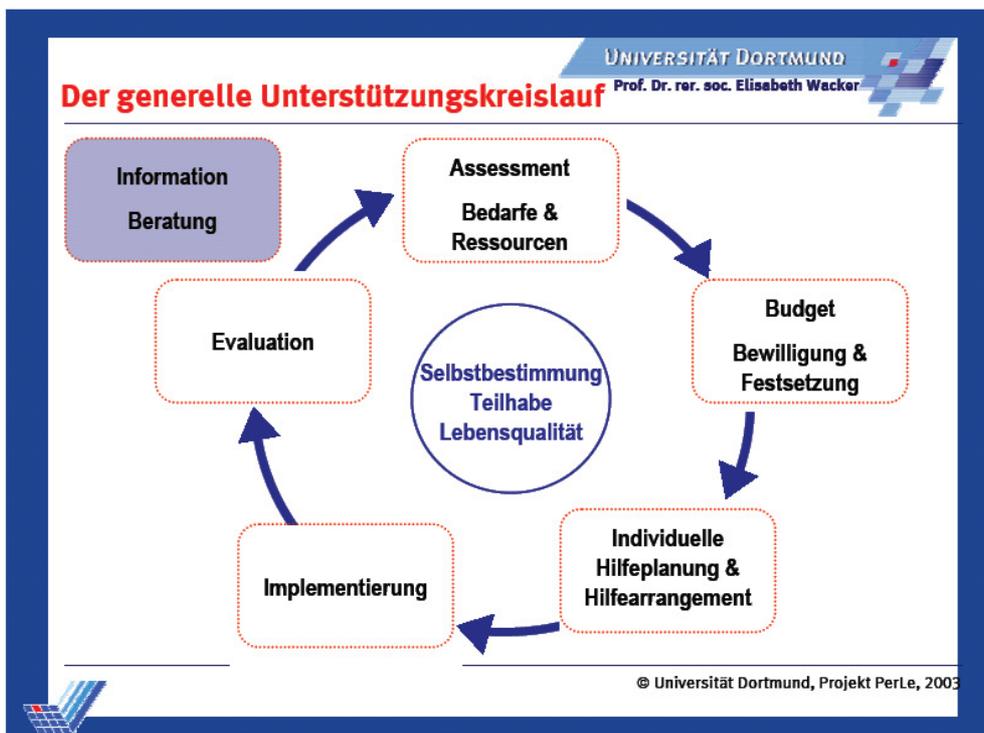
UNIVERSITÄT DORTMUND

Aufgaben der Budgetassistenz

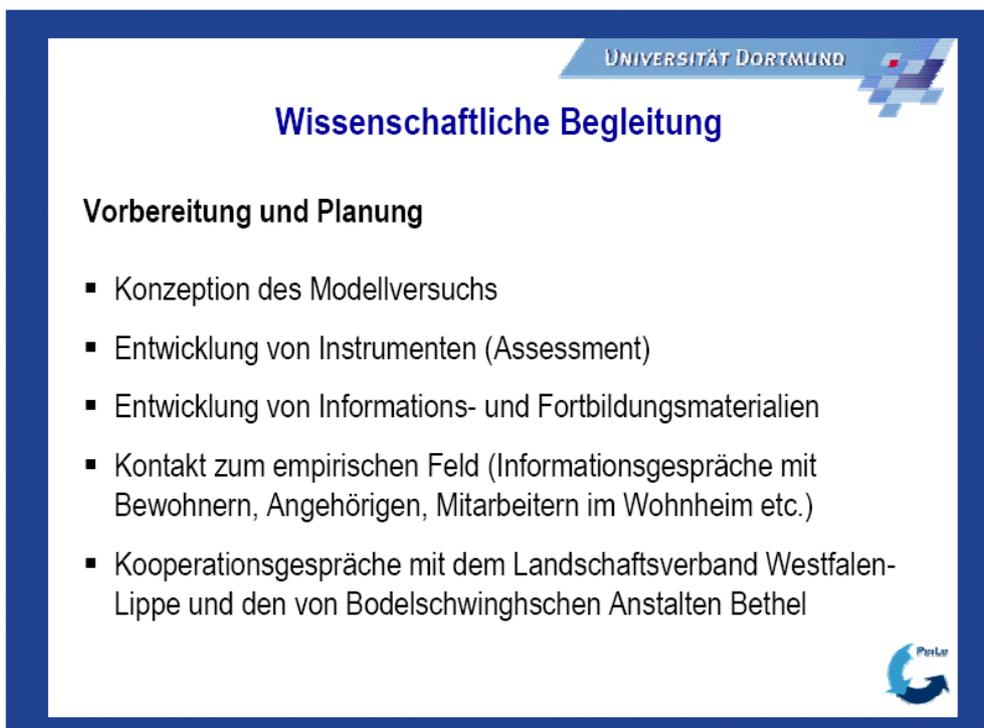
- Beratung im Vorfeld (Entscheidungshilfen, Möglichkeiten und Risiken eines Persönlichen Budgets)
- Rechtliche Beratung
- Information und Beratung über Angebote in Bielefeld
- Unterstützung bei der Inanspruchnahme Professioneller Dienste (Assistenz bei der Kundenrolle)
- Unterstützung bei der Eigenorganisation von Assistenz (Nachbarn, Familie oder andere Privatpersonen)
- Beratung und Unterstützung beim Abschließen und Kündigen von Verträgen



Damit nimmt in dem generellen „Unterstützungskreislauf“ besonders in der Phase der Individuellen Hilfeplanung und der Implementierung die externe Beratung eine wichtige Rolle ein, die derzeit so vermutlich von den Gesetzlichen Servicestellen so (noch?) nicht wahrgenommen werden kann.



Lassen Sie mich hier einen kurzen Exkurs in eigener Sache einbringen, bevor ich zu erwarteten und bereits erkennbaren Ergebnissen komme:
Was eigentlich machte die Wissenschaftliche Begleitung in diesem Verfahren vor Ort?



Über die Elemente der Planungsphase habe ich bereits berichtet.
Dann kam die erste Realisierungsstufe, die Implementation:

UNIVERSITÄT DORTMUND 

Wissenschaftliche Begleitung

Implementation

- Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Assessmentgespräche
- Teilnahme an Hilfeplangesprächen
- Kooperation mit der Budgetassistenz



Begleitend zur Verankerung in der Einrichtung wurde der Ist-Stand erfasst, wenn Sie so wollen die Ausgangsbasis, bevor man mit dem Experimentieren begann.

UNIVERSITÄT DORTMUND 

Wissenschaftliche Begleitung

Evaluation

- Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohnern
- Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Dokumentation von Einrichtungsstrukturen (Finanzierung, Organisation, Personalplanung etc.)
- Dokumentation der regionalen Angebotsstruktur



Und schließlich musste man definieren, was denn eigentlich erwartet wurde, das heißt, was eigentlich beobachtet werden sollte, mit welchen Fragen man an die Sache herangehen wollte. Dies ist für eine wissenschaftliche Begleitung der wichtige Schritt, in dem man die Karten auf den Tisch legt:



Ergebnis und Wirkung

Mögliche Ergebnisse

- Werden neue Teilhaberäume erschlossen?
- Werden Ressourcen bedarfs- und bedürfnisorientierter eingesetzt?
- Wie viel Assistenz ist nötig?
- Welche neuen Anbieter kommen ins Spiel?
- Ändert sich der Markt?
- Eignet sich das Modellverfahren für den richtigen Budgetzuschnitt?



Neben erwarteten Ergebnissen standen Vermutungen zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Lebensveränderung, die durch die „Wirkmacht mit Geld“ möglich wird.



Ergebnis und Wirkung

Mögliche Wirkungen

- Bleiben Nutzer im gestuften Budget-Verfahren?
- Verlassen sie die Einrichtung?
- Wählen sie wieder das Sachleistungsprinzip?
- Eignen sich die entwickelten Informationsmaterialien und –strategien für die breite Umsetzung?



UNIVERSITÄT DORTMUND 

Ergebnis und Wirkung

Mögliche Wirkungen

- Entstehen neue Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Unterstützung?
- Ergeben sich mittelfristig Möglichkeiten, den wachsenden Bedarf stationärer Hilfen zu beeinflussen?
- Mit welchem finanziellen Einsatz muss gerechnet werden?
- Wie ändern sich stationäre Organisationen bei neuer Steuerung des Mitteleinsatzes?

Und noch eine weitere Überlegung musste dem Startschuss vorgeschaltet werden. Nämlich die Frage, mit welchen Kontexten man welche Reaktionen bei der Einführung eines Budgets erwarten kann. Hier war es hilfreich, über den deutschen Tellerrand zu unseren budgeterfahreneren Nachbarn zu blicken:

UNIVERSITÄT DORTMUND 

Konzeptionelle Grundlegung und konkrete Ausgestaltungsformen eines Persönlichen Budgets

Förderliche und hinderliche Bedingungen für die Einführung und Umsetzung im internationalen Kontext

 Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität (PerLe) 
Modul B, Universität Dortmund

Wir lernten folgendes:

Eine Stagnation oder gar ein Einbruch der Entwicklung zum Budget sind nicht zu erwarten. Es setzt sich als neues Steuerungsinstrument so unaufhaltsam durch, wie wir die Schwelle vom alten ins neue Jahrtausend genommen haben.

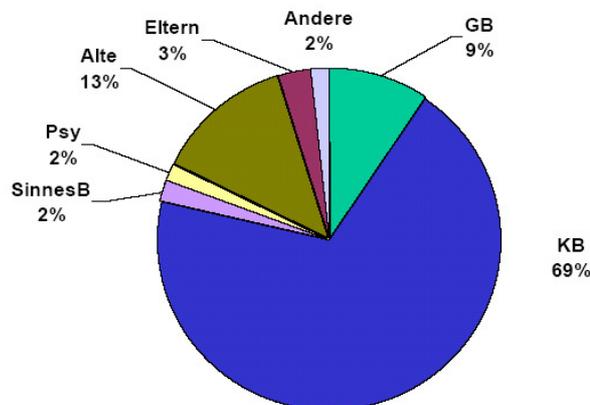
Budgetentwicklung international

Die Anzahl der Budgetnehmer/innen steigt insgesamt langsam, aber stetig:

<u>Niederlande:</u>	Ende 2001	36.000 BN
	Ende 2002	48.000 BN
<u>Großbritannien:</u>	Ende 2000	5.000 BN
	Ende 2002	9.600 BN
<u>Schweden:</u>	2003	11.000 BN

Allerdings sind die Nutznießer dieses Trends vor allem Menschen mit Körperbehinderung, wie Zahlen aus Großbritannien belegen.

Budgetnehmer Großbritannien nach Behinderungsart



Wenn man sich Leistungen wählen kann, wird dennoch vorrangig auf öffentliche Dienste zugegriffen, die in Schweden, unserem Referenzland, in etwa dem Angebotsspektrum der Wohlfahrtspflege entsprechen. An besorgte Leistungsanbieter kann also die Botschaft gehen, die Arbeit geht Ihnen bestimmt nicht aus, wenn sie die passenden Angebote machen. Sie wird nur anders.



Wirkungen des Persönlichen Budgets

- **„Choice and Control“**
 - Entscheidungsspielräume
 - Kontrolle über Unterstützungsleistungen und über das eigene Leben
 - Zugewinn an Kompetenzen, Selbstwert und Selbstvertrauen
 - Steigerung von Lebensqualität

Und als Wirkungen lässt sich auf dem internationalen Parkett tatsächlich beobachten, was wir in unseren theoretischen Vorüberlegungen auch als Erwartungen definiert haben.



Wirkungen des Persönlichen Budgets

- **Effektivität und Effizienz**
 - Leistungen werden häufig schneller, in passender Qualität und kostengünstiger arrangiert als über vergleichbare Sachleistungen
 - Individuelle Unterstützungsarrangements führen zu einer Ausweitung sozialer Aktivitäten
 - Individuelle Unterstützungsarrangements unterstützen die Verwirklichung individueller Lebensstile

Aber auch Hindernisse sind bereits identifiziert:

UNIVERSITÄT DORTMUND

Hinderliche Bedingungen

- Schwierigkeiten, Persönliche Assistenten zu rekrutieren
- Budgetmanagement und administrative Aufgaben
- Anforderungen an Arbeitgeberrolle (Personalverantwortung)
- Bürokratische Hürden

Förderliche Bedingungen, werden ebenso deutlich:

UNIVERSITÄT DORTMUND

Förderliche Bedingungen

- Differenzierte und verlässliche Angebotsstruktur
- Verfügbarkeit unabhängiger Unterstützung/ Beratung
- Starke und präsente Selbsthilfebewegung
- Motivation und Einstellung der Dienstleister (Zutrauen)
- Spielraum bei der Verwendung der Budgets

Und damit bin ich wieder zu Hause angekommen, an der Schwelle zur Umsetzung des Modellversuchs.

UNIVERSITÄT DORTMUND



**Modellversuch zur Einführung
eines Persönlichen Budgets**

im Rahmen des Projekts PerLe, Modul B (Universität Dortmund)
in Kooperation mit

v. Bodenschwingsche Anstalten Bethel Landschaftsverband Westfalen-Lippe



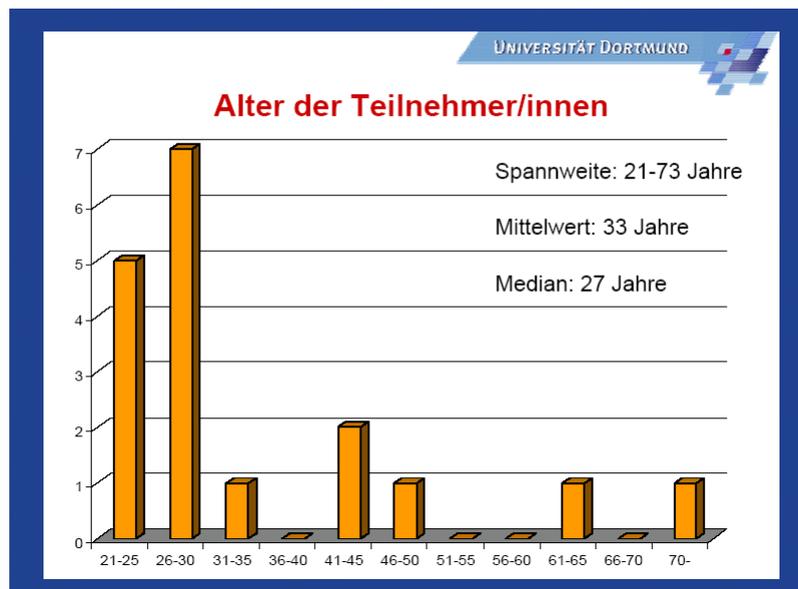
Sie erinnern sich, es geht um eine „Modellregion“ mit 24 Bewohnern:

UNIVERSITÄT DORTMUND

Teilnehmer/innen

- Erwachsene Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung
- Stationäres Erprobungsfeld: Wohnheim in Bielefeld
- 18 Personen (6 weiblich, 12 männlich)

Dem Teilnahmeangebot folgten insgesamt 18 Personen, das ist eine Resonanz von 75 %, auch wenn man bei so kleinen Gruppen die Aussagekraft nicht überstrapazieren sollte.



Das durchschnittliche Teilnehmeralter liegt etwa 10 Jahre unter dem aktuellen Wert im stationären Bereich, aber es findet sich eine weite Altersspanne.

		Hilfebedarfsgruppe			Gesamt
		1	2	3	
Leistungstyp	9	1	9	0	10
	10	3	0	0	3
	12	2	3	0	5
Gesamt		6	12	0	18

Anzahl der TeilnehmerInnen pro Leistungstyp (LT) und Hilfebedarfsgruppe (HBG)

Die Umstellung vom pauschalen Pflegesatz auf differenzierte Entgelte gemäß der §§ 93 ff BSHG für die Wohnrichtungen der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel erfolgte erst kurz nach Beginn des Modellversuchs (01.09.03). Differenziert finden sich die Teilnehmer in den Hilfebedarfsgruppen 1 und 2.

UNIVERSITÄT DORTMUND

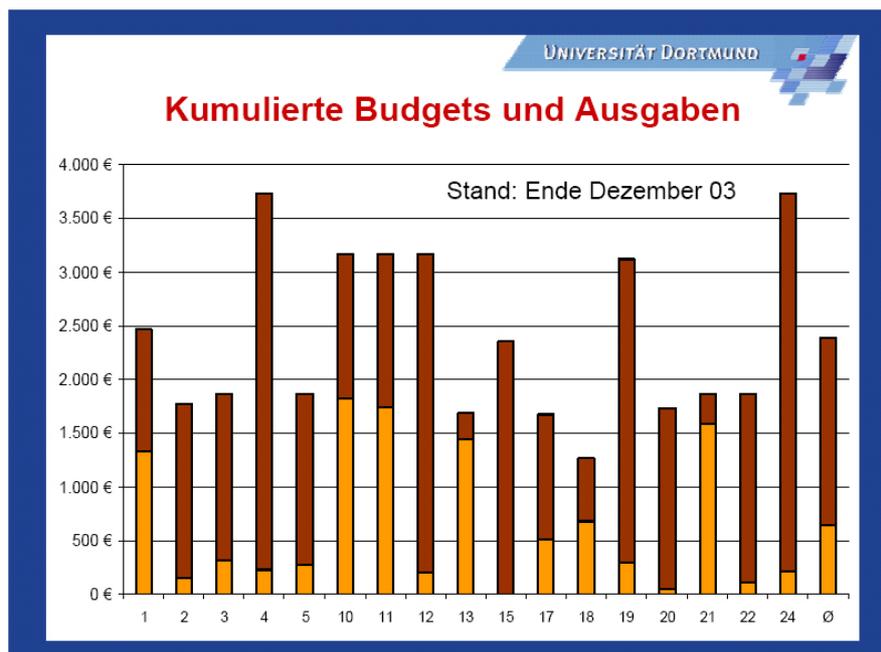
Erste Erfahrungen

- Die Budgets werden in der Anfangsphase des Modellversuchs zögerlich in Anspruch genommen.
- Die Gelder fließen bei den einzelnen Budgetnehmern sehr unterschiedlich ab.
- Die Budgetinanspruchnahme ist unabhängig vom Ausmaß des Unterstützungsbedarfs und von der Höhe des Budgets.

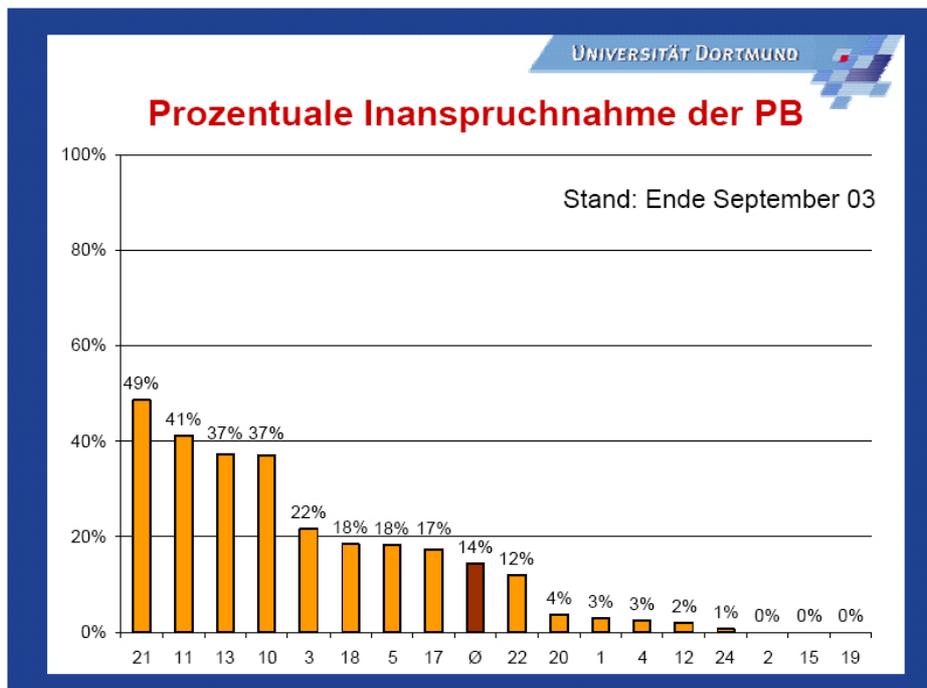
Nun – zum Abschluss – lassen Sie mich doch ein paar erste Eindrücke aus der Modellerprobungsphase wiedergeben, die aber mit dem Vorbehalt versehen sind, dass sie nicht generell den Umgang mit dem Persönlichen Budget charakterisieren, aber vielleicht Hinweise auf die Anfangsphase geben.

Menschen sind verschieden, auch wenn sie alle – wie in unserem Fall – als geistig behindert gelten und gemeinsam „untergebracht“ sind. Entsprechend fließen Ihnen auch unterschiedliche Ressourcen zu, nach Bedarfen und Bedürfnissen variiert.

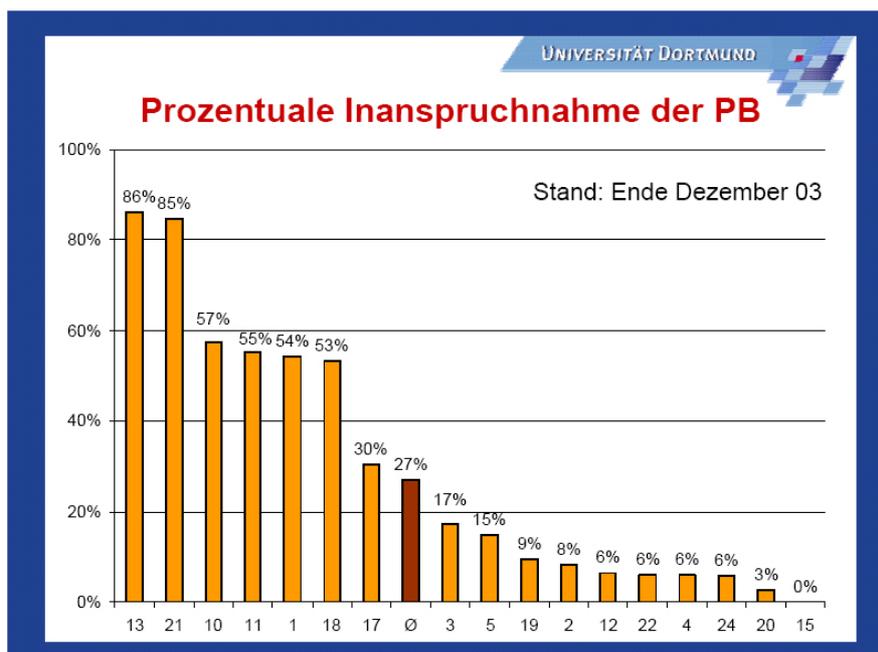
Sie sehen dies, z.B. im Vergleich der Person ID 4 oder ID 24 mit der Person ID 18. Zum Jahresabschluss war niemand „in den Miesen“, wie Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen können. Die hellen Felder sind die Ausgaben, die dunklen die Rücklagen. Vergleichen Sie Budgetnehmer ID 20 und ID 21, sehen Sie, dass bei etwa gleicher Budgethöhe einmal ein nennenswerter Mittelabfluss erfolgt, ein andermal nicht.



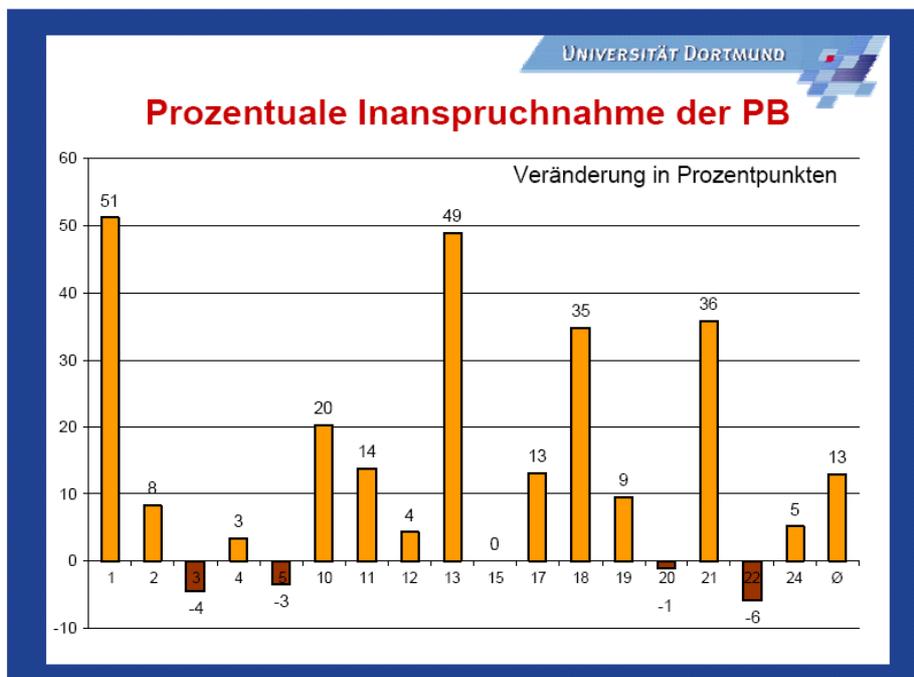
Mit aller Vorsicht bei den ersten Erfahrungen und nur zwei Messpunkten zeigt sich ein Anstieg der Inanspruchnahme, d.h. der Einsatz der Mittel und die Steuerung der eigenen Unterstützung laufen an. Wie erwartet ist also bei der Umlenkung von Geldmitteln der Wohneinrichtung zu den Nutzern eine längere Umstellungs- und Adaptationszeit nötig. Bis diese Gelder von den Budgetnehmern für den „Einkauf“ von Unterstützungsleistungen eingesetzt wird, müssen viele Schwellen überwunden und Erfahrungen gemacht werden. Die deutliche bis moderate Steigerung der Ausgabenquote bei der Mehrzahl der Budgetnehmer/innen weist aber darauf, dass die Budgetnehmer/innen mit beratender Unterstützung zunehmend die Steuerung der gewünschten Unterstützung übernehmen und Ideen entwickeln, wofür sie ihr Geld einsetzen wollen, z.B.: Information und Begleitung beim Einkaufsbummel, Begleitung ins Fußballstadion, Assistenz beim Kinobesuch und zur Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen.



Unser Messpunkt am Anfang war September, der nächste Dezember 2003. Die beiden Messpunkte im Vergleich belegen eine tendenziell steigende Inanspruchnahme.



Im Durchschnitt werden knapp 30 % der verfügbaren Mittel in Anspruch genommen, personenbezogen betrachtet reicht allerdings die Spannweite von 86 bis 0 %.



Im Verlauf betrachtet intensivieren die meisten Nutzer ihren Mitteleinsatz, einzelne hingegen fahren ihn zurück. Dahinter stehen allerdings – wie wir im Gespräch erfahren konnten – ganz unterschiedliche Beweggründe vom Sparen bis zum vorweihnachtlichen Zeitmangel, der am Geld Ausgeben hinderte.

Lassen Sie mich noch ein paar Eindrücke berichten, die wir bereits gewinnen konnten:

UNIVERSITÄT DORTMUND

Erste Erfahrungen

Perspektive der Mitarbeiter/innen im Wohnheim:

- Chance einer stärkeren Individualisierung der Unterstützung
- Wunsch nach Entwicklung bedürfnisgerechter Angebote und Ausweitung der budgetfähigen Leistungen
- Skepsis hinsichtlich des Umgangs mit Geld und zweckmäßigen Einsatz der Budgets
- Rollenkonflikt: zwischen Leistungsanbieter und Beratungsperson

Wir haben die Mitarbeiter gefragt, welche Eindrücke sie unter der neuen Lebenssteuerung haben.



Erste Erfahrungen

- Alternative Anbieter äußern Interesse, haben im Einzelfall aber Schwierigkeiten, um nachfrageorientierte Leistungsangebote formulieren zu können.
- Die Budgetnehmer müssen Vertrauen zu externen Diensten / Unterstützern aufbauen.
- Die Budgetassistenten wird bislang kaum in Anspruch genommen.
- Das Persönliche Budget wird vornehmlich für die Leistungserbringung durch die Mitarbeiter/innen des Wohnheims eingesetzt.

Das Verhalten gegenüber Anbietern erweist sich derzeit als konservativ-zurückhaltend. Damit bleiben die Ressourcen vorrangig im Hause, werden allerdings anders als im bisherigen Gruppengeschehen eingesetzt. D.h. der Alltag verändert sich, nicht aber die unterstützenden Personen.



Entwicklungsbedarf

- Ansprache und Integration externer Anbieter
- Erschließung informeller Unterstützungspotentiale
- Ausweitung budgetfähiger Leistungen
- Bildung der Bewohner/innen und Emanzipation
- Systematische Hilfe- und Budgetplanung
- Zurücknahme von Kontrolle

Hier sehen wir Entwicklungsbedarf.

Ich möchte mit einem Bild aus dem Fußball enden, denn nicht nur weil die Arminia aufgestiegen ist, hat er einen festen Sitz im Leben der Budgetnehmer und ihres Umfeldes.

Erfolgreich beim Ballsport ist, wer rechtzeitig am Ball ist.

Noch erfolgreicher ist aber der, der weiß, wo der Ball hingespielt wird.

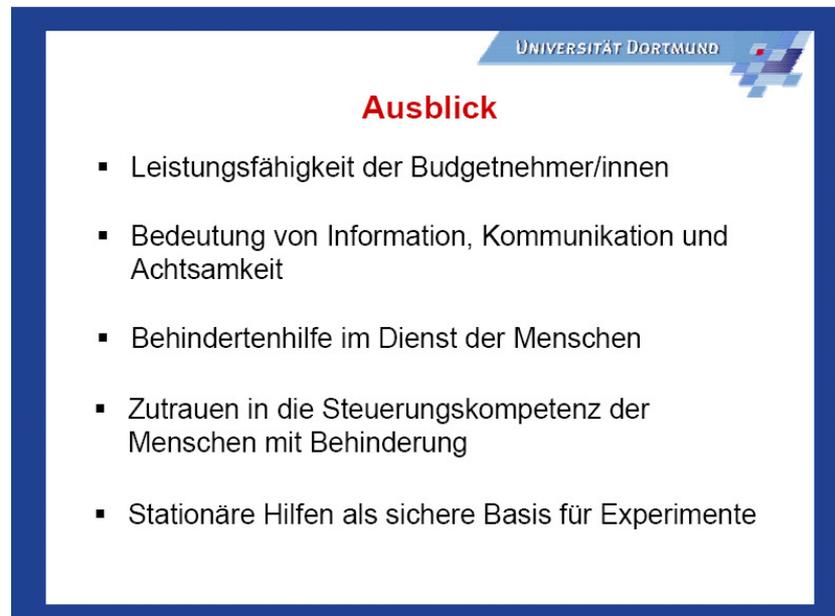
Das scheint mir mit dem PerLe Projekt gelungen zu sein. Weil sich Risikobereitschaft, unkonventionelles Vorgehen und Westfälische Beharrlichkeit gefunden haben, kann ich heute hier schon von diesem Modellversuch berichten, den es – folgte man den zahllosen Bedenkenträgern – nicht geben dürfte und könnte.

Wenn nun jemand einwenden wollte, das wäre aber auch kein „richtiger Modellversuch“ mit einem persönlichen Budget, weil er mehrfach abgesichert ist und schließlich stationär flankiert gewohnt wird, dann möchte ich dem entgegenhalten:

Ein Anfang ist gemacht! Es geht um individuelle Hilfen und darum, die richtigen Wirkungen, nämlich Selbstbestimmung und Teilhabe zu erreichen.

Auf diesem Weg ist PerLe!

Und wir lernen täglich dazu:



UNIVERSITÄT DORTMUND

Ausblick

- Leistungsfähigkeit der Budgetnehmer/innen
- Bedeutung von Information, Kommunikation und Achtsamkeit
- Behindertenhilfe im Dienst der Menschen
- Zutrauen in die Steuerungskompetenz der Menschen mit Behinderung
- Stationäre Hilfen als sichere Basis für Experimente

Wir lernen etwas über die Kompetenzen und Potentiale auch der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Bereichen und über die neuen Rollen, in denen sich Behindertenhilfe in der Zukunft wird einrichten müssen, wenn sie den Dienst am Menschen ernst meint.

Wer eine sichere Basis hat, eine gute Landkarte oder einen guten Scout und die richtigen Ressourcen im Rucksack, kann sich auch auf experimentelle Reisen in unbekanntes Gelände begeben, ohne sich existenziell zu gefährden. Dies könnte die Hilfe sein, die – zumindest für eine Lebensphase des Übergangs – die Menschen brauchen, die nach unserem Modell ein Budget erhalten.

Deswegen werbe ich für PerLe und den Exempla trahunt!



Ausblick

Perspektivenwechsel in der Behindertenhilfe und Lebensqualität durch Teilhabe

Das Persönliche Budget als Chance für eine selbstbestimmte
Lebensführung und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
für Menschen mit geistiger Behinderung

Dass dies im Moment nicht alle Verbände oder Anbieter gleichermaßen sehen – wird sich - davon bin ich überzeugt – nach einer Zeit mühsamen Wandels ändern. Im Dienste der Menschen mit Behinderung!

Literatur:

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2003): Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Menschen mit Behinderungen – Der Bundesgesetzgeber muss tätig werden! Empfehlungen und Stellungnahmen. In: NDV, April.
- LVR & LWL (2001): Eingliederungshilfe heute. Entwicklung und Perspektiven. Eine Information der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe.
- Schädler, Johannes (2002): Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe unter Bedingungen institutioneller Beharrlichkeit. Strukturelle Voraussetzungen der Implementation Offener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Dissertation. Universität Siegen.

<p>EBERHARD KARLS UNIVERSITÄT TÜBINGEN</p> 	<p>Z.I.E.L. - Forschungsstelle Lebenswelten behinderteter Menschen, Tübingen</p> <p>Fakultät für Sonderpädagogik in Reutlingen</p>	<p>PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE LUDWIGSBURG</p> 
--	--	--

PD Dr. Jörg Michael Kastl:

Persönliche Budgets auf der Grundlage des SGB IX

– erste Praxiserfahrungen in Baden-Württemberg

Einleitung: König W. und die Verfinsterung des Lichts

明夷 36. MING I DIE VERFINSTERUNG DES LICHTS

 Kernzeichen:  *Dschen* und  *Kan*

Vielleicht kennen manche von Ihnen dieses Zeichen – es handelt sich dabei um eines der insgesamt 64 Orakelzeichen, die sich in einem der klassischen Bücher des alten Chinas finden, dem berühmten „I Ging“.

Ich bin zum ersten Mal mit ihnen konfrontiert worden anlässlich eines Interviews in der Wohnung eines Budgetnehmers mit einer chronischen Schizophrenie im Rahmen meiner Tätigkeit als Begleitforscher im Modellprojekt in Baden-Württemberg. Alle Wände waren mit solchen Schriftzeichen bedeckt – vom Budgetnehmer selbst in beeindruckender kalligrafischer Qualität angefertigt.

Auf das Zeichen, das Sie hier sehen, hat mich der Budgetnehmer eigens hingewiesen. Es repräsentiert ihm seine Lebenssituation seit mehr als einem Jahrzehnt: Verfinsterung des Lichts, eine Situation, in der auch der König W. war. König W., der etwa 1000 v. Chr. lebte, wurde lange Jahre durch einen „Tyrannen“ fest gehalten und schwebte in ständiger Lebensgefahr. Verfinsterung des Lichts bedeutet, so hält das I Ging fest, „Verletzung“, aber es betont auch: „Fördernd ist es, in der Not beharrlich zu sein – das bedeutet, dass man sein Licht verhüllt.“¹³

Der neue König W. lebt in einer eigenen Wohnung, umgeben von Eltern, auf deren Unterstützung er angewiesen ist, und die er liebt, deren dichte Präsenz aber *zugleich* auch zum Setting *seiner* Gefangennahme gehört. König W. hört seit über einem Jahrzehnt Stimmen,

¹³ Richard Wilhelm (Hg., Übersetzung): „I Ging. Das Buch der Wandlungen“ Jena 1924/Wiesbaden 2004.

bedrohliche Stimmen, die ihm furchtbare Schmerzen zufügen und ihn letztlich in den Tod treiben wollen, aber auch gute Stimmen, mit denen er sich verbünden kann.

Der neue König W. erhält ein Eingliederungshilfebudget von 600 €, mit dem u.a. auch eine stationäre Aufnahme vermieden werden soll. Von diesem Budget finanziert er neben Hilfen im Haushalt, Karate- und Musikunterricht. Musik, Kampfsport und grafische Zeichen – eine Dreiheit kommunikativer Praktiken, die ihm nach eigenem Bekunden hilft, die Stimmen zu ertragen, wie der wirkliche König W. duldsam zu sein, und die Schmerzen, die sie ihm zufügen, auszuhalten. Er hofft, die bösen Stimmen damit zu überleben und eines Tages ein „gutes Leben zu haben“.

*

Ich habe bewusst dieses Beispiel gewählt, um meinen Werkstattbericht über das Projekt in Baden-Württemberg einzuleiten. Es betrifft einen Menschen, der zur derzeitigen Hauptzielgruppe Persönlicher Budgets in Deutschland gehört, nämlich Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen. Von den derzeit schätzungsweise 800-1000 BudgetnehmerInnen in Rheinland-Pfalz gehören über 50 % dieser Zielgruppe an und auch in Baden-Württemberg war schnell klar, dass Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen eine erhebliche Rolle bei Persönlichen Budgets spielen werden.

Lassen Sie mich, bevor ich am Ende meines Vortrags darauf zurück komme, nun ein kleines Zwischenfazit aus dem Baden-Württembergischen Projekt ziehen, das ja seit Herbst des letzten Jahres in seine „heiße Phase“ getreten ist. Ich möchte zunächst einige Worte zur Konzeption sagen und Ihnen dann die wichtigsten Daten zum derzeitigen TeilnehmerInnenstand mitteilen. Ich werde Ihnen dann beispielhaft die Verwendung von Budgets vorstellen und abschließend ein Fazit in Gestalt einiger Thesen ziehen.

I. Das Baden-Württembergische Modellprojekt

Zunächst zur Konzeption. Baden-Württemberg ist das erste Bundesland mit einem trägerübergreifenden Modellprojekt zu Persönlichen Budgets auf der Grundlage des SGB IX. Ab Herbst 2001 wurde unter Beteiligung von Vertretern aller Rehabilitationsträger, der Pflegeversicherung und der Integrationsämter, von VertreterInnen von Behindertenverbänden und großer Einrichtungsträger eine Konzeption erarbeitet, die Ihnen im Grundsatz bekannt ist. Die Neuregelungen im Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch sind nämlich in den Hauptzügen nichts Anderes als eine flächenweite Umsetzung der Baden-Württembergischen Konzeption (auch die gestern von den Leistungsträgern genannten budgetierbaren Leistungen entsprechen – mit einer Ausnahme – exakt den in Konzeption und Leitfaden des Baden-Württembergischen Projekts aufgeführten). Bis in wörtliche Übernahmen von Formulierungen aus Konzeption und Leitfaden des Projekts in den Gesetzestext und dessen Begründung betrifft das zum Beispiel:

- die Orientierung an den Leistungskatalogen der jeweiligen Rehabilitationsträger und die Kriterien für einzubeziehende Leistungen (Alltäglichkeit, Regelmäßigkeit und Regiefähigkeit)¹⁴,
- den trägerübergreifenden Ansatz als solchen,
- die Verfahren der (trägerübergreifenden) Beantragung und Bewilligung nach SGB IX und den Vorschlag auf die Möglichkeit einer Beauftragung nach SGB X zurück zu greifen,
- die Einbeziehung der Leistungen des Pflegegeldes nach SGB XI (das jetzt nur explizit als direktes Bestandteil des Budgets möglich ist) und der Integrationsämter;

¹⁴ Diese Kriterien gehen auf einen Vorschlag von Frau Metzler und mir zurück – in Ergänzung der gestrigen Diskussion sollte hier noch angemerkt werden, dass wir damals einen „objektiven“ Begriff von Regiefähigkeit zugrunde gelegt haben. Es geht nicht um Kompetenzen der Budgetnehmer, sondern darum, ob die Bedarfslagen, auf die die Leistungen abzielen, regiefähig sind oder nicht. Beispielsweise ist eine ärztliche Behandlung nicht regiefähig.

- die Einbeziehung der Servicestellen,
- Persönliche Budgets als Mittel der Realisierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ zu begreifen,
- die Einbeziehung der „Hilfe zur Pflege“ nach BSHG u.a.m.

Insoweit sind alle, die in Baden-Württemberg an der Ausarbeitung der Konzeption beteiligt waren, (unfreiwillige) Mitautoren der Regelungen des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch. Das wäre an sich erfreulich. Nur muss hier auch einmal deutlich gesagt sein, dass allen Beteiligten in Baden-Württemberg klar vor Augen stand, dass die erarbeitete Konzeption eine zweitbeste Lösung war. Sie hatte deutlich den Charakter des Vorläufigen angesichts einer insgesamt nicht befriedigenden Rechtslage; es war aber der einzige Weg, in absehbarer Zeit zu einer Umsetzung zu kommen, um überhaupt Erkenntnisse für eine weiter gehende rechtliche Angleichung zu gewinnen. Dieser pragmatische Ansatz wird jetzt, wie die Diskussion gestern gezeigt hat, bundesweit realisiert, was ja zu begrüßen ist.

Einige Desiderate der baden-württembergischen Diskussion wurden im Gesetz auch bereits umgesetzt, z.B. die auch nominelle Aufnahme der Leistungen der Pflegeversicherung und der Integrationsämter ins *Budget* und die *explizite* Auszeichnung des Budgets als Komplexleistung. Allerdings sind das eher sprachliche Korrekturen mit geringen praktischen Effekten: denn der Geldbetrag für diese Leistungen konnte ja auch vorher hinzu addiert werden, eine Verpflichtung der Leistungsträger zur Gewährleistung des nahtlosen Ineinandergreifens von Leistungen bestand ja auch vorher (§ 10 SGB IX).

Das wirkliche Problem stellt sich nach unserer Erfahrung bei der mangelhaften leistungrechtlichen Einbettung Persönlicher Budgets und dieses wurde bislang nicht gelöst. Darüber hinaus gibt es infolge von zusätzlichen Regelungen des Bundesgesetzgebers einige weitere Unterschiede: Das Baden-Württembergische Konzept ist verglichen mit den im Juli in Kraft tretenden bundesgesetzlichen Regelungen flexibler bezüglich der Ausgestaltung der Antragsverfahren und es räumt den BudgetnehmerInnen größere Freiheiten beim Ausstieg aus dem Persönlichen Budget ein.

Ein Wort zur (sowohl nach der Konzeption des Projekts als auch den bundesgesetzlichen Regelungen offenen) Frage der **Bemessung** der Budgets: Hier bestehen im jeweiligen Geschäftsbereich der Leistungsträger zum Teil bereits Geldsätze (z.B. für die Arbeitsassistenz im Bereich der Integrationsämter oder Kilometerpauschalen für Reisekosten), zum Anderen behielten sich die Rehabilitationsträger vor, über die Bemessung im Einzelfall zu entscheiden. Eine Ausnahme stellt der überörtliche Träger der Sozialhilfe dar: die beiden LWV hatten sich bereits sehr frühzeitig auf ein System von insgesamt 15 Eingliederungshilfe-Pauschalen verständigt, dem die Einordnung in Hilfebedarfsgruppen nach dem HMBW-Verfahren 99 und die Behinderungsart zugrunde liegt.

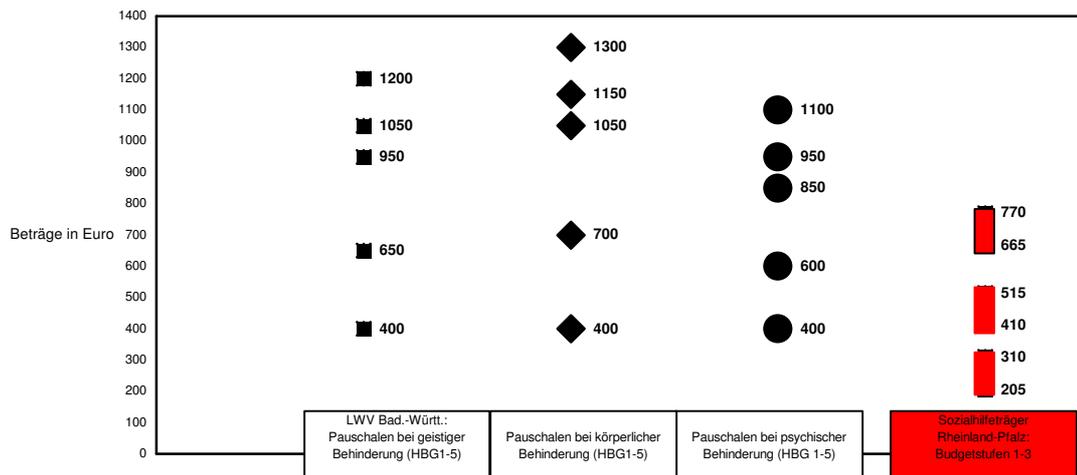


Abb.1: Eingliederungshilfepauschalen zu Persönlichen Budgets in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz

Abbildung 1 zeigt diese Pauschalen nach den einzelnen Behinderungsgruppen, zum Vergleich ganz rechts die derzeit in Rheinland-Pfalz gültigen Sätze.

Die drei rheinland-pfälzischen Pauschalen (die behinderungsunabhängig definiert wurden) sehen die Möglichkeit einer Differenzierung der Sätze im Rahmen von Korridoren vor. Die Baden-Württembergischen Sätze sind als solche differenzierter; sie liegen zum Teil fast doppelt so hoch, die Spreizung ist insgesamt etwas weiter. Die angesprochenen Zielgruppen sind in allen Fällen, das ergibt sich aus der gesetzlichen Zuständigkeit des überörtlichen Trägers, Menschen, bei denen mit dem Budget eine stationäre Unterbringung beendet oder vermieden werden kann.¹⁵

Eine sogenannte **Budgetassistenz** wird in Baden-Württemberg von der Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, der Dachorganisation für Selbsthilfevereine und –Verbände, getragen, inzwischen hat sich dafür auch eine autonome Finanzierung ergeben. Eine **Zielvereinbarung** erfolgt per Gesamtplan bzw. Hilfeplankonferenz oder/und im Rahmen des Abschlusses der Budgetvereinbarung.

Eine **Zielüberprüfung** erfolgt zunächst über Fortschreibung des Gesamtplans im Bereich der Sozialhilfe bzw. Verwendungsnachweisen im Bereich der LVA.

II. Verlauf und derzeitiger TeilnehmerInnenstand

Der Prozess der Gewinnung von TeilnehmerInnen gestaltete sich aus verschiedenen Gründen sehr schwierig. Maßgeblich waren hierfür unter anderem folgende Gründe:

- Erhebliche und nach wie vor sichtbare Vorbehalte der kommunalen Akteure, die vor allem eine Ausweitung von Leistungsberechtigten bzw. Leistungsansprüchen befürchten.
- Widerstände bei einer Reihe von stationären Trägern bzw. deren MitarbeiterInnen

¹⁵ Laut Konzeption ist die Erarbeitung einer trägerübergreifenden und zeitmaßbasierten Bemessung im Baden-Württembergischen Projekt nach wie vor Ziel. Deutlich wurde allerdings auch: ein einheitliches trägerübergreifendes Assessment und ebensolche Bemessung stößt schon wegen der Nicht-Vergleichbarkeit der Leistungen auf erhebliche Schwierigkeiten. Außerdem: eine punktgenaue Bestimmung eines Hilfebedarfs widerspricht der Logik Persönlicher Budgets. Denn daraus würden keine Spielräume erwachsen. Gerade das derzeitige zeitbasierte holländische Verfahren zeigt vielmehr, dass man in jedes Bemessungsverfahren planmäßig Unschärfen einbauen muss, d.h. aber in gewisser Weise willkürliche Vorgaben machen muss. Das wäre bei einer Zeitbemessung nicht anders und so stellt sich nicht die Frage Pauschalen ja oder nein – sondern nur, an welcher Stelle führt man das Pauschalenelement ein. Für die Resonanz bei den BudgetteilnehmerInnen scheint das Bemessungsverfahren, wie der Vergleich Hamburg B/W zeigt, keine Rolle zu spielen.

Die Verteilung über die verschiedenen Behinderungsformen (Abbildung 3) erweckt zunächst den Eindruck einer gleichmäßigen Berücksichtigung aller Formen von Behinderung.

Vorrangige Behinderungen		Σ
psychische Erkrankung	11111111111111	12
Lern- bzw. geistige Behinderung	11111111111111	13
körperliche Behinderung	111111111111	11
Σ		36

Abbildung 3: Vorrangige Behinderungen der BudgetnehmerInnen (Stand: Mai 2004)

Allerdings sind die körperbehinderten Menschen mit einer Ausnahme alle Kunden der LVA, also Rehabilitanden i.e.S. Die körperliche Beeinträchtigung (meist chronische Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates) bezieht sich überwiegend auf die Berufsausübung und ist im sonstigen Alltag nicht offensichtlich. Es sind bis jetzt keine Menschen mit Körperbehinderungen im Bezug, die weiter gehende Hilfen im Alltag wie z.B. Assistenzen benötigen. Man muss klar fest halten: die bislang durch die Budgets der LVA erreichte Körperbehindertenklientel entspricht nicht der vom fachlichen Konzept persönlicher Budgets her ursprünglich nahe gelegten Zielgruppe von körperbehinderten Menschen mit Assistenzbedarf.

Noch einige ergänzende Angaben zu den derzeit 36 BudgetnehmerInnen: nur etwa ein ¼ der BudgetnehmerInnen sind Frauen, bezüglich des Alters ergibt sich eine Dominanz der mittleren Altersgruppen (etwa ¾ der TeilnehmerInnen sind zwischen 30 und 49 Jahren); alle wohnen mittlerweile in einer eigenen Wohnung, in drei Fällen wohnen Budgetnehmer im elterlichen Haus; 11 der 26 Bezieher eines Eingliederungshilfebudgets haben vor der Budgetbewilligung in einer stationären Einrichtung gelebt, 8 kommen aus ambulant (betreuten) Wohnformen, 7 wohnten vorher bei Angehörigen.

II. Höhe und Verwendung der Persönlichen Budgets

II.1 LVA Baden-Württemberg

Die Verwendung der Budgets der LVA ergibt sich (schon wegen der inhaltlich relativ eng umrissenen Leistungskategorien im Rentenversicherungsrecht) aus dem Verwendungszweck. Solche Verwendungszwecke sind beispielsweise:

- Reise- bzw. Fahrtkosten, wie sie im Zusammenhang von Maßnahmen zur beruflichen Umschulung bzw. Weiterbildung anfallen.
- Kosten im Zusammenhang mit dem Führerscheinwerb, der zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit führen soll.
- Kosten im Zusammenhang mit zwei- oder auch dreijährigen beruflichen Weiterbildungen/Umschulungen, wie zum Beispiel Fahrtkosten, Lehrgangskosten, Lernmittel, Unterbringung.

Die LVA-Budgets werden in der Regel für ein halbes Jahr ausgezahlt und liegen – pro Halbjahr - dann zwischen 1000 und 6800 €, je nach Verwendungszweck (auf Monate herunter gebrochen also zwischen 166 und 1133 €). Die Laufzeit liegt zwischen einem und drei Jahren. Hinzu kommt beim Großteil der Fälle Übergangsgeld. Die TeilnehmerInnen schildern das Verfahren als vorteilhaft, da der Aufwand einer monatlichen Führung von Verwendungsnachweisen entfällt und das Geld dann schon zur Verfügung steht, wenn die Ausgaben entstehen. Das ist gerade angesichts der beschränkteren Einkommensverhältnisse während der Rehabilitation ein nicht zu unterschätzender Vorteil. Mit Wissen der LVA wurde in zwei Fällen das Geld teilweise dazu benutzt, eine Lücke bis zum Anlaufen der monatlichen Zahlungen

des Übergangsgeldes zu überbrücken. Es handelt sich aber wie gesagt nicht um Budgets, die der Alltagsgestaltung und Alltagsbewältigung in einem umfassenden Umfang dienen. Effekte auf Anbieterstrukturen sind hier eher unwahrscheinlich.

II.2 Budgets des überörtlichen Sozialhilfeträgers

Die Budgets des LWV teilen sich auf die Eingliederungshilfepauschalen wie in Abbildung 4 dargestellt, auf:

Budgethöhe in €		Σ
400 € (HBG 1-G)	1	1
600 € (HBG 2-P)	11111	5
650 € (HBG 2-G)	11111111111	11
700 € (HBG 2-K)	1	1
850 € (HBG 3-P)	111111	6
950 € (HBG 3-G)	11	2
Σ		26

Abbildung 4: Budgets des LWV Württemberg-Hohenzollern (Stand: Mai 2004)

Sie liegen zwischen 400 Euro (HBG II für psychische Erkrankung) und 950 € (HBG III für geistige Behinderung). Der Median liegt bei 650 €, das arithmetische Mittel bei rd. 702 €. Die Hilfebedarfsgruppen 4 und 5 kommen derzeit nicht vor. In allen Fällen erhalten die BudgetnehmerInnen zusätzlich ergänzende Geldleistungen wie etwa HLU bzw. Grundsicherung, Wohngeld oder Rentenzahlungen sowie z. T. einmalige Sachleistungen (zur Einrichtung der Wohnung) und dauerhafte Sachleistungen (wie etwa den Besuch einer WfbM). Pflegeleistungen nach SGB XI oder auch BSHG kommen bislang nicht vor, da bei keinem der BudgetnehmerInnen eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Die Verwendung der Budgets ergibt sich in allen Fällen aus der Zielvorgabe, eine ambulante Wohnform zu begründen bzw. aufrecht zu erhalten sowie aus den Zielen der Eingliederungshilfe, insbesondere: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, ganz allgemein. Im Einzelnen sehen die Nutzungsformen je nach besonderem Bedarf, Art der Behinderung, Lebenssituation ganz unterschiedlich aus.

Abzulesen ist dies allein schon an der unterschiedlichen Anzahl der Ausgabeposten in einem Monat, die wir für Februar oder März dieses Jahres dokumentiert haben. Die Spanne reicht dabei derzeit von Budgetverwendungen mit bis zu sieben verschiedenen Posten bis zu Budgets, die nur einen Posten aufweisen. Dabei lassen sich in Abhängigkeit von der Frage, wie viele verschiedene „Leistungserbringer“ beteiligt sind, folgende Typen unterscheiden:

- Budgetnutzungen mit mehr als einem Posten und verschiedenen Leistungserbringern
- Budgetnutzungen mit einem Posten und einem Leistungserbringer.
- Budgetnutzungen mit mehr als einem Posten und nur einem Leistungserbringer

II.2.1 Budgets mit verschiedenen Posten und verschiedenen Leistungserbringern

Dieser erste Typ entspricht in rein formeller Hinsicht der theoretischen Idealvorstellung der Funktion und Verwendung eines Persönlichen Budgets. Die Möglichkeiten des Budgets werden dazu genutzt, verschiedene Leistungen verschiedener Anbieter individuell zusammen zu stellen. Ein beeindruckendes Beispiel für eine sehr differenzierte Budgetnutzung ergibt sich im folgenden Fall eines Mannes mit einer schweren chronischen Schizophrenie mit katatonen

Symptomatik, der im Haus seiner Herkunftsfamilie lebt (Beispiel 1). Die Budgetorganisation unterliegt – in enger Abstimmung mit dem betroffenen Menschen selbst - im wesentlichen einem Elternteil.

Beispielbudget 1 (Februar 2004): Mitte 30, psychische Behinderung, HBG III (850 €)		
Nr.	Budgetposten	
1	Einzelbetreuung am Arbeitsplatz (WfbM), 7 Stunden à 10 €	70,00 €
2	Einzelbetreuung am Wochenende 8 Stunden à 39 € (Fachkraft) Regiekosten	312,00 € 24,00 €
3	Fahrtkosten (à 4 €) (Sozialpsychiatrischer Dienst)	20,00 €
4	Einzelbetreuung (Spaziergang, Tischtennis spielen, Kaufhausbesuch) 4 Stunden à 9.20 € (ZDL, AWO) Fahrtkostenbeitrag	36,80 € 4,00 €
5	Massage zur Überwindung von Ängsten, Spannungsabbau: 4,5 Stunden à 36 € (examinierte Kraft)	144,00 €
6	Hilfe im Haushalt, 12 Stunden à 15 €	180,00 €
7	Begleitung zum Arzt, KG, Arbeitsstelle, 16 Stunden à 3,60 € (durch Elternteil)	59,20 €
Σ		850,00 €
	Restbetrag	0 €

In diesem Fall entspricht fast jeder Budgetposten einem eigenen Leistungserbringer. Die Palette reicht dabei von professioneller sozialpsychiatrischer Betreuung und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (Massage) über spezifische und eng umrissene Hilfestellungen am Arbeitsplatz und gemeinsame Freizeitaktivitäten mit Zivildienstleistenden bis hin zur Unterstützung bzw. Entlastung des Betroffenen bzw. seiner Angehörigen im Haushalt und bei Fahrten. Dieser funktionalen Vielfalt entspricht auch ein unterschiedliches Qualifikationsprofil der Leistungs“erbringer“, entsprechend variieren die Stundensätze für das Personal zwischen 3,60 € (eher ein Aufwandsbeitrag für eine im Prinzip unentgeltliche Leistung eines Familienangehörigen) bzw. 9,20 € und 15 € für ungelernete Kräfte und 36 - 39 € für Fachkräfte.

Bei dieser Form der Budgetverwendung besteht zumindest grundsätzlich die Möglichkeit, dass ein Restbetrag übrig bleibt, der sich für bestimmte Ausgaben ansparen lässt. (In anderen Fällen kam es auch faktisch zu solchen Restbeträgen). Ideen für sinnvolle Verwendungszwecke, auf die gesparrt werden könnte, fanden sich in den Interviews immer wieder:

- Die Beteiligung an einer Berlin-Gruppen-Reise mit anderen behinderten und nicht-behinderten TeilnehmerInnen.
- Die Anschaffung einer Fasnachtsmaske als Bedingung für eine Aufnahme in einen Fasnets-Verein am neuen Wohnort.
- Die entstehende Möglichkeit, dass eine psychotische Patientin ihr Kind und seine Pflegeeltern zum Pizzaessen einladen konnte; das gestattete es ihr als Gastgeberin aufzutre-

ten, ein überhaupt nicht zu überschätzender Beitrag zur Normalisierung der individuellen Einnahme sozialer Rollen!

II.2.2 Budgets mit einem Posten (Budgettyp B: 7 von 17)

Der kontrastierende Fall zu Budgets mit vielen Posten/Leistungsanbietern ist eine Budgetverwendung mit nur einem Posten und damit nur einem Leistungsanbieter. Hier wird in der Regel mit einem Leistungsanbieter, der in der Regel bisher bereits in der Unterstützung des Budgetnehmers tätig war, ein Leistungsvertrag abgeschlossen. Bei einem Teil der Fälle wurde vertraglich eine Monatspauschale für alle erforderlichen Leistungen vereinbart. Eine zumindest prinzipiell größere Flexibilität gewähren dagegen Vereinbarungen, die nicht Monatspauschalen, sondern Stundenpauschalen vorsehen. Die beiden Beispiele 2 und 3 zeigen jedoch eine wichtige Voraussetzung auf: entweder muss dann der Stundensatz oder aber die Stundenanzahl so niedrig sein, dass auch noch ein Rest verbleibt.

Beispielbudget 2 (Dezember 2003): Anfang 20, geistige/Lern-Behinderung, HBG II (650 €)		
Nr		
1	Betreuungs- und Regiestunden durch Sozialarbeiter, 13 Stunden à 49,80 €	647,40 €
Σ		647,40 €
	Restbetrag	2,60 €
Beispielbudget 3 (Februar 2004): Mitte 30, geistige Behinderung, HBG II (650 €)		
Nr		
1	Betreuungs- und Regiestunden durch Sozialarbeiter, 17 Stunden à 37,50 €	637,50 €
Σ		637,50 €
	Restbetrag	12,50 €

Was den Stundensatz für Betreuungsleistungen betrifft, so markieren die beiden Beispiele die bei den 23 Budgetnehmer/-innen angetroffene derzeitige Spanne der Stundensätze für eine Betreuungsstunde durch eine Fachkraft mit in der Regel sozialarbeiterischer, sozialpädagogischer oder heilpädagogischer Qualifikation: nämlich 37,50 € am unteren und 49,80 € am oberen Ende. In beiden Fällen sind Bruttolohnkosten, etwaige Fahrtkosten, Overheadkosten und sonstige Sachkosten mit einkalkuliert. In beiden Fällen handelt es sich bei dem Leistungsanbieter um einen großen stationären Träger der Behindertenhilfe.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch festzustellen, dass die Budgetverwendung in diesen Fällen zwar auf den ersten Blick vergleichsweise einförmig wirkt, dass sich aber hinter den Sozialarbeiterstunden eine große Vielfalt von Aktivitäten verbirgt, die im Grundsatz den Budgets vom ersten Typus entspricht. Eine von uns dokumentierte Auflistung der Tätigkeiten der eingesetzten Sozialarbeiter zeigt die breite Streuung der Aktivitäten und Aufgaben. Sie reichen von praktischer Unterstützung bei der Haushaltsführung, in Behörden- und in Geldangelegenheiten über quasi-therapeutische Funktionen (Sucht, psychische Probleme, Krisenintervention), Stärkung sozialer Netzwerke des Betroffenen bis hin zu Freizeitaktivitäten, Fahrdiensten und Aufgaben beruflicher Rehabilitation. Es muss aber betont werden, dass auch augenscheinlich alltägliche Verrichtungen und Aufgaben wie zum Beispiel der Einbau von Küchenmöbeln oder das gemeinsame Einkaufen sehr oft das eigentliche Medium der sozialarbeiterischen Intervention bzw. Unterstützung sind. Gerade diese Form der Alltagsbegleitung schafft Gelegenheiten zur Reflexion des Alltags und zur Entwicklung eige-

ner Ressourcen der Lebensbewältigung. Darin liegt für Klienten und Klientinnen ein erheblicher Vorzug, für die ausgesprochen therapeutisch bzw. beratungsorientierte Settings nicht oder nur eingeschränkt nutzbar sind bzw. (wie häufig bei schizophrenen Menschen) eine sozioemotionale Überstimulierung bedeuten würden. Es ist also keinesfalls per se sinnvoll, Dienstleistungen nach Qualifikationsniveaus aufzusplitten.

Ein weiterer Punkt, der bei der Beurteilung von „Einpostenbudgets“ eine wichtige Rolle spielt, ist der folgende Aspekt. Bei allen TeilnehmerInnen mit „Einpostenbudgets“ handelt es sich um Menschen, die vorher im Rahmen einer Einrichtung betreut wurden und zwar in der Regel genau von der Bezugsperson, von der sie jetzt auch ambulant betreut werden. Es ist wichtig zu sehen, dass dies auf der einen Seite zwar eine Art Abhängigkeit beinhalten mag, dass darin aber auf der anderen Seite auch ein wertvolles soziales Kapital der TeilnehmerInnen liegt (oft das einzige, das sie haben). Gerade auch bei der soziotherapeutischen Betreuung von Menschen mit chronischen Schizophrenien ist die personelle Kontinuität der Betreuung von hoher Bedeutung.

II.2.3 Budgets mit verschiedenen Posten und einem Leistungsanbieter

Auf dieses Postulat antwortet der dritte Typ von Budgetverwendung, der nicht zufällig im Bereich der Sozialpsychiatrie entstanden ist. Hier liegt eine Art Kompromiss zwischen Typ A und B vor. Mit dem ersten Typ hat die Budgetverwendung gemeinsam, dass sie eine höhere Anzahl von Posten aufweist. Mit dem Typ B hat sie gemeinsam, dass im wesentlichen auf nur einen Anbieter zurückgegriffen wird.

Beispielbudget 4 listet die einzelnen Budgetposten für den Februar 2004 auf.

Beispielbudget 4 (Februar 2004): Mitte 40, psychische Erkrankung, HBG II (600 €)		
Nr		
1	Betreuungs- und Regiestunden Sozialarbeiterin, 9 Zeiteinheiten à 14 € (Unterstützung/Beratung bei Problemen, Schriftverkehr, Erledigung von Behörden-, Geldangelegenheiten usw.)	126,00 €
2	Examiniertes Personal, 3 Zeiteinheiten à 12 € (Alltagsgespräche)	36,00 €
3	Sonstiges Personal (ZdL, Azubi) 2 Zeiteinheiten à 5 € (Unterstützung im Umgang mit Haushaltsgeräten: Abtauen, Reparaturen, Flusensieb u.ä.)	10,00 €
4	Teilnahme an Gruppenaktivitäten (Freizeitaktivitäten, Tagesaufenthalt, Ausflüge, gemeinsames Essen) 43 Zeiteinheiten à 3 €	129,00 €
5	Fahrtkosten 6 x à 4 €; 4 x à 6 €	48,00 €
6	Weitere Ausgaben: Schwimmbadbesuch, Ausflüge Wochenende, Eintrittskarten	61,25 €
Σ		410,25 €
	Restbetrag	189,75 €

Aus diesem Beispiel geht zunächst hervor, dass verschiedene Funktionen auseinander gezogen wurden wie zum Beispiel Teilnahme an Gruppen- und Freizeitaktivitäten, soziotherapeutische bzw. sozialarbeiterische Beratung, Hilfe im Haushalt, Fahrten usw. Prinzipiell wird dadurch das Bewusstsein dafür geschärft, dass diese Einzelposten im Prinzip auch durch andere Anbieter gedeckt werden oder die zugrunde liegenden Bedarfslagen auch auf andere Weise bedient werden könnten. Das zeigt sich etwa daran, dass derselbe Anbieter auch als Anbieter von Teilleistungen bei einem Teil der Budgets des Typs A fungiert.

Darüber hinaus zeigt das Beispiel, dass auch bei dieser Art des Budgeteinsatzes Restmittel übrig bleiben können, die für weitere anbieter-unabhängige Angebote eingesetzt werden können (in diesem Fall: Schwimmbadbesuch, Fahrten zur Herkunftsfamilie). Im konkreten Fall unterliegt dieser ausdrücklich vorgesehene Budgetposten wirklich der freien Gestaltung der Budgetnehmerin.

Trotz des Umstandes, dass ebenfalls nur ein Leistungsanbieter tätig wird, handelt es sich hier um ein differenziertes Budget. Grundlage hierfür ist eine besondere Ausgestaltung des Vertrags zwischen Leistungsbezieher und Leistungserbringer. Abgeschlossen wird eine Art Rahmenvertrag, in dem zunächst nur verschiedene Kostensätze festgelegt werden. Im Einzelnen sind dies:

- Stundensatz für Diplomsozialarbeiter/innen, Diplompädagogen/pädagoginnen, Sozialtherapeuten/-therapeutinnen: 42 €,
- Stundensatz für sonstiges examiniertes Personal (z.B. Pflegekräfte, Erzieher): 36 €;
- Stundensatz für sonstiges Personal (z.B. ZdL, Auszubildende): 15 €,
- Stundensatz therapeutische Gruppe/Kleingruppe: 12 €,
- Stundensatz Aufenthaltsgruppe/Großgruppe: 9 €,
- Satz für Fahrtkosten bis 10km/bis 20 km/über 20 km zu 4/6/10 €.

Abgerechnet werden in Zeiteinheiten (20 Minuten) jeweils am Ende eines Monats die faktisch in Anspruch genommenen Zeiten. In einem Hilfeplan werden Grundsätze der Leistungserbringung (Vermeidung oder Ersetzung einer stationären Heimunterbringung) festgelegt. Regiekosten (Koordination und Case-Management notwendiger Hilfen) werden in der monatlichen Abrechnung getrennt ausgewiesen. Die Vermittlung und Koordinierung von Leistungen und Hilfen Dritter ist ausdrücklicher Bestandteil des Vertrags.

Diese Form der Vertragsschließung bietet erhebliche Vorteile. Der Vertrag ist auf der einen Seite hinreichend differenziert, auf der anderen Seite bleibt er aber transparent und einfach zu verstehen. Er trägt den Bedürfnissen professionellen Handelns Rechnung; insbesondere wählt er nicht einen bürokratischen Weg, wie er etwa in der Pflegeversicherung vorliegt, nämlich professionelle Leistungen, die grundsätzlich an Personen und ihren individuellen Lebenskontexten orientiert sein müssen, in standardisierte Handlungsschritte zu zerlegen, die dann getrennt mit Preisen versehen werden. Es bleibt auch hier möglich, dass beispielsweise ein Sozialarbeiter mit seinem Klienten die Wohnung aufräumt und dabei Kompetenzen trainiert oder sich der Thematisierung einer schwierigen Frage nähert. Es ist aber jederzeit sowohl für Klient wie für den Sozialarbeiter *möglich* zu sagen: „Beim Transport der Waschmaschine soll Johannes, der ZDL, helfen - das kommt sonst zu teuer.“ Auch die Einteilung in 20-Minutentakte trägt zu einer Transparenz der Leistung bei und verhindert eine zu große finanzielle Belastung der Budgetnehmer, ohne in einen nicht zu bewältigenden „Stoppuhr-Bürokratismus“ zu führen. Er schärft das Bewusstsein dafür, dass es sich bei der Betreuung auch um ein wertvolles Gut handelt.

Prinzipiell sind Spielräume eingebaut – der Klient ist nicht verpflichtet, den Gesamtumfang der Leistungen beim Anbieter abzurufen. Der Umfang des nicht in personelle Hilfen fließenden Betrags ist verhandlungsfähig und kann – in Abhängigkeit von Kompetenzfortschritten – sukzessive ausgeweitet werden. Die Einbeziehung Dritter, sowohl professioneller wie nicht-professioneller Unterstützung, kann ausdrücklich Bestandteil der Leistungen des Anbieters sein.

III. FAZIT

Ich möchte nun abschließend in Form von drei Thesen eine vorläufige Bilanz ziehen und dabei nochmals drei wichtige Aspekte berühren: nämlich den trägerübergreifenden Aspekt,

die Frage der Zielgruppe körperbehinderter Menschen und die Frage nach dem Verhältnis von Selbstbestimmung und professionellem Handeln.

- **These 1: Trägerübergreifende Budgets werden bei der derzeitigen Rechtslage nicht den Regelfall, sondern den zahlenmäßig geringeren Anteil der Budgets, wenn nicht sogar den Ausnahmefall darstellen. Budgets außerhalb der Sozialhilfe können sich insbesondere im Bereich der ergänzenden Leistungen zur beruflichen Rehabilitation ergeben, haben aber mit dem ursprünglichen fachlichen Konzept wenig zu tun.**
Der Grund für die bisherige Nicht-Nutzung trägerübergreifender Budgets ist vor allem leistungsrechtlicher Natur. Leistungen außerhalb der Sozialhilfe sind entweder bereits Geldleistungen (Renten, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld). Darüber hinaus finden sich nur wenig geeignete und dann in ihrer Zweckbestimmung sehr spezifische Leistungen. Hinzu kommt, dass sich für die verbleibenden Leistungen bestimmte Parallelzuständigkeiten von selbst ausschließen, so dass sich trägerübergreifende Budgets nur bei einer sehr kleinen und eingrenzbaaren Gruppe von Budgetnehmern überhaupt ergeben können. Daran wird m.E. auch die offensivere Einbeziehung der Pflegeversicherung wenig ändern. Das Pflegegeld ist schlichtweg wenig attraktiv und die Einbeziehung von Sachleistungsbeträgen über Gutscheine hat mit der Idee des Persönlichen Budgets wenig zu tun. (Gutscheine behandelt der Gesetzgeber im SGB XII im übrigen als Sachleistung, vgl. § 10 Abs.3 SGB XII!!). Der derzeitige Zustand eines Verweisungsdschungels zwischen SGB IX und den jeweiligen Einzelleistungsgesetzen ist auch für Persönliche Budgets kontraproduktiv. Das Persönliche Budget ist – darüber sollte man sich nicht hinwegtäuschen – derzeit in verschiedener Hinsicht noch ein Fremdkörper im gegliederten Leistungsrecht (dazu gehört etwa auch das Nachrangigkeitsprinzip in der Sozialhilfe). Wir haben seitens der Begleitforschung bereits begonnen, über verschiedene denkbare Lösungsformen nachzudenken. Eine Möglichkeit wäre beispielsweise eine konsequente leistungsrechtliche Verankerung Persönlicher Budgets (und zwar als eigenständige und jeweils ausdefinierte Leistungsform im jeweiligen Einzelleistungsrecht oder besser: in einem einheitlichen Leistungsgesetz für behinderte Menschen). Eine andere Möglichkeit wäre es, den Rehabilitationsträgern zu ermöglichen, die Zweckbestimmungen Persönlicher Budgets relativ offen zu definieren (z.B. „berufliche Eingliederung“) und die zugrunde liegenden Leistungen nicht positiv, sondern sozusagen „negativ“ eingehen zu lassen („Während des Bezugs des Persönlichen Budgets zu xy ist der gleichzeitige Bezug folgender Leistungen nicht möglich:“).
- **These 2: Die eigentliche vom fachlichen Konzept der Persönlichen Budgets anvisierte Zielgruppe der körperbehinderten Menschen mit (hohem) Assistenzbedarf wird bei der derzeitigen Rechtslage nicht befriedigend erreicht werden, weder im ambulanten noch im stationären Bereich.**
Auch hier dürften z.T. strukturelle Gründe eine Rolle spielen. Das Problem liegt einfach darin, dass eine umfassende ambulante Assistenz für körperlich behinderte Menschen sehr schnell die Schwelle der stationären Kosten übersteigt (dafür haben wir eine Reihe von Präzedenzfällen). Dann greifen zum einen Regelungen des BSHG bzw. SGB XII (§ 3a bzw. § 13), zum Anderen aber auch die Bestimmungen des § 17 Abs. 1 SGB IX (neu und alt), nach dem Persönliche Budgets als Leistungsform im Grunde nur dann Mittel der Wahl sind, wenn nicht andere Leistungsformen wirtschaftlicher sind. Das Persönliche Budget käme dann lediglich für das Segment der körperbehinderten Menschen in Frage, deren Bedarf sich entweder unterhalb der Schwelle der stationären Kosten bewegt oder bei denen (direkt oder gerichtlich) die Nicht-Zumutbarkeit einer stationären Versorgung anerkannt wird. Dies auch bei gegebener rechtlicher Situation besser auszunützen – dazu wären aber alle Beteiligten schon jetzt zu ermutigen!

Der rechtliche Status von Budgets im stationären Bereich ist nach meinem Eindruck in der Praxis alles andere als klar und zwar im Hinblick auf § 9 Abs. 2 SGB IX. Das BMGS hat hier innerhalb kurzer Frist selbst zwei diametral unterschiedliche Auffassungen nach außen gegeben. Eines ist davon unabhängig auch deutlich: wenn Persönliche Budgets in

Einrichtungen über einzelne Versuche hinaus gehen sollen, muss zwingend das gesamte Finanzierungssystem umgestellt werden, soll es nicht zu einem massiven Entsolidarisierungseffekt kommen. Das war das eindeutige Ergebnis des (gescheiterten) Versuchs einer Großeinrichtung in Baden-Württemberg, eine Wohngruppe mit schwer- und schwerstbehinderten Menschen ins Persönliche Budget zu bringen. Persönliche Budgets in Einrichtungen sind gleichbedeutend mit einer Abschaffung der Möglichkeit der Quersubventionierung von Menschen mit sehr hohen Hilfebedarfen aus den Erträgen der Pauschalen von Menschen mit geringeren Hilfebedarfen. Dieses System würde gekippt; eine Bemessung nach Pauschalen für Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf kommt dann nicht mehr in Frage. Persönliche Budgets in Einrichtungen kann es daher flächenweit nicht geben ohne eine grundsätzliche Umstellung des derzeitigen Systems der Einrichtungsfinanzierung.

- **These 3: Für die Zielgruppen kognitiv beeinträchtigter Menschen und Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen im ambulanten Bereich können Persönliche Budgets dagegen bereits jetzt ein geeignetes Mittel zur Erweiterung von Spielräumen, zur Integration und Inklusion in Lebenszusammenhänge außerhalb von Einrichtung und zur Individualisierung der Unterstützung sein. Allerdings ist dabei in vielen Fällen eine Abstützung durch professionelles Handeln, einschließlich der treuhänderischen (Mit-)Verwaltung der Budgets unabdingbar. Deshalb sollte es die Möglichkeit einer schrittweisen Umwandlung eines Klientenbudgets zu einem Persönlichen Budget i.e.S. geben.**

Die beschriebene Klientel stellt den Hauptteil der derzeitigen Budgetempfängerinnen in der Bundesrepublik, schätzungsweise 2/3 der 800-1000 in Rheinland-Pfalz und ebenso in Baden-Württemberg. Für den Vorschlag ist leitend, dass die flächenweite Verankerung von Persönlichen Budget im Grunde genommen eine richtig verstandene Professionalisierung sowohl auf Seiten der Anbieter wie auch der für den einzelnen Menschen zuständigen Sachbearbeiter in den Leistungsverwaltungen erfordert. Es ist trivial, es muss aber immer wieder daran erinnert werden, dass professionelles Handeln (im exakten, nicht im Alltags-Verständnis dieses Begriffes) den Imperativen der Einzelfallorientierung, der größtmöglichen (Wieder-)Herstellung der gefährdeten Handlungsautonomie des Klienten und seiner Reintegration in seine Lebenswelt folgt: eine sukzessive Deprofessionalisierung des Lebens der Klientinnen und Klienten ist genau der Hauptbezugspunkt professionellen Handelns. Eine schrittweise Überantwortung eines Budgets an BudgetnehmerInnen wäre eine augenfällige Realisierung dieses Prinzips. Insofern sind auch für das professionelle, z.B. sozialarbeiterische Handeln Flexibilisierungseffekte zu erwarten. Was sich in Baden-Württemberg darüber hinaus in beeindruckender Weise gezeigt hat, sind Professionalisierungseffekte im Bereich der Leistungsträger selbst. Das Wegfallen der Beziehung zwischen Leistungsträger und –anbieter wird zum Teil kompensiert durch eine engere Beziehung von Leistungsträger und Leistungsberechtigtem. Diese dokumentiert sich in größerer Präsenz vor Ort, Hilfeplangesprächen, Gesprächen im Rahmen der Fortschreibung von Hilfeplänen, größerer Kenntnis der lebensweltlichen Zusammenhänge.

Lassen Sie mich am Ende zurück kehren zu dem alten und dem neuen König W. Auch in seinem Fall war die Entscheidung ein Persönliches Budget zu bewilligen, sorgsam zwischen allen Beteiligten, dem Betroffenen selbst, dem Leistungsträger und dem familialen und professionellem Umfeld abgewogen worden. Das zeigt schon eines: nicht nur Behinderung, sondern auch das, was wir Selbstbestimmung nennen, ist nie nur eine individuelle Eigenschaft, sondern immer auch ein Effekt des sozialen Feldes, in dem der betroffene Mensch steht. Der alte König W. war jemand, der – so der deutsche Übersetzer des I Ging – „die bisher stummen Zeichen und Linien, aus denen jeweils von Fall zu Fall die Zukunft divinatorisch erraten werden musste, mit klaren Ratschlägen für richtiges Handeln <versah>. Dadurch wurde der Mensch zum Mitgestalter des Schicksals; denn seine Handlungen griffen als entscheidende Faktoren ins Weltgeschehen ein.“ (Wilhelm, S. 13). Und auch der neue König W. benützt die Zeichen des I Ging in diesem Sinne: „das sind Orakelerggebnisse von

mir. Da kann ich immer noch was lernen, no. Etwas weiter lernen. Krieg ich <...> a bissle Perspektive, < in die> Zu Zukunft blicken, die Gegenwart und so .. Wie sich des dann ändert <.> und was ich selber dazu beitragen muss, dass sich Situationen oder eben ich mich selber noch ändere <.> dass ich weniger Fehler hab““. Ganz offensichtlich geht es ihm – wie König Wen – darum, die aktiven Seiten, die Möglichkeiten zurück zu gewinnen durch richtiges Handeln sich selbst und das eigene Leben zu bestimmen. Die Voraussetzung hierfür ist aber für den Interviewten vor allem Anderen, sich gegen die feindlichen Stimmen, die ihm ans Leben wollen, zu behaupten und ein Leben in einer eigenen Wohnung zu führen. Und dabei helfen ihm das Persönliche Budget und die dadurch finanzierten Aktivitäten.

Das ist eine Form der Selbstbestimmung – aber unter erstaunlichen Vorzeichen. In der *Praxis* ist im Gegensatz zur schlichter gestrickten Welt sozialpolitischer Diskurse Selbstbestimmung immer eine schmale Gratwanderung zwischen der (Rück-)Gewinnung von Spielräumen des Betroffenen, der Einbindung in Strukturen professioneller und nicht professioneller (Für-)Sorge und damit auch einer Reihe freiwillig und unfreiwillig eingegangener Abhängigkeiten. Einen autonomen Kunden, der von solchen Widersprüchen und Ambivalenzen frei allein nach rationalen Gründen seine Hilfen zusammen stellt, habe ich bei meinen insgesamt 50-60 Stunden Interviews mit den Budgetnehmerinnen in Baden-Württemberg jedenfalls nicht gefunden. Dagegen habe ich Menschen gefunden, die zum Teil mit beeindruckendem Mut, „tapfer“ - wie man im Schwäbischen gerne sagt - mit solchen Widersprüchen leben. König W. war dafür nur ein Beispiel. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Budgetfähige Leistungen und Qualitätssicherung

Landkreis Emsland seit 01.01.2004 (bis 31.12.05) Teilnahme am Modellversuch des Landes Niedersachsen zum persönlichen Budget für Menschen mit Behinderungen (neben den Landkreisen Osnabrück und Braunschweig)

Das Zusammentreffen des neuen behindertenpolitischen Paradigmas der Selbstbestimmung mit der öffentlichen Finanznot und dem Wunsch der Betroffenen nach anderen Angebotsformen kann eine dynamische Entwicklung einleiten, die Chance und Risiko zugleich ist.

Die sich daraus ergebende Frage nach der Zukunft der Eingliederungshilfe ist nicht alleine mit dem Ruf nach mehr Geld zu beantworten. Alle an der Eingliederungshilfe Beteiligten – die Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigten – werden aufgefordert, gemeinsam in einem kreativen und konstruktiven Prozess an einer zukunftsfähigen Eingliederungshilfe zu arbeiten. Dazu wird mehr als eine Antwort notwendig sein.

Das **Persönliche Budget** kann nicht alleine alle Unzulänglichkeiten des derzeitigen Unterstützungs- und Eingliederungssystems ausgleichen, aber es kann einen wesentlichen Beitrag leisten.

Die Einführung des Budgets kann auch nichts sein, was im Schnellverfahren erfolgt. Das hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass

- Eingliederungshilfe über Behinderteneinrichtungen in Form eines sogenannten „rundum sorglosen Paketes an Leistungen“ erbracht wird,
- bevor man in den Genuss von Vorteilen des Budgets kommt, eine Reihe von Dingen zu klären sind, die mit Aufwand verbunden sind,
- das Risiko besteht, dass das Wohnen/Leben in ambulanter Form scheitert.

Dennoch bieten sich Chancen auf langfristige Sicht:

- Gibt es erste positive Fälle, werden sich mehrere entschließen, den Weg mit mehr Selbstbestimmung gehen zu wollen.
- Da wir bestrebt sind, Angebotsstrukturen auf verschiedenste Anbieter zu verteilen, wird dieses zwangsläufig zu mehr Konkurrenz führen. Menschen mit Behinderungen werden daher zwischen verschiedenen Angeboten wählen, ggf. sogar Leistungen kombinieren können. Dann erst bekommen persönliche Budgets einen besonderen Reiz.

Zur Zeit haben wir diese Angebotsvielfalt nicht. Mit dem Persönlichen Budget sollen aber alle Leistungsmodalitäten im ambulanten Bereich gestärkt und weiterentwickelt werden.

Mit dem persönlichen Budget stellen wir uns auch eine Einflussnahme auf die Kosten vor.

Dieses vorangestellt komme ich auf die mir gestellten Fragen zurück:

1. Welche Leistungen der Sozialhilfe und der Jugendhilfe können aus Kommunalen Sicht unstreitig in ein persönliches Budget fließen?

SGB IX-Grundsatz: Sachleistungen, die nicht grundsätzlich in stationären Einrichtungen erbracht werden müssen (vgl. § 9 Abs. 2 S. 1 SGB IX: „....die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, ...“), können auch (auf Antrag) als Geldleistung erbracht werden. Daraus folgt, dass sämtliche dieser Leistungen grundsätzlich auch einem persönlichen Budget offen stehen.

Eingrenzung:

In § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX (Fassung ab 01.07.2004) werden die budgetfähigen Leistungen definiert. Es kann sich hierbei nur um solche Leistungen handeln, die sich über einen längeren Zeitraum regelmäßig wiederholen, sich auf alltägliche und regiefähige Bedarfe beziehen. Gelegentliche sowie kurzfristige Hilfebedarfe und einmalige Leistungen werden damit ausgeschlossen. Diese Leistungen können daneben erbracht werden.

Katalog der Leistungen nach dem SGB IX umfasst insbesondere:

- medizinische Rehabilitation
- Teilhabe am Arbeitsleben
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen und für den Sozialhilfeträger neben der HLU der wichtigste Bereich der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Also konkret die Lebensbereiche

1. Alltägliche Lebensführung
 2. Individuelle Basisversorgung
 3. Gestaltung sozialer Beziehungen
 4. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben
 5. Kommunikation und Orientierung
 6. Emotionale und psychische Entwicklung
 7. Gesundheitsförderung und –erhaltung.
- Diese Leistungen des Sozialhilfeträger ließen sich auch gut mit Hilfen anderer Träger trägerübergreifend verbinden.

Typische budgetfähige Leistungen können insbesondere sein:

- Hilfe zur Mobilität
 - Hilfen zur häuslichen Pflege und häuslichen Krankenpflege
 - regelmäßig wiederkehrend benötigte Hilfs- und Heilmittel
 - Hilfen zur Erreichung des Ausbildungs- und Arbeitsplatzes (Fahrkosten)
- Der Schwerpunkt budgetfähiger Leistungen bei unserem Modellprojekt liegt nicht in der Kombination trägerübergreifender Leistungen, sondern in der Ermöglichung des Übergangs von einer stationären Einrichtung / Familie zu einer weitestgehenden eigenständigen Wohnform.
Bei dieser Schnittstelle sehen wir die größten Synergieeffekte.
 - Eine Zuständigkeit der öffentlichen Jugendhilfe hinsichtlich eines persönlichen Budgets nach SGB IX ist gegeben, wenn Kinder und Jugendliche z. B. seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind. Diese haben grundsätzlich Anspruch auf Eingliederungshilfe gem. § 35 a SGB VIII, welche sich an den Regelungen des BSHG (insbesondere §§ 39 Abs. 3 und 40) orientiert. Daneben bestehen jedoch auch die sonstigen Ansprüche nach dem SGB VIII wie für nicht seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder.
In der Jugendhilfe sehe ich zurzeit wenig sinnvolle Möglichkeiten, die erforderlichen Hilfen in Form persönlicher Budgets zur Verfügung zu stellen, zumal Minderjährige nur in begründeten Einzelfällen Empfänger eines persönlichen Budgets sein können. Vorstellen könnte man sich ein persönliches Budget bei der Tagespflege nach § 23

SGB VIII. Der/die Personensorgeberechtigte hätte dann die Möglichkeit, sich selbst eine Tagespflegeperson für sein Kind zu organisieren und auch zu bezahlen. Oftmals wird „Hilfe zur Erziehung“ in sozial schwachen Familien nötig, in denen weitere Probleme (Überschuldung, geringes Einkommen etc.) herrschen. Würde man hier Geld statt Sachleistungen bewilligen, wäre in vielen Fällen eine zweckwidrige Verwendung der Mittel vorprogrammiert.

2. In welchen Punkten sehen die Kommunen Umsetzungsprobleme?

- In vielen Fällen sind Budgetassistenzen nötig. Hierfür werden aber in der Regel keine gesonderten Mittel von Seiten des Leistungsträgers gezahlt, so dass die Ausgaben für eine Assistenz aus dem Budget zu zahlen sind, ohne bei der Bedarfsermittlung berücksichtigt zu werden.
- Trotz gesetzlich verankertem Vorrang finden ambulante Leistungen nicht annähernd vergleichbare Rahmenbedingungen vor: lückenhafte Infrastruktur, große Finanzierungsunsicherheiten, materielle Benachteiligungen für die Nutzer oder deren Angehörige.
- Es fällt Eltern häufig leichter, ihre behinderten Kinder in die Obhut von stationären Einrichtungen mit ihrem Rundum-Versorgungsauftrag zu geben. Aber: Es sollte ein kleines Stück Sicherheit riskiert werden, um dafür mehr Chancen für eine angemessene und zukunftsichernde Betreuung sowie ein Mehr an Lebensqualität zu erlangen (Zitat: „Wohnst Du schon oder bis Du noch untergebracht?“)
- Die Unterstützung behinderter Menschen durch ihre Familien, Freunde und Nachbarn hat in der Praxis große Bedeutung (besonders im ländlich strukturierten und christlich geprägten Emsland), aber: es gibt nur wenige strukturelle Verbindungen zwischen dieser Unterstützungsform und dem professionellen System.
- Wir müssen uns in Teilbereichen vom überzogenen Versorgungsdenken lösen.
- Leistungsanbieter müssen bereit sein, ihr Angebot bedarfsgerecht zu differenzieren sowie Macht- und Marktstrukturen auch auszugeben.
- Betreuer: Die Änderungen im Betreuungsrecht zu Fallpauschalen können sich problematisch auswirken. Verwaltung und Einteilung eines Budgets bringt zusätzliche Arbeit. Wird die Bereitschaft bei einer Fallpauschale sinken?
- bei trägerübergreifenden Budgets:
 - Trägerübergreifendes persönliches Budget setzt eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Leistungsträgern voraus; die Erfahrungen aus der Vergangenheit seit Einführung des SGB IX haben gezeigt, dass hier nach wie vor Defizite bestehen (z. B. bei der Komplexleistung „Frühförderung“)
 - Hoher Verwaltungsaufwand, insbesondere beim nach § 10 SGB IX für die Koordinierung zuständigen Leistungsträger
 - Zersplitterte Leistungsträgerlandschaft birgt Probleme.
 - Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg“ haben gezeigt, dass trägerübergreifende persönliche Budgets nicht etwa die Regel, sondern die Ausnahme sind.

daher: möglichst Schritt für Schritt ausbauen.

3. Welche Anforderungen sind aus Sicht der Kommunen an die Qualitätssicherung zu stellen?

- Die Reha-Träger – mit Ausnahme der Träger der Sozial- und Jugendhilfe, die nach § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB IX beitreten können, jedoch nicht müssen – werden durch die vorgenannte Vorschrift verpflichtet, zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Rehabilitationsleistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, gemeinsame Empfehlungen zu vereinbaren. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat solche Empfehlungen entwickelt und hiermit auch für den Träger der Sozial- und Jugendhilfe eine (freiwillige) Grundlage zur Entwicklung eines effektiven Qualitätsmanagements geschaffen, an der man sich orientieren sollte. Die Qualität der Leistungen bemisst sich danach, wie gut mit ihnen das Ziel erreicht wird, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken. Qualität von Leistungen zur Teilhabe bedeutet eine wirksame und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche Leistungserbringung.
- Ich möchte hier die Frage der Qualitätssicherung beim persönlichen Budget weniger wissenschaftlich durch Aufteilungen in Strukturqualitäten, Prozessqualitäten oder Ergebnisqualität aufschlüsseln, sondern einen ganz pragmatischen Ansatz wählen bei dem Spagat von selbstbestimmtem Handeln mit möglichst wenig Kontrolle und der Zielsetzung, dass das Geld im Sinne der Zielvereinbarung möglichst gut eingesetzt wird. Die Auffassungen gehen hier ja weit auseinander. Von „wenn nicht unhaltbare Zustände eintreten, muss es egal sein, wie das Geld verwendet wird über eine detaillierte Kontrolle und Darlegungspflicht“.
- Ich meine, man darf hier nichts überstrapazieren. Eine gewisse Form der Qualitätskontrolle ist notwendig, muss aber Spielräume für den Betroffenen offen halten. Es reicht daher aus:
 - Besondere Sorgfalt bei der Auswahl der Personen für das persönliche Budget vorzunehmen. „Einigung“ ist das zentrale Stichwort.
 - Zwingend Notwendiges auch im Hilfeplanverfahren bzw. in der Zielvereinbarung zu nennen, d. h. unter Umständen auch auf bestimmte Fachleistungsanbieter zu verweisen.
 - Qualitätssicherung durch gut strukturiertes Hilfeplanverfahren mit Erfolgsüberprüfung im abgesprochenen Zeitrahmen.

Abschließend kann man festhalten:

Das persönliche Budget in der Eingliederungshilfe ist wahrlich nichts, wo Modellregionen sich vor Anträgen nicht retten können.

Wir haben immerhin seit Anfang des Jahres gebraucht, um jetzt die ersten potentiellen Antragsteller sozusagen vorzubereiten.

Aber: aus meiner Sicht gilt hier Sorgfalt vor Schnelligkeit. Wir brauchen positive Beispiele, um festgetretene Pfade in der Eingliederungshilfe weiter zu verästeln. Ich bin davon überzeugt, dass hier langfristig Potentiale für alle Beteiligten vorhanden sind. Wir sollten hier ein bisschen Mut und Durchhaltevermögen an den Tag legen, bevor ein endgültiges Urteil über Sinn oder Unsinn von persönlichen Budgets abgegeben wird.

Statement durch Dr. Fritz Baur, Vorsitzender der BAGüS

Budgetfähige Leistungen und Qualitätssicherung

Nach § 17 Abs. 2 SGB IX können Leistungen zur Teilhabe auf Antrag durch ein monatliches Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Weiter heißt es dort: Budgetfähige Leistungen sind Leistungen, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. Demnach setzt die Budgetfähigkeit eines Bedarfes vier Tatbestände voraus:

- **Alltägliche Bedarfe**
Darunter sind in Anlehnung an das SGB XI regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zu verstehen. Dazu zählt grundsätzlich alles, was zum üblichen Lebensablauf in allen Lebensbereichen gehört – also im Bereich des Wohnens, des Arbeitens und der Freizeit.
- **Regelmäßig wiederkehrende Bedarfe**
Es muss sich also um in einem bestimmten Rhythmus wiederkehrende, wiederholt benötigte Leistungen handeln (täglich, wöchentlich usw.).
- **Regiefähige Bedarfe**
Das bedeutet, dass die Leistung steuerbar ist, also der Budgetnehmer entscheiden kann, wo, wie und wie lange er eine solche Leistung ausführt.
- **In eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen**
Damit ist nicht eine absolute Eigenständigkeit bei der Verwaltung des Budgets zu verstehen. Es handelt auch derjenige in eigener Verantwortung, der das Budget mit Beratung und Unterstützung durch Dritte verausgabt. Allerdings dürfte die Abgrenzung Schwierigkeiten bereiten. Die Praxis wird hier manches erst künftig klären können.

Die genannten Voraussetzungen müssen nebeneinander, also kumulativ vorliegen. Damit sind ausgeschlossen Bedarfe, die nur gelegentlich und kurzfristig vorkommen, es sind ausgeschlossen einmalige Leistungen, ebenfalls Hilfsmittel und Erstausrüstungen.

Denkbar sind dagegen:

- Hilfen zur Mobilität
- Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Hilfen zur häuslichen Pflege und Krankenpflege (Hauswirtschaft/sozialpädagogische Betreuung)
- Hilfen zum Erreichen des Ausbildungs- und Arbeitsplatzes (Fahrtkosten)

Für den Sozialhilfeträger ist selbstverständlich immer vorweg der Nachrang zu prüfen und festzustellen, ob eine wesentliche Behinderung vorliegt.

Sondersituation Werkstatt für behinderte Menschen.

Es ist strittig, ob das Persönliche Budget auch für Werkstatteleistungen in Frage kommt mit der Folge, dass der Budgetnehmer sich Ort und Art und Umfang der Werkstatteleistung eigenständig aussuchen kann. Dem stehen freilich formalrechtliche Hemmnisse im Wege.

§ 41 Abs. 3 SGB IX bestimmt, dass die Werkstätten vom zuständigen Rehabilitationsträger angemessene Vergütungen erhalten, nicht etwa vom Werkstattbesucher. Demgegenüber

würde der Budgetnehmer selbst die Vergütung entrichten, was vom Gesetz nicht vorgesehen ist.

Nach § 137 I SGB XI besteht eine Aufnahmepflicht der Werkstatt, wenn Leistungen durch die Rehabilitationsträger gewährleistet sind. Bei Zulassung des Persönlichen Budgets würden die soeben abgeschafften „Selbstzahler“ wieder eingeführt.

Darüber hinaus gilt, dass bislang jedenfalls ein freies Wahlrecht im Hinblick auf die Werkstatt nicht gegeben ist. Es sind Einzugsbereiche mit entsprechender Aufnahmeverpflichtung festgelegt. Art und Umfang der Leistungen der Werkstatt sind nicht frei aushandelbar, was bei einem Budget Geschäftsgrundlage ist, sondern weitgehend im SGB IX und in der Werkstättenverordnung vorgegeben. Ferner kennt das Vergütungsrecht der Werkstatt nur einheitliche Kostensätze, und zwar müssen diese den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen. Die Werkstatt kann demzufolge weder Teilleistungen anbieten noch Teilvergütungen noch in Einzelfällen abweichende Preise vereinbaren. Problematisch ist auch, anstelle von Werkstattdienstleistungen andere Leistungen der beruflichen Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, da diese auf eine andere Zielsetzung ausgerichtet und an andere Leistungs- bzw. Zugangsvoraussetzungen gebunden sind (z.B. anstelle Werkstattdienstleistungen Tagesstättenbesuch oder Tätigkeit in Zuverdienstfirmen).

Zu beachten ist, dass derzeit noch kein Anspruch auf das Budget besteht, vielmehr entscheidet der zuständige Rehabilitationsträger nach pflichtgemäßem Ermessen. Nach den allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätzen bedeutet dies, dass der Träger das Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten hat. Der Träger hat die Entscheidung nach sachlichen Gesichtspunkten unter gerechter und billiger Abwägung des öffentlichen Interesses und der Belange des Bürgers zu treffen und insbesondere die Grundsätze der Zweckmäßigkeit und der Verhältnismäßigkeit zu beachten. Das Ermessen ist also nicht frei, sondern pflichtgemäß und das bedeutet in einer dem Sinn und Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise auszuüben.

Das bedeutet für die Praxis, dass bei Vorliegen aller Tatbestandsvoraussetzungen und bei Nichtvorliegen entgegenstehender Gesichtspunkte sich das Ermessen auf Null reduzieren dürfte. Damit wäre für das Gros der „Normalfälle“ der Weg zum Persönlichen Budget geebnet.

Zur Qualitätssicherung so viel:

Die Qualitätssicherung kann sich auf zwei Gegenstände beziehen, nämlich zum einen auf die Verwendung des Persönlichen Budgets mit dem Ziele der Bedarfsdeckung, und zwar des amtlich festgestellten Bedarfs. Zum anderen geht es um die Qualität der eingekauften Leistungen im Einzelnen.

Bei der Verwendung des Budgets muss eine Zweckentsprechung vorgesehen werden. Das bedeutet, dass das Budget entweder ausschließlich oder jedoch zu einem erheblichen, prozentual festgelegten Anteil der Deckung des festgestellten Bedarfes dienen muss. Das schließt nicht aus, dass ein Teil des Budgets, etwa 10 oder 20 %, der freien Verfügung des Budgetnehmers unterliegt. Ob und wie weit Verwendungsnachweise des Budgetnehmers dem Budgetgeber gegenüber geführt werden müssen, hängt von dem damit verbundenen Verwaltungsaufwand ab. Eine lückenlose Nachweisführung mit entsprechender Nachprüfung ist wegen des bürokratischen unverhältnismäßigen Aufwandes nicht angezeigt. Es muss daher genügen, nach einer bestimmten Systematik Stichproben durchzuführen. Erhöhte Anforderungen an den Verwendungsnachweis könne zum Verzicht auf die Inanspruchnahme des Budgets führen, auch das wäre nicht wünschenswert. Umgekehrt hätte man durch die Freistellung eines geringen Teils des Budgets erhebliche Anreize zur Annahme des Budgets geschaffen.

Was die andere Seite der Qualitätssicherung betrifft, nämlich die Qualität der eingekauften Leistungen, sind alle Fragen noch offen: Gilt § 93 BSHG? Gelten Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen? Wenn beides zu verneinen ist, sind dann nur die ordnungsrechtlichen Vorschriften zugrunde zu legen? Dem Wesen des persönlichen Budgets würde es entsprechen, dass der Budgetnehmer selbst über die Qualität der eingekauften Leistungen befindet, dass allerdings gewisse ordnungsrechtliche Grundlagen im Sinne einer „Gefährlichkeitsüberprüfung“ gegeben sein müssen. Denkbar wäre auch ein gewisses Zertifizierungssystem, dem man allerdings angesichts der zu beobachtenden ausufernden Praxis mit einer gewissen Skepsis gegenüberstehen sollte.

Diese wenigen Stichpunkte mögen an dieser Stelle zunächst einmal als Einführung in die Thematik genügen.

Statement durch Thomas Bublitz, VdAK Siegburg

Das trägerübergreifende Budget:

Budgetfähige Leistungen aus Sicht der Rehabilitationsträger – ihre Erwartungen und ihre Vorstellungen zur QS

Allgemeine Bemerkungen

- Ich vertrete heute die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegeversicherung
- Zum Stand der Budget Verordnung kann/hat Herr Wilmerstadt Informationen geben.
- Ziel des Persönlichen Budgets ist, den Leistungsberechtigten ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Hierbei wird der individuelle Bedarf ermittelt und der entsprechende Leistungsanspruch als Geldleistung ausbezahlt oder in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt. Das Persönliche Budget bietet somit einen Einstieg zu mehr Eigenverantwortlichkeit bei der Entscheidung über die Art, den Zeitpunkt und den Umfang der notwendigen Hilfen. Mit dem Persönlichen Budget erhält der Leistungsberechtigte die Mittel in die Hand, um selbst entscheiden zu können, welche Hilfen durch welchen Dienst oder durch welche Person zu dem ihm gewünschten Zeitpunkt erbracht werden. Gegenüber den Leistungserbringern treten nicht mehr die Leistungsträger als Vertragspartner auf, sondern die Leistungsberechtigten.
- Diese Form der Leistungserbringung stellt im Bereich der Krankenversicherung mit vorherrschendem Sachleistungsprinzip ein gewisses Novum dar. Gleichwohl gehen die Spitzenverbände der Krankenkassen positiv und konstruktiv an diese Aufgabe heran, um auszuloten, ob diese Form der Leistungserbringung die Versorgungssituation behinderter Menschen verbessern kann und gleichzeitig positive Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen hat.
- Nicht verschweigen darf man, dass es natürlich auch kritische Stimmen zum persönlichen Budget gibt. So bestehen durchaus nicht unberechtigte Zweifel, ob die ebenfalls vom Gesetzgeber gewollte stringenter Führung des Patienten durch das Gesundheitssystem nicht unterlaufen wird. Wäre dies der Fall, würden die Ansätze des GMG zur Kosteneinsparung sehr wahrscheinlich unterlaufen; z. B. Einkauf von in der GKV ausgeschlossen Behandlungs- und Therapiemethoden (AM, mystische oder gar gefährliche Behandlungsmethoden).

Rechtscharakter der Leistungen zum 01.07.04

Die Versicherten können ein Persönliches Budget beantragen. Die Ausführung der Leistungen in Form des Persönlichen Budgets liegt bis 31. Dezember 2007 im Ermessen des Leistungsträgers. Diese Leistungsform ist nicht beschränkt auf die Modellregionen, in denen vom 1. Juli 2004 bis 31. Dezember 2007 die Persönlichen Budgets erprobt werden.

Ab 1. Januar 2008 besteht gemäß § 159 Abs. 5 SGB IX ein Rechtsanspruch auf die Ausführung von Leistungen in Form des Persönlichen Budgets.

Anspruchsberechtigte

Die Regelungen des § 17 SGB IX gelten sowohl für Pflichtversicherte als auch für freiwillig Versicherte und alle familienversicherten Angehörigen. Die Regelungen können auch für „Betreute“ nach § 264 SGB V Anwendung finden; es wird jedoch eine Abstimmung mit den Sozialhilfeträgern empfohlen.

Leistungsträger

Als Leistungsträger am trägerübergreifenden Persönlichen Budget können beteiligt sein

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die Pflegekassen
- die Bundesagentur für Arbeit
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- die Träger der Alterssicherung der Landwirte
- die Träger der Kriegsopferversorgung
- die Träger der Kriegsopferfürsorge
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- die Träger der Sozialhilfe
- die Integrationsämter.

Beauftragter beim trägerübergreifenden Persönlichen Budget

Der nach § 14 SGB IX erstangegangene Leistungsträger ist nach § 17 Abs. 4 SGB IX grundsätzlich der „Beauftragte“, sofern er mit eigenen Leistungen am Persönlichen Budget beteiligt ist. Er ist damit verantwortlich für die Durchführung des Verfahrens und den Erlass des Verwaltungsaktes. Im Kern besteht seine Aufgabe in der Koordination solcher trägerspezifischer Leistungen zu einem persönlichen Budget, über deren Grundanspruch diese bereits entschieden haben. Weiterhin übernehmen die Beauftragten auch das Management und die Unterstützung in solchen Fällen, in denen die Leistung noch nicht bereitgestellt ist, z. B. die Antragstellung usw.

Dies werden in hohem Maße die Krankenkassen sein, die die überwiegende Zahl der Servicestelle betreiben. Neben den Versichertendaten sind zu dokumentieren:

- die Leistungen, die künftig als Persönliches Budget ausgeführt werden sollen,
- die (möglichen) zuständigen Leistungsträger und
- die Feststellungen zum individuellen Bedarf,
- die Wünsche der Antrag stellenden Person,
- Hinweise zur Leistungsbeschaffung,
- sonstige Hinweise,
- antragsbegründende Unterlagen (z.B. Verordnungen, Kopien von Bewilligungsbescheiden bereits bewilligter Leistungen, die Bestandteil des Persönlichen Budgets werden sollen).

Budgetfähige Leistungen

Budgetfähig sind Leistungen nur, wenn der jeweilige Leistungsträger über den Leistungsanspruch entschieden hat.

Budgetfähige Leistungen sind Leistungen, die sich auf

- alltägliche,
- regelmäßig wiederkehrende und

- regiefähige

Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.

Alltäglich:

„Alltäglich“ bezieht sich auf die Anforderungen in Arbeit, Familie, Privatleben und Gesellschaft sowie die Gestaltung des eigenen Lebensumfeldes. Hilfebedarf kann darin bestehen, diese Anforderungen individuell zu bewältigen und die eigenen Ressourcen (persönlich, sozial, umweltbezogen) zu erweitern.

Regelmäßig wiederkehrend:

„Regelmäßig wiederkehrend“ bedeutet, dass die Leistungen in feststellbaren Zeitabständen (z.B. täglich, wöchentlich, monatlich, jährlich) anfallen und einen erkennbaren Rhythmus aufweisen.

Regiefähig:

„Regiefähig“ bedeutet, dass der Budgetnehmer alleine oder mit Unterstützung entscheiden kann, wer die Leistung mit welchen Zielen, in welcher Zeit, wo und wie ausführt. Dabei reicht es aus, dass auch nur einzelne der genannten Dimensionen regiefähig sind.

Auf Grund der Zielsetzung des Persönlichen Budgets und der Bindung der Antrag stellenden Person an seine Entscheidung sind grundsätzlich nur Leistungen als budgetfähig anzusehen, wenn sie voraussichtlich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erbracht werden.

Unter den vorgenannten Voraussetzungen kommen bestimmte Leistungen aus folgenden Leistungsgruppen in Betracht:

- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen der Krankenbehandlung
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

Als budgetfähige Leistungen können seitens der gesetzlichen **Krankenkassen** folgende Leistungen nach dem SGB V und SGB IX in Betracht kommen:

- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z.B. Inkontinenzprodukte)
- Häusliche Krankenpflege
- Haushaltshilfe
- Fahrkosten (z.B. bei Dialysepatienten)
- Reisekosten
- Rehabilitationssport
- Funktionstraining
- Gebärdensprachdolmetscher.

Voraussetzung ist grundsätzlich eine ärztliche Verordnung der jeweiligen Leistungen. Zusätzlich muss der verordnende Arzt sein medizinisches Einverständnis für Erbringung der Leistung als persönliches Budget geben.

Als nicht budgetfähige Leistungen werden im Hinblick auf die Voraussetzungen ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Soziotherapie, Heilmittel, technische Hilfen und medizinische Rehabilitationsleistungen nach §§ 40, 41 SGB V angesehen. Leistungen zur Rehabilitation nach

§§ 40, 41 SGB V sind nach § 9 Abs. 2 SGB IX nicht als Geldleistung, auch nicht im Rahmen des Persönlichen Budgets, zu erbringen. Dies gilt analog auch für die Krankenhausbehandlung.

Im Bereich der **Pflegekassen** können folgende Leistungen nach dem SGB XI im Rahmen des Persönlichen Budgets in Betracht kommen:

- Häusliche Pflege: Pflegesachleistung in Form von Gutscheinen, Pflegegeld
- Teilstationäre Tages- und Nachtpflege in Form von Gutscheinen
- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z.B. saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch).

Einholung von Stellungnahmen durch den Beauftragten

Der Beauftragte holt unverzüglich nach Antragseingang bzw. -annahme die Stellungnahmen der am Persönlichen Budget beteiligten Leistungsträger ein. Die Antragsunterlagen (vgl. Ziffer ...) werden den beteiligten Leistungsträgern zur Verfügung gestellt. Für die Datenübermittlung ist das Einverständnis der Antrag stellenden Person erforderlich.

Stellungnahmen der beteiligten Leistungsträger

Die beteiligten Leistungsträger sollen dem Beauftragten ihre Stellungnahmen innerhalb von 14 Tagen übermitteln. Hierbei ist das Wunsch- und Wahlrecht der Antrag stellenden Person nach § 9 Abs. 1 SGB IX zu berücksichtigen.

Die Stellungnahmen sollten, bezogen auf die zur Verfügung zu stellende Leistung, Aussagen enthalten

1. zum Bedarf (im Hinblick auf die vorliegenden Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe), der durch budgetfähige Leistungen gedeckt werden kann:
 - zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel:
 - häusliche Krankenpflege: In Abhängigkeit der Verordnung Sicherstellung der ärztlichen Behandlung, Setzen von Spritzen, Sicherstellung der Medikamentengabe
 - Haushaltshilfe: Aufrechterhaltung des Haushalts
 - Fahrkosten: Fahrten zur Dialysebehandlung
 - Reisekosten: Einbeziehung des sozialen Umfelds bei Familienheimfahrten
 - Rehabilitationssport: Stärkung von Kraft und Ausdauer durch Bewegungstherapie
 - Funktionstraining: Erhalt und Verbesserung von Funktionen durch krankengymnastische Bewegungsübungen
 - Gebärdendolmetscher: Überwindung von Sprach-/Kommunikationsbarrieren durch Verwendung von Gebärdendolmetscher

Ggf. ist durch Arztanfrage beim behandelnden Arzt und/oder durch den MDK zu klären, ob die beantragte Leistung voraussichtlich mindestens 6 Monate benötigt wird. Hierbei ist zu beachten, dass die einzelne ärztliche Verordnung/Folgeverordnung (z.B. unter Beachtung der Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege) einen kürzeren Zeitraum umfassen kann.

2. zur Höhe des Teilbudgets in Euro:

Es ist der monatliche Betrag, bei anderen Zahlungsrhythmen den jeweiligen Zahlbetrag und Zahlungstermine, die Dauer der Zahlung, ggf. befristet, anzugeben.

Bei der Bedarfsermittlung ist zunächst zu prüfen, welche notwendigen Sachleistungen für die Erreichung des Rehabilitations-/Teilhabeziels erforderlich sind und wie hoch deren Kosten für den betreffenden Zeitraum/im Monat sind. Zu leistende Zuzahlungen sind zu berücksichtigen.

Außerdem ist einerseits zu beachten, dass der individuell festgelegte Bedarf auch bei der Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets zu decken ist, andererseits die Aufwendungen nicht höher sein sollen als die Kosten, die durch eine Sachleistungserbringung entstanden wären.

3. zum Inhalt der Zielvereinbarung:

- Angabe der Förder- und Leistungsziele (Behandlungs-/Pflege-/Rehabilitations-/Teilhabeziele) bezogen auf den konkreten Einzelfall (Beispiel Häusliche Krankenpflege: Sicherstellung der ärztlichen Behandlung, Aufrechterhaltung des Haushalts)
- Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des individuellen Bedarfs, z.B. könnte der Nachweis über die erbrachte Leistung durch Vorlage von bezahlten/quittierten Rechnungen, durch Erklärung des in Anspruch genommenen Leistungserbringers erfolgen. Auf den Nachweis kann im Einzelfall verzichtet werden (z.B. Fahrkosten zur Dialysebehandlung).

Qualitätsaspekte/Qualitätssicherung:

- Sofern zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, ist zunächst die Erfüllung der Qualität zu unterstellen; sofern qualifizierte, nicht zugelassene Einzelpersonen (Fachkräfte) zum Einsatz kommen, sind die gleichen Qualitätsanforderungen wie bei zugelassenen Leistungserbringern zu stellen.
- Die externe Unterstützung durch so genannte „Budgetmanager/Casemanager“ wird nicht durch die Krankenkasse/Pflegekasse zusätzlich honoriert, da der Leistungsanspruch mit dem Teilbudget abgegolten ist. Die Höhe des Persönlichen Budgets darf die ansonsten im Rahmen der Sachleistung zu übernehmenden Kosten nicht übersteigen. Die Honorierung der Assistenz ist zwischen Versichertem und „Budgetmanager“ zu regeln. Sofern Beratungs- und Unterstützungsbedarf besteht, sind diese grundsätzlich mit den bewilligten Leistungen abgedeckt.
- Offen ist die Frage, welche leistungs- und haftungsrechtlichen Konsequenzen sich aus einer offensichtlich schuldhaften Fehlverwendung des persönlichen Budgets ergeben. Wenn beispielsweise der Leistungsanspruch bereits durch die Ausschüttung des persönlichen Budgets erfüllt ist, dieses jedoch zweckentfremdet verwendet wurde.

Fazit

Man könnte stundenlang über die Vor- und Nachteile und die Umsetzung des persönlichen Budgets referieren. Wichtig ist zunächst, dass es eine solche Leistungsform gibt; das man mit ihr ohne Vorbehalte im Kopf Erfahrungen sammelt und diese in innovative Weiterentwicklung einbringt. Dies ist ein guter und wichtiger Ansatz zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems.

Kurzstatement zum Persönlichen Budget aus Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung (03.06.2004 in Münster)

Markus Oberscheven, Verband deutscher Rentenversicherungsträger

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

auch für die gesetzliche Rentenversicherung ist die Möglichkeit der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe in Form von persönlichen Budgets Neuland. Die im Gesetz vorgesehene Erprobung dieser neuen Form der Leistungsausführung in Modellvorhaben ist daher auch aus unserer Sicht folgerichtig.

Die Intention des Gesetzgebers des SGB IX, den von einer Behinderung betroffenen oder bedrohten Menschen durch selbstständig verfügbare und einsetzbare Persönliche Budgets einen möglichst weitgehenden Raum zur eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Organisation und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe zu geben, ist grundsätzlich zu begrüßen und im Hinblick auf die starke Orientierung des SGB IX an den Nachfragern von Sozialleistungen auch konsequent.

Die besondere Aufgabe und die Zielsetzungen der persönlichen Budgets sollten jedoch stets auch bei der Bestimmung der budgetfähigen Bedarfe und der sogenannten budgetfähigen Leistungen, die diese Bedarfe letztlich abbilden, beachtet werden. Nur dort, wo eine eigenverantwortliche Mittelverwendung in Form der Zur-Verfügung-Stellung von Budgets geeignet ist, die im SGB IX und den einzelnen Leistungsgesetzen genannten Ziele - im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung insbesondere das Ziel einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten bzw. seine (Wieder-)eingliederung in das Arbeitsleben – unter Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des Rehabilitanden zu erreichen, erscheint diese neue Form der Leistungsausführung auch sinnvoll.

Betrachtet man allerdings die neue Definition der budgetfähigen Leistungen in § 17 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX, nach der es sich bei diesen Leistungen um alltägliche, wiederkehrende und regiefähige Leistungen handelt und blickt man daneben in die Gesetzesbegründung, die als Beispiele für budgetfähige Leistungen in diesem Sinne die Hilfen zur Mobilität, Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Hilfen zur häuslichen Pflege und häuslichen Krankenpflege, regelmäßig wiederkehrend benötigte Heil- und Hilfsmittel sowie Hilfen zum Erreichen des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes nennt, so deutet einiges darauf hin, dass man darunter überwiegend Leistungen zu verstehen hat, die dem Leistungsempfänger die Ermöglichung eines selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Alltags gewährleisten sollen.

Unter Zugrundelegung der genannten engen Definition der budgetfähigen Leistungen in § 17 SGB IX scheiden viele der Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung zumindest auf den ersten Blick bereits rein begrifflich aus. Auch dürften trägerübergreifende Fallkonstellationen unter Beteiligung der Rentenversicherung die Ausnahme bilden.

Gleichwohl ist das Persönliche Budget von Gesetzes wegen grundsätzlich für alle Leistungsbereiche angelegt, so dass im Einzelfall genau zu prüfen ist, ob die jeweilige Leistung sinnvoll in ein Gesamtbudget eingefügt werden kann.

Eine regelhafte dreiwöchige medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer Klinik oder ambulanten Einrichtung im Anschluss an eine Akutbehandlung oder zur Behandlung eines chronischen Leidens kann meines Erachtens allerdings wohl kaum als alltäglich oder wiederkehrend gelten. Angesichts des ganzheitlichen Ansatzes der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, die eine Vielzahl verschiedener und weitgehend koordinierter und vorbestimmter Leistungen beinhaltet, ist auch eine Regiehoheit der Leistungs-

empfänger im Sinne größerer Auswahlmöglichkeiten und einer Entscheidung über das „Wie“, „Wann“ und „Wo“ der konkreten Leistungsinhalte kaum gegeben.

Insofern kann davon ausgegangen werden, dass persönliche Budgets in diesem Bereich auch kaum einen Zugewinn an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung auf Seiten des betroffenen Menschen bringen. Bezüglich der Auswahl von Leistungen und Einrichtungen bietet im Übrigen auch die gesetzmäßige Berücksichtigung berechtigter Wünsche des Antragstellers nach § 9 Abs. 1 SGB IX ausreichend Raum für die weitgehende Berücksichtigung seiner Selbstbestimmung und persönlichen Belange.

Dies hat im Grundsatz auch der Gesetzgeber erkannt und sich hinsichtlich von Geldleistungen in § 9 Abs. 2 SGB IX dafür entschieden, dass diese nur dann an Stelle der notwendigen Sachleistungen erbracht werden können, wenn sie nicht in Einrichtungen auszuführen sind.

Im Bereich der länger andauernden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, also bei Leistungen der beruflichen Anpassung und Weiterbildung, erscheint aus meiner Sicht der Anwendungsbereich persönlicher Budgets zumindest in besonders gelagerten Einzelfällen dagegen etwas weiter geöffnet. Zwar ist auch hier die Regiehoheit des Rehabilitanden im Wesentlichen eingeschränkt, da der Ablauf und die Inhalte der beruflichen Maßnahme, z.B. durch Lehr- und Prüfungspläne, regelmäßig strikt vorgegeben sind, doch lässt sich angesichts einer Dauer der Bildungsmaßnahmen von bis zu zwei Jahren wohl doch von einer gewissen Alltäglichkeit sprechen.

Die LVA Baden-Württemberg hat denn auch im Rahmen des Modellprojektes zum Persönlichen Budget in diesem Bundesland in Einzelfällen bereits mehrere Umschulungsmaßnahmen in Form eines – wenn auch nicht trägerübergreifenden – Persönlichen Budgets bewilligt. Allerdings handelt es sich dabei um atypische Fälle, in denen das Ziel einer Teilhabe am Arbeitsleben durch die Zahlung eines Budgets und der eigenverantwortlichen Gestaltung der Umschulung durch den Budgetnehmer voraussichtlich besser erreicht werden kann. Der Anwendungsbereich des Budgets in diesen Fällen erscheint also insgesamt eher bei individuellen und besonderen Bedarfslagen, die durch eine Selbstorganisation durch den Rehabilitanden besser gelöst werden können, eröffnet zu sein als bei regelhaften berufsfördernden Leistungen. Wir sind jedenfalls gespannt auf die Ergebnisse, die die wissenschaftliche Begleitung dieses Projektes hierzu hervorbringen wird.

Die schon bestehenden und zukünftigen Modellvorhaben werden darüber hinaus auch zeigen, ob ausnahmsweise auch einmalige und nicht alltägliche Leistungen der Rentenversicherung sinnvoll in ein Persönliches Gesamtbudget einfließen können. Zu denken wäre hier an Leistungen der Wohnungshilfe und der Kraftfahrzeughilfe.

Grundsätzlich geeignet für die Einfügung in ein Gesamtbudget erscheint des Weiteren die „Arbeitsassistenz“ als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, deren Kosten von den Rentenversicherungsträgern zur Erlangung eines Beschäftigungsverhältnisses für die Dauer von bis zu drei Jahren getragen werden können. Sie wird von den Integrationsämtern gegen Kostenerstattung durch die Rentenversicherung ausgeführt.

Die ergänzenden Leistungen „Rehabilitationssport und Funktionstraining“ sowie Reisekosten und Haushaltshilfe werden den Rehabilitanden bereits jetzt von einigen Rentenversicherungsträgern als Pauschalbetrag zur Verfügung gestellt. Bei Beteiligung weiterer Leistungsträger und bei längerer Leistungsdauer ist es aus meiner Sicht unabhängig von der Frage der Budgetfähigkeit der Hauptleistung durchaus denkbar, diese akzessorischen Leistungen in ein trägerübergreifendes Gesamtbudget einfließen zu lassen.

Von entscheidender Bedeutung für das Gelingen der neuen Leistungsform „Persönliches Budget“ wird sein, dass auch die im Budget enthaltenen Teilleistungen bzw. ihre Verwendung durch den Leistungsberechtigten qualitätsgesichert sind.

Die Budgetverordnung sieht als wesentliches Instrument der Qualitätssicherung den Abschluss einer Zielvereinbarung zwischen dem beauftragten Träger und dem Budgetnehmer vor, ohne deren Abschluss der Gesamtverwaltungsakt nicht erlassen werden darf. In der

Endfassung der Verordnung ist nunmehr auch vorgesehen, dass der beauftragte Träger die Zielvereinbarung aus wichtigem Grund kündigen kann, wenn der Budgetnehmer die in der Vereinbarung festgelegten Maßstäbe zur Nachweiserbringung und Qualitätssicherung nicht einhält. Als Konsequenz der Kündigung soll der Verwaltungsakt – gleichsam als Sanktion – aufgehoben werden.

Umso wichtiger wird es also sein, die geforderten Regelungen in der Zielvereinbarung zur Qualitätssicherung mit Leben zu füllen und für die Budgetnehmer handhabbar zu gestalten. Sicherlich verbietet es der Sinn und Zweck Persönlicher Budgets, zu strenge Vorgaben hinsichtlich der Mittelverwendung im konkreten Fall zu treffen, doch kann die Zielvereinbarung ihre Funktion als Steuerungsinstrument nur dann effektiv wahrnehmen, wenn sie dem Budgetnehmer gewisse Grenzen bei seiner Auswahl der in Anspruch genommenen Leistungen setzt, z.B. über die Festlegung einer geforderten bestimmten Qualifikation auf Seiten des Leistungserbringers.

Soweit Qualitätssicherungskonzepte für bestimmte (Sach-)leistungen vorliegen, sollten diese möglichst auch bei Organisation durch den Leistungsempfänger selbst Anwendung finden.

Zusammenfassend lässt sich damit sagen, dass das Persönliche Budget als neue Leistungsform überall dort sinnvoll eingesetzt werden kann, wo dadurch tatsächlich ein Zuwachs an Selbstbestimmung des behinderten Menschen bei gleichzeitiger gesicherter Qualität der Leistungserbringung erreicht werden kann. Sein Hauptanwendungsgebiet wird das Persönliche Budget aller Wahrscheinlichkeit nach im Bereich der erforderlichen Deckung eines Alltagsbedarfs durch eigenständig verfügbare, rhythmisch zu zahlende Geldbeträge finden.

Gleichwohl hat der Gesetzgeber die Möglichkeit der Leistungserbringung in Form von Persönlichen Budgets grundsätzlich für alle Rehabilitationsträger und für alle Leistungsgruppen vorgesehen. Die Rehabilitationsträger sollten daher keinen Denkverboten unterliegen, sondern grundsätzlich bereit sein, den Anwendungsbereich persönlicher Budgets für ihren Trägerbereich im Rahmen der Modellvorhaben im Sinne der betroffenen Menschen auszuloten.

Vielen Dank

Statement „Persönliches Budget“

1. Einleitung:

Mit dem Gesetz zur Einordnung der Sozialhilferechts in das SGB vom 27.12.2003 und der im Mai in Kraft getretenen Budget VO wird die Leistungsform „Persönliches Budget“ trägerübergreifend eingeführt und ausgestaltet.

- BA stellt sich der Verantwortung
- derzeit erarbeitet eine Arbeitsgruppe der beteiligten Träger bei der BAR „Handlungsempfehlungen“
- BA-intern Meinungsbildungsprozess noch nicht abgeschlossen (Arbeitsstand)

2. Welche Leistungen des SGB III sind aus Sicht der BA budgetfähig gem. § 17 Abs. 2 SGB IX?

- 1.) Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme
 - Reisekostenbeihilfe
 - Trennungskostenbeihilfe
- 2.) Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung, Fortbildung u. a.
 - Reisekosten
 - Kosten auswärtiger Unterbringung
 - Kinderbetreuung
- 3.) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX)
 - Hilfsmittel
 - Kinderbetreuung

3. Welche Leistungen sind nicht budgetfähig?

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes Alg, Abg, Übg, (obwohl hier im SGB III § 103 Persönliches Budget gesetzlich verankert ist!?).

Hinweis: Wahlmöglichkeiten bestehen unabhängig vom „Persönlichen Budget“ bereits heute bei Gutscheingleistungen im SGB III (Vermittlungsgutschein, Bildungsgutschein). Hier liegen auch Erfahrungen vor, dass Voraussetzungen gegeben sein müssen:

- Transparenz der Angebote/Anbieter
- Vergleichbarkeit der Angebote/Anbieter
- Handlungskompetenz (unterschiedliche Bewertungen der Handlungskompetenz jüngerer Menschen in der politischen Diskussion in Hinblick auf berufsvorbereitende Maßnahmen!?)

4. Umsetzungsprobleme aus Sicht der BA?

- 1.) Paradigmenwechsel für Budgetnehmer wie Leistungsträger
- 2.) administrativer Mehraufwand
- 3.) Handlungskompetenz des Budgetnehmers für eigenverantwortliches Handeln,
-Sensibel:
wie gehen die Träger damit um, wenn Zweifel an der Handlungskompetenz bestehen?
- 4.) Nachweiserbringung
- 5.) Qualitätssicherung

5.) Fazit

Trotz einiger Bedenken, wir wollen nicht zögerlich, sondern pragmatisch, aber auch verantwortungsbewusst mit dem „Persönlichen Budget“ umgehen!
Die Erfahrung wird zeigen, wo sich das „Persönlichen Budget“ bewährt und ob der Umfang der budgetfähigen Leistungen ausgeweitet werden kann/muss.

Dr. Helga Seel, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

An die Integrationsämter sind folgende Fragestellungen gerichtet:

Welche Leistungen können unstreitig in ein persönliches Budget einfließen?

Welche Leistungen kommen hierfür nicht in Frage?

In welchen Punkten sehen die Integrationsämter Umsetzungsprobleme?

Welche Anforderungen werden an die Qualitätssicherung gestellt?

Ich möchte zunächst einige Anmerkungen zu den Leistungen des Integrationsamtes, ihrer Zweckbestimmung, ihren Abnehmern sowie der Leistungserbringung voranstellen:

Die Integrationsämter erbringen Leistungen im Rahmen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach § 102 Abs. 2 – 5 SGB IX . Die Leistungen stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit und haben einen engen Arbeitsplatzbezug.

Der Begriff des Arbeitsplatzes umfasst alle Stellen, auf denen Arbeitnehmer/innen, Beamte/innen, Richter/innen sowie Auszubildende und andere zu ihrer beruflichen Bildung Eingestellte beschäftigt werden. In den Leistungsbezug fallen auch vergleichbare Tätigkeiten auf dem Gebiet des Arbeits- und Berufsleben sowie die Tätigkeit Selbstständiger.

Die Leistungen umfassen fachliche Beratung, individuelle Betreuung und finanzielle Hilfen.

Der berechnigte Personenkreis sind Menschen mit einem Schwerbehindertenstatus und ihnen gleichgestellte Menschen.

Die Integrationsämter agieren in einem Dreiecksverhältnis. Partner innerhalb dieses Dreiecks sind die schwerbehinderten und die ihnen gleichgestellten behinderten Menschen und deren Arbeitgeber. Diese Partner sind beide Abnehmer der Leistungen. Ein Teil der Leistungen richtet sich an die Arbeitgeber, die damit bei der Erfüllung ihrer Pflichten unterstützt werden sollen. Ein anderer Teil der Leistungen richtet sich an die behinderten Menschen selbst. Schwerbehinderte Menschen können finanzielle Leistungen erhalten für:

- Technische Arbeitshilfen,
- Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes,
- Hilfen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung,
- Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten,
- Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz,
- Hilfen in besonderen Lebenslagen.

Die finanziellen Leistungen können als Zuschuss oder als Darlehen erbracht werden. Sie sind nachrangig gegenüber Leistungen und Leistungsverpflichtungen des Arbeitgebers oder Dritter.

Die Leistungen sind außerdem Ermessensleistungen; die Erbringung der Leistung richtet sich nach den zur Verfügung stehenden Mitteln der Ausgleichsabgabe. Eine Ausnahme ist der Rechtsanspruch auf Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz.

Vor diesem Hintergrund nun die einzelnen Fragen:

☆ **Welche Leistungen des Integrationsamtes können unstreitig in ein persönliches Budget einfließen?**

Budgetfähig gem. § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX sind Leistungen, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen und die als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.

Unstreitig budgetfähig sind die Leistungen zur Kostenübernahme einer Arbeitsassistenten. Seit es diese Leistung für schwerbehinderte Menschen gibt, wird sie als persönliches Budget erbracht. Die Höhe des Budgets bemisst sich dabei am zeitlichen Umfang des Hilfebedarfs, der in diesem Falle in Handreichungen am Arbeitsplatz besteht.

Die Erfahrungen, die bislang mit dieser Art der Leistungserbringung gemacht werden konnten, sind als positiv zu bewerten. Die Leistungserbringung erfolgt dahin gehend trägerübergreifend, dass die Integrationsämter zuständig sind für die Durchführung der Leistung. Als mögliche Kostenträger sind auch – je nach Voraussetzung – die Rehabilitationsträger oder die Bundesagentur für Arbeit zuständig.

Weitere Leistungen, die als budgetfähig angesehen werden können, sind technische Arbeitshilfen im Sinne des § 19 SchwbAV. Sie sind personenbezogen und am Arbeitsplatz des schwerbehinderten Menschen für die von ihm geforderte Arbeitsleistung erforderlich.

Die Leistung als solche ist im Regelfall eine einmalige Leistung, doch können zur Instandhaltung der technischen Arbeitshilfe laufende Kosten wie Wartung oder Reparaturkosten anfallen, die ebenfalls förderfähig sind.

Budgetfähig sind sicherlich auch die Leistungen für Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten (§ 24 SchwbAV). Dies können zum Beispiel berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen sein, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken oder Maßnahmen, die sich – mit längeren Pausen dazwischen – mehrmalig wiederholen.

Die Form des persönlichen Budgets eignet sich auch für Einarbeitungshilfen in Form eines Job-Coaching durch externe Fachkräfte, die als Leistung an den schwerbehinderten Menschen erbracht werden.

Bei dieser Leistung ebenso wie bei der Arbeitsassistenten handelt es sich um Leistungen, für deren Einsatz das Einverständnis des Arbeitgebers erforderlich ist. Die Organisationskompetenz über den Einsatz des Job-Coaches oder der Assistentenkraft liegt beim schwerbehinderten Beschäftigten.

☆ **Welche Leistungen kommen hierfür nicht in Frage?**

Leistungen zur behinderungsgerechten Gestaltung von Arbeitsräumen oder von Zugängen zu Arbeitsräumen – etwa durch eine Rampe – oder Leistungen zur Arbeitsplatzausstattung sind einmalige Maßnahmen und Leistungen und stellen keinen regelmäßig wiederkehrenden Bedarf dar. Bei der baulichen bzw. ausstattungsmäßigen Gestaltung der Arbeitsplätze wird in die Organisations- und Eigentumsrechte des Arbeitgebers eingegriffen, die verfassungsrechtlich garantiert sind („Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb“). Dies bedeutet, dass es sich hierbei auch nicht um regiefähige Leistungen im Sinne eines persönlichen Budgets handelt. Trotz des Rechtsanspruches, den der schwerbehinderte Mensch gegen seinen Arbeitgeber auf behinderungsgerechte Gestaltung seiner Arbeitsbedingungen nach § 81 Abs. 4 SGB IX hat, hat er nicht die Vollmacht, solche Arbeitsplatzgestaltungen selbst in Auftrag zu geben und umzusetzen. Geldleistungen für diese Zwecke werden deshalb nicht dem behinderten Menschen, sondern seinem Arbeitgeber bewilligt. Außerdem sind bei behinderungsbedingten Bau- und Ausstattungsmaßnahmen im Betrieb im Regelfall Mitbestimmungsrechte des Betriebs-/Personenrates zu beachten. Auch von daher ist eine eigenständige Regiefähigkeit nicht gegeben.

Arbeitgeber können Leistungen erhalten, wenn mit der Beschäftigung eines schwerbehinderten Menschen besondere Belastungen verbunden sind. Diese können darin bestehen, dass der schwerbehinderte Mensch in bestimmten Situationen einer personellen Unterstützung bedarf, oder dass seine Leistung erheblich unter der am konkreten Arbeitsplatz geforderten Normalleistung liegt. Die finanziellen Leistungen, die für diese „außergewöhnlichen Belastungen“ (§ 27 SchwbAV) erbracht werden, richten sich an den Arbeitgeber. Dieser erhält für die ihm – im Falle der personellen Unterstützung - anfallenden besonderen Personalkosten bzw. im Falle der Minderleistung zu tragende Diskrepanz zwischen gezahltem Lohn und erbrachter Leistung eine Art Ausgleich.

✧ ***In welchen Punkten sehen die Integrationsämter Umsetzungsprobleme?***

Schwierigkeiten können sich aus den unterschiedlichen gesetzlichen Definitionen ergeben. Dies trifft zum Beispiel auf Assistenzleistungen zu. Eine Pflegeassistenz ist anders definiert und deckt einen anderen Bedarf ab als die Assistenzkraft am Arbeitsplatz, die als Hilfskraft tätig ist und nicht als Fachkraft. Es liegen also unterschiedliche Anforderungen an die Assistenzkraft vor, die sich zwangsläufig in unterschiedlichen Kostensätzen bei der Bestimmung der Leistungshöhe niederschlagen. Deshalb muss darauf geachtet werden, dass unter dem Begriff der „Assistenz“ nicht ein für alle Träger gleichlautender Bedarf bzw. gleich zu bemessende Leistungshöhe festgelegt wird. Vielmehr muss jede Assistenzleistung für sich definiert und mit einer Leistungshöhe bemessen werden.

Die Leistungshöhe richtet sich auch nach der geforderten Qualifikation der Assistenzkraft. Schwierigkeiten können dann auftreten, wenn der schwerbehinderte Mensch eine Assistenzkraft für alle Assistenzbereiche beschäftigt und dann in einzelnen Bedarfsbereichen entweder überhöhte Zahlungen leistet oder zu wenig zahlt.

Die Erfahrungen im Bereich der Übernahme der Kosten für eine notwendige Arbeitsassistenz zeigen, dass doch etliche behinderte Menschen im Umgang mit einem persönlichen Budget unsicher, manchmal auch überfordert sind, und dass beim „Einkauf“ von Leistungen oftmals zahlreiche Hürden zu überwinden sind. In einigen Fällen ging dies so weit, dass das Geld zwar durch das Integrationsamt bereit gestellt war, der Betroffene aber keine geeignete Assistenzkraft gefunden hatte. Als dies dann endlich der Fall war, reichte das Budget nicht, da die Forderungen des Assistenten höher lagen als das zur Verfügung stehende Persönliche Budget.

Im Kontext der Leistungen im Rahmen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben ist darauf zu achten, dass zusätzlich der konkrete Arbeitsplatz und die Beschäftigungssituation des behinderten Menschen in die Bedarfsermittlung und -feststellung einbezogen werden. Dies setzt auch eine Beteiligung des Arbeitgebers, der Schwerbehindertenvertretung sowie des Betriebs-/Personalrates voraus.

In Bezug auf die Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe ergeben sich gesetzliche Anforderungen, die der Leistungsform des Persönlichen Budget widersprechen: es geht hierbei um die Nachweiserbringung.

Eine detaillierte Verwendungsnachweisprüfung widerspricht den Ansätzen der Selbstbestimmung, der Flexibilität und Souveränität, die das persönliche Budget ja nun gerade ausmachen.

Gleichzeitig unterliegt die Verwendung von Ausgleichsabgabemitteln aber einer gesetzlich festgelegten Zweckbestimmung. Danach dürfen die Integrationsämter nicht auf den Nachweis des schwerbehinderten Menschen, dass die zur Verfügung gestellten Ausgleichsabgabemittel zweckentsprechend eingesetzt wurden, verzichten.

Nach Auffassung der BIH erfüllen Zielvereinbarungen diese gesetzlichen Anforderungen nicht.

☆ **Welche Anforderungen werden an die Qualitätssicherung gestellt?**

Voraussetzung für die beabsichtigte Wirksamkeit der Leistung ist, dass der Leistungserbringer die entsprechende berufliche Qualifikation besitzt bzw. in der Lage ist, die erforderliche Leistung in der erforderlichen Qualität zu erbringen.

Als Beispiel kann auf die Kostenübernahme für den Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern zur Unterstützung von gehörlosen oder hochgradig schwerhörigen Menschen verwiesen werden. Voraussetzung für die Vergütung aus Ausgleichsabgabemitteln ist eine bestimmte Ausbildung bzw. bestimmte Abschlüsse. Zum Verwendungsnachweis gehört deshalb auch, dass der schwerbehinderte Mensch den Namen des beauftragten Dolmetschers benennt.

Grundlage für die Qualitätssicherung bilden Zielvereinbarungen. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Zielvereinbarungen möglichst konkret und nachvollziehbar, individuell gestaltet, messbar und überprüfbar sind sowie terminiert werden.

Für den Inhalt der Zielvereinbarungen ist – wie bereits ausgeführt – der konkrete Arbeitsplatzbezug wichtig.

Wie gut letzten Endes die Umsetzung des Persönlichen Budgets gelingt, wird auch davon abhängen, wie gut die behinderten Menschen mit dem ihnen bewilligten Budget umgehen können.

Hier ist z. B. an Handreichungen zu denken, die Hilfestellung geben bei Fragen:

- Wie orientiere ich mich am Markt?
- Wo orientiere ich mich?
- Wie beurteile ich, ob ein Leistungsangebot qualitativ gut ist?
- Wie beurteile ich, ob das Angebot auch unter Kostengesichtspunkten angemessen ist?

Es ist im Interesse der Leistungserbringer, die betroffenen Menschen dabei so gut wie möglich zu unterstützen, und zwar dabei mit dem persönlichen Budget tatsächlich bestmöglich selbstbestimmt umzugehen.

Denn was nicht passieren sollte, ist, dass die eine Fremdbestimmung durch eine andere Art der Fremdbestimmung oder Abhängigkeit ersetzt wird.

Vielen Dank!

Günter Seidenberg, Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband (BSVW)

Statement aus Sicht blinder und hochgradig sehbehinderter Menschen zur Frage

"Chancen des Persönlichen Budgets aus der Sicht von Betroffenen bzw. ihren Interessenvertretern"

Persönliche Budgets (pB) im Sinne von § 17 SGB IX setzen voraus, dass sie an die Stelle von Leistungen treten, die von Rehabilitationsträgern erbracht werden und die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen.

Welche Bedarfe haben Blinde und Sehbehinderte, die hierfür in Frage kommen?

Ich nenne zuerst den Bedarf an persönlicher Assistenz im privaten Bereich:

Dieser Bedarf ergibt sich bei Blinden und hochgradig Sehbehinderten daraus, dass sie sich in einer auf visuell vermittelte Informationen und einer auf Mobilität eingestellten Umwelt von Sehenden die „Augen leihen“ oder sich führen lassen müssen. Der Bedarf ist in jedem Fall enorm - eine Aussage, die auch angesichts der individuell sehr unterschiedlichen Lebensverhältnisse der Betroffenen seine Berechtigung hat.

Zur pauschalen Abdeckung (oder zumindest Teilabdeckung) dieses Bedarfs gibt es für Blinde das von den Bundesländern gewährte Blindengeld, in einigen Bundesländern gibt es für hochgradig Sehbehinderte ein Sehbehindertengeld. Bei diesen Leistungen handelt es sich praktisch um ein pB, wenn auch nicht nach Maßgabe des § 17 SGB IX, das heißt: Es handelt sich um monatliche Geldleistungen, die dem Empfänger eine im Prinzip unbegrenzte Palette hilfreicher Verwendungsformen ermöglichen, insbesondere die Vergütung persönlicher Assistenz, aber auch die Finanzierung weiterer für die Blindheit oder für die hochgradige Sehbehinderung typischer Mehraufwendungen.

Bei einer Spontan-Umfrage anlässlich einer Tagung des BSVW, bei der ca. 50 Blindengeldempfänger gefragt wurden, wofür sie ihr Blindengeld verwenden, standen mit Abstand an erster Stelle Dienstleistungen wie persönliche Assistenz der unterschiedlichsten Ausprägungen sowie Taxifahrten. Jeder durfte nur ein oder zwei Dinge nennen. An zweiter Stelle kamen Mehraufwendungen für geeignete Haushaltsgeräte.

Das Blindengeld, das größtenteils von den Ländern, zum Teil aber auch als Blindenhilfe von den Sozialhilfeträgern gewährt wird, hat sich bewährt und die Verbände der Blinden – und Sehbehindertenselbsthilfe wollen deshalb auch an dieser Leistung festhalten.

Das heißt: Das Blindengeld ist eine unverzichtbare Leistung.

Aus Sicht der Betroffenen ist dabei jedoch zweitrangig, ob die Leistung weiterhin von den Ländern erbracht wird oder, was durchaus wünschenswert ist, ob auf Bundesebene eine zentrale Regelung in einem Leistungsgesetz für Behinderte geschaffen wird.

Keine Lösung wäre es jedoch, das Blindengeld abzuschaffen und auf § 17 SGB IX verweisen.

Das dort geregelt pB kann nicht an die Stelle des Blindengeldes treten.

Dasselbe gilt für das Bestreben des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes, für alle hochgradig Sehbehinderten in Deutschland Regelungen über ein Sehbehindertengeld zu erhalten.

Mit dem Sehbehindertengeld wird der Kreis der Blindengeldempfänger etwa um ein Drittel erweitert. Ferner findet eine sinnvolle Staffelung der Leistungen statt, die es verhindert, dass beim Blindengeld eine Alles- oder Nichtsentscheidung getroffen werden muss.

Nun ist aber auf folgendes hinzuweisen: Der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. vertritt nicht nur die Interessen der Blinden und der hochgradig Sehbehinderten, sondern auch die Interessen derjenigen Sehbehinderten, die keinen Anspruch auf Leistungen wie Blinden- oder Sehbehindertengeld haben.

Für diesen Personenkreis ist der § 17 SGB IX eine wichtige Norm.

Sie gibt jedem Betroffenen die Chance, die von ihm individuell benötigten Hilfen von den für ihn zuständigen Rehabilitationsträgern auch in der Form eines pB zu erhalten, so dass er selbstbestimmt und eigenverantwortlich darüber verfügen kann.

Soviel zur Assistenz, die im privaten Bereich.

Zur Assistenz im beruflichen Bereich ist folgendes zu sagen:

Der konkrete Bedarf hängt hier davon ab, welche Tätigkeiten der blinde oder sehbehinderte Berufstätige im Einzelnen durchführt und welche Hilfestellungen dafür konkret erforderlich sind.

Der Förderbedarf und die Förderinstrumente sind hier sehr unterschiedlich.

In vielen, wenn nicht sogar den meisten Fällen sind die Beteiligten aber nach wie vor am ehesten daran interessiert, dass der Arbeitgeber eine im Betrieb beschäftigte und in die Betriebsabläufe voll integrierte Person als Assistenz einsetzt (wenn zum Beispiel die Assistenzperson dem blinden Sachbearbeiter Betriebsinterna vorzulesen hat), das also der Einsatz der Assistenzkraft durch eine Förderung des Arbeitgebers des Behinderten gesichert wird.

Es bleiben aber durchaus auch Fälle, in denen die Finanzierung von Assistenz in Form eines pB attraktiv und sinnvoll sein kann, zum Beispiel, wenn ein selbständig tätiger Masseur sich die im Bürobereich nötigen Hilfen einkaufen könnte.

Ich komme zum Bereich Hilfsmittel:

Bei der Versorgung Blinden und Sehbehinderter mit Hilfsmitteln geht es regelmäßig um die Anschaffung relativ teurer Gegenstände, die jeweils über einen längeren Zeitraum genutzt werden. Für ein pB, das einen alltäglichen, regelmäßig wiederkehrenden Bedarf und eine monatliche Geldleistung voraussetzt, ist hier kein Raum.

Andererseits ist der Bedarf, Hilfsmittel wie bedienbare Haushaltsgeräte im weitesten Sinne, zu finanzieren kontinuierlich und langfristig vorhanden, so dass auch hier das pB greifen könnte.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass es auch im Bereich der Hilfsmittel so etwas wie ein pB schon seit langem gibt. Und zwar, wenn an den Blindenführhundhalter ein monatlicher Pauschalbetrag überwiesen wird, mit dem die laufenden Unterhaltskosten für den Führhund abgedeckt werden. Leistungsträger sind hier meistens die gesetzlichen Krankenkassen, die den Blindenführhund als Hilfsmittel bereitstellen.

Auch diese Pauschalleistung hat sich bewährt und erspart den Leistungsträgern viel Verwaltungsaufwand.

Nächster Punkt: Schulungsbedarf.

Blinde und hochgradig Sehbehinderte benötigen ein Mobilitätstraining, das in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt wird, und zwar aufgrund § 33 SGB V.

Das Mobilitätstraining wird nämlich rechtlich behandelt als Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels „weißer Langstock“.

Außerdem benötigen Blinde und Sehbehinderte eine Schulung in lebenspraktischen Fertigkeiten (LPF).

Diese Schulung wurde, wenn sie nicht im Rahmen der beruflichen Rehabilitation erfolgte, bisher ausschließlich im Rahmen der Eingliederungshilfe vom Sozialhilfeträger bezahlt.

Seit Inkrafttreten des § 26 Abs. 3 SGB IX ist jedoch auch eine Finanzierung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und somit durch die Krankenkassen möglich.

Über die Abgrenzung, welche Leistungen von der Krankenkassen erbracht werden, und welche weiterhin vom Sozialamt, finden derzeit Gespräche im BMGS statt.

Auf längere Sicht könnte man daran denken, auch in diesem Bereich die Leistungen in Form eines pB zu erbringen, indem dem Blinden, z.B. durch die Ausgabe von Gutscheinen für Schulungseinheiten, die Möglichkeit eingeräumt wird, unter den diversen Schulungsangeboten die Schwerpunkte selber zu setzen.

Auch ein durch äußere Umstände veranlasster akuter Schulungsbedarf - etwa nach Ausfall der wichtigsten Assistenzperson (Tod oder Krankheit des sehenden Partners oder Trennung) oder nach einem Wohnungswechsel – kann so schnell und unbürokratisch befriedigt werden. Nicht zu vernachlässigen ist ein erweiterter Schulungsbedarf am PC. Der Umgang mit Software und die Nutzung des Internet ist für Blinde und sehbehinderte Menschen heutzutage die Voraussetzung, um am Informations- und Wissenstransfer im Privaten wie im Beruf teilzuhaben.

Es wäre allerdings ein atypisches pB, da es sich kaum an einen Zeitraum von 6 Monaten binden ließe.

Bedarfe in den Bereichen Werkstätten und Wohnen.

Hier ergeben sich Bedarfe höchst unterschiedlicher Art, so dass sich keine pauschalen Aussagen machen lassen.

Es geht hierbei allerdings hauptsächlich um mehrfachbehinderte Blinde und Sehbehinderte, wobei noch zu berücksichtigen ist, dass es viele Spielarten und Grade von Mehrfachbehinderung gibt.

Fazit

Aus Sicht des DBSV ist das Blindengeld die fortschrittlichste Variante eines PB, weil sie dem Berechtigten die größtmögliche Selbstbestimmung ermöglicht.

Hinsichtlich derer, die kein Blindengeld bekommen oder deren Bedarfe darüber hinausgehen (z.B. mehrfach behinderte Menschen) beobachtet der DBSV sehr aufmerksam die weitere Entwicklung.

Stephan Wilke, Bundesgeschäftsstelle des Deutschen Schwerhörigenbundes e.V.

Ich bin Stephan Wilke und komme von der Bundesgeschäftsstelle des Deutschen Schwerhörigenbundes e.V. Bevor ich einige Punkte zum Persönlichen Budget erwähne, muss ich im Vorfeld noch etwas zur Thematik über Hörgeschädigte insgesamt sagen.

Seit meiner Verbandstätigkeit habe ich immer wieder die Erfahrung gemacht, dass vielen Akteuren nicht bewusst ist, dass es im Kern zwei verschiedene Gruppen von Hörgeschädigten gibt.

Sie unterscheiden sich im Wesentlichen im Modus der Kommunikation, d.h. in der Frage ihres primären Sprachgebrauchs, die einen sind gebärdensprachlich und die anderen lautsprachlich orientiert. Dies hat zur Folge, dass es hier unterschiedliche Anforderungen des Assistenzbedarfs gibt, die durch die sprachliche Ausübung des hörgeschädigten Betroffenen bestimmt wird. D.h. es gibt zwei verschiedene Gruppen von Hörgeschädigten mit Assistenzbedarf.

Nichts desto trotz muss man sich hier die Kernfrage stellen, worin besteht der Assistenzbedarf für Hörgeschädigte. Hier haben sowohl lautsprachlich als auch gebärdensprachlich orientierte Hörgeschädigte einen gemeinsamen Bedarf.

Die Kernfrage der gesellschaftlichen Integration von Hörgeschädigten beschäftigt sich mit der Frage der Kommunikation, die ja letztendlich das Handicap „nicht Hören“ oder „extrem begrenztes Hören“ ausmacht.

Die gesellschaftliche Norm der Kommunikation erfordert ergonomisch gesehen „Hören“, und hier resultieren im Wesentlichen die Nachteile für die Hörgeschädigten.

Zusammenfassend kann man sagen, es besteht Assistenzbedarf für alle Bereiche, die mit mündlicher Kommunikation zu tun haben.

Ich möchte mich hier darauf konzentrieren, auf welchen Feldern der Deutsche Schwerhörigenbund e.V. Chancen des Persönlichen Budgets mit Assistenzbedarf sieht.

Zunächst möchte ich zwischen zwei Bereichen differenzieren: Dem privaten und beruflichen Bereich.

Im privaten Bereich besteht der Assistenzbedarf im allgemeinen überall dort, wo mündlicher Beratungsbedarf anfällt. Es gibt drei Bereiche, die hier als besonders existenziell für das individuelle Schicksal des hörgeschädigten Betroffenen gesehen werden müssen, wo gerade Missverständnisse, d.h. falsch Verstandenes, fatale Folgen für den Betroffenen haben können:

- a) in finanzieller Hinsicht, wie z.B. Versicherungen, Banken,
- b) in juristischer Hinsicht, wie z.B. beim Rechtsanwalt und
- c) in gesundheitlicher Hinsicht, wie z.B. beim Arztbesuch, Kuren usw.

Im beruflichen Bereich besteht Assistenzbedarf bei Arbeitsberatungen und vor allem beim Telefonieren, es ist trotz Email und Fax nach wie vor das primäre Kommunikationsmittel für die simultane Fernkommunikation.

Auch beim Studium, bei Seminaren und Vorlesungen besteht Assistenzbedarf. Bei lautsprachlich orientierten Hörgeschädigten sieht es z.B. so aus, dass sie wegen Lippenablesens gezwungen sind, den Blick auf den Sprecher zu konzentrieren, so dass sie nicht in der Lage sind, Notizen anzufertigen, hier muss jemand für sie mitschreiben. Gebärdensprachlich orientierte Hörgeschädigte benötigen hier hingegen einen Dolmetscher, der das gesprochene Wort in die Gebärdensprache visualisiert.

Abschließend möchte der Deutsche Schwerhörigenbund e.V. noch den Punkt Hilfsmittel ansprechen, weil wir hier eine Interessenkollision mit dem Persönlichen Budget sehen.

Es muss eindeutig gesagt werden, dass sich die Festbeträge für Hörgeräte von den Krankenkassen längst nicht mehr nach dem Sachleistungsprinzip orientieren, hier spreche ich besonders für die Betroffenen, die hochgradig bis an Taubheit grenzend schwerhörig sind. Für sie ist es für die berufliche sowie gesellschaftliche Integration unabdingbar, dass sie eine ausreichende Hörgeräteversorgung bekommen. Da die Entwicklung momentan bedauerlicherweise so verläuft, dass für die Neuanschaffung von Hörgeräten drei Monatsgehälter aufgebracht werden müssen, werden sich die Betroffenen zwangsläufig fragen müssen, wo sich alternative Finanzierungsmöglichkeiten auftun. Und das Persönliche Budget wird vermutlich ein solches werden. Formal ist es so, dass man sich bei der beruflichen Eingliederung die Frage stellen muss, wenn z. B. ein Betroffener in einem Umfeld arbeitet, welches sehr stark mit Nebengeräuschen belastet ist, wo er ein spezielles Hörgerät mit einer Filterfunktion für die Erkennung von Lautsprache im Störschall benötigt, um der weiteren Ausübung seines Berufes nachzukommen. Die Krankenkasse sagt in diesem Fall, wir übernehmen nur den Festbetrag, der einen geringen Teil der Kosten abdeckt, wird das Persönliche Budget dann die Kosten über den Festbetrag hinaus übernehmen können?

Die Integrationsämter sind für die berufliche Eingliederung zuständig. Laut SGB V sind aber die Krankenkassen für die Hilfsmittel zuständig. Die Frage ist nun, in wessen Zuständigkeitsbereich fällt denn nun die Finanzierung?

In diesem Spagat sieht der Deutsche Schwerhörigenbund e. V. ein Konfliktpotenzial auf sich zukommen, welches uns mit größter Wahrscheinlichkeit noch beschäftigen wird. Genau hier sehen wir eine Interessenkollision.

Das war es, was ich im Allgemeinen zu sagen hatte. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Wir kommen jetzt zu Herrn **Franz-Josef Wagner, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.**, er wird aus der Sicht von psychisch kranken Menschen berichten.

Ich berichte aus meiner Erfahrung wie wir Psychiatrie-Erfahrenen das pB sehen. Was hier so erzählt wurde, trifft nicht immer auf uns zu.

Zunächst zu meiner Gliederung des Vortrags, ich habe den Vortrag in drei Punkte gegliedert:

- Welche Erwartungen haben wir an das Persönliche Budget,
- welche Leistungen erwarten wir und
- welche Bedenken und Vorbehalte haben wir beim Persönlichen Budget als Eingliederungshilfe?

Zu diesen Punkten habe ich Folien vorbereitet:

1. Nun zur 1. Folie: Welche Erwartungen haben wir an das Persönliche Budget?

Wir wollen, dass wir im selbständig betreuten Wohnen gefördert und nicht wie viele von uns psychisch kranken Menschen in Heime abgeschoben werden. Wir wünschen die Förderung von selbständig betreutem Wohnen anstatt stationär oder teilstationär betreutem Wohnen. Wir erwarten, dass unsere Defizite, die aus der sozialen Kontaktaufnahme, zu Freunden, Nachbarn, den Aktivitäten der Kommune usw. herrühren, reduziert werden. Zum Beispiel schließen sich viele Menschen in Japan in die Wohnung ein, über Jahre gehen sie nicht mehr aus dem Haus, ein Sozialarbeiter versucht diese Menschen herauszuholen und zu sozialisieren.

Auch möchten wir eine soziale Förderung im Umgang mit den Finanzen statt die Forderung nach gerichtlicher Betreuung. Bis 1998 wurde in Rheinland-Pfalz argumentiert, die psychisch kranken Menschen können nicht mit dem Geld umgehen. Diese Aussagen möchten wir widerlegen, indem wir mit dem sozialen und nicht gesetzlichen Betreuer die Verwaltung des finanziellen Budgets umsetzen. Ein Beispiel dazu: Ich war vor 4 Wochen mit einem Wohnheim in Italien, auf der Heimreise wünschte ein Mitfahrer, der normaler Weise nach 10 Tagen sein monatliches Geld verbraucht hatte, jetzt wo er mitbekommen hat, wie schön eine solche Reise ist, auch im nächsten Jahr mitzufahren. Dazu möchte er sein Geld mit dem sozialen Betreuer ansparen und einteilen. Nicht durch die gesetzliche Betreuung, sondern durch die soziale Betreuung können wir das gemeinsam erreichen.

2. In der nächsten Folie habe ich die Leistungen, die wir vom Persönlichen Budget als Eingliederungshilfe erwarten festgehalten. Wir sehen das Persönliche Budget als unterschwelliges Angebot. Es ist oft so, dass die Beantragung des Persönlichen Budgets lange dauert, in einigen Regionen in Rheinland-Pfalz geht es jedoch schnell; drei Wochen liegen zwischen Beantragung und Zuteilung.

Die Aufnahmekonferenz läuft hier alle 3 Wochen, dieses ist für uns ein akzeptables Angebot und nicht wie in anderen Kommunen, wo man nach der Beantragung mit 30 Blättern nach Hause geht, die man noch selbst ausfüllen muss.

Auch möchten wir einen Teil des Persönliche Budget zur freien Verfügung, zur Deckung unserer individuellen Wünsche haben. Ein Teil dieses Budgets kann dann zur individuellen Versorgung beitragen, wie mit dem Bus in die Stadt zum Einkaufen fahren. Über die Verwendung dieses freien Teils möchten wir keine ausführlichen Belege sammeln. Dieses ist in einigen Kommunen Rheinland-Pfalz möglich.

In Rheinland-Pfalz gibt es auch die Möglichkeit, das Persönliche Budget zur Haushaltsführung einzusetzen, wie Wäsche- und Körperpflege oder auch zur Kommunikationsführung als supportive Therapie und Erarbeitung von Konfliktstrategien. Der letzte Punkt ist wichtig, da psychisch kranke Menschen selten Psychotherapie verordnet bekommen. Wenn, dann haben wir Wartezeiten von einem Jahr. Mit dem Persönliche Budget könnten wir Gespräche mit dem Psychologen bezahlen.

Auch bei Behördengängen haben wir Probleme bei der Einforderung unserer Leistungen. So könnten die Mitarbeiter der Leistungserbringer mit uns zu Behörden gehen und unterstützen uns bei der Einforderung unserer Leistungen.

Noch einen Punkt, viele von uns wissen nicht, was sie während eines Tages machen sollen, das gleichmäßige Aufstehen ist für uns genau so schwer wie das gleichmäßige abendliche Zubettgehen und die Beschäftigung am Tag. Hier muss es eine Finanzierung der Tagesstrukturierungen geben, wie es schon in der Soziotherapie möglich ist.

3. Nun zur letzten Folie: Welche Bedenken und Vorbehalte haben wir?

Die langen Wartezeiten bis zur Zuteilung der Leistungen habe ich schon angesprochen, sie schrecken uns ab das Persönliche Budget zu beantragen, da unsere Krankheit keine statische sondern eine psychosoziale, dynamische Erkrankung ist, oft geht es uns nach Wochen anders und wir benötigen eine andere Unterstützung als beantragt.

Noch ein wichtiger Punkt ist die Wahlmöglichkeit der Leistungsanbieter. Es sieht so aus, als würden sich die Leistungsanbieter drängen in einzelnen Regionen Monopolstellungen zu erreichen. Wenn die Geldleistungen an uns ausgezahlt werden, wie die Geldleistungen der Pflegeversicherung, kann dieses Problem nicht entstehen und wir können die Leistungsanbieter frei wählen.

Oft wird das Geld noch direkt an die Leistungserbringer überwiesen, die dann auch noch eine Monopolstellung in der Region haben. Wenn dann die Bezugsperson des Leistungserbringer wegen Urlaub oder Krankheit ausfällt, wird kein Ersatz angeboten. Aus diesem Grund und der unterschiedlichen Qualitäten der Anbieter wünschen wir eine Wahl zwischen den Leistungserbringern.

Wir haben des weiteren Bedenken und Vorbehalte, dass Leistungserbringer nur kommunikative und keine haushaltstechnischen Leistungen anbieten. Es soll nicht im Ermessen der Leistungserbringer liegen, wie sie eingreifen! Wir möchten gleichberechtigte Partner in der individuellen Hilfeplanung sein. Wenn hochqualifizierte Mitarbeiter der Leistungserbringer, wie Psychologen und Sozialarbeiter, keine Lust zum Putzen haben wird uns nicht geholfen. Es gibt jedoch einzelne Mitarbeiter, die haben keine Probleme mit haushaltstechnischer also praktischer und kommunikativer Leistungsanbietung. Zum Schluss noch ein letzter Punkt: Wir möchten auf gleicher Ebene in Augenhöhe kommunizieren und nicht wie es die Mediziner sehen – akzeptieren was der Arzt sagt.

Danke.

Herr **Klaus Lachwitz**, **Bundesvereinigung Lebenshilfe** gemeinsam mit Herrn **Marco Saporito** von der Lebenshilfe Schifferstadt und **Frau Kaufmann**, der Assistentin von Herrn Saporito.

Herr Lachwitz:

Guten Morgen meine Damen und Herren, wir, Herr Saporito, Frau Kaufmann und ich haben uns hier kennen gelernt und wollen die Abgabe der Statements zunächst so gestalten, dass ich Herrn Saporito Fragen stelle und er dazu antworten wird. Frau Kaufmann wird entsprechend ergänzen.

Herr Saporito, Sie sind aus Schifferstadt und arbeiten in der Werkstatt; wie lange schon?

Herr Saporito:

Ich arbeite seit 6 Jahren in der Konfektionierung der Werkstatt für behinderte Menschen in Schifferstadt.

Herr Lachwitz:

Was verdienen Sie, wenn ich fragen darf?

Herr Saporito:

Ich verdiene 300,00 Euro im Monat.

Herr Lachwitz:

Sie haben erzählt, dass Sie in einer betreuten Einzelwohnung leben, wie ist das organisiert?

Herr Saporito:

Ich wohne in Schifferstadt und mein Leben in einer Einzelwohnung ist dort von der Lebenshilfe organisiert worden. Ich habe früher bei den Eltern gewohnt und wollte dort ausziehen. Wir haben uns erkundigt und die Lebenshilfe meinte, dass ich im obersten Stockwerk des Wohnheims der Lebenshilfe allein wohnen kann und sie den Kostenträger dafür finden werden.

Herr Lachwitz:

Ich das eine einzelne Wohnung?

Herr Saporito:

Ich wohne für mich, es wohnen noch weitere 3 Personen in einem Apartment und die wohnen auch in dem gleichen Haus.

Herr Lachwitz:

Also: Es gibt ein Haus mit 4 Apartments und dort leben die Menschen mit Unterstützungsbedarf. Sie bekommen ein Persönliches Budget, aber sie nennen es Betreuungsgeld. Wie hoch ist das und was machen Sie damit?

Herr Saporito:

Das Betreuungsgeld beträgt 400,00 Euro. Davon muss ich einkaufen gehen und die Betreuer entlohnen, wie z. B. die Begleitung zum Arzt.

Herr Lachwitz:

Wer kommt und hilft, was sind das für Menschen, die Sie fragen können?

Herr Saporito:

Die Betreuer kommen und helfen regelmäßig, wenn ich ein Problem habe.

Herr Lachwitz:

Die 400,00 Euro, bekommen Sie die am Monatsbeginn in die Hand oder bekommt den Betrag jemand anders?

Herr Saporito:

Das Geld, das ich als Betreuungsgeld bekomme, geht an mich und wie ich sagte, werden davon die Arztbesuche usw., im Grunde alles davon bezahlt.

Herr Lachwitz:

Sie haben erzählt, Ihre Mutter hilft mit bei der Verwendung des Geldes? Hat die Mutter das Geld?

Herr Saporito:

Ja, ich kann noch nicht mit Geld umgehen, damit habe ich Probleme. Sie verwaltet für mich das Geld. Wenn ich etwas brauche, verständige ich sie und sie gibt mir das Geld für die Haushaltskasse oder wenn ich einkaufen gehen muss oder ich verschiedene Sachen brauche.

Herr Lachwitz:

Frau Kaufmann, mit dem Geld kauft Herr Saporito sich die Leistungen. Sie berichteten mir, dass das auch stundenweise festgelegt wird. Wie viele Stunden Assistenz bzw. Betreuung kann Herr Saporito sich von dem Geld „kaufen“?

Frau Kaufmann:

12 Stunden im Monat.

Herr Lachwitz:

Wir haben gemeinsam gerechnet, Dies entspricht in etwa den Beträgen, die heute auf der Tagung vorgestellt worden sind. Man muss rund 34,00 Euro pro Stunde ausgeben, um die Assistenzleistung einzukaufen. Ich frage sie, Herr Saporito, bekommen Sie außerdem Grundsicherung und Wohngeld?

Herr Saporito:

Die Grundsicherung und das Wohngeld sind für die Miete und Versicherung. An Grundsicherung und Wohngeld habe ich 660,00 Euro im Monat.

Herr Lachwitz:

Da kommen also verschiedene Beträge zusammen. Die Mutter hilft, sie verwaltet das Geld, Sie fragen sie also immer, wenn sie Geld brauchen?

Herr Saporito:

Genau, ich verständige mich mit meiner Mutter.

Herr Lachwitz:

Wie lange erhalten Sie das Geld schon?

Herr Saporito:

Seit 2003.

Herr Lachwitz:

Ich glaube, hier zur näheren Information ergänzen zu müssen. Die Auszahlung eines „Betreuungsgeldes“ für Herrn Saporito läuft im Rahmen des Modells Hilfe nach Maß (Rheinland-Pfalz). Hier sind Menschen mit geistiger Behinderung einbezogen.

Frage: Wie hat man das Budget festgelegt? Gab es einen Hilfeplan, ein Gespräch mit dem Geldgeber, mit der Lebenshilfe?

Frau Kaufmann:

Wir haben ein Beratungsgespräch durchgeführt und einen Antrag gestellt. Eine Kollegin machte einen Plan. Dann kam es zur Planungskonferenz und das Budget wurde festgelegt.

Herr Lachwitz:

Hat man sich über die Höhe des Budgets Gedanken gemacht?

Herr Saporito:

Man hat sich schon Gedanken darüber gemacht.

Herr Lachwitz:

Sind Sie mit der Situation zufrieden?

Herr Saporito:

Ich kann nicht klagen, ich bin sehr gut zufrieden.

Herr Lachwitz:

Besprechen Sie auch alles mit den Kolleginnen in der Werkstatt und wollen die das auch?

Herr Saporito:

Ja, wir sprechen auch darüber.

Herr Lachwitz:

In dem Haus, in dem Sie wohnen, gibt es noch Wohngemeinschaften. Haben die Bewohner auch ein solches Persönliches Budget oder nicht?

Frau Kaufmann:

Die kommen aus dem Wohnheim oder über die Wohnschule oder Außenwohngruppe und erhalten wie Herr Saporito ein Betreuungsgeld.

Herr Lachwitz:

Bevor Sie in die Werkstatt kamen, welche Schule haben Sie besucht und was haben Sie gemacht?

Herr Saporito:

Ich war in der Sonderschule für Lernbehinderte, nach der Schule bin ich nach Neustadt gekommen. Da habe ich ein Berufsfindungsjahr gemacht und das war für mich das Training.

Herr Lachwitz:

Sie hätten auch überlegen können, ob Sie nicht auf den freien Arbeitsmarkt gehen.

Herr Saporito:

Das ist erst später gekommen, meine Noten waren zu schlecht. Ich habe noch ein ganzes Jahr drangesetzt und bin dann erst ein Jahr später zur Arbeit gekommen.

Herr Lachwitz:

Kann das Publikum Sie fragen?

Herr Saporito:

Ja, selbstverständlich.

Aus dem Publikum:

Sie nehmen Frau Kaufmann 12 Stunden monatlich in Anspruch oder entscheiden Sie von Monat zu Monat?

Herr Saporito:

Jeden Monat und so, wie ich sie brauche, wenn ich eben Schwierigkeiten habe.

Publikum:

Wenn das Geld übrig bleibt, können Sie Frau Kaufmann dann im nächsten Monat mehr in Anspruch nehmen als im Monat zuvor? Kann das Geld gespart werden oder müssen Sie es zurückgeben?

Herr Saporito:

Ich versuche, das Geld in dem Maße auszugeben, wie ich es erhalte. Meine Mutter hilft mir dabei, dass ich mit dem Geld umgehen kann.

Publikum:

Wer sagt Frau Kaufmann, was sie in den 12 Stunden mit Ihnen machen soll? Kommen Sie selbst auf Vorschläge, sagen Sie, wenn Sie etwas anderes machen wollen, als Frau Kaufmann Ihnen vorschlägt, wie z. B. einen Ausflug oder in einen Wildpark gehen? Wer bestimmt also was?

Herr Saporito:

Ich weiß nicht genau, wie ich jetzt antworten soll, ich gehe zu Frau Kaufmann. Wenn ich Einkäufe machen muss, sage ich, was ich brauche. Wir gehen dann dahin, wenn ich am Wochenende zu einem Park gehen möchte, freue ich mich natürlich, dass ich das Geld dazu zur Verfügung habe.

Frau Kaufmann:

Er sagt, was er gerne hätte, dabei machen auch wir Vorschläge, wir unternehmen auch etwas gemeinsam mit den anderen betreuten Menschen, es ist ein Zusammenspiel.

Herr Lachwitz:

Sie haben keinen gesetzlichen Betreuer, die Mutter ist nicht gesetzliche Betreuerin?

Herr Saporito:

Ja, ich habe keinen gesetzlichen Betreuer. Die Mutter wohnt woanders. Ich stehe mit ihr telefonisch in Kontakt. Ich spreche mit ihr ab, wenn sie mich besucht.

Herr Lachwitz:

Zum Abschluss möchte ich folgendes ergänzen:

Ich glaube, das Gespräch mit Herrn Saporito hat deutlich gemacht, dass die Personen, die in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) arbeiten, eine der Zielgruppen sind, die man ansprechen sollte, wenn man die Leistungen, die diese Personen beanspruchen können (z. B. Eingliederungshilfe in der WfbM) durch Persönliche Budgets ausführen will.

Allerdings hat die Diskussion gestern deutlich gemacht, dass sich für die Menschen, die Herr Saporito heute vertritt, nämlich die Personen, die z. B. wegen Lernschwierigkeiten in einer WfbM arbeiten – die Frage stellt, was der Gesetzgeber zum Ausdruck bringen will, wenn er in § 17 Abs. 2 SGB IX formuliert, dass das Persönliche Budget den Leistungsberechtigten ermöglichen soll, „in eigener Verantwortung“ ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen.

Im Vorfeld der Beratungen der Neufassung des § 17 SGB IX ist von einigen Vertretern der Rehabilitationsträger die Auffassung vertreten worden, ein Handeln in eigener Verantwortung setze *Geschäftsfähigkeit* voraus. Dem möchte ich widersprechen. Zwar hat das Interview mit Herrn Saporito deutlich gemacht, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten Unterstützung benötigen, wenn Geld verwaltet werden soll oder wenn mit Hilfe von Persönlichen Budgets Dienstleistungen „eingekauft“ und entsprechende Verträge mit den Trägern ambulanter Dienste abgeschlossen werden müssen.

Dennoch vertreten wir die Auffassung, dass ein Handeln „in eigener Verantwortung“ auch möglich ist, wenn ein behinderter Mensch bei der Geltendmachung und Abwicklung eines Persönlichen Budgets die Unterstützung durch dritte Personen benötigt.

Ich interpretierte den Begriff der Eigenverantwortung so, dass mit der Auszahlung des Persönlichen Budgets die Verantwortung für die Leistung, die gem. § 17 Abs. 1 SGB IX eigentlich dem Rehabilitationsträger zugeordnet ist, gem. § 17 Abs. 2 SGB IX auf den Budgetnehmer übergeht. Ein derartiger Übergang der Verantwortlichkeit ist aber auch möglich, wenn der Budgetnehmer bei der Verwaltung und Verwendung des Persönlichen Budgets Rat und Unterstützung benötigt.

Wenn der Begriff des eigenverantwortlichen Handelns i. S. d. § 17 Abs. 2 so ausgelegt würde, dass er Geschäftsfähigkeit des Budgetnehmers voraussetzt, hätte die Vorschrift des § 17 Abs. 2 SGB IX diskriminierende Auswirkungen: Sie würde nämlich Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Menschen mit Lernschwierigkeiten häufig von der Inanspruchnahme Persönlicher Budgets ausschließen.

Wenn wir uns auf die Ebene der Geschäftsfähigkeit begeben und eine Verbindung zwischen Geschäftsfähigkeit und Eigenverantwortung herstellen bzw. für eigenverantwortliches Handeln ein *Mindestmaß* von Geschäftsfähigkeit einfordern, dann müssen wir das Recht der Geschäftsfähigkeit neu diskutieren.

Sie alle wissen, dass die Regelungen der Geschäftsfähigkeit im Bürgerlichen Gesetzbuch mehr als 100 Jahre alt sind. Deshalb hat sich der Gesetzgeber im Jahre 2002 zu einer kleinen Reform entschlossen: Er hat einen § 105 a in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügt und geregelt, dass sogenannte Alltagsgeschäfte von geringfügigem Wert auch dann rechtswirksam sind, wenn einer der beiden Vertragspartner im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geschäftsunfähig war. Des gleichen hat er geregelt, dass Verträge mit Mitarbeitern in Werkstätten für behinderte Menschen und Heimverträge i. S. d. Heimgesetzes als rechtsgültig anzusehen sind, wenn sie vollzogen worden sind. D. h. die Träger von Werkstätten und Heimen können sich nicht nachträglich auf die Nichtigkeit der abgeschlossenen Verträge berufen, wenn sich herausstellt, dass der behinderte Mensch, der den Vertrag unterschrieben hat, geschäftsunfähig war.

Entsprechende Regelungen gelten bislang nicht für die Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget! Kauft ein Mensch mit geistiger Behinderung mit seinem Persönlichen Budget die Dienstleistung eines ambulanten Dienstes ein und unterzeichnet er in diesem Zusammenhang einen Vertrag, in dem Einzelheiten der Dienstleistungserbringung geregelt sind, so ist dieser Vertrag nach § 105 BGB nichtig, wenn der behinderte Mensch (Vertragspartner) geschäftsunfähig ist.

Hier muss dringend nachgebessert werden, entweder durch Erweiterung des § 105 a BGB oder durch Sonderregelung im SGB IX, denn es ist nicht einzusehen, warum ein geistig behinderter Budgetnehmer schlechter gestellt werden soll, als ein behinderter Mensch, der einen Werkstattvertrag oder einen Heimvertrag abschließt.

Ausgehend von diesen grundsätzlichen Überlegungen fordern wir, dass Menschen mit geistiger Behinderung gleichberechtigt in den Anwendungsbereich des § 17 SGB IX einbezogen werden, d. h. auch in die *Modelle*, die in der Zeit der *Erprobung* Persönlicher Budgets gem. § 17 Abs. 6 SGB IX bundesweit eingerichtet werden sollen.

Hier sind allerdings noch viele Fragen offen. Auch der Entwurf der Budgetverordnung zeigt, dass noch viele Einzelfragen zu klären sind. Wie soll z. B. das Bedarfsfeststellungsverfahren im Einzelnen ablaufen? Gerade in diesem Verfahren wird eine Mensch mit geistiger Behinderung Unterstützung benötigen, und zwar durch eine Vertrauensperson, die in der Lage ist, die Zusammenhänge zu erklären und die verhindert, dass ein Mensch mit geistiger Behinde-

rung im Bedarfsfeststellungsverfahren wie ein *Objekt* und nicht wie ein selbstbestimmtes Subjekt behandelt wird.

Wir begrüßen es, dass Einzelheiten der Abwicklung von Persönlichen Budgets in sogenannten Zielvereinbarungen festgehalten werden sollen. Auch hier werden sich jedoch möglicherweise Probleme ergeben, wenn die Zielvereinbarung mit einem behinderten Menschen abgeschlossen werden soll, der Lernschwierigkeiten hat und Unterstützung benötigt, um die Zielvereinbarung umzusetzen.

Wir stehen vor großen Herausforderungen, doch wir sollten uns diesen Herausforderungen stellen, denn in der Tat zielt die Neufassung des § 17 SGB IX auf eine Erweiterung der Selbstbestimmungsrechte behinderter Menschen in unserer Gesellschaft.

Vielen Dank!

Teilnehmerliste

Wilhelm Ahrens ,	Landkreis Emsland, 49176 Meppen
Prof. Dr. Wiebke Ammann ,	Ev. Fachhochschule Hannover, 30625 Hannover
Kerstin Bacher ,	Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern, 19061 Schwerin
Dr. Fritz Baur ,	Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 48133 Münster
Manfred Becker ,	Aktion Psychisch Kranke e.V., 53117 Bonn
Jana Beckmann ,	Landschaftsverband Rheinland, 50663 Köln
Prof. Dr. Renate Bieritz-Harder ,	Fachhochschule Emden
Ulrich Böhringer ,	Sächsisches Staatsministerium für Soziales, 01097 Dresden
Astrid Bold ,	Landeswohlfahrtsverband Sachsen, 04009 Leipzig
Wolfgang Bosse ,	Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 48133 Münster
Christa Brähler-Boyan ,	Landeswohlfahrtsverband Hessen, 34112 Kassel
Heike Brüning-Tyrell ,	Paritätischer Wohlfahrtsverband, 50676 Köln
Thomas Bublitz ,	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., 53721 Siegburg
Hans Buhs ,	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein, 24100 Kiel
Jörg Bungart ,	Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung, 20357 Hamburg
Andreas Burkert ,	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 40219 Düsseldorf
Michael Busch ,	Blaues Kreuz Diakoniewerk, 42289 Wuppertal
Michael Conty ,	v.Bodelschwingsche Anstalten Bethel, 33545 Bielefeld
Dr. Johannes Degen ,	Ev. Stiftung Hephata, 41012 Mönchengladbach
Hanna-Elisabeth Deußer ,	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein, 24100 Kiel
Silke Döll ,	Landesamt für Soziales und Familie Thüringen, 98617 Meiningen
Thomas Drerup ,	Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverein, 10179 Berlin
Dr. Margrit During ,	Behörde für Soziales und Familie, 22051 Hamburg
Martin Eckert ,	Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., 40239 Düsseldorf
Werner Eike ,	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., 53119 Bonn
Dr. Heike Engel ,	ISG - Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, 50674 Köln
Rolf Ernst ,	Landeswohlfahrtsverband Sachsen, 04009 Leipzig
Friedhelm Feldmann ,	Stadt Bielefeld, 33597 Bielefeld
Petra Findelee ,	Landeswohlfahrtsverband Sachsen, 04009 Leipzig

Dr. Franz Fink ,	Deutscher Caritasverband e.V., 79104 Freiburg
Bernd Finke ,	Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 48133 Münster
Horst Frehe ,	Interessenverband Selbstbestimmt Leben Deutschland
Udo Gaden ,	Sozialwerk St. Georg, 45892 Gelsenkirchen
Renate Gamp ,	NGD/DHW Rendsburg, 24768 Rendsburg
Thomas Gericke ,	Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt, 39114 Magdeburg
Regina Gernt ,	Landeswohlfahrtsverband Hessen, 34112 Kassel
Hans Gerwin ,	LVA Westfalen, 48125 Münster
Herbert Gietl ,	Landschaftsverband Rheinland, 50663 Köln
Rita Grundler ,	Sozialministerium Baden-Württemberg, 70174 Stuttgart
Johannes Haeffner ,	Rummelsberger Anstalten, 90592 Schwarzenbruck
Jochen Hammerschick ,	Firma con_sens, 20148 Hamburg
John Harder ,	See-Krankenkasse, 20457 Hamburg
Dr. Christine Hawighorst ,	Landkreis Emsland, 49716 Meppen
Christiane Hebes ,	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, 10965 Berlin
Andrea Heinz ,	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Brandenburg, 14473 Potsdam
Klaus Heß ,	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, 10178 Berlin
Frank Höfchen ,	Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, 99012 Erfurt
Martina Hoffmann-Badache ,	Landschaftsverband Rheinland, 50663 Köln
Dr. Annette Holuscha ,	Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, 70049 Stuttgart
Sigrun Höppner ,	Niedersächsisches Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben, 31108 Hildesheim
Robert Hüther ,	Landeswohlfahrtsverband Hessen, 34112 Kassel
Manfred Kadoke ,	10719 Berlin
Dr. Jörg Michael Kastl ,	Pädagogische Hochschule Ludwigsburg
Ursel Kaufmann ,	Lebenshilfe Speyer-Schifferstadt
Gisela Kaul ,	Schreibdolmetscherin
Ulrike Kayser ,	Landeswohlfahrtsverband Baden, 76026 Karlsruhe
Norbert Klein ,	Landschaftsverband Rheinland, 50663 Köln
Prof. Dr. Thomas Klie ,	Ev. Fachhochschule Freiburg
Liane Klocek ,	Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg, 03007 Cottbus
Pamela Koenig ,	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., 53119 Bonn
Rudolf Konrad ,	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 60439 Frankfurt/Main
Ingrid Körner ,	Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., 35043 Marburg

Cornelia Krajewski ,	Schreibdolmetscherin
Elke Krämer und Regina Weiß ,	Landratsamt Saale-Orla-Kreis, 07907 Schleiz
Ina Krause-Trapp ,	Verband für Anthroposophische Heilpädagogik, 61209 Echzell
Winfried Kron ,	Hessisches Sozialministerium, 65187 Wiesbaden
Georges Krug ,	Landschaftsverband Rheinland, 50679 Köln
Martina Krüger ,	Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern, 19055 Schwerin
Katja Kruse ,	Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., 40239 Düsseldorf
Katharina Kuhlmann ,	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, 10965 Berlin
Dr. Burkhard Kunstein ,	Landschaftsverband Rheinland, 50663 Köln
Klaus Lachwitz ,	Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., 35043 Marburg
Angelika Lampe ,	Landeswohlfahrtsverband Sachsen, 04009 Leipzig
Susanne Lechler ,	Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, 70049 Stuttgart
Maren Lewerenz ,	Zentrale der Bundesagentur für Arbeit, 90478 Nürnberg
Monika Lincoln-Codjoe ,	Landschaftsverband Rheinland, 50679 Köln
Jacqueline Lindstedt ,	Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, 06106 Halle/Saale
Johannes Lippert ,	Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 48133 Münster
Werner Lukas-Nülle ,	Fachstelle für Eingliederungshilfe des Landkreises Osnabrück, 49082 Osnabrück
Dr. Karin Lüsebrink ,	Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, 28195 Bremen
Willi Malo ,	Landeshauptstadt Düsseldorf, Sozialamt, 40200 Düsseldorf
Martina Menzel ,	Diak. Werk der Ev. Kirche in Deutschland e.V., 70184 Stuttgart
Andrea Müller ,	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., 53119 Bonn
Norbert Müller-Fehling ,	Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., 40239 Düsseldorf
Jörg Munk ,	St. Gallus-Hilfe für behinderte Menschen gGmbH, 88074 Meckenbeuren
Matthias Münning ,	Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landsjugendamt, 48133 Münster
Viktoria Nawrath ,	Paritätischer Wohlfahrtsverband, 60528 Frankfurt/Main
Petra Niederau ,	Deutscher Caritasverband e.V., 79104 Freiburg
Rainer Nußbicker ,	v.Bodelschwingsche Anstalten Bethel, 33545 Bielefeld
Markus Oberscheven ,	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 60322 Frankfurt
Barbara Oerder ,	Landeswohlfahrtsverband Hessen, 34112 Kassel

Dr. Karin Orlick ,	Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, 06106 Halle/Saale
Chatzievgeniou Pandelis ,	fab e.V., 34119 Kassel
Monika Pehla ,	Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg, 03007 Cottbus
Wilfried Peter ,	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, 10965 Berlin
Elke Petermann ,	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Brandenburg, 14473 Potsdam
Stephan Platte ,	Hochsauerlandkreis, 59870 Meschede
Thomas Profazi ,	Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 48133 Münster
Marianne Proft ,	Landschaftsverband Rheinland, 50663 Köln
Jörg Rabe ,	Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern, 19061 Schwerin
Ernst Rabenstein ,	Diak. Werk der Ev. Kirche in Deutschland e.V., 70184 Stuttgart
Horst Rauh ,	Bezirk Mittelfranken, 91511 Ansbach
Winfried Reckers ,	Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt, 39114 Magdeburg
Sandra Rehmer ,	30627 Hannover
Aribert Reimann ,	Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., 40239 Düsseldorf
Marie-Luise Reiss-Riechmann ,	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit e.V., 30159 Hannover
Werner Reiter ,	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, 55019 Mainz
Ina Riehm ,	Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, 99012 Erfurt
Oliver Rodenhäuser ,	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen, 60314 Frankfurt/Main
Michael Runge ,	Landkreis Mecklenburg-Strelitz, 17235 Neustrelitz
Bernhard Sackarendt ,	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen, 60314 Frankfurt/Main
Marco Saporito ,	Lebenshilfe Speyer-Schifferstadt
Edeltraud Schlosser ,	Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg, 03007 Cottbus
Franz Schmeller ,	Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, 70049 Stuttgart
Martin Schmollinger ,	Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, 69117 Heidelberg
Helmut Schremser ,	Landratsamt Neckar-Odenwald-Kreis, 74821 Mosbach
Claudia Schröder ,	Niedersächsisches Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben, 31108 Hildesheim
Daniela Schulze ,	Landeswohlfahrtsverband Hessen, 34112 Kassel

Norbert Schumacher ,	Bundesvereinigung Lebenshilfe, 35043 Marburg
Peter H. Schwenkglenks ,	Niedersächsisches Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben, 31108 Hildesheim
Dr. Helga Seel ,	Landschaftsverband Rheinland, 50663 Köln
Günter Seidenberg ,	Blinden- und Sehbehindertenverband, 33699 Bielefeld
Beatrix Seufert ,	Landschaftsverband Rheinland, 50663 Köln
Ralf Sommer ,	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie d. Landes Nordrhein-Westfalen, 40219 Düsseldorf
Egbert Strebinger ,	Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, 06106 Halle/Saale
Angelika Thielicke ,	Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung, 35037 Marburg
Jörg Thull ,	Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung, 66032 Saarbrücken
Klaus-Dieter Tichy ,	Ev. Stiftung Hephata, 41012 Mönchengladbach
Christian Tölken ,	Rummelsberger Anstalten, 90592 Schwarzenbruck
Manuela Trendel ,	Bezirk Mittelfranken, 91511 Ansbach
Heinz-Gert Verhorst ,	LVA Westfalen, 48125 Münster
Hans-Jürgen Vieth ,	Kreis Höxter, 37671 Höxter
Dr. Gerhard Vigener ,	Landeswohlfahrtsverband Baden, 76026 Karlsruhe
Prof. Dr. Elisabeth Wacker ,	Universität Dortmund, 44221 Dortmund
Gabriele Wacker ,	Förderzentrum Marsberg
Franz-Josef Wagner ,	Aktion Psychisch Kranke e.V., 54294 Trier
Dr. Bärbel Weber ,	Landschaftsverband Rheinland, 50663 Köln
Ralph Weis ,	Landkreis Leer, 26787 Leer
Werner Welp ,	Niedersächsisches Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben, 31108 Hildesheim
Celia Wenk-Wolff ,	Bezirk Oberbayern, 80535 München
Mathias Westecker ,	Leben mit Behinderung Hamburg, 22303 Hamburg
Stephan Wilke ,	Deutscher Schwerhörigenbund e.V., 13187 Berlin
Rainer Wilmerstadt ,	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 53108 Bonn
Ludger Wilpsbäumer ,	Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 48133 Münster
Prof. Dr. Jochen Windheuser ,	Fachhochschule Osnabrück
Peter Wirth ,	Bezirk Oberbayern, 80535 München
Ulrich Wöhler ,	Landkreis Hildesheim, 31132 Hildesheim
Angelika Ziegler ,	Bezirk Mittelfranken, 91511 Ansbach