

**Jochen Windheuser,
Wiebke Ammann
& Wiebke Warnke**

ZWISCHENBERICHT

**der
Wissenschaftlichen Begleitung**

**des
Modellvorhabens
zur Einführung persönlicher Budgets
für Menschen mit Behinderung
in Niedersachsen**



**KATHOLISCHE
FACHHOCHSCHULE
NORDDEUTSCHLAND**

**EVANGELISCHE
FACHHOCHSCHULE
HANNOVER**



eingereicht beim
Niedersächsischen Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit,
Hannover
im Februar 2005

Inhaltsverzeichnis

1	Vorgeschichte und Aufgabenstellung der wissenschaftlichen Begleitung	1
1.1	Chronologie des Modellvorhabens	1
1.2	Einordnung in die Reihe der Modellversuche in Deutschland	1
1.3	Ziele und Rahmenbedingungen für das Persönliche Budget	2
1.4	Zwischenzeitliche Entwicklungen in der Gesetzgebung	3
1.5	Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung	4
1.6	Rahmenbedingungen der wissenschaftlichen Begleitung	4
1.7	Wahrnehmung allgemeiner Aufgaben durch die wissenschaftliche Begleitung	5
2	Budgetnehmer und Budgetnehmerinnen	6
2.1	Methoden der Datenerhebung und –auswertung	6
2.1.1	Schriftliche Unterlagen der Kostenträger	6
2.1.2	Telefonische Kontakte und zentrale Interviews mit den Budgetnehmern	6
2.2	Qualitative Auswertung: Drei ausgewählte Budgetfälle	8
2.2.1	Beispielfall A	8
2.2.2	Beispielfall B	10
2.2.3	Beispielfall C	12
2.2.4	Grundsätzliche Bemerkung zum Kostenvergleich	14
2.3	Quantitative Auswertung	15
2.3.1	Anfragen nach einem Persönlichen Budget	15
2.3.2	Ablehnungsfälle	17
2.3.3	Positiv entschiedene Anfragen	19
3	Perspektive der Leistungsanbieter	28
3.1	Vorausschätzungen der Zahl potentieller Budgetnehmer	28
3.2	Stellungnahmen zum Persönlichen Budget	29
3.3	Interviews mit ausgewählten Leistungserbringern	30
3.3.1	Vorbemerkung	30
3.3.2	Zusammenfassung der Interviews	30
3.3.3	Stellungnahme zu den Äußerungen der Leistungserbringer	32
4	Verfahren zur Hilfeplanung	34
4.1	Methoden zur Informationsgewinnung	34
4.2	Grundsätzliches zur Hilfeplanung	34
4.3	Einzelheiten des Hilfeplanverfahrens	35
4.3.1	Allgemeine Daten	35
4.3.2	Bedarfsfeststellung	37
4.3.3	Schwerpunktplanung	40
4.4	Durchführung der Hilfeplanung in den Modellregionen	41
4.4.1	Rahmenbedingungen	41
4.4.2	Teilnehmende Personen	42
4.5	Vergleich zum früheren Verfahren	44

5	Ist-Stand-Erhebung in den Modellregionen zum Leistungsangebot	46
5.1	Methoden zur Informationsgewinnung	46
5.2	Fragestellungen für die Bestandsaufnahme	46
5.3	Angebotsstruktur	47
5.3.1	Ambulante Anbieter	48
5.3.2	Ambulant betreute Menschen mit Behinderung	48
5.3.3	Differenzierung der Angebote und Mischung der Professionen	52
5.3.4	Stationär untergebrachte Menschen mit Behinderung	53
5.3.5	Stationär betreute Klienten mit niedriger Hilfebedarfsgruppe	56
5.3.6	Weitere Hypothesen	57
5.4	Kostenstruktur und Kostenvergleich	59
5.5	Regionale strukturelle Besonderheiten	62
6	Zwischenbilanz des Modellvorhabens	64
6.1	Zielerreichungsgrad	64
6.2	Rahmenbedingungen des Persönlichen Budgets im Modellvorhaben	66
6.3	Durchführung des Persönlichen Budgets	68
6.4	Wirtschaftliche Orientierung des Modellvorhabens	71
6.5	Ausblick	72
	Zusammenfassung	74
	Literaturverzeichnis	77
	Tabellenverzeichnis	78
	Abbildungsverzeichnis	78

1 Vorgeschichte und Aufgabenstellung der wissenschaftlichen Begleitung

1.1 Chronologie des Modellvorhabens

Mit einer einstimmigen EntschlieÙung hat der Landtag in seiner 7. Sitzung am 15.05.2003 die Landesregierung aufgefordert, Modellvorhaben zur Einföhrung „persönlicher Budgets“ nach § 17 SGB IX in Niedersachsen einzurichten.

Zur Erfüllung dieses Auftrags hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Sozialministerium) durch Staatssekretär Gerd Hoofe eine Projektgruppe eingerichtet.

Unter der Leitung von Claudia Schröder (Niedersächsisches Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben - NLZSA) haben Vertreter des Sozialministeriums, interessierter Modellregionen sowie des Büros des Behindertenbeauftragten in einer Projektgruppe zusammengearbeitet. Der Projektauftrag entsprach der LandtagsentschlieÙung.

Im Dezember 2003 legte die Projektgruppe ihren Projektbericht in endgöltiger Form vor¹. In diesem Projektbericht wurden die Rahmenbedingungen, die Zielsetzung und die Konzeption des Modellvorhabens beschrieben sowie die zu Beginn beteiligten Modellregionen, Landkreis Emsland und Landkreis Osnabrück, vorgestellt.

Der Projektbericht enthielt darüber hinaus ein Handbuch für die zur Bearbeitung eines Antrags auf Persönliches Budget notwendigen Schritte: individuelle Hilfeplanung, Bedarfsfeststellung, Zielvereinbarung und Bewilligung.

Am 27.11.03 entschied die Projektgruppe, die wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens den Unterzeichnenden dieses Zwischenberichts, Prof. Dr. Wiebke Ammann von der Evangelischen Fachhochschule Hannover und Prof. Dr. Jochen Windheuser von der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland, zu übertragen.

Seit dem 1.4.2004 wird das Modellvorhaben von einer Steuerungsgruppe im Sozialministerium gelenkt. Ihr gehört jetzt auch ein Vertreter der Leistungserbringer an.

1.2 Einordnung in die Reihe der Modellversuche in Deutschland

Mit diesem Modellvorhaben gehört Niedersachsen zu den Vorreitern in Deutschland. Drei Projekte in anderen Bundesländern haben – mit unterschiedlichen Bedingungen und Definitionen des Persönlichen Budgets – früher begonnen.

Das erste Projekt dieser Art begann im April 1998 im Land Rheinland-Pfalz. Modellregionen waren zwei Städte und zwei (angrenzende) Landkreise mit insgesamt ca. 602.000 Einwohnern. Ende 1998, also nach 21 Monaten Laufzeit, gab es 24 Fälle mit persönlichem Budget; Ende 1999 waren es bei Abschluss des Modellversuchs dann 119 Budgetempfänger².

Seit Januar 2003 ist das Persönliche Budget dort landesweit eingeföhrt; 25 der 36 Kommunen haben sich bisher angeschlossen³. Ende 2003 waren es schätzungsweise 800 Budgetnehmer⁴.

Das zweite Modellprojekt begann nominell im November 2001 in Baden-Württemberg. Allerdings wurden die ersten Budgets erst im September 2003 bewilligt. Das Ende des Modell-

¹ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit 2004; im ff. „Projektbericht“

² Kaas 2002, S. 88

³ Quelle: http://www.zsl-mainz.de/info_para17.html (Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Mainz e.V.) vom 06.11.04

⁴ Kastl 2004, S. 12

versuchs, ursprünglich für Oktober 2004 geplant, wurde deshalb auf September 2005 verschoben. Mehr als zwei Jahre nach offiziellem Beginn waren insgesamt 24 Budgetvereinbarungen abgeschlossen⁵. Aktuell (bis Dezember 2004) sind es 49 Fälle⁶.

In Hamburg läuft der Modellversuch zum Persönlichen Budget vom 1.1.2003 bis zum 30.6.2005 – offenbar ohne wissenschaftliche Begleitung. Die Zahl der Budgetnehmer ist von vornherein auf 100 begrenzt. Ende Juli 2004 gab es 10 Teilnehmer und Teilnehmerinnen⁷.

Jörg Kastl, der für die wissenschaftliche Begleitung in Baden-Württemberg verantwortlich zeichnet, konstatiert in seinem Sachstandsbericht zum 31.3.2004 mit Bezug auf die bisher genannten Modellvorhaben, dass alle Projekte – auch sein eigenes – mit den gleichen Problemen zu kämpfen haben: Widerstände kommunaler Akteure und professioneller Leistungsanbieter, zögerliches Interesse bei den Betroffenen, daraus resultierend erhebliche Anlaufzeiten, und das bei sehr unterschiedlichen Bedingungen. Wir werden sehen, dass dies für Niedersachsen nur teilweise zutrifft.

Im Bezirk Mittelfranken (Bayern) lief vom 1.7.03 bis 30.6.04 die 1. Phase eines Modellversuchs mit 12 Teilnehmern; die danach vorgesehene 2. Phase findet allerdings nicht mehr statt⁸. Eine wissenschaftliche Begleitung gab es nicht.

In Nordrhein-Westfalen, genauer: im Landschaftsverband Westfalen-Lippe, läuft in Zusammenarbeit mit den Bodenschwingschen Anstalten Bethel (Bielefeld) der einzige Modellversuch, der das Persönliche Budget im stationären Kontext realisiert. 18 (von 24) Bewohner einer bestimmten Einrichtung nehmen als Budgetnehmer teil⁹. Das Modellvorhaben wird im Rahmen des Projekts „PerLe“ (Prof. Wacker, Universität Dortmund) begleitet.

Seit dem 1.7.04 initiiert das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einen bundesweiten Modellversuch zur Einführung des *trägerübergreifenden* Persönlichen Budgets.

1.3 Ziele und Rahmenbedingungen für das Persönliche Budget

Das niedersächsische Modellvorhaben sieht in der Einleitung zum Projektbericht das Persönliche Budget eindeutig im Kontext des SGB IX, d.h. als Leistung zur *Teilhabe* und als Mittel, um Menschen mit Behinderung ein selbst bestimmtes Leben zu ermöglichen (§§ 1, 17). Das Persönliche Budget erhöht den Gestaltungsspielraum der Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer; der dadurch entstehende Wettbewerb soll das Preis-Leistungs-Verhältnis bei den Leistungsanbietern verbessern.

Im Projektbericht werden die *Ziele* des Modellvorhabens weiter expliziert; die den Menschen mit Behinderung unmittelbar betreffenden Ziele (Selbstbestimmung, *Teilhabe*) werden betont, aber auch Ziele benannt, die mit dem *Verfahren* und den *wirtschaftlichen Effekten* des Persönlichen Budgets zu tun haben¹⁰:

- Gewinnung von Erkenntnissen, mit denen die Prozesse und das Verfahren im Umgang mit dem Persönlichen Budget optimiert werden können;
- Stärkung und Absicherung des Ausbaus ambulanter Strukturen und ihre Inanspruchnahme, dadurch Erhöhung der Angebotsvielfalt;
- Stärkung der Autonomie von Menschen mit Behinderung;

⁵ Kastl 2004, S. 10

⁶ Pers. Mitteilung Dr. Kastl

⁷ Rehmer 2004, S. 48

⁸ ebd.

⁹ Wacker 2004

¹⁰ Vgl. Projektbericht S. 22ff

- Übertragung der Verantwortung für Geldmittel auf sie;
- Aktive Einbeziehung Betroffener in die Hilfeplanung;
- Mittelfristige Realisierung von Einspareffekten durch die Höhe des Persönlichen Budgets.

Letzteres wird mit Synergieeffekten begründet, die durch das Persönliche Budget mittelfristig bei der Preisgestaltung für ambulante Leistungen eintreten sollen. Die Stärkung der ambulanten Nachfragestruktur durch die Verbesserung der Nachfragesituation erzeuge Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Dieser Wettbewerb werde sich zugunsten der Kostenträger regulierend auf die Preisgestaltung für einzelne ambulante Leistungen auswirken. Der Wettbewerb unter den Leistungsanbietern werde die Wahlmöglichkeiten der Budgetnehmerinnen / Budgetnehmer erhöhen.

Folgende *Rahmenbedingungen* sind im Projektbericht gesetzt:

- Das Persönliche Budget umfasst alle Hilfearten nach dem BSHG (jetzt im SGB XII), allerdings auch *nur* diese. Es ist also nicht „trägerübergreifend“ im Sinne des § 17 Abs. 2 Satz 3 SGB IX;
- Das Persönliche Budget kann auch auf Teilleistungen beschränkt werden, die Teilleistung aus der Eingliederungshilfe ist allerdings immer erforderlich;
- Das Persönliche Budget kann sich nur auf Leistungen beziehen, die außerhalb von Einrichtungen erbracht werden;
- Die Geldleistung ist gegenüber der bis dahin erforderlichen Sachleistung mindestens kostenneutral.
- Budgetassistenz soll vorrangig als Peer-Counseling erfolgen. Sie wird nicht zusätzlich zu den Leistungen nach dem BSHG finanziert, kann aber aus dem Persönlichen Budget selbst beglichen werden.
- Das Modellvorhaben beginnt am 1.1.2004 und endet am 31.12.2005. Die Laufzeit kann bei Bedarf verlängert werden.
- Es beginnen die Modellregionen Landkreis Emsland und Landkreis Osnabrück. (Im Mai 2004 ist die Stadt Braunschweig dem Modellvorhaben beigetreten.)
- Der Satz für eine Fachleistungsstunde im Rahmen des Persönlichen Budgets beträgt 35 €.

Eine informelle, später aber nicht unumstrittene Festlegung in der Projektgruppe war:

- Es gibt eine absolute Obergrenze für das individuelle Persönliche Budget, die 6 Fachleistungsstunden pro Woche entspricht; diese Obergrenze (ca. 900 €) entspricht dann etwa der monatlichen Maßnahmenpauschale bei stationärer Unterbringung, wenn man die niedrigsten Sätze, wie sie z.B. für Außenwohngruppen gelten, zugrunde legt.

1.4 Zwischenzeitliche Entwicklungen in der Gesetzgebung

Zum 1. Juli 2004 trat neben dem Anspruch auf ein Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 SGB IX auch eine Verordnung über das trägerübergreifende Budget in Kraft. Die Budgetverordnung regelt insbesondere

- das Antragsverfahren,
- die Zuständigkeit und Zusammenarbeit der Leistungsträger,
- die Bedarfsfeststellung und
- den Abschluss einer Zielvereinbarung.

Anträge auf Leistungen der Krankenkassen, der Pflegekassen, der Rehabilitationsträger und der Integrationsämter in Form Persönlicher Budgets können bei diesen Leistungsträgern oder bei den gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger gestellt werden.

Die Einführung trägerübergreifender Persönlicher Budgets wird bundesweit in Modellen bis Ende 2007 erprobt. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung lässt in verschiedenartigen Modellregionen (Großstädten, Ballungszentren und ländlichen Bereichen) mit jeweils 50 Budgetnehmern die Einführung trägerübergreifender Persönlicher Budgets wissenschaftlich begleiten und auswerten.

Niedersachsen beteiligt sich an diesem bundesweiten Modellversuch nicht.

1.5 Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung

Die Konzeption des Modellvorhabens sieht auch eine Evaluation des Zielerreichungs- und Wirkungsgrads im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung vor. Dabei seien in die Auswahl der Untersuchungsparameter neben den verschiedenen Personenkreisen der Zielgruppe insbesondere die Verfahren zur Hilfeplanung und Bedarfsermittlung sowie die persönliche Situation und Erwartungshaltung der Budgetnehmer einzubeziehen.

Die wissenschaftliche Begleitung unterstützt die Projektgruppe im Sozialministerium bei der Öffentlichkeitsarbeit und nimmt an deren Sitzungen teil.

Des Weiteren sind der Bestand in den Modellregionen zu Beginn des Modellvorhabens und der weitere Verlauf zu dokumentieren und auszuwerten, und zwar in folgenden Bereichen:

- Art und Umfang der Angebotsstruktur der stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen,
- Regionale Kostenstruktur (Preisgestaltung),
- Eventuelle regionale, strukturelle Besonderheiten,
- Bevölkerungs- und Infrastruktur,
- Bisherige Verfahren zur Steuerung (Hilfeplanung, Bedarfsermittlung),
- Persönliche Situation der Betroffenen und ihre Erwartung an das Persönliche Budget.

Ausdrücklich erwähnt der Projektbericht, dass auch Feststellungen und Aussagen über die subjektiven Wahrnehmungen der Budgetnehmer und über die praktischen Erfahrungen mit den Verfahren zur Hilfeplanung und Bedarfsfeststellung in die Bewertungen einbezogen werden sollen, differenziert nach den unterschiedlichen Personenkreisen.

1.6 Rahmenbedingungen der wissenschaftlichen Begleitung

Als kooperative Leitung der wissenschaftlichen Begleitung fungieren Prof. Dr. Wiebke Ammann von der Evangelischen Fachhochschule Hannover (EFH) sowie Prof. Dr. Jochen Windheuser von der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland (KFHN). Außerdem ist im Rahmen einer Halbtagsstelle Frau Wiebke Warnke, Dipl.-Sozialarb./Sozialpäd., als wissenschaftliche Mitarbeiterin mit der Wahrnehmung eines Teils der Aufgaben betraut und zeichnet mit für diesen Bericht.

An der EFH wurden Hausarbeiten und eine einschlägige Diplomarbeit vergeben und abgeschlossen. Die EFH stellt einen Raum für die wissenschaftliche Mitarbeiterin sowie etliche Möglichkeiten im EDV-Bereich zur Verfügung.

Das Projektteam arbeitet im Prinzip gemeinsam an den Aufgaben, hat aber für einige Bereichen Schwerpunkten gesetzt: Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer (Warnke), Verfahren (Ammann), Situation Anbieter (Windheuser); außerdem betreut W. Ammann vorrangig die Stadt Braunschweig und J. Windheuser die beiden Landkreise.

1.7 Wahrnehmung allgemeiner Aufgaben durch die wissenschaftliche Begleitung

Steuerungsgruppe / Projektgruppe

An den Sitzungen der Projektgruppe im Niedersächsischen Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben (ab dem 1.4.04 „Steuerungsgruppe“ im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit) haben immer mindestens zwei der Unterzeichner teilgenommen. Sie haben über ihre Planungen und den Stand der Aktivitäten berichtet und sich an Überlegungen zur Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit und zur Gewinnung neuer Budgetnehmer beteiligt.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Mitglieder des Teams der wissenschaftlichen Begleitung beteiligten sich an der Öffentlichkeitsarbeit zur Förderung des Modellvorhabens; so an der Auftaktveranstaltung im Landkreis Osnabrück am 5.2.04, am Behindertenforum der Stadt Osnabrück am 29.4.04 sowie am Treffen der leitenden Mitarbeiter in Wohnstätten der Lebenshilfe, Landesverband Niedersachsen, am 2.11.04 in Bad Nenndorf.

Kontakt zu den Modellregionen

Auch außerhalb der Steuerungsgruppe bestand zu allen drei Modellregionen, insbesondere zur jeweiligen Eingliederungshilfe, ein regelmäßiger Kontakt. Zur Einführung der Ist-Stand-Erhebung gab es auch telefonische oder persönliche Kontakte zu Leistungsanbietern; diese sollen im kommenden Jahr vertieft werden.

Zusätzliche Modellregionen

Wie bekannt, beteiligten sich die Landkreise Emsland und Osnabrück von Anfang an am Modellvorhaben. Die ursprünglich geplante Teilnahme der Stadt Hannover kam nicht zustande.

W. Ammann hat – am Ende vergeblich – versucht, ihre Kontakte zur Stadt Oldenburg zu nutzen, um sie zu einer Teilnahme am Modellversuch zu bewegen.

Im März 2004 wurde berichtet, dass der Landkreis Diepholz Interesse an einer Teilnahme als Modellregion gezeigt habe. Außerdem hieß es, Einrichtungsträger aus der Stadt Braunschweig möchten erreichen, dass die Stadt Braunschweig sich als Modellregion zur Verfügung stellt. Im Mai erfolgte dann der Beitritt der Stadt Braunschweig.

2 Budgetnehmer und Budgetnehmerinnen

2.1 Methoden der Datenerhebung und –auswertung

Der Auswertung der Daten der Budgetnehmer liegen zum Stichtag (01.12.04) 39 Anfragen nach einem Persönlichen Budget zugrunde. Davon sind 23 inzwischen Budgetnehmer, die Übrigen wurden abgelehnt bzw. zurückgezogen oder sind noch nicht entschieden.

Qualitativ werten wir die Budgetfälle zunächst anhand von Fallschilderungen aus. Die nachfolgende *quantitative* Auswertung geschieht angesichts der geringen Zahl der Fälle noch zurückhaltend.

2.1.1 Schriftliche Unterlagen der Kostenträger

Die Eingliederungshilfe übermittelt uns nach Eingang einer Anfrage erste Daten zu Alter, Geschlecht, Wohnort, Behinderung und zur bisherigen Hilfeart – vorausgesetzt, sie kann beim ersten Kontakt vermuten, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit grundsätzlich ein Eingliederungshilfebedarf vorliegt.

Nach der Entscheidung erhalten wir weitere Informationen, sei es zum Ablehnungsgrund, sei es - nach Erlass des Verwaltungsaktes über das Persönliche Budget - die gesamten Hilfeplan- und Bedarfsfeststellungsunterlagen, mit u.a. folgenden Angaben:

- weitere persönliche Daten, z.B. wichtige Bezugspersonen und Qualität der Beziehung zu ihnen, Entwicklung der Wohnsituation, Gesundheit, schulischer und beruflicher Verlauf, Einkommensverhältnisse, derzeit genutzte Hilfen, evtl. eingerichtete rechtliche Betreuung,
- globale und konkrete Ziele der Schwerpunktplanung und der daraus abgeleitete ambulante Bedarf,
- erforderlicher Umfang der Hilfe (in Betreuungsstunden pro Woche), Höhe des sich hieraus ergebenden Persönlichen Budgets, Leistungsdauer und -zeitraum.

2.1.2 Telefonische Kontakte und zentrale Interviews mit den Budgetnehmern

Der Informationsfluss und die Kontakte zu den Budgetnehmern erfolgen nach einem zeitlichen Schema, das in Tab. 1 dargestellt ist.

Zu fast allen Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer haben wir bis Mitte Dezember 2004 einen telefonischen Erstkontakt in den ersten beiden Wochen nach Budgetgewährung hergestellt (t4). In diesem Telefonat geht es um Kontaktknüpfung, aber auch um erste Einschätzungen aus Sicht der Betroffenen. Auch werden die Budgetnehmer gebeten, ihre Eindrücke zu dem Hilfeplangespräch und dem Bedarfserhebungsverfahren zu schildern und anzugeben, ob sie schon wissen, wofür das Persönliche Budget verwendet werden soll. Beim nächsten Kontakt (t5) geht es um die ersten Erfahrungen des Budgetnehmers mit der Verwendung des Persönlichen Budgets, um die im Hilfeplangespräch festgelegten Ziele und den bisherigen Grad ihrer Erreichung.

Zeitpunkt	Nach Ablauf von	Ereignis
t1		Budgetinteressent meldet sich bei Eingliederungshilfe
t2	nach Zeitplan der Eingliederungshilfe	Gespräch Bedarfsfeststellung / Hilfeplan / Entscheidung über PB / Übermittlung der Daten an wiss. Begleitung
t3		Budgetbeginn
t4	1 Wo. nach t3	1. Telefonkontakt mit Budgetnehmer
t5	6 Wo. nach t3	telefonischer Zwischenkontakt
t6	3 Mon. nach t3	Besuch des Budgetnehmers durch wiss. Begleitung, leitfadengestütztes Interview
t7	6 Mon. nach t3	Gespräch Eingliederungshilfe / Budgetnehmer zur Fortschreibung PB
t8	1 Wo. nach t7	leitfadengestütztes Telefoninterview
t9	12 Mon. nach t3	leitfadengestütztes Telefoninterview

Tabelle 1: Ablaufplan für die Erhebung der Daten bei den Budgetnehmern

Die Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer bekommen im Hilfeplangespräch ein Informationsblatt ausgehändigt, auf dem sich die Interviewerin (WW) mit Foto und kurzer Personenbeschreibung vorstellt und einen Telefonkontakt ankündigt. Fast immer konnten sie deshalb auf Anhieb zuordnen, wer am Telefon ist. Kein Budgetnehmer hat bisher einen Telefonkontakt abgelehnt. In wenigen Fällen wurde allerdings von der Vertrauensperson aus unterschiedlichen Gründen vom Telefonat abgeraten.

Zentrale Interviews (t6) fanden bis zum Stichtag mit drei Budgetnehmerinnen und Budgetnehmern in deren häuslicher Umgebung statt. Sie dauerten 45 bis 60 Minuten. Der Zeitpunkt - drei Monate nach Budgetgewährung - wurde so gewählt, dass sich die Budgetnehmer noch gut an die Situation vor der Budgetgewährung und an das Hilfeplanverfahren erinnern, aber auch schon erste Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget gesammelt haben.

Der Interviewleitfaden enthält weitgehend offene Fragestellungen, damit der Budgetnehmer seine Erfahrungen frei mitteilen kann. Der Stil des Interviews muss sich jedoch selbstverständlich den individuellen Gegebenheiten anpassen. Folgende Themen werden berührt:

- biografische/soziale Anamnese
- Selbsteinschätzung des Hilfebedarfs
- Hilfeplanung; Bedarfserhebung
- Initiative zur Teilnahme am Projekt
- Formalien des Persönlichen Budgets

- Regelungen finanzieller Angelegenheiten / Budgetassistenz
- Verwendung des Persönlichen Budgets
- Ablauf der Unterstützungsleistung
- Zufriedenheit mit der erbrachten Unterstützungsleistung
- Ziele für die Lebenssituation
- Vorher-Nachher-Vergleich

Die Interviews werden bei Einverständnis der Budgetnehmer aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Sie sollen mit Hilfe eines Textanalysesystems analysiert werden.

Auch nach dem Fortschreibungsgespräch (t7) erheben wir die Erfahrungen der Budgetnehmer weiter (Telefoninterview t8), wie in zwei Fällen schon geschehen.

Etwa ein Jahr nach Budgetgewährung soll ein weiteres ausführliches Interview im häuslichen Umfeld des Budgetnehmers zusätzliche Hinweise für die Bewertung der Zielerreichung des Modellprojektes erbringen (t9). Die zeitlichen und finanziellen Ressourcen werden darüber entscheiden, in welchen Fällen diese Nachbefragung noch möglich ist.

2.2 Qualitative Auswertung: Drei ausgewählte Budgetfälle

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt haben wir uns wegen der noch geringen Zahl von Budgetnehmern, von denen zentrale Interviews vorliegen, entschlossen, exemplarisch drei Fälle mittels der Hilfeplanunterlagen, Telefonkontakte, zentralen Interviews und Fortschreibungsgespräche qualitativ auszuwerten. Hier besteht also ein Erfahrungszeitraum von sechs Monaten.

2.2.1 Beispielfall A.

Der Antrag der Mutter von Herrn A. auf ein Persönliches Budget ist der erste, der in der Stadt Braunschweig gestellt wird. Die Initiative geht von dem Leistungsanbieter aus, bei dem Herr A. vor der Budgetbewilligung im Rahmen einer Kurzzeitunterbringung stationär 10 Monate untergebracht war. Der Anbieter kann der Mutter danach keinen stationären Platz für ihren Sohn anbieten. Die Mutter kann aufgrund ihrer Berufstätigkeit den Sohn zu Hause nicht alleine betreuen; deshalb überlegt der Anbieter gemeinsam mit der Mutter, wie dies mit Hilfe geschehen könnte, und arbeitet ein Angebot aus.

Zur gleichen Zeit wird bekannt, dass die Stadt Braunschweig am Modellprojekt teilnehmen wird, und der Anbieter tritt mit der Stadt in Kontakt und schildert den Fall. Daraufhin kommen alle Beteiligten in einem Beratungsgespräch zu dem Ergebnis, dass mit Hilfe des Persönlichen Budgets eine optimale Betreuung in der Wohnung der Mutter erfolgen könnte.

Die Mutter stellt für ihren Sohn einen Antrag auf ein Persönliches Budget. Es folgt das Bedarfsfeststellungsverfahren. Die Budgetbewilligung erfolgt zum 01.06.2004.

Zur Lebenssituation von Herrn A.:

Die Mutter wohnt in einer zentral gelegenen Mietswohnung. Herr A. hat ein eigenes Zimmer. Der ältere Bruder von Herrn A., zu dem er eine sehr intensive Bindung hat, ist vor nicht all zu langer Zeit aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen. Der Vater lebt nicht mit in der Wohnung. Herr A. hat Kontakt zu seinem Vater und besucht ihn gelegentlich auch über Nacht.

Herr A. hat eine geistige Behinderung und ist auf Grund ihrer Ausprägung in fast allen Lebensbereichen dauerhaft auf Assistenzleistungen angewiesen. Die Mutter verwaltet stellvertretend das Persönliche Budget für ihren Sohn und plant und organisiert seine Verwendung.

Die Mutter ist mit ihren beiden Söhnen vor 13 Jahren aus Polen nach Deutschland gekommen. Herr A. wurde im Alter von 7 Jahren in Braunschweig in eine Schule für geistig Behinderte eingeschult und hat diese 13 Jahre besucht. Danach ist Herr A. in den Berufsbildungsbereich einer WfbM in Braunschweig gekommen und sollte diesen noch bis Oktober dieses Jahres besuchen. Danach sei die Aufnahme in den Arbeitsbereich der WfbM geplant, so berichtet die Mutter im zentralen Interview (t6) Ende September. Herr A. wird morgens mit einem Fahrdienst zur WfbM gebracht und abends wieder zurückgefahren.

Herr A. hat einen umfassenden Unterstützungsbedarf in allen Lebensbereichen. Insbesondere im lebenspraktischen Bereich wird die Unterstützung stellvertretend erbracht. Vor seiner stationären Aufnahme taten dies die Mutter und sein älterer Bruder. Nach dessen Auszug konnte die Mutter die Betreuung und ihre Berufstätigkeit nicht mehr parallel organisieren - daher die stationäre Aufnahme. Für die Mutter ist dies schwer zu ertragen, da Herr A. an der engen Begleitung durch Bruder und Mutter hängt und zu beiden eine sehr innige Beziehung hat. Über den Vorschlag seitens des Anbieters ist sie daher sehr froh. Sie denkt nicht über eine andere Lösung, z.B. eine Betreuung des Sohnes durch einen anderen Anbieter, nach.

Die Betreuung des Sohnes orientiert sich folgendermaßen an den Arbeitszeiten der Mutter:

- Hat die Mutter an einem Wochentag Spätdienst, wird der Sohn nachmittags von einer ambulanten Betreuerin in der Wohnung in Empfang genommen und betreut, bis die Mutter von der Arbeit kommt.
- Hat die Mutter an einem Wochentag Frühdienst, so kommt ein ambulanter Pflegedienst – Herr A. hat die Pflegestufe 2 –, weckt Herrn A. und hilft ihm bei der morgendlichen Körperpflege. Herr A. wird dann um viertel vor sieben vom Fahrdienst zur WfbM abgeholt.
- An Wochenenden und Feiertagen wird Herr A. morgens und vormittags bzw. nachmittags und abends von einer ambulanten Betreuerin, je nach Schichtdienst der Mutter, betreut.
- Hat die Mutter Nachtdienst, setzt sie für ihren Sohn ebenfalls eine Betreuerin ein.

Zwischen dem Anbieter der ambulanten Assistenz und dem ambulanten Pflegedienst besteht die Vereinbarung, dass für den Pflegedienst in Personalgestellung Stunden erbracht werden (z.B. die pflegerischen Anteile an den Betreuungsstunden am Wochenende). Für Herrn A. bedeutet dies einen selteneren Wechsel der Betreuungsperson, denn der ambulante Pflegedienst setzt unterschiedliche Kräfte ein. Zudem müssen sich die Mitarbeiter der ambulanten Assistenz bei der pflegerischen Betreuung von Herrn A. am Wochenende nicht an die Zeitvorgaben halten, die im Rahmen der Pflegeversicherung vorgegeben sind. Dies hat den Vorteil, dass auch im Bereich Körperpflege die Verselbständigung mehr Berücksichtigung findet.

Betreuungsschwerpunkte liegen bei der Zubereitung von Mahlzeiten, der Begleitung beim Essen, sowie im Bereich der Freizeitgestaltung und im Vermitteln einer Tagesstruktur. Insgesamt wird ein wöchentlicher Leistungsumfang von 10 Stunden angenommen. In allen Lebensbereichen besteht Unterstützungsbedarf, am höchsten in den Bereichen „Alltägliche Lebensführung“ (120 Min.) und „Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben“ (180 Min.). Fast überall gilt die Hilfestufe „begleiten, anleiten, trainieren“ oder „stellvertretend erledigen“. Der gewährte Leistungsumfang von 10 Stunden pro Woche entspricht einer Budgethöhe von 1515,50 € im Monat.

Je nach Dienst- und Urlaubssituation der Mutter variieren die tatsächlich geleisteten Betreuungsstunden. Die Mutter betreut ihren Sohn selbst, wenn sie frei oder Urlaub hat. Wenn er seinen Vater besucht, übernimmt dieser die Betreuung. So kam es, dass in drei bestimmten Monaten insgesamt nur 24 Betreuungsstunden plus 12 in Personalgestellung für den Pflegedienst geleistet wurden, in einem anderen Monat hingegen weit über 80 Betreuungsstunden.

Der Mutter bleibt so die Möglichkeit, von dem Persönlichen Budget neben den Betreuungsstunden zusätzlich Freizeitaktivitäten ihres Sohnes zu fördern.

Im zentralen Interview (t6) schildert die Mutter, wie froh sie ist, dass ihr Sohn nun wieder bei ihr leben kann. Ihm bekomme das sichtlich. (Mit Herrn A. selbst wurde zwar Kontakt aufgenommen, ein Gespräch war jedoch nicht möglich.) Er sei wieder viel fröhlicher und ausgelassener als während der stationären Unterbringung. Sie schätzt es sehr, dass sich auch mal andere Personen mit Herrn A. beschäftigen. Sie als Mutter, so gesteht sie ein, erledigt stellvertretend sehr viel für ihn und fordert und fördert ihn in manchen Dingen zu wenig.

Sie schätzt die Möglichkeit, das Persönliche Budget flexibel einsetzen zu können und sich nicht nach vorgegebenen Betreuungszeiten des Anbieters richten zu müssen. Sie kann die notwendigen Betreuungsstunden relativ kurzfristig mit dem Anbieter vereinbaren. Das sei auch notwendig, da sie teilweise erst sehr spät erfährt, welchen Dienst sie hat.

Bewertung des Falls hinsichtlich der vorgegebenen Projektziele:

- Erstmals beschäftigen sich außer der Familie auch andere Personen regelmäßig im Rahmen einer 1:1-Betreuung mit den Wünschen und Bedürfnissen von Herrn A.. Diese Personen haben Erfahrungen mit Menschen, die nur eingeschränkt kommunizieren und sich ausdrücken können. Dadurch kann Herr A. vielfältigere soziale Erfahrungen machen - auch dies ist „Selbstbestimmung“ und „Teilhabe“ nach SGB IX.
- Die Mutter setzt in diesem Fall stellvertretend für den Budgetnehmer das Persönliche Budget zur Erfüllung von Hilfebedarfen ein und verwendet es zielgerichtet.
- Durch Einsatz des Persönlichen Budgets und durch Flexibilität eines Anbieters kann im Fall A. eine als sehr belastend erlebte Heimunterbringung vermieden werden.

Individueller Kostenvergleich:

Die Kosten für die stationäre Unterbringung würden hier nach dem Nettokostenprinzip¹¹ 1599,69 € unter Berücksichtigung aller Anrechnungen (Leistungen der Pflegeversicherung, Ausbildungsgeld und Wohngeld) betragen. Rechnet man die Höhe des Persönlichen Budgets von 1515,50 € dagegen, so beträgt die monatliche Ersparnis 84,19 €, im Jahr etwa 1000 €.

2.2.2 Beispielfall B.

Der Antrag von Herrn B. auf Persönliches Budget ist einer der ersten, der im Landkreis Osnabrück gestellt wird. Er wird zunächst abgelehnt, denn es sieht so aus, als solle das Persönliche Budget als Ersatz für die Tätigkeit von Herrn B. in der WfbM eingesetzt werden, denn er hatte sich mit Einverständnis der Eltern kurz zuvor aus der WfbM abgemeldet. Nach Rücksprache ergibt sich allerdings, dass das Persönliche Budget durchaus der Verselbständigung dienen soll, und es wird ein Gespräch zur Bedarfsfeststellung und Zielvereinbarung verabredet.

Die Lebenssituation ist folgende: Die Familie bewohnt und bearbeitet einen einzeln gelegenen Bauernhof. Herr B. hat ein eigenes Zimmer. Der ältere Bruder von Herrn B. ist aus dem Haus, der jüngere lebt (noch) mit auf dem Hof; außerdem wird eine Großmutter mitversorgt. Ein Onkel hat bis vor kurzem auf dem Hof mitgearbeitet, kann dieses aus Krankheitsgründen aber nicht mehr und lebt jetzt woanders. Herr B. besuchte von diesem Hof aus seit 11 Jahren eine WfbM, liebte diese Arbeit aber nicht, da er sich oft unausgelastet fühlte, und der aus Rationalisierungsgründen immer länger werdende Bustransport geriet zunehmend zum Stress für Mutter und Sohn. Abends war er sehr erschöpft, ohne dass ein besonderer Förderungseffekt zu verzeichnen gewesen sei. Durch die Entlastung (Wegzug des Onkels) fühlt sich die (tatkraftige) Mutter zusammen mit dem Vater in der Lage, Herrn B. in die Arbeitsprozesse auf

¹¹ vgl. Kaas, 2002, 137

dem Hof einzubinden – was inzwischen schon gut gelungen ist -, und zudem an seiner Selbstständigkeit zu arbeiten. Aufgrund der Arbeitsbelastung kann sie dies jedoch nicht ohne Hilfe erreichen; diese soll mit Hilfe des Persönlichen Budgets eingeworben werden. Auf Dauer wollen die Eltern damit verhindern, dass er stationär betreut werden muss.

Dementsprechend wird am Ende des Gesprächs zur Bedarfsfeststellung als *Globalziel* für das Persönliche Budget formuliert:

Erwerb von lebenspraktischen Fähigkeiten mit dem Ziel der Vorbereitung auf eine selbständige Wohnform (abgeschlossene Wohnung auf dem Hof oder ambulante Betreuung in einer Wohngruppe).

Im Einzelnen möchte Herr B. in sechs Monaten erreichen, dass er bestimmte Dinge für seinen privaten Bedarf einkaufen kann, dass er ein Gefühl entwickelt, wie viel Geld er zur Verfügung hat – beginnend mit der selbständigen Verwaltung des Budgets für Körperpflegeartikel, und dass er selbständig eigenes Geld von der Bank abheben kann. (Die Ziele sind subsumiert im Gesamtbereich „Allgemeine Lebensführung“ unter „Einkaufen“, „kurz-, mittel- und langfristige Finanzplanung“ sowie „Regeln von finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten.“)

Bei der Bedarfsfeststellung wird für alle drei Ziele die Hilfestufe „begleiten, anleiten, trainieren“ angenommen und ein wöchentlicher Hilfebedarf von 60 Minuten geschätzt. Da er, um diese Kompetenzen zu erlangen, sich mit seinem dreirädrigen Fahrrad über mehrere Kilometer in größere Orte bewegen muss, dies aber ohne Begleitung (noch) nicht kann, kommt ein weiterer Bedarf von 30 Min./Woche hinzu. Auf dieser Basis wird das Persönliche Budget bewilligt.

Herr B. verfügt über gute Ressourcen. Er ist schon in vielen Bereichen selbständig, kann seine Wünsche äußern und Ziele formulieren. Die Mutter engagiert sich sehr für ihn, auch sein Vater hilft und bezieht ihn in die Hofarbeit ein. Auch Nachbarn sind zur Unterstützung bereit.

War Herr B. beim ersten Telefonkontakt seitens der wissenschaftlichen Begleitung (t4) offenbar noch verunsichert und nicht ganz orientiert, so konnte er beim zweiten Telefonkontakt (t5) präzise über das Persönliche Budget, seine Verwendung und die dabei verfolgten Ziele Auskunft geben. Eine ältere allein stehende Nachbarin übt mit ihm die vereinbarten Schritte und erhält das Geld. Es waren auch zwei andere Personen in Betracht gezogen worden, aber die – so die Mutter - hätten wahrscheinlich nicht so sehr auf seine Selbstständigkeit geachtet und ihm womöglich zu wenig zugetraut. Ein professioneller Anbieter wurde ebenfalls angefragt, hat aber Hilfe abgelehnt, da man niemanden mit entsprechender Ausbildung zur Verfügung stellen konnte. Auch der FED habe – so die Mutter - nur ungeschulte Kräfte auf 400-Euro-Basis zur Verfügung.

Im zentralen Interview (t6) berichten Herr B. und seine Mutter einhellig, wie froh sie beide sind, dass er diesen Schritt aus der Werkstatt heraus gemacht hat. Er fühlt sich bei der Arbeit auf dem Hof gut ausgelastet, ist stolz auf das, was er könne und verstehe, und er möchte nicht zurück. Wie das mit dem Persönlichen Budget abläuft, hat er gut verstanden, so dass er den Geldfluss schon selber kontrollieren kann; die Hilfe durch die Nachbarin ist nützlich im Sinne der vereinbarten Ziele und wird geschätzt. Die vereinbarte Stundenzahl ist nach Einschätzung der Mutter zu niedrig; aber alle Beteiligten gucken nicht auf die Minute.

Das Gespräch mit der Fachstelle zur Zielprüfung und ggf. Fortschreibung nach sechs Monaten Laufzeit ergibt, dass die drei vereinbarten Ziele praktisch vollständig erreicht sind. Das Persönliche Budget wird im Rahmen der vereinbarten 90 Minuten fortgeschrieben, und zwar gleich bis Ende 2005. Als neue Ziele werden vereinbart: im Bereich der Alltäglichen Lebensführung die selbständige Zubereitung von Mahlzeiten und die Wäschepflege (zusammen 45

Min.) sowie wiederum die Räumliche Orientierung, dieses Mal mit dem Ziel selbständiger Busfahrten in größere Nachbarorte.

Letztendlich erkennen jedoch auch der Budgetnehmer und die Mutter, dass die bisherige Art der Leistungserbringung nicht mehr ausreicht, um weitergehende Hilfeplanziele zu erreichen. Zudem wünscht sich der Budgetnehmer eine jüngere, evtl. männliche Person, die ihn unterstützt. Als neue Begleit- und Hilfsperson ist ein Zivildienstleistender ins Auge gefasst; beim Telefoninterview eine Woche später (t8) hatte sich dies schon konkretisiert. Jetzt allerdings wird der Vertrag (vermutlich) zusätzlich mit einem professionellen Anbieter (FED) geschlossen, bei dem der Zivildienstleistende beschäftigt ist – unklar ist, ob das nicht zu teuer wird. Dies alles habe die Mutter selbst organisieren müssen; der regional wichtigste Leistungsanbieter selbst sei nicht mit eigenen Ideen auf sie zugekommen.

Bewertung des Falls hinsichtlich der vorgegebenen Projektziele:

- Der Nutzen des Persönlichen Budgets wird hier geradezu mustergültig realisiert. Konkrete Ziele zur Verselbständigung werden konsequent und erfolgreich verfolgt. Man gewinnt den Eindruck, dass auf diesem Wege eine stationäre Unterbringung des Betroffenen auf lange Sicht unnötig bleibt.
- Dieser Erfolg verdankt sich vor allem einer engagierten und mit den emanzipatorischen Zielen des SGB IX hoch identifizierten Mutter. Sie verwirklicht in optimaler Weise das, was in der Literatur als *Budgetassistenz* beschrieben wird. Diese Konstellation wird man aber nur selten als gegeben erwarten können.

Individueller Kostenvergleich:

Es ist nicht einfach bei diesem Fall, eine plausible Aussage über eventuelle Einsparungen durch dieses Persönliche Budget zu machen. Man könnte natürlich die monatlichen Kosten für die Betreuung in der WfbM, die Herr B. vorher besucht hat (1042,54 €), mit dem Budgetbetrag (225,75 €) vergleichen und käme dann auf eine monatliche Ersparnis von 816,79 €. Vermutlich hätte die Familie aber ohnehin die Betreuung in der WfbM gekündigt (sie war ja schon geschehen). Wenn man aber andererseits unterstellt, dass bei Herrn B. auf Dauer eine Unterbringung in einer stationären Einrichtung nötig würde, die so vielleicht vermieden wird, dann wäre die monatliche Ersparnis für die Eingliederungshilfe künftig sogar noch höher. Doch das ist spekulativ.

2.2.3 Beispielfall C.

Herr C. ist in doppelter Hinsicht ein besonderer Klient: er ist der erste Klient im Modellvorhaben zur Einführung Persönlicher Budgets für Menschen mit Behinderung und außerdem der erste - und bisher einzige – Klient, der nach Ablauf von sechs Monaten von der Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, wieder Eingliederungshilfeleistungen als Sachleistung in Anspruch zu nehmen. Im dritten und abschließenden Telefoninterview stellt C. fest: „Da hab ich nichts von.“ Das Geld wird seither wieder vom Landkreis Osnabrück direkt an den Anbieter überwiesen, der die ambulante Assistenz von C. auch im Rahmen des Persönlichen Budgets geleistet hat.

Ein Ausstieg aus dem Persönlichen Budget also in einem Fall, der gewissermaßen als Musterfall gelten kann.

Herr C ist mittleren Alters und lebt mit seiner Lebensgefährtin zusammen in einer Zweizimmerwohnung am Rande einer Kleinstadt des Landkreises Osnabrück. Er hat sich diese Form der Selbständigkeit mit einer großen Beharrlichkeit und Durchsetzungskraft erkämpft, das konstatiert die Mitarbeiterin der ambulanten Assistenz, die C. in dieser Zeit knapp ein Jahr

vor Beginn des ersten Hilfeplangesprächs betreut hat. Er lädt die Mitarbeiterin der wissenschaftlichen Begleitung zum Interview zu sich nach Hause ein und zeigt ihr anschließend voller Stolz seine Wohnung, wobei er darauf hinweist, dass er einen Schrank in der Küche selbst zusammengebaut habe.

Kleine Einkäufe kann er von zu Hause selbst per Bus erledigen, für den Großeinkauf braucht er Hilfe: jemanden, der ihn berät, was Finanzen und sonstige Vorräte angeht, jemanden, der sich mit „gesundem Essen“ auskennt, und jemanden, der ein Auto hat, um alles zu transportieren - Aufgaben, die derzeit von der ambulanten Assistentin wahrgenommen werden.

Über C.'s schulischen und beruflichen Werdegang ist nur so viel bekannt, dass er eine Sonderschule (ob für so genannte Lernbehinderte oder Geistigbehinderte ist nicht bekannt) und anschließend eine Heimschule besucht hat.

C. wird eine „geistige Behinderung vom Grad einer leichten Intelligenzminderung“ in einer ärztlichen Stellungnahme attestiert. Aus der Sicht behindertenpädagogischer Diagnostik betrachtet, ist wahrscheinlich eher von einer Lernbehinderung auszugehen.

Derzeit arbeitet Herr C. als Hausmeistergehilfe in der WfbM, in die er nach dem Schulabgang zunächst in den Arbeitstrainingsbereich und dann in den Arbeitsbereich aufgenommen wird. C. ist sich darüber im Klaren, dass er mit dem Rasenmähen auf einer schrägen Fläche und mit dem Zersägen großer Bäume schwere Arbeit leistet und für sich zu wenig Pausen einfordert und wenig Geld verdient. Er weiß, dass er in ein paar Jahren Anspruch auf eine Rente hat.

Die Daten im allgemeinen Teil des Hilfeplans lassen bezüglich der Entwicklung seiner Wohnsituation erkennen, dass C. seit seiner Jugend institutionelle Unterbringung erlebt hat:

- Kinderheim (Dauer nicht bekannt)
- Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung, drei Jahre
- Wohnheim, drei Jahre
- Wohngruppe, acht Jahre auf dem Gelände der WfbM, in der C. beschäftigt ist.

Bereits während seines Aufenthalts im Wohnheim lernt C. seine jetzige Lebensgefährtin D. kennen, sie wohnen zunächst mit mehreren Personen gemeinsam in einer größeren Wohngruppe, ziehen dann mit einer dritten Person gemeinsam in die Hausmeisterwohnung ein und realisieren schließlich den großen Wunsch, in eine eigene gemeinsame Wohnung zu ziehen. Hilfe bekommt C. von seinem Bruder und von der ambulanten Assistentin, die auftretende Probleme bezüglich der Arbeitsteilung innerhalb der Partnerschaft mit C. und seiner Partnerin D. erkennt und mit beiden gemeinsam akzeptable Lösungen erarbeitet. Frau D. wird von demselben Anbieter ambulanter Hilfen betreut wie Herr C.. Kontakte zur Mutter sind sporadisch und belasten ihn. Aus Sicht der ambulanten Assistentin besteht bei C. die Gefahr der sozialen Isolation, er igele sich mit seiner Partnerin zu sehr ein. Wenn sie zum Beispiel während der Weihnachtsfeiertage zu ihrer Familie fährt, ist C. allein.

Beide zusammen sind beim ersten Hilfeplangespräch anwesend.

C. weiß zunächst nicht genau, was es mit dem Persönlichen Budget auf sich hat, er befürchtet, sich andere Assistenz suchen zu müssen.

Nachdem er darüber aufgeklärt wird, dass er mit dem Persönlichen Budget „Arbeitgeber“ (so wörtlich) werde, reagiert er lachend mit nur einem Wort: „Macht!“.

Da der Anbieter der ambulanten Assistenz gleich im Anschluss an das Hilfeplangespräch einen Vertrag mit C. darüber schließt, dass der gesamte Budgetbetrag per Dauerauftrag von seinem Konto an den Anbieter überwiesen wird, bekommt er nicht die Möglichkeit, seine Unterstützung selbst bestimmt auszuwählen und die ambulante Assistentin direkt zu bezahlen.

(Er wird also gar kein „Arbeitgeber“!). C. würde durchaus gern selbst das Geld in die Hand bekommen und es seiner ambulanten Assistentin aushändigen. „Wenn sie mal länger hier ist...“, „bekommt sie mehr“ könnte man den Satz ergänzen, doch C. fügt während des Interviews nach ca. einem Vierteljahr Erfahrung mit dem Persönlichen Budget resigniert hinzu: „so habe ich da nichts von.“ C. sieht lediglich auf seinem Kontoauszug, dass das Budgetgeld überwiesen worden ist und kontrolliert die Weiterleitung. Alles andere bleibt beim Alten. Das Persönliche Budget wird zu einem Durchlaufposten auf seinem Konto. Er fühlt sich dafür verantwortlich, dass alles richtig läuft und erlebt das Persönliche Budget in dieser Form zunehmend als unnötige Belastung, die er schließlich loswerden will.

Obleich das Persönliche Budget, das auf eine Stunde pro Woche festgelegt ist, in geradezu idealer Weise zu dem vereinbarten Globalziel der „langfristigen größtmöglichen Verselbstständigung“ passt, ist es dennoch für C. in dieser Form nicht hilfreich, da das Persönliche Budget C. keinerlei Spielräume eröffnet, die ambulante Hilfe anders als bisher zu gestalten¹². In einer Stunde pro Woche einen Großeinkauf zu erledigen, ist kaum möglich. Dann auch noch den Umgang mit Geld in der Weise zu trainieren, wie es in der Schwerpunktplanung festgelegt ist, dazu bleibt eigentlich kaum noch Zeit. So ist es zu befürchten, dass die im Hilfeplan anvisierten Ziele, einschließlich der Wünsche, die für Herrn C. und seine Lebensgefährtin von großer Bedeutung sind, wie zum Beispiel die Planung einer gemeinsamen Urlaubsreise, aus dem Blickfeld geraten.

Eine didaktisch versierte Budgetassistenz, die bereits im Vorfeld der Budgetbewilligung notwendige Schulungsprozesse initiiert und nach einer gründlichen Klient-Umfeld-Analyse ein Netzwerk verschiedener Hilfen knüpft (von Nachbarschaftshilfe bis Volkshochschulkurs), hätte C. vielleicht in die Lage versetzt, mit dem Instrumentarium des Budgets versiert umzugehen und ein kompetenter Arbeitgeber zu werden. Synergieeffekte hätten langfristig durch das Einbeziehen seiner Lebensgefährtin D. in das Persönliche Budget erreicht werden können.

Die kurzfristigen Mehrkosten durch die zeitweilig notwendige Budgetassistenz könnten langfristig betrachtet zu erheblichen Einsparungen führen.

Individueller Kostenvergleich:

Vor (und nach) dem Persönlichen Budget belaufen sich die monatlichen Kosten für die ambulante Betreuung auf 201,84 €; während der Budgetlaufzeit auf 156,95 € (niedrigerer Stundensatz, niedrigerer Fahrtkostensatz) - die monatliche Ersparnis betrug also 44,89 €.

2.2.4 Grundsätzliche Bemerkung zum Kostenvergleich

Ein direkter Vergleich von stationären mit ambulanten Kosten ist kritisch zu betrachten, da sich der Kostensatz eines stationären Angebotes immer aus mehreren Posten zusammensetzt - z.B. einer Investitionskostenpauschale, die nichts mit dem tatsächlichen Eingliederungsbedarf des Klienten zu tun hat und je nach Einrichtung sehr unterschiedlich sein kann. Beim Persönlichen Budget im ambulanten Bereich fehlt dieser Posten selbstverständlich.

Um dieses Dilemma etwas zu umgehen, könnte man nur *einen* Posten heranziehen, nämlich die Maßnahmepauschale. Da sie eine *Pauschale* ist, kann man sie genau genommen nur mit *durchschnittlichen* Persönlichen Budgets vergleichen. Auch wenn sich zukünftig die Maßnahmepauschale bei fast allen Anbietern der Modellregionen an der im Einzelfall ermittelten Hilfebedarfsgruppe orientieren wird, bleibt sie eine – wenn auch differenzierte - Pauschale.

¹² Kastl (2004, S. 44) kritisiert diesen Typ der engen Bindung an *einen* Leistungsanbieter in ähnlicher Weise.

2.3 Quantitative Auswertung

In den folgenden Auswertungen zählen wir Herrn C. immer mit, obwohl sein Persönliches Budget zum Stichtag schon ausgelaufen war. Mit ihm haben wir 23 Budgetnehmer.

39 Anfragen nach dem Persönlichen Budget wurden von den Dienststellen als realistische Anfragen gewertet und uns übermittelt. Davon wurden acht negativ entschieden, oder die anfragende Person hat den Antrag vorzeitig zurückgezogen. In acht Fällen steht eine Entscheidung noch aus. Drei werden nach Abschluss des Bedarfsfeststellungsverfahrens sehr wahrscheinlich ein Persönliches Budget erhalten. In einem Fall hat sich die anfragende Person bisher nicht wieder beim zuständigen Kostenträger gemeldet. In den anderen vier Fällen stehen die Hilfeplangespräche noch aus.

2.3.1 Anfragen nach einem Persönlichen Budget

Von den 39 „potentiellen Budgetnehmern“ kamen 14 aus dem Landkreis Osnabrück, vier aus dem Landkreis Emsland und 21 aus der Stadt Braunschweig (siehe Abb. 1). 23 Antragsteller sind weiblich und 16 männlich.

Zeitpunkte der Anfragen

Die Anzahl der Anfragen hat im Laufe des Modellvorhabens zunächst zugenommen und hat in den Monaten Juli und August einen Höhepunkt erreicht. Seitdem nimmt die Anzahl der Anfragen wieder ab. Im November gab es nur noch zwei Anfragen (siehe Abb. 2).

Vermutlich kamen Informationen zum Projekt in den Monaten Juni, Juli und August erst bei potentiellen Nutzern, ihren Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, aber auch bei den Anbietern an. Zudem haben die Kostenträger in den Monaten Mai und Juni verstärkt zusammen mit Vertretern von Leistungsanbietern nach möglichen Budgetnehmern gesucht. In Braunschweig hat vor allem ein Anbieter in jenen Monaten viele Anfragen angeregt.

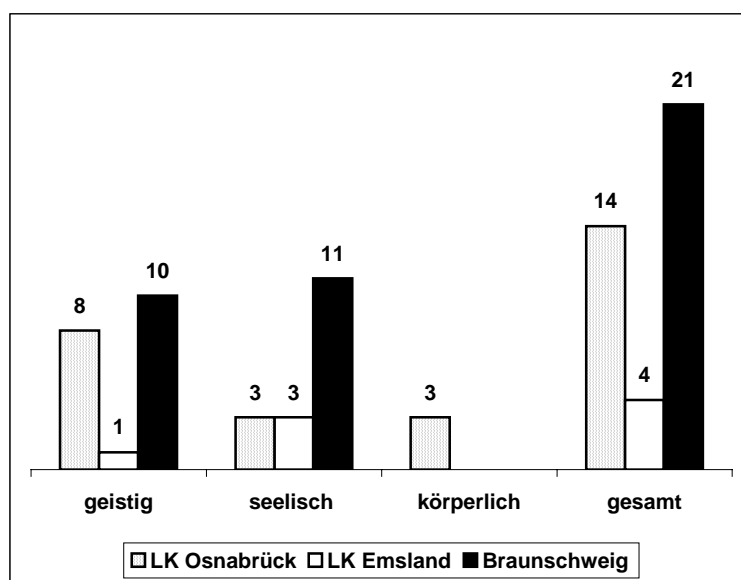


Abbildung 1: Antragsteller nach Art der Behinderung und Region

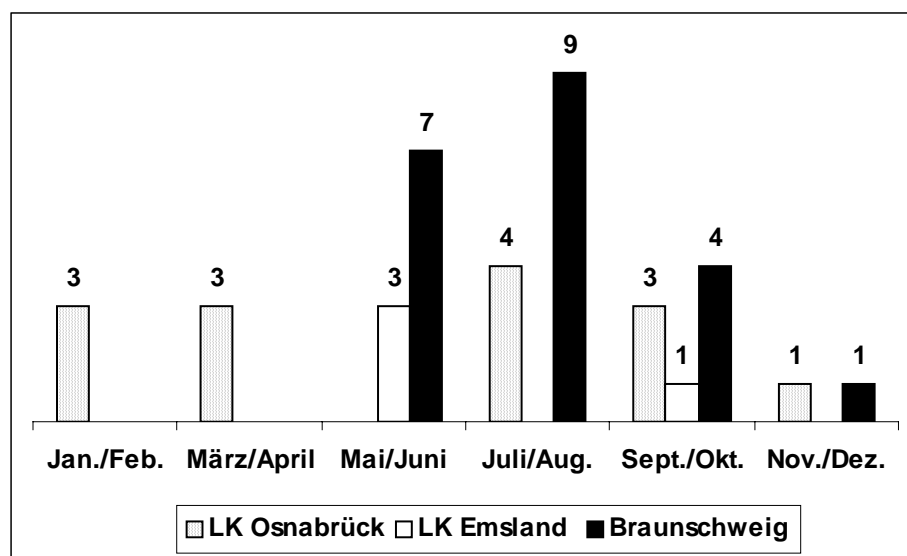


Abbildung 2: Antragsteller nach Anfragezeitpunkt und Region

Art der Behinderung

Bei der Festlegung der durchaus problematischen Kategorien „geistig“ / „seelisch“ / „körperlich“ haben wir uns – wie auch die teilnehmenden Modellregionen - an der Unterscheidung des §39 BSHG bzw. des §2 SGB IX orientiert. Bei den 39 „potentiellen Budgetnehmern“ steht je etwa zur Hälfte eine geistige Behinderung oder eine seelische Behinderung im Vordergrund. Menschen mit körperlicher Behinderung haben kaum angefragt (siehe Abb.1).

Das Persönliche Budget in dieser Form scheint für Menschen mit einer Körperbehinderung weniger interessant zu sein. Möglicherweise sind in vielen Fällen vorrangig andere Leistungsträger zuständig. In diesem Modellvorhaben liegt der Schwerpunkt auf dem Bedarf an ambulanter, vor allem pädagogischer Eingliederungshilfe. Menschen mit einer reinen Körperbehinderung haben hier eher keinen oder in Ausnahmefällen nur geringen Bedarf. Dort, wo er dennoch besteht, wird dieser wohl eher von Pflegekräften abgedeckt, oder die Betroffenen haben sich die Assistenz, die sie benötigen, bereits schon über Geldleistungen finanziert und treten gegenüber ihren Assistenten als Arbeitgeber im Sinne des „Arbeitgebermodells“¹³ auf.

Anfragende Personen

Abb. 3 zeigt, wie oft bestimmte Personen – der mögliche künftige Budgetnehmer selbst oder andere für ihn - die Anfrage an den Kostenträger gerichtet haben. Es fällt auf, wie oft dies professionelle Agenten sind – Betreuer oder Anbieter. Die Anfrage geht bei der zuständigen Modellregion auf unterschiedlichem Wege ein, am häufigsten telefonisch.

¹³ vgl. Bartz 2001

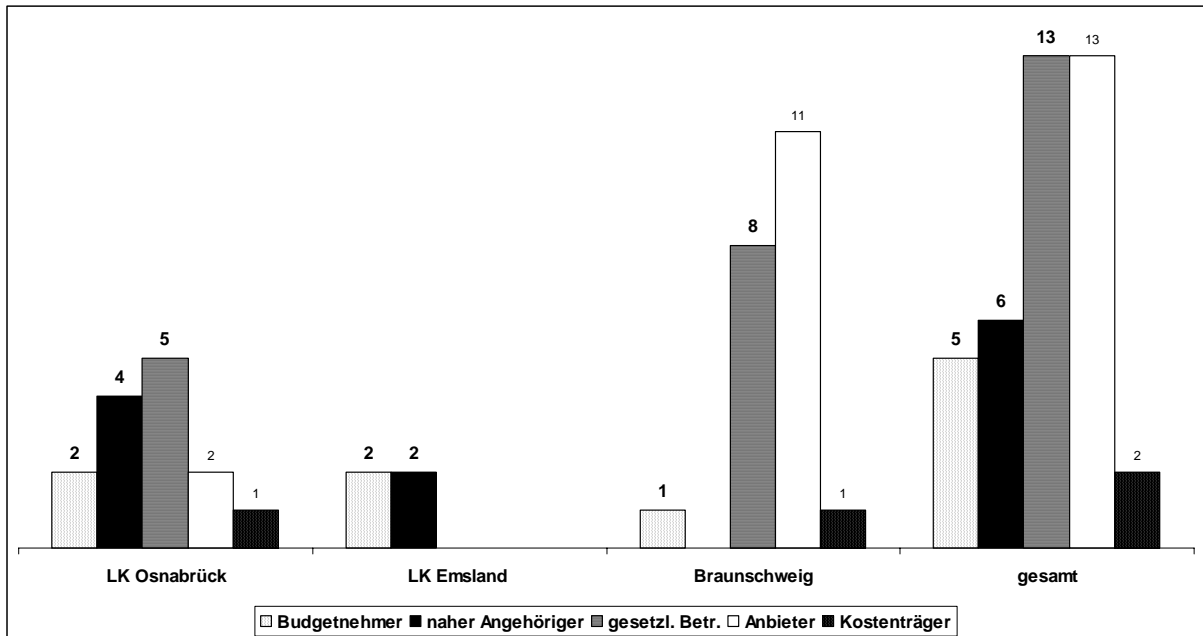


Abbildung 3: Anfragende Personen nach Regionen

Für die Stadt Braunschweig lassen sich die häufigen Anbieter-Anfragen mit dem schon erwähnten besonderen Engagement eines bestimmten Anbieters erklären. Selbstverständlich lassen sich betroffene Personen gern auf die erleichternde Hilfe gewohnter Institutionen ein. Andererseits sichert sich der Anbieter dadurch von Anfang an eine zentrale Rolle.

2.3.2 Ablehnungsfälle

Insgesamt sechs Anfragen wurden abgelehnt, und zwar in den Landkreisen:

Landkreis Emsland

Die beiden Ablehnungen haben formale Gründe: einmal ist ein anderer Landkreis zuständig, in welchem die neue Wohnung des Betroffenen liegt, und zum anderen gibt die anfragende Person gegenüber dem Kostenträger trotz mehrmaliger Aufforderungen keine Auskunft zu ihrem Vermögen.

Landkreis Osnabrück

Fall 1: Eine junge Frau mit einer geistigen Behinderung ist aufgrund einer „komplexen Problematik“ wieder bei der Mutter eingezogen. Die Mutter will nun ein Persönliches Budget für ihre Tochter beantragen und für „besondere Therapien (wie Musiktherapie)“¹⁴, die ihre Tochter benötige, einsetzen. Die übrigen Unterstützungsangebote (WfbM, FED und Haushaltshilfe) seien ausreichend, die häusliche Situation „stabil“. Nach umfangreichen Erkundungen, u.a. bei der Leitung des früheren Wohnheims, wurde das Persönliche Budget abgelehnt, da kein eindeutiger Eingliederungshilfebedarf neben den schon installierten Unterstützungsleistungen bestehe. Auch sei der Einsatz des Persönlichen Budgets für therapeutische Maßnahmen grundsätzlich nicht möglich. Der Mutter wird geraten, sich bei verändertem Bedarf, erneut an den Landkreis zu wenden.

Dieser Fall berührt zwei prinzipielle Fragen des Modellvorhabens.

Die eine dieser Fragen ist: Wie aktiv soll die Eingliederungshilfe die anfragenden Menschen auf die Möglichkeiten des Persönlichen Budgets aufmerksam machen? Nimmt man diesen

¹⁴ Zitate aus der Ablehnungsbegründung des Kostenträgers

Fall als Richtschnur, dann verfährt die Eingliederungshilfe offenbar nach dem Grundsatz: *So viel Persönliches Budget wie nötig*, und nicht: *So viel Persönliches Budget wie möglich*. Dies entspricht durchaus den Vorgaben des Gesetzes und der Rahmenbedingungen des Modellvorhabens. Das Problem ist dann jedoch, dass ungleiche Ausgangsbedingungen für die Anfragenden herrschen. Am Beispiel dieses Falles: Hätte die Mutter auf Anraten eines cleveren Begleiters vorgetragen, jemand müsse die Tochter zu musikalischen Veranstaltungen begleiten, da sie selbst dies nicht könne, damit die Tochter in Gemeinschaft mit anderen Musik machen und dadurch Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verwirklichen kann, dann wäre es vermutlich schwerer gefallen, das Budget abzulehnen. Anfragende mit einer guten „Budgetassistenz“ (informierte Verwandte, Betreuer, Anbieter) sind also im Vorteil!

Die andere Frage: Gilt der für das Hilfeplanverfahren selbstverständliche Grundsatz der „unmittelbaren und aktiven Beteiligung des Menschen mit Behinderung“¹⁵ auch schon für das Vorverfahren? Offenbar hat es in diesem Fall keinen persönlichen Kontakt zu der Tochter gegeben. Hier ist aber schnell zu erkennen, dass eine Ausdehnung des genannten Grundsatzes auf *jedes* Vorverfahren die Möglichkeiten der Eingliederungshilfe rasch sprengen würde.

Fall 2: Nach eingehender Betrachtung kommt der Landkreis im Rahmen eines Hilfeplangesprächs zu dem Ergebnis, dass eine Unterstützung im Sinne des Ziels: „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ nur außerhalb der Familie zu verwirklichen ist, und zwar im Rahmen einer ambulanten Assistenz gewährt. Eine Budgetbewilligung hätte, so der Landkreis, keinen Sinn gemacht, da der Anbieter von vornherein feststand und die Klientin nach Einschätzung aller Beteiligten das Persönliche Budget nicht selbst hätte verwalten können.

Auch hier stellt sich die Frage nach einer unabhängigen Budgetassistenz, die das vielleicht doch ermöglicht hätte – Persönliches Budget ja, wenn (irgend) möglich?

Fall 3: Für eine fünfzigjährige Frau, die nach Beendigung einer stationären Eingliederungshilfe-Maßnahme zu ihrer Familie in die eigene Wohnung zurückkehren wird, waren alle Planungen schon abgeschlossen. Eine zusätzliche Unterstützung war nicht geplant und sei nicht notwendig, deshalb war kein Eingliederungshilfebedarf gegeben.

Fall 4: Ein Mann mit seelischer Behinderung, der in einer stationären Einrichtung lebt, soll auf Wunsch der Mutter zurück in ihre Wohnung ziehen. Mit Hilfe des Persönlichen Budgets möchte die Mutter den Unterstützungsbedarf ihres Sohnes ambulant organisieren.

Die Eingliederungshilfe recherchiert und kommt u.a. zu dem Ergebnis, dass sein hoher Unterstützungsbedarf derzeit nicht ambulant gedeckt werden kann. Eine ambulante Betreuung soll mittel- oder langfristig wieder geprüft werden.

Selbstverständlich entspricht diese Ablehnung der Vorgabe des Modellvorhabens, das Persönliche Budget sei nicht im stationären Bereich zu gewähren. Aber auch hier ist (siehe Fall 1) darauf zu dringen, dass sich der Betreffende zu „seiner“ Angelegenheit in irgendeiner Form äußern können muss, sofern das sinnvoll und zumutbar ist.

¹⁵ Projektbericht S. 53

2.3.3 *Positiv entschiedene Anfragen*

Jetzt folgt die Auswertung derjenigen Anfragen, die bis zum Stichtag positiv entschieden wurden, also der Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer.

2.3.3.1 *Zahl der Budgetnehmer in den Modellregionen und Art der Behinderung*

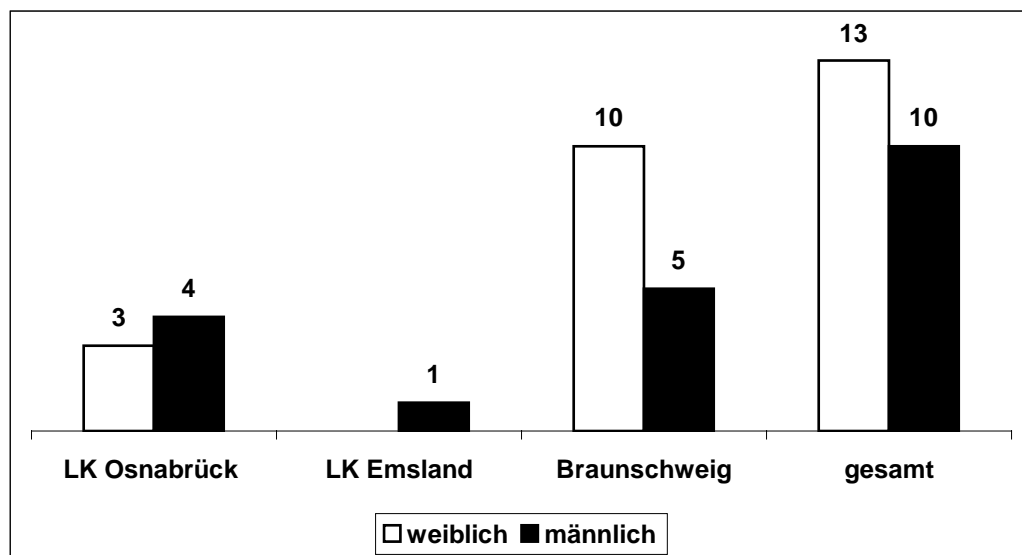


Abbildung 4. Budgetnehmer nach Geschlecht und Region

Abb. 4 zeigt die Verteilung der Budgetnehmer auf die Regionen, getrennt nach Geschlecht. Allein 10 der 13 weiblichen Budgetnehmer kommen aus der Stadt Braunschweig. Ob dieser Trend etwas zu besagen hat, sei noch dahingestellt.

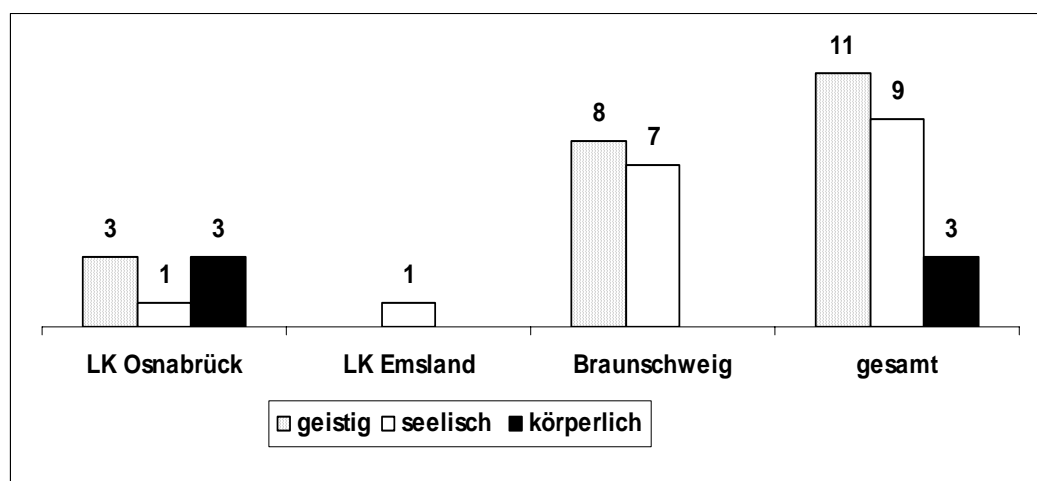


Abbildung 5: Budgetnehmer nach Art der Behinderung und Region

Die höhere Fallzahl in Braunschweig korrespondiert mit dem dort sehr viel höheren Anteil ambulanter Betreuungsfälle (siehe Kap. 5). Vielleicht stehen aber auch weniger stationäre Plätze speziell für Menschen mit einer geistigen Behinderung zur Verfügung (Wartelisten). Im Durchschnitt äußern sich die Anbieter in den beiden Landkreisen eher kritisch zu dem

Modellvorhaben (siehe Kap. 3) - dies wäre ein weiterer Hinweis, warum dort im Verhältnis die Anzahl der Budgetnehmer noch geringer ist. Letztendlich engagiert sich in Braunschweig in besonderer Weise ein gesetzlicher Betreuer - er allein betreut vier Budgetnehmer.

Ob die Modellregionen unterschiedlich strenge Kriterien anwenden und sich dies auf die Fallzahl auswirkt, ist angesichts der niedrigen Gesamtzahlen noch spekulativ.

Die unterschiedliche Verteilung der Behinderungsarten (Abb. 5) bildet die entsprechende Verteilung der Anfragen ab (Abschnitt 2.3.1.).

Hierzu noch eine Bemerkung. Bei sieben Budgetnehmern besteht neben dem angegebenen „Leitsymptom“, also der vorrangigen Behinderung gemäß Bedarfserhebungsbogen, eine weitere Behinderung derselben oder einer anderen Kategorie. Dieses sei insbesondere im Zusammenhang mit den drei Budgetnehmern erwähnt, die als „körperlich behindert“ aufgeführt sind. Bei zwei von ihnen liegt zusätzlich eine geistige Entwicklungsverzögerung vor, und bei dem dritten Fall eine chronische Suchterkrankung. Es gibt also im Projekt bisher keinen einzigen Budgetnehmer mit „reiner“ körperlicher Behinderung!

2.3.3.2 Alter der Budgetnehmer

Abb. 6 gibt die Altersverteilung der Budgetnehmer wieder. Auffällig ist, dass die älteren Budgetnehmer fast ausschließlich aus der Stadt Braunschweig kommen. Vielleicht könnte diese Zielgruppe in den beiden Landkreisen noch stärker ins Auge gefasst werden.

Am Ende des Modellvorhabens sind diese Zahlen mit der Altersverteilung von Menschen mit Behinderung überhaupt, soweit sie Leistungsnehmer sind, in den Modellregionen zu vergleichen. Dafür sind die Zahlen heute aber noch zu klein.

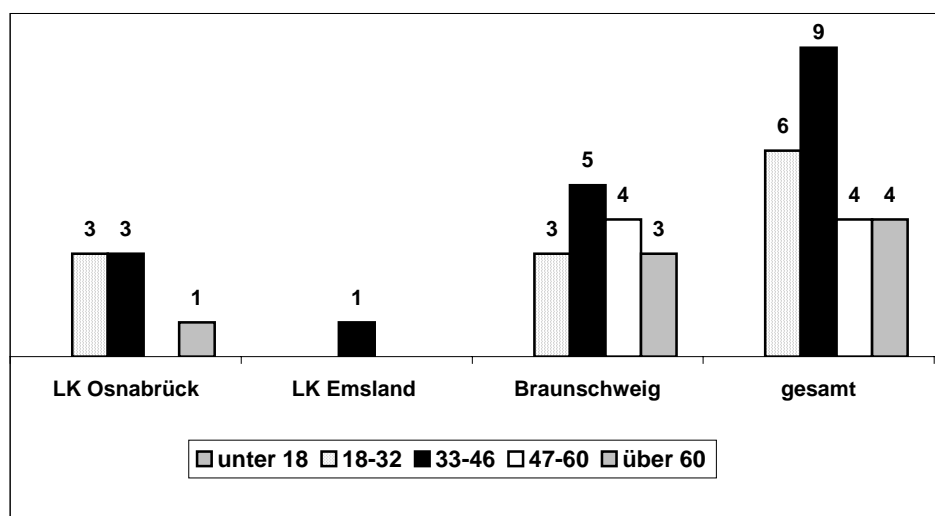


Abbildung 6: Budgetnehmer nach Alter und Region

Auch der Trend, dass die Budgetnehmer mit geistiger Behinderung im Schnitt eher jünger und die mit seelischer Behinderung eher älter sind, muss noch beobachtet werden.

2.3.3.3 Beginn der Leistung des Persönlichen Budgets und Planungszeitraum

Als „Zeitpunkt der Budgetbewilligung“ bezeichnen wir das Datum, ab dem der Budgetnehmer die Leistungsform Persönliches Budget erhält und die Budgetvereinbarung gilt. Gemeint ist, mit einer Ausnahme, immer der Erste des Monats. Mit „Leistungszeitraum“ meinen wir

die Dauer, für die das Persönliche Budget gewährt wird und für die die Budgetvereinbarung gilt.

Die Zeitpunkte der Budgetbewilligung sind in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich verteilt (Abb. 7). Überall brauchte es eine gewisse Anlaufzeit. In Braunschweig ist sie im Schnitt etwas länger, weil das Hilfeplanverfahren langwieriger ist. Im Landkreis Osnabrück verteilen sich die Bewilligungszeitpunkte eher gleichmäßig auf das ganze Jahr.

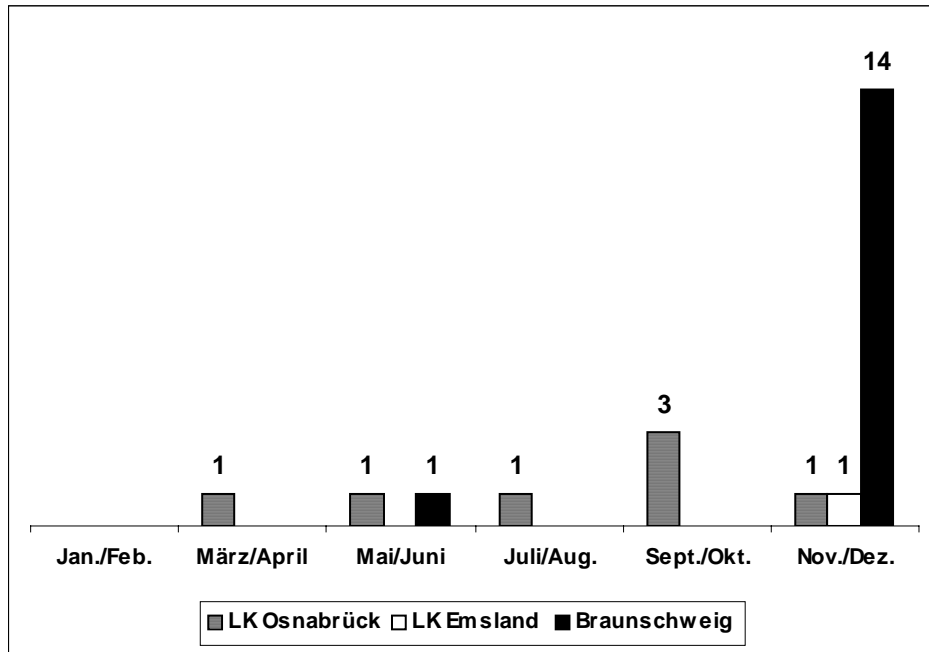


Abbildung 7: Zeitpunkte der Budgetbewilligung

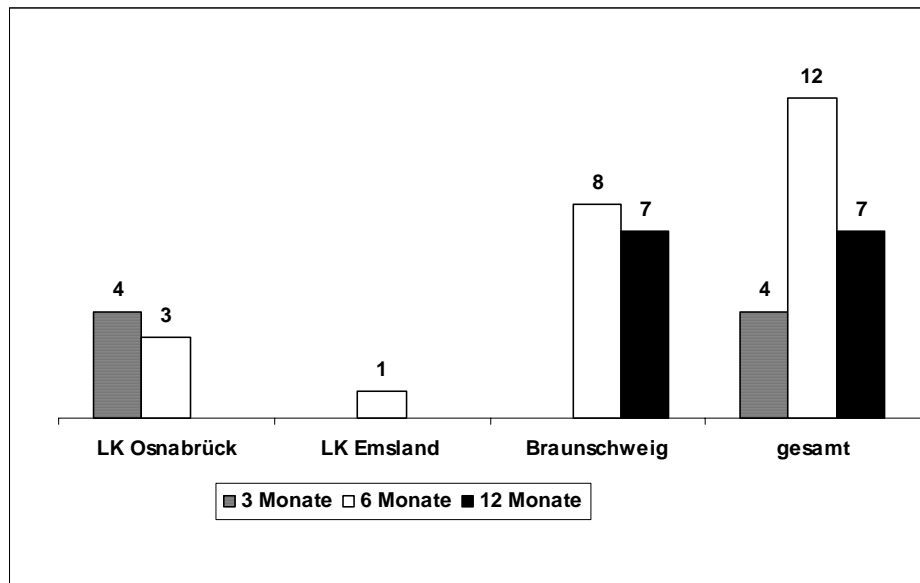


Abbildung 8: Bewilligte Leistungszeiträume

Die Dauer zwischen Anfrage und Bewilligung ist sehr unterschiedlich; bei bestehender ambulanter Assistenz eher länger. Im Durchschnitt dauert es etwa drei Monate; das Bedarfserhebungsverfahren ist nun einmal aufwändig. Kein Budgetnehmer und oder sein Vertreter hat sich bisher in unseren Interviews darüber beklagt.

Die Leistungszeiträume variieren zwischen 3, 6 und 12 Monaten (Abb. 8) und sind abhängig davon, wie schnell sich voraussichtlich der Hilfebedarf verändert.

Bei den vier Fällen mit einem Leistungszeitraum von 3 Monaten wurde sofort ein daran anschließender dreimonatiger Leistungszeitraum vereinbart, mit anderen Festlegungen als im ersten Leistungszeitraum. In einem Fall wurde diese Änderung dann doch revidiert.

2.3.3.4 Wohn- und Hilfebedarf der Budgetnehmer vor und während Budget

Das Angebot des Persönliche Budgets soll Menschen ansprechen, „die bereits in einem Heim leben und in eine ambulante Betreuungsform wechseln möchten als auch [...] insbesondere Menschen, die vor der Wahl stehen, ob als Wohnform auch das ambulant betreute Wohnen in Betracht kommen könnte“¹⁶. Damit ist die Wohnsituation der Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer vor und nach der Budgetbewilligung ein Indikator für die Zielerreichung.

Die Wohnsituation der Budgetnehmer wird in fünf Kategorien unterteilt (Abb. 9):

- eigene Wohnung ohne weitere Person
- eigene Wohnung mit Lebenspartnerin oder Lebenspartner
- Wohngemeinschaft
- in Herkunftsfamilie
- stationäres Wohnen

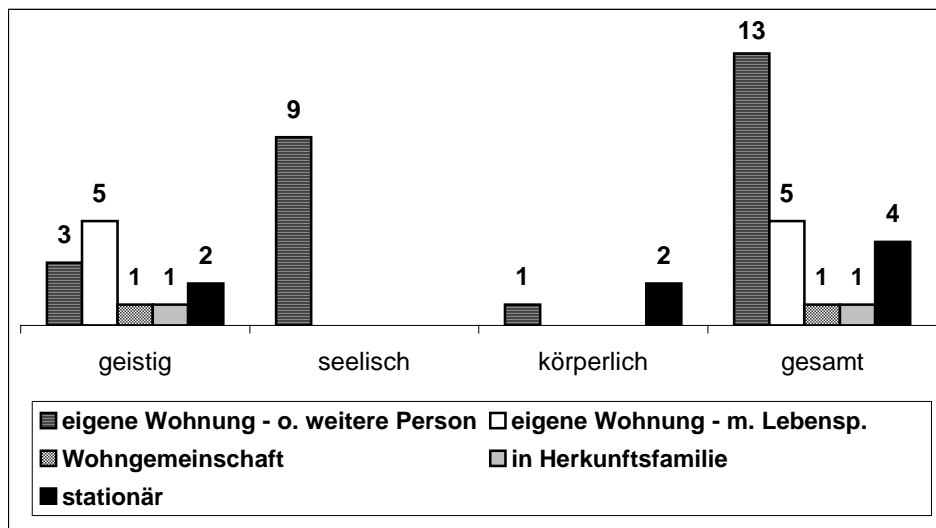


Abbildung 9: Budgetnehmer nach Art der Wohnsituation vor dem PB und Art der Behinderung

Die Mehrzahl der Budgetnehmer hat bei Antragstellung in einer eigenen Wohnung gelebt, nur vier in einer stationären Einrichtung, darunter keine Person mit seelischer Behinderung (Abb. 9). Drei der zuvor stationär untergebrachten Budgetnehmer kommen aus dem Landkreis Osnaabrück - eventuell ein Effekt gezielter Arbeit dort. Diese leben jetzt in eigenen Wohnungen bzw. (in einem Fall) in der Wohnung der Mutter. Eine fünfte Person zieht aus der einen eige-

¹⁶ Projektbericht S. 13

nen Wohnung in eine Wohngemeinschaft um; bei allen übrigen ändert sich die Wohnsituation nicht.

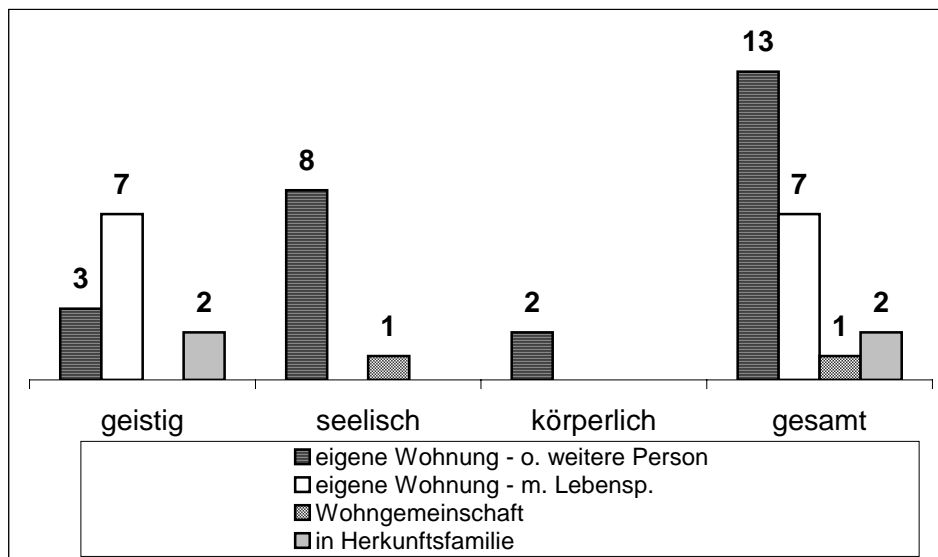


Abbildung 10: Budgetnehmer: Art der Wohnsituation nach Budgetbewilligung und Behinderung

Abb. 11 gibt einen Überblick über die Art der Eingliederungshilfe vor Bewilligung des Persönlichen Budgets. Außer bei den vieren, die vorher stationäre Hilfen erhielten, änderte sich bei drei Personen die Hilfeart grundsätzlich: hier wurde Eingliederungshilfe überhaupt erst *neu geleistet*. Ein Fall wird im Abschnitt 2.2.2 dargestellt; in den anderen Fällen reichte die familiär organisierte ehrenamtliche Hilfe nicht mehr aus, um den Bedarf zu decken.

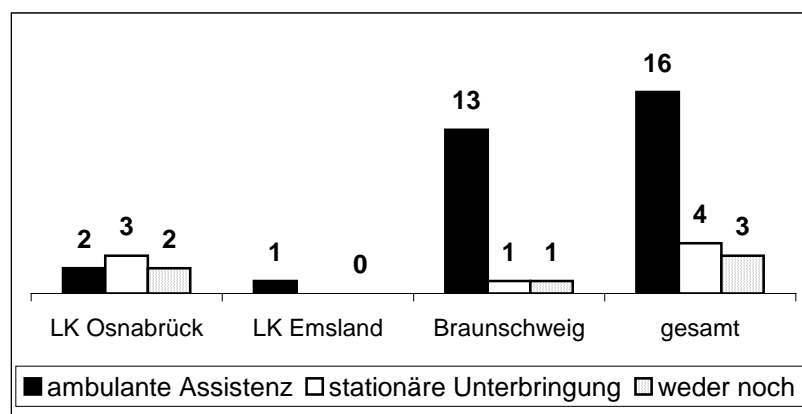


Abbildung 11: Budgetnehmer nach Hilfeart vor Budgetbewilligung und Region

2.3.3.5 Verwendung des Persönlichen Budgets

Die Angaben zur Verwendung des Persönlichen Budgets (Abb. 12) stützen sich erst bei vier Budgetnehmern auf das zentrale Interview. Bisher verwenden nur 6 Budgetnehmer ihr Budget zur Bezahlung einer Privatperson und nicht einer professionellen ambulanten Assistenz. In 5 weiteren Fällen zeigt sich jedoch in den ersten beiden Telefonkontakten, dass über die Verwendung zumindest eines Teils des Geldes für die private Dienstleistung nachgedacht wird.

Auffällig hoch ist der Anteil der Leistungserbringer aus dem privaten Umfeld im Landkreis Osnabrück (5 von 7), und es ist immer eine Vertrauensperson. Bei zwei dieser 5 Budgetnehmer besteht eine geistige und bei den anderen dreien (typischerweise?) eine körperliche Be-

hinderung. In drei Fällen wird der Budgetnehmer bei der Organisation der Hilfe in hohem Maße unterstützt, sei es von der gesetzlichen Betreuerin, der Mutter oder einem ehrenamtlichen Helfer. Bei den beiden übrigen Fällen leistet der private Leistungserbringer die gesamte Organisation. In dem Braunschweiger Fall organisiert der Bruder als gesetzlicher Betreuer alles, und die Leistungserbringerin kommt ebenfalls aus dem verwandtschaftlichen Umfeld.

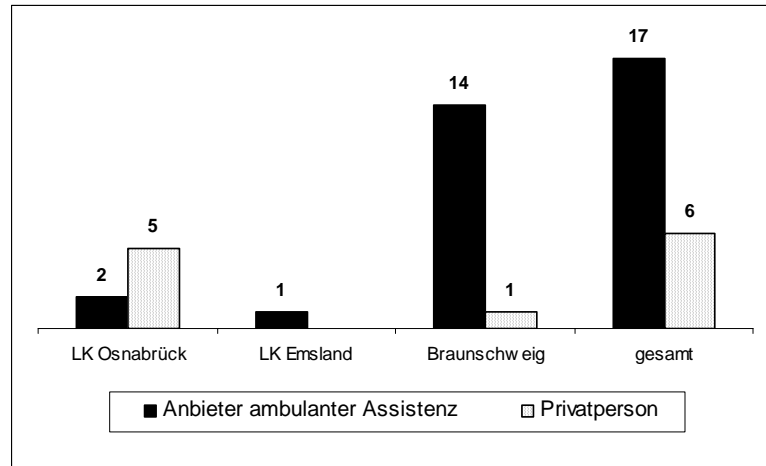


Abbildung 12: Budgetnehmer nach Art des ambulanten Leistungserbringers und Region

Wir haben folgende Hinweise zur Erklärung des quantitativen Unterschieds zwischen Braunschweig und dem Landkreis Osnabrück:

- Ein professioneller Anbieter wollte die Hilfe nicht übernehmen, da die in diesem Fall erheblichen Fahrtkosten mit der im Rahmen des Projekts vorgegebenen Fahrtkostenpauschale von 1,50 € / Leistungsstunde nicht zu decken seien (LK OS).
- Ein Anbieter bietet je nach Fallkonstellation Hilfen von Fachkräften, Hilfskräften oder einer Kombination daraus zu einem im Schnitt niedrigeren Kostensatz als den im Projektbericht festgelegten 35 € an (Stadt BS).
- Alle 13 Budgetnehmer (BS), die vor Budgetbewilligung ambulante Assistenz von einem professionellen Anbieter erhielten, sind nach Bewilligung bei diesem Anbieter geblieben.
- Bei dem 14. Braunschweiger Fall hat der vorherige stationäre Anbieter ein so umfassendes Angebot für den ambulanten Betreuungsbedarfs gemacht, dass die Idee, eine Privatperson einzusetzen, gar nicht erst aufkam (siehe 2.2.2).
- In mindestens drei Fällen (LK OS) hätten die gewährten Stunden, die man von dem Budget bei einem professionellen Anbieter hätte einkaufen können, nach Einschätzung der gesetzlichen Betreuerinnen nicht ausgereicht, um den Bedarf optimal zu decken.

Von 50% aller Budgetnehmer wird das Persönliche Budget neben der Finanzierung einer ambulanten Assistenz noch zu anderen Zwecken eingesetzt (Schätzung aus Telefoninterviews). Da dies nicht ohne Brisanz ist, hier zwei Beispiele:

Eine junge Frau hat sich über das Persönliche Budget eine Gruppenreise finanzieren können, die von einem professionellen Anbieter sozialer Dienstleistungen angeboten wurde.

In einem anderen Fall konnte der Umzug aus dem stationären Bereich in die eigene Wohnung über das Persönliche Budget mitfinanziert werden. Die Pauschale, die das Sozialamt hierfür als einmalige Hilfe gewährt hatte, reichte nicht aus, da die betreffende Person fast keine Einrichtungsgegenstände besaß.

Solche Verwendungen sind zwar durchaus mit den Gesamtzielen des Projektes - gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch mehr Selbstbestimmung¹⁷ - vereinbar. Sie berühren jedoch zwei andere Problempunkte des Modellvorhabens:

Eigentlich muss sich die Verwendung auch auf die am Ende des Hilfeplangesprächs vereinbarten Ziele beziehen. Das aber wird bewusst erst im Fortschreibungsgespräch kontrolliert – eine gewollte Offenheit, die natürlich gelegentlich „kreativ missbraucht“ werden kann. Solange diese Verwendungen mit den Gesamtzielen kompatibel sind, sollte dies nach unserer Auffassung positiv gewertet werden.

Der andere Punkt bezieht sich auf den *übergreifenden* Charakter des Persönlichen Budgets. Zwar ist es im Modellvorhaben nicht *trägerübergreifend* konzipiert, kann aber durchaus „alle Hilfearten nach dem BSHG umfassen“¹⁸, und es können „alle sonstigen sozialhilferechtlichen Leistungen aus dem Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe in besonderen Lebenslagen einbezogen werden“¹⁹. Eine solche Kombination von Teilbudgets gibt es bei keinem der 23 Fälle, wäre im eben beschriebenen Umzugsfall jedoch möglich gewesen. Auch Überlappungen zum Bereich „Hilfe zur Haushaltsführung“ könnten vorkommen. Uns scheint, diese im Modellvorhaben steckende Möglichkeit sollte künftig mehr beachtet werden.

2.3.3.6 Budgethöhe

Die Höhe des Persönlichen Budgets ist für das Modellvorhaben als Fachleistungs-Stundensatz (35,00 €), plus ggf. zusätzlich 1,50 € Fahrtkostenpauschale pro Stunde, festgelegt.²⁰

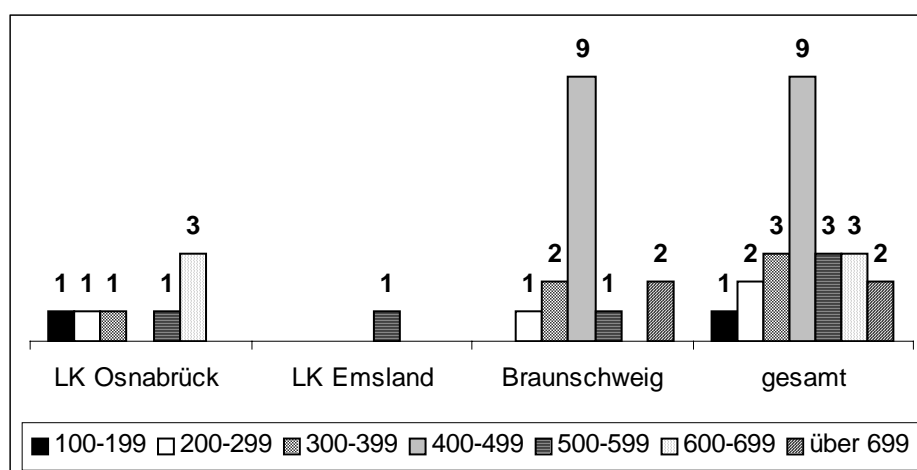


Abbildung 13: Budgethöhe nach Regionen

Die meisten Budgets liegen zwischen 400 und 500 € pro Monat (Abb. 13), entsprechend etwa 160 bis 200 Min. in der Woche. Das ist die typische Budgethöhe für Menschen mit einer seelischen Behinderung (vgl. Abb. 14).

In neun Fällen mussten die Budgetnehmer auf Grund ihrer Einkommenssituation einen Eigenanteil beitragen. In drei Fällen liegt dieser höher als 100 €.

¹⁷ Projektbericht S. 24

¹⁸ Projektbericht S. 21

¹⁹ Projektbericht S. 67

²⁰ Projektbericht S. 48f

Ein Vergleich der Kosten des Persönlichen Budgets und der Kosten der Eingliederungshilfe vor Budgetbewilligung - im Einzelfall und über das gesamte Modellvorhaben – findet sich im Abschnitt 5.4.

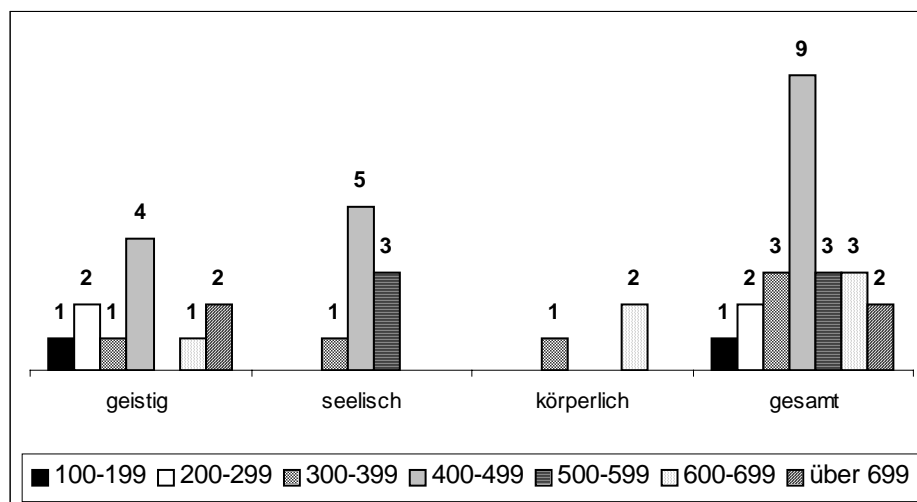


Abbildung 14: Budgethöhe nach Art der Behinderung

2.3.3.7 Bewusster Umgang mit dem Persönlichen Budget

Erfreulich im Sinne des Ziels „Selbständigkeit“ ist der bewusste Umgang der Budgetnehmer mit dem Persönlichen Budget. Bei den Telefonaten wussten alle Budgetnehmer - mit einer Ausnahme -, dass an sie oder ihre gesetzliche Betreuerin irgendwie Geld überwiesen wird. Etwa die Hälfte gebrauchte die Bezeichnung „Persönliches Budget“ oder „Budget“.

Ebenfalls rund die Hälfte hatte beim ersten Telefonkontakt schon genaue Vorstellungen von der Verwendung des Geldes; einige dachten über zusätzliche Verwendungen nach. Beispiele:

- zusätzlich eine Person einsetzen, die den Budgetnehmer bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten unterstützt oder diese stellvertretend übernimmt,
- sich vor Weihnachten einmal eine Haushaltshilfe leisten können, um die Wohnung für sich und ihren Sohn, der zu Besuch komme, besonders schön und sauber zu machen,
- Teilnahmegebühr und Fahrt mit dem Behindertenfahrdienst zu einem Western Club oder die Teilnahme in einem Chor finanzieren,
- bei einer guten Bekannten Computerunterricht nehmen, um langfristig eine Arbeit aufzunehmen, bei der PC-Kenntnisse nötig sind (Im zweiten Telefonat berichtet sie schon davon, dass sie von einer ehemaligen Lehrerin regelmäßig am PC geschult wird).

Ein weiteres Viertel der Budgetnehmer hatte beim ersten Telefonkontakt wenigstens ungefähre Vorstellungen zum Einsatz des Budgets. Die Übrigen sechs nannten unterschiedliche Gründe, warum sie noch keine Überlegungen angestellt hatten – ihnen war also nicht bewusst, dass die ambulante Assistenz oder die helfende Privatperson von dem Budget bezahlt wird. Die meisten gingen aber davon aus, dass die Budgetverwendung noch mit der gesetzlichen Betreuerin bzw. der bisherigen ambulanten Assistenz besprochen werden soll. Zwei hatten allerdings Vorstellungen wie: „Kleidung kaufen“ oder „mal einen Kaffee trinken gehen“.

Bei 12 Budgetnehmern ist eine gesetzliche Betreuung für den Bereich Vermögenssorge eingerichtet. Den meisten ist bewusst, dass sich diese auch auf die Verwaltung des Persönlichen Budgets erstreckt. Zu diesem ganzen Komplex erhoffen wir uns mehr Aufschluss durch die zentralen Interviews (t6).

2.3.3.8 Hilfeplanung – Einschätzungen der Budgetnehmer zur Zielerreichung

Es war schwierig, die Budgetnehmer schon im Rahmen der Telefonkontakte über die Zielvereinbarungen zu befragen, dazu wussten wir zu wenig über ihre Lebenssituation. Insgesamt hatten wir den Eindruck, dass die Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer die Ziele zwar oft nicht präzise benennen, jedoch erzählen können, was sie im Rahmen der ambulanten Assistenz machen und gelernt haben, oder ihre Zufriedenheit mit der Assistenzsituation zum Ausdruck bringen. Eine Budgetnehmerin formulierte sehr deutlich, dass der Planungszeitraum aus ihrer Sicht nicht ausreichen wird, um die vereinbarten Ziele zu erreichen.

Zu den Zielvereinbarungen werden wir im zentralen Interview (t6) nachfragen.

Resümee der Telefonkontakte

In keinem Fall hatten wir den Eindruck, die Verwaltung des Persönlichen Budgets sei nicht möglich, denn dort, wo sie nicht selbständig geleistet werden kann, greifen gesetzliche Betreuer, Angehörige oder ehrenamtliche Helfer unterstützend ein. (Das ist allerdings noch nicht mit einer Budgetassistenz gleich zu setzen!) Problematisch ist, dass sogar der ambulante Dienstleister gelegentlich bei der Verwaltung hilft, denn dadurch bezahlt er sich quasi selbst. Wieder ein Hinweis auf die Notwendigkeit einer *unabhängigen* Budgetassistenz!

Insgesamt betrachtet, scheint bei den Fällen, in denen uns schon nähere Informationen vorliegen, der Einsatz des Persönlichen Budgets seinen Sinn zu erfüllen: dem Betreffenden mehr selbst bestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

3 Perspektive der Leistungsanbieter

Angesichts der starken Stellung, den die stationären, teilstationären und auch die ambulanten Einrichtungen im Hilfesystem haben, gehen wir davon aus, dass die Einschätzungen der Einrichtungsträger zum Persönlichen Budget einen erheblichen Einfluss auf die Zahl der Interessenten an dieser Hilfeform haben werden. Deshalb haben wir den Einrichtungsträgern im Zusammenhang mit der Datenerhebung (siehe Kap. 5) die Frage gestellt, wie viele von Ihren Klienten, die durch die Eingliederungshilfe der jeweiligen Modellregion finanziert werden, sie als mögliche Budgetnehmer ansehen, und wir haben sie gebeten, uns – frei formuliert – die Meinung ihrer Einrichtung bzw. ihres Trägers zum Modellvorhaben kundzutun.

Diese Schätzungen sowie die frei formulierten Meinungen werden in den nächsten beiden Abschnitten zusammengefasst; ein dritter Abschnitt berichtet über direkte ausführliche Interviews, die wir mit je einem großen Einrichtungsträger in jeder Region geführt haben.

3.1 Vorausschätzungen der Zahl potentieller Budgetnehmer

Die Antworten der Einrichtungsträger auf die Frage, wie viele ihrer aus der Modellregion stammenden Klienten potentielle Budgetnehmer seien, sind in Tab. 2 zusammengefasst.

	stationäre Einrichtungen	teilstationäre Einrichtungen	ambulante Einrichtungen	Gesamt
LK Emsland	33	9	6	48
LK Osnabrück (ohne Stadt)	16,5	10	8,5	35
Braunschweig	14	45	25	84

Tabelle 2: Mögliche Budgetnehmer in den Modellregionen (Schätzung der Einrichtungsträger)

Die auf den ersten Blick eindrucksvollen Zahlen (Gesamtpotential in den drei Regionen demnach: 165 Budgetnehmer) relativieren sich, wenn man berücksichtigt, dass sie in allen drei Regionen jeweils in der Hauptsache auf *einen* Träger zurückgehen: im Landkreis Emsland 41 von den 48, im Landkreis Osnabrück 18 von den 35, und in Braunschweig 65 von den 84. Von einigen Trägern wurde diese Frage einfach ausgelassen (einmal mit der Bemerkung, sie sei zu brisant); andere verneinen ausdrücklich diese Möglichkeit für ihre Klientel oder nennen nur einzelne Kandidaten.

Es fällt auf, dass aus der bevölkerungsmäßig kleinsten Region, der Stadt Braunschweig, die höchste Schätzzahl kommt. Dies hängt wahrscheinlich mit der vergleichsweise deutlich höheren Anzahl ambulant betreuter Menschen mit Behinderung in dieser Stadt zusammen (siehe Kap. 5). Dementsprechend hoch schätzen die ambulanten und vor allem die teilstationären Einrichtungen dort das Potential ein, während in den beiden Landkreisen der größere Anteil an Budgetkandidaten aus den stationären Einrichtungen kommt.

Aber immerhin: die Zahlen lassen darauf hoffen, dass die Einrichtungen noch weitere ihrer Nutzerinnen und Nutzer in der zweiten Hälfte des Modellvorhabens zum Persönlichen Budget motivieren.

3.2 Stellungnahmen zum Persönlichen Budget

Diese Hoffnung wird wieder gedämpft, wenn man die Stellungnahmen zum Persönlichen Budget liest, die uns die Einrichtungen zugesandt haben.

Wir haben die Äußerungen, soweit sie sich überhaupt wertend auf den Modellversuch bezogen (und nicht z.B. mehr technische oder neutrale Mitteilungen waren) einem Codesystem unterzogen.²¹ Vom Inhalt und sprachlichen Tenor her unterschieden wir *Lob u.ä.* (8 Äußerungen), *Anregungen und Anforderungen* an das Projekt (16 Äußerungen) sowie *Kritik und Warnungen* (38 Äußerungen). Diese groben Kategorien wurden dann nach Unterkategorien codiert. Tab. 3 führt alle Unterkategorien auf, die mehr als zwei Mal genannt wurden.

Kategorie	Beispiel(e)	Nennungen
<i>Lob u.ä. -</i>		
allgemein	Grundsätzlich halte ich die Idee des pers. Budget für gut	4 mal
Selbständigkeit	... ist die Einrichtung eines persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderung ein weiterer Schritt zur Selbständigkeit	3 mal
<i>Anregungen, Anforderungen</i>		
Assistenz und Schutz	Um den Leistungsberechtigten ... zu schützen und Mißbrauch ... zu verhindern ist die Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen notwendig.	3 mal
gesetzliche Betreuer	Eine intensivere Kooperation mit ... den gesetzlichen Betreuern wäre wünschenswert.	4 mal
individuell und flexibel	Es muss sichergestellt sein, das bei einer Veränderung der Hilfebedarfs –Verschlimmerung - die Geldleistung flexibel ist.	3 mal
<i>Kritik und Warnungen</i>		
zu sehr wirtschaftlich gedacht	Als problematisch bei dem Modellversuch sehen wir die beschriebene Zielrichtung, dass die Umsetzung des persönlichen Budgets zu Einsparungen führen muss. ... eine Orientierung an den Marktgesetzen im Gesundheits- und Sozialbereich z.B. durch das PB kritisch betrachtet werden [muss].	5 mal
Klienten überfordert	Auch wird es kaum möglich sein sich zu den Preisen, den Leistungseinheiten und deren Qualität als Leistungsberechtigter ein umfassendes Bild zu machen. [Fragen], die sich in der Arbeitgeberfunktion einstellen, wie Steuern, Sozialabgaben etc., ... sind nach wie vor nicht grundlegend für den Budgetnehmer beantwortet.	6 mal
Zweckentfremdung, Kontrolle	Es fehlt aus unserer Sicht die Kontrolle des zielgerichteten Einsatzes der finanziellen Mittel.	4 mal
fehlende Budgetassistenten	Ich denke, dass die meisten Budgetnehmer ohne Assistenz schlecht beraten wären. ... ihnen einen ehrenamtlichen Budgetassistenten zur Seite zu stellen (wer würde das überhaupt machen?)	5 mal

Tabelle 3: Stellungnahmen der Einrichtungen zum Persönlichen Budget (Häufigkeit der Nennungen)

²¹ Die Stellungnahmen wurden mit dem Programm MAXQDA ausgewertet.

Häufig verbinden die Einsender ein grundsätzliches Ja zur Einrichtung des Persönlichen Budgets mit den oft genannten Kritikpunkten: Überforderung ihrer Klienten, in dem Zusammenhang das Fehlen von Budgetassistenten, die Gefahr der Zweckentfremdung (obwohl das doch eigentlich die Sorge des Kostenträgers wäre!) und die Betonung des Wirtschaftlichkeitsdenkens beim Modellvorhaben.

3.3 Interviews mit ausgewählten Leistungserbringern²²

3.3.1 Vorbemerkung

Das Modellvorhaben schreibt nicht vor, dass der Budgetnehmer zwingend einen professionellen Anbieter aus dem Bereich der ambulanten Betreuung wählen müsste. In der Tat werden ja einige Privatpersonen für Unterstützungsleistungen bezahlt.

Worin unterscheidet sich nun aber die Hilfe durch eine Fachkraft eines professionellen Anbieters von der durch eine Privatperson, und sind die von professionellen Leistungsanbietern verschiedentlich geäußerten Zweifel an der Qualität nicht-professioneller Hilfe berechtigt? Diese Fragen werden wir nur im Ansatz beurteilen können, denn eine umfangreiche objektive Erhebung der Qualität der tatsächlich geleisteten Arbeit ist im Rahmen dieses Projektes nicht leistbar, denn unser Schwerpunkt ist die Evaluation durch die Budgetnehmer selbst.

Aufgrund der zitierten kritischen Anmerkungen haben wir uns jedoch entschieden, zusätzlich zum ursprünglichen Plan kurze Telefoninterviews mit einigen Personen, die den Budgetnehmer direkt unterstützen und dafür von ihm entlohnt werden, zu führen. Vielleicht erfahren wir etwas über Unterschiede zwischen professionellem privaten Leistungserbringern und Privatpersonen und deren Auswirkungen auf die Erreichung der Projektziele. Die in den Interviews angesprochenen Themenbereiche finden sich in der ersten Spalte von Tab. 4.

Bisher wurden vier solche Interviews mit Leistungserbringern durchgeführt; geplant sind 10. Wir haben die Interviews in die zweite Hälfte der Laufzeit des Persönlichen Budgets datiert, damit der Budgetnehmer schon gewisse Erfahrungen gesammelt hat. Auch wollten wir einige Aspekte aus dem zentralen Interview berücksichtigen können. Die Interviews dauerten zwischen 8 und 15 Minuten.

3.3.2 Zusammenfassung der Interviews

Zwei der Interviewpartner sind bei einem professionellen Anbieter angestellt, zwei sind Privatpersonen (vgl. Tab. 4).

Interviewpartner im Fall 1 ist derjenige Sozialarbeiter des ambulanten Anbieters, der mit vier Stunden im Monat für die Koordination der Unterstützungsleistung und für die Einsatzplanung der drei für die direkte Unterstützung eingesetzten Personen zuständig ist.

Interviewpartnerin im Fall 2 ist die ambulante Assistentin, die den Budgetnehmer insgesamt eine Stunde in der Woche betreut, und zwar ab dem 3. Monat nach der Budgetbewilligung. Vorher war eine andere Betreuerin des ambulanten Anbieters zuständig.

Interviewpartnerin im Fall 3 ist eine ältere Dame aus der Nachbarschaft des Budgetnehmers, die ihn schon seit Kindheitstagen kennt und nun die Betreuung leistet. Eine genaue Stundenzahl konnte nicht genannt werden.

²² Mit „Leistungserbringern“ meinen wir die konkreten Hilfspersonen der Budgetnehmer, während wir mit „Leistungsanbietern“ die Einrichtungen meinen, bei denen diese in der Regel beschäftigt sind.

Interviewpartnerin im Fall 4 ist die Frau, die dem Budgetnehmer über das Altenpflegeheim, in dem er vor Budgetbewilligung untergebracht war, vermittelt wurde. Im Durchschnitt betreut sie den Budgetnehmer sechs Stunden in der Woche.

	Professioneller Anbieter Standarddruck: Fall 1 Kursivdruck: Fall 2 in Klammern: Kommentar Verf.	Privatperson Standarddruck: Fall 3 Kursivdruck: Fall 4 in Klammern: Kommentar Verf.
1. Zustandekommen des Kontaktes	Über stationären Bereich desselben Anbieters; Kapazitäten für die Betr. vorhanden <i>Ist für die Region zuständig, in dem die Wohnung des Kl liegt</i>	Von Mutter angesprochen; kennt Befragten schon seit längerem <i>Über gesetzl. Betr. und Leiter des Altenpflegeheims, in dem Kl vorher gelebt hat</i>
2. Vertragliche Vereinbarungen	Schriftl. Vertrag nach BSHG (genaue mtl. Stundenzahl und Betrag nicht festgelegt); Überweisung nach Rechnung; 14 € à Hilfskraftstd., ca. 35 € à Sozialarbeiterstd. <i>Schriftl. Vertrag über genaue Stundenzahl pro Monat u. Betrag; Überw. im Voraus per Dauerauftrag; 35 € à Betreuungsstd.</i>	Mündlicher Vertrag; keine genaueren Vereinbarungen hinsichtlich Stundenzahl und Bezahlung <i>Mündlicher Vertrag; Stundenhöhe und Bezahlungshöhe festgelegt; 6 Std./Wo. á 15 €</i>
3. Zufriedenheit mit der Bezahlung	Keine Angaben; da nicht direkt vom Budgetnehmer bezahlt, sondern über Anbieter <i>Keine Angaben; da nicht direkt vom Budgetnehmer bezahlt, sondern über Anbieter</i>	Keine genauen Vereinbarungen - „wir werden uns immer irgendwie einig“ <i>Sehr zufrieden; hätte auch für weniger gearbeitet; freut sich über die Höhe; so auch eher bereit mal länger zu arbeiten</i>
4. Gestaltung einer Zeiteinheit	Koordination über Sozialarbeiter; nach Bedarf und Bedürfnis des Budgetnehmers; Begleitung und Förderung im Alltag <i>Reflektion des Alltags; Zugang über klientenzentrierte Gesprächsführung; Einüben der Verwaltung des Geldes</i>	Handelt nicht nach Methode; eher aus dem Bauch raus; beobachtet Verhalten und korrigiert ggf., gibt Anweisungen <i>Viel stellvertretende Ausführung, aber auch Motivation und Anleitung; sehr viel Ansprache</i>
5. Orientierung an Hilfeplanzielen	ja; Orientierung an „interner Hilfeplanung“ <i>ja; Orientierung an „interner Hilfeplanung“, die sich an den Zielen der Bedarfserhebung orientiert</i>	Wird von Mutter angeleitet, die die Ziele im Blick hat <i>Versucht die Ziele mit Budgetnehmer zu thematisieren, orientiert sich daran</i>
6. Durchführung eigener Hilfeplanung	ja; siehe 5. <i>ja; siehe 5.</i>	entfällt <i>entfällt</i>
7. Bewertung des Bedarfsfeststellungsverfahrens	Positiv; gute Zusammenarbeit mit Kostenträger im Sinne des Budgetnehmers; Budgetnehmer konnte nichts zu Hilfebedarf sagen, da kognitiv nicht in der Lage <i>Nicht am 1. Hilfeplangespräch teilgenommen; 2. Gespräch in Ordnung</i>	Nicht am Verfahren beteiligt, da erst danach Entscheidung gefallen, wer betreuen soll <i>Glaubt, einiges war schwer für Budgetnehmer zu verstehen, trotzdem wurde gut im Gespräch auf ihn eingegangen</i>
8. Hilfeleistung „vorher – nachher“	Nein <i>Kein Unterschied; eher Belastung für Budgetnehmer durch Verwaltung des PB</i>	Nein <i>Nein</i>

	Professioneller Anbieter Standarddruck: Fall 1 <i>Kursivdruck: Fall 2</i> in Klammern: Kommentar Verf.	Privatperson Standarddruck: Fall 3 <i>Kursivdruck: Fall 4</i> in Klammern: Kommentar Verf.
9. Möglichkeit der Reflexion	im Rahmen von kollegialer Beratung; Gespräche mit Vorgesetzter <i>im Rahmen von kollegialer Beratung</i>	mit der Mutter des Budgetnehmers <i>mit ehemaligen Kollegen oder mit ihrem Mann, der als Pflegedienstleiter arbeitet</i>
10. Beruflicher Werdegang	Sozialarbeiter für Koordination und Organisation; Studentin (soz.) und Heilerziehungspflegerin für direkte Betreuung <i>Diplom-Pädagogin</i>	Altersrentnerin; Haushaltshilfe <i>Familienpflegerin; lange Erfahrung durch Arbeit im begleitenden sozialen Dienst eines Altenpflegeheims</i>
11. Anregungen für Weiterentwicklung PB	Verfahren für die Kl vereinfachen, die keine Hilfe von gesetzlichen Betreuern oder Angehörigen haben, sonst Nachteile für Kl in Verhandlung mit Kostenträger <i>Hat sich mit PB beschäftigt, möchte in telefonischer Kürze nicht darauf eingehen</i>	Hat sich nicht mit PB beschäftigt <i>Hofft, dass auch nach dem Modellvorhaben für den Kl die Möglichkeit besteht, das PB weiterhin in Anspruch zu nehmen; hat regelrecht Befürchtungen, dass dem nicht so sein könnte</i>

Tabelle 4: Äußerungen der Leistungserbringer in vier Budgetfällen

3.3.3 Stellungnahme zu den Äußerungen der Leistungserbringer

Der Leistungsanbieter in Fall 1 stellt sich auf die individuellen Bedürfnisse des Budgetnehmers ein. Es gibt klare Vereinbarungen über die Leistungserbringung. Die direkten Leistungserbringer sind in diesem Fall zwar keine „Fachkräfte“, werden jedoch von einer Fachkraft, einer Art „Case-Manager“, eingesetzt und mit Hilfe einer Förderplanung angeleitet.

Beim Fall 2 ist die Betreuungsperson eine Diplom-Pädagogin. Sie wurde dem Budgetnehmer offenbar vom Anbieter zugeteilt – besser, sie wäre von ihm ausgewählt. Sie will methodisch professionell die Selbstbestimmung des Budgetnehmers stärken. Eine interne Hilfeplanung unterstützt anscheinend die vorgegebenen Hilfeplanziele.

Die Betreuungsperson 3 wird eng von der Mutter des Budgetnehmers angeleitet. Beide kommen nicht aus einem sozialen Beruf und handeln nicht bewusst nach professionellen Methoden. Zu den Vereinbarungen kann (oder will? Kontrollfurcht?) die Betreuungsperson kaum eindeutige Angaben machen. Gemäß dem zentralen Interview ist der Budgetnehmer aber sehr zufrieden mit der Leistungserbringung und der Zielerreichung.

Bei Fall 4 konnte die Betreuungsperson lange Erfahrungen in einem professionellen Kontext sammeln. Sie wird angemessen entlohnt; klare vertragliche Vereinbarungen versetzen den Budgetnehmer in die Rolle des Auftraggebers. Der gleichzeitig sehr persönliche Kontakt nutzt beiden: die Helferin geht sehr flexibel mit Anzahl und Dauer der Kontakte um, kann aber - in Absprache mit dem Budgetnehmer - auch ihr Kind mitbringen.

Drei der vier Leistungserbringer haben sich mit dem Thema Persönliches Budget auseinandergesetzt. Die Hilfe scheint bei allen zielgemäß zu erfolgen. Die vertraglichen Vereinbarungen lassen in mindestens einem Fall die Rolle des Budgetnehmers undurchsichtig.

Unklar bleibt allerdings, wie die Privatpersonen das Geld steuerlich angeben. Man muss hoffen, dass sich die Budgetnehmer nicht selbst rechtlich gefährden. Auf lange Sicht lässt sich der Einsatz von Privatpersonen wohl nur im Rahmen des Arbeitgebermodells²³, wie man es

²³ Bartz & Bartz, 2002

im Bereich der Persönlichen Assistenz von Menschen mit einer körperlichen Behinderung kennt, realisieren. Hierbei wären Budgetnehmer *und* Leistungserbringer versicherungs- und steuerrechtlich abgesichert. Allerdings würde die Arbeitgeberrolle dem Budgetnehmer ein Mehr an Kompetenzen abverlangen, über die man zwar aufklären kann, die aber letztlich wohl in den meisten Fällen nur mit Hilfe einer Budgetassistenz erlangt werden können.

4 Verfahren zur Hilfeplanung

4.1 Methoden zur Informationsgewinnung

Von den am Hilfeplanverfahren beteiligten Mitarbeitern in den Modellregionen haben wir in der Regel folgende Informationen erhalten:

1. eine Kurzinformation über den Eingang der Anfrage nach einem Persönlichen Budget mit Basisdaten zu den Klientinnen und Klienten;
2. die Daten aus den Hilfeplangesprächen (Allgemeine Daten, Bedarfsfeststellung, Schwerpunktplanung);
3. ggf. die Dokumentation der Fortschreibung einschl. Zielprüfung.

Bei einigen Hilfeplangesprächen (einschließlich der Fortschreibungen) war jeweils ein Mitglied des Teams der wissenschaftlichen Begleitung anwesend und hat ein Protokoll erstellt. Außerdem sind Gespräche mit verschiedenen am Hilfeplanprozess beteiligten Personen ausgewertet worden.

Und wir konnten auf die Transskripte unserer eigenen Interviews mit den Budgetnehmern zurückgreifen (siehe Kapitel 2.).

4.2 Grundsätzliches zur Hilfeplanung

Der Prozess der Hilfeplanung und Hilfebedarfsermittlung und seine konkrete Ausgestaltung in den Modellregionen sind von zentraler Bedeutung, wenn es darum geht, mehr „Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung durch ein Persönliches Budget“ zu erreichen. Der gleichnamige Titel des Projektberichts ist somit zugleich Programm. Er markiert einen Wechsel vom Fürsorgedenken zur „gleichberechtigten Teilhabe“, wie es der Gesetzgeber im § 1 SGB IX formuliert hat. Diese Formulierung ist in die Zielsetzung des Modellvorhabens aufgenommen worden²⁴: „Ziel des Modellvorhabens ist es festzustellen, wie 'persönliche Budgets' ausgestaltet sein müssen, um die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu fördern.“ Das Bemühen, diesen Prozess des Umdenkens auch terminologisch nachzuvollziehen, ist im Projektbericht an vielen Stellen deutlich zu erkennen. Vielfach ist die Rede von Autonomie, aktiver Beteiligung der Budgetnehmer, von Übertragung von Verantwortung und vom Vertrauen auf Prozesse des Empowerment.

Die aktive Teilnahme am Hilfeplanprozess ist ein wichtiger Schritt auf einem Weg, dessen Ziel eine größere Autonomie der Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer ist. Der Projektbericht macht unmissverständlich klar, dass es eine individuelle Hilfeplanung ohne unmittelbare Beteiligung, das heißt auch ohne die physische Anwesenheit der Klientin / des Klienten beim Hilfeplanprozess, im Modellvorhaben nicht geben darf. „Die Bedarfsfeststellung erfolgt im Rahmen eines Hilfeplangesprächs, an dem mindestens teilnehmen der Kostenträger (Sozialamt) und der behinderte Mensch.“²⁵

An gleicher Stelle werden ferner die *unverzichtbaren* Bestandteile einer individuellen Hilfeplanung folgendermaßen benannt:

- „Erhebung des Ist- Zustandes“,
- „Beschreibung der zukünftigen Ziele“ = Soll-Zustand,
- „Potentialanalyse“.

²⁴ Projektbericht S. 22

²⁵ ebd. S. 53

In einem Hilfeplangespräch sollen neben der „Ermittlung der Bereiche, in denen Unterstützungsbedarf besteht“, also auch die Fähigkeiten und Stärken des Klienten herausgearbeitet werden. Auf dieser Basis soll sodann *gemeinsam* mit dem Klienten die Festlegung der Maßnahmen erfolgen, die geeignet sind, die angestrebten Ziele erfolgreich zu erreichen, sowie ebenfalls *gemeinsam* mit dem Klienten die Abklärung des zeitlichen Unterstützungsbedarfs zur Umsetzung der festgelegten Maßnahmen.

Das Dialogprinzip des Verfahrens wird in aller Deutlichkeit proklamiert. Die Vorstellungen des Menschen mit Behinderung sollen nicht nur erfasst werden, sondern „unmittelbar und direkt in die abgestimmte Bedarfsfeststellung einfließen“²⁶.

Hier wird ein hoher Anspruch formuliert, der in einer klienten-zentrierten und auf Ressourcen hin orientierten Gesprächsführung innerhalb der Hilfeplangespräche nachweisbar seinen Niederschlag finden müsste.

4.3 Einzelheiten des Hilfeplanverfahrens

Der Projektbericht enthält einen Leitfaden zur Bedarfsfeststellung, in dem das Verfahren der Hilfsplanung detailliert beschrieben wird. Der Leitfaden wurde von der Eingliederungshilfe des Landkreises Osnabrück zusammen mit der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück ab Januar 2003 entwickelt und ab Mitte 2003 im Bereich der ambulanten Assistenz angewandt, um die bis dahin dort praktizierte Gutachtenpraxis zu ersetzen (siehe 4.5). Er ging von dem für den stationären Bereich konstruierten und dort sehr verbreiteten H.M.B.-W-Verfahren²⁷ aus, gestaltet dies bei der Adaption auf den ambulanten Bereich jedoch etwas freier. Er versucht auch, im Vergleich zu HMB den Belangen seelisch Behinderter im Detail besser gerecht zu werden, reicht in dieser Hinsicht allerdings nicht an das speziell für diese Gruppe entwickelte IBRP-Verfahren²⁸ heran – andererseits vermeidet er auch dessen eher diagnostische Attitüde.

Das Verfahren heißt in seiner elektronischen Version programmatisch „Hilfeplan – ein strukturierter Dialog“, denn es will eine transparente Hilfeplanung mit Vereinbarungscharakter unter Einbezug aller Beteiligten leisten. Wir nennen es in diesem Bericht „Projektverfahren“.

Das Verfahren wurde von den beiden anderen Regionen übernommen, um Vergleichbarkeit zwischen allen Fällen herzustellen und gleichzeitig sehr individuell vorzugehen. Es wird allerdings im Landkreis Osnabrück am detailliertesten eingesetzt. Die schriftlichen Ausführungen zu den einzelnen Fällen sind dort am längsten, in der Stadt Braunschweig hingegen am kürzesten. Dort herrscht vor allem zu Anfang eine gewisse Verunsicherung, vor allem hinsichtlich der Hilfestufen und der daraus folgenden Zeitbemessungen.

Das Projektverfahren gliedert sich in drei Teile:

1. Allgemeine Daten (z.B. Vorgeschichte, Behinderungsbild, bisherige Leistungen),
2. Bedarfsfeststellung,
3. Schwerpunktplanung (Ziele, Leistung).

4.3.1 Allgemeine Daten

Der in der Anlage 1 des Projektberichts zu findende Vordruck ist eine gute Grundlage, um dem genannten hohen Anspruch an Klienten- und Ressourcenorientierung (Schlussatz von 4.2) gerecht zu werden. So müssen am Ende alle Personen, die am Hilfeplangespräch teilge-

²⁶ ebd. S. 55

²⁷ Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung; Fragebogen zur Erhebung im Lebensbereich „Wohnen“ / Individuelle Lebensgestaltung nach Metzler (mehrere Auflagen bzw. Versionen)

²⁸ Kauder & Kruckenberg 2004

nommen haben, unterschreiben – beim bereits erwähnten IBRP-Verfahren kann sich der Betroffene auch auf die Darstellung seiner abweichenden Auffassung beschränken. Die Bedeutung der Zustimmung des Klienten zu den Hilfeplanziele wird als äußerst wichtig angesehen.

Allerdings ist der Vordruck eben nur eine *Grundlage*, und erst im *Gespräch* müssen viele im Einzelfall für den Hilfeplan wichtigen Details benannt werden, wie zum Beispiel:

- die *Qualität* der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen *aus Sicht des Betroffenen*,
- die aktuelle Wohn- und Wohnumfeld-Situation des Klienten,
- Möglichkeiten der Mobilisierung von Hilfe in Nachbarschaft und Freundeskreis,
- Beherrschung von Kulturtechniken – solche „diagnostischen“ Aufgaben sollte ein gut geschulter Interviewer erfassen können, wenn nötig mit Hilfe der bisherigen Leistungserbringer oder Bezugspersonen des Klienten,
- (unter „derzeit genutzte Hilfen“:) Zufriedenheit des Klienten mit einem wahrgenommenen Angebot und seine Wünsche hinsichtlich der Angebote, die er gerne wahrnehmen würde,
- alle Arten von Tätigkeiten, die der Klient ausführt (nicht nur die in der WfbM), um sein Potential an Fähigkeiten einzuschätzen.

Zu Letzterem ein vielleicht skurriles, aber durchaus bedenkenswertes Beispiel. Eine Klientin, bei der eine seelische Behinderung diagnostiziert wurde - sie selbst spricht davon, in jeder Nacht „das Gepolter“ ertragen zu müssen -, macht sich Tag für Tag auf den Weg, um die Mülltonnen nach brauchbaren Dingen zu durchforsten. Sie findet Essbares („sogar Rinderbraten schmeißen die Leute weg“) und ernährt sich davon, sowie Kleidungsstücke und Einrichtungsgegenstände, die sie in ihre schon völlig überfüllte Wohnung bringt. Die ambulante Betreuerin bringt in jeder Woche mindestens sieben gefüllte Müllsäcke wieder an die Straße. Die Klientin selbst definiert während des Hilfeplangesprächs für sich das Ziel: „Nicht mehr aus der Tonne“ - sie meint damit, dass sie keine Nahrungsmittel mehr essen will, die sie in der Mülltonne findet.

Ein möglicher Ansatzpunkt, um diesem Ziel näher zu kommen, wäre der Versuch einer konstruktiven Wendung. Brauchbare Schuhe und Kleidung könnten zum Beispiel als Beitrag zur Katastrophenhilfe dienen. Weiter wäre zunächst stundenweise an eine Tätigkeit bei einer Wohlfahrtsorganisation zum Sortierung von Altkleidersammlungen zu denken, die anfangs begleitet werden müsste (Arbeitsassistentz).

Der Kreativität sind keine Grenzen gesetzt (dann schon eher der „Zuständigkeit“ der Eingliederungshilfe!).

Ziel wäre, eine Tagesstruktur aufzubauen, die an die Stelle der derzeitigen dominanten Tätigkeiten tritt und für die Klientin annehmbar ist, das heißt auch ihren Fähigkeiten und Neigungen entspricht.

Der bloße Vordruck – und das gilt für *alle* Teile des Hilfeplanverfahrens – garantiert diese Art der *Gesprächsführung* und *Gesprächsaufzeichnung* mit *detaillierter* Klienten- und Ressourcenorientierung noch nicht. Wir haben bei unserer teilnehmenden Beobachtung sehr positive, aber auch schwächere Umsetzungen der Verfahrensidee erlebt - ein eher schematisches, wenig tiefgründiges Abfragen der einzelnen Punkte. Es macht einen Unterschied, ob die Mitarbeiter das Verfahren über längere Zeit selbst mitentwickelt und daran geschliffen haben, oder ob sie es aus Anlass des Modellvorhabens zum ersten Mal kennen lernen.

Wir schließen daraus, dass dieses Kernstück des Prozesses „Persönliches Budget“, das Hilfeplanverfahren, zu seiner Einführung einer intensiven Schulung bedarf, dass sich solche Schulungen aber auch lohnen, um das Modellvorhaben einheitlich und zielgerecht zu gestalten.

Der Landkreis Osnabrück hat Workshops für Mitarbeiter von Leistungsanbietern entwickelt und führt sie durch.

4.3.2 *Bedarfsfeststellung*

Die im HMB-Verfahren gebildeten sieben Lebensbereiche sind unverändert in das Projektverfahren übernommen worden:

1. „Allgemeine 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.“²⁹

Eine solche schematische Struktur kann zu einer schematischen Befragung des Klienten verführen, und wir haben das gelegentlich erlebt. Gedacht ist die Struktur jedoch als Ordnungsschema für die Verschriftlichung der Daten und eben *nicht* als Frageschema, und darauf sollte in Zukunft mehr geachtet werden.

Ein Beispiel: der Lebensbereich „Kommunikation und Orientierung“ steht erst an fünfter Stelle des Schemas. Die Frage nach der Art der Kommunikationsmöglichkeiten spielt jedoch vor allem zu Beginn des Gesprächs eine große Rolle. Die Frage nach der zeitlichen und räumlichen Orientierung in vertrauter und in fremder Umgebung könnte sich gut für einen Gesprächseinstieg eignen („Frau X, haben sie gut hierher finden können?“). Wenn eine Klientin dann zum Beispiel berichtet, dass sie mit dem Bus allein hierher gefunden habe, hat man schon grundlegende Informationen zu einigen Unterpunkten dieses Lebensbereichs.

Selbstverständlich muss auch und erst recht in diesem Teil des Hilfeplanverfahrens je nach individueller Situation *differenziert* gefragt und nachgefragt werden.

Hier sucht das Projektverfahren offenbar nach einem Mittelweg zwischen zwei Extremen, die man – bei allem Vorbehalt – mit den Schlagwörtern „Bürokrat“ und „Diagnostiker“ bezeichnen könnte: man möchte einerseits nicht mit dem Klienten einen „Antragsvordruck“ durchgehen und ausfüllen, andererseits sich auch nicht in einem offenen Explorationsgespräch als Assessment-Experte gerieren – beides würde der Forderung der *gemeinsamen Suche* nach angemessenen Bedarfen, Zielen und Budgets nicht gerecht.

Das Projektverfahren verzichtet gegenüber dem H.M.B.-W-Verfahren auf eine eigene Spalte für das so genannte „Aktivitätsprofil“. Dort wird bei jedem Unterpunkt danach gefragt, ob die Person eine Tätigkeit wie zum Beispiel „Einkaufen“ oder „Geld verwalten“ *ausführen* kann, *mit Schwierigkeiten ausführen* kann oder *nicht ausführen* kann. Stattdessen sollen und können solche Einschätzungen frei unter „Bemerkungen“ notiert werden. Wieder so ein Fall: so etwas funktioniert nur bei entsprechender Absprache und Schulung!

Auch bei den Hilfebedarfsstufen weicht das Projektverfahren von HMB-W ab. Dort sind es neben „Stufe A: keine Hilfe“ drei weitere Stufen:

Stufe B: Information, Assistenz, Hilfestellung,

Stufe C: Stellvertretende Ausführung, Begleitung,

Stufe D: Intensive Förderung / Anleitung; umfassende Hilfestellung;

²⁹ Projektbericht S. 60

Das Projektverfahren sieht – darin ganz dem IBRP ähnlich - eine weitere Hilfestufe vor:

1. Keine Hilfe
2. Hinweisen, beraten, informieren
3. Erklären und motivieren
4. Stellvertretend erledigen
5. Begleiten, anleiten, trainieren.

Im Detail lässt sich das Eine oder Andere diskutieren. So soll die neu eingeschobene Stufe 3 wohl die Selbständigkeit des Klienten nuanciert wahren, doch Stufe 2 und Stufe 3 unterscheiden sich unseres Erachtens nicht deutlich genug voneinander. Wenn zum Beispiel eine ambulante Betreuerin einen Klienten auf einen beginnenden Volkshochschulkurs hinweist, wird sie dies mit der Intention tun, den Klienten zur Teilnahme daran zu motivieren - lassen sich die beiden Ebenen wirklich trennen?

Außerdem stellt sich die Frage, ob die Begleitung eines Menschen mit Behinderung (Punkt 5) nicht eher auf der Stufe 4 anzusiedeln ist, wie es das HMB-Verfahren tut.

Wenn der Hilfebedarf für jeden einzelnen Unterpunkt der Lebensbereiche eingeschätzt ist, erfolgt als nächstes die Festlegung der *Dauer* der erforderlichen Hilfeleistung. Im HMB-Verfahren mit der Festlegung der Hilfestufen eine zeitliche Dimension unmittelbar verbunden, im Projektverfahren aber nicht: „Mit den Hilfestufen ist keine zeitliche Dimension verknüpft“³⁰. Vielmehr soll sich das gemeinsam vereinbarte Zeitkontingent aus der - so wörtlich – „Gesamtschau“ folgender Faktoren ergeben:

- „der erläuterte Bedarf,
- die Hinweise auf mögliche Hilfen,
- die in den Hilfestufen festgelegte Art und Weise der Hilfen,
- die Schwerpunktplanung.“³¹

Als *ein Faktor* geht also auch die Festlegung auf Hilfestufen in die zu vereinbarende Zeitdimension ein; sie ist nicht völlig unbedeutend für die Zeitbemessung, wie der eben zitierte Satz missverstanden werden könnte. Das Einstufen des Hilfebedarfs wäre sonst nicht mehr als ein Hinweis auf mögliche Methoden der Leistungserbringung.

Dass es mehr ist, zeigen auch unsere statistischen Berechnungen. Danach ergeben sich für die Modellregionen unterschiedlich hohe Korrelationen zwischen der Zeitbemessung und den Summen der Hilfestufen³². Im Landkreis Osnabrück lässt sich mit einer Korrelation von 0.89 ein deutlicher Zusammenhang nachweisen. In der Stadt Braunschweig ist die Korrelation mit 0.55 deutlich niedriger. Dort wurden die Mitarbeiter aus Anlass des Modellversuchs erstmals mit dem Projektverfahren konfrontiert. Entsprechend weniger konsequent wurde es gehandhabt; auch die Protokolle der Hilfeplangespräche sind weniger ergiebig.

Auch hier sucht der Modellversuch Kurs zwischen zwei Extremen. Das eine heißt Hilfestufenpauschale. Dabei wird im Kern die Summe der Hilfestufen übersetzt in eine Gesamteinstufung des Klienten in eine Gesamthilfestufe, der dann Kostenpauschalen zugeordnet sind – sei es differenziert wie beim IBRP (14 Stufen) oder weniger differenziert (5 Stufen nach HMB-W oder auch im rheinland-pfälzischen Modellversuch). Der Klient ist frei in der Verwendung des Budgets, aber die Zumessung ist nicht mehr streng auf den Einzelfall zugeschnitten.

³⁰ Projektbericht S. 63

³¹ ebd.

³² Berechnet wurde die Produkt-Moment-Korrelation zwischen jeweils der Summe aller Hilfestufen und der Gesamt-Zeitbemessung jedes Budgetnehmers.

Das andere Extrem wäre eine aus der Bedarfsanalyse abgeleitete präzise Vorschrift, für welche Leistung wie viel Zeit und vor allem: welches Personal (d.h.: welche Fachlichkeit) vorzusehen wäre. Das wären dann so genannte *Leistungskomplexe*³³, die das quantitative Merkmal (Faktor Zeit) und das qualitative Merkmal (zur Leistungserbringung erforderliche Fachlichkeit) miteinander verknüpfen. Obwohl dieser Ansatz gerade die Potentiale in der Umwelt des Budgetnehmers ausdrücklich herausheben könnte (im „Hinterkopf“ *berücksichtigen* kann man sie gewiss auch beim Projektverfahren), ist er im Ansatz des Modellvorhabens sichtlich nicht gewollt. Zum einen würde man dann dem Budgetnehmer sehr viel weiter gehende Vorschriften machen als zur Zeit, und zum anderen wäre das bisher durch die Fachleistungsstunde hoch gehaltene fachliche Prinzip, ambulante *Eingliederungshilfe* sei durch *Sozialpädagogen* zu erbringen, durchbrochen.

Es ist die Frage, ob dieser Mittelkurs widerspruchsfrei durchgehalten werden kann. Wir werden auf diese Frage abschließend noch einmal zurückkommen müssen.

Sollte es zu einer Überarbeitung des Verfahrens kommen, sei es noch während des Modellvorhabens oder mit Blick auf danach, stehen wir gern beratend zur Verfügung.

Eine statistische Übersicht über die Häufigkeiten, mit denen die einzelnen Hilfestufen gewählt wurden, ergibt für den *gesamten* Fragebogen ein klares Bild (siehe Tab. 5). Die Stufe 1 wird am häufigsten gewählt, denn selbstverständlich haben die Budgetnehmer nur in *bestimmten* Bereichen Hilfebedarf. Als nächstes kommt die Stufe 5, denn das ist die typische Begründung für ein Persönliches Budget: Wo man Selbständigkeit *fördern* will, muss man „anleiten“ und „trainieren“. Und nicht „stellvertretend erledigen“: die Kategorie 4 wird mit der geringsten Häufigkeit angekreuzt.

<i>Hilfestufe</i>	<i>1</i> keine Hilfe	<i>2</i> hinweisen, beraten, informieren	<i>3</i> erklären und motivieren	<i>4</i> stellvertretend erledigen	<i>5</i> begleiten, anleiten, trainieren
Σ gesamt	275	107	75	53	111
Σ LK OS	117	34	17	0	21
Σ LK EL	18	1	2	0	6
Σ Stadt BS	140	72	56	53	84

Tabelle 5: Häufigkeiten der angekreuzten Hilfestufen über alle Lebensbereiche

Bei den einzelnen Lebensbereichen zeigen sich zwei Gruppen. In der einen (Alltägliche Lebensführung, Gestaltung sozialer Beziehungen, Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben) wird die Kategorie 5 relativ häufig gewählt, in den übrigen Bereichen (individuelle Basisversorgung, Kommunikation und Orientierung, emotionale und psychische Entwicklung [allerdings nur knapp], und Gesundheit) steht die Kategorie höchstens an dritter Stelle.

Im Vergleich der Modellregionen fällt auf, dass der Landkreis Osnabrück im Vergleich zur Stadt Braunschweig deutlich weniger oft im Detail einen hohen Hilfebedarf zuerkennt (also „gezielter“ ankreuzt?) und insbesondere die Kategorie 4 (als „budgetfremd“?) ganz vermeidet.

³³ vgl. Engel & Schmitt-Schäfer 2004

4.3.3 *Schwerpunktplanung*

Die Schwerpunktplanung umfasst Globalziele, wie zum Beispiel das „Erlangen von mehr Selbstsicherheit“, und Feinziele, im Projektverfahren als „Ziele“ bezeichnet, die den einzelnen Lebensbereichen zugeordnet sind. Ein Beispiel aus dem Lebensbereich „alltägliche Lebensführung“: „selbständiges Abholen des Geldes vom eigenen Konto bei der Postbank“. Dieses Ziel ist konkret formuliert und gibt so dem Budgetnehmer die Möglichkeit, die Zielerreichung selbständig zu überprüfen. Der Zeitraum, in dem das Ziel erreicht werden soll, ist durch den Planungszeitraum vorgegeben. Die Ziele werden mit dem Klienten gemeinsam entwickelt.

In welchen Schritten der Budgetnehmer zu dem Ziel gelangen könnte, wird in der Schwerpunktplanung grundsätzlich nicht konkretisiert. Es soll ja in der Verantwortung des Budgetnehmers liegen, sich Schritte zu überlegen (oder jemanden heranzuziehen, der ihn hierbei unterstützt), wie er das Ziel am besten erreichen kann. Dies kann bei Überforderung zum Problem werden, wenn keine solche Hilfe zur Verfügung steht; in diesem Fall kann und sollen die Zielformulierungen schon im Hilfeplangespräch konkretisiert werden.

An einem anderen Beispiel möchten wir verdeutlichen, wie man Ziele besser *nicht* formuliert, wenn sie für den Budgetnehmer verständlich und überprüfbar sein sollen: „Sicherstellung der existentiellen Versorgung“ (Bereich: „Alltägliche Lebensführung“; Kategorie: „Einkaufen“). Unter „existentieller Versorgung“ lässt sich vieles verstehen: z.B. regelmäßiger Einkauf von Lebensmitteln, es schaffen, überhaupt einkaufen zu gehen, sich regelmäßig stellvertretend Einkäufe bringen lassen. Diese Vielzahl der unterschiedlichen Möglichkeiten zeigt, dass das Ziel zu unscharf formuliert ist. Die Zielerreichung lässt sich dadurch nur schwer überprüfen. Zudem spricht der Begriff „Versorgung“ hierbei Passivität an und nicht die Aktivitätspotentiale der betreffenden Person im Sinne von: „Ich möchte lernen, entscheiden zu können, was ich einkaufe oder jemand anderes stellvertretend für mich einkauft“.

Je konkreter ein Ziel formuliert ist und je überprüfbarer es dadurch wird, desto leichter ist es für den Budgetnehmer, aber auch für den Kostenträger, den Zielerreichungsgrad festzustellen. Außerdem gibt eine sehr konkrete Zielformulierung Hinweise auf zu erbringende Leistungen. Ein Beispiel hierzu: „Entwicklung und Strukturierung eines Wochenfinanzplanes“ (Lebensbereich: „Alltägliche Lebensführung“; Kategorie: „Kurz-, mittel- und langfristige Finanzplanung“). Mit diesem Ziel kann der Budgetnehmer sich gezielt einen Leistungserbringer suchen, der schon Erfahrung mit der Entwicklung und Strukturierung eines Wochenfinanzplanes hat.

Bei der Zielformulierung sollte zudem darauf geachtet werden, dass sich die Budgetnehmer mit der Formulierung identifizieren können; zum Beispiel dadurch, dass die Ideen der betreffenden Person wörtlich in die Zielformulierung einfließen. Ein Beispiel aus dem Landkreis Osnabrück: „Hr. X möchte soziale Kontakte knüpfen: Er möchte Kontakte zur Nachbarschaft eingehen (z.B. Kaffee trinken, Karten spielen) und Anschluss an Gruppen außerhalb (z.B. Seniorengruppe) finden“. Die Vorschläge „Kaffee trinken“ und „Karten spielen“ sind von der betreffenden Person selber genannt worden und fließen in die Zielformulierung ein.

Im Landkreis Osnabrück wird viel Wert auf konkrete, überprüfbare Zielformulierungen gelegt, wie die angeführten Beispiele zeigen. Dies zahlt sich im Fortschreibungsgespräch aus, denn dann kann konkret nachgefragt und entsprechend beschrieben werden, warum Ziele erreicht bzw. nicht oder nicht ganz erreicht wurden.

4.4 Durchführung der Hilfeplanung in den Modellregionen

4.4.1 Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen während eines Hilfeplangesprächs sind in den Modellregionen ganz unterschiedlich gestaltet worden. Dazu gehören im Einzelnen:

- Ort des Hilfeplangesprächs,
- atmosphärische Bedingungen,
- Dauer des Hilfeplangesprächs,

Dazu sollen einige Beispiele beschrieben werden, die allerdings nur bedingt repräsentativ sind – vor allem im Landkreis Osnabrück waren die Settings sehr unterschiedlich.

a. Arbeitsstätte des Klienten

Landkreis Osnabrück:

Frühstücksraum in der Werkstatt, in der der Klient arbeitet, keine Getränke, keine Plätzchen, ohne Pause bei einer Dauer von zweieinhalb Stunden, ein großer Tisch mit zehn Sitzplätzen, an dem sechs Personen Platz nehmen. Es entsteht nach unserem Empfinden eine ungastliche, kühle Atmosphäre. Unser Teammitglied sitzt dem Klienten gegenüber, ohne ihm – da nicht vertraut - Halt geben zu können.

Der Klient selber äußert sich im Interview drei Monate später zu der Frage, wie er das Hilfeplangespräch empfunden habe, auf einer dreistufigen Skala (sehr gut, eher nicht so gut, ganz schlecht): „Eher nicht so gut“. Er habe sich hinterher zurückgezogen („die haben sich schon gewundert, wo ich bin“), um sich „das alles durch den Kopf gehen zu lassen.“ Dass es ihm nach diesem Gespräch sogar eher schlecht ging, zeigt sein Satz: „Also, da war mir total flau im Magen“ - ein deutlicher Hinweis auf ein Unwohlsein, das vielleicht durch andere Rahmenbedingungen hätte vermieden werden können.

Landkreis Emsland:

Raum in der Werkstatt, zu großer Tisch mit sechs Personen, ungemütlich (nach Aussage unseres Teammitglieds), gastliche Atmosphäre mit Kaffee, Tee, Plätzchen, Dauer zwei Stunden.

Eine Beurteilung von Seiten des Budgetnehmers liegt noch nicht vor. Er hat Raum und Arrangement allerdings selbst so bestimmt.

b. Wohnung des Klienten

Landkreis Osnabrück:

Wohnzimmer im Bauernhof der Eltern des potentiellen Budgetnehmers, um den Wohnzimmertisch herum sitzen der Antragsteller und weitere fünf Personen. Es gibt Kaffee, Tee, und Plätzchen. Aus Sicht unseres Teammitglieds entsteht eine gastliche Atmosphäre.

Auf die Frage während des Interviews, ob er sich an das Hilfeplangespräch erinnern könne, antwortet der Budgetnehmer: „Ja, dass mir Mama erst mal alles zeigt und wie man mehrere Male zeigt und ich dann es irgendwann alleine machen soll.“

Er betrachtet also das Gespräch ausschließlich von der sachlichen Ebene aus, die offenbar nicht durch atmosphärische Störungen beeinträchtigt gewesen ist.

c. Räume im Gesundheitsamt

Stadt Braunschweig:

In der Stadt Braunschweig haben bisher alle Hilfeplangespräche in den Räumen des Gesundheitsamts stattgefunden, entweder in gastlicher oder in eher ungastlicher Atmosphäre, mit Getränken und Gebäck oder ohne dergleichen.

Es ist in Erwägung gezogen worden, dass künftig ein Hilfeplangespräch auch in der Wohnung der Budgetnehmer und Budgetnehmerinnen stattfinden könnte, wenn diese dies ausdrücklich wünschen. Bei einer Klientin mit einer seelischen Behinderung ist die Möglichkeit, in der stark verwahrlosten Wohnung Gäste zu empfangen, in die Zieldefinition der Schwerpunktplanung aufgenommen worden. Das nächste Gespräch in einem halben Jahr soll – wenn möglich - bei ihr zu Hause stattfinden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein gewisses Maß an Gastlichkeit sich auch in Räumen herstellen lässt, die ansonsten als wenig geeignet betrachtet werden müssen. Da sich die Antragsteller und Antragstellerinnen trotz aller Bemühungen um eine klienten-zentrierte, dialogische Gesprächsführung in einer prüfungsähnlichen Situation befinden, sollte für Elemente der Entkrampfung unbedingt Sorge getragen werden. Es wäre wünschenswert, die Modalitäten des Hilfeplangesprächs - Ort, Zeit, Dauer - in der Akte zu vermerken.

Wenn verschiedene Orte für ein Hilfeplangespräch in Frage kommen, sollte der Wunsch der Klienten den Ausschlag geben, auch wenn es nicht der „gemütlichste“ sein sollte. Denn ein Hilfeplangespräch bleibt immer eine „fremde, verfremdete Situation, daran ist nicht viel zu ändern“, so der für das Projekt verantwortliche Mitarbeiter des Landkreises Osnabrück. Hausbesuche, die künftig vermehrt stattfinden sollen, böten die Möglichkeit, sich einen Eindruck von der gesamten Lebenssituation des Klienten zu verschaffen.

4.4.2 *Teilnehmende Personen*

An einem Hilfeplangespräch müssen mindestens zwei Personen teilnehmen: der oder die Antragstellende und der Repräsentant des Kostenträgers sowie bei Personen, die unter gesetzlicher Betreuung stehen, die gesetzliche Betreuung. Weitere Teilnehmer können sein:

- Lebenspartner oder -partnerin sowie Personen aus dem familiären Umfeld: Mutter, Vater, Bruder u.a.,
- Bekannter oder Bekannte, Freund oder Freundin,
- weitere Vertreter des Kostenträgers (in den Landkreisen in der Regel einer),
- Vertreter derjenigen Institution, die die ambulante Betreuung zur Zeit leistet und/oder in Zukunft leisten will,
- Privatperson, die die ambulante Betreuung in Zukunft leisten will oder soll,
- Wissenschaftliche Begleitung.

Die maximale Anzahl der Personen während eines Hilfeplangesprächs lag in einem Ausnahmefall bei elf Beteiligten, sonst waren es durchweg fünf bis sechs Personen.

Im Landkreis Emsland teilt sich ein Team aus einem Sachbearbeiter, einem Heilpädagogen, einer Amtsärztin und einer Sozialarbeiterin alle für die Eingliederungshilfe anstehenden Fälle (also nicht nur die Anträge auf Persönliches Budget) auf, und zwar – wegen des großen Kreisgebiets - vorrangig unter regionalen Gesichtspunkten.

Im Landkreis Osnabrück liegt die Gesprächsführung bei den Sozialarbeiterinnen der Fachgruppe in der Eingliederungshilfe; es nimmt aber immer ein Sachbearbeiter der wirtschaftlichen Verwaltungsseite teil.

In der Stadt Braunschweig wird ein Verfahren praktiziert, das aus drei Phasen mit unterschiedlicher personeller Beteiligung besteht:

1. Der Antrag auf ein persönliches Budget wird von einem Sachbearbeiter des Sozialamtes entgegengenommen, die wesentlichen Aspekte, die das Persönliche Budget von den bisherigen Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip unterscheiden, werden den Antragstellenden erläutert. Aus den vorhandenen Akten werden die allgemeinen Daten übertragen.

2. Hilfeplangespräch im Gesundheitsamt; entweder

a. bei Klienten mit einer geistigen Behinderung geleitet vom Team Sozialarbeiterin / Amtsärztin, oder

b. bei Klienten mit einer seelischen Behinderung geleitet von einem Sozialarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

3. Abschließende Hilfeplankonferenz mit allen Beteiligten einschließlich des Sachbearbeiters der Eingliederungshilfe

Wir plädieren dafür, dass man Gespräche durchaus in mehrere Phasen zerlegen kann, dass sie aber alle in einer Hand bleiben und gut strukturiert von *einer* fachlich versierten Person geleitet werden sollten.

Jeder Teilnehmer am Hilfeplangespräch bringt unterschiedliche Emotionen, Motive und Interessen ein; genauer: jeweils ein widersprüchliches Gemisch. Partner, Angehörige, Freunde möchten sich vielleicht entlasten, aber auch den Antragsteller schützen. Mitarbeiter von Leistungsanbietern, die sich gern anwaltlich für Menschen mit Behinderung einsetzen, möchten vermitteln, übersetzen, das Beste oder Angemessene für den Klienten herausholen, aber auch verständlicherweise ihre berufliche Tätigkeit absichern (und sei es unbewusst). Gesetzliche Betreuer müssen sich vor Überlastung und unbezahltem Einsatz schützen, haben aber auch viel stellvertretende Entscheidungsmacht. Und die Vertreter des Kostenträgers sollen im Sinne des Modellvorhabens Selbständigkeit und Teilhabe fördern, aber immer auch und gerne Kosten sparen. Und das ist noch nicht einmal das vollständige Puzzle.

Die Person, die das Gespräch leitet, muss all diese Personen für das Persönliche Budget einbinden und sich des Interessendrucks erwehren. Dies ist nur zu leisten, wenn es dieser Person – in der Regel also der Fachkraft aus der Eingliederungshilfe oder dem Gesundheitsamt – gelingt, die Gestaltungsmacht für die Gespräche an sich zu ziehen und zu verteidigen. Wir regen an, dass sie alles tut, um sich ihre Aufgabe, mit *diesem* Klienten *sein* Persönliches Budget optimal zu gestalten, zu erleichtern; etwa:

- indem sie Leistungsanbieter nur in Ausnahmefällen, wenn es etwa der (von niemandem dabei beeinflusste) Klient ausdrücklich wünscht, am Gespräch beteiligt;
- indem sie wichtige Rahmenbedingungen durch Erkundungen im Umfeld *vorher* abklärt;
- indem sie vor allem die gesetzlichen Betreuer und andere Fürsprecher aus dem Sozialen Umfeld *positiv* einzubinden versucht: was können diese für das Gelingen des Persönlichen Budgets tun? Dazu wird es oft sinnvoll sein, schon *vor* dem Hilfeplangespräch das Gespräch mit dem gesetzlichen Betreuer zu suchen;
- und indem sie versucht, trotz gewiss vorhandenen Drucks dem wirtschaftlichen Aspekt beim Budget keinen Vorrang einzuräumen.

Diese hohen Anforderungen an die Gesprächsleitung gilt vor allem, wenn und so lange dem Antragsteller keine qualifizierte unabhängige Budgetassistenz zur Seite steht.

4.5 Vergleich zum früheren Verfahren

Alle drei Modellregionen wenden im Rahmen des Modellvorhabens das vom Landkreis Osnabrück aus dem H.M.B.-W-Verfahren entwickelte Projektverfahren an (vgl. Abschnitt 4.3) und lösen damit eine vorher und anderswo verbreitete Praxis ab; im Landkreis Osnabrück wurde diese Neuerung schon etwa ein Jahr *vor* dem Modellvorhaben eingeleitet.

Landkreis Osnabrück

Eine Sozialarbeiterstelle ist im Landkreis neu geschaffen worden, die für eine kompetente Durchführung des Bedarfsfeststellungs- und Hilfeplan-Verfahrens und dessen Weiterentwicklung sorgen soll. Der Landkreis Osnabrück hat also bereits *vor* Beginn des Modellversuchs (Januar 2004) umfangreiche Erfahrungen sammeln können, die ihren Niederschlag in einem souveränen Umgang mit dem Verfahren finden. In den Augen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hat sich das neu entwickelte Verfahren der Hilfeplanung bewährt. „Die Erfahrungen damit sind gut. Es darf allerdings nicht als Ankreuzsystem missverstanden werden. Wichtig ist der dazu entwickelte Leitfaden.“

Vor der Einführung des neuen Verfahrens zur Hilfeplanung im März 2003 wurde die Eingliederungshilfe in Form einer Pauschale gewährt (ca. 250-300 € monatlich).

Grundlage für die Gewährung der Pauschale waren amtsärztliche Stellungnahmen sowie Entwicklungsberichte der Leistungsanbieter (zum Beispiel der Heilpädagogischen Hilfe), die oft nicht mehr als eine Seite umfassten. Häufig wurde nach Aktenlage entschieden, ohne den Klienten gesehen zu haben. Daran gemessen muss das neue Verfahren als eine fundamentale Verbesserung betrachtet werden.

Inzwischen ist das Projektverfahren mit allen Leistungsanbietern des Landkreises (mit einer Ausnahme, wo eine IBRP-Version verwendet wird) für ambulante Fälle abgestimmt; Umstellungen werden spätestens im laufenden Jahr vorgenommen. Ein Workshop für 28 Mitarbeiter von Leistungserbringern wurde veranstaltet. Ein Treffen mit den Mitarbeitern in der Modellregion Braunschweig ist geplant.

Landkreis Emsland

Für den bisher einzigen Budgetnehmer gibt es kein „vorangegangenes“ Hilfeplanverfahren. Mit seinem früheren Leistungserbringer wird pauschal, nicht über Einzelfälle, abgerechnet.

Im Gespräch beschreiben die zuständigen Mitarbeiter des Landkreises Emsland das seit Anfang des Jahres 2004 praktizierte Projektverfahren, das sie vom Landkreis Osnabrück übernehmen konnten: „Wir stimmen die einzelnen Fälle im Team ab, dazu gehören Heilpädagogen und Sozialpädagogen, die Amtsärztin und ein Sachbearbeiter der Eingliederungshilfe.“ Das Verfahren findet auch für alle ambulanten Fälle außerhalb des persönlichen Budgets Anwendung.

Vor dem Jahre 2004 sind Leistungen auf der Basis amtsärztlicher Stellungnahmen in Kooperation mit der Eingliederungshilfe gewährt worden.

Stadt Braunschweig

Ähnlich wie im Landkreis Emsland gab es in der Stadt Braunschweig *vor* Einführung des persönlichen Budgets ein Team, das aus Amtsärztin/Amtsarzt, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter und Sachbearbeiter/Sachbearbeiterin bestand und unter Hinzuziehung der verfügbaren Daten aus der Akte über Maßnahmen der Eingliederungshilfe beraten und entschieden hat. Ebenso

wird derzeit mit allen ambulanten Fällen verfahren, denen die Eingliederungshilfe als Sachleistung gewährt wird.

Hinsichtlich der Einarbeitung in das Hilfeplanverfahren „Hilfeplan – ein strukturierter Dialog“ hatten die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadt Braunschweig nur einen äußerst geringen zeitlichen Vorlauf, daher gab es leichte Unsicherheiten bei der Gestaltung der ersten Hilfeplangespräche. Es sollen unter allen Beteiligten Gespräche stattfinden, die zur Klärung der einzelnen Modalitäten und der weiteren Vorgehensweise beitragen.

5 Ist-Stand-Erhebung in den Modellregionen zum Leistungsangebot

5.1 Methoden zur Informationsgewinnung

Für jede Modellregion wurde eine Liste aller Einrichtungsträger erstellt; dabei wurde zwischen „großen“ und „kleinen“ Trägern unterschieden³⁴. Alle erhielten eine Kombination von Fragebogen und Tabelle, und zwar verschiedene je nach Angebotsart (stationär, Tagesstruktur, WfbM, ambulant, FED) sowie ggf. für jede Einrichtung dieses Trägers getrennt. Die Träger wurden schriftlich gebeten, die Bögen und Tabellen auszufüllen; mit einigen großen Trägern wurden zusätzlich Interviews durchgeführt, in denen auch die Bögen und Tabellen thematisiert wurden.

Die Daten wurden für die Landkreise Emsland und Osnabrück zum Stichtag 1.4.04 und für die (später eingestiegene) Stadt Braunschweig zum Stichtag 1.7.04 erhoben.

Der Rücklauf der Fragebögen ist sehr zufrieden stellend. Von allen sieben Einrichtungen bzw. Einrichtungsträgern im Landkreis Emsland, die wenigstens *einen* von der Eingliederungshilfestelle des Landkreises finanzierten Klienten betreuen, wurden die Daten zur Verfügung gestellt; ebenso von allen 15 Einrichtungen bzw. Trägern im Landkreis Osnabrück, auf die das Gleiche zutrifft. Fast genauso verlief die Aktion in der Stadt Braunschweig: Nur ein Träger von 11 angeschriebenen verweigerte sich; ein Teil der Daten über die einzige in Braunschweig gelegene Einrichtung dieses Trägers konnte auf anderem Wege beschafft werden.

Die Daten wurden in EXCEL-Tabellen übertragen und nach Maßgabe der einzelnen Fragestellungen ausgewertet. Bei einer Reihe von Einrichtungsträgern musste aus verschiedenen Gründen nachgefragt werden, um Lücken zu füllen oder offensichtliche Missverständnisse aufzuklären.

5.2 Fragestellungen für die Bestandsaufnahme

Es ist unsere Aufgabe, den Bestand in den Modellregionen zu Beginn des Modellvorhabens und den weiteren Verlauf zu dokumentieren und auszuwerten - in folgenden Bereichen:

1. Art und Umfang der *Angebotsstruktur* der stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen,
2. regionale *Kostenstruktur* (Preisgestaltung),
3. eventuelle regionale, strukturelle *Besonderheiten*,

Die Daten zu diesen Bereichen sind auf die Bevölkerungs- und die Infrastruktur zu beziehen. Anders lässt sich die Aufgabe, diese Strukturen zu erfassen, wohl nicht verstehen, denn eine fachlich vertretbare Beschreibung der Bevölkerungs- und Infrastruktur ginge weit über die Projektziele hinaus und wäre mit den Projektmitteln nicht zu leisten.

Das heißt, wir müssen grob die Ausgangssituation beschreiben: Angebotsstruktur, Kostenstruktur, Besonderheiten – und das alles unter Betonung der ambulanten Leistungen –, sowie die Bevölkerungs- und Infrastruktur. Das alles ist jedoch kein Selbstzweck, sondern ist begrenzt durch und bezogen auf die Beantwortung der eigentlich entscheidenden Frage:

Welche Veränderungen können nach zwei Jahren Prüfkriterien für den Grad der Zielerreichung und die Synergieeffekte sein?

³⁴ Beim Erstellen dieser Listen waren die Eingliederungshilfestellen der Modellregionen behilflich.

Mögliche Antworten, immer bezogen auf die Modellregionen, müssen sich auf den Zeitraum zwischen dem 1.4.04 (Emsland, Osnabrück) bzw. 1.7.04 (Braunschweig) als erstem und (wahrscheinlich) dem 1.12.05 als zweitem Erhebungszeitpunkt beziehen.

5.3 Angebotsstruktur

Wenn wir voraussetzen, dass sich die Einführung des Persönlichen Budgets in den Modellregionen im Sinne der globalen Ziele des Modellvorhabens auswirkt und diese Effekte auch *messbar* sind, dann lauten mögliche Antworten auf die sieben gestellte zentrale Frage, bezogen auf die Angebotsstruktur, als *Hypothesen* formuliert:

- a) Die Zahl der Anbieter ambulanter Leistungen erhöht sich (Abschnitt 5.3.1).
- b) Die Zahl der ambulant betreuten Menschen mit Behinderung erhöht sich (absolut bzw. bezogen auf die Bevölkerung bzw. im Vergleich zu den stationär untergebrachten Klienten). Differenzierungen: nach Behinderungsarten, Alter, Geschlecht (5.3.2)
- c) Die *Art* der Angebote ambulanter Leistungen diversifiziert sich; dies zeigt sich einmal durch Differenzierungen beim Angebot, zum anderen und vor allem aber in Form einer größeren Mischung beteiligter Professionen. Dabei sinkt der Anteil höher qualifizierter Professionen bei der ambulanten Betreuung. (5.3.3)
- d) Die Zahl stationär untergebrachter Menschen mit Behinderung sinkt (absolut bzw. bezogen auf die Bevölkerung bzw. die Zahl ambulant betreuter Klienten). (5.3.4)
- e) Insbesondere sinkt in den stationären Einrichtungen die Zahl der Bewohner aus niedrigen Hilfebedarfsgruppen. (5.3.5)

Das mögen diejenigen Variablen sein, deren mögliche Veränderung durch das Modellvorhaben plausibel erscheint. Ob dieser Zusammenhang auch nachweisbar ist, muss sich zeigen. Um diese Antworten am Ende des Modellzeitraums geben zu können, beschreiben wir in den folgenden Abschnitten die Ausgangsdaten. Sie wären dann mit den Daten am zweiten Erhebungszeitpunkt (wahrscheinlich der 1.12.05) zu vergleichen.

Andere Hypothesen erscheinen uns zwar denkbar, aber weniger realistisch:

- Die Zahl der Anbieter tagesstrukturierender Maßnahmen *außerhalb* stationärer Einrichtungen erhöht sich.
- Die Zahl der Klienten in tagesstrukturierenden Maßnahmen außerhalb stationärer Einrichtungen erhöht sich.

Eine bedeutsame Änderung der Zahl der Mitarbeiter mit Behinderung in den einschlägigen Werkstätten ist nicht zu erwarten; das wäre nicht plausibel. Auch der Professionalisierungsgrad bei den stationären Angeboten dürfte sich kaum verändern.

Zu diesen übrigen Hypothesen halten wir jedoch ebenfalls die Ausgangsdaten fest (5.3.6).

5.3.1 *Ambulante Anbieter*

Zum Zeitpunkt der Ersterhebung verzeichnen wir in den einzelnen Modellregionen folgende Anzahl von Anbietern ambulanter Hilfen:

Im Landkreis Emsland: 8 (3) Anbieter³⁵,

Im Landkreis Osnabrück: 6 Anbieter,

In der Stadt Braunschweig: 8 Anbieter.

Bei einer Entwicklung im Sinne der Ziele des Modellvorhabens müsste sich die Zahl der ambulanten Anbieter am Ende des Erhebungszeitraums erhöht haben.

5.3.2 *Ambulant betreute Menschen mit Behinderung*

Abb. 15 zeigt die absolute Zahl der ambulant betreuten Klienten (ambulante Assistenz, betreutes Wohnen) in den Modellregionen³⁶; Tab. 6 setzt diese Zahlen in Relation zur Einwohnerzahl³⁷. Gefragt wurde nach denjenigen ambulant Betreuten, deren Betreuung von der *Eingliederungshilfe* bezahlt wird.

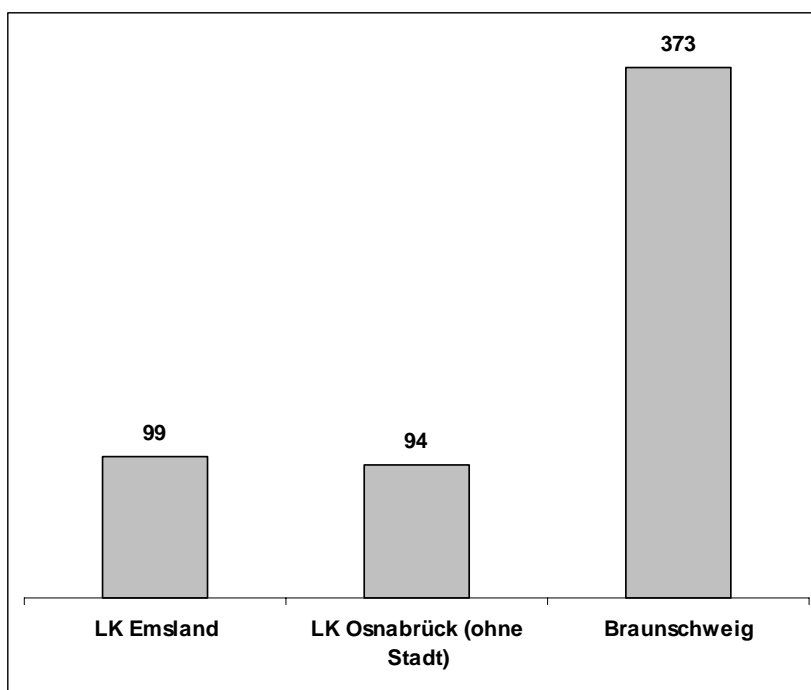


Abbildung 15: Ambulant betreute Klienten in den Modellregionen

³⁵ Zählt man nur diejenigen Anbieter, die *nach eigenem Bekunden auf der Grundlage einer Vereinbarung am Stichtag 1.4. mindestens 1 Klienten* ambulant betreuen, kommt man auf 3 Anbieter. Nimmt man jedoch die Anbieter hinzu, die nach Angabe des Landkreises schon vor Inkrafttreten der Vereinbarung bzw. ohne übliche Leistungsvereinbarung mindestens 1 Klienten betreut haben, sowie diejenigen *mit Vereinbarung*, die zum Stichtag keine Betreuung nach Eingliederungshilfe durchführten, kommt man auf 8 Anbieter. Es zeigt sich, dass sich der Sektor der ambulanten Betreuung im Landkreis Emsland in 2004 stürmisch vorwärts bewegt.

³⁶ Die Zahl 99 für den Landkreis Emsland beruht auf den Eigenauskünften der zum 1.4. bekannten Anbieter. Nach Angaben des Landkreises müsste die Zahl 106 betragen; die Differenz dürfte mit den gerade um den Stichtag herum bestehenden, uns nicht sofort angegebenen Betreuungen zu tun haben (vgl. die Anmerkung zu 5.3.1). Legt man die Zahl des Landkreises zugrunde, verändert sich die Relation in der Zeile „LK Emsland“ der Tab. 6 auf 1 : 2903 und die Relation in der gleichen Zeile der Tab. 7 auf 1 : 5,0.

³⁷ Quelle: jeweils die offiziellen Internetseiten der Modellregionen

	Relation
LK Emsland	1 : 3108
LK Osnabrück (ohne Stadt)	1 : 3809
Braunschweig	1 : 641

Tabelle 6: Relation Anzahl ambulant betreuter Klienten : Einwohnerzahl

Es fällt auf, dass die Stadt Braunschweig den Sektor der ambulanten Versorgung von Menschen mit Behinderung deutlich stärker ausgebaut hat als die beiden anderen Modellregionen. Dies bestätigt sich auch aus einer anderen Perspektive; wenn man nämlich die Zahlen der ambulant versorgten und der stationär versorgten Klienten jeweils in Beziehung setzt (Tab. 7).

	Relation
LK Emsland	1 : 5,4
LK Osnabrück (ohne Stadt)	1 : 3,7
Braunschweig	1 : 0,8

Tabelle 7: Relation zwischen ambulant und stationär betreuter Klienten

Auch hier müsste man sich von der Einführung des Persönlichen Budgets einschlägige Effekte versprechen, und zwar im Sinne einer sowohl absoluten wie auch relationalen Erhöhung der Zahl ambulant betreuter Menschen mit Behinderung. Dieser Effekt sollte in den beiden Landkreisen, wegen des niedrigeren Ausgangswertes, eigentlich höher sein.

Abb. 16 gibt das Bild wieder, das sich ergibt, wenn man nach Behinderungsarten differenziert. Deutlich wird, dass die – im Vergleich zu Braunschweig – geringere Ausprägung ambulanter Strukturen in der Versorgung von Menschen mit Behinderung im Landkreis Emsland vor allem die geistig Behinderten betrifft. Allerdings sind die seelisch behinderten Menschen in diesem Sektor überall die stärkste Gruppe. Körperlich Behinderte sind in allen drei Regionen unter den ambulant Betreuten kaum vertreten³⁸. Trotzdem - die geringe Zahl ambulant betreuter Menschen mit körperlicher Behinderung bleibt erstaunlich, gehören doch bundesweit fast drei von vier schwer behinderten Menschen dieser Gruppe an!³⁹

³⁸ Zur Begründung vgl. die Argumentation in Abschnitt 2.3.1 unter „Art der Behinderung“

³⁹ Quelle: Statistisches Bundesamt <http://www.destatis.de/basis/d/solei/soleiq27.php> 19.12.04

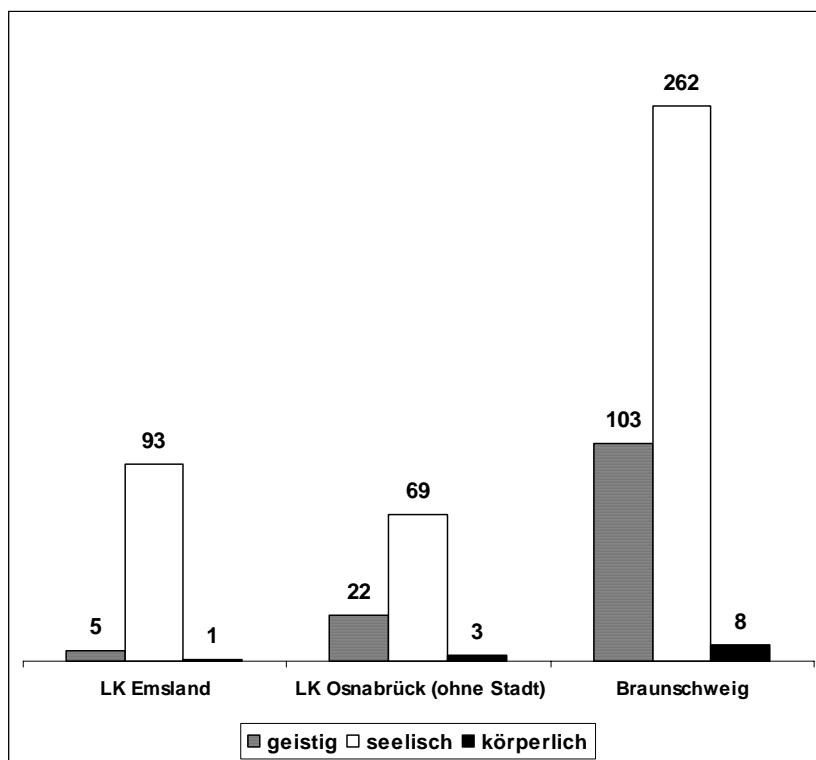


Abbildung 16: Ambulant betreute Klienten nach Behinderungsarten

Eventuelle Veränderungen durch das Modellvorhaben könnten sich bei den bisher unterrepräsentierten Menschen mit geistiger Behinderung am stärksten zeigen, da diese Gruppe gewissermaßen einen „Nachholbedarf“ hinsichtlich der Ambulantisierung hat.

Diese Relationen lassen sich auch anders ausdrücken. So werden von denjenigen Menschen mit *geistiger* Behinderung, für die die jeweilige Eingliederungshilfe entweder das stationäre Wohnen oder die ambulante Betreuung (mit-)finanziert, im Emsland 1 %, im LK Osnabrück 7 % und in Braunschweig immerhin 31 % ambulant betreut. Von den Menschen mit *seelischer* Behinderung sind es allerdings im Emsland 41 %, im LK Osnabrück 31 % und in Braunschweig 81 % (!), die ambulant betreut werden. (Betreuungen durch ambulante *Pflegedienste* sind hier allerdings *nicht* berücksichtigt.)

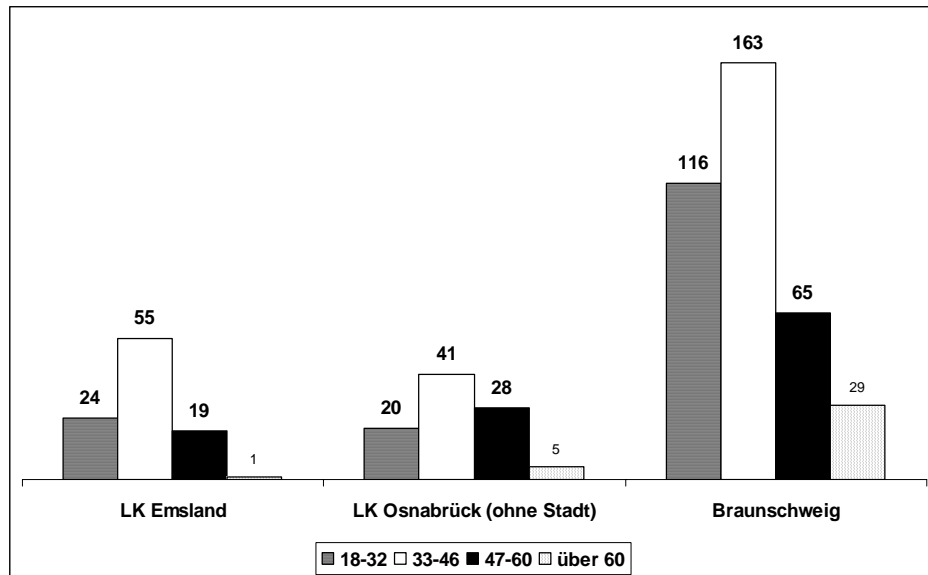


Abbildung 17: Ambulant betreute Klienten nach Alter

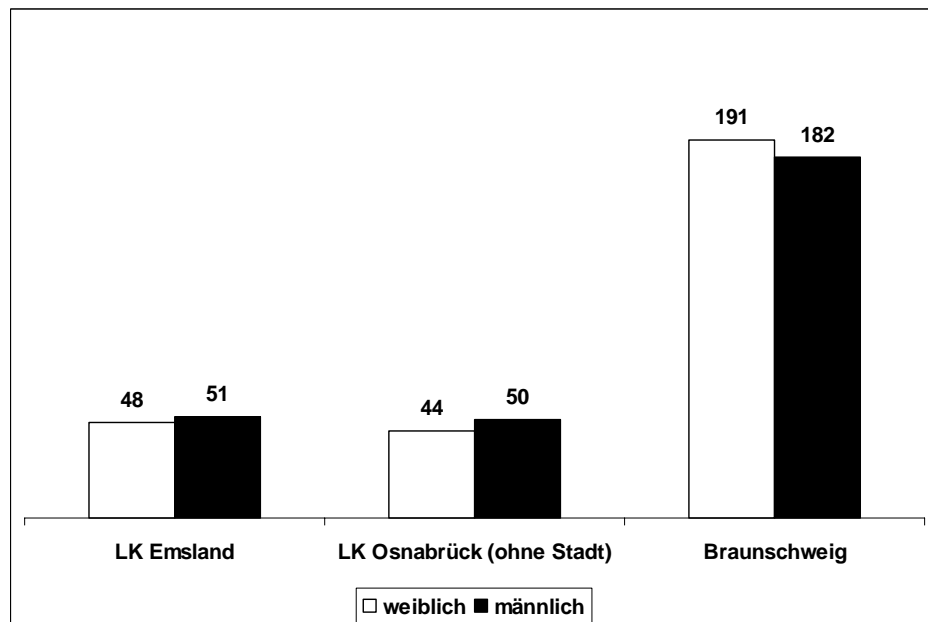


Abbildung 18: Ambulant betreute Klienten nach Geschlecht

Hinsichtlich des Alters oder des Geschlechts der ambulant versorgten Menschen lassen sich keine überzufälligen Unterschiede zwischen den Modellregionen aus den Abb. 17 und 18 herauslesen. Die Altersgruppe zwischen 33 und 46 Jahren ist mit Abstand am stärksten vertreten, aber auch die Jüngeren sind, vor allem in Braunschweig, eine große Gruppe. Immerhin findet das gelegentliche Vorurteil, Frauen könnten eher in ambulanten Strukturen versorgt werden als Männer, da letztere unselbständiger seien, in diesen Daten keine Bestätigung.

Bei der Zweiterhebung wird man nicht einfach nur schauen können, ob und wie stark sich die Zahl der ambulant betreuten Klienten erhöht hat. Entscheidend für den Erfolg des Persönlichen Budgets ist es, ob sich die Zahl der stationären Klienten und/oder der Klienten mit ambulanter Assistenz entsprechend erniedrigt hat – sonst wäre das Argument, das Persönliche Budget schaffe einen neuen Markt, schwer zu widerlegen.

Eine Erhöhung der Zahl ambulant betreuter Klienten während der Modelllaufzeit wäre aber für sich genommen noch kein Indiz für die Wirksamkeit des Persönlichen Budgets allein. Auch die Zahl ambulanter Assistenz über *Sachleistung* scheint zuzunehmen, wobei die Größenordnung dieses Bereichs den des Persönlichen Budgets im Jahr 2004 weit übertrifft (vgl. Tab. 8).

	Neufälle Ambulante Assistenz	Neufälle Persönliches Budget
LK Emsland	23	1
LK Osnabrück	94	7
Stadt Braunschweig	100	15
<i>gesamt</i>	<i>217</i>	<i>23</i>

Tabelle 8: Neufälle Ambulante Assistenz und Persönliches Budget 2004

5.3.3 Differenzierung der Angebote und Mischung der Professionen

Die Erhebung bei den Anbietern ambulanter Leistungen in den Landkreisen Emsland und Osnabrück zeigte, dass dort – mindestens offiziell - nur *eine* Angebotsart angeboten wird, für die dann der Satz der Fachleistungsstunde gilt. Lediglich ein Anbieter im Emsland, der allerdings ganz anders, nämlich pauschal finanziert wird, stellt wahrscheinlich eine Ausnahme dar.

In der Stadt Braunschweig denken die Lebenshilfe und der Verein „Der Weg“ – und damit die größten Anbieter – inzwischen in Richtung differenzierter Angebote. Sie denken an ein Angebot mit mindestens drei verschiedenen Leistungsarten, die unterschiedlich hoch vergütet werden; realisieren dies bisher im Rahmen des Persönlichen Budgets – im Falle der Lebenshilfe auch schon vorher - jedoch nur in Einzelfällen.

Auch im Landkreis Emsland gibt es einen Anbieter (genauer: drei unter dem gleichen Träger), der eine gestaffelte Finanzierung (3 Stufen) je nach beruflicher Qualifikation der Betreuungskräfte anbietet. Er betreut allerdings noch keine Klienten nach Eingliederungshilfe.

Weil manche Einrichtungen eine Dequalifizierung und Deprofessionalisierung der ambulanten Hilfen durch das Persönliche Budget befürchten, ist es für die wissenschaftliche Begleitung notwendig, die Mischung der Professionen bei den Angeboten zu beobachten.

Wir haben von den Leistungsanbietern schätzen lassen, zu wie viel Prozent die verschiedenen denkbaren Berufsgruppen an der Leistungserbringung beteiligt sind. Die Nennungen ließen sich zu folgenden Gruppen zusammenfassen:

- (Heil)Pädagogen, Sozialarbeiter
- Pflegekräfte
- „Fachkraft“ (gemeint ohne aufzuschlüsseln: Sozialarbeiter, Erzieherinnen, Heilerziehungspfleger)
- (Heil)Erzieher, sozialpädagogischer Assistent
- Gruppenmitarbeiter, -helfer, Heilerziehungspfleger
- Arbeitspädagoge, Ergotherapeut
- Zivildienstleistender, Student
- Hauswirtschaftskraft, Hilfskraft, Sonstige

	LK EL	LK OS	BS
(Heil-)Pädagogen, Sozialarbeiter	78%	18%	97%
Pflegekräfte	0%	43%	1%
„Fachkraft“	0%	36%	0%
(Heil-)Erzieher, soz.päd. Assistent	11%	3%	1%
Gruppenmitarbeiter, -helfer, HEP	0%	0%	0%
Arbeitspädagogen, Ergotherapeuten	0%	0%	0%
Zivildienstleistende, Studenten	1%	0%	1%
Hauswirtschaft, Hilfskräfte, Sonstige	10%	0%	0%

**Tabelle 9: Verteilung der Berufsgruppen bei der ambulanten Betreuung
(Werte ab 10% unterlegt, ab 30% fett, ab 50% vergrößert)**

Dann haben wir für jeden Landkreis die Durchschnittswerte der genannten Prozentzahlen für die einzelnen Professionsgruppen berechnet, diese allerdings vorher gemäß der Zahl der Nutzer gewichtet. Tab. 9 gibt die jeweilige Verteilung wieder. Es fällt der hohe Anteil von pädagogischen Fachkräften im Emsland und in Braunschweig auf.⁴⁰ Am Ende des Modellzeitraums wird zu prüfen sein, ob sich diese Zahlen verändert haben.

Der hohe Anteil an Pflegekräften im Landkreis Osnabrück geht auf einen bestimmten Anbieter zurück; ansonsten ist der Anteil an höher qualifizierten Fachkräften dort deutlich niedriger.

5.3.4 Stationär untergebrachte Menschen mit Behinderung

Abb. 19 zeigt die absolute Zahl der stationär betreuten Menschen mit Behinderung (in Wohnheimen, Wohnheimen an WfbM, Übergangswohnheimen, Wohntrainings, Wohngruppen) in den Modellregionen; Tab. 10 setzt diese Zahlen in Relation zur Einwohnerzahl⁴¹. Selbstverständlich wurden auch hier nur diejenigen Bewohner gezählt, deren Betreuung von der *Eingliederungshilfe* bezahlt wird, einschließlich der Einwohner des Landkreises Osnabrück, die in Einrichtungen des Landkreises Emsland wohnen, und umgekehrt, sowie der Einwohner des Landkreises Osnabrück, die in Einrichtungen auf dem Osnabrücker Stadtgebiet wohnen.

Diese Unterschiede sind nicht unwesentlich. Es sei an die vergleichsweise hohe Zahl ambulant betreuter Menschen mit Behinderung in Braunschweig erinnert (5.3.2). Es zeigt sich nun, dass dem *tendenziell* eine niedrigere Zahl stationär betreuter Klienten entspricht; sie ist jedoch nicht in derselben Größenordnung niedriger. Ist die Skepsis teilweise berechtigt, ein Ausbau des ambulanten Systems schaffe neue Fälle, anstatt das System insgesamt zu verbilligen?

⁴⁰ In einem informellen Gespräch äußerten Fachkräfte aus dem Wohnbereich Zweifel, ob diese Angaben so ganz den Realitäten entsprechen.

⁴¹ Quelle: jeweils die offiziellen Internetseiten der Modellregionen

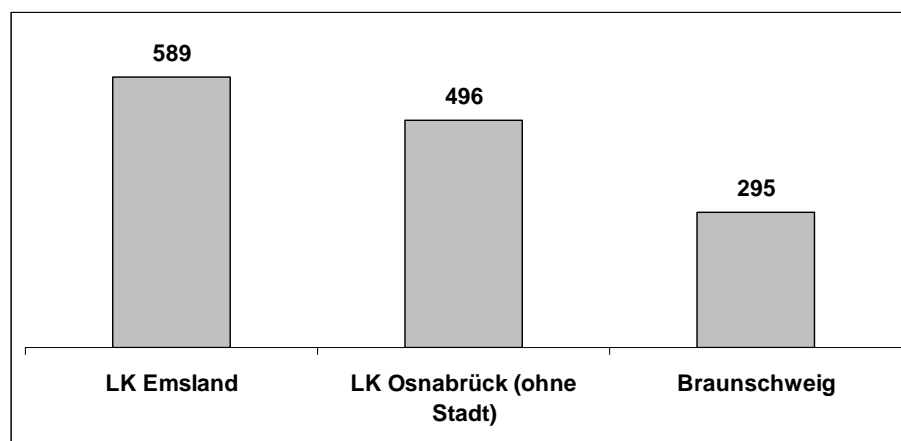


Abbildung 19: Stationär betreute Menschen mit Behinderung in den Modellregionen (soweit von jeweiliger Eingliederungshilfe bezahlt, einschl. LK OS in Einrichtungen des LK EL wohnhaft und umgekehrt sowie einschl. LK OS in Einrichtungen Stadt OS wohnhaft)

Das würde unsere Hypothese d) (in 3.3), die Zahl stationär betreuter Klienten gehe durch Einführung des Persönlichen Budgets zurück, in Frage stellen. Oder ist es die „Sogwirkung“ der Großstadt, die eine Erhöhung der Gesamtzahl betroffener Menschen bewirkt, und die durch Ausbau des ambulanten Systems abgefangen wird? Dieser Frage werden wir im Abschlussbericht noch einmal nachgehen müssen.

	Relation
LK Emsland	1 : 522
LK Osnabrück (ohne Stadt)	1 : 722
Braunschweig	1 : 810

Tabelle 10: Relation Anzahl stationär betreuter Klienten : Einwohnerzahl

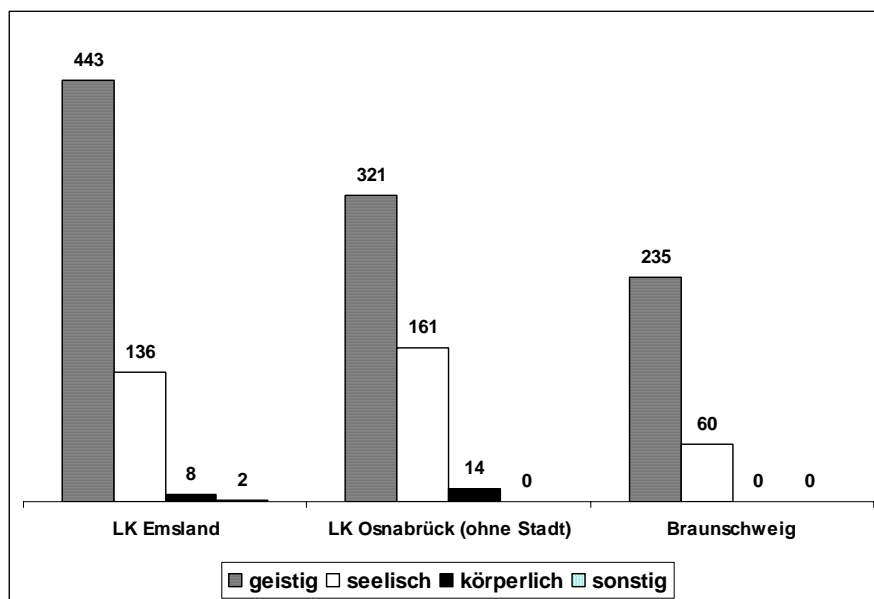


Abbildung 20: Stationär betreute Klienten nach Behinderungsarten

Abb. 20 gibt das Bild wieder, das sich bei Differenzierung nach Behinderungsarten ergibt. Auch hier ist die Zahl der Menschen mit körperlicher Behinderung gering; vermutlich wiederum wegen Nicht-Zuständigkeit der Eingliederungshilfe. Außerdem spiegelt sich hier aus anderer Perspektive, dass in Braunschweig die (*insgesamt* eher *große*) Gruppe der Menschen mit *seelischer* Behinderung schwerpunktmäßig im *ambulanten* System vorzufinden ist.

Hinsichtlich des Alters oder des Geschlechts der stationär betreuten Menschen mit Behinderung lassen sich keine besonderen Unterschiede zwischen den Modellregionen erkennen (vgl. Abb. 21 und 22), einzig die Gruppe der 47-60jährigen ist in Braunschweig *relativ* stärker vertreten. Die leicht höhere Zahl der Männer (Abb. 22) kann verschieden interpretiert werden – höhere geschlechtsspezifische Behinderungsrate, aber auch: weniger Selbständigkeit.

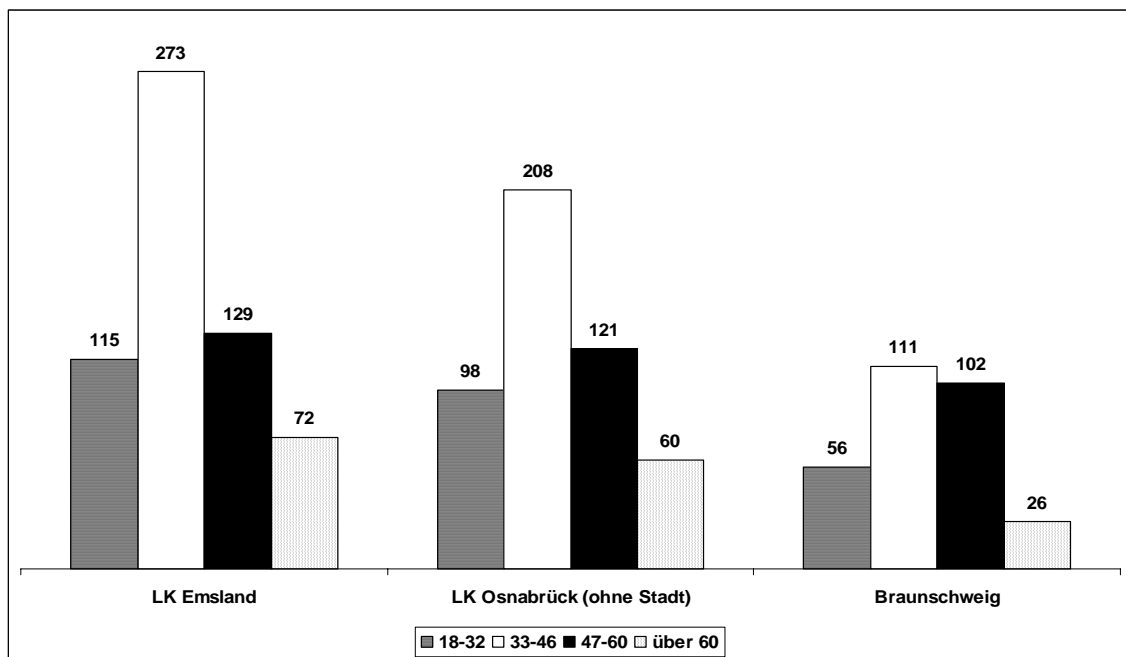


Abbildung 21: Stationär betreute Klienten nach Alter

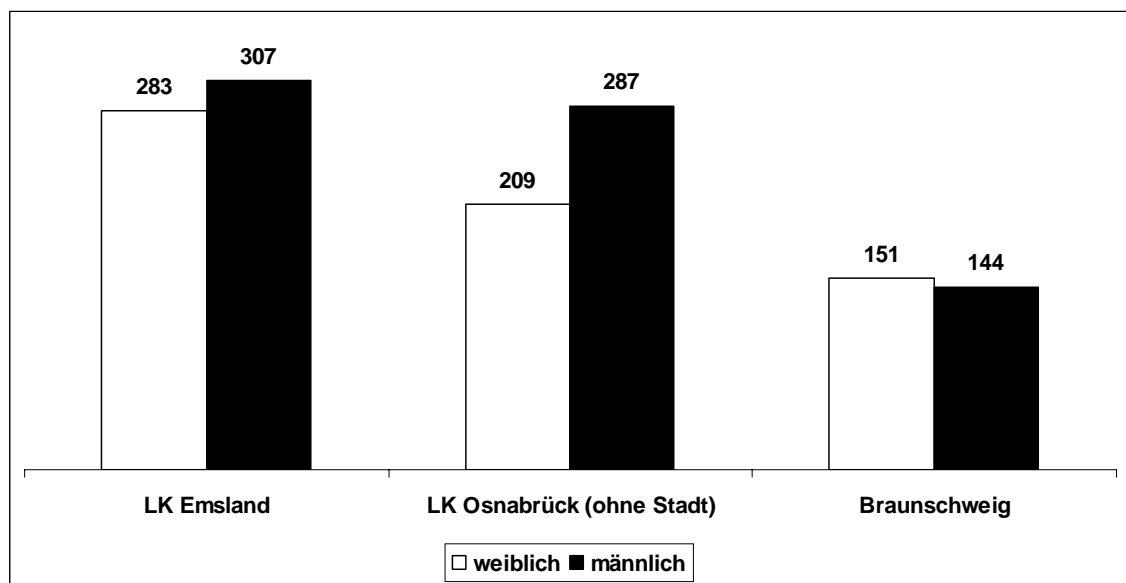


Abbildung 22: Stationär betreute Klienten nach Geschlecht

Bei der Zweiterhebung werden wir nicht nur schauen, ob sich die Gesamtzahl verändert, sondern auch, ob sich die Verteilungen in einer interpretierbaren Weise verändern.

5.3.5 Stationär betreute Klienten mit niedriger Hilfebedarfsgruppe

Sehr plausibel erscheint die Vorhersage, dass sich eine erhoffte Verlagerung von stationärer auf ambulante Versorgung durch das Persönliche Budget vor allem auf niedrige Hilfebedarfsgruppen bezieht, so dass am Ende durchschnittlich mehr Menschen mit höherem Hilfebedarf in den stationären Einrichtungen verbleiben.

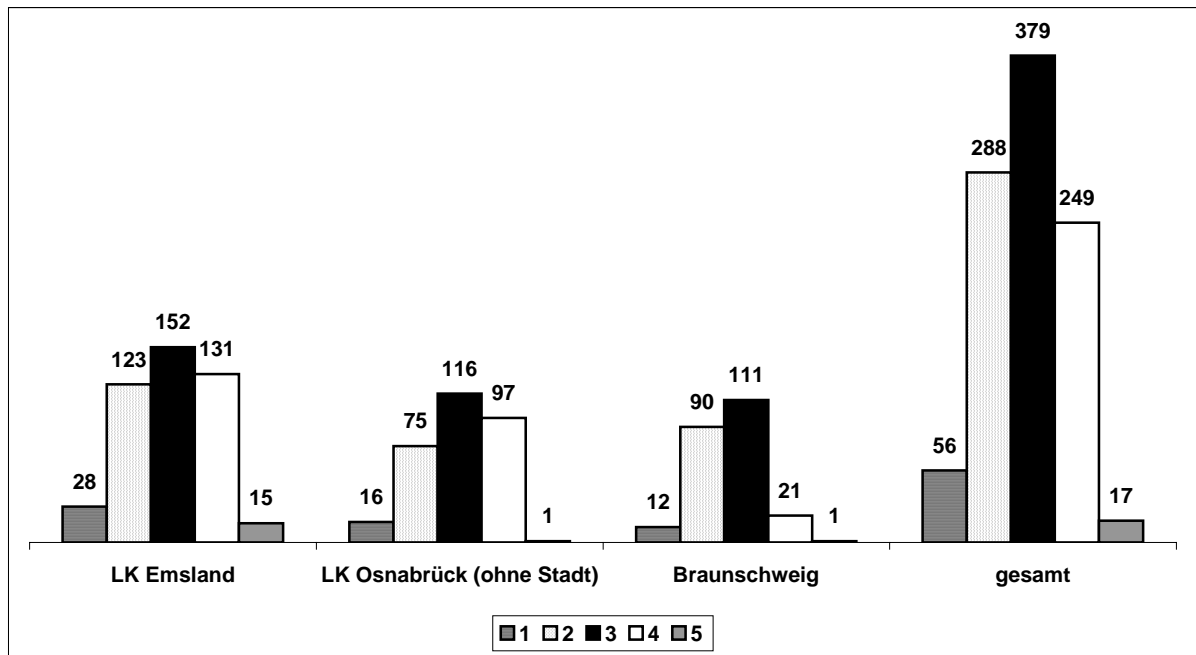


Abbildung 23: Hilfebedarfsstufen der stationär betreuten Menschen mit geistiger Behinderung nach Regionen

Abb. 23 zeigt die Ausgangswerte, die derzeit nur für Menschen mit geistiger Behinderung vorliegen können. Die mittleren Hilfebedarfsstufen sind am häufigsten vertreten. Der Vergleich zwischen den Regionen ergibt als einzigen Trend eine niedrigere Häufigkeit der hohen Hilfebedarfsstufen (4 und 5 zusammengefasst) in Braunschweig.

5.3.6 Weitere Hypothesen

Anbieter tagesstrukturierender Maßnahmen

Zum Zeitpunkt der Ersterhebung verzeichnen wir in den einzelnen Modellregionen folgende Anzahl von Anbietern tagesstrukturierender Maßnahmen, die von Wohnheimen unabhängig sind (also *nicht* Tagesstruktur-Maßnahmen für suchtmittelabhängige Heimbewohner oder bestimmte Seniorenplätze in Wohnanlagen):

Im Landkreis Emsland: 1 Anbieter,

Im Landkreis Osnabrück: 1 Anbieter, dazu 1 in der Stadt Osnabrück, sowie einen in der Planung,

In der Stadt Braunschweig: 1 Anbieter.

Wir sind allerdings nicht sicher, ob wir wirklich alle erfasst haben, und werden das bei der Zweiterhebung noch einmal nachprüfen. Bei einer Entwicklung im Sinne der Ziele des Modellvorhabens müsste die Nachfrage nach solchen Einrichtungen, die unabhängig von der stationären Versorgung sind, eigentlich steigen; ob sich das ggf. schon in Zahlen ausdrücken wird, ist sehr fraglich.

Klienten in tagesstrukturierenden Maßnahmen

Die Zahl der *Anbieter* mag sich nicht so schnell erhöhen, aber dann vielleicht die Zahl der *Plätze* in solchen Einrichtungen? Auch hier sind wir an den einschlägigen Einrichtungen außerhalb des stationären Bereichs interessiert. Wir registrieren als Ausgangswerte:

- Im Landkreis Emsland: 27 Klienten (auf 25 Plätzen), davon 21 mit Kostenträger Eingliederungshilfe Landkreis Emsland,
- Im Landkreis Osnabrück: 15 Klienten (auf 15 Plätzen), alle mit Kostenträger Eingliederungshilfe Landkreis Osnabrück, dazu 2 Klienten in der Einrichtung, die in der Stadt Osnabrück liegt,
- In der Stadt Braunschweig: 31 Klienten (auf 31 Plätzen), davon 21 mit Kostenträger Eingliederungshilfe Stadt Braunschweig.

Mitarbeiter mit Behinderung in den WfbM

Solange das Persönliche Budget nicht auf Sachleistungen im Bereich der WfbM angewandt werden kann, dürfte man dort auch keine durch das Persönliche Budget bedingten Veränderungen erwarten. Dennoch benennen wir hier die erhobenen Ausgangswerte:

- Im Landkreis Emsland: 1197 Mitarbeiter (auf 1230 Plätzen), davon 1120 mit Kostenträger Eingliederungshilfe Landkreis Emsland,
- Im LK + Stadt Osnabrück⁴²: 2040 Klienten (auf 1842 Plätzen), davon 1055 mit Kostenträger Eingliederungshilfe Landkreis Osnabrück,
- In der Stadt Braunschweig: 703 Klienten (auf 699 Plätzen), davon 697 mit Kostenträger Eingliederungshilfe Stadt Braunschweig.

Professionalisierungsgrad bei den stationären Angeboten

	LK EL	LK OS	BS
(Heil-)Pädagogen, Sozialarbeiter	6%	3%	43%
Pflegekräfte	6%	9%	8%
„Fachkraft“	0%	16%	4%
(Heil-)Erzieher, soz.-päd. Assistent	63%	47%	17%
Gruppenmitarbeiter, -helfer, HEP	14%	6%	1%
Arbeitspädagogen, Ergotherapeuten	3%	1%	1%
Zivildienstleistende, Studenten	3%	0%	6%
Hauswirtschaft, Hilfskräfte, Sonstige	5%	18%	20%

Tabelle 11: Verteilung der Berufsgruppen bei der stationären Betreuung
(Werte ab 10% unterlegt, ab 30% fett, ab 50% vergrößert)

Anders als bei der ambulanten Betreuung dürfte *hier* das Persönliche Budget auf die Zusammensetzung der Berufsgruppen keinen Einfluss haben. Ob sich aufgrund sonstiger Einflüsse auf das System eine Veränderung zeigt, bleibt abzuwarten. Tab. 11 zeigt die Ausgangsdaten, die lediglich auf Angaben bzw. Schätzungen der Einrichtungen beruhen.

⁴² Im Bereich der Werkstätten ist es besonders schwierig, zwischen den im Stadtgebiet und den im Landkreis gelegenen, aber jeweils von Mitarbeitern aus Stadt *und* Land besuchten Einrichtungen zu trennen; daher werden sie hier ausnahmsweise zusammen behandelt.

5.4 Kostenstruktur und Kostenvergleich

Will man Veränderungen bei den Kosten der Eingliederungshilfe, die durch das Persönliche Budget bewirkt wären, voraussagen, so muss man zwischen der globalen und der individuellen Kostenebene unterscheiden.

Voraussagen auf der *globalen Ebene* sind äußerst schwierig. Zum einen sind die Ausgangsdaten offensichtlich kaum zu erhalten. Zwar weiß man in den Regionen, wie viel insgesamt in der Eingliederungshilfe ausgegeben wird, doch schon eine Summenbildung nach stationärem, teilstationärem und ambulanten Bereich scheint schwierig. Zum anderen wären eventuelle globale Veränderungen durch vielerlei Faktoren bedingt (ich erinnere nur an die Einführung der Hilfebedarfsstufen im stationären Bereich). Zum dritten wird nach dem, was sich zur Zeit absehen lässt, das Persönliche Budget nur ein recht kleiner Faktor sein, dessen Einfluss durch größere Faktoren überlagert wird.

Man kann gespannt sein, ob durch die Einführung des Persönlichen Budgets mit einem festgelegten Stundensatz von 35 € die Kosten für die ambulante Fachleistungsstunde in Bewegung geraten, oder ob sich die noch vorhandenen anders gearteten Vergütungsgrundlagen verändern werden. Tab. 12 zeigt den aktuellen Stand in den Modellregionen.

Anbieter mit:	Pauschalfinanzierung	Personalkosten-erstattung 1:12	Fachleistungsstunden (FLS)	FLS gewicht. Durchschnitt	keine Angaben
LK Emsland ⁴³	1	1	1 (35 € + 1,50 Fahrtk.)	36,50 €	
LK Osnabrück (ohne Stadt)	–	1	4 (35,76 bis 37,55 €)	36,74 €	1
Braunschweig	–	1	7 (36,17 bis 38,12 € bzw. 52,60 € ⁴⁴)	38,02 €	

Tabelle 12: Finanzierung ambulanter Angebote in den Modellregionen (Häufigkeiten)

Insgesamt wird man nicht erwarten können, dass sich unter dem Einfluss des Persönlichen Budgets im Modellzeitraum die durchschnittlichen Kosten für stationäre und teilstationäre Angebote wesentlich verändern. Wir haben die Daten erhoben, benötigen sie aber vorläufig nur zur Bestimmung der individuellen Kosten *vor* Budgetbewilligung.

Sollten sich allerdings die Fallzahlen in den einzelnen Bereichen, besonders zwischen dem stationären und dem ambulanten, aufgrund des Persönlichen Budgets verschieben, dann würden sich logischerweise auch die relativen Gesamtkosten der Betreuungsformen verändern.

⁴³ Wie in den Fußnoten zu 5.3.1 und 5.3.2 beschrieben, ist die Szene im Landkreis Emsland um den Stichtag herum in Bewegung gewesen. Nimmt man die erwähnten zusätzlichen ambulanten Anbieter hinzu, so wäre 1 bei „Pauschalfinanzierung“ und 1 bei „Fachleistungsstunden“ zu ergänzen; für weitere 3 gäbe es eine eigene Rubrik „nach Qualifikation differenzierte Fachleistungsstunden“.

⁴⁴ Bei dem Sätzen um 52 € handelt es sich um zwei Anbieter im Bereich der Jugendhilfe. Es geht dort aber nur um *zwei* Klienten, die aus der Eingliederungshilfe finanziert werden, so dass der gewichtete Durchschnitt nicht wesentlich beeinflusst wird.

<i>Fall</i>	vor PB	während PB	Differenz
1	201,84	156,95	-44,89
2	1.042,54	225,75	-816,79
3	767,50	677,25	-90,25
4	565,12	526,75	-38,37
5	1.390,62	602,00	-788,62
6	1.021,40	602,00	-419,40
7	322,93	301,00	-21,93
8	530,40	530,40	0,00
9	1.599,69	1.515,50	-84,19
10	491,40	484,11	-7,29
11	491,40	484,11	-7,29
12	302,40	298,49	-3,91
13	491,40	484,11	-7,29
14	378,00	371,23	-6,77
15	491,40	484,11	-7,29
16	490,46	451,50	-38,96
17	495,56	451,50	-44,06
18	968,79	903,00	-65,79
19	571,80	526,75	-45,05
20	495,56	451,50	-44,06
21	450,77	413,88	-36,89
22	380,20	367,50	-12,70
23	494,00	451,50	-42,50
	627,62	511,34	-116,28

Tabelle 13: Fallkosten vor und während des Persönlichen Budgets

Bei den *Einzelfällen* mit Persönlichem Budget werden im Durchschnitt die Kosten gesenkt. Diese Vorhersage ist relativ trivial, weil eine Steigerung der Eingliederungshilfe im Einzelfall durch das Persönliche Budget verabredungsgemäß ausgeschlossen sein soll⁴⁵. Ob *de facto* im Durchschnitt der Einzelfälle eine Kostensenkung zu erwarten ist, lässt sich aufgrund der vorliegenden Fälle jetzt schon abschätzen (siehe Tab. 13).

⁴⁵ Projektbericht S. 21

Wir haben bei dieser Rechnung eine Reihe von Voraussetzungen machen bzw. Näherungen vornehmen müssen:

- Fall 2: vorher Pflegesatz Werkstatt, obwohl Abmeldung schon erfolgt war, da Gesamtkonzept Verselbständigung
- Fall 3: vorher Hilfe zur Pflege in Altenpflegeeinrichtung; also nicht Eingliederungshilfe, aber Sozialhilfe (dabei haben wir von diesen Unterbringungskosten die Erwerbsunfähigkeitsrente des Betreffenden abgezogen);
- Fälle 4, 17, 22: gleichzeitig mit Budgetgewährung Erhöhung des Bedarfs und damit der Stunden; Nachberechnung „vorher“ so, als ob da schon ambulante Assistenz mit dieser erhöhten Stundenzahl bestand;
- Fälle 5, 6: Vorher offenbar in Einrichtung außerhalb Modellregion; daher Berechnung: Kosten Wohnheim an WfbM minus Kosten WfbM minus geschätzte Grundpauschale;
- Fälle 7, 18: „Neufälle“, d.h. sie erhielten vorher keine Eingliederungshilfe; da aber anlässlich Budgetprüfung Bedarf festgestellt wurde, sind die entsprechenden Stundensätze für „Ambulante Assistenz“ als „vorher“ eingesetzt;
- Fall 8: Kosten „vorher“ wäre als ambulante Assistenz mit der gleichen Stundenpauschale vereinbart worden;
- Fälle 16, 21: gleichzeitig mit Budgetgewährung Erniedrigung des Bedarfs und damit der Stunden; Nachberechnung „vorher“ so, als ob da schon ambulante Assistenz mit dieser erniedrigten Stundenzahl bestand;

Wir denken, dass die Größenordnungen einigermaßen realistisch sind. Daraus ergäbe sich über alle 23 Fälle eine durchschnittliche Kostenabsenkung von 627,62 € auf 511,34 €, das sind ca. 117 € oder 18,5 %. Nimmt man die hinsichtlich der Kosten untypischen Fälle 2, 3 und 8 heraus, so verbleibt immer noch eine Absenkung von ca. 605 € auf ca. 516 €, also um ca. 88 € oder knapp 15%. Man muss allerdings sehen, dass die beiden ehemals stationären Fälle 5 und 6 diesen Durchschnitt deutlich nach oben ziehen. Nähme man auch sie heraus, betrüge die Absenkung nur noch knapp 6%. Ebenfalls knapp 6% (oder knapp 26 € pro Fall monatlich) bleiben als Ersparnis, wenn man nur die 15 Fälle in die Berechnung einbezieht, deren vorher schon bestehende Sachleistung für den ambulanten Bedarf in ein Persönliches Budget umgewandelt wurde.

Der Spareffekt bei Budgetnehmern, die zuvor in einer stationären Einrichtung untergebracht waren, ist schwer zu bestimmen. Die Gesamtkosten der stationären Unterbringung mit dem Persönlichen Budget zu vergleichen ist ungenau, da nicht berücksichtigt ist, dass im Persönlichen Budget in diesen Fällen nicht die Kosten für den jeweiligen Lebensunterhalt inbegriffen sind. Sie werden dann über EU-Rente, WfbM-Entgelt und/oder Grundsicherungsleistungen abgedeckt. Im Falle einer stationären Unterbringung würden diese Einkommen zu den Kosten der Heimunterbringung herangezogen

5.5 Regionale strukturelle Besonderheiten

Der Projektbericht sieht als Aufgabenstellung für die wissenschaftliche Begleitung vor, dass regionale strukturelle Besonderheiten zu dokumentieren und auszuwerten seien. Einige derartige Besonderheiten der jeweiligen Strukturen in den Modellregionen sind uns aufgefallen.

Dass die Lebensbedingungen in ländlichen und städtischen Regionen sich unterscheiden, ist bekannt. Der Landkreis Emsland ist eine ausgesprochen ländliche Region, die Stadt Braunschweig selbstverständlich eine städtische, und im Landkreis Osnabrück mischen sich beide Strukturtypen in besonderer Weise.

In ländlichen Räumen mit eher konservativer Prägung gehört es zur Tradition, dass jüngere Menschen mit Behinderung länger im Elternhaus wohnen bleiben. Das mag einige, allerdings nicht alle Unterschiede zwischen den Landkreisen einerseits und der Stadt Braunschweig andererseits erklären. Es ist verständlich, dass diese Art der Versorgung aus Sicht des Kostenträgers möglichst lange so beibehalten werden, auch wenn sie im einen oder anderen Fall dem Ziel der „Selbständigkeit“ widersprechen kann (aber nicht muss! – siehe Fall B unter 2.2.2).

Wer in den ländlichen Regionen Teilhabe an der Gesellschaft leben will, muss größere Strecken zurücklegen, ist dabei aber auf ein dünneres Netz des Öffentlichen Nahverkehrs angewiesen. Dies kann sich auf mindestens zwei Arten auf das Persönliches Budget auswirken. Einmal wird man bei entsprechenden Lebenssituationen von Budgetnehmern dort mehr Hilfebedarf im Bereich Mobilität zuerkennen müssen, zum andern wird es die – im Vergleich zur ambulanten Assistenz als Sachleistung – sehr viel ungünstigere Fahrtkostenabrechnung beim Persönlichen Budget schwer machen, professionelle Leistungsanbieter einzukaufen. In einem Fall, wo man keinen solchen Leistungsanbieter im Umkreis von 15 km findet, hat sich dies schon entsprechend gezeigt. Auf der anderen Seite lassen sich, wie derselbe Fall sowie ein weiterer Fall zeigen, auf dem Lande Nachbarschaftsstrukturen leichter für die Organisation von Hilfe unterhalb der professionellen Ebene nutzen.

Die drei Modellregionen werden zudem in unterschiedlicher Weise durch angrenzende Städte bzw. Landkreise beeinflusst. So sind die Hilfestrukturen im Landkreis Osnabrück, vor allem in seinem Südtail, gar nicht ohne Berücksichtigung der vom Landkreis an drei Seiten eingeschlossen Stadt Osnabrück zu beschreiben. So werden auf dem Gebiet des Landkreises Osnabrück erheblich mehr stationäre Plätze vorgehalten, als der Landkreis an stationär untergebrachten Klienten finanziert (einschließlich der in der Stadt Osnabrück untergebrachten Klienten, vgl. Tab. 14).

Die stationären Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in Braunschweig haben relativ hohe Wartelisten. Das lässt auf ein Unterangebot an stationären Plätzen schließen; dadurch sind vielleicht Menschen in ambulanter Betreuung, die anderswo stationär untergebracht wären.

<i>MR = Modellregion</i>	gesamt in der Region	in der MR von MR gezahlt	dgl. einschl. Nachbar-LK u. Stadt OS
LK Emsland	709	533	589
LK Osnabrück (ohne Stadt)	732	350	496
Braunschweig	333	295	(295)

Tabelle 14: Stationär untergebrachte Menschen mit Behinderung nach Modellregionen (unter Berücksichtigung von Platzierungen außerhalb der Modellregion)

Innerhalb der Modellregionen lassen sich wiederum Unterschiede zwischen Teilregionen feststellen. So liegen im Landkreis Osnabrück mehr als die Hälfte der 752 stationären Plätze im Südkreis (416), aber 254 im Nordkreis (Altkreis Bersenbrück) und 82 im Ostteil (Altkreise Melle und Wittlage). Im Emsland ist die Verteilung dagegen gleichmäßig: 223 im Südteil, 249 in der Mitte und 241 im Nordteil. Das ambulante Angebot lässt sich nicht so gut aufschlüsseln, da die Anbieter z.T. kreisweit, oft jedenfalls über die Grenzen der Teilregionen hinaus operieren.

Zu den regionalen Besonderheiten gehören auch atypische Kooperationsformen zwischen Kostenträger und Anbietern, z.B. eine Pauschalfinanzierung im Landkreis Emsland, die nicht nach dem Personalkostenschlüssel berechnet wird.

Im Landkreis Osnabrück gibt es einen ambulanten Anbieter im Markt, der vorrangig mit Pflegekräften arbeitet und sich daher erheblich aus dem Gesundheitssektor finanziert.

Wie weit solche Besonderheiten die Veränderungen während der Dauer des Modellvorhabens beeinflussen, kann nur punktuell abgeschätzt werden, wenn sich in diesem Zusammenhang Veränderungen in einzelnen Modellregionen zeigen.

6 Zwischenbilanz des Modellvorhabens

Ein Zwischenbericht ist kein Abschlussbericht. Aus dieser trivialen Feststellung folgern wir zweierlei: Wir müssen noch nicht endgültig Stellung beziehen, schon gar nicht zu *allen* Aspekten des Modellvorhabens; und wir sollten vor allem zu solchen Aspekten etwas sagen, die sich entweder während des Modellvorhabens noch ändern lassen, oder die für eine Nachfolgeregelung im Anschluss an das Modellvorhaben wichtig sein könnten. Aus dieser Perspektive haben wir die folgenden Punkte für *vorläufige* Stellungnahmen ausgewählt.

Wir beginnen mit einer Betrachtung des *Zielerreichungsgrads*, wie im Projektbericht gefordert. Unter dem Stichworten *Rahmenbedingungen* befassen wir uns dann mit ausgewählten, explizit oder implizit gesetzten *Ausgangsbedingungen* für das Modellvorhaben. Danach versuchen wir, einige aus unserer Sicht wichtige *Aspekte der Durchführung* des Modellvorhabens zu beleuchten, u.a. das *Hilfeplanverfahren*, die *Budgetassistenz* und die *Qualitätssicherung*. Und schließlich soll die *wirtschaftliche Orientierung* des Modellvorhabens kritisch erörtert werden. Den Abschluss bildet ein *Ausblick*.

6.1 Zielerreichungsgrad

Der vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit herausgegebene Projektbericht, der dem Modellvorhaben Richtung und Gestalt gibt, formuliert sechs Ziele für das Modellvorhaben⁴⁶. Deren Erreichungsgrad möchten wir nun – mit aller Vorsicht angesichts der noch niedrigen Zahlen und kurzen Verläufe – betrachten.

Feststellung, wie „persönliche Budgets“ ausgestaltet sein müssen, um die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung zu fördern

Die Weiterentwicklung und Stärkung des ambulanten Sektors im Bereich der Eingliederungshilfe hat in den letzten Jahren schon die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung gefördert. Das Persönliche Budget *unterstützt* diesen Prozess; ein *besonderer* Einfluss des Persönlichen Budgets ist bei ersten Fällen vor allem im Landkreis Osnabrück sichtbar, wo sich mehrere Budgetnehmer die Freiheit nahmen, ihre Leistungserbringer nicht aus den üblichen professionellen Anbietern zu wählen (wobei natürlich die Entscheidung *für* einen gewohnten Anbieter, wenn sie unbeeinflusst zustande kommt, genauso dem Ziel entspricht).

Bei der Ausgestaltung des Persönlichen Budgets muss die Art der Zumessung des Budgetbetrages wieder auf den Prüfstand – also die Regelung, die Erfüllung des Hilfebedarfs in Fachleistungsstunden à 35 € anzugeben. Diese Regelung ist fraglos mit dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe konform; sie könnte jedoch mit anderen Zielen, z.B. der Erhöhung der Angebotsvielfalt, interferieren. Alternativen und Konsequenzen werden weiter unten bei den „Rahmenbedingungen“ diskutiert.

Ermöglichung der Autonomie und gleichberechtigten Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sowie Initiierung von Lernprozessen, die die Autonomie und Eigenverantwortlichkeit dieser Menschen stärken

Für das Erreichen dieser beiden eng verknüpften Ziele gibt es im bisherigen Verlauf des Modellvorhabens Beispiele und Gegenbeispiele.

Ein Persönliches Budget bewilligt zu bekommen bedeutet nicht automatisch ein Mehr an Autonomie und Selbstbestimmung. Dies wird am Beispielfall C (2.2.3) deutlich: „Autonomie“

⁴⁶ Projektbericht S. 22 und 24

und „Eigenverantwortlichkeit“ bleiben Worthülsen, wenn der Budgetnehmer das Geld nicht wirklich selbst bestimmt einsetzen und verwalten kann. Stärkung der Autonomie geschieht alltäglich, in „kleiner Münze“, im ständigen Interaktionsprozess mit Angehörigen, gesetzlichen Betreuern, ambulanten Assistenten und dem Kostenträger, indem jede kleine Möglichkeit genutzt wird, dass man Verantwortung an den Budgetnehmer abgibt, seinen Stärken vertraut und sich mit seinen Befürchtungen auseinandersetzt. Dass so viele Anfragen direkt vom Anbieter an den Kostenträger gerichtet wurden, lässt Zweifel aufkommen, ob nicht doch noch unnötig häufig „stellvertretend ausgeführt“ statt „angeleitet“ wird.

An anderer Stelle im Modellvorhaben wird deutlich, was Autonomie auf einer sehr elementaren Ebene bedeutet: In einem Rahmen zu leben, in dem man sich heimisch und sicher fühlt, und sich von dort aus - mit Unterstützung - Stück für Stück seine Umwelt erfahrbarer zu machen (Beispielfälle A und B, Abschnitte 2.2.1 und 2.2.2).

Stärkung und Absicherung des Ausbaus ambulanter Strukturen und ihre Inanspruchnahme, dadurch Erhöhung der Angebotsvielfalt

Die Zahl ambulanter Angebote und auch ihre Vielfalt hat sich schon während der Dauer des Modellvorhabens vor allem in den beiden Landkreisen erhöht, auch wenn dies am Erhebungstichtag noch nicht oder nur in Umrissen erkennbar war.

Die Erfahrungen weisen tendenziell darauf hin, dass professionelle ambulante Strukturen an Wert für potentielle Nutzer verlieren könnten - allerdings auch nur dort, wo sie nicht rasch und flexibel auf die Bedürfnisse der nun mit einem Persönlichen Budget ausgestatteten Menschen reagieren. Das Persönliche Budget wird vermutlich trotz der Festlegung auf die Fachleistungsstunde eine Ausdifferenzierung von Leistungsarten und Leistungserbringern zu unterschiedlichen Leistungskomplexen befördern. Alte und neue Anbieter scheinen sich in Richtung dieser Differenzierung zu bewegen (zur Problematik siehe weiter unten).

Übertragung der Verantwortung für Verwaltung und Einsatz von Geldmitteln auf behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen

In vielen Fällen, so zeigen die bisherigen Erfahrungen, wird die Verwaltung des Persönlichen Budgets von den gesetzlichen Betreuern oder einem Angehörigen übernommen. Hier ist künftig darauf zu achten, dass dennoch der Budgetnehmer selbst beteiligt wird, soweit es irgend geht. Positiv zu werten ist jedoch, dass die meisten Budgetnehmer das Persönliche Budget bewusst wahrnehmen und verfolgen – so das Ergebnis unserer Interviews.

Bei fast allen Budgetnehmerinnen und Budgetnehmern wurde ein Bedarf im Bereich des Finanzplanung und/oder der Regelung finanzieller Angelegenheiten festgestellt. Dieser Bedarf könnte durch gezielte Gruppenangebote bedient werden, die Menschen mit Behinderungen durch angemessene Lehrmethoden an eine selbst bestimmte Geldverwaltung heranzuführen. Diese Gruppen könnten z.B. in Volkshochschulen, im Rahmen der Erwachsenenbildung von Einrichtungen oder als *peer counseling*, also unabhängig von ambulanter Assistenz und gesetzlicher Betreuerin, angeboten werden⁴⁷. Wo dieses nicht genügt, stellt sich die Frage nach einer unabhängigen Budgetassistenz (ausführlicher dazu weiter unten).

⁴⁷ Ein Beispiel für individuelle Beratung in Verbindung mit pädagogischen Ansätzen scheint das Angebot einer „Budgetunterstützung“ durch den Kasseler Verein zur Förderung der Autonomie Behinderter (fab e.V.) zu sein. Es bezieht sich auf Menschen mit Sinnes-, Körper- oder Lernbehinderung (<http://www.fab-kassel.de/budget.html> 15.02.05).

Aktive Einbeziehung der Betroffenen in die Hilfeplanung

In dem in allen Modellregionen praktizierten, vom Landkreis Osnabrück entwickelten „Projektverfahren“ zur Hilfeplanung ist diese aktive Einbeziehung grundsätzlich angelegt. Wie weit dies gelingt, hängt auch von der Art der Hilfeplangespräche ab. Gespräche mit einer intensiven Beziehung zum Klienten und nicht zu vielen Teilnehmern bieten eine bessere Chance als Gespräche unter Teilnahme von vielen Interessenvertretern und Wohlmeinenden, die den Klienten von allen Seiten umstellen. Dann kann im Gespräch die Lebenssituation des Budgetnehmers lebendig werden, und aus dieser Anschaulichkeit heraus gelangt man gemeinsam zu sehr konkreten Zielformulierungen. Die Kompetenzen dazu müssen geschult werden. Die Erreichung dieses Ziels ist schwer zu dokumentieren und damit zu beurteilen. Unsere Interviews lassen erkennen, dass sich die Budgetnehmer bzw. ihre Vertrauenspersonen fast durchweg mit dem Persönlichen Budget auseinandersetzen.

6.2 Rahmenbedingungen des Persönlichen Budgets im Modellvorhaben

Die „Deckelung“ des Höchstbetrages für das Persönliche Budget

Manche im Vorfeld formulierten Rahmenbedingungen für das Persönliche Budget hat die Realität schon „angenagt“. Dazu gehört die informelle, nicht im Projektbericht festgehaltene Absprache der Begrenzung des Budgets auf maximal sechs Fachleistungsstunden pro Woche, entsprechend etwa der niedrigsten Kostenstufe stationärer Unterbringung.

Explizit formuliert hingegen wird im Projektbericht die Maßgabe, dass das Persönliche Budget nicht die *bisherigen* vergleichbaren Kosten der Eingliederungshilfe übertreffen darf. Mit Hinweis auf diese Formulierung wurde in einem frühen Budgetfall mehr als sechs Stunden bewilligt, und gerade bei diesem Beispiel (Fall A, siehe 2.2.1.) erweist sich das Persönliche Budget als sehr sinnvoll. Wir meinen, dass eine Orientierung an dieser *expliziten* Formulierung des Projektberichts das grundsätzliche wirtschaftliche Ziel nicht gefährdet. (Sie ist immer noch restriktiver als die Regel im Modellversuch Rheinland-Pfalz. Dort mussten lediglich für den *Durchschnitt* Mehrkosten vermieden werden, und nicht für jeden Einzelfall.)

Die Vorgabe, das Persönliche Budget in Fachleistungsstunden à 35 € zu bemessen

Die Berechnung des Persönlichen Budgets wird konsequent nach Fachleistungsstunden mit einem Satz von 35 € vorgenommen. Die praktizierte Realität ist *bei einzelnen Fällen* schon eine andere: Das Geld wird flexibel eingesetzt, um mehr Stunden zu einem niedrigeren Satz einzukaufen; insbesondere dann, wenn die Hilfe – zumindest nach Auffassung der Budgetnehmers oder ihrer Berater – keine professionell-pädagogische Fachkraft voraussetzt (zur Diskussion siehe auch weiter unten zum Thema „Qualitätssicherung“). Da die Verwendung des Persönlichen Budgets in diesem Modellversuch bewusst nur über die Thematisierung der Zielerreichung im Fortschreibungsgespräch, nicht aber zwischendurch kontrolliert wird, könnte in noch mehr Fällen, als selbst wir durch unsere Interviews wissen, in solcher Weise differenziert werden. Bei einzelnen Anbietern (Braunschweig, Emsland) wird überlegt oder schon realisiert, differenzierte ambulante Angebote, zugeschnitten auf den Einzelfall, zu machen. Dabei können die Stundensätze je nach fachlicher Anforderung unterschiedlich gestaltet werden; eher unterhalb, aber grundsätzlich auch oberhalb der Grenze von 35 €.

Im Modellversuch Baden-Württemberg ist diese Differenzierung offizielle Politik. Kastl⁴⁸ schildert drei unterschiedliche Verwendungstypen des Persönlichen Budgets: das Budget mit *einem* Posten und folglich auch nur *einem* Anbieter (nur 7 von 17 damaligen Fällen), das Budget mit *verschiedenen* Posten und *einem* Leistungserbringer (4 von 17 – das wäre das so-

⁴⁸ 2004, S. 31ff

eben erwähnte Modell der Braunschweiger Anbieter), und sogar das Budget mit *verschiedenen* Posten und *verschiedenen* Leistungserbringern (6 von 17). Dieses dritte Modell würde den selbständigen Umgang mit dem Persönlichen Budget am radikalsten repräsentieren.

Eine Öffnung der 35€-Regel will wohl abgewogen sein. Die Risiken sind: Absenkung des fachlichen Niveaus der Hilfe und wirtschaftliche Unsicherheit für die professionellen Leistungsanbieter. Dem könnte man durch eine qualifizierte unabhängige Budgetassistenz, verbunden mit intensiver Beratung vorweg, gegensteuern (siehe auch unter 6.3). Letztlich ist es womöglich besser, die Möglichkeit einer begrenzt differenzierten Stundenbewilligung vorzusehen (etwa in drei definierten Stufen), als alles unter der Oberfläche dem freien Spiel der Kräfte zu überlassen.

Das aus Teilbudgets zusammengesetzte Persönliche Budget

Dass das Modellvorhaben das trägerübergreifende Budget im Sinne des § 17 SGB IX ausschließt, ist eine klare, hier nicht zu diskutierende Setzung. Das Persönliche Budget kann aber ausdrücklich⁴⁹ *alle* Hilfearten nach dem BSHG als Teilbudgets umfassen; vorausgesetzt, es bestehen Rechtsansprüche auf Leistungen der Eingliederungshilfe.

Diese Möglichkeit wird bisher nicht genutzt. Sie würde jedoch die Flexibilität des Instruments erhöhen und könnte auch das soeben diskutierte Problem der Differenzierung relativieren.

Die Fahrtkostenerstattung

Die (gegenüber den Vergütungsvereinbarungen bei der ambulanten Assistenz) deutliche Absenkung der Fahrtkostenerstattung könnte sich positiv im Sinne einer breiteren Streuung lokaler Angebote auswirken. Sie könnte - mindestens im ländlichen Raum – aber auch kontraproduktiv für das Persönliche Budget sein, da man u.U. im näheren Umkreis keinen professioneller Anbieter findet, der die Leistung wirtschaftlich erbringen kann. Hier wäre zumindest eine differenzierte und flexiblere Regelung wünschenswert.

Die Beschränkung des Persönlichen Budgets auf den ambulanten Kontext

Nur ein aktueller Modellversuch in Deutschland befasst sich mit dem Persönlichen Budget im stationären Kontext (siehe 1.2). Auch der niedersächsische Modellversuch ist strikt auf den ambulanten Kontext beschränkt.

Wir haben bei der Begleitung der Modellregionen gelegentlich sowohl von Mitarbeitern der Eingliederungshilfe als auch von Leistungsanbietern folgende Argumentation gehört: Dieser Klient (oder: Unsere Bewohner, soweit sie überhaupt in Frage kommen) ist (sind) „noch“ nicht so weit, dass er (sie) mit dem PB umgehen könnte(n) - deshalb richten wir „zunächst“ eine ambulante Assistenz nach dem Sachleistungsprinzip ein; dadurch kann er sich auf das Persönliche Budget vorbereiten (sonst wären unsere Bewohner überfordert).

So fürsorglich und berechtigt es ist, so zu denken: Es kann in eine Sackgasse führen. Warum sollten professionelle Anbieter ambulanter Assistenz motiviert darauf hinarbeiten, dass ihre „Kunden“ es eben *durch* diese ambulante Assistenz lernen, sich souverän auch für Alternativen zu entscheiden? Wir unterstellen keineswegs eine *bewusste* Kontraproduktivität der Anbieter, aber lässt sich eine unterschwellige Skepsis der einzelnen Mitarbeiter vor Ort sicher ausschließen? Und ist eine ambulante Assistenz als Sachleistung nicht zunächst einmal schlicht bequemer für den Betroffenen als ein Persönliches Budget, das ihn zwingt, sich um die Realisierung der u.U. *gleichen* Hilfe viel intensiver zu kümmern? Mitarbeiter der Eingliederungshilfe in den Modellregionen formulieren selbst die Einsicht, dass die ambulante Assis-

⁴⁹ Projektbericht S. 20f

tenz als Sachleistung, so wertvoll sie ist und so gern man sie in den letzten Jahren vorangetrieben hat, eine massive interne Konkurrenz für das Persönliche Budget darstellt.

Wir schlagen vor, eine alternative Denkweise zumindest zuzulassen. Könnte nicht auch und gerade das *stationäre* Setting genutzt werden, um die Nutzer mit Hilfe eines – wenigstens bescheidenen – Persönlichen Budgets an die eigenständige Steuerung der Hilfe über Geld und damit an ein mögliches Leben in einer eigenen Wohnung heranzuführen? Damit würde man Strukturen in den stationären Einrichtungen ein wenig in Richtung auf noch mehr Selbstbestimmung verändern. Den Menschen mit Behinderung würde vermittelt: „Du bist unser Kunde, Deine Meinung interessiert uns, und Du entscheidest mit, wer Dich zu welcher Zeit wie und wann unterstützt“. Der Betreffende hätte damit die Verwaltung des (späteren ambulanten) Persönlichen Budgets schon einmal geübt! Das wäre natürlich nicht im laufenden Modellvorhaben umsetzbar, könnte aber eine Anregung für sich anschließende Erprobungen sein.

Das erwähnte Projekt in Bethel setzt sich solche Ziele (zunächst?) nicht⁵⁰. Es geht dort mehr um Förderung der Eigenverantwortung, Erweiterung von Entscheidungsspielräumen und Entdeckung von Ressourcen beim Einzelnen sowie um Flexibilisierung und Vernetzung des Hilfesystems. Wir würden aber das genannte zusätzliche Ziel für durchaus systemkonform halten. Es fordert von vielen Beteiligten allerdings ein erhebliches Umdenken oder – um das oft strapazierte Schlagwort hier einmal zu gebrauchen – einen „Paradigmenwechsel“.

6.3 Durchführung des Persönlichen Budgets

Die Rolle der Mitarbeiter im Hilfeplangespräch und die Kontrolle

Dass während des Leistungszeitraums *nicht* kontrolliert wird, sondern erst bei der Fortschreibung, bringt den Budgetnehmern ein hohes Maß an Vertrauen entgegen und ist ein ausgesprochener Vorzug des Modellvorhabens. Und auch beim Fortschreibungsgespräch kann man „Zielüberprüfung“ auf zweierlei Art interpretieren: als einen (engen) Abgleich des Erreichten mit den ausdrücklich vereinbarten Zielformulierungen, oder als eine (weite) Abschätzung der Fortschritte im Sinne der übergeordneten Ziele der Selbstbestimmung und der Partizipation. Anders und überzogen gefragt: Darf ein bewilligtes Budget auch „kreativ missbraucht“ werden? So sicher nicht; aber eine offene Interpretation von Zielkonformität entspräche dem beschriebenen Vertrauensgrundsatz. Ansonsten würde man irgendwann doch so etwas wie (nachträgliche) Verwendungsnachweise einfordern müssen.

Dann aber dürfen sich die Mitarbeiter der Eingliederungshilfe bzw. des Gesundheitsamtes bei den Hilfeplangesprächen nicht zu einengend verhalten (was sie auch nicht tun). Sie können und sollen zu einer fachlich sinnvollen Verwendung des Budgets *raten* und sich bei der Fortschreibung nach der Zufriedenheit mit der Fachlichkeit erkundigen und daraus weitere Ratschläge ableiten, aber sie dürfen keine *Vorschriften* gegeben, und seien sie auch rein pädagogisch motiviert.

Die rechtliche Absicherung der Budgetnehmer und das „Arbeitgebermodell“

Hiermit sprechen wir einen wunden Punkt des Modellvorhabens an. Bei großem Vertrauen und wenig Kontrolle, wie eben beschrieben, kann – zumindest vorübergehend – übersehen werden, dass einzelne Budgetnehmer, ohne dass sie das übersehen, aus Budgetmitteln rechtlich zweifelhafte Arbeitsverhältnisse („Schwarzarbeit“) finanzieren. In der Regel werden die Vertrauenspersonen, die gesetzlichen Betreuer sowieso, dies verhindern helfen; ansonsten verbliebe eine Aufklärungspflicht der bewilligenden Stelle oder die schon mehrfach erwähnte unabhängige Budgetassistenz.

⁵⁰ Schäfers u.a. 2003

Das Bedarfsfeststellungs- und Hilfeplanverfahren

Die neue Rollenverteilung, die das Persönliche Budget dem „Dreieck“ zwischen Kostenträger, Leistungsanbieter und Klient auferlegt, erhöht die Bedeutung des Gesprächs zwischen Kostenträger und Klient. Im Bewusstsein dessen wurde vom Landkreis Osnabrück das vorliegende Hilfeplanverfahren entwickelt. Besonders dann, wenn in der Gesamtorganisation des Persönlichen Budgets eine unabhängige Budgetassistenz fehlt, kommt den Hilfeplangesprächen eine eminente Rolle zu. Die über das Budget entscheidende Stelle wird der zentralen Bedeutung dieser Gespräche nur entsprechende methodische Kompetenz gerecht.

Bei Weitergaben des Konzeptes, Schulungen oder Einführungen neuer Mitarbeiter wäre dann u.a. auf die Bewahrung folgender Aspekte zu achten:

- Überschaubare Gesprächslänge, ggf. Teilung des Gesprächs in mehrere Phasen,
- Entspannendes Setting (Hausbesuch),
- Organischer Gesprächsverlauf, orientiert am alltäglichen Zeitbudget des Klienten,
- Einfache und verständlich Sprache mit wenig Fremdwörtern auskommen und angepasster Sprechweise oder nonverbaler Kommunikation,
- Sicherung einer druckfreien Situation (nicht zu viele Teilnehmer mit spezifischen Interessen), Sicherung der Gesprächsleitung
- Prominente Gesprächsbeteiligung des Betroffenen selbst,
- Berücksichtigung einer Einschätzung, ob die Klientin / der Klient eine Tätigkeit auf Dauer *nicht* oder *mit Schwierigkeiten* oder/und *mit Hilfe* ausführen kann.

In diesem Zusammenhang geben wir eine Revision der drei höheren Hilfestufen zur Überlegung; etwa nach der Ordnung

1. stellvertretend erledigen;
2. begleiten, beraten, motivieren, leichte Anleitung;
3. intensives Training.

Am Ende des Hilfeplangesprächs ist darauf zu achten, dass das gemeinsame Leisten der Unterschriften als ein bewusster und in seiner Bedeutung verständlicher Akt gestaltet wird.

Die unabhängige Budgetassistenz

Dass das niedersächsische Modellvorhaben das Thema „Budgetassistenz“ nur unzureichend behandelt, ist der am häufigsten genannte Kritikpunkt der professionellen Anbieter. Auch bundesweit weisen vor allem die Selbsthilfeorganisationen immer wieder auf die Wichtigkeit einer Budgetassistenz hin. Auch in diesem Zwischenbericht, zuletzt in diesem Kapitel, sind wir mehrfach auf dieses wichtige Element gestoßen.

Im Modellversuch Baden-Württemberg sind die Aufgaben der Budgetassistenz definiert: das Ob eines Persönlichen Budgets klären, den Unterstützungsbedarf reflektieren, das Persönliche Budget beantragen, einteilen, und geeignete Hilfspersonen finden. In jeder Modellregion stellt die LAG *Hilfe für Behinderte* eine Beratungsperson. Die Beratung ist kostenlos.

Der Projektbericht betont zwar ebenfalls die wichtige Funktion einer *unabhängigen* Budgetassistenz, regt aber lediglich regional unterschiedliche Regelungsansätze zwecks Erfahrungssammlung an, mit Vorrang des *peer counseling*. Eine zusätzliche Finanzierung wird jedoch ausgeschlossen.

Wir sehen in den Modellregionen bisher noch keine Ansätze für eine Verwirklichung der Budgetassistenz, sei es durch Ehrenamtliche oder durch Peers. Behindertenbeauftragte – in einem Fall auch auf Befragen - oder Selbsthilfeorganisationen haben nach unserem Kenntnis-

stand noch keine entsprechenden Ideen oder Initiativen entwickelt. Vermutlich ist das unter den gegebenen Bedingungen auch recht schwierig.

Unsere Erhebungen ergeben deutliche Hinweise, dass eine Budgetassistenz ein wichtiger Faktor für das Gelingen des Modellversuchs ist oder wäre. In vielen Fällen, gerade in den erfolgreichsten, sind Angehörige oder andere Personen in diese Funktion geschlüpft. In den Beispielfällen A und B (Abschnitt 2.2) würde das Persönliche Budget ohne solche „graue“ Assistenz gar nicht funktionieren. 13 der 23 Budgetempfänger haben einen gesetzlichen Betreuer. Wie viel mehr Anträge lägen auf dem Tisch, wenn es eine leicht erreichbare, kostenlose und neutrale Budgetassistenz flächendeckend gäbe?

Einer solchen Budgetassistenz käme in der Anfangsphase die Aufgabe zu, die verschiedenen Personen und ihre Aufgaben zu koordinieren, für die Entlohnung zu sorgen und die Budgetnehmerinnen und Budgetnehmer langsam mit diesen Aufgaben vertraut zu machen. Bei Personen, die unter gesetzlicher Betreuung stehen, ist diese Aufgabe möglicherweise beim Betreuer anzusiedeln; doch muss man abwarten, ob diese nach der Einführung der pauschalisierten Bezahlung im Laufe des Jahres 2005 dies leisten können und wollen.

Ansonsten wäre nochmals, spätestens für die Zeit nach dem Modellvorhaben, sorgfältig zu prüfen, ob fallbezogen und flexibel eine Budgetassistenz im Umfang von bis zu etwa 30 Min pro Woche (anfangs mehr, später weniger) aus den Mitteln des Persönlichen Budgets finanziert werden kann.

Die Qualitätssicherung

Im Projektbericht sind keine Qualitätskriterien formuliert worden, denen eine „eingekaufte“ Leistung entsprechen muss. Entsprechend bleibt offen, wer für die Sicherung und Festlegung der Qualität der erbrachten Unterstützungsleistung verantwortlich ist. Denn es interessiert den Kostenträger im Rahmen dieses Projektes nicht, ob der Leistungserbringer eine Leistungs-, Vergütungs- und Qualitätsvereinbarung nach BSHG §§ 93 ff. (ab 1.1.2005: §§ 75 ff. SGB XII) geschlossen hat oder nicht.

Aber selbst „mit der vertraglichen Vereinbarung von ‚Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten‘ ist [...] noch nichts über die tatsächliche Qualität des Umgangs mit den Menschen in der Einrichtung gesagt.“⁵¹ Im Modellvorhaben muss der Kostenträger die Gefahr vermeiden, fast ausschließlich die Ergebnisqualität zu prüfen, indem er im Rahmen der Fortschreibung nur danach fragt, ob die vereinbarten Hilfeplanziele erreicht wurden. Dies ist bei einer sozialen Dienstleistung im Nachhinein meist nur begrenzt möglich. Hamel & Windisch haben ein Modell der Qualitätssicherung Offener Hilfen für Menschen mit Behinderungen entwickelt und meinen, dass sich eine Qualitätsbeurteilung in der Praxis nur begrenzt am Behandlungs- bzw. Leistungsergebnis orientieren könne⁵². Danach kann mangelnde Zielerreichung an der mangelnden Qualität der Leistung liegen oder andere Ursachen haben, z.B. fehlende Mitwirkung des Budgetnehmers oder zu hoch gesteckte Ziele. Niemand muss im Modellvorhaben den gemeinsamen Prozess dokumentieren. Der Kostenträger kann sich bei der Beurteilung der Qualität nur auf die rückwirkende Sicht der Beteiligten verlassen.

Bei der laufenden Beurteilung der Qualität sind die Budgetnehmer weitgehend allein auf sich gestellt. Dabei ist ihre persönliche Zufriedenheit der Maßstab für die Qualität der Leistung⁵³.

Für die Praxis bedeutet dies: Bisher hat ein professioneller Anbieter ambulanter Assistenz die Qualität seines Verfahrens nur mit dem Kostenträger angestimmt. Für den durch das Persönli-

⁵¹ Speck 2002, S. 25

⁵² 2000, S. 16

⁵³ vgl. Lachwitz 2004

che Budget entstehenden „neuen Markt“ muss er seine Qualitätsstandards stärker auf Nutzerinteressen überprüfen; er muss sich zusätzlich auf die Wünsche und Bedürfnisse der Budgetnehmer und Budgetnehmerinnen ausrichten. In drei Fällen im Landkreis Osnabrück stimmte das Angebot des professionellen Anbieters nicht mit den Vorstellungen und Bedürfnissen der Budgetnehmer überein, so dass sie sich bewusst für eine Privatperson entschieden haben. Wenn man so will: Die angebotene „Qualität“ konnte nicht überzeugen. Ausschlaggebend war vor allem die als zu niedrig empfundene Anzahl der Kontakte im Rahmen der Assistenz (bisherige Interviews). Wie es anders geht, zeigt der Fall A (siehe oben unter 2.2.1.), wo es dem professionellen Anbieter gelingt, sich eng an den Nutzerinteressen zu orientieren und den Vorteil der Professionellen ausspielt: dass sie dem Budgetnehmer zusätzlich eine detaillierte Hilfeplanung anbieten und ihm verdeutlichen können, wie er mit ihrer Hilfe die Hilfeplanziele erreichen kann. Das scheint der Weg aus dem Dilemma zu sein.

Interessanterweise haben einige professionelle Anbieter vor einem Verlust an Qualität genau dann, wenn das Persönliche Budget für die Leistung durch *Privatpersonen* ausgegeben wird, gewarnt (Abschnitt 3.2.). Dabei wird stillschweigend *objektive* Qualität als definierbar und als vorrangig vor *subjektiver* Qualität vorausgesetzt.

Dennoch: Es bleibt ein Dilemma. Es darf auch nicht ausschließlich der Qualitätsmaßstab der Nutzerzufriedenheit gelten. Was ist, wenn der Nutzer mit der Leistung der Privatperson zwar subjektiv zufrieden ist, die Hilfe sich jedoch nicht an den Zielen der Eingliederungshilfe orientiert? Insbesondere bei Verträgen mit Privatpersonen muss der Budgetnehmer dahingehend *beraten* werden, eine Leistung auch unter dem Aspekt der Hilfeziele zu beurteilen, oder dies muss ggf. stellvertretend für ihn geschehen. Damit wären wir wieder bei zwei in diesem Schlusskapitel schon behandelten Themen: einer unabhängigen Budgetassistenz, sowie einer *auch beratenden* Funktion der Hilfeplangespräche.

6.4 Wirtschaftliche Orientierung des Modellvorhabens

Es ist nicht so deutlich bei den Zielen für das Modellvorhaben, umso deutlicher aber bei den Zielen für die wissenschaftliche Begleitung: der Projektbericht betont den wirtschaftlichen Aspekt. „Synergieeffekte“ möchte man erzielen, die zu Einsparungen führen⁵⁴.

An Kritik und Warnungen seitens der Leistungsanbieter an dieser wirtschaftlichen Ausrichtung fehlt es nicht. „Zuviel Orientierung an Marktgesetzen“, heißt es bei diesen Bedenken, oder: erst angesichts der Geldmittelknappheit werde das Persönliche Budget favorisiert. Absichten des Kostenträgers, Ausgabenkürzungen durchzusetzen, wird eine Absage erteilt. Ein Leistungsanbieter fordert von der wissenschaftlichen Begleitung gerade zu diesem Thema eine fundierte Aussage.

Zunächst muss man die Maßstäbe zurechtrücken. Gemessen an den in der Eingliederungshilfe bewegten Volumina kann ein *unmittelbarer* Spareffekt des Modellvorhabens nur verschwindend klein sein. Aber die wenigen Fälle und geringen Margen zeigen dennoch: ein solcher Effekt tritt in der Tat ein. Ob es dagegen zu den angestrebten *mittelbaren* Spareffekten durch eine nachhaltige Veränderung des Anbietermarktes und damit des Preisgefüges kommt, lässt sich aus dem bisherigen Verlauf noch nicht ableiten. Immerhin: Sie deuten sich durch Mehrung der Anbieter (Emsland) und Differenzierung der Angebote (Braunschweig) an.

Dass eine solche Veränderung möglich, vielleicht sogar wahrscheinlich ist, liegt allerdings nicht nur am Persönlichen Budget. Wegen mehrerer Entwicklungen in der Gesellschaft, von Hartz IV (1-Euro-Jobs) über Trends zur Absenkung des Professionalisierungsgrades in ver-

⁵⁴ Projektbericht S. 43

wandten Feldern (Familienhilfe) bis zum Bologna-Prozess (fragliche Auswirkung der Bachelor-Studiengänge auf das Tarifgefüge), erodieren oder, positiv ausgedrückt, flexibilisieren und differenzieren sich die Anforderungen an Professionalität und Fachlichkeit im sozialen Bereich allgemein. Innerhalb dieser Entwicklungen ist das Persönliche Budget ein (kleiner, aber trendgerechter) Faktor.

Dass die wirtschaftliche Situation die örtlichen und überörtlichen Träger veranlasst, *auch* das Instrument Persönliches Budget mit Einsparzielen zu verknüpfen, ist nachvollziehbar. Eine weiter gehende Kritik daran ließe sich unseres Erachtens nur einbetten in eine umfassendere Bewertung der genannten gesellschaftlichen Entwicklungen. Einer Stellungnahme auf dieser Ebene muss sich die wissenschaftliche Begleitung jedoch enthalten.

Für das Modellvorhaben selbst sehen wir allerdings – bei Wahrung der wirtschaftlichen Ziele – Möglichkeiten flexibleren Denkens. So würde es unseres Erachtens genügen, wenn nicht jeder einzelne Budgetfall zu Einsparungen führt, solange es zu deutlichen Einsparungen *im Durchschnitt* der Fälle kommt. Und gerade (aber nicht nur) im Hinblick auf Menschen mit *seelischer* Behinderung ist zu fordern, dass *zeitweilig* auch Mehrkosten bei der Eingliederungshilfe in Kauf genommen werden sollten, wenn die Aussicht besteht, im *langfristigen Durchschnitt* des jeweiligen Falles Einsparungen zu erzielen.

6.5 Ausblick

Das erste Jahr Modellprojekt ist vorbei - wie geht es weiter?

Ein Jahr „Mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung durch ein Persönliches Budget“ hat unterschiedliche Hinweise auf mögliche Weiterentwicklungen gegeben.

Positiv: Bei vielen Budgetnehmern konnte, hier in geringem, dort in größerem Ausmaß, „Autonomie und gleichberechtigte Teilhabe durch eine stärkere Selbstbestimmung“ gefördert werden. In sicher einem Fall konnte Heimunterbringung vermieden werden.

Nach einer Welle von Anfragen in der Mitte des Jahres, bedingt vermutlich durch die Aktualität des Persönlichen Budgets und die Werbeleistung der Anbieter, ist der Trend bei den Anfragen nach einem Persönlichen Budget momentan eher rückläufig. Deshalb sollte vor allem in den Einrichtungen und Diensten wieder verstärkt und gezielt auf „Kundenwerbung“ für das Persönliche Budget gesetzt werden. Dazu regen wir folgende Überlegungen an.

Wie die sehr unterschiedlichen Fallkonstellationen zeigen, gibt es nicht *die* typische Budgetnehmerin oder *den* typischen Budgetnehmer. Vielmehr ist grundsätzlich *jeder* Mensch mit Behinderung vorerst als „potentieller Budgetnehmer“ anzusehen. Das Persönliche Budget hat überall dort seinen Platz, wo auch Menschen mit Behinderungen ihren Platz haben. Warum sollte beispielsweise in einer stationären Einrichtung nur der Heimbeirat über die Möglichkeiten des Persönlichen Budgets informiert werden - es sei denn, er wird gezielt darin unterstützt, dieses an alle Mitbewohnerinnen und Mitbewohner weiterzugeben.

Neben den noch unterrepräsentierten älteren Menschen (ab 47) könnte eine andere Altersgruppe für die Werbung interessant sein: (sehr) junge Menschen mit Behinderungen in den Berufsbildungsbereichen der Werkstätten oder in den höheren Klassen der Schulen. Den Gedanken des Normalisierungsprinzips und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft folgend, geht es auch für junge Menschen mit Behinderung in diesem Lebensabschnitt darum, sich vom Elternhaus zu lösen und eine andere Wohn- und Lebensform zu wählen. Falls hierbei ein Eingliederungshilfebedarf besteht, wäre ein Persönliches Budget als Leistungsform zu prüfen; dann würden sich diese Menschen erst gar nicht über Jahre an Alternativen, die weniger Spielraum für eine selbst bestimmte Auswahl der Hilfeform eröffnen, gewöhnen.

Wir hoffen, mit diesem Zwischenbericht Diskussionen anzustoßen, die zu Verbesserungen im Modellvorhaben führen. Rückmeldungen zu den Akzenten und Methoden unserer wissenschaftlichen Begleitung sind uns sehr willkommen.

Zusammenfassung

In diesem Modellvorhaben werden für die Dauer von zwei Jahren persönliche Budgets für Menschen mit Behinderung in drei niedersächsischen Modellregionen, dem Landkreis Osnabrück, dem Landkreis Emsland und der Stadt Braunschweig, eingeführt. Ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe werden nach Durchlaufen eines Hilfeplanverfahrens als Geldleistung zur Verfügung gestellt; in der Regel zunächst für sechs Monate (mit Fortschreibung).

Der Zielerreichungs- und Wirkungsgrad soll, unter Einbeziehung des Hilfeplanverfahrens und der persönlichen Situation der Budgetnehmer, durch eine wissenschaftliche Begleitung evaluiert werden. Das Team dieser Begleitung legt hiermit seinen Zwischenbericht vor.

Perspektive: Budgetnehmer

Die Modellregionen stellen ihre Daten zu den bisher 23 Budgetnehmern (Stichtag 01.12.04) zur Verfügung; zudem werden sie durch eine Kette von Telefon- und Face-to-face-Interviews begleitet. Zwei von drei ausführlichen Einzelfallanalysen zeigen, dass sich Selbständigkeit und Teilhabe der Betroffenen an der Gesellschaft durch das Persönliche Budget effekt- und phantasievoll unterstützen lassen, falls ein flexibler Leistungsanbieter das Instrument für ein individuelles Angebot zu nutzen weiß oder eine nahe stehende Vertrauensperson, sorgfältig beraten durch die Eingliederungshilfe, den Budgetnehmer intensiv begleitet. Ein dritter Fall demonstriert die Kehrseite, dass die bloße Umwandlung einer als Sachleistung bestehenden ambulanten Assistenz in ein Budget an sich keinerlei Veränderungen initiiert.

Auch einzelne Ablehnungsfälle werden analysiert, insbesondere aber die aktuellen Budgetnehmer beschrieben. 15 stammen aus der Stadt Braunschweig, sieben aus dem Landkreis Osnabrück und einer aus dem Landkreis Emsland. 13 sind weiblich, 10 männlich; die am stärksten vertretene Altersgruppe ist die mittlere (33-46 J.). Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung stellen etwa den gleichen Anteil, Körperbehinderte nur einen kleinen.

Der typische Budgetnehmer erhält 400-500 € pro Monat; er wechselt nicht die Betreuungs- und Wohnform, meistens auch nicht den Anbieter, gewinnt aber – mit Hilfe vertrauter Personen bzw. des gesetzlichen Betreuers – im kleinen Maßstab an Flexibilität. Er ist sich der Tatsache, über ein Budget zu verfügen, durchaus bewusst. In einzelnen Fällen gelingt es jedoch, in Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget einen stationären Aufenthalt zu beenden oder zu vermeiden. Ebenfalls in einigen markanten Fällen entscheiden sich Budgetnehmer gegen gewohnte Anbieterstrukturen und für eine private Lösung.

Für eine umfassende Bewertung der subjektiven Zufriedenheit und des objektiven individuellen Zielerreichungsgrads ist es in diesem Zwischenbericht noch zu früh.

Perspektive: Leistungsanbieter und Leistungserbringer

Die professionellen Leistungsanbieter schätzen die Zahl potentieller Budgetnehmer in den Modellregionen recht hoch ein; danach könnte die reale Zahl das Sieben- bis Achtfache der aktuellen erreichen. Grundsätzlich wird das Persönliche Budget positiv gesehen. Andererseits lassen sie es, auf entsprechendes Befragen, an Kritik und Warnungen nicht fehlen: die Klienten seien überfordert, es fehle eine Budgetassistenz, die Qualitätssicherung komme zu kurz, und das Modellvorhaben denke zu sehr wirtschaftlich.

In Sachen Qualitätssicherung werden die Anbieter vermutlich umdenken müssen, indem sie *auch* subjektive Qualitätskriterien der potentiellen Budgetnehmer bei der Planung ihrer Konzepte in Rechnung stellen.

Es wird auch überprüft werden, wie die Personen, die tatsächlich die Leistung *erbringen*, in den Hilfeprozess eingebunden sind; erste Interviews zeigen einen durchaus unterschiedlichen Reflexionsstand.

Perspektive: Hilfeplanverfahren

Das im Modellvorhaben angewandte Hilfeplanverfahren wurde aus dem so genannten Metzler-Verfahren vom Landkreis Osnabrück in Kooperation mit der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück entwickelt. Die Anwendung setzt eine hohe sozialpädagogische oder entsprechende Kompetenz der Mitarbeiter und ein Vertrautsein mit dem Instrument voraus; wo dies noch nicht der Fall ist und sein kann, werden Schulungen empfohlen (und z.T. schon durchgeführt). Zudem zeigen sich noch gewisse Unterschiede zwischen den Modellregionen in der Handhabung der Hilfestufen; auch dies spricht für Austausch und Schulung.

In jedem Fall ist das im Zuge des Persönlichen Budgets eingeführte Verfahren ein deutlicher Fortschritt im Vergleich zum Status quo ante.

Die wissenschaftliche Begleitung hat mehrere Hilfeplanverfahren begleitet und leitet Anregungen vor allem für eine angemessene Gesprächsführung aus diesen Beobachtungen ab. Insbesondere sollten die Arbeitsbögen nicht als starre Abfrageschemata, sondern als Gedächtnisstütze und als Rahmen für die Ordnung der Notizen benutzt werden.

Das Verfahren weist auf der Grundlage von Bedarfsbeschreibungen Fachleistungsstunden zu, die in ein Budget umgerechnet werden, und vermeidet dadurch einerseits eine Fallpauschalisierung wie im Metzler-Verfahren, aber andererseits auch eine differenzierte Vorschrift von Leistungskomplexen. Die wissenschaftliche Begleitung empfiehlt eine leichte Kurskorrektur in Richtung der möglichen Zuweisung auch differenzierterer Stundensätze.

Perspektive: Ist-Stand-Erhebung zum Leistungsangebot

Die Situation der Leistungsangebote in den Modellregionen wurde erhoben und wird im Zwischenbericht beschrieben, weil sich die Projektinitiatoren mit der Einführung des Persönlichen Budgets in diesem Bereich Veränderungen, insbesondere eine Ausweitung und Flexibilisierung des Angebots sowie Synergieeffekte, versprechen. Für folgende denkbare Hypothesen werden die Ausgangsdaten beschrieben:

- Die Zahl der Anbieter ambulanter Leistungen erhöht sich;
- die Zahl der ambulant betreuten Menschen mit Behinderung erhöht sich (absolut und relativ);
- die Art der Angebote ambulanter Leistungen diversifiziert sich;
- die Zahl stationär untergebrachter Menschen mit Behinderung sinkt;
- insbesondere die Zahl stationär untergebrachter Menschen mit niedriger Hilfebedarfsgruppe sinkt.

Es wird bezweifelt, aber nicht ausgeschlossen, dass der relativ kleine Sektor des Persönlichen Budgets nachweisbare Effekte in der Großmenge „Eingliederungshilfe“ zeitigt.

Auf der Ebene der individuellen 23 Budgetfälle ist ein Einspareffekt jedoch jetzt schon nachweisbar, und zwar in Höhe von 117 € (oder gut 18 %) im Durchschnitt pro Fall und Monat. Selbst wenn man die spektakulärsten Fälle (Beendigungen oder Vermeidungen stationärer Aufenthalte) aus der Rechnung herausnimmt, verbleibt eine Ersparnis von ca. 6 %.

Weitere Empfehlungen und abschließende Zwischenbilanz

Die wissenschaftliche Begleitung empfiehlt, Möglichkeiten beraterischer und/oder begleitender Hilfen vorzusehen, z.B. pädagogischer Gruppenangebote zur Förderung der Geldverwaltungskompetenz; sowie darüber hinaus, die im Ansatz durchaus geplante, aber noch nicht realisierte Einführung von unabhängiger Budgetassistenz voranzutreiben und in Einzelfällen ggf. auch durch vorübergehende Berücksichtigung bei der Budgetzumessung zu ermöglichen. Wenn nicht dadurch, dann müssen auf andere Weise die Budgetnehmer zumindest vor rechtlichen Fehlern beim Agieren als Quasi-Arbeitgeber bewahrt werden.

Des Weiteren wird angesichts eines erfolgreichen Ausnahmefalles empfohlen, die „Deckelung“ des Budgets mit sechs Fachleistungsstunden pro Woche nicht völlig starr zu handhaben. Auch die sehr knapp kalkulierte Fahrtkostenpauschale könnte in einzelnen Fällen ein fachlich gutes Angebot behindern und sollte flexibilisiert werden. Nicht zuletzt zeigt sich, dass die laut Konzeption grundsätzlich mögliche, aber noch nicht realisierte Kombination mehrerer Teilbudgets aus dem BSHG-Bereich bei geeigneten Klienten durchaus sinnvoll sein kann.

Weiterhin wird angeregt, auf die Dauer die Erprobung Persönlicher Budgets auch im stationären Kontext zu erwägen.

Angesichts des wellenartigen Verlaufs des Interesses am Persönlichen Budget (mit leichtem Rückgang in jüngster Zeit) sollten neue Anstrengungen zur Motivierung von Budgetinteressenten unternommen werden; Vorschläge dafür werden unterbreitet.

Die wissenschaftliche Begleitung kommt abschließend zu dem Ergebnis, dass das Persönliche Budget die Autonomie und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung in der Regel stärkt, die Weiterentwicklung und Stärkung des ambulanten Sektors fördert und die Angebotsszene flexibilisieren wird.

Literaturverzeichnis

- BARTZ, ELKE: Assistenz – Schlagwort oder Alternative zur Betreuung? In: ForseA e.V. (Hrsg.): 20 Jahre Assistenz – Behinderte auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung. Publikation über Geschichte, Gegenwart und Zukunft der Persönlichen Assistenz. Berlin ²2001, S. 6-7
- BARTZ, ELKE & G. BARTZ (Hrsg.): Selbstbestimmte Assistenz – Ratgeber für behinderte ArbeitgeberInnen und solche, die es werden wollen. Muldingen ¹⁰2002
- ENGEL, HEIKE & TH. SCHMITT-SCHÄFER: Hilfeplanverfahren als Grundlage für eine prospektive Vergütung in der Eingliederungshilfe. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV)* 2004, 1, S. 9-13
- HAMEL, THOMAS & M. WINDISCH: QUOFHI „Qualitätssicherung Offener Hilfen für Menschen mit Behinderung“. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Marburg 2000
- KAAS, SUSANNE: Persönliche Budgets für behinderte Menschen. Baden-Baden 2002
- KASTL, JÖRG MICHAEL: Modellprojekt Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg. Sachstandsbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum 31.3.2004. Tübingen 2004
- KAUDER, VOLKER & P. KRUCKENBERG (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Kurzfassung des Berichtes zum Forschungsprojekt des BMG – Manual mit Behandlungs- und Rehabilitationsplänen. Bonn ⁴2004
- LACHWITZ, KLAUS: Mehr Chancen für ein selbstbestimmtes Leben? In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): Das Persönliche Budget in Fragen und Antworten - Chancen und Risiken einer neuen Leistungsform. Marburg 2004
- NIEDERSÄCHSISCHES MINISTERIUM FÜR SOZIALES, FRAUEN, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hrsg.): Persönliches Budget. Projekt: Einrichtung eines „Modellvorhabens zur Einführung persönlicher Budgets für Menschen mit Behinderung“. Projektbericht, Handbuch. Hannover 2004 („Projektbericht“)
- REHMER, SANDRA: Selbstbestimmt Leben mit persönlichem Budget – neue Aufgabenfelder für Soziale Arbeit. Diplomarbeit, Ev. Fachhochschule Hannover, 2004
- SCHÄFERS, MARKUS, E. WACKER & G. WANSING: Modellversuch zur Einführung eines Persönlichen Budgets im stationären Wohnen. Universität Dortmund 2003
- SPECK, OTTO: Zur Qualität (heil)pädagogischer Arbeit. In: H. Greving (Hrsg.): Hilfeplanung und Controlling in der Heilpädagogik. Freiburg i. Br. 2002, S.16-31
- WACKER, ELISABETH: Persönliches Budget im Heim? Erfahrungen auf dem Weg vom Pauschaltourismus zur Individualreise. Vortrag, Fachtagung Trägerübergreifendes Budget, Münster 3.-4. Juni 2004

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ablaufplan für die Erhebung der Daten bei den Budgetnehmern.....	7
Tabelle 2:	Mögliche Budgetnehmer in den Modellregionen.....	28
Tabelle 3:	Stellungnahmen der Einrichtungen zum Persönlichen Budget.....	29
Tabelle 4:	Äußerungen der Leistungserbringer in vier Budgetfällen.....	32
Tabelle 5:	Häufigkeiten der angekreuzten Hilfestufen über alle Lebensbereiche.....	39
Tabelle 6:	Relation Anzahl ambulant betreuter Klienten : Einwohnerzahl.....	49
Tabelle 7:	Relation zwischen ambulant und stationär betreuter Klienten.....	49
Tabelle 8:	Neufälle Ambulante Assistenz und Persönliches Budget 2004.....	52
Tabelle 9:	Verteilung der Berufsgruppen bei der ambulanten Betreuung.....	53
Tabelle 10:	Relation Anzahl stationär betreuter Klienten : Einwohnerzahl.....	54
Tabelle 11:	Verteilung der Berufsgruppen bei der stationären Betreuung.....	58
Tabelle 12:	Finanzierung ambulanter Angebote in den Modellregionen.....	59
Tabelle 13:	Fallkosten vor und während des Persönlichen Budgets.....	60
Tabelle 14:	Stationär untergebrachte Menschen mit Behinderung nach Modellregionen.....	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Antragsteller nach Art der Behinderung und Region.....	15
Abbildung 2:	Antragsteller nach Anfragezeitpunkt und Region.....	16
Abbildung 3:	Anfragende Personen nach Regionen.....	17
Abbildung 4:	Budgetnehmer nach Geschlecht und Region.....	19
Abbildung 5:	Budgetnehmer nach Art der Behinderung und Region.....	19
Abbildung 6:	Budgetnehmer nach Alter und Region.....	20
Abbildung 7:	Zeitpunkte der Budgetbewilligung.....	21
Abbildung 8:	Bewilligte Leistungszeiträume.....	21
Abbildung 9:	Budgetnehmer nach Art der Wohnsituation <i>vor</i> dem PB und Art der Behinderung.....	22
Abbildung 10:	Budgetnehmer: Art der Wohnsituation <i>nach</i> Budgetbewilligung und Behinderung.....	23
Abbildung 11:	Budgetnehmer nach Hilfeart vor Budgetbewilligung und Region.....	23
Abbildung 12:	Budgetnehmer nach Art des ambulanten Leistungserbringers und Region.....	24
Abbildung 13:	Budgethöhe nach Regionen.....	25
Abbildung 14:	Budgethöhe nach Art der Behinderung.....	26
Abbildung 15:	Ambulant betreute Klienten in den Modellregionen.....	48
Abbildung 16:	Ambulant betreute Klienten nach Behinderungsarten.....	50
Abbildung 17:	Ambulant betreute Klienten nach Alter.....	51
Abbildung 18:	Ambulant betreute Klienten nach Geschlecht.....	51
Abbildung 19:	Stationär betreute Menschen mit Behinderung in den Modellregionen.....	54
Abbildung 20:	Stationär betreute Klienten nach Behinderungsarten.....	55
Abbildung 21:	Stationär betreute Klienten nach Alter.....	56
Abbildung 22:	Stationär betreute Klienten nach Geschlecht.....	56
Abbildung 23:	Hilfebedarfsstufen der stationär betreuten Menschen mit geistiger Behinderung nach Regionen.....	57

Anschriften der Verfasser:

Prof. Dr. Wiebke Ammann
Ev. Fachhochschule Hannover
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover
Tel. 0511-5301-105
ammann@efh-hannover.de

Prof. Dr. Jochen Windheuser
Kath. Fachhochsch. Norddeutschland
Detmarstr. 2-8
49074 Osnabrück
Tel. 0541-35885-58
Jochen.Windheuser@kath-fh-nord.de

Wiebke Warnke, Dipl.-Sozialarb./Sozialpäd.
Ev. Fachhochschule Hannover
Tel. 0511-5301-155
warnke@efh-hannover.de