



Spitzenverband

Schriftenreihe
Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
Band 5



Das Integrierte Budget



Herausgeber:

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

E-Mail: modellprogramm-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.deInternet: www.gkv-spitzenverband.de

Verfasser: Prof. Dr. Thomas Klie, Annerose Siebert unter Mitarbeit von: Christine Bruker (Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege an der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V.)

Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und der Verbreitung auch auf elektronischen Systemen, behält sich der GKV-Spitzenverband vor. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Copyright © GKV-Spitzenverband 2011

Fotonachweis: iStockphoto

CW Haarfeld GmbH

medien@cw-haarfeld.de

www.cw-haarfeld.de

ISBN: 978-3-7747-2348-1

Sehr geehrte Damen und Herren,

Vorwort

das Modellvorhaben Integriertes Budget wurde als gemeinsames Projekt der ehemaligen Spitzenverbände der Pflegekassen und des Landes Rheinland-Pfalz durchgeführt.

Ziel des Projekts war es, pflegebedürftigen Menschen in der Modellregion neben einem Persönlichen Budget (Reha- und Teilhabeleistungen) auch die Leistungen der Pflegeversicherung in Form eines Budgets zu gewähren. Von Mitte 2005 bis Mitte des Jahres 2008 wurde im Kreis Neuwied und in der Stadt Mainz erprobt, welche Wirkungen ein trägerübergreifendes Persönliches Budget unter Einbeziehung der Pflegeleistungen entwickeln kann.



Zentraler Schwerpunkt des Projekts war die Begleitung der Projektteilnehmer durch zertifizierte Case Manager. Die Pflegebedürftigen erhielten so eine individuelle Begleitung und Unterstützung bei der Antragstellung und der Vermittlung von Leistungserbringern. Eine wesentliche Aufgabe der Evaluation bestand darin, die Wirkungen der eingesetzten Methodik des Case Managements zu untersuchen.

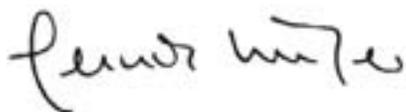
Im Rahmen der Falldokumentationen und Analysen im Projekt wurden die Bedarfssituation, die Zielvereinbarungen, die Betreuungs- und Pflegearrangements und die Verwendung des Budgets dokumentiert und evaluiert. Im Anschluss folgte ein Abgleich mit den 2008 veröffentlichten Ergebnissen des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales durchgeführten Projekts zu den trägerübergreifenden Budgets.

Das Projekt gibt erste Hinweise darauf, dass sich mit dem Integrierten Budget Möglichkeiten ergeben, die Lebensgestaltung und -bewältigung bei Pflegebedürftigkeit für einen kleinen Kreis pflegebedürftiger Menschen zu erweitern und Autonomiegewinne zu realisieren. Dies ist jedoch nicht voraussetzungslos. Wie auch beim Pflegebudget bedürfen viele Fragen noch der weiteren Erörterung, wie etwa im Hinblick auf die Ausgestaltung der Hilfeplanung als auch der Qualitätssicherung insbesondere bei neuen Dienstleistungen.

Die vorliegende Publikation soll einen Einblick in die umfangreichen Evaluationsergebnisse ermöglichen. Dabei ist der Hinweis wichtig, dass es sich hierbei um eine Zusammen-

fassung handelt. Der Gesamtbericht sowie umfangreiche Materialien des Projekts sind auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes abrufbar.

Der mit der Implementierung von Budgets in der Behindertenhilfe einhergehende Lernprozess ist mit dem Modellprojekt jedoch keineswegs abgeschlossen. So fließen die aus diesem Modellvorhaben resultierenden Ergebnisse unter anderem in das im April 2010 begonnene Modellprojekt „Budgets in der sozialen Pflegeversicherung“ mit ein.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gernot Kiefer', written in a cursive style.

Gernot Kiefer

Vorstand GKV-Spitzenverband

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Tabellenverzeichnis	9
Abbildungsverzeichnis	11
Vorbemerkung.....	13
Zusammenfassung.....	15
1. Einleitung	23
2. Modellprojekt Integriertes Budget	26
2.1 Vorgeschichte und Verlauf	26
2.2 Vertrauensschutz.....	30
2.3 Erarbeitung der Konzeption	31
2.3.1 Leistungen und Teilnehmeberechtigte im Integrierten Budget.....	31
2.3.2 Case Management im Integrierten Budget	34
2.3.3 Verfahrensabläufe.....	36
2.4 Wahl der Projektregionen	38
2.4.1 Standort Neuwied.....	39
2.4.2 Standort Mainz	40
2.5 Auswahl und Implementierung der Koordinierungsbüros	41
2.5.1 Auswahl der Koordinierungsbüros	41
2.5.2 Qualifizierung der Mitarbeiter in den Koordinierungsbüros	44
2.6 Öffentlichkeitsarbeit.....	44
2.6.1 Materialien.....	45
2.6.2 Homepage.....	46
2.6.3 Symposien und weitere Veranstaltungen	46
3. Konzeption der wissenschaftlichen Begleitforschung	48
3.1 Forschungsdesign.....	49
3.2 Überprüfung und Anpassung des Forschungsdesigns	51
3.3 Datengrundlage.....	52
4. Budgetrelevante Leistungen	54
4.1 Pflegerelevante Leistungsgrundlagen.....	58
4.1.1 Häusliche Krankenpflege § 37 Abs.2 SGB V.....	59
4.1.2 Hilfe zur Pflege §§61 ff. SGB XII	61



Inhaltsverzeichnis	4.2	Budgetkombinationen im Modellprojekt.....	62
	4.2.1	Pflegekasse und Sozialhilfeträger.....	64
	4.2.2	Pflegekasse und Krankenkasse.....	65
	4.3	Bedarfsfeststellung und Assessment-Instrumente.....	67
	4.3.1	Wahl des Assessment-Instruments RAI HC 2.0.....	69
	4.3.2	Assessment-Instrumente im Case Management.....	70
	4.3.3	Erfahrungen mit dem Assessment-Instrument RAI HC 2.0.....	72
	4.4	Qualitätssicherung im Integrierten Budget.....	76
	5.	Das Integrierte Budget in der Erprobung - Budgetbeispiele.....	83
	5.1	Personenkreis der Budgetnehmer - Demografische Daten und Informationen.....	83
	5.2	Falldarstellungen.....	84
	5.2.1	Fallbeispiel 1: Leben ohne Module - ein Mehr an Privatsphäre ist möglich.....	85
	5.2.2	Fallbeispiel 2: Individuelle Gestaltung der Hilfe und gleichgeschlechtliche Pflege.....	88
	5.2.3	Fallbeispiel 3: Hilfe von außen anzunehmen will gelernt werden - im eigenen Tempo.....	91
	5.2.4	Fallbeispiel 4: Ablösungsprozesse vereinfachen.....	94
	5.2.5	Fallbeispiel 5: Näher dran am Leben - anstrengend, aber jederzeit wieder.....	96
	5.2.6	Fallbeispiel 6: Bedarfsorientiert und verbindlich - mit dem Integrierten Budget ist beides möglich.....	99
	5.2.7	Fallbeispiel 7: Das Integrierte Budget in einer Wohngemeinschaft.....	102
	5.2.8	Fallbeispiel 8: Längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit - Heimaufnahme verzögert.....	104
	5.2.9	Fallbeispiel 9: Ein Blick in die Zukunft - mit dem Budget auf Veränderungen reagieren.....	108
	5.2.10	Fallbeispiel 10: Individualität und Flexibilität.....	111
	5.2.11	Fallbeispiel 11: Selbstbestimmtes Leben in eigener Verantwortung ...	115
	6.	Budgets als Lernfelder.....	117
	6.1	Wirkungen auf der Einzelfallebene.....	118

	Inhaltsverzeichnis
6.1	Selbstbestimmte Pflege- und Unterstützungsarrangements..... 118
6.1.1	Realisierung von Kompetenzen – ein Schritt in Richtung „selbstbestimmtes Leben“ 120
6.1.1.1	Personalkompetenz 122
6.1.1.2	Anleitungs- und Organisationskompetenz..... 126
6.1.1.3	Finanzkompetenz..... 128
6.1.2	Motive und Wirkungen 130
6.2	Wirkungen auf der Anbieterebene..... 134
6.2.1	Abrechnung nach Zeit und Wegfall der Dokumentationspflicht anhand vorgeschriebener Module..... 139
6.2.2	Vernetzung von Angeboten, um Einzelleistungen zu entwickeln..... 140
6.2.2	Veränderung in Organisationen durch das Integrierte Budget 141
6.3	Wirkungen auf der Trägerebene 142
6.3.1	Beteiligte Leistungsträger 142
6.3.1.1	Sozialhilfeträger 144
6.3.1.2	Krankenkassen..... 145
6.3.2	Zielvereinbarung..... 146
6.3.3	Dauer des Verfahrens..... 147
6.4	Wirkungen im Netzwerk 148
6.4.1	Bestehende Netzwerkstrukturen..... 149
6.4.2	Entlastung des Netzwerks..... 150
7.	Case Management im Integrierten Budget 154
7.1	Phasen des Case Managements..... 157
7.1.1	Outreach, access, intake – Reichweite und Veranlassung 159
7.1.2	Assessment: Einschätzung und Bedarfsklärung 160
7.1.3	Zielvereinbarung und Hilfeplanung..... 160
7.1.4	Linking 162
7.1.5	Monitoring: Kontrollierte Durchführung 164
7.1.6	Evaluation 165
7.2	Funktionen des Case Managements 165
8.	Diskussion und Ausblick 170
	Literaturverzeichnis 175

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Voraussetzungen und Ablaufplanung für den Bezug von Zahlungen zum Pflegebudget im Integrierten Budget, Stand: 01.04.2006	34	Tabellenverzeichnis
Tab. 2: Übersicht möglicher Budgetleistungen (nicht abschließend)	58	
Tab. 3: Pflegerelevante Leistungsgrundlagen	59	
Tab. 4: Leistungskombinationen im Integrierten Budget (Stand Juli 2008)	63	
Tab. 5: Höhe der monatlichen Budgets: Arithmetisches Mittel und Medianwert (in €)	63	
Tab. 6: Anzahl bewilligter Budgets nach beteiligten Leistungsträgern (n = 847)	144	

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Integriertes Budget.....	27
Abb. 2: Aufgaben der Begleitforschung	30
Abb. 3: Verfahrensablauf Integriertes Budget.....	37
Abb. 4: Verfahrensablauf Integriertes Budget, trägerübergreifendes PB und Pflegebudget.....	38
Abb. 5: Zugriffsstatistik Homepage Integriertes Budget	46
Abb. 6: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF.....	75
Abb. 7: Qualitätsdimensionen nach Damkowski et al. 1997, S. 66.....	77
Abb. 8: Leistungsdreieck klassisch	135
Abb. 9: Leistungsdreieck Persönliches Budget	135
Abb. 10: Einordnung Angebote Heinrich-Haus gGmbH	140
Abb. 11: Case Management im Integrierten Budget.....	157
Abb. 12: Verfahrensablauf Modellprojekt Integriertes Budget mit Case Management.....	158



Vorbemerkung

Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei der Benennung von Personen und Personengruppen darauf verzichtet, eine beide Geschlechter ausweisende Formulierung zu verwenden. Das jeweils andere Geschlecht ist jedoch stets mitgemeint.

Vorbemerkung

Menschen mit Behinderungen können bei den Rehabilitationsträgern, den Pflegekassen und den Integrationsämtern Leistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets beantragen. Seit Januar 2008 besteht hierauf ein Rechtsanspruch. Nach § 35a SGB XI gilt jedoch für die Leistungen der Pflegeversicherung nach §§ 36, 37 Abs. 1, 38, 40 Abs. 2, 41 die Sonderregelung, dass sie nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden. Auf der Grundlage des § 8 Abs. 3 SGB XI haben die Spitzenverbände der Pflegekassen in Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen¹ in Rheinland-Pfalz Menschen mit Behinderung die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen des Modellprojekts Integriertes Budget diejenigen Leistungen in Geld (Budget) zu erhalten, die ihnen gemäß der Pflegestufe als Sachleistung zustanden, um diese mit budgetetierfähigen Leistungen anderer Träger zu kombinieren. Hiermit soll erprobt werden, welche Wirkungen ein trägerübergreifendes Persönliches Budget nach § 17 SGB IX unter Einbeziehung der Pflegeleistungen entwickeln kann.

Im Modellprojekt wurden die Teilnehmer durch Case Management begleitet. Die Aufgaben, Profile und Ziele des Case Managements bei der Budgetgewährung im Bereich Behindertenhilfe und Pflege zu ermitteln, ist ein weiteres Ziel des Projekts.

Die Laufzeit des Modellprojekts war begrenzt auf die Zeit vom 01.05.2005 bis zum 30.04.2008. Die Ergebnisse des Modellprojekts liegen mit dem Abschlussbericht vor und sollen im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

In einem einleitenden Teil wird zunächst darauf eingegangen, welche besondere Stellung die Pflegeversicherung im Kontext der sozialrechtlichen Entwicklungen für Menschen mit Behinderung einnimmt. In der Entwicklung der vergangenen 50 Jahre ist im Bereich der Politik für Menschen mit Behinderung eine Entwicklung nachzuzeichnen, die auf dem Grundgedanken beruht, für Menschen mit Behinderung die Lebensbedingungen der Mehrheitsgesellschaft zu schaffen. Ein Höhepunkt hierzu wurde mit der Einführung des SGB IX und des Begriffs der Teilhabe erreicht. Hierbei wurde der Blick dafür geöffnet, von Behinderung betroffene Personen als Subjekte in Gesellschaft und Umwelt betrachten zu können. Gelingende Teilhabe orientiert sich an den Lebensbereichen, die bedeutsam und

¹ Zum Zeitpunkt der Antragstellung und beim Start des Modellprojekts noch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG).

wesentlich für den Einzelnen sind. Für die Menschen mit Behinderung sowie Hilfe- und Unterstützungsbedarf gehören pflegerelevante Unterstützungen und die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen unweigerlich dazu.

In Kapitel 2 werden die konzeptionellen Rahmenbedingungen des Integrierten Budgets erläutert. Durch die Anlage des Projekts, die Implementierung mit Evaluation zu verbinden, standen zunächst die konzeptionellen Entwicklungen und die Wahl der Projektregionen im Vordergrund, um die Voraussetzungen für die Durchführung des Modellprojekts schaffen zu können.

Die Festlegung der Modellregionen erwies sich als erste Hürde und führte zu einer deutlichen Verzögerung im Gesamttablauf und zum anderen zu einer Begrenzung der Modellregionen. Im Kreis Neuwied erfolgte der Start des Projekts wie vereinbart zum 01.07.2005, in Mainz zeitlich versetzt zum 01.10.2005. Insgesamt erprobten 15 Personen das Integrierte Budget. Die konzeptionell vorgesehenen Koordinierungsbüros vor Ort wurden ausgewählt und die zuständigen Mitarbeiter geschult, sodass die Aufnahme der Budgetteilnehmer ins Projekt erfolgen konnte. Eine Darstellung der wesentlichen Steuerungsaufgaben vonseiten des Projektmanagements findet sich ebenfalls in diesem Abschnitt.

Kapitel 3 legt die Konzeption der wissenschaftlichen Begleitforschung dar. Das Integrierte Budget als Gesamtprojekt wird als Einzelfall verstanden und einer „Fallanalyse“ unterzogen. Ein multiperspektivischer Forschungsansatz bildet die Perspektiven verschiedener Akteure ab, wobei die Sichtweise der Budgetnehmer im Mittelpunkt der Erhebungen stand. In der qualitativ angelegten Studie werden verschiedene methodische Ansätze kombiniert. Neben mündlich geführten, leitfadenzentrierten Interviews mit den Budgetnehmern zu verschiedenen Zeitpunkten wurden schriftliche halboffene Fragebögen eingesetzt. Erweitert werden diese methodischen Zugänge durch die Diskussion und Reflexion der Ergebnisse in Austauschtreffen mit den beteiligten Koordinierungsbüros und in Abstimmungsrunden mit Partnern aus den Projektregionen sowie zwei Gruppendiskussionen.

Die im Integrierten Budget gewählten Leistungskombinationen werden in Kapitel 4 vor dem Hintergrund der pflegerelevanten Leistungsgrundlagen dargestellt und in ihrer Spezifität beschrieben. Vorrangiger Kooperationspartner im Integrierten Budget waren die So-

zialhilfeträger mit Leistungen der Eingliederungshilfe. Insgesamt zehn der 15 Personen im Modellprojekt erhielten ein Budget der Eingliederungshilfe „Hilfe nach Maß“. Bei neun Personen wurden ergänzend Leistungen der Hilfe zur Pflege in das Budget integriert. In vier Budgetkombinationen waren Budgets aus dem SGB-V-Bereich einbezogen. Es handelt sich hierbei in einem Fall um Physiotherapie und Hilfsmittel sowie in drei weiteren Fällen um Fahrtkosten zur Physiotherapie.

Unter der Fragestellung, welche Assessment-Instrumente sich dazu eignen, sowohl den Pflege- als auch den Assistenz- und Rehabilitationsbedarf abzubilden, wurden zu Beginn des Projekts verschiedene Instrumente gesichtet. Da ein für beide Bereiche gemeinsam gültiges, im ambulanten Bereich angewandtes Instrument zum Zeitpunkt des Modellstarts nicht vorlag, wurde das sogenannte RAI HC 2.0 analog zum Modellprojekt Pflegebudget eingesetzt. Hiermit wurde die Ausgangslage geschaffen, eine Eignung dieses Instruments bei der Personengruppe der Menschen mit Behinderung im ambulanten Bereich exemplarisch zu überprüfen. Als Instrument, das der Verbesserung der Pflegequalität und Pflegeplanung dient, wird das RAI HC 2.0 in das Assessment des Case Managements integriert und nutzbar gemacht. In der Erprobung wurde deutlich, dass das Instrument die Lebenssituation des Personenkreises nicht angemessen berücksichtigt. Eigene Bedarfe, die Funktionsstörung und entstehende Behinderungen betreffend, konnten nicht angemessen abgebildet werden. In der persönlichen Wahrnehmung der Budgetnehmer wird ihre Lebenslage unzureichend erfasst. Zwar sensibilisierte das Instrument den Assessment-Prozess, indem es die Aufdeckung „blinder Flecken“ ermöglichte, aber es provozierte auch eine Abwehrhaltung der Budgetnehmer: Dies betrifft die subjektiv oft als unzureichend bewertete Würdigung von Ressourcen. Aber auch die Angemessenheit der umfänglichen Erhebung von Daten zum Pflege- und Unterstützungsbedarf im Rahmen des Assessments und deren Beitrag zur Zielerreichung des Budgets waren nicht immer vermittelbar.

Die immer wieder auftretende Frage bezüglich der Qualitätssicherung wird in diesem Kapitel ebenfalls bearbeitet. Die den Persönlichen Budgets innewohnenden Verschiebungen im Leistungsdreieck zwischen Träger, Anbieter und Budgetnehmer mit einer stärkeren Gewichtung hin zum Budgetnehmer lässt ein Mehr an Selbstbestimmung in eigener Verantwortung zu. Unter diesem Aspekt liegt es nahe, auch in der Bewertung der Qualität das subjektive Erleben des Budgetnehmers als Qualitätskriterium stärker mit einzubeziehen.

Kapitel 5 gibt Gesamtinformationen über den Personenkreis der Budgetnehmer und greift relevante Themen in der Budgetnutzung auf. Anhand von Falldarstellungen wird exemplarisch dargestellt, wie sich das Integrierte Budget auf die Integration von Hilfen im Alltag auswirkt und welche typischen Erfahrungen gesammelt werden. Besondere Aufmerksamkeit wird in diesem Themenkomplex dem Unterschied hinsichtlich des Erlebens im Sachleistungsbezug und den Möglichkeiten des Integrierten Budgets gewidmet. Die in den personenbezogenen Falldarstellungen deskriptiv beschriebenen Themen werden in den zwei folgenden Kapiteln aufgenommen.

Widmet sich Kapitel 6 aufbauend auf die vorangegangenen Kapitel einer vertiefenden Auswertung hinsichtlich der Wirkungen des Integrierten Budgets aus der Perspektive der Budgetnehmer, Leistungsanbieter und -träger, hat Kapitel 7 die Ergebnisse des Case Managements im Blick.

Selbstbestimmte Pflege- und Unterstützungsverhältnisse stärken die Autonomie der Budgetnehmer.

Dieses Ergebnis kann eindeutig festgehalten werden. Mit dem Integrierten Budget haben sich die Möglichkeiten der Lebensgestaltung und -bewältigung erweitert, und sie haben in der Folge zu Veränderungen geführt. Wirkungen können auf verschiedenen Ebenen nachgezeichnet werden. Ein Mehr an Selbstbestimmung wird an der Realisierung von Kompetenzen deutlich und führt u. a. durch das Gefühl, mehr Kontrolle über den eigenen Handlungsspielraum zu erhalten, zu einer verbesserten Lebensqualität. Kompetenzen werden in diesem Zusammenhang über das herkömmliche Verständnis heraus auch nicht als Fähigkeiten verstanden, sondern bezeichnen die rechtliche Zuständigkeit und das Anordnungsrecht eines jeden Menschen für sein eigenes Leben. Bei 13 Budgetnehmern im Projektverlauf konnte eine höhere Realisierung der Kompetenzen wahrgenommen werden.

Gerade die Möglichkeit, bei der Auswahl der Personen auf vertraute Personen aus dem informellen Netzwerk zurückgreifen oder bewusst auf Fachkräfte in der Alltagsgestaltung verzichten zu können, machte das Budget attraktiv. Es wurde deutlich, dass die Möglichkeit, diejenigen Personen auswählen zu können, die im Lebensraum der eigenen Wohnung und in körpernahen Tätigkeiten aktiv werden, ein Faktor für eine erlebte verbesserte

Lebensqualität darstellt. Auch die Wahrnehmung bei klassischen Pflegediensten, ein „Objekt“ von Fachlichkeit zu sein und ihr mit dem Budget „ein Stück weit zu entgehen“, findet sich als Motivationsgrundlage, das Modellprojekt zu nutzen, immer wieder.

Sechs Personen haben sich entschieden, selbst Arbeitgeber für Assistenten zu werden, und beschäftigen nun in unterschiedlicher Intensität Angestellte, wobei es sich hier überwiegend um Minijobber handelt und nur in einem Fall um ein zeitintensiveres Arrangement mit einer Person in einem sozialversicherungspflichtigen Angestelltenverhältnis. Neun Budgetnehmer, die bereits mit Diensten ihres Vertrauens in Kontakt gewesen sind, haben mit den Möglichkeiten des Integrierten Budgets in unterschiedlicher Art und Weise bedarfsgerechtere Lösungen miteinander gesucht und erprobt. Diese sind in allen Konstellationen ausbaufähig und haben bereits im Modellzeitraum zu höherer Zufriedenheit bei den Budgetnehmern und Mitarbeitern geführt.

Die Personen, die sich für die Anstellung von Personen entschieden haben, hatten im Hinblick auf individuelle Leistungsgewährung höhere Chancen als jene, die einen Dienst gewählt haben.

Die Möglichkeit, mithilfe des Budgets Alltag zu organisieren, hat positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Dies lässt sich sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene aufzeigen. Auf den körperlichen Gesundheitszustand bezogen können durch individuell eingesetzte präventive und entlastende Hilfen Verbesserungen erzielt werden. Auf der psychischen Ebene sind Auswirkungen durch die tatsächlich gestiegenen Gestaltungsmöglichkeiten des eigenen Lebens nachzuzeichnen. Die Budgetbedingungen stabilisieren nach eigenen Aussagen die psychische Befindlichkeit. Sich nicht hilflos zu fühlen, sondern die eigenen Möglichkeiten zu nutzen, Gestaltungsspielräume zu erhalten und die Möglichkeit zu fühlen (zu haben), auf das eigene Leben Einfluss nehmen zu können, verbessert die Lebensqualität der Budgetnehmer. Es wird in verschiedenen Situationen deutlich, wie sich die Selbstwahrnehmung der Menschen weg vom Objekt hin zum Subjekt verlagert.

Auch die eigene Wahrnehmung, Leistungsberechtigte(r) zu sein und mit der Veränderung der Position im Leistungsdreieck eine stärkere Position auszuüben, verändert die Gestaltungsspielräume bzw. die eigene Positionierung in demselben.

Im Laufe des Forschungsprozesses wurde zunehmend deutlich, dass Netzwerken auf zwei Ebenen im Budgetbezug Bedeutung zukommt. Bereits vor Inanspruchnahme eines Budgets wird deutlich, dass eine Beziehung zwischen der Wahrscheinlichkeit, sich auf die neue Leistungsform Budget einzulassen, und der Struktur des Netzwerks einer Person besteht. Bei den Personen, die ein Integriertes Budget beziehen, sind Auswirkungen der Budgetnutzung auf die Netzwerke der Budgetnehmer zu erkennen.

Leistungsträger und -erbringer

Im Modellprojekt Integriertes Budget war die Beteiligung der Pflegeversicherung konstituierend und von daher in allen Budgetkombinationen gegeben. Die Sozialhilfeträger waren ebenfalls stark involviert. Dies gilt zum einen für die tatsächlich erbrachten Budgetleistungen in elf Fällen, zum anderen aber auch für die Zusammenarbeit mit dem Projektmanagement und den Koordinierungsbüros vor Ort. Als weitere Leistungsträger kommen im Integrierten Budget die gesetzlichen Krankenkassen mit einem sehr eingeschränkten Leistungsspektrum zum Tragen.

Neben den 15 Pflegebudgets wurden fünf Budgets der gesetzlichen Krankenkassen bewilligt. Diese fünf Leistungen sind auf vier Integrierte Budgets verteilt und können hinsichtlich ihrer Ausgestaltung und Erprobung als erste Versuche gesehen werden. Die Ausgestaltung und Erprobung dieser Budgets zeigt, dass mit dem Budget Neuland betreten wird. Noch kann hinsichtlich dieser Budgets nicht von einer erhöhten Selbstbestimmung gesprochen werden. Diese Budgets illustrieren erste Erfahrungen.

Für die Leistungserbringer ergeben sich durch die neuen leistungsrechtlichen Beziehungen beim Einsatz eines Persönlichen Budgets neue Optionen. Die Vertragsbeziehung zwischen Leistungsträger und Anbieter wird aufgelöst und der Mensch mit Behinderung wird direkter Vertragspartner. Mit der Einführung des Budgets wurde mit der langen, durch institutionelle Förderung aufrechterhaltenen Tradition gebrochen, dass im Vordergrund der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Behinderungen die Einrichtungen und Dienste stehen. Auf Anbieterseite können im Modellprojekt Wirkungen auf zwei verschiedenen Ebenen nachgezeichnet werden. So lassen sich zum einen direkte Veränderungen im Leistungsangebot für Budgetnehmer aufzeigen und zum anderen nachhaltige Wirkungen in Bezug auf Kundenorientierung, Arbeitsabläufe, Vernetzung und Angebotsentwicklung verzeichnen.

Case Management

Im Integrierten Budget wurde ein Case-Management-Konzept entwickelt und in der Praxis erprobt. Es diente dem Ziel einer selbstbestimmteren Lebensführung und einer erhöhten Erschließung von Teilhabechancen, auch in der Wahl und Gestaltung einer organisierten Unterstützung.

Im Konzept war der Grundsatz leitend, dass Menschen mit Behinderungen keine spezielle „Behandlung“ allein wegen ihrer Behinderung benötigen, sondern in erster Linie auf Hilfen zur Bewältigung des Alltags angewiesen sind. Das Case Management wurde daher verstärkt auf das Selbstkonzept der Budgetnehmer abgestimmt. Die Intensität des Case Managements bei den 15 Budgetnehmern im Integrierten Budget variierte wie erwartet.

Unter der Bezeichnung Koordinierungsbüro wurde das Case Management im Integrierten Budget in bestehenden Organisationen der Behindertenhilfe und Selbsthilfe angesiedelt. Ausgehend davon, dass bei den im Bereich der Behindertenhilfe erfahrenen Mitarbeiter notwendige Kenntnisse bezüglich stabiler Netzwerke und der Infrastruktur vor Ort vorhanden sind sowie der Aufbau von Parallelstrukturen vermieden werden sollte, erschien diese Option besonders angemessen und geeignet. Um das Prinzip der Selbstbestimmung zu unterstützen, war bei der Auswahl die Frage leitend, wie weit die Grundhaltung des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe internalisiert wurde. Dieser Grundvoraussetzung wurde verstärkte Bedeutung beigemessen, da sie für den zentralen Budgetgedanken – den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (§17 Abs. 3.2 SGB IX) – konstitutiv ist.

Die Bereitschaft vonseiten des Case Managements, bei Bedarf unterstützend zur Verfügung zu stehen, wurde als hilfreich eingeschätzt und in unterschiedlicher Intensität angenommen.

Im Rahmen des Modellprojekts wurde eine Case-Management-Konzeption und -Arbeitsweise unter der Bezeichnung „Reflexives Case Management“ entwickelt und erprobt, die die Autonomie und Expertenschaft von Menschen mit Behinderungen besonders berücksichtigt.



Zusammenfassung

Die Erkenntnisse und Erfahrungen im Modellprojekt Integriertes Budget illustrieren, dass sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene die Entdeckung und Akzeptanz, die Möglichkeiten und Chancen, aber auch Herausforderungen, die mit der Leistungsform Budget verbunden sind, sich erst im Wege der intensiven Auseinandersetzung mit dem Budgetgedanken erschließen. Budgets implizieren eine veränderte Sozialbürgerrolle und eine andere Kultur der Hilfestaltung und -aushandlung.

Im Bereich der Politik für Menschen mit Behinderung lässt sich in den zurückliegenden Jahrzehnten eine Veränderung nachzeichnen, die auf dem Grundgedanken beruht, für Menschen mit Behinderung die Lebensbedingungen der Mehrheitsgesellschaft zu schaffen. Dies zeigt sich in verschiedenen Etappen der Gesetzgebung: Es begann mit der 1961 eingeführten „Eingliederungshilfe für Behinderte“ im damaligen Bundessozialhilfegesetz (BSHG), die zu erweiterten und einklagbaren Sozialhilfeansprüchen berechtigte. Das Schwerbehindertengesetz von 1974 markierte einen Wechsel von der Schädigungsursache zum Finalitätsprinzip und forcierte die Eingliederung ins Arbeitsleben. Das Benachteiligungsverbot behinderter Menschen von 1994 und schließlich die Einführung des SGB IX können ebenfalls dieser Entwicklung zugeordnet werden. Mit Einführung des SGB IX und seiner Definition von Behinderung im Jahr 2001 wurden neue verbindliche Orientierungspunkte vorgegeben. In der neuen Definition von Behinderung wird durch die Formulierung „von dem für das Lebensalter typischen Zustand“ Behinderung als relativer Prozess definiert, der über einen biophysischen Zustand hinausgeht und mit dem Aspekt der Teilhabe die soziale Benachteiligung primär in den Blick nimmt:

„§2 (1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Im alten Schwerbehindertengesetz wurde „das Leben in der Gesellschaft“ nicht erwähnt und Behinderung noch einem „regelwidrigem Zustand“ gleichgesetzt.

Auch auf internationaler Ebene finden sich mit den Behinderungsmodellen der WHO entsprechende Bezüge. Dies gilt sowohl für die „International Classification of Impairments, Disability and Handicaps“ (ICIDH) als auch für die nachgefolgte „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF).²

Der Begriff der Teilhabe ist im SGB IX zentral und deckt sich mit dem Teilhabebegriff der ICF (vgl. Welti 2005). Mit der Dimension der Teilhabe wird der Blick geöffnet, den Men-

2 Ausführlicher zur ICF vgl. S. 74 ff.

schen als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt betrachten zu können. Gelingende Teilhabe orientiert sich an den Lebensbereichen, die wichtig und wesentlich für den Einzelnen sind. Um die Möglichkeiten für Menschen mit Behinderung zu schaffen und eigene Vorstellungen von der Gestaltung einzelner Lebensbereiche zu entwickeln, sind veränderte Rahmenbedingungen in der Behindertenhilfe und Pflege notwendig. Der Rahmen wird gesetzt durch eine neue Sichtweise, die sich an der Person orientiert und nicht an der Behinderungsart oder den vorgegebenen Hilfesystemen (Personenzentrierter Ansatz). Die Umsetzung individueller Lebensentwürfe erfordert Wahlmöglichkeiten in allen Bereichen des Lebens und damit eine Neuorientierung. In der Behindertenhilfe stehen hierfür Stichworte wie Inklusion, Dezentralisierung, Community Care oder Individuelle Hilfeplanung (vgl. Aselmeier 2008; Cloerkes 2007, S. 40 ff.).

In der Gesamtentwicklung der für Menschen mit Behinderung relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen nimmt das Pflegeversicherungsgesetz aus dem Jahre 1995 eine Sonderrolle ein: Konzipiert, um das finanzielle Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit über eine umlagefinanzierte Sozialversicherung aufzufangen, sollte die oftmals mit Pflegebedürftigkeit einhergehende Sozialhilfeabhängigkeit reduziert werden. Die Pflegeversicherung deckt hierbei die durch Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten nicht in voller Höhe ab, sondern sieht lediglich Teilleistungen für Teilbereiche vor.

Zwar wurde der Grundsatz der Selbstbestimmung in §2 Selbstbestimmung festgeschrieben:

„§2 (1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“

Im Gegensatz zu allen anderen für Menschen mit Behinderungen relevanten rechtlichen Rahmenbedingungen zeichnet sich die Pflegeversicherung jedoch durch eine stark somatische Orientierung aus. Sie bricht hiermit aus der Linie der Entwicklungen im Bereich der Politik für Menschen mit Behinderungen und den dort entwickelten fachlichen Konzepten heraus. Dies impliziert Brüche im Versorgungsarrangement eines Menschen mit Behinderung, der mit beiden Logiken konfrontiert wird.³ Im Kontext der Pflegeversicherung und

3 Vgl. hierzu Waldschmidt 2003, S. 93 ff.; Jürgens 1996.

ihrer Leistungen wird im Allgemeinen meist davon ausgegangen, dass es sich bei der Zielgruppe um ältere und hochbetagte Menschen handelt bzw. dass auf ihnen das Hauptaugenmerk liegt. Dagegen sind aber fast 18% der gegenwärtigen Beziehher ambulanter Pflegeversicherungsleistungen Personen unter 65 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt 2007).

Die typischen Lebenslagen dieser Menschen mit Behinderung, die „auch“ pflegebedürftig im Sinne des §14 SGB XI sind, wurden bei der Konzeption des SGB XI vernachlässigt. Dieses Desiderat wurde vom Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege⁴ in den Empfehlungen 2007 aufgegriffen, indem auf die besondere Situation von Berufstätigen und Studierenden mit Pflegebedarf, auf behinderte Kinder in Familien, Menschen mit Erziehungs- und Familienaufgaben oder Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen hingewiesen wurde.

Das Modellprojekt Integriertes Budget bot allen Beteiligten die Möglichkeit, in der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung die Entwicklung in der Behindertenhilfe systematisch mit einzubeziehen und Erfahrungen mit leistungsträgerübergreifenden Leistungen in Form der Budgets zu sammeln. Das Modellprojekt Integriertes Budget bot die Potenzialität, mit einem Innovationsansatz und den Möglichkeiten experimenteller Erprobungen aus dem SGB-XI-Bereich erwünschte Entwicklungen in der Behindertenhilfe zu stärken.

4 Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege 2006.



2. Modellprojekt Integriertes Budget

2.1 Vorgeschichte und Verlauf

Im Rahmen der Modellförderung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI wurde das sogenannte Pflegebudget⁵ an sieben Standorten der Bundesrepublik erprobt und evaluiert. Voraussetzung für die Teilnahme am Pflegebudget war die Gewährung einer Pflegestufe durch die Pflegeversicherung bzw. die Antragsstellung auf Einstufung. Die Teilnahme am Modellprojekt war freiwillig, setzte aber die Bereitschaft zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitforschung voraus. Personen, die am Modellprojekt teilnahmen (Budgetnehmer), erhielten die Leistungen, die ihnen gemäß der Pflegestufe als Sachleistung zustanden, in Geld (Budget) jeweils zum Monatsanfang ausgezahlt. Die Auszahlung erfolgte in der Regel über die Pflegekassen. Dieses Budget, evtl. ergänzt um Eigenmittel und/oder Sozialhilfeleistungen, konnten die Budgetnehmer zum Einkauf von Leistungen zur Deckung des individuellen Hilfe- und Pflegebedarfs verwenden. Die im Sachleistungsbezug § 36 SGB XI vorgesehene Bindung an zugelassene Dienste und Einzelpersonen und die in § 14 SGB XI niedergelegte Begrenzung der Leistungen auf die 21 Verrichtungen des täglichen Lebens entfiel. Für die Ermittlung des individuellen Bedarfs, die Budgetverwendung und die Erstellung eines Hilfeplans wurden den Budgetnehmern Beratung und Begleitung in Form von Case Management zur Seite gestellt.

In diesem Projekt war die Erweiterung bzw. Aufstockung des Budgets durch die budgetfähigen Leistungen gem. § 17 SGB IX (Persönliche Budgets) ausdrücklich nicht vorgesehen.

Das trägerübergreifende Budget ist seit 2004 verbindlich im SGB IX verankert. Nach § 17 SGB IX wurde ein neuer gesetzlicher Rahmen für personenbezogene Budgets eröffnet. Persönliche Budgets können bei den Trägern der Rehabilitation sowie den Pflegekassen und den Integrationsämtern beantragt werden. Nach § 35a SGB XI gilt jedoch für die Leistungen der Pflegeversicherung „nach §§ 36, 37 Abs. 1, 38, 40 Abs. 2, 41 auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2-4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung nach § 159 des Neunten Buches“, dass sie nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden. Lediglich das im Voraus bestimmte Pflegegeld ist bei der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI über dem Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB IX budgetfähig. Beim Pflegegeld handelt es sich jedoch nicht um eine Budgetleistung, sondern

5 Unveröffentlichter Abschlussbericht Pflegebudget (ABPB) 2008.

um eine Geldleistung mit Gratifikationscharakter für pflegende Angehörige. Insofern ist die Regelung in Satz 1 irreführend, der besagt, dass das Pflegegeld als Teil eines Budgets angesehen und gewährt werden kann. Pflegegeld wird immer direkt an den Versicherten ausgezahlt und ist nicht zweckbestimmt.

Mit den Restriktionen nach § 35a SGB XI lag bereits bei Einführung des trägerübergreifenden Budgets nahe, dass keine Veränderungen im Leistungsdreieck zwischen Pflegeleistungsberechtigten, Pflegekasse und Anbieter zu erwarten sind.⁶

Das Modellprojekt Integriertes Budget ist anzusiedeln zwischen dem Persönlichen Budget (auch trägerübergreifend) nach § 17 SGB IX und dem zu Beginn beschriebenen Pflegebudget auf der Grundlage des § 8 Abs. 3 SGB XI.

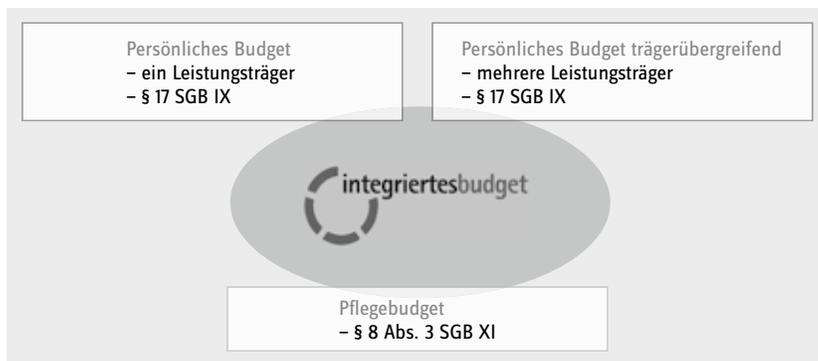


Abb. 1: Integriertes Budget

In Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen⁷ Rheinland-Pfalz und den Spitzenverbänden der Pflegekassen wurde auf Antrag der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V. an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg der Auftrag erteilt, Integrierte Budgets auf der Grundlage der Modellförderung des § 8 Abs. 3 SGB XI zu erproben.

⁶ Diese Prognose wurde im Laufe der Erprobungszeit der Persönlichen Budgets (auch trägerübergreifend) auf der Grundlage des § 17 SGB IX immer wieder bestätigt und konstatiert (vgl. Mühlenbruch 2007; Welti und Rummel 2007, S. 67 f.).

⁷ Zum Zeitpunkt der Antragstellung und beim Start des Modellprojekts: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG).

Projektträger war die Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V. an der Evangelischen Fachhochschule (EFH) Freiburg unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie. Die wissenschaftliche Begleitung war zunächst vom Forschungsverbund Kontaktstelle an der EFH, dem Freiburger Institut für Angewandte Sozialforschung (FIFAS) und dem Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) vorgesehen. Angesichts der kleinen Fallzahl und der Spezifität der Budgetnehmerkonstellationen wurde das Forschungsdesign in Absprache mit den Auftraggebern insofern korrigiert, als es sich auf einen qualitativen, der Handlungsforschung verpflichteten Ansatz beschränkte, dabei allerdings auch Instrumente der Begleitforschung aus dem Projekt Pflegebudget einsetzte und insofern sowohl Synergien genutzt als auch in begrenztem Umfang Vergleichsmöglichkeiten eröffnet wurden.

Bereits in der ersten Projektphase wurde durch die qualitative Anlage des Projekts und die erweiterten Rahmenbedingungen jedoch deutlich, dass Synergieeffekte deutlich sind und auch nutzbar gemacht werden können, eine Verwendung der standardisierten Erhebungsinstrumente jedoch nur reduziert erfolgen sollte. In Absprache mit den Auftraggebern wurde zusätzlich eine Kooperation zwischen den beteiligten Forschungsinstituten der Begleitforschung zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget und dem Projektträger des Integrierten Budgets als sinnvoll erachtet und vereinbart.

Das Land Rheinland-Pfalz hatte nach guten Erfahrungen und breiter Akzeptanz landesweit Budgetleistungen in der Eingliederungshilfe eingeführt. Das zuständige Ministerium war bereit und sehr interessiert daran, die bislang gesammelten Erfahrungen im Behindertenbereich mit den neuen Möglichkeiten des Persönlichen Pflegebudgets zu verbinden. Eine Erprobung in drei Modellregionen war vorgesehen, wobei die Teilnehmerzahl 50 Personen nicht überschreiten sollte.

Im Integrierten Budget wurde ein Case Management in die Begleitung einbezogen, das an bestehenden Strukturen vor Ort angesiedelt werden sollte. Ergänzend waren fachlich qualifizierte Weiterbildung, Unterstützung und Begleitung vorgesehen, die sich an den Methoden und Prinzipien des Case Managements orientierten.

Der Projektverlauf lässt sich in drei Phasen gliedern, in denen jeweils unterschiedliche Schritte hinsichtlich der Implementierung, Durchführung und Evaluation des Modellpro-

jekts Integriertes Budget notwendig waren. Durch den in Kapitel 3.1 näher beschriebenen Forschungsansatz der Handlungsforschung war eine Optimierung der praktischen Erprobung bereits im Verlauf intendiert. Eine Übersicht über die Aufgaben der Begleitforschung in den jeweiligen Phasen findet sich in Abbildung 2.

In einer ersten Phase des Modellprojekts Integriertes Budget wurden Fragen der Passfähigkeit pflgefachlichen und wissenschaftlichen Vorgehens inklusive des Einsatzes entsprechender Instrumente mit den Vorgehensweisen und Paradigmen der Eingliederungshilfe besonders thematisiert.

In der ersten Projektphase standen im ersten Teil die notwendigen konzeptionellen Ausarbeitungen des Modellprojekts und eine Anpassung des Forschungsdesigns im Vordergrund. Vonseiten des Projektmanagements waren in dieser Phase wesentliche Absprachen und Entscheidungen hinsichtlich der Wahl der Projektregionen, der Wahl der Koordinierungsbüros, der detaillierteren Zugangsvoraussetzungen für Budgetnehmer und der Erstellung der Formulare vorzunehmen. Im zweiten Teil wurden die notwendigen Schulungen der Mitarbeiter in den Koordinierungsbüros erarbeitet und durchgeführt. Ein Schwerpunkt lag zudem auf der zunächst vom Projektträger initiierten Öffentlichkeitsarbeit vor Ort.

In der Projektphase zwei nahmen die Koordinierungsbüros ihre Arbeit vor Ort auf, intensivierten die Öffentlichkeitsarbeit, nahmen Budgetnehmer ins Projekt auf und begannen mit der vorgesehenen Begleitung. Im Laufe der Budgetphase gehörten die Sicherstellung des Projektverlaufs und des Case Managements sowie die Überprüfung und Anpassung des Forschungsdesigns zu den Aufgaben des Projektmanagements. Vonseiten der wissenschaftlichen Begleitforschung wurden die vorgesehenen Erhebungen und Interviews durchgeführt und aufbereitet. Die Erstellung der jeweiligen Sachstandsberichte und die Rückführung der Erfahrungen und Ergebnisse in Expertenrunden waren ebenfalls der Budgetphase zuzuordnen.

Der Auswertungsphase werden die Abschlussinterviews und die Enderhebungen zugeordnet. Kernelemente sind die wissenschaftliche Ausarbeitung der Daten sowie die Verschriftlichung des Gesamtprozesses und der Schlussfolgerungen.

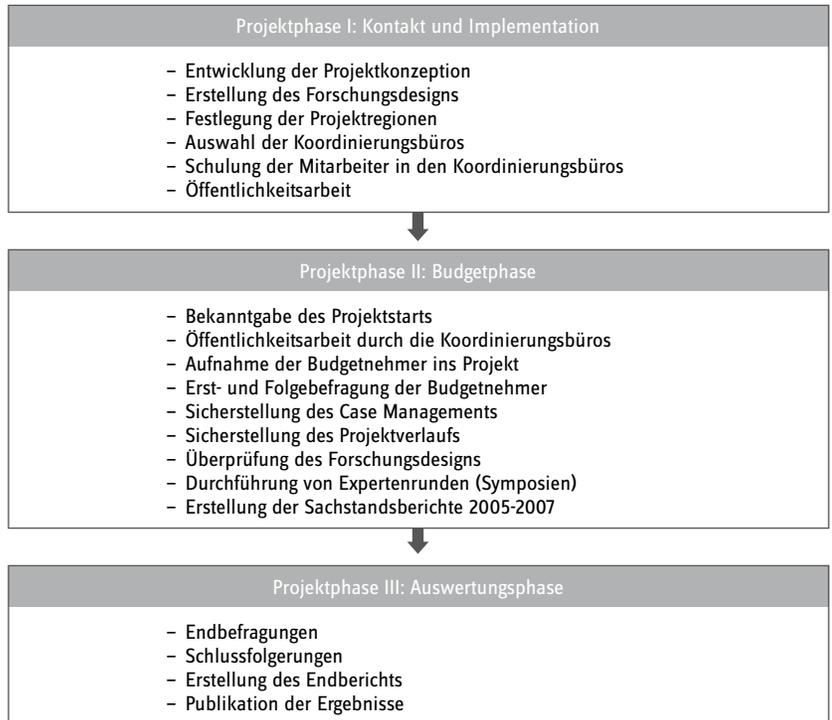


Abb. 2: Aufgaben der Begleitforschung

2.2 Vertrauensschutz

Im September 2006 wurde das Thema eines möglichen Vertrauensschutzes für Budgetnehmer zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, der Koordinierungsstelle und dem Projektträger erstmals beraten. Es bestand Einvernehmen darüber, dass Menschen mit Behinderung, die sich auf das Experiment Integriertes Budget eingestellt haben, auch die Möglichkeit erhalten sollten, zumindest auf Zeit, die Leistungsform des Budgets weitzernutzen zu können, um eine Destabilisierung ihres Hilffarrangements zu vermeiden. Wer sich mit existentiellen Fragen auf ein Experiment im Interesse des Gemeinwesens einlässt, sollte durch eine Vertrauensschutzregelung besonders gewürdigt werden.

Zu diesem Zeitpunkt hatten die Beratungen über die Pflegeversicherungsreform erst begonnen. Insoweit konnte nicht sicher eingeschätzt werden, ob zum Ende des Modellprojekts bereits rechtliche Möglichkeiten bestehen könnten, Pflegearrangements, die auf Grundlage des Budgets umgestellt worden sind, fortzuführen, ohne den Budgetnehmern eine erneute Umstellung ihrer Pflege- und Versorgungsarrangements zuzumuten. Es wurde in Aussicht gestellt, in jedem Fall eine vorübergehende Lösung in Form einer Vertrauensschutzregelung zu finden.

Unter Berücksichtigung der politischen Diskussionen um das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde kontinuierlich über die Frage eines Vertrauensschutzes zwischen der Koordinierungsstelle und dem Projektträger beraten und im Dezember 2007 eine Einigung im Grundsatz erzielt. Nach Gesprächen und Beratungen, auch im Kreis der Spitzenverbände der Pflegekassen, wurde am 26.03.2008 auf Basis der vertraglichen Regelungen des Modellprojekts eine Vertrauensschutzregelung durch die Koordinierungsstelle zugesagt. Diese beinhaltete, dass alle aktiven Budgetteilnehmer der Programmgruppe aus dem Modellprojekt Pflegebudget, die eine Weiterführung wünschten, die Möglichkeit erhielten, bis längstens 31.12.2008 Leistungen analog des Modellprojekts zu beziehen. Zum 01.05.2008 hatten zwölf Budgetnehmer von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht.

2.3 Erarbeitung der Konzeption

2.3.1 Leistungen und Teilnahmeberechtigte im Integrierten Budget

Das Integrierte Budget richtet sich an alle Menschen mit Behinderungen, die:

1. nach §14, 15 SGB XI leistungsberechtigt sind und die Leistungen nach §36, 37, 38 SGB XI erhalten oder beantragt haben. Voraussetzung für die Leistungsgewährung des Pflegebudgets im Integrierten Budget ist die Teilnahmebereitschaft am Projekt und ein Antrag auf Leistungen des Pflegebudgets bei der zuständigen Pflegekasse.
2. mindestens eine weitere Leistung in Budgetform aus dem Bereich der Rehabilitationsträger⁸ beantragen und/oder bereits erhalten.

⁸ Vgl. Tab. 2: Übersicht möglicher Budgetleistungen (nicht abschließend).

Das Pflegebudget wird als Geldleistung in Höhe der Sachleistung je Pflegestufe (§ 36 Abs. 3 SGB XI) ausgezahlt. Die Eingrenzung der Leistungen auf die Verrichtungen des § 14 SGB XI ist aufgehoben (§ 8 Abs. 3 SGB XI). Die Leistungen können auch von Einzelpersonen und Diensten erbracht werden, die keinen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen haben. Das Leistungsspektrum kann damit ausgeweitet und dem individuellen Bedarf und den individuellen Bedürfnissen angepasst werden. Das Pflegebudget dient zum Einkauf von Leistungen (Einkaufsmodell). Nahe Familienangehörige im Sinne des § 38 Abs. 5 SGB V dürfen keine Leistungen des Pflegebudgets beziehen. Im September 2005 wurde in Absprache mit dem BMGS und der Koordinierungsstelle⁹ die Grundsatzentscheidung getroffen, im Modellprojekt Integriertes Budget, analog dem Vorgehen im Modellprojekt Pflegebudget, ehemaligen Pflegegeldbeziehern den Zugang zum Projekt zu ermöglichen. Am 13.01.2006 stimmten die Spitzenverbände der Pflegekassen einer Aufnahme von maximal 20 Geldleistungsnehmern abschließend zu. Sechs Budgetnehmer im Modellprojekt standen vor Eintritt in das Modellprojekt im Geldleistungsbezug. Sie hatten die Geldleistung in erster Linie aus dem Grund gewählt, da geeignete Hilfen im Sachleistungsbezug nicht einkaufbar waren. Auf die Frage, warum sie im Vorfeld die Geldleistung gewählt hatte, antwortet eine Budgetnehmerin:¹⁰

„Weil mir das [Angebot im Sachleistungsbezug. A. d. V.] keine Freiheit und keine Erleichterung gebracht hat – oder nur so viel Zwänge, dass ich das in meinen Alltag nicht integrieren konnte“ (Budgetnehmerin).¹¹

Mit der Zusage, Geldleistungsnehmer aufzunehmen, war die klare Aussage der beteiligten Spitzenverbände der Pflegekassen verbunden, dass es keine Verpflichtung der jeweiligen Pflegekasse gab, den dadurch entstehenden höheren Betrag bzw. den Differenzbetrag zwischen Geld- und Sachleistung selbst an die Budgetnehmer auszubezahlen. Vielmehr wurde gewünscht, eine Abwicklung über den AGP zu gewährleisten bzw. mit jeder Pflegekasse eine Einzelfalllösung zu erarbeiten.

9 Auftraggeber für das Modellprojekt nach § 8 Abs. 3 SGB XI sind die Spitzenverbände der Pflegekassen für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Die Vergabe erfolgt durch Beschlussfassung der Spitzenverbände – unter Einbeziehung eines wissenschaftlichen Programmbeirats – in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Für die Abwicklung und Begleitung der Modellprojekte wurde eine Koordinierungsstelle Modellvorhaben durch die Spitzenverbände beim VdAK/AEV eingerichtet.

10 Die im Abschlussbericht Integriertes Budget verwendeten Zitate wurden sprachlich geglättet. Notationen und Konventionen wurden für das Zitat entfernt.

11 Frau J./Drittinterview; Position: 10.

Zusätzlich zu der Option, als ehemaliger Geldleistungsnehmer das Budget in voller Höhe zu beziehen, wurde noch ein Kombi-Budget mit teilweiser Verwendung der Finanzmittel für nahe Angehörige geschaffen. Dies führte zu folgenden Leistungsoptionen mit verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten und daraus resultierenden Abwicklungsmodalitäten:

Voraussetzungen	Leistungsoption	Zahlung durch	Verwendung der Mittel an Angehörige möglich	Anmerkung
Bisheriger Bezug der Sachleistung (SL) Erstantrag auf Pflegeleistung (mit Bewilligung) Antrag auf Höherstufung (mit Bewilligung) vor TN am IB Krankenhausaufenthalt Kombileistung (90% Sachleistung/10% Geldleistung)	Nr.1 Pflegebudget in voller Höhe des Sachleistungsbezugs	Pflegekasse	Nein	
Bisheriger Bezug des Pflegegelds	Nr.2 Pflegebudget in voller Höhe des Sachleistungsbetrags	Pflegekasse → Geldleistung Kontaktstelle → Aufzahlung bis zur vollen Sachleistungshöhe)	Nein	Höchstens 20 Personen in beiden Modellregionen inkl. Leistungsoption 3 + 5
Bisheriger Bezug von Kombileistung mind. 50% Sachleistung/50% Geldleistung höchstens 90% Sachleistung/10% Geldleistung (siehe Leistungsoption Nr.1)	Nr.3 Pflegebudget in voller Höhe des Sachleistungsbetrags	Pflegekasse → bisherige Kombileistung Kontaktstelle → Aufzahlung auf volle Sachleistungshöhe	Nein	Höchstens 20 Personen in beiden Modellregionen inkl. Leistungsoption 2 + 5
Bisheriger Bezug von Kombileistung mind. 50% Sachleistung/50% Geldleistung höchstens 90% Sachleistung/10% Geldleistung (siehe Leistungsoption Nr.1L)	Nr.4 Pflegebudget als Kombibudget	Pflegekasse → festgelegte Kombileistung (Aushandlung mit Pflegekasse)	Teilweise → Geldleistungsanteil des Kombibudgets	

Voraussetzungen	Leistungsoption	Zahlung durch	Verwendung der Mittel an Angehörige möglich	Anmerkung
Bisheriger Bezug von Geldleistung	Nr. 5 Pflegebudget als Kombibudget	Pflegekasse → Pflegegeld Kontaktstelle → Aufzahlung auf prozentualen Anteil der Sach- leistungshöhe im Kombi- budget	Teilweise → Geldleis- tungsanteil des Kombibudgets	Höchstens 20 Per- sonen in beiden Modellregionen inkl. Leistungsop- tion 2 + 3

Tab. 1: Voraussetzungen und Ablaufplanung für den Bezug von Zahlungen zum Pflegebudget im Integrierten Budget, Stand: 01.04.2006

Über den Projektzeitraum wurden die Leistungsoptionen Nr.1, 3 und 5 gewählt, einmal wurde von der Option Nr. 5 zur Option 3 gewechselt.

2.3.2 Case Management im Integrierten Budget

Im Zeitraum der ersten Projektphase wurde von der Projektleitung ein mit Fachvertretern abgestimmtes Case-Management-Konzept entwickelt, um auf dieser Grundlage Aufgaben, Profile und Ziele zu definieren.

Case Management wird aus fachlicher Sicht als ein organisationsstrukturierendes Handlungskonzept beschrieben, das seine Wirkkraft auf den Ebenen des Einzelfalls, der Organisation und des Versorgungsnetzes entfaltet. Für die Adressaten bedeutet dies, dass die Unterstützung als Hilfe aus einer Hand gewährleistet wird, wobei die für den Einzelfall notwendigen Hilfen von den Case Managern ausfindig gemacht und gesteuert werden (Frommelt et al. 2008).

Das Prozedere des Case Managements lässt sich in aufeinanderfolgende Phasen strukturieren, wobei in der Fachdiskussion terminologische Unterschiede in der Gliederung dieser Phasen genauso bestehen wie eine unterschiedliche Gewichtung oder Aufteilung (vgl. Neuffer 2002; Riet und Wouters 2002).

Im Kontext der Persönlichen Budgets wurde im Integrierten Budget ein Case Management-Konzept entwickelt und in der Praxis erprobt, das sich den Grundgedanken der Neuausrichtung im Bereich der Behindertenhilfe nicht nur im Angebot Budget zu eigen gemacht hat, sondern eine selbstbestimmte Lebensführung und erhöhte Erschließung von Teilhabechancen auch in der Wahl und Gestaltung einer organisierten Unterstützung auf den genannten drei Wirkungsebenen zum Ziel hat.

Im Konzept ist der Grundsatz leitend, dass Menschen mit Behinderungen keine spezielle „Behandlung“ allein wegen ihrer Behinderung benötigen, sondern in erster Linie auf Hilfen zur Bewältigung des Alltags angewiesen sind. Case Management wird daher verstärkt auf das Selbstkonzept der Budgetnehmer abgestimmt. Für diese Form des Rückbezugs wird im Integrierten Budget der Begriff „Reflexives Case Management“ genannt. Einen bedeutsamen Part hierbei nimmt die Form der Kommunikation und Beratung ein. „Case Management integriert fallweise, was Personen humandienstlich brauchen. Was sie nötig haben ergibt sich erst in der Kommunikation mit ihnen (...)“ (Wendt und Löcherbach 2006, S. 14). Wendt betont, dass die hauptsächliche Art der Beratung „konsiliar“ ist. Dies beinhaltet, dass sie im Miteinander von Menschen in einer gemeinsamen Beratung erfolgt.

Im Bereich der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung von Menschen mit Behinderung ist der Ansatz des Peer Counseling bedeutsam. Hierunter wird die Beratung und die Hilfe von Betroffenen für Betroffene verstanden (vgl. Cloerkes 2007, S.84). Diese Form der Beratung kann in den Case-Management-Prozess, z. B. in Zusammenhang mit Persönlichen Budgets, mit einbezogen werden (vgl. z. B. Wendt, W. R. und Löcherbach, P. 2006, S.15).

Unter der Bezeichnung Koordinierungsbüro wurde das Case Management im Integrierten Budget in bestehenden Organisationen der Behindertenhilfe und Selbsthilfe angesiedelt. Ausgehend davon, dass bei den im Bereich der Behindertenhilfe erfahrenen Mitarbeitern notwendige Kenntnisse bezüglich stabiler Netzwerke und der Infrastruktur vor Ort vorhanden sind sowie der Aufbau von Parallelstrukturen vermieden werden sollte, erschien diese Option besonders angemessen und geeignet. Um das Prinzip der Selbstbestimmung zu unterstützen, war bei der Auswahl die Frage leitend, wieweit die Grundhaltung des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe internalisiert wurde. Dieser Grundvoraussetzung wurde mehr Bedeutung beigemessen, da sie für den zentralen Budgetgedanken

- den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (§17 Abs. 3.2 SGB IX) – konstitutiv ist.

2.3.3 Verfahrensabläufe

Durch die Zusammenführung des Pflegebudgets mit Budgets anderer Leistungsträger im Rahmen des Integrierten Budgets wurde zu Beginn des Projekts eine Vielzahl von Fragen aufgeworfen. Auf der Grundlage der Verfahrenswege im Pflegebudget musste eine Abstimmung mit den Verfahrenswegen des trägerübergreifenden Budgets nach §17 SGB IX erfolgen. Dies gestaltete sich insofern aufwendig, als die Budgetverordnung (BudgetV) zum Zeitpunkt der Implementierung in der Praxis noch nicht zur Anwendung gekommen war und auch die Handlungsempfehlungen zum trägerübergreifenden Budget der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) noch nicht über den Stand einer Empfehlung hinaus entwickelt waren. Erfahrungswerte lagen zu diesem Zeitpunkt nicht vor.

Der Verfahrensablauf des Integrierten Budgets wurde so konzipiert, dass einerseits die Verfahrensregelungen des Pflegebudgets berücksichtigt werden konnten, andererseits aber auch die Anschlussfähigkeit an das Verfahren des trägerübergreifenden Budgets auf der Grundlage der BudgetsV gewährleistet wurde. Hiermit konnte der Verwertbarkeit der Ergebnisse des Integrierten Budgets im Hinblick auf eine mögliche flächendeckende Implementierung Rechnung getragen werden.

Vom Verfahrensablauf unterscheidet sich das Integrierte Budget von dem des trägerübergreifenden Budgets dahingehend, dass auf die Rolle des Beauftragten verzichtet wird und die jeweils relevanten Leistungsträger (es handelt sich in allen Fällen um jeweils zwei) ihre Abrechnungen getrennt vornehmen. Die Gesamtplanung der Hilfen wird durch Case Management in den Koordinierungsbüros sichergestellt. Die in §14 SGB IX und in BudgetV getroffenen Regelungen sind maßgeblich.

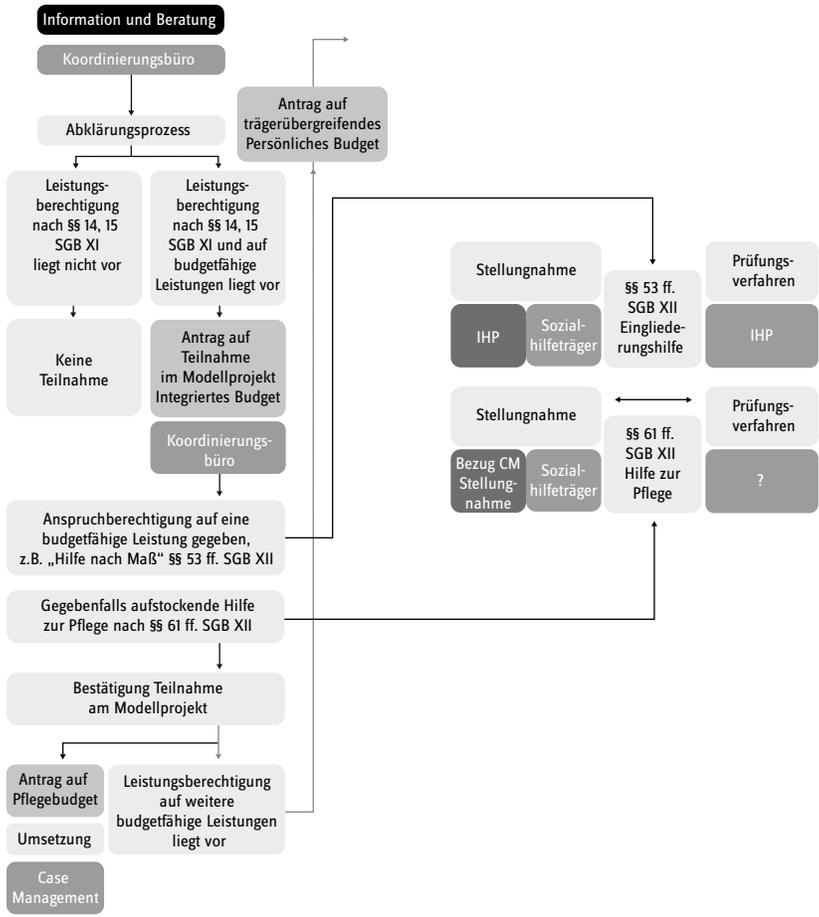


Abb. 3: Verfahrensablauf Integriertes Budget
Quelle: AGP an der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der EFH Freiburg

Modellprojekt
Integriertes
Budget

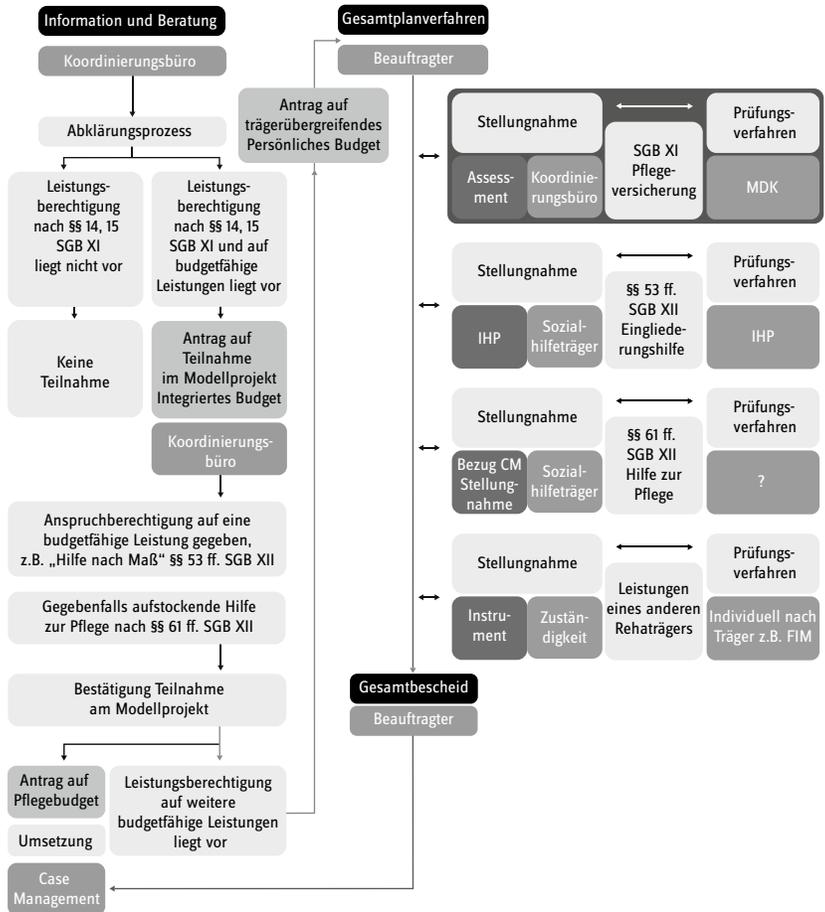


Abb. 4: Verfahrensablauf Integriertes Budget, trägerübergreifendes PB und Pflegebudget
Quelle: AGP an der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der EFH Freiburg

2.4 Wahl der Projektregionen

Die Festlegung der Modellregionen erwies sich als erste Hürde im Modellprojekt und führte zu einer deutlichen Verzögerung im Gesamttablauf. Die Regionen Mayen-Koblenz, Koblenz und Neuwied hatten im Jahr 2002 eine Kooperation vereinbart, um gemeinsam den Bereich der Behindertenhilfe zu evaluieren und „sozialräumliche Untersuchungen und

Sozialplanungen im Verbund¹² vorzunehmen. Aus diesem Zusammenhang heraus erschien es sinnvoll, neben dem Kreis Neuwied - zu dem bereits Kontakte als Modellregion im Pflegebudget bestanden und der seine Zusage bereits gegeben hatte - die genannten Regionen in das Projekt aufzunehmen. Nach offiziellen Anfragen über das MASFG 2004 und über Anfragen der Projektleitung im Januar 2005 konnte nach mehreren Gesprächen im April im Rahmen der Behindertenhilfe-Gesamtplanung der drei Regionen Mayen-Koblenz, Koblenz und Neuwied ein Treffen organisiert werden. Im Juni 2005 erteilten der Kreis Mayen-Koblenz und die Stadt Koblenz jedoch der Teilnahme am Modellprojekt eine Absage. Unverzüglich erfolgte eine Anfrage an den ebenfalls an den Landkreis Neuwied angrenzenden Kreis Ahrweiler. Eine innovative Behindertenförderungsplanung¹³ des Landkreises hätte interessante Rahmenbedingungen bei der Umsetzung des Integrierten Budgets eröffnen können. Aber auch diese potenzielle Modellregion entschied sich gegen eine Teilnahme am Projekt. Bei allen gestellten Anfragen wurde in Gesprächen deutlich, dass die erwartete Mehrbelastung der Mitarbeiter in den Sozialämtern der entscheidende Grund war, sich nicht am Modellprojekt zu beteiligen.

Im Kreis Neuwied erfolgte der Start des Projekts wie vereinbart zum 01.07.2005. Dies konnte mithilfe einer Case Managerin des Pflegebudgets realisiert werden, die in enger Absprache mit der Projektkoordination des Integrierten Budgets die ersten Interessenten begleitete.

Die aufgrund der zögerlichen Reaktionen des Kreises Mayen-Koblenz und der Stadt Koblenz parallel im Mai aufgenommenen Gespräche mit der Stadt Mainz führten im August zu einer Zusage der Beteiligung am Modellprojekt. Somit startete das Integrierte Budget in Mainz zeitlich versetzt zur Region Neuwied zum 01.10.2005. Aufgrund der begrenzten Projektlaufzeit wurde auf die Akquise eines weiteren Kreises verzichtet, um den Start des Projekts nicht noch weiter zu verzögern.

2.4.1 Standort Neuwied

Der Landkreis Neuwied bildet mit ca. 185.000 Einwohnern einen der größten Flächenkreise (626 km²) in Rheinland-Pfalz. 20,1% der Bevölkerung sind 65 Jahre und älter. Es han-

¹² Müller 2004, S. 3.

¹³ Vgl. Kniel 2005.

delt sich um einen ländlich strukturierten Flächenkreis. Haupterwerbszweig im Landkreis sind überwiegend mittelständische Betriebe. Die Stadt Neuwied, Sitz der Kreisverwaltung, liegt mit ca. 70.000 Einwohnern im südlichen Teil des Landkreises.

Neuwied zeichnet sich dadurch aus, dass im Kreis bereits vielfältige Budgeterfahrungen vorliegen. So war der Kreis Neuwied Modellregion im Projekt „Hilfe nach Maß“, einem „Budget“ der Eingliederungshilfe. Diese Budgetform ist mittlerweile flächendeckend in ganz Rheinland-Pfalz eingeführt worden.¹⁴ Außerdem ist der Kreis Neuwied einer der sieben Standorte des Pflegebudgets.

Im Bereich der Behindertenhilfe ergibt sich folgendes Bild: Im Landkreis findet sich eine Vielzahl von Angeboten im ambulanten und stationären Bereich der Behindertenhilfe. Hierbei handelt es sich um Sonderschulen, Wohn- und Pflegeheime, Betreutes Wohnen sowie Berufs- und Ausbildungsinstitutionen. Durch die schulischen und beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten ist die Zahl jüngerer pflegebedürftiger Menschen verhältnismäßig hoch. Im ambulanten Bereich ist in Bezug auf die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit hervorzuheben, dass es im Landkreis fünf Ambulante Hilfezentren (AHZ)¹⁵, zwei freigemeinnützige Ambulante Dienste und zwölf private Anbieter gibt. Für Offene Hilfen für Menschen mit Behinderung gibt es einen Anbieter.

Das Engagement der Bürger in Selbsthilfegruppen ist bemerkenswert hoch. Es gibt im Kreis fast 100 Selbsthilfegruppen.¹⁶ Viele von ihnen bieten Unterstützung für Menschen mit Behinderung.

2.4.2 Standort Mainz

Die Stadt Mainz ist eines der fünf Oberzentren des Landes Rheinland-Pfalz und bildet mit Wiesbaden (Hessen) ein länderübergreifendes „Doppelzentrum“. Auf einer Grundfläche von 97,8 km² leben ca. 196.000 Menschen. 17% sind 65 Jahre und älter. Infrastruktur und Wirtschaft der Medien- und Universitätsstadt Mainz sind geprägt durch die Zugehörigkeit zur Frankfurt-Rhein-Main-Region.

¹⁴ Vgl. MASFG 2006.

¹⁵ Eine Besonderheit in Rheinland-Pfalz ist das flächendeckende Netz von 134 Ambulanten Hilfezentren, die sich je aus einer Beratungs- und Koordinationsstelle (BeKo-Stelle) und einer Sozialstation zusammensetzen.

¹⁶ Einen Überblick bietet „NEKIS – Neuwieder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe“ (www.nekis.de).

Im Bereich der Behindertenhilfe ist hervorzuheben, dass in der Stadt Mainz das Angebot für Menschen mit Behinderungen über ein durchschnittliches Versorgungsangebot im stationären und ambulanten Bereich hinausgeht. Durch gute barrierefreie Strukturen sind die Teilhabechancen für Menschen mit Behinderung in der Stadt Mainz vergleichsweise hoch. Der Behindertenbeirat der Stadt Mainz hat als städtisches Gremium durch die verstärkte Aufnahme von Themen der Kommunalpolitik, die Menschen mit Behinderung betreffen, seit 1996 dazu beigetragen, dass – ganz im Sinne der ICF – Umweltfaktoren in den Blick genommen wurden.

In der Stadt Mainz gibt es durch zwei große Organisationen der Selbsthilfe für Menschen mit körperlichen Behinderungen und verschiedene Anbieter der Wohlfahrtspflege ein breites Spektrum an ambulanten Angeboten in den Bereichen Beratung und Unterstützung. Im Bereich Pflege besteht wie in Neuwied auch das für Rheinland-Pfalz spezifische Angebot der AHZ.

2.5 Auswahl und Implementierung der Koordinierungsbüros

2.5.1 Auswahl der Koordinierungsbüros

Eine umfassende Recherche der regionalen Angebote in der Behindertenhilfe wurde als Verteiler für Informationen zum Integrierten Budget in der Region genutzt. Die über diesen Verteiler zur Informationsveranstaltung eingeladenen Organisationen wurden im Kreis Neuwied über den geplanten Aufbau von Koordinierungsbüros informiert. Die fünf den Anforderungen am meisten entsprechenden Organisationen erhielten die Ausschreibungsunterlagen. Durch den in Mainz verspäteten Start erfolgte hier die Ausschreibung ausschließlich schriftlich an zwölf Organisationen, bevor die Informationsveranstaltung stattfand. In beiden Regionen unterstützten die Sozialämter die Projektleitung bei der Auswahl der anzuschreibenden Organisationen. Erwartungen und Qualitätsanforderungen an die bewerbenden Organisationen wurden geprüft und die Auswahl getroffen. Mit dem Ziel, verschiedene Gruppen von Menschen mit Behinderungen anzusprechen und damit die Zielgruppe möglichst offen zu halten, fiel die Entscheidung auf folgende fünf Organisationen:

Modellprojekt
Integriertes
Budget

Mainz:

- Commit - Club Behinderter und ihrer Freunde¹⁷
- Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH¹⁸
- Zentrum für selbstbestimmtes Leben (ZsL)¹⁹

Neuwied:

- Beratungsstelle der Offenen Hilfen im Heinrich-Haus Neuwied²⁰
- Lebenshilfe Neuwied-Andernach e. V.²¹

Commit - Club Behinderter und ihrer Freunde ist eine aus der Selbsthilfe heraus entstandene, mittlerweile etablierte Organisation mit den Zielen Integration, Selbsthilfe und Selbstbestimmung. Commit bietet Clubarbeit, Betreutes Wohnen, Ambulante Dienste und den Betreuungsverein Eigenleben an. Der für das Projekt Integriertes Budget zuständige Mitarbeiter arbeitet zudem im Bereich Betreutes Wohnen.

Die Zielgruppe der Gemeinnützigen Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH sind in erster Linie Menschen mit seelischen Erkrankungen. Durch das vermehrte Auftreten von Pflegebedürftigkeit in Kombination mit seelischer Behinderung erschien es im Rahmen des Integrierten Budgets interessant zu verfolgen, inwieweit Budgets in diesem Bereich erprobt werden können. Eine gute Netzwerkeinbindung dieser Einrichtung im Bereich der Behindertenhilfe führte ebenfalls zur Entscheidung, diesen Träger zu berücksichtigen.

Die dritte Organisation in Mainz ist das Zentrum für selbstbestimmtes Leben (ZsL), das sich mit der Idee des „Independent Living“ verbunden fühlt und Mitgliedsorganisation der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e. V. in Deutschland ist. Die für das Integrierte Budget zuständige Mitarbeiterin arbeitet im ZsL außerdem als Beraterin in Projekten für Menschen mit Behinderung. Der Konzeption des ZsL entsprechend handelt es sich um eine Mitarbeiterin, die selbst eine Behinderung hat. Der Ansatz des Peer Counseling kann hiermit auch im Modellprojekt Integriertes Budget umgesetzt werden.

17 www.commit-cbf.de

18 Die Internetseite befindet sich derzeit im Aufbau.

19 www.zsl-mainz.de

20 www.heinrich-haus.de

21 www.lebenshilfe-neuwied.de

Das Heinrich-Haus Neuwied GmbH ist ein großer Anbieter für ambulante und stationäre Angebote im Bereich der Behindertenhilfe. In der Beratungsstelle der Offenen Hilfen wird bereits im Sinne von Case und Care Management gearbeitet.

Weiterer Träger eines Koordinierungsbüros ist die Lebenshilfe Neuwied-Andernach e. V., die im Landkreis Neuwied den Vorteil hat, dass ihre Anlaufstellen im Landkreis verteilt sind und eine Verbreitung des Modellprojekts dadurch auch im ländlichen Raum besser erfolgen kann.

Die Vielfalt in der Ausrichtung der Koordinierungsbüros ermöglicht es, verschiedene Gruppen von Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen ansprechen zu können. Die Möglichkeit einer Wahl – nicht nur hinsichtlich der Leistungsangebote im Persönlichen Budget, sondern auch in Bezug auf Beratung und Unterstützung – wurde konzeptionell als wesentlich erachtet.

Die Koordinierungsbüros unterstützen den Projektträger in der Öffentlichkeitsarbeit, sind Anlaufstelle für die Beratung zum Integrierten Budget, sichern die Datenerhebung der Begleitforschung und begleiten direkt oder mit Unterstützung von Kontaktpersonen die Budgetnehmer.

Außerdem übernehmen sie die spezifischen Aufgaben des Case Managements (vgl. Kapitel 7). Nach Festlegung der Koordinierungsbüros im September und Oktober 2005 bedurften die Kooperationen einer schriftlichen Fixierung. Geregelt wurden über Kooperationsvereinbarungen:

- die Festlegung des Zwecks der Kooperation,
- die Freistellung der Case Manager und die Regelungen zur Dienst- und Fachaufsicht sowie
- die Regelung der Finanzierung (Case Management, Qualifizierung der Case Manager, Reisekosten, Sachkosten) und Abrechnungsmodalitäten.

Im Dezember 2005 konnten alle Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen werden. Durch die Verlängerung der Budgetbezugszeit unter Beibehaltung des Case Managements bis zum 30.04.2008 wurde eine Verlängerung der vertraglichen Vereinbarungen vorgenommen.

2.5.2 Qualifizierung der Mitarbeiter in den Koordinierungsbüros

Um die Qualifizierung sicherzustellen und eine erforderlich enge Anbindung an das Konzept des Integrierten Budgets gewährleisten zu können, wurde von der Projektleitung ein Schulungs- und Qualifizierungsverbund geschaffen. Es wurden zwei Case-Management-Schulungseinheiten durch das - vom DGCC zertifizierte - Institut für Weiterbildung e. V. (IFW) an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg realisiert. Ebenso wurden zwei Lehreinheiten zum Assessment-Instrument RAI HC 2.0²² durchgeführt. Außerdem wurden die Grundlagen der Konzeption und die Verfahrenswege des Integrierten Budgets vermittelt sowie vierteljährliche Treffen der Koordinierungsbüros durchgeführt. Alle Mitarbeiter hatten bereits Erfahrung mit der Anwendung der Individuellen Hilfeplanung (IHP) in Rheinland-Pfalz, sodass auf dieses ebenfalls im Rahmen des Projekts benötigte Wissen zurückgegriffen werden konnte.

2.6 Öffentlichkeitsarbeit

Die Pressearbeit im Modellprojekt wurde als Informationsstrategie über das Gesamtprojekt, aber natürlich auch auf der jeweiligen lokalen Ebene an den Projektstandorten genutzt. Zur professionellen Gestaltung und Begleitung der unterschiedlichen Themenfelder im Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit wurde mit dem Förderverein FORUM SOZIALSTATION e. V., als Rechtsträger der Redaktion FORUM SOZIALSTATION, kooperiert. Die Redaktion zeichnete sich bereits zu Projektbeginn durch ihre umfangreichen Kenntnisse im Modellprojekt Pflegebudget aus und garantierte hierdurch eine einheitliche Darstellung der beiden Projekte.

Das Leistungsspektrum umfasste im Wesentlichen die Mitarbeit an der Erarbeitung eines Konzepts für die Öffentlichkeitsarbeit sowie die redaktionelle und grafische Gestaltung aller notwendigen Öffentlichkeitsmaterialien und Medien. Alle Veröffentlichungen bzw. Drucke erfolgten in enger Abstimmung mit der Koordinierungsstelle und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Die primären Materialien und Aktionen werden im Folgenden kurz beschrieben.

²² RAI HC 2.0. - Resident Assessment Instrument. Es handelt sich um ein Instrument zur Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und in der geriatrischen Rehabilitation.

2.6.1 Materialien

Nach Abklärung aller wesentlichen Rahmenbedingungen wurde im November 2005 ein Flyer mit dem Titel „Das Integrierte Budget. Mehr wissen - selbst entscheiden“ hergestellt. Aufgrund der geringen Druckauflage wurde der Flyer im Selbstdruck erstellt. Das Faltblatt war zur Information von potenziellen Budgetnehmern und deren Angehörigen und zur Auslage bei Pflegediensten, Selbsthilfe, Informationsstellen und für eigene Veranstaltungen des Integrierten Budgets konzipiert. Im Januar 2006 wurde der Text noch einmal leicht angepasst. Im Mai 2006 wurde der Flyer in eine einfache Sprache übersetzt und ebenfalls im Selbstdruck verlegt.

„Meilensteine“, ein projektinternes Medium, wurde konzipiert, um über den Verlauf des „Lernprojekts“ Pflegebudget zu informieren, Resultate weiterzugeben und Projektpartner sowie Experten zu Wort kommen zu lassen. Dieses Medium wurde ab der dritten Ausgabe auch für das Integrierte Budget als Informationsplattform genutzt.

Die dritte Ausgabe von „Meilensteine“ (Februar 2006) bilanzierte das II. Symposium des Pflegebudgets, das im Dezember 2005 in Erfurt stattgefunden hatte und erstmals in Zusammenarbeit mit dem Integrierten Budget konzipiert wurde. In der vierten Ausgabe (September 2006) stellte das Integrierte Budget erste Erfahrungen aus dem Modellprojekt vor. Die fünfte Ausgabe informierte über Zusammenhänge von Autonomie und Budgetgewährung des Integrierten Budgets und zeigte anhand von Fallbeispielen, wie sich das Projekt in der Praxis bewährte. Im Erscheinungszeitraum steigerte sich die Auflage ab der dritten Ausgabe aufgrund der hohen Nachfrage von anfänglich 3.000 auf 7.000 Exemplare.

Als Ergänzung und um schneller Informationen über die Modellprojekte Pflegebudget und Integriertes Budget in Umlauf bringen zu können, startete im August 2005 der NEWSLETTER als E-Mail-Version; bis Mai 2008 wurden elf Ausgaben versandt. Die organisatorische Abwicklung (Anmeldung/Abmeldung) erfolgte über die Homepage des Projekts. Zum Ende war der NEWSLETTER von knapp 1.900 Personen abonniert.

2.6.2 Homepage

Als Medium mit der höchsten Nachfrage hat sich die barrierefreie Internetpräsenz www.integriertesbudget.de erwiesen. Nach Eröffnung des Internetportals im Juni 2005 lag die Zugriffsrate auf diese Seite im Jahr 2005 im Schnitt pro Quartal bei über 3.000, ab dem Jahr 2006 bei über 4.000. Zu Spitzenzeiten wurde die Seite mehr als 6.800 Mal in einem Quartal aufgerufen. Zu der hohen Nachfrage führten sicherlich, neben den Informationen über das Budget, die abrufbaren Presse- und Fachartikel und auch die eingestellten Dokumentationen über die jeweiligen Symposien.

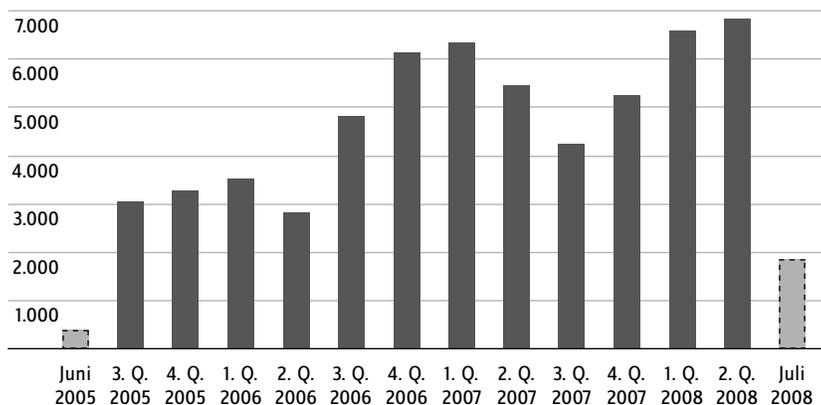


Abb. 5: Zugriffsstatistik Homepage Integriertes Budget

2.6.3 Symposien und weitere Veranstaltungen

Wichtiger Bestandteil der Öffentlichkeitsarbeit, die durch das AGP koordiniert wurde, stellten Veranstaltungen in den Projektregionen dar. Als vertraglich zugesagte jährliche Fachveranstaltung, in der die aktuellen Forschungsergebnisse der Fachöffentlichkeit und interessierten Bürgern zugänglich gemacht werden sollten, wurden von Januar 2005 bis Dezember 2007 vier Symposien durch das Modellprojekt Pflegebudget gestaltet. Ab dem II. Symposium im Jahr 2005 war das Integrierte Budget paritätisch beteiligt:

- 08.-09. Dezember 2005, Erfurt, mehr als 250 Teilnehmer
- 07.-08. Dezember 2006, Koblenz, mehr als 250 Teilnehmer
- 06.-07. Dezember 2007, Bonn, mehr als 170 Teilnehmer

Das Abschluss Symposium in Berlin vom 16. bis 17. Oktober 2008 ist bei Berichtslegung in Planung.

Modellprojekt
Integriertes
Budget

3. Konzeption der wissenschaftlichen Begleitforschung

Die im Rahmen des Modellprojekts Integriertes Budget aufgeworfenen Fragestellungen lassen sich für eine systematische Erarbeitung in vier Fragenkomplexen zusammenfassen:

1. Lebenssituationen, selbstbestimmte Lebensführung, Autonomie:
 - Kann die Autonomie von Menschen mit Behinderung durch die Einbeziehung von Pflegeleistungen in ein Persönliches Budget zusätzlich gestärkt werden?
 - Welche Vorteile weist eine Budgetlösung im Vergleich zum Gutscheilverfahren (vgl. §35a SGB XI) beim trägerübergreifenden Persönlichen Budget aus?
 - In welcher Weise wirkt sich das personenbezogene Budget auf die Lebenssituation, die Integration von Hilfen im Alltag sowie die Steuerung und Gestaltung der Hilfeeinrichtungen aus?
 - Lassen sich selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bei Pflegebedürftigkeit mit Inanspruchnahme eines Budgets besser vereinbaren als im Sachleistungsbezug?
 - In welchem Umfang sind die verschiedenen Gruppen von Menschen mit Behinderungen durch ein derartiges Integriertes Budget anzusprechen, welche typischen Erfahrungen machen Menschen mit körperlichen, geistigen und psychischen Behinderungen mit dem Budget und welche Hindernisse stehen dem entgegen bzw. erfordern welche Unterstützung?
 - Welche Unterstützungsformen gibt es, um selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bei Pflegebedarf zu ermöglichen?
 - Welche Gefahren lassen sich erkennen, was den Missbrauch von Mitteln eines Integrierten Budgets anbelangt, sowohl in der Beziehung zwischen Assistenzkräften und Nutzern als auch hinsichtlich der Qualität der zu erbringenden Dienstleistungen?

2. Leistungsrechtliche Rahmenbedingungen:
 - In welcher Weise lassen sich bekannte Schnittstellenprobleme zwischen Kostenträgern, Leistungsarten, an der Leistungserbringung beteiligten Institutionen und Berufsgruppen sinnvoll bearbeiten?
 - Lassen sich Effizienzeffekte in der Leistungserbringung nachzeichnen?
 - Welche Assessment-Instrumente eignen sich, um sowohl den Pflegebedarf als auch den Rehabilitations- und Assistenzbedarf abzubilden und die Wirkung der Hilfen nachzuzeichnen? In welcher Weise lassen sich Bedarfsfeststellungsverfahren und -instru-

mente aus dem Bereich der Eingliederungshilfe und Pflege harmonisieren und aufeinander beziehen?

- Welche komplementären Sozialleistungen werden im Integrierten Budget genutzt und wie gestalten sich die Entscheidungsprozesse der Sozialleistungsträger?

3. Case Management im Integrierten Budget:

- Welche Aufgaben, Profile und Ziele sollte das Case Management im Integrierten Budget erfüllen?
- Welchen Beitrag leistet das Case Management im Integrierten Budget hinsichtlich des Assessments und für eine bedarfsgerechte und individuelle Versorgung?
- In welchem Umfang gelingt es, durch das Integrierte Budget familiäre und bürgerschaftlich getragene Unterstützung mit Hilfen beruflicher und professioneller Art miteinander zu verknüpfen?
- In welchem Umfang können durch ein Integriertes Budget Heimaufnahmen und Heimunterbringungen reduziert werden?

4. Infrastruktur, Budgetausgestaltung:

- Sind die personenbezogenen Integrierten Budgets unter den derzeitigen Marktbedingungen geeignet und in der finanziellen Höhe ausreichend, um den individuellen Bedarf an Pflege- und Assistenzleistungen zu decken?
- Welche Auswirkungen haben personenbezogene Budgets auf die gegebene Infrastruktur? Kann eine Diversifizierung der Angebotsstruktur erreicht werden, um bedarfsgerechte Hilfe anzubieten?

3.1 Forschungsdesign

Das Integrierte Budget als Projekt innerhalb der in Kapitel 2.1 benannten rechtlichen Rahmenbedingungen, einschließlich der in den Modellregionen beteiligten und interagierenden Personen und Institutionen, wird als (Einzel-)Fall verstanden und einer Fallanalyse unterzogen.

In der Einzelfallanalyse wird ein Gegenstand „hinsichtlich möglichst vieler Dimensionen und zumeist über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet (bzw. befragt, inhaltsanalytisch ausgewertet), beschrieben und analysiert“ (Kromrey 1986, S. 320, zit. nach Lam-

nek 2005, S. 299). Entscheidend ist dabei die Erfassung aller für die Forschungsfragestellungen relevanten Dimensionen in ihrer Ganzheit und Komplexität – eine Reduktion der Merkmale zugunsten der Vergleichbarkeit des Falls mit anderen wird nicht angestrebt. Fälle können aus Personen, Gruppen, Organisationen und auch aus Interventionen bestehen (Lamnek 2005, S. 5).

Die Einzelfallstudie als Forschungsansatz wird im Integrierten Budget mit dem Konzept der Handlungsforschung (vgl. Hart und Bond 2001) verknüpft. Der emanzipatorische Charakter dieses Konzepts ermöglicht eine Sichtweise, in der die Rolle der Befragten so definiert wird, dass sie als Partner und Subjekte mit einbezogen werden können.

Maßgeblich für das Projekt Integriertes Budget und die beteiligten Forscher ist ein soziales Modell von Behinderung, in dem Behinderung nicht als individuell krankhafte Störung, sondern als gesellschaftliche Konstruktion verstanden wird. Entsprechend muss sich nicht der einzelne Mensch, sondern die Gesellschaft verändern, um Menschen mit Behinderung eine uneingeschränkte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen (vgl. Waldschmidt 2003b). Eine konsequente Umsetzung dieses Verständnisses bedeutet, dass auch in Wissenschaft und Forschung zu Menschen mit Behinderung diese nicht als zu befor- schende Objekte, sondern als Subjekte in das Projekt einzubinden sind. Nur durch diese Grundhaltung wird es ermöglicht, die Erfahrungen und Sichtweisen von Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt der Untersuchung über Behinderung zu stellen. In diesem Perspektivenwechsel wird ein Ernstnehmen und Sichtbarmachen von Problemlagen und Sichtweisen, die als Grundlage für die Entwicklung von Lösungen dienen können, vollzogen (vgl. Hermes 2006).

Der Zugang der untersuchten Personen zum Projekt ist sekundär, d. h. sie entscheiden sich für den Budgetbezug und damit für die Teilnahme an der Studie. Sie werden nicht vom Forscher ausgewählt (= primärer Zugang) (Merkens 2005, S. 288 ff.). Dies ist insofern unproblematisch, als keine Stichprobe von Budgetnehmern gebildet werden muss, sondern eine Vollerhebung durchgeführt wird. Die Grundgesamtheit besteht demnach aus allen Pflegebedürftigen, die Anspruch auf das Integrierte Budget haben und sich dafür entscheiden, es zu beantragen.

Der Vergleich einzelner Budgetnehmer unter ausgewählten Perspektiven bildet einen Aspekt des Falls.²³

Die einzelfallbezogenen Erhebungen und Darstellungen (als ein Aspekt des Falls) dienen als Grundlage einer vergleichenden Untersuchung und werden hinsichtlich relevanter Aspekte bezüglich der Forschungsfragen bearbeitet. Eine intensive Reflexion des Forschungsprozesses und der dem Projektdesign inhärenten Konflikte (z. B. konzeptionell angelegter Rollenkonflikt zwischen Projektmanagement und Begleitforschung) werden ebenfalls angemessen geführt.

In der Konzeption als Längsschnittstudie können verschiedene Entwicklungen dokumentiert und abgebildet werden. Insgesamt sind Erhebungen zu mindestens drei verschiedenen Zeitpunkten vorgesehen. Die Ersterhebung erfolgt zu Beginn des Budgeteintritts, wobei das vertiefende Interview im Gegensatz zu den direkt bei Aufnahme in das Projekt durchgeführten Erhebungen (Assessment, standardisierter Erhebungsbogen) erst nach einer Mindestlaufzeit von drei Monaten durchgeführt wird. Bei der Entwicklung der Leitfragen und der Durchführung des Interviews wurde die retrospektive Dimension herausgearbeitet und mit den direkt zu Budgeteintritt erhobenen Daten in Verbindung gesetzt. Das IB vergleicht 15 Budgetnehmer hinsichtlich bestimmter Eigenschaften und Verhaltensweisen wie etwa der Budgetverwendung. Das Untersuchungsziel liegt dabei nicht auf der Abbildung eines individuellen Falls²⁴ in seiner Ganzheit und Komplexität, sondern in der Erhebung vergleichbarer Daten zu den Forschungsfragen des IB. Auf der Basis wiederholter Befragungen kann das Projekt Entwicklungen abbilden und damit Aussagen über einen längeren Zeitraum machen. Statistische Repräsentativität ist im Rahmen dieser Studie nicht gegeben.

3.2 Überprüfung und Anpassung des Forschungsdesigns

Das ursprüngliche Forschungskonzept wurde im ersten Drittel der Projektlaufzeit um eine Non-Response-Analyse erweitert. Im Projektverlauf war nach einiger Zeit deutlich gewor-

²³ Vgl. Punkt 2 Falldarstellungen im Kontext einer Vergleichstudie.

²⁴ Die Fälle im Sinne von Untersuchungseinheiten sind im Integrierten Budget Menschen mit Behinderung und ihr budgetbezogenes Netzwerk (s. o.). Denkbar wären auch Ereignisse oder Interventionen. Dies würde jedoch dem Handlungsforschungsansatz, der die Befragten als handlungsmächtige Subjekte sieht, widersprechen.

den, dass die angestrebte Zahl von Budgetnehmern nicht erreicht werden wird und hinsichtlich einer Fallerweiterung die Perspektive derer, die das Integrierte Budget nicht nutzen wollen/können, relevant ist.

Auf der Grundlage von protokollierten regelmäßigen Treffen und schriftlich festgehaltenen Gesprächen wurden Hypothesen zur Nichtteilnahme aufgestellt. Diese wurden in einem weiteren Treffen mit den Mitarbeitern der Koordinierungsbüros reflektiert, erfahrungsgelernt bestätigt und z. T. ergänzt. Gestützt werden die hieraus gezogenen Ergebnisse zudem von einer mündlich-schriftlich durchgeführten Erhebung zur Nichtteilnahme am Integrierten Budget.

Hinsichtlich des forschungsperspektivischen Verständnisses des Integrierten Budgets als Einzelfall wurde zunächst bewusst auf eine verstärkte Darstellung der Interaktionen innerhalb des organisationalen Feldes verzichtet. Im letzten Drittel der Projektlaufzeit wurden jedoch in jeder der zwei Projektregionen jeweils eine Gruppendiskussion mit Teilnehmern aus den Berufsgruppen Pflege und Sozialarbeit geführt, wobei verbindendes und auswahlbestimmendes Element das Kennzeichen war, dass alle Diskussionsteilnehmer mit den Budgetnehmern des Integrierten Budgets im beruflichen Kontakt stehen. Die Ergebnisse dieser Diskussionen werden in die Bearbeitung der Forschungsfragen mit einfließen und können dadurch die grundsätzlich bereits breit angelegte Datenbasis erneut qualifizieren.

3.3 Datengrundlage

Es wurden 41 Interviews mit 17 Personen durchgeführt. Die Befragung konzentrierte sich auf die Budgetnehmer (15 Personen) im Integrierten Budget und wurde im Bedarfsfall ergänzt durch Befragungen der gesetzlichen Betreuer (zwei Einzelinterviews). Vier Interviews wurden aufgrund von Sprachschwierigkeiten in erster Linie mit jeweils einem Elternteil der Budgetnehmer geführt, wobei die Budgetnehmer am Gespräch beteiligt waren und sich auf eigene Weise beteiligten (dies betraf insgesamt zwei der 15 Personen). Die offenen, leitfadengestützten Interviews wurden vollständig transkribiert und mithilfe des Datenverarbeitungsprogramm MAX QDA 2 verwaltet und inhaltsanalytisch bearbeitet (Mayring 2003). Ergänzend wurden über den gesamten Projektverlauf hinweg von den Case Managern vor Ort personenbezogene Begleittagebücher geführt, die ebenfalls in

die Analysen mit einbezogen wurden. Direkt mit Aufnahme in das Modellprojekt erfolgten eine standardisierte mündliche Erhebung und die Durchführung des Assessments auf der Grundlage RAI HC 2.0. Beide Erfassungen wurden durch die Case Manager durchgeführt und im gesamten Projektzeitraum je nach Bezugszeit des einzelnen Budgetnehmers (abhängig vom Eintrittsdatum) wiederholt. Bei allen Budgetnehmern wurden beide Erfassungen zum Ende der Projektlaufzeit im Rahmen einer Enderhebung erneut durchgeführt.

Im Rahmen der Non-Response-Analyse wurden am Integrierten Budget interessierte Personen befragt, die bereits Kontakt mit den Mitarbeitern in den Koordinierungsbüros hatten. Von 45 Beratungen zum Integrierten Budget, die nicht in eine Antragstellung mündeten, konnte etwa ein Drittel namentlich erfasst und zur Teilnahmebereitschaft bezüglich der Befragung angesprochen werden. Von diesen Personen verweigerten vier die Teilnahme (Gründe: dreimal Krankheit, einmal kein Interesse), und neun nahmen an der Erhebung teil.

Die Personen, die formal zur Teilnahme berechtigt waren, aber keinen Kontakt zu den Koordinierungsbüros hatten, konnten nicht erfasst werden.²⁵ Im Rahmen der Gruppendiskussion konnten die Beiträge von 14 Personen in zwei Diskussionsrunden aufgenommen werden. In die Auswertungen fließen Daten von 104 Budgetnehmern des Modellprojekts Pflegebudget ein. Ausgewählt wurden aus dem Pool der Teilnehmer des Pflegebudgets alle Personen, die 65 Jahre oder jünger waren.

²⁵ Grundsätzlich berechtigt waren alle Personen, die leistungsberechtigt im Sinne der Pflegekasse sind und zusätzlich eine weitere budgetfähige Leistung nach den Vorgaben des §17 SGB IX erhalten (d. h. außer den Sozialhilfeträgern z. B. auch die Krankenkassen, Integrationsämter etc.). Es ist nicht möglich, alle zur Teilnahme am IB Berechtigten über die Leistungsträger zu erreichen. Von Versuchen, dies zumindest teilweise als Rekrutierungsweg zu nutzen, wurde bewusst Abstand genommen, da eine der konzeptionellen Grundannahmen persönliche Gespräche und Vertrauen als wesentliches Zugangskriterium einschätzt. Dies wäre auf dem Weg einer Mailing-Aktion nicht gegeben gewesen.

4. Budgetrelevante Leistungen

54

Budgetrelevante Leistungen

Nach §17 Abs.2 Satz 1 SGB IX sind alle Leistungen zur Teilhabe budgetfähig und stehen damit allen leistungsberechtigten Personen im Sinne des SGB IX auch zur Verfügung. Neben den Leistungen zur Teilhabe sind im Rahmen eines trägerübergreifenden Budgets auch die nach §17 Abs.2 Satz 4 SGB IX „erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können“ budgetfähig. Auf dieser Grundlage eröffnet sich ein breites Feld möglicher Leistungen²⁶, die im Rahmen eines Integrierten Budgets in Frage kommen würden. Auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind als Leistungen zur Teilhabe grundsätzlich budgetfähig. Selbiges gilt für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die nachfolgende tabellarische Übersicht²⁷ soll einen Überblick zu möglichen Budgetleistungen geben, wobei es sich um eine beispielhafte Übersicht handelt, die es in Theorie und Praxis zu erweitern gilt:

Gesetzliche Krankenversicherung

- Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen; ambulante Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs.1 SGB V)
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen; stationäre Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V)
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter; Mutter-Kind-Maßnahmen; Vater-Kind-Maßnahmen (§ 41 Abs.1 SGB V)
- Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (§33 Abs.1 SGB V)
- Blindenführhund-Aufwendungsersatz (§33 Abs.1 SGB V)
- Hilfsmittel-Betriebskosten (§33 Abs.1 SGB V)
- Häusliche Krankenpflege (§37 SGB V)
- Haushaltshilfe (§ 38 Abs.1 SGB V, § 43 Abs.1 SGB V i. V. m. §§ 44 Abs.1 Nr. 6, 54 SGB IX)
- Fahrtkosten (§ 60 SGB V)
- Reisekosten als ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§60 SGB V, §§ 44 Abs.1 Nr. 5 i. V. m. 53 Abs.1 bis 3 SGB IX)

²⁶ Bezüglich der Budgetfähigkeit einzelner Leistungen vgl. Welti und Rummel 2007, S. 53 ff.

²⁷ In Anlehnung an die Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ (BAR -Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2005. Online im Internet: www.bar-frankfurt.de), hier auch weiterführend und detaillierter.

- Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 43 Abs.1 SGB V i. V. m. § 44 Abs.1 Nr. 3 und 4 SGB IX)
- Gebärdensprachdolmetscher (§§17 Abs.1, 2 SGB I, 19 Abs.1 Satz 2 SGB X, Kommunikationshilfenverordnung)

Bundesagentur für Arbeit

- Besondere Leistungen (§103 Satz 2 SGB III)

Unfallversicherung

- Ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 39 SGB VII i. V. m. § 44 Abs.1 Ziff. 3 SGB IX)
- Reisekosten als ergänzende Leistung zur Heilbehandlung, zur medizinischen Rehabilitation und zur beruflichen Teilhabe (§ 43 SGB VII i. V. m. §§ 33 Abs. 7, 44 Abs.1 Nr. 5, 53 SGB IX)
- Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten (§§ 42, 54 SGB VII i. V. m. § 54 SGB IX)
- Haushaltswirtschaftliche Versorgung (§ 39 Abs.1 Nr. 2 SGB VII)
- Sonstige Leistungen zur Erreichung und zur Sicherstellung des Erfolgs der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe (§ 39 Abs.1 Nr. 2 SGB VII, § 33 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX)
- Arbeitsassistent (§ 35 SGB VII i. V. m. § 33 Abs. 8 Nr. 3 SGB IX)
- Gebärdensprachdolmetscher als Kommunikationshilfe (§ 17 Abs. 2 SGB I i. V. m. § 19 Abs.1 SGB X)
- Aufwendungen für Lern-, Unterrichts- und Arbeitsmittel (§ 35 Abs.2 SGB VII, § 33 Abs. 7 Nr. 2 SGB IX)
- Mietkostenzuschuss (§ 41 SGB VII, § 3 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX)
- Verpflegungskosten (§ 43 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII, § 33 Abs. 7 Nr.1 SGB IX)
- Teilförderung der beruflichen Wiedereingliederung (§ 35 Abs.3 SGB VII, § 33 Abs. 6 Nr. 6 SGB IX)
- Existenzgründung (§ 39 Abs.1 Nr. 2 SGB VII, §§ 33 Abs. 3 Nr. 5 und 6 SGB IX, § 57 SGB III)

Rentenversicherung

- Leistungen der Berufsvorbereitung sowie der beruflichen Anpassung und Weiterbildung (§ 33 Abs. 3 Nr. 2 und 3 SGB IX)

Budgetrelevante Leistungen

- Kfz-Hilfe in Form der Erstattung der Kosten für die Beschaffung eines behinderungsgerechten Kfz bzw. für eine Zusatzausstattung und Fahrerlaubnis (§ 33 Abs. 8 Nr. 1 SGB IX i. V. m. §§ 4ff. KfzHV)
- Beförderungskosten i.R. von Kfz-Hilfeleistungen (§ 33 Abs. 8 Nr. 1 SGB IX i. V. m. § 9 Abs. 1 Satz 2 KfzHV)
- Arbeitsassistenz (§ 33 Abs. 8 Nr. 3 i. V. m. Satz 2 bis 4 SGB IX)
- Wohnungshilfe (§ 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX)
- Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 28 SGB VI i. V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX)
- Reisekosten (§ 28 SGB VI i. V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 5 und 6 § 53 SGB IX)
- Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten (§ 28 SGB VI i. V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 6 und § 54 SGB IX)
- Gebärdensprachdolmetscher (§ 17 Abs. 2 SGB I i. V. m. § 19 Abs. 1 SGB X)

Kriegsopferfürsorge

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 27d Abs. 3 BVG i. V. m. 5. Kapitel SGB XII, §§ 17, 26-32 SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 26 BVG, §§ 1-17 KfürV, §§ 17, 33-46 SGB IX)
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 26a BVG, § 16 KfürV, §§ 17, 44-54 SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 27d Abs. 3 BVG i. V. m. 6. Kapitel SGB XII, §§ 17, 55-59 SGB IX)

Sozialhilfe

- Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich (§§ 53, 54 SGB XII i. V. m. § 55 Abs. 2, Ziffer 6 SGB IX)
- Teilstationäre Eingliederungshilfen (§§ 53, 54 Abs. 1 Ziffer 4, 56 SGB XII)
- Stationäre Eingliederungshilfen (§§ 53, 55 SGB XII)
- Leistungen zur Mobilität (§§ 53, 54 SGB XII i. V. m. §§ 55, 58 SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 53, 54 SGB XII i. V. m. §§ 55 Abs. 2 Ziffern 3 und 7, 58 SGB IX)
- Hilfen zur Kommunikation und Information (§ 17 SGB I, § 19 SGB X, §§ 53, 54 SGB XII i. V. m. §§ 55, Abs. 2 Ziffern 4 und 57 SGB IX)
- Hilfe zum Besuch einer Hochschule (§§ 53, 54 Abs. 1 Ziffer 2 SGB XII)
- Entlastung von Familien (freiwillige Leistungen)

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 53, 54 SGB XII i. V. m. § 26 Abs. 2 Ziffer 2 SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 53, 54, 56 SGB XII i. V. m. § 41 SGB IX)
- Ergänzende Leistungen (§ 27 SGB XII, §§ 41, 42 SGB XII, §§ 61, 63 SGB XII)
- Einmalige Geldpauschalen (§§ 31, 54 SGB XII i. V. m. § 55 Abs. 2 Ziffern 5 SGB IX, § 54 SGB XII i. V. m. § 55 Abs. 2 Ziffer 1 SGB IX)

Pflegeversicherung

- Häusliche Pflege/Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)
- Häusliche Pflege/Pflegegeld (§ 37 Abs. 1 SGB XI)*
- Häusliche Pflege/Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI)
- Teilstationäre Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)
- Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (§ 40 Abs. 2 SGB XI)

Beim Pflegegeld handelt es sich nicht um eine Budgetleistung, sondern um eine Geldleistung mit Gratifikationscharakter für pflegende Angehörige. Insofern ist die Regelung in § 35a SGB XI Abs. 1 irreführend, dass das Pflegegeld als Teil eines Budgets angesehen und gewährt werden kann. Pflegegeld wird immer direkt an den Versicherten ausgezahlt und ist nicht zweckbestimmt, insofern auch nicht in Zielvereinbarungen mit einzubeziehen.

Integrationsämter

- Technische Arbeitshilfen (Beschaffung, Wartung, Instandsetzung, Ausbildung im Gebrauch, Ersatzbeschaffung, Anpassung an die techn. Weiterentwicklung) (§102 Abs. 3 Satz 1 Nr.1 Buchst. a) SGB IX, §19 SchwbAV)
- Zum Erreichen des Arbeitsplatzes (Beschaffung eines Kfz, behinderungsbedingte Zusatzausstattung, Erlangung einer Fahrerlaubnis) (§102 Abs. 3 Satz 1 Nr.1 Buchst. b) SGB IX, § 20 SchwbAV i. V. m. den Vorschriften der KfzHV)
- Zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (§102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. d) SGB IX, § 22 SchwbAV)
- Zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten (§102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. e) SGB IX, § 24 SchwbAV)
- In besonderen Lebenslagen (§102 Abs. 3 Satz 1 Nr.1 Buchst. f) SGB IX, § 25 SchwbAV)
- Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz (zur Sicherung bestehender Beschäftigungsverhältnisse) (§102 Abs. 4 und 7 SGB IX)

Budgetrelevante Leistungen

- Nachrichtlich: Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für sbM zur Erlangung eines Arbeitsplatzes (§33 Abs. 8 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 SGB IX, §33 Abs. 8 Satz 2 SGB IX, §33 Abs. 8 Sätze 2 und 3 SGB IX, §33 Abs. 8 Satz 4 und 102 Abs. 4 SGB IX)
- Zur Gründung und Erhaltung einer selbstständigen beruflichen Existenz (§102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. c) SGB IX, §21 SchwbAV, §21 Abs. 1 SchwbAV, §21 Abs. 4 SchwbAV)

Öffentliche Jugendhilfe

- Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§53 Abs. 3 und 4 Satz 1, §§54, 56 und 57 SGB XII)

Tab. 2: Übersicht möglicher Budgetleistungen (nicht abschließend)

4.1 Pflegerelevante Leistungsgrundlagen

Pflegerelevante Sozialleistungsgrundlagen finden sich in verschiedenen Stellen im deutschen Recht und sollen im Folgenden kurz skizziert werden.

Sozialrechtsbereich	Rechtsgrundlage	Träger bzw. zuständige Stellen	Aufgaben/Leistungen
Gesetzliche Krankenversicherung	SGB V	Krankenkassen (AOK, BKK, Ersatzkrankenkassen, Knappschaft, LKK, usw.)	Ambulante und stationäre Krankenbehandlung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, med. Rehabilitation; überwiegend Sachleistungen
Soziale Pflegeversicherung	SGB XI	Pflegekassen (bei den gesetzlichen und privaten Krankenkassen)	Ambulante und stationäre Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, Rehabilitation; Sach- und Geldleistungen
Sozialhilfe	SGB XII	Sozialämter (bei Gemeinde-/Stadt- bzw. Kreisverwaltung) Landessozialämter	Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfen zur Gesundheit (insbesondere Hilfe bei Mutterschaft und Schwangerschaft, bei Krankheit, zur Pflege, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen); Geld- und Sachleistungen

Sozialrechtsbereich	Rechtsgrundlage	Träger bzw. zuständige Stellen	Aufgaben/Leistungen
Gesetzliche Unfallversicherung	SGB VII	Berufsgenossenschaften, Ausführungsbehörden von Bund, Ländern und Gemeinden	Heilbehandlung, Rehabilitation, Geld- und Sachleistungen bei Krankheiten und Pflegebedürftigkeit wegen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit
Soziale Entschädigung	BVG	Versorgungsämter	Versorgungsleistungen für Kriegsoffer, Soldaten, Zivildienstleistende, Opfer von Impfschäden und Gewalttaten, etc.; Geld- und Sachleistungen
Lastenausgleich	LAG u. a.	Lastenausgleichsämter	Ambulante und stationäre Leistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, Geldleistungen
Kinder- und Jugendhilfe	SGB VIII	Jugendämter (bei Gemeinde-/Stadt- bzw. Kreisverwaltung)	Hilfe zur Erziehung, Pflege von Kindern in Notsituationen oder im Rahmen der Eingliederungshilfe, Geldleistungen
Beamtenrecht	BBeamtenG	Öffentliche Kassen, Beihilfebehörden bzw. -stellen	Geldleistungen

Tab. 3: Pflegerelevante Leistungsgrundlagen

Nach §17 Abs.2 Satz 4 SGB XI sind bis auf die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, die nach §26c BVG Hilfe für Pflegebedürftige erbringen, alle Träger von Pflegeleistungen benannt und können Leistungen in Budgetform erbringen. Zwei budgetrelevante Pflegeleistungen werden im Folgenden zunächst vom Grundsatz her dargestellt.

4.1.1 Häusliche Krankenpflege § 37 Abs.2 SGB V

Das Integrierte Budget eröffnet die Möglichkeit, Leistungen der häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI in das trägerübergreifende Budget gemäß §17 SGB IX aufzunehmen. Die Leistungen der häuslichen Pflege finden sich in verschiedenen Stellen im deutschen Pflege-sozialrecht (Griep und Renn 2002). Für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf sind zunächst Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V von großer Be-

deutung. Im Regelfall ist der Leistungstatbestand gemäß §37 Abs.2 SGB V relevant und gewährt einen Rechtsanspruch auch auf sogenannte behandlungspflegerische Leistungen, die erforderlich sind, um die Ziele ärztlicher Heilbehandlung zu verfolgen.

Die Abgrenzung zwischen sogenannter Behandlungs- und Grundpflege wirft immer wieder leistungsrechtliche Abgrenzungsfragen auf.²⁸ Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind bestimmte behandlungspflegerische Bedarfe berücksichtigungsfähig, andere wiederum nicht.²⁹ Im Alltag der Pflege verschmelzen häufig sogenannte behandlungspflegerische mit grundpflegerischen Maßnahmen. Die Verabreichung von Medikamenten, therapeutisch erforderliche Kontrakturenprophylaxen oder die im Rahmen spezieller Krankenbeobachtung gebotene Blutzucker- oder Blutdruckmessung können hier genannt werden. Bei den Maßnahmen der Behandlungspflege handelt es sich grundsätzlich um ärztliche Tätigkeiten, die als solche allerdings delegationsfähig sind und im Einzelfall sein müssen. Die behandelnden Ärzte tragen die Verantwortung für die Veranlassung und für die Integration behandlungspflegerischer Maßnahmen in einem Behandlungsplan. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege gemäß §37 SGB V entfällt dann, wenn eine im Haushalt lebende Person in der Lage und willens ist, die behandlungspflegerischen Leistungen zu übernehmen. Dieser Person steht kein Entgütungsanspruch zu. Sie übernimmt diese Aufgaben vielmehr im Rahmen familiärer Solidarität.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden – nicht notwendigerweise, aber zumeist – von Pflegefachkräften und zugelassenen Pflegediensten erbracht. In der Begleitforschung zum trägerübergreifenden Budget wird ein Fall³⁰ dokumentiert, in dem Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß §37 SGB V in ein trägerübergreifendes Budget miteinbezogen wurden. Die Krankenkassen äußern bislang grundsätzliche Bedenken gegen die Budgetierung häuslicher Krankenpflegeleistungen, und auch im Modellprojekt Integriertes Budget wurden Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht mit in ein Budget einbezogen. An einer grundsätzlichen Budgetfähigkeit häuslicher Krankenpflegeleistung besteht allerdings kein Zweifel. Allerdings muss beachtet werden, dass berufs- und haftungsrechtliche Vorgaben den Einsatz von Nichtfachkräften in der häuslichen Krankenpflege deutlich erschweren. Auch wenn im deutschen Recht keine sogenannten Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachkräfte

28 Vgl. Klie 2008a in Hauck/Noftz, vor §§14-19 Rz. 8. Unveröffentlicht.

29 Vgl. Klie 2008b in Hauck/Noftz, §14. Unveröffentlicht.

30 Metzler et al. 2007, S. 93.

bekannt sind, sind doch die Sorgfaltspflichten an die Erbringung von behandlungspflegerischen Leistungen hoch und knüpfen an pflegefachliche Standards an.

4.1.2 Hilfe zur Pflege §§ 61 ff. SGB XII

Eine weitere bedeutsame Sozialleistung im Zusammenhang mit der Pflege ist die der Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden die Vorschriften zur Hilfe zur Pflege im Sozialhilferecht in mancher Hinsicht mit denen der Pflegeversicherung harmonisiert und akzessorisch ausgestaltet. So geht man in der Sozialhilfe zunächst einmal von einem identischen Pflegebedürftigkeitsbegriff aus und sieht auch die identischen Leistungen für die Pflegebedürftigen vor. Damit übernimmt die Pflegeversicherung ähnlich der Krankenhilfe gemäß § 48 SGB XII die Funktion des Ausfallbürgen für die pflegebedürftigen Menschen, die nicht pflegeversichert sind. Sie übernimmt weiterhin die Funktion des „Vollkaskoschutzes“ gegenüber den „Teilkaskoleistungen“ des SGB XI: Ist der Bedarf des Pflegebedürftigen höher als über die Leistungen der Pflegeversicherung zu befriedigen, hat der Sozialhilfeträger die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zu gewähren, sobald Bedürftigkeit seitens des Leistungsberechtigten besteht. Dabei ist der Sozialhilfeträger im Einzelfall berechtigt, bei sogenannten unverhältnismäßigen Mehrkosten und mindestens zwei fachlich angemessenen Leistungsalternativen diejenige zu wählen, für die keine sogenannten unverhältnismäßigen Mehrkosten entstehen (§ 9 SGB XII). Im Zuge der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ ist in diesem Zusammenhang noch auf § 13 Abs. 1 SGB XII hinzuweisen, der die Prüfung der Zumutbarkeit dem Kostenvergleich voranstellt.

Die Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII sieht nicht nur Leistungen als Ausfallbürge und zur Aufstockung für die Pflegeversicherung vor. § 61 SGB XII weitet den Personenkreis der Berechtigten auch auf diejenigen aus, der die Pflegestufe I nicht erreicht, gleichwohl aber einen Regelpflegebedarf aufweist. § 61 Abs. 1 SGB XII sieht weiterhin die Berücksichtigungsfähigkeit von sogenannten „anderen Verrichtungen“ vor.³¹ § 65 SGB XII bestimmt überdies, dass im Rahmen der Hilfe zur Pflege auch andere Leistungen als die in der Pflegeversicherung vorgesehenen gewährt werden können. Zudem erhalten sozialhilfeberechtigte Pflegebedürftige auch bei Bezug von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI ein aufstockendes Pflegegeld. Das Leistungsspektrum der Sozialhilfeträger im Zusam-

31 Vgl. Klie 2006a in Hauck/Noftz, § 61 Rz. 5.

menhang mit Pflegeleistungen ist gegenüber dem der Träger der Pflegeversicherung breiter. Überdies folgt das Sozialhilferecht grundsätzlich dem Kostenerstattungsprinzip, auch wenn Abreden über unschlüssige Zahlungsverhältnisse in der Praxis üblich sind.

Die Regelungen des § 35a SGB XI beziehen sich nicht auf die Leistungen gemäß §§ 61 ff. SGB XII. Insofern können Leistungen der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe auf Antrag gemäß § 17 SGB IX regelhaft als Persönliches Budget ausgeführt werden und sind nicht beschränkt auf das Modellprojekt Integriertes Budget. Die spezifische Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegebedarfs unterhalb der Schwelle der Pflegestufe I und bezogen auf die sogenannten „anderen Verrichtungen“ wird von Sozialhilfeträger zu Sozialhilfeträger unterschiedlich gehandhabt. Das wurde auch im Modellprojekt Pflegebudget bei den Sonderuntersuchungen zur Hilfe zur Pflege im Pflegebudget deutlich. Bundeseinheitliche Assessment-Instrumente und -verfahren bestehen hier nicht.

Im Integrierten Budget werden diese angesprochenen Fragen mit einer neuen Relevanz ausgestattet, die SGB-XI- und SGB-XII-basierten Leistungen der Pflege werden gemeinsam ausgehandelt. Insofern wirkt das trägerübergreifende Budget wie ein Brennglas und fokussiert bereits seit Längerem bekannte, aber häufig nicht bearbeitete Fragestellungen im Pflegesozialrecht.

Auch andere Sozialgesetzbücher sehen Pflegeleistungen vor, etwa das Bundesversorgungsgesetz oder das SGB VII. Äußerst selten allerdings treffen Leistungsansprüche aus dem SGB XI mit solchen aus dem Bundesversorgungsgesetz und der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Insofern wurden diese im Integrierten Budget nicht relevant, können dies allerdings im Zusammenhang mit dem trägerübergreifenden Budget gemäß § 17 SGB IX durchaus werden.

Nicht weiter berücksichtigt werden auch die Beihilfeleistungen zur Pflege. Auch sie wurden in den Fallkonstellationen im Integrierten Budget nicht relevant.

4.2 Budgetkombinationen im Modellprojekt

Ein Integriertes Budget im Sinne des Modellprojekts konstituiert sich aus der Leistung der Pflegeversicherung nach §§ 36, 38 SGB XI in Form eines Budgets und mindestens ei-

ner weiteren Leistung eines Leistungsträgers aus dem Bereich der Rehabilitationsträger. Im Folgenden eine Tabelle zur Übersicht über die Leistungskombinationen im Integrierten Budget:

Budget mit zwei Leistungen	Anzahl
Pflegebudget SGB XI + Hilfe nach Maß SGB XII	1
Pflegebudget SGB XI + Fahrtkosten SGB V	3
Pflegebudget SGB XI + Fahrtkosten SGB XII	1
Pflegebudget SGB XI + Physiotherapie SGB V	1
Budgets mit drei Leistungen	Anzahl
Pflegebudget SGB XI + Hilfe nach Maß SGB XII + Hilfe zur Pflege SGB XII	9

Tab. 4: Leistungskombinationen im Integrierten Budget (Stand Juli 2008)

Die Leistungskombinationen werden hinsichtlich ihrer sozialrechtlichen Bezüge in den folgenden Kapiteln dargestellt. Dies geschieht bezogen auf die beteiligten Leistungsträger. Die Budgethöhen im Integrierten Budget unterscheiden sich von denen der in der Begleitforschung zum trägerübergreifenden Budget ermittelten Beträge dahingehend, dass sie im Durchschnitt mehr als doppelt so hoch sind. Dies lässt sich durch den Einbezug pflege-relevanter Leistungen leicht nachvollziehen. In der Begleitforschung zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget wurden Durchschnittswerte von 3.314,- € bei den Leistungen der häuslichen Pflege (n = 64) und 1.401,- € bei der Pflegesachleistung (n = 13) ermittelt. Die Pflegegeldleistung (n = 20) kommt durchschnittlich mit 537,- € zum Tragen.

	In den Modellregionen TPB (n = 487)	Außerhalb der Modellregionen TPB (n = 350)	Modellprojekt Integriertes Budget (n = 15)
Arithmetisches Mittel	1.041	860	2.504
Median	557	529	2.073

Tab. 5: Höhe der monatlichen Budgets: Arithmetisches Mittel und Medianwert (in €)

Quelle: Metzler et al. 2007 und Integriertes Budget

4.2.1 Pflegekasse und Sozialhilfeträger

Vorrangiger Kooperationspartner im Integrierten Budget waren die Sozialhilfeträger mit Leistungen der Eingliederungshilfe. Da die Modellregionen in Rheinland-Pfalz langjährige Erfahrungen mit dem sogenannten „Hilfe nach Maß“-Budget der Eingliederungshilfe hatten (vgl. Kaas 2002), waren Kombinationen des Pflegebudgets und diese speziellen Budgets der Eingliederungshilfe³² die sich anbietenden Varianten. Insgesamt zehn der 15 Personen im Modellprojekt haben diese Grundkombination. Bei neun Personen kommt ergänzend die Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII hinzu.

Im Rahmen der Ersterhebung und Aufnahme der Budgetkombinationen hatten nur sechs Budgetnehmer ein Budget der Hilfe zur Pflege. Die Steigerung auf neun Personen im Laufe der Budgetzeit lässt sich wie folgt begründen: In einem Fall wurde im Verlauf des Projekts deutlich, dass eine gesundheitliche Gefährdung besteht und eine intensivere pflegerische Begleitung wichtig ist. Durch Neuantrag und Bewilligung der Hilfe zur Pflege beim Sozialhilfeträger konnte dem begegnet werden. Bei den anderen Personen veränderte sich an der direkten Leistung nichts. Die Angaben im Rahmen der Begleitforschung wurden im Projektverlauf jedoch differenzierter. Leistungen des Sozialhilfeträgers, die zunächst als Gesamtsumme zur Finanzierung des Pflegedienstes weitergegeben wurden, konnten nachträglich in Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Hilfe zur Pflege definitiv getrennt werden.

Eine weitere Budgetkombination mit SGB-XII-Bezug setzt sich aus dem Pflegebudget und einem Budget der Eingliederungshilfe „Leistungen zur Mobilität/Fahrtkosten“ nach §§ 53, 54 SGB XII in Verbindung mit §§ 55, 58 SGB IX zusammen.

Die große Bedeutung der Sozialhilfeträger bei der Budgetbewilligung findet sich bundesweit in den Modellregionen und den dokumentierten Budgets der Begleitforschung zum trägerübergreifenden Budget wieder. Von den in diesem Rahmen dokumentierten Budgets sind die Sozialhilfeträger „zu 94% an den Budgets der Einfachzuständigkeit und zu

³² Auf der Grundlage des §§ 39, 40 Abs. 1 Nr. 8 BSHG wurde das Persönliche Budget „Hilfe nach Maß“ im Rahmen eines Modellprojekts konzipiert. Rahmenregelungen wie Budgethöhen, Nachweisregelungen etc. wurden im Laufe der Durchführung immer wieder auf der Grundlage der Erfahrungen angepasst. Mit der Novellierung des § 17 SGB IX und der BudgetV ergab sich erneut Anpassungsbedarf.

100% an trägerübergreifenden Budgets“ beteiligt (Metzler et al. 2007 S. 90). Auch die in Budgetform bewilligten Leistungsarten der ambulanten Eingliederungshilfe dominieren in diesen Erhebungen.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege dagegen haben im Integrierten Budget eine exponierte Stellung. Von den 15 Budgetnehmern beziehen neun Personen zum Ende des Projekts Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII. Die Leistungshöhe variiert hierbei zwischen 811,- € und 2.650,- €. In den Modellregionen des trägerübergreifenden Budgets kam die Leistung der Hilfe zur Pflege dagegen nur bei 7% der bewilligten Budgets zum Tragen (n = 347) (vgl. Metzler et al. 2007). Erklären lässt sich dies mit der Ausrichtung des Integrierten Budgets, das gerade Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf eine echte Budgetoption bieten konnte. Die angesprochene Personengruppe hatte zu 100% pflegerelevante Bedarfe, und in vier Fällen, in denen Hilfe zur Pflege nicht als aufstockender Betrag vom Sozialhilfeträger getragen wird, wurde der erweiterte Bedarf privat finanziert.

Anders als beim trägerübergreifenden Budget fanden sich im Integrierten Budget keine reinen Pflegegeldbezieher, obwohl § 35a SGB XI auch diese u. E. in richtiger Weise als mögliche Leistung eines trägerübergreifenden Budgets erklärt. Pflegegeldleistungen sind keine echten Budgetleistungen. Das trägerübergreifende Budget sieht die Ausführungen von Sachleistungen in Form von Budgets vor, und genau darum handelt es sich beim Pflegegeld nicht. Pflegegeldleistungen lassen sich auch nicht in eine Zielvereinbarung einbeziehen, zumal Pflegebedürftige in der Verwendung des Pflegegelds frei sind und das Pflegegeld gerade kein Sachleistungssubstitut darstellt, wie dies im Falle der Budgets gemäß § 17 SGB IX der Fall ist.³³

4.2.2 Pflegekasse und Krankenkasse

In vier Budgetkombinationen sind Budgets aus dem SGB-V-Bereich integriert. Es handelt sich hierbei in einem Fall um Physiotherapie und Hilfsmittel und in drei weiteren Fällen um Kosten für Fahrten zur Physiotherapie. Das mögliche Spektrum anderer SGB-V-Leistungen konnte nicht einbezogen werden (vgl. Kapitel 4.1).

³³ Vgl. Welti und Rummel 2007, S. 1 ff.

Budgetrelevante Leistungen

Die genannten Budgets wurden von den Leistungsberechtigten in erster Linie beantragt, um die Zugangsvoraussetzungen zum Modellprojekt Integriertes Budget zu erfüllen. Aus Sicht der Budgetnehmer wird nur eines der vier Budgets als sinnvoll und förderlich eingeschätzt. Die verbleibenden drei Varianten dienten zum Zeitpunkt der Antragstellung der Zugangsberechtigung und konnten im Laufe des Projekts genutzt werden, um förderliche und hinderliche Faktoren zu identifizieren und zu dokumentieren. In der Ausgestaltung und Erprobung der Budgets aus dem SGB-V-Bereich zeigt sich, dass die Logiken der Bearbeitung und Bewilligung im Sachleistungsregime zunächst beibehalten werden. Eine erhöhte Selbstbestimmung im Sinne des §17 SGB IX kann auf der bestehenden Datenlage und der bisherigen Ausgestaltung in Bezug auf diese Budgets nicht festgestellt werden. Das Hilfsmittelbudget eines Budgetnehmers bezieht sich im konkreten Fall auf orthopädische Schuhe. Da die Krankenkasse jedoch in der Zielvereinbarung mit dem Budgetnehmer festgelegt hat, dass „die Erbringung der Leistungen [...] durch vom VdAK zugelassene Leistungserbringer“ erfolgt, ist die Möglichkeit des Budgetnehmers zunächst stark eingeschränkt. Eine zunächst monatlich im Voraus geregelte Budgetzahlung erschwerte den Umgang mit dem Budget, da der Kauf der Schuhe erst am Jahresende möglich gewesen wäre bzw. der Budgetnehmer in Vorleistung hätte treten müssen.

Diese Regelung wurde jedoch nach einer Nachweisverwendungsprüfung überarbeitet und in einen jährlich im Voraus auszahlenden Budgetbetrag umgewandelt. Festgehalten werden kann, dass sich in diesem Falle nur das Abwicklungsverhältnis geändert hat. Die engen Absprachen bezüglich der Angebote zwischen Kassen und Sanitätshäusern stellen eine große Hürde für flexible Ausgestaltungen dar.

Eine immer wiederkehrende Verfahrensfrage, sowohl bei den im Endeffekt bewilligten Budgets als auch bei Anfragen im Kontext der Non-Response-Analyse, war die Frage, ob eine ärztliche Verordnung notwendig ist, wenn das Budget von der Krankenkasse bereits bewilligt wurde und die Zielvereinbarung vorliegt. In allen Fällen wurden trotz Zielvereinbarung Rezepte ausgestellt. Zu differenzieren ist hier zwischen der Wahrnehmung ärztlicher Verantwortung für die Entscheidungen in Therapie und der Diagnostik bezogen auf einen einzelnen Patienten. Die jeweilige „Veranlassung“ muss arztrechtlich jeweils auf den behandelnden Arzt zurückgeführt werden können. Eine ärztliche Verordnung im kassenarztrechtlichen Sinn ist zunächst an die klassische Leistungserbringungsform gekoppelt, die gerade über die Ausführung von Sozialleistungen der Budgets abgeändert wird. Ähnlich wie in Leistungser-

bringungsabreden in der Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V sind beim Budget im Rahmen der Zielvereinbarung gesonderte Abreden zu treffen.³⁴

Die Budgets der Fahrtkosten eröffnen nach den bisher vorliegenden Erfahrungen nur ein geringfügiges Verbesserungspotential. In einer Budgetgewährung liegt der Vorteil für den Budgetnehmer darin, einen Anteil der Gesamtfahrtkosten zur Physiotherapie zu bestreiten. Die Physiotherapeutin hatte ihre Praxis nicht im Einzugsbereich des Budgetnehmers, sondern am früheren Wohnort der Familie. Durch die Bedeutung der individuellen Begleitung des behinderten Kindes trug die Familie die Kosten für die weitere Fahrtstrecke immer komplett selbst. Mit dem Budget kann der Anteil, der von der Krankenkasse gezahlt werden würde, um die nächstgelegene Praxis zu erreichen, zumindest verrechnet werden.

Auch bei den Fahrtkosten und ihrer Einbeziehung handelt es sich um Leistungen, die operativ betrachtet sinnvoll in Budgets einbezogen werden können, allerdings nicht zu ihren Kernbestandteilen zählen. Bei Fahrtkosten handelt es sich um Kostenerstattung.

In Bezug auf die Antragstellung bei den Krankenkassen konnte in einem Fall durch Widerspruch ein zunächst abgelehnter Antrag auf ein Fahrtkostenbudget bewilligt werden. Die Ablehnung war mit dem Argument erfolgt, dass die bereits als Leistung an sich bewilligten Fahrten nicht planbar seien. Nach Abschluss einer Zielvereinbarung steht dem Budgetnehmer nun ein Budget zur Verfügung. Die jeweiligen Physiotherapieterminen müssen ex post nachgewiesen werden. Das Budget wurde in regelmäßigen, recht engen Zeitabständen überprüft.

4.3 Bedarfsfeststellung und Assessment-Instrumente

Fragen der Bedarfsfeststellung müssen auf zwei Ebenen betrachtet werden. Zum einen geht es um spezifische Verfahrenswege, wie sie in 2.3.3 für das Modellprojekt Integriertes Budget beschrieben werden, zum anderen werden inhaltliche Fragen tangiert: Welche Bedarfe werden berücksichtigt, wie werden Bedarfe und Bedürfnisse zueinandergesetzt, und wie werden trägerübergreifend leistungsrechtliche Zuordnungen vorgenommen?

³⁴ Eine ausführliche Kommentierung des Leistungserbringungsrechts im SGB V in Bezug auf Persönliche Budgets wird von Welti und Rummel vorgenommen und soll an dieser Stelle nicht vertieft werden (Welti und Rummel 2007).

Unter der Fragestellung, welche Assessment-Instrumente sich dazu eignen, sowohl den Pflege- als auch den Assistenz- und Rehabilitationsbedarf abzubilden, wurden zu Beginn des Projekts verschiedene Instrumente gesichtet. Ein für beide Bereiche gemeinsam gültiges, im ambulanten Bereich angewandtes Instrument lag zum Zeitpunkt des Modellstarts nicht vor. Assessment-Instrumente, mit denen der Hilfe- und Pflegebedarf eines Menschen erfasst werden kann, können grob in zwei Bereiche eingeteilt werden. Zum einen existieren Assessment-Instrumente wie das RAI HC 2.0 (Garms-Homolová und Gilgen 2000), die aus dem Bereich Pflege kommen und stark somatisch orientiert sind. Ihnen gemeinsam ist die Orientierung an den sogenannten Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL). HALEK überprüft die in deutscher Sprache vorliegenden Assessment-Instrumente hinsichtlich ihrer Eignung zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit. Auffallend, aber der Logik der Pflege folgend ist hierbei, dass es sich bei allen Instrumenten um Fremdeinschätzungsinstrumente handelt. „Für eine individuelle, patientenbezogene Erhebung der Pflegebedürftigkeit ist jedoch die Selbsteinschätzung der Situation durch den Klienten und/oder seine Angehörigen sowie die Darstellung eigener Gewohnheiten und Vorlieben und damit die Einbeziehung seines Lebenskontextes ein elementarer Bestandteil“ (Höhmänn 1998, zit. in Halek 2003, S. 73). Andere Konzepte beurteilen den Hilfebedarf eher aus einem pädagogisch-psychologischen Blickwinkel und fragen nach der Förderung im lebenspraktischen Bereich und der persönlichen Entwicklung (Wacker et al. 1998, S.17).

Eine Bedarfsermittlung, die – ganz im Sinne der ICF – Einschränkungen, die sich aus funktionalen Störungen ergeben können, ernst nimmt und gleichzeitig das Recht auf selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung sowie volle Partizipation anerkennt, muss über das hinausgehen, was die zum Zeitpunkt der Implementation bekannten Assessment-Instrumente in der Pflege anbieten konnten.

Im Bereich der Behindertenhilfe, speziell der Eingliederungshilfe, die mit derzeit 40%³⁵ den größten Teil der Rehabilitationsleistungen in der Bundesrepublik darstellt, liegen den unterschiedlichen vorliegenden Instrumenten in der Regel entweder das H.M.B. (Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung), der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationplan (IBRP) oder der Individuelle Hilfeplan (IHP) zugrunde. In Rheinland-Pfalz, und damit in den Modellregionen, wird flächendeckend die Individuelle Hilfeplanung (IHP) angewandt.

35 Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2003), S. 122.

4.3.1 Wahl des Assessment-Instruments RAI HC 2.0

Unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen in Rheinland-Pfalz und der engen Anbindung an das Pflegebudget wurde im Integrierten Budget analog zum Pflegebudget das RAI HC 2.0 als Assessment-Instrument gewählt und kombiniert mit der in Rheinland-Pfalz flächendeckend angewandten Individuellen Hilfeplanung (IHP). Während bei allen Budgetnehmern das Assessment und entsprechende Re-Assessments mithilfe des RAI HC 2.0 verbindlich durchgeführt wurden, wurde der IHP nur bei den Budgetnehmern verwendet, bei denen er im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe bereits vorlag.³⁶

Für die Auswahl des RAI HC 2.0 im Rahmen des Pflegebudgets sprach zum damaligen Zeitpunkt:

- Das RAI bildet in einer sehr umfassenden Art den Pflegebedarf ab. Mit über 250 Items ist es das differenzierteste in deutscher Sprache erhältliche Assessment-Instrument.
- Im Gegensatz zu anderen Assessment-Instrumenten der Pflege kann mit dem MDS (Minimal Data Set) eine Verknüpfung verschiedener Pflegebedarfe hergestellt werden. Das RAI ermöglicht damit über Abklärungshilfen (sog. Resident Assessment Protokolle - RAPs) eine Verbindung zwischen Klientenbeurteilung und Zielen eines Pflegeplans.
- Mit den Alarmzeichen, die ebenfalls eine Verknüpfung verschiedener Problemanzeigen bilden, sind besonders zu berücksichtigende Pflegerisiken bei der Auswertung schnell, übersichtlich und valide sichtbar.
- Das RAI bietet die Möglichkeit, mit einer EDV-gestützten Version zu arbeiten, die nach Eingabe der Daten in das MDS sofort einen Überblick über den Pflegebedarf und die Alarmzeichen geben kann.

Es gab allerdings auch einige Bedenken, die gegen das Instrument sprachen:

- Der Umfang des MDS schien anfänglich sehr groß. 250 Items mit bis zu 400 Variablen schienen für ein Erstgespräch als zu umfassend.
- Trotz Adaptation für den häuslichen Bereich ist dem RAI die Herkunft aus dem stationären Bereich anzumerken. So setzt eine Vielzahl von Fragen eine längerfristige Beob-

³⁶ In RLP erfolgt die Bedarfsfeststellung im Bereich der Eingliederungshilfe über den IHP. Dieser wird im Auftrag der Sozialhilfeträger in vielen Fällen vom Leistungsanbieter in Zusammenarbeit mit den Leistungsberechtigten erstellt. Die Ergebnisse werden in einem sogenannten Aktionsplan zusammengefasst. Im Integrierten Budget wurden die vorhandenen IHP genutzt, um die Hilfeplanung im Case-Management-Prozess durchzuführen.

Budgetrelevante Leistungen

achtung voraus. Die Interviewer sind damit im häuslichen Bereich auch auf „mittelbare“ Informationen angewiesen.

- Das Instrument ist bezüglich der Erhebung der Wohnsituation und der sozialen Bezüge kaum entwickelt. Der Schwerpunkt liegt deutlich auf den personalen Pflegebedarfen.
- Einige der Fragen, z. B. zur Inkontinenz, berühren tabuisierte, intime Fragestellungen und setzen eine gewisse Intimität und Vertrauensbeziehung voraus, die im Erstgespräch nicht regelhaft zu erwarten ist.
- Die Diktion und Sprache des RAI HC setzt eine Vertrautheit mit Fachtermini der Pflege voraus, die bei Laien nicht zu erwarten ist.
- Das Instrument ist primär für die Pflegeplanung entwickelt worden, epidemiologische und statistische Zwecke erfüllt es nur bedingt. Damit schränkte sich die Verwertbarkeit für die wissenschaftliche Begleitforschung ein.
- Besonders kritisch am RAI HC zu bewerten ist die fehlende Möglichkeit einer Einschätzung des Pflegebedarfs und der Unterstützungserfordernisse durch die Betroffenen selbst. Die „subjektive“ Sicht des Klienten wird an keiner Stelle berücksichtigt.

Mit dem Einsatz des RAI HC 2.0 wurde die Ausgangslage geschaffen, eine Eignung dieses Instruments bei der Personengruppe der Menschen mit Behinderung im ambulanten Bereich exemplarisch zu überprüfen. Eingebunden als Instrument, das der Verbesserung der Pflegequalität und Pflegeplanung dient, wird das RAI HC 2.0 in das Assessment des Case Managements integriert und nutzbar gemacht. Die Mitarbeiter in den Koordinierungsbüros vor Ort wurden im Rahmen zweier Schulungseinheiten in der Durchführung des RAI HC 2.0 fortgebildet³⁷ und führten die Assessments durch. Auf den Einsatz von Software wurde aufgrund der zu erwartenden niedrigen Teilnehmerzahlen verzichtet.

4.3.2 Assessment-Instrumente im Case Management

Aus dem Blickwinkel des Case Managements geht es in der Phase des Assessments um die Beschreibung und Analyse sowie die Beurteilung der individuellen Lebenssituation. „Assessment ist ein Sammelbegriff für eine Reihe von Aktivitäten, welche dem Erstellen eines Hilfe- oder Dienstleistungsplans (oder: der Planung) vorausgehen“ (Riet und Wou-

³⁷ Die Schulungsinhalte bezogen sich auf Folgendes: Grundlagen Assessment; Einführung in das RAI HC 2.0; Herkunft, Anwendung, Bezug zum Budget, MDS-Bogen; Auswertung erster Erfahrungen; Vom MDS zu den Abklärungshilfen; Von den Abklärungshilfen zur Pflegeplanung; Relevanz für die Hilfeplanung.

ters 2002). Das Assessment umreißt damit das Handlungsfeld für die Interaktion zwischen Case Manager und Klienten. Es isoliert aus der Vielzahl der möglichen Wahrnehmungen und Deutungsmuster die relevanten Informationen, die einen „Fall“ erst zum „Fall für professionelles Handeln“ machen. Ein Assessment ist somit weit mehr als eine „Einschätzung“. Es ist das Sammeln, Ordnen und Bewerten von Informationen zu dem Zweck, einen nachvollziehbaren und ausbalancierten Hilfe- und Dienstleistungsplan überhaupt erst erstellen zu können. Höhmann (2007) verweist darauf, dass im Assessment-Prozess zwei Phasen zu unterscheiden sind:

- die Inhalte und Verfahren der Datensammlung mit „objektivierten“ Beschreibungsdaten aus professioneller Perspektive (signs) und „subjektiven“ Daten aus Sicht der Patienten/Klienten (symptoms) (= Bedarfserhebung) sowie
- der zusammenführende diagnostische Deutungsprozess (= Bedarfsfeststellung), in dem die Einzelinformationen zu Bedeutungsclustern zusammengefasst und im Hinblick auf ihre Ursachen, Zusammenhänge und unterstützungsauslösenden Konsequenzen interpretiert werden.

Im Assessment werden also nicht nur Informationen für den weiteren Prozess gesammelt, es erfolgt auch eine Deutung und Interpretation. Wesentlich ist hierbei, dass es sich beim Assessment um einen intersubjektiven Prozess zwischen beruflich Beteiligten und persönlich Betroffenen handelt. Die subjektive Einschätzung der Person ist unbedingt notwendig.

In diesem Zusammenhang erscheinen die bei Neuffer und van Riet/Wouters durchgeführten Abgrenzungen zur Diagnose interessant. „Eine Diagnose erstellen, impliziert im alltäglichen und professionellen Geschehen, dass man weiß, was vorliegt, also etwas durchschaut“ (Neuffer 2002, S. 63, vgl. auch van Riet/Wouters 2002, S. 102 ff.). Wenn das Assessment mehr ist als die Diagnose (vgl. Wendt 2001, Neuffer 2002) und einen anderen Blickwinkel einnimmt, wäre die logische Konsequenz, dass die subjektive Einschätzung der betroffenen Person eine der professionellen Einschätzung gegenüber ebenbürtige Stellung einnimmt. Dies müsste bei der Ermittlung der Bedarfe (sowohl der subjektiven als auch der objektiven) ausreichend berücksichtigt werden. In den Hilfeplanungen, die sich an die Durchführung des Assessments mit den genannten Instrumenten anschloss, wurde dieser Aspekt ausreichend berücksichtigt.

Ziel des Integrierten Budgets und der damit verknüpften Aufgabe der Bedarfsermittlung war, die Möglichkeiten, Selbstbestimmung – auch bei Hilfe- und Unterstützungsbedarf – leben zu können, zu erweitern und eine Erhöhung der Teilhabechancen zu realisieren. Der Rahmen und der Auftrag des Case Managements gaben dies deutlich vor. Anders als im Sachleistungsregime, das mit der Begrenzung des §14 SGB XI auf die 21 Verrichtungen des Alltags klar und deutlich Grenzen zu anderen Bedarfen und Bedürfnissen zieht, war im Pflegebudgetprojekt diese Grenze weiter gezogen. Auch die Leistungen des Pflegebudgets sollten der Bewältigung der Pflege dienen, sie sollten aber individueller und passgenauer den besonderen Lebenssituationen der Menschen mit Behinderung entsprechen. Ziel des Integrierten Budgets und damit auch des Case Managements waren die Flexibilisierung und die bessere Verzahnung der Leistungen der Pflegeversicherung, die ja nur Teilleistungen für Teilbedarfe finanziert, mit den formalen Leistungen anderer Kostenträger – zum Teil eben auch in Budgetform –, Eigenbeiträgen und Unterstützungen des sozialen Netzwerks.

4.3.3 Erfahrungen mit dem Assessment-Instrument RAI HC 2.0

Vonseiten der Case Manager und einigen Budgetnehmern wird das Instrument RAI HC 2.0 als strukturierende Hilfestellung hinsichtlich des Gesundheitszustands und des Pflege- und Unterstützungsbedarfs gesehen. Es sensibilisiert und ermöglicht durch die Nutzung der Abklärungshilfen die Wahrnehmung „blinder Flecken“.

„Diese Interviews oder Gespräche (Assessment) waren schon hilfreich, um mir selbst einige Dinge in meiner jetzigen Pflegesituation klarzumachen“ (Budgetnehmer).^{38,39}

„Was ich so gut empfinde, ist auch mal wirklich ganz die Innensicht – auch zu gucken, wo ist es nötig, dass ich besser mal draufgucke und nicht warte, bis das Kind in den Brunnen gefallen ist. Wo brauche ich auch mehr Unterstützung – also auch noch mal gucken, wo kann ich an meinen Therapien noch etwas verbessern, also auch wirklich mal eine Kur anzugehen, besser für mich zu sorgen (...) Also, das, das hat sich da so ein bisschen rausgestellt. [...] dass ich meine persönliche Situation

38 Die im Abschlussbericht Integriertes Budget verwendeten Zitate wurden sprachlich geglättet. Notationen und Konventionen wurden für das Zitat entfernt.

39 Herr D./Erstinterview; Position: 132-135.

noch ein bisschen ehrlicher beleuchte und dann da auch Schlussfolgerungen ziehe“ (Budgetnehmerin).⁴⁰

Bemängelt wird jedoch zugleich, dass das Instrument die Lebenssituation des Personenkreises nicht angemessen berücksichtigt. Eigene Bedarfe, die Funktionsstörung und entstehende Behinderungen betreffend, konnten nicht angemessen abgebildet werden. In der persönlichen Wahrnehmung der Budgetnehmer wird ihre Lebenslage unzureichend erfasst.

„Es sind viele Fragen dabei, die z. B. sehr viel ältere Menschen betreffen, in meinen Augen, also wirklich altersschwache Menschen – und da fühle ich mich also wirklich – ich hab meine Behinderung; weiß ich, aber die Fragen – ich weiß nicht; die sind für Leute, die im Altersheim sind“ (Budgetnehmer).⁴¹

„Dieser Pflegebogen, den find ich so was von furchtbar. Also, da müsste man eigentlich ein besseres Mittel finden. Also so Sachen wie, ob ich in letzter Zeit noch gut höre oder so. Die Fragen sind absolut nicht geeignet, finde ich“ (Budgetnehmerin).⁴²

In Bezug auf die Erprobung des RAI HC 2.0 kann trotz z.T. strukturierter Nutzung des Instruments eine Abwehrhaltung der Budgetnehmer verzeichnet werden. Ein immer wiederkehrender Aspekt ist die mangelnde Wahrnehmung von Ressourcen.

„Da war wenig von Ressourcen die Rede, sondern nur von Defiziten. Das ist eigentlich schon schade“ (Budgetnehmer).⁴³

Auch empfand der überwiegende Anteil der Budgetnehmer Diskrepanzen zwischen der Art und Weise, wie und in welchem Umfang Daten im Rahmen des Assessments in Bezug auf Pflege- und Unterstützungsbedarf erhoben werden, und dem Ziel des Budgets, ein Mehr an Selbstbestimmung zu ermöglichen.

40 Frau J./Erstinterview; Position: 77-79.

41 Herr R./Kombiinterview; Position: 47-50.

42 Frau L./Erstinterview; Position: 127.

43 Frau L./Erstinterview; Position: 135.

„Also wenn ich's mal ganz vorsichtig ausdrücken darf, ein paar Sachen kamen mir sehr suspekt vor. Da waren diese Fragen, also die waren fast aus dem Mittelalter (...) ich hab mich nicht direkt angegriffen gefühlt, aber es kam mir schon komisch vor (...) also - es sind Fragen dabei gewesen, die einfach nicht auf dem neuesten Stand sind“ (Budgetnehmer).⁴⁴

Eine Budgetnehmerin fasst es aus dem Blickwinkel des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe wie folgt zusammen:

„Das RAI Assessment muss vom emanzipatorischen Blick her mal ein bisschen beleuchtet werden“ (Budgetnehmerin).⁴⁵

Eine Bedarfsermittlung, die die Einschränkungen, die sich aus funktionalen Störungen ergeben können, ernst nimmt und gleichzeitig anerkennt, dass jeder das Recht auf selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung und volle Partizipation hat, muss über das hinausgehen, was die Assessment-Instrumente der Pflege anbieten können. Ein in diesem Zusammenhang relevanter Aspekt ist die fehlende Differenzierung zwischen Autonomie (Selbstbestimmung) und Autarkie (Selbstständigkeit im Sinne von Selbst-Tun) in der Ausrichtung der Bedarfserhebung.

„Ich brauch bei vielen Dingen halt sehr viel Hilfe, ich brauch die Hilfe bei der Ausführung, aber ich kann sie ja planen und ich kann sie doch aktiv auch mitgestalten, und das fehlt bei der Bedarfserhebung ganz“ (Budgetnehmerin).⁴⁶

Ein Ansatz, der die Wechselwirkung funktionaler Einschränkungen einer Person mit den Chancen und Risiken der Umwelt in Verbindung bringt, ist das Konzept der funktionalen Gesundheit und ihrer Beeinträchtigung, wie es von der WHO entwickelt wurde. Die ICF kann als denkbarer und empfehlenswerter Referenzrahmen gesehen werden.

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) wurde damit um ein Klassifikationssystem erweitert, um nicht nur Krankheiten über Professionsgrenzen hinaus einheit-

44 Herr R./Kombiinterview; Position: 39-42.

45 Frau J./Erstinterview; Position: 73-75.

46 Frau L./Erstinterview; Position: 130-131.

lich beschreiben zu können, sondern auch, um für die mit ihnen einhergehenden funktionalen Probleme, d. h. die negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben eines Betroffenen, eine international anerkannte und einheitliche Sprache zu verwenden. Menschen mit Pflegebedarf sind durch die Einschränkungen ihrer Körperfunktionen und -strukturen nach dem Normalitätskonzept in ihrer Teilhabe am Leben beeinträchtigt.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (Schuntermann 2005, S.26) zeigt sehr deutlich, dass Interventionen nicht immer an der Person der Betroffenen ansetzen müssen, sondern dass die Beeinflussung der sogenannten Kontextfaktoren in der Umwelt ebenso zur Sicherung von Lebensqualität und Selbstständigkeit beitragen kann.

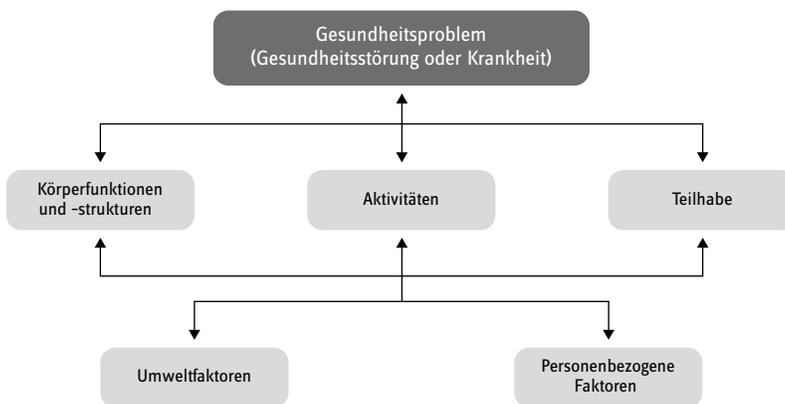


Abb. 6: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Innerhalb des Projekts Integriertes Budget werden im Rahmen des Case Managements für das Assessment u. a. folgende Bereiche erfasst:

- Körperliche Funktionseinschränkungen
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die eine Person ausüben möchte, aber aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nicht durchführen kann
- Einschränkungen im Bereich der persönlichen Teilhabe
- Kontextfaktoren in der Umwelt (Barrieren oder aber förderliche Faktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken)

Die genannten Bereiche, die Bestandteil des Assessments sind und die damit in Zusammenhang stehenden ermittelten Informationen, nehmen wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeiten der Unterstützung.

Die autorisierte Übersetzung der ICF (WHO 2001) ins Deutsche lag 2005 vor. Zum Zeitpunkt der Implementierung des Integrierten Budgets konnte noch nicht auf ein Assessmentverfahren zurückgegriffen werden, das auf der Grundlage der ICF entwickelt wurde und die hier genannten Bereiche umfasst (vgl. Schuntermann 2005, S. 77).

4.4 Qualitätssicherung im Integrierten Budget

Insbesondere von zugelassenen Pflegediensten wird immer wieder die Frage gestellt, wie denn bei der Budgetierung von Leistungen der Pflegeversicherung die Qualitätsverantwortung eingelöst werden kann, die den Pflegediensten durch das Vertragsrecht des SGB XI in so dezidiert und umfassender Weise auferlegt und durch den MDK kontrolliert wird. Zum Eindruck einer ungerechtfertigten Bevorteilung möglicher Konkurrenten auf dem Pflegemarkt, die den regiekostenrelevanten Qualitätsverpflichtungen so nicht unterliegen, gesellt sich die Sorge um die Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen.

In der Qualitätsdiskussion hat es sich bewährt, fünf Qualitätsdimensionen voneinander zu unterscheiden, um eine Orientierung über die unterschiedlichen Bedeutungen von Qualität und die unterschiedlichen Zielrichtungen von Qualitätssicherung zu erhalten. Die Begriffe „mustergültig“, „besttauglich“, „preiswert“, „außerordentlich“ und „förderlich“ beleuchten sehr unterschiedliche und nicht völlig überschneidungsfreie Dimensionen hinsichtlich des schillernden Qualitätsbegriffs (vgl. Damkowski et al. 1997).

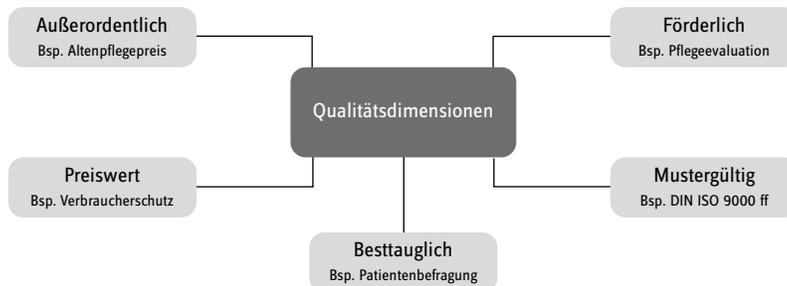


Abb. 7: Qualitätsdimensionen nach Damkowski et al. 1997, S. 66

In einer kurzen Darstellung der Dimensionen mit Erkenntnissen und Illustrationen aus dem Modellprojekt Integriertes Budget kann die Möglichkeit eröffnet werden, den Begriff der Qualität weiter wahrzunehmen, als dies seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung Praxis geworden ist. Zum jetzigen Zeitpunkt wurde bei der Befragung der Budgetnehmer deutlich, dass der Begriff der Qualität durch inflationären Umgang in der Qualitätssicherungsdebatte bereits an Wert verloren hat. Es ist bekannt, „was offiziell darunter zu verstehen ist“⁴⁷ (Budgetnehmer). Aber es bestehen dennoch eigene, dezidierte Vorstellungen von der besttauglichen Qualität.

Qualitätsdimension: mustergültig

Mit der Zertifizierung nach DIN ISO 9000 ff. können die Inhalte der mustergültigen Dimension erfasst werden. „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produkts oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen (DIN ISO 9004-8402)“ (Damkowski, W. et al. 1997, S. 66). Der Maßstab dieser Qualitätsdimension wird definiert durch die Frage danach, ob die Dienstleistungen oder Produkte „passen“ – ob sie in Arbeitsabläufe, in Programme, Dokumentationen und Abfolgen passen. In der Lebensrealität der Budgetnehmer jedoch passt es häufig nicht. Mustergültige Arbeitsabläufe in der Häuslichkeit eines aktiven jungen Menschen mit Behinderung unterzubringen ist nur auf Kosten von Individualitäts- und Teilhabe einschränkung möglich. Die Wege, die gewählt werden, um die

47 Vgl. u. a.: Herr D./Erstinterview; Position: 83-84.

sem Dilemma zu entkommen, sind hinreichend bekannt und können unter „brauchbarer Illegalität“ zusammengefasst werden.

„(...) dass man auch nicht diesen inoffiziellen Beschiss treiben muss, da hat man jetzt [mit dem Budget, A. d. V.] das Geld in der Hand und kann dann ohne diesen Leistungskatalog vom Pflegedienst sagen, okay, das ist gerade egal, wie oft wir ja jetzt dieses oder jenes machen. Bei dem Pflegedienst [nach Sachleistungsbezug, A. d. V.] muss es ja immer nach diesem Modulverfahren gehen, das ist schon sehr nervig, man muss ja auch mal gucken, dass das Geld weitgehend ausgeschöpft ist. Das ist für mich anstrengend, auf diese Module zu achten und wieder hin und her zu überlegen, was kann man da eintragen, dass die Gelder auch erhalten bleiben.“⁴⁸

Qualitätsdimension: besttauglich

Unter der Qualitätsdimension „besttauglich“ wird die Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung aus Sicht des Kunden definiert. Je besser das Produkt oder die Dienstleistung zur Erfüllung von Grundbedürfnissen geeignet ist, desto höher ist die jeweilige Qualität (vgl. Damkowski, W. et al. 1997, S. 67). Die subjektiven Bedürfnisse stehen hierbei durchaus im Mittelpunkt und müssen nicht unbedingt mit den Vorstellungen der Leistungsträger übereinstimmen. Im Integrierten Budget kristallisiert sich bei den Budgetnehmern der Wunsch nach individueller Hilfe heraus, die mit den Kriterien Flexibilität und Spontaneität gekennzeichnet wird. Auch hinsichtlich der ausführenden Personen differieren die Vorstellungen von Qualität.⁴⁹

„Und was macht für Sie so die Qualität von den Hilfen aus, also was ist für Sie gute Hilfe?“

P: „Ja das also ich erkläre, wie es sein soll, und es passiert auch so und es wird also - ich entscheide, und es wird nicht über meinen Kopf entschieden. Oder wir entscheiden zusammen, aber niemals einer über meinen Kopf hinweg“ (Budgetnehmerin).⁵⁰

48 Frau P./Erstinterview; Position 25.

49 Vgl. Kapitel 6.1.

50 Frau L./Drittinterview; Position 80-81.

Hierbei ist der Wunsch nach Sicherheit bei gleichzeitig möglichst hoher Flexibilität und Spontaneität als grundsätzliches Bedürfnis der Budgetnehmer aus der Datenlage des Integrierten Budgets ersichtlich (vgl. auch Häußler et al. 1996). Der Abwägungsprozess zwischen Sicherheit auf der einen Seite und Autonomie auf der anderen Seite wird von den Budgetnehmern als sehr bewusster, eigener Aushandlungsprozess geschildert und führt, je nach ergänzenden Faktoren, zur Wahl des Hilfearrangements. Anzumerken ist hierbei, dass im Verlauf der Projektlaufzeit in Einzelfällen eine Veränderung in der Gewichtung der Pole vorgenommen wird. Die durch das Budget angestoßenen Lernprozesse können hierfür ein Erklärungsansatz sein.

Qualitätsdimension: preiswert

„Qualität ist das Verhältnis von Preis und Leistung bzw. von Aufwand und Ergebnis“ (Dankowski, W. et al. 1997, S. 68). Diese Dimension nimmt hinsichtlich der mit dem Budget einhergehenden Veränderungen im Leistungs-dreieck und einer damit verbundenen stärkeren Gestaltungsmacht der Budgetnehmer eine große Bedeutung ein (vgl. Klie 2006b). Mit dem Budget nunmehr als Kunde wahrgenommen, nehmen die Leistungsberechtigten eine neue Position im Aushandlungsprozess um Preis und Leistung ein. Pflegedienste, die im bisherigen Sachleistungsbezug nur mit den im gleichen Sektor angesiedelten Konkurrenten ihre Bereiche abstecken mussten, sehen nun die Budgets als „Wegbereiter für eine ‚Billigpflege‘“.⁵¹ Im Modellprojekt Pflegebudget wird diesen Fragen ein größerer Bereich eingeräumt, und es soll an dieser Stelle zunächst auf die dort erfolgte, ausführliche Bearbeitung verwiesen werden. Für die Persönlichen Budgets im SGB-IX-Bereich kann auf der Datenlage der Begleitforschung zum trägerübergreifenden Budget jedoch auch festgehalten werden, dass der Preis als Kriterium bei der Auswahl der Leistungserbringer für die Budgetnehmer an letzter Stelle steht (vgl. Metzler et al. 2007, S. 196).⁵² Gleichzeitig muss an dieser Stelle die Frage gestellt werden, ob die personenbezogenen Integrierten Budgets unter den derzeitigen Marktbedingungen geeignet und in der finanziellen Höhe ausreichend sind, um den individuellen Bedarf an Pflege- und Assistenzleistungen zu decken. Eine Differenzierung des Angebots ist notwendig und auch bereits zu erkennen.

51 Vgl. Daten Integriertes Budget. Open-Space-Veranstaltung am 26.09.2006, Arbeitsgruppe 4.

52 Wesentlich wichtiger sind den Budgetnehmern das Vertrauensverhältnis, die Erfahrung und die Sympathie.

Qualitätsdimension: außerordentlich

Diese Dimension zu erfassen erfordert mehr an Abstraktion als in den anderen Dimensionen. Außerordentliche Qualität bedarf keiner Definition. Sie wird erfahren, erlebt und ist unabhängig von intellektuellen Definitionen. „Qualität ist die primäre empirische Wirklichkeit der Welt“ (Damkowski, W. et al. 1997, S. 69). Geschuldet dieser Besonderheit, kann in diesem Abschnitt auf das Erleben des Forschers im Feld verwiesen werden. In den Begegnungen mit den Budgetnehmern gab es immer wieder Momente, in denen die Auswirkungen des Integrierten Budgets zu spüren waren – ohne dass eine konkrete Benennung der Wirkung erfolgte. In der regionalen Abschlussveranstaltung des Modellprojekts sagte z. B. einer der anwesenden Budgetnehmer in der Diskussionsrunde, dass er mit dem Integrierten Budget nicht mehr behindert sei. Diese Aussage eines Menschen mit gravierender funktionaler Einschränkung zu hören ist zunächst auf der Ebene der außerordentlichen Qualität einzuordnen.

Qualitätsdimension: förderlich

Wenn Qualität im weitesten Sinne als etwas angesehen wird, was dynamisch verstanden und verbessert werden kann, stellt sich in der Folge unweigerlich die Frage nach Möglichkeiten, dies unter wissenschaftlich anerkannten und in der Praxis umsetzbaren Kriterien zu tun. Im Rahmen von Pflegeprozessen gewinnt „Evidence-based Nursing and Caring“⁵³ an Bedeutung. Es handelt sich hierbei um eine Pflegepraxis, die fachliche Entscheidungen auf wissenschaftlich geprüfte Erfahrungen Dritter – sogenannte „externe Evidence“ – und auf die individuellen Erfahrungen der Pflegebedürftigen und Pflegenden – „interne Evidence“ – stützt. Auch hinsichtlich der Aushandlungsprozesse, die den Zielvereinbarungen im Persönlichen Budget zugrunde liegen und im Hinblick auf die Frage der Qualitätssicherung sind sie von Bedeutung. Im Kontext der Persönlichen Budgets geht es in der Gestaltung der Hilfen und in der Gestaltung der Assistenzverhältnisse in erster Linie um Aushandlungsprozesse, wobei im Zweifelsfall letztendlich die „interne Evidence“ Vorrang hat, da das Leben des Menschen mit Behinderung das letztendliche Gewicht in die Waagschale bringt (vgl. hierzu auch Behrens und Zimmermann 2006a; Niehoff 2005, S. 5).

53 Nach dem gleichnamigen Werk von Behrens und Langer 2006.

Diese Öffnung des Qualitätsbegriffs ist in der Diskussion um Qualitätssicherung im Modellprojekt Integriertes Budget bedeutsam, um zum einen die Wahrnehmung zu erweitern, zugleich aber auch Befürchtungen und Unsicherheiten aufzunehmen.

Die Leistungen des Pflegebudgets im Integrierten Budget gemäß der §§ 36, 38, 8 Abs. 3 SGB XI werden außerhalb des Vertragsrechts des 7. Kapitels des SGB XI gewährt. Insofern greifen die vertragsrechtlichen Grundlagen etwa der §§ 80 ff., 112 ff. SGB XI ebenso wenig wie die in Rahmen- und Versorgungsverträgen niedergelegten Verpflichtungen der Leistungserbringer.

Der verschiedentlich im SGB XI formulierte Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen, der sich auch auf die Qualität der geleisteten Pflege und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen für Pflegeversicherte bezieht, wird im Rahmen des Projekts Pflegebudget auf andere Weise als durch die ansonsten vertragsrechtlich vorgesehenen Instrumente eingelöst.

Der Leistungsberechtigte erhält zur Abklärung seines Hilfebedarfs und zur Begleitung während des Bezugs des Pflegebudgets im Integrierten Budget die Mitarbeiter in den Koordinierungsbüros zur Seite gestellt. Diese erheben umfassend den gesamten Hilfe- und Pflegebedarf im Rahmen des RAI-Assessments, vgl. 4.3.1, inklusive des Rehabilitationsbedarfs. Es wird ein Hilfeplan erarbeitet, der die Grundlage der Budgetgewährung bildet.

Entsprechend der Regelung des § 37 Abs. 3 SGB XI in Verbindung mit § 106a SGB XI ist der Case Manager mitverantwortlich dafür, dass dem Pflegebedürftigen Hinweise auf gefährliche Pflegesituationen gegeben und Maßnahmen zur qualitativ ausreichenden Versorgung ergriffen werden. Diese Aufgaben werden von den Case Managern auch systematisch wahrgenommen. Sind Pflegedienste ihrerseits am Pflegearrangement beteiligt, sind sie aus berufsrechtlicher Pflichtenstellung ebenfalls angehalten, den Leistungsberechtigten in einer fachgerechten Sicherstellung der Pflege zu unterstützen. Ist das Wohl des Betroffenen gefährdet und kommt es mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu gefährlichen Pflegesituationen, hat sowohl der Case Manager als auch ggf. der Pflegedienst zu intervenieren.⁵⁴

⁵⁴ Vgl. ABPB 2008, Kapitel 4.

**Budgetrelevante
Leistungen**

Die Pflichtenstellung bzw. die Kompetenz zur Intervention entspricht § 37 Abs. 3 SGB XI in Verbindung mit § 106a SGB XI. Eine Mitteilung an die Pflegekasse erfolgt dann - und darf auch nur dann erfolgen -, wenn auf andere Weise die Pflegeängel nicht abgestellt werden können. Ggf. ist der gesetzliche Betreuer einzubeziehen oder ein gesetzliches Betreuungsverfahren ist einzuleiten, wenn der Pflegebedürftige aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz seine Angelegenheiten nicht selbst besorgen kann. Diese familienrechtliche Intervention ist, da sie dem privaten Rechtsbereich der Pflegebedürftigen zuzuordnen ist, ggf. vorrangig zu ergreifen. Die Entscheidung der Pflegekassen erfolgt dann, wenn die Situation pflegfachlich nicht zu verantworten ist und die akute Gefahr gefährlicher Pflegesituationen mit dem Risiko erheblicher Schädigung des Betroffenen entsteht, d. h. in der Regel dann, wenn auch eine Kündigung der Teilnahme am Pflegebudget in Betracht kommt.

Im Rahmen einer durch den Case Manager ggf. angestoßenen Anhörung, ob eine Teilnahme am Pflegebudget zu beenden ist, wird die Pflegekasse ihrerseits sinnvollerweise eine Fallkonferenz durchführen. Auch der Case Manager kann eine solche anregen und den Pflegebedürftigen entsprechend motivieren. Eine Fallkonferenz vor Beendigung der Pflegebudgetteilnahme wird in den meisten Fällen als geboten erachtet werden müssen. Erhält der MDK oder erhalten die zuständigen Pflegekassen Hinweise auf eine nicht sichergestellte Pflege aus anderen Zusammenhängen, Hinweise etwa eines gesetzlichen Betreuers oder des Hausarztes aufgrund von Neubegutachtung oder Höherstufungsanträgen, so werden sie ihrerseits in Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags Kontakt zum Leistungsberechtigten aufnehmen. Im Rahmen des Integrierten Budgets wären hierbei, mit Zustimmung des Budgetnehmers, die Mitarbeiter der Koordinierungsbüros zu beteiligen.

Die Aufgaben der Pflegekassen und auch des MDK liegen in der Sicherstellung einer qualitativ dem Stand der Künste entsprechenden Pflege und Betreuung. Die Kompetenzen der Pflegekassen und des MDK zur Prüfung der Pflegesituation und zur Einsichtnahme in Hilfepläne reichen nicht so weit, dass sie in diese Einsicht nehmen und das Pflegearrangement ihrerseits außerhalb der beschriebenen Verfahren kontrollieren dürfen.

5. Das Integrierte Budget in der Erprobung - Budgetbeispiele

5.1 Personenkreis der Budgetnehmer - Demografische Daten und Informationen

Das Integrierte Budget in der Erprobung - Budgetbeispiele

Die Gruppe der Budgetnehmer setzt sich aus neun Männern und sechs Frauen zusammen. Das Durchschnittsalter der Budgetnehmer liegt bei 44 Jahren, wobei sich die Altersspanne von 12 bis zu 65 Jahren erstreckt.

Der überwiegende Teil (13 Personen) der Budgetnehmer im Integrierten Budget sind Menschen mit körperlichen Behinderungen bzw. chronischen Erkrankungen. Zwei Personen haben eine kognitive Behinderung. Vier der Budgetnehmer haben eine gesetzliche Betreuung.

Die 15 Budgetnehmer leben alle in privatem Wohnraum, wobei zwei Personen in einer betreuten Wohngemeinschaft wohnen und acht weitere im Rahmen des Betreuten Wohnens⁵⁵ sozialpädagogisch begleitet werden.

Zehn der Budgetnehmer leben allein, zwei mit nahen Verwandten (einmal Eltern und Geschwister, einmal Ehepartner). Drei Budgetnehmer leben mit Nichtverwandten in Wohngemeinschaften, wobei es sich bei zweien um die bereits genannte Wohnung des Betreuten Wohnens handelt.

In Bezug auf den Schulabschluss der Teilnehmer im Modellprojekt lässt sich Folgendes festhalten: Drei Personen haben keinen Schulabschluss (einer davon ist noch Schüler), fünf haben einen Hauptschulabschluss, drei einen Realschulabschluss. Eine Person hat einen Fachschulabschluss und drei einen Universitätsabschluss. Berufstätig auf dem ersten Arbeitsmarkt ist eine Person. In einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten drei der Budgetnehmer. Alle Budgetnehmer sprechen als Muttersprache Deutsch.

Alle Budgetnehmer sind pflegebedürftig i. S. d. §14 SGB XI, vier Personen in Pflegestufe I, fünf Personen in Pflegestufe II, sechs Personen in Pflegestufe III.

⁵⁵ Betreutes Wohnen in Rheinland-Pfalz ist zum Zeitpunkt der Erhebung geregelt über einen öffentlich-rechtlichen Vertrag gemäß §§ 53 ff. SGB X.

5.2 Falldarstellungen

Das Modellprojekt Integriertes Budget wird unter Einbeziehung der rechtlichen Rahmenbedingungen und der in den Modellregionen beteiligten und interagierenden Personen und Institutionen als Einzelfall aufgefasst und einer Fallanalyse unterzogen.⁵⁶ Entscheidend ist dabei die Erfassung aller für die Forschungsfragestellungen relevanten Dimensionen in ihrer Ganzheit und Komplexität – eine Reduktion der Merkmale zugunsten der Vergleichbarkeit des Falls mit anderen wird nicht angestrebt. Auf der Grundlage der ermittelten quantitativen und qualitativen Daten werden zunächst einmal die Sachverhalte dargestellt. An den Forschungsfragen orientiert, wurden folgende Themen als leitend herausgearbeitet:

- Kernthema
- Ausgangssituation
- Arrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget
- Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget
- Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

Über die wissenschaftliche Bearbeitung des Modellprojekts hinaus geht es bei der Darstellung der Hilfearrangements auch um eine Deskription der Budgetmöglichkeiten. Die in den personenbezogenen Einzelfällen angegebenen Details bezüglich der Budgethöhe oder der eingesetzten Case-Management-Begleitung haben keine statistische Repräsentativität. Aus Gründen der Anonymisierung sind zum Teil Alter und Geschlecht in den Falldarstellungen verändert. Dies wurde immer dann in Erwägung gezogen, wenn die genannten Faktoren in der Auswertung keine größere Relevanz hatten.

56 In der Einzelfallanalyse wird ein Gegenstand „hinsichtlich möglichst vieler Dimension und zumeist über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet (bzw. befragt, inhaltsanalytisch ausgewertet), beschrieben und analysiert“ (Kromrey 1986, S. 320, zit. nach Lamnek 1995, S. 5). Fälle können aus Personen, Gruppen, Organisationen und auch aus Interventionen bestehen (Lamnek, 5).

5.2.1 Fallbeispiel 1: Leben ohne Module - ein Mehr an Privatsphäre ist möglich

„(...) der größte Unterschied ist eigentlich, dass mir diese ganzen Module nicht mehr angetan werden (...)“

Ausgangssituation

- Herr Sandbach ist Rollstuhlfahrer (41) und aufgrund einer progressiven Muskelerkrankung auf umfassende Unterstützung bei Alltagsverrichtungen angewiesen. Von der Pflegekasse erhält er die Sachleistung in Pflegestufe III, vom Sozialhilfeträger aufstockend Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe. Alle Leistungen werden als Sachleistungen erbracht.
- Herr Sandbach lebt in einer barrierefreien Wohnung allein am Stadtrand und ist mit der Wohnsituation unzufrieden. Gründe hierfür sind die räumliche Distanz zu Freunden und die durch die Wohnlage und das nicht barrierefreie Wohnumfeld bedingten Einschränkungen, an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzuhaben. Die Versorgungsmöglichkeiten vor Ort sind ungenügend.
- Im Zuge eines geplanten Umzugs erhält Herr Sandbach Informationen über das Integrierte Budget. Er empfindet die Dokumentation von Modulen in seinem Alltag schon lange als Eingriff in seine Privatsphäre und möchte durch die Teilnahme am Integrierten Budget wieder mehr Privatsphäre.

„(...) so Module, also wo sozusagen dokumentiert wird, wie oft man auf der Toilette war oder irgendwas (...) es tut niemandem gut, wenn da ständig Eingriffe in das Privatleben stattfinden (...)“

Arrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Ein Pflegedienst ist im Einsatz und leistet wöchentlich durchschnittlich 59,5 Stunden Unterstützung. Mit dem Pflegedienst ist Herr Sandbach zufrieden, da er nach langer Suche und schlechten Erfahrungen einen Dienst gefunden hat, der von der Grundhaltung Assistenz leistet und bei der er als Kunde selbst die Art und Weise der Hilfestellung bestimmt. Die Dokumentation von Modulen ist auch bei diesem Dienst zwingend, da er Sachleistungen der Pflegeversicherung erbringt. Hilfe von Freunden und Bekannten ist vorhanden, aber nicht einplanbar. Dies wird von ihm auch nicht gewünscht, um diese Beziehungen nicht zu belasten.

- Herr Sandbach hat lange Zeit in einem Wohnheim gewohnt. Durch die dort fehlenden Möglichkeiten, sein Leben selbst zu organisieren, hat er im administrativen Bereich noch Unterstützungsbedarf. Dies betrifft auch die Durchsetzung der Finanzierung seiner Hilfebedarfe.

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Der Pflegedienst ist weiterhin im Einsatz. Die Hilfen werden jetzt stundenweise erbracht, und die Dokumentation der Module entfällt. Dies empfindet Herr Sandbach als deutliche Verbesserung seiner Lebensqualität und als Stärkung seiner Eigenverantwortung. Im Zuge der Budgetumstellung werden zudem die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe in Budgetform erbracht. Dies führt zu einer flexibleren Gestaltungsmöglichkeit bei der Zeiteinteilung. Zusätzlich unterstützt eine Dipl.-Pädagogin Herrn Sandbach bei der Suche nach einer anderen Wohnung und bietet Unterstützung bei Behördengängen. Diese Unterstützung wurde nach der Bedarfsfeststellung über die Hilfeplanung beantragt und mit 1,5 Stunden wöchentlich vom Sozialhilfeträger bewilligt („Hilfe nach Maß“). Die Assistenzkräfte unterstützen bei allen Verrichtungen des Alltags. Dies geschieht ohne Aufteilung in Pflege, Freizeit und unterstützende Hilfen. Ein Umzug erfolgt.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- Kontakt zu der Organisation, bei der das Case Management angesiedelt ist, war bereits vorhanden. Es erfolgte Beratung und Information und nachfolgend die Bedarfserhebung. Wesentlich war die Unterstützung bei Behördengängen (anfänglich) und die Koordination der Beteiligten im Netzwerk. Hierzu gehörte auch die Aushandlung einer neuen Leistungsvereinbarung mit dem Pflegedienst. Die Bedarfserhebung bezüglich der pflegerischen Versorgung und der Individuellen Hilfeplanung nahm rein zeitlich einen großen Teil des Case Managements ein.

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegesachleistung (Pflegestufe III) gemäß § 36 SGB XI (1.432,- €)
- Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII (2.293,- €)
- Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII (1.597,- €)

Budgetlösung: Integriertes Budget in Höhe von 5.726,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget (1.432,- €)
- Budget des Sozialhilfeträgers (Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe (Assistenz, Freizeitstunden inkl. Fahrtkosten, Tagesnotrufpauschale, Sozialpädagogische Einzelbetreuung)) (4.465,- €)

Es sind Assistenten (Laienkräfte) täglich acht Stunden im Einsatz, die über einen Pflegedienst vermittelt wurden. Diese werden pro Woche durch drei Stunden zur flexiblen Verteilung nach Absprache ergänzt.

Eine Dipl.-Pädagogin unterstützt den Budgetnehmer 1,5 Stunden wöchentlich bei administrativen Tätigkeiten.

5.2.2 Fallbeispiel 2: Individuelle Gestaltung der Hilfe und gleichgeschlechtliche Pflege

„(...) dass man auch nicht diesen inoffiziellen Beschiss treiben muss, da hat man jetzt das Geld in der Hand und kann dann ohne diesen Leistungskatalog vom Pflegedienst sagen, okay, das ist gerade egal, wie oft wir ja jetzt dieses oder jenes machen. Bei dem Pflegedienst [nach Sachleistungsbezug] muss es ja immer nach diesem Modulverfahren gehen, das ist schon sehr nervig, man muss ja auch mal gucken, dass das Geld weitgehend ausgeschöpft ist. Das ist für mich anstrengend, auf diese Module zu achten und wieder hin- und herzuüberlegen, was kann man da eintragen, dass die Gelder auch erhalten bleiben.“

Ausgangssituation

- Frau Pfeiffer (26) ist Rollstuhlfahrerin und benötigt aufgrund einer tetraspastischen Behinderung umfassende Hilfe. Von der Pflegekasse erhält sie Sachleistungen in Höhe der Pflegestufe II und vom Sozialhilfeträger ergänzend Hilfe zur Pflege. Beides wird als Sachleistung gewährt und von einem Pflegedienst erbracht, der elf bis zwölf Stunden wöchentlich im Einsatz ist. Sie erhält Eingliederungshilfe „Hilfe nach Maß“ und wird drei Stunden wöchentlich durch eine koordinierende Bezugsperson unterstützt. Frau Pfeiffer ist sehr unzufrieden mit ihrem Pflegedienst, da sie körperlich und psychisch unter einer nicht bedarfsgerechten Versorgung leidet.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Frau Pfeiffer hat unter psychischen Belastungen einen mehrmaligen Wechsel von Pflegediensten durchlebt und ist nun mit einem Pflegedienst, der auf ihre speziellen Bedürfnisse bezüglich der Tetraspastik eingeht, sehr zufrieden. Diesen Pflegedienstwechsel vollzog sie parallel zu der Antragstellung zum Integrierten Budget. Für sie war eine entspannte Unterstützungssituation wichtig, um ihr Krankheitsbild nicht zu verschlechtern. Hierzu gehört für sie gleichgeschlechtliche Pflege und genügend Ruhe beim Durchführen der Hilfen. Beides kann von dem gewählten Dienst zum großen Teil geleistet werden. Möglich war dies mit der Aussicht des Dienstes, stundenweise und ohne Verrichtungsbezüge die notwendigen Hilfen zu erbringen. Ein Stressfaktor in der Hilfestaltung sind weiterhin die Verrichtungsbezüge und die damit verbundene Dokumentation von Modulen.

- Freunde und Bekannte helfen in Notsituationen. Von ihrer Herkunftsfamilie erhält sie Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Frau Pfeiffer wünscht sich eine flexiblere Gestaltung der Hilfen - zeitlich und inhaltlich -, um angemessen mit ihrer spas-tischen Behinderung umzugehen. Außerdem wünscht sie sich, dass die Zeit, die sie mit ihren Familienangehörigen verbringt, nicht überwiegend mit der Verrichtung von Haushaltstätigkeiten gefüllt werden muss.

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Der Pflegedienst ist weiterhin im Einsatz. Die ergänzenden Hilfen zur Pflege werden inhaltlich und zeitlich flexibel gestaltet erbracht. Frau Pfeiffer erhält die Leistungen der Pflegeversicherung als Budget und ein aufstockendes Budget der Hilfe zur Pflege. Der Berechnung liegt der durchschnittliche monatliche Betrag des Vorjahres zugrunde. Außerdem erhält sie wie bisher das Budget „Hilfe nach Maß“. Mit diesen Beträgen zahlt sie direkt die Rechnung des Pflegedienstes. Der Pflegedienst dokumentiert jedoch einen Teil der erbrachten Leistungen weiterhin nach Modulen.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- In diesem Fall war mit der Fachkraft über die Eingliederungshilfe „Hilfe nach Maß“ bereits eine Vertrauensperson im Einsatz, die bei Hilfebedarf als Unterstützerin hinzugezogen wurde. Eine für das Case Management klare Autorisierung und Rollenzuordnung erfolgte in diesem Fall nicht. Hauptaufgabe der Case Managerin war, Informationen zu geben und den Zugang zum Projekt zu schaffen.

Besonderheiten

- Der Pflegedienst erbringt Leistungen ohne Verrichtungsbezug und zeitlich flexibel, er behält dennoch die Dokumentations- und Abrechnungsmodalitäten wie im Sachleistungsbezug bei. Begründet wird dieser Umgang von der Budgetnehmerin:

„Sie [die Pflegedienstleitung] erklärt mir immer, ja der MDK wüsste da nix von diesem Projekt, und das müsste sie zu ihrer eigenen Sicherheit, wenn sie kontrolliert wird, und das ist auch so ein Punkt, da hab ich einfach aufgegeben, meine Nerven zu stressen“ (Budgetnehmerin). Zusätzliche Leistungen werden unentgeltlich erbracht.

Das Integrierte
Budget in der
Erprobung -
Budgetbeispiele

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegesachleistung (Pflegestufe II) nach § 36 SGB XI (921,- €)
- Hilfe zur Pflege nach § 65 Abs.1 Satz 2 SGB XII (773,48 €)
- Pflegegeld nach § 64 Abs.2 SGB XII (136,68 €)
- „Hilfe nach Maß“ nach §§ 53 ff. SGB XII (337,94 €)

Budgetlösung: Integriertes Budget in Höhe von 2.073,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegesachleistung (Pflegestufe II) (921,- €)
- Hilfe zur Pflege (856,- €)
- Eingliederungshilfe „Hilfe nach Maß“ (226,- €)

20 Stunden pro Woche ist eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes im Einsatz. Die Leistungen der pädagogischen Fachkraft sind auf Wunsch der Budgetnehmerin reduziert worden.

5.2.3 Fallbeispiel 3: Hilfe von außen anzunehmen will gelernt werden - im eigenen Tempo

„Ich entscheide, von wem ich nackt gesehen werden will, und das ist halt bei den Diensten ganz schwierig, finde ich.“

Ausgangssituation

- Frau Jensen, 55 Jahre alt, ist aufgrund einer Polioerkrankung teilweise gelähmt und bei verschiedenen Alltagsverrichtungen auf gute Rahmenbedingungen oder Unterstützung angewiesen. Sie nutzt einen E-Rollstuhl. Ihre Wohnung ist bedingt barrierefrei, und kompensierende Unterstützung wird durch ihren Ehepartner geleistet. Pflegetätigkeiten werden ebenfalls komplett vom Partner geleistet. Durch Zunahme von körperlichen Beschwerden, bedingt durch Postpolio und den normalen Alterungsprozess, ist ein Anstieg des Unterstützungsbedarfs festzustellen. Eine Entlastung des Partners wird angestrebt, wobei Frau Jensen - geprägt durch negative frühere Erfahrungen im institutionellen Bereich und mit ambulanten Pflegediensten - große Schwierigkeiten hat, körpernahe Pflege von fremden Personen durchführen zu lassen.
- Frau Jensen ist seit vielen Jahren politisch engagiert und in Vollzeit ehrenamtlich tätig. Ihr Arbeitsplatz ist barrierefrei. Sie hat vielfältige soziale Kontakte und ein funktionierendes Netzwerk.
- Über ihr politisches Engagement erfährt sie vom Integrierten Budget und macht einen Beratungstermin bei einem Koordinierungsbüro aus. Der Budgetnehmerin ist an dieser Stelle bereits wichtig, zwischen verschiedenen Anbietern auswählen zu können.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Frau Jensen erhält die gesamte Unterstützung im pflegerischen Bereich von ihrem Ehemann (ca. fünf Stunden täglich); Freunde und Bekannte helfen bei gemeinsamen Unternehmungen oder Tätigkeiten. In vielen Bereichen improvisiert Frau Jensen, um zu rechtzukommen, oder verzichtet auf Dinge (z. B. Nutzung von Toiletten in Altenheimen und öffentlichen Gebäuden, da die eigene Toilette nur mit Unterstützung zu benutzen ist; Fast Food statt gesunder Ernährung, da sie kein Gemüse schneiden kann). Frau Jensen erhält die Geldleistung der Pflegeversicherung in Höhe der Pflegestufe II und Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII (Fahrscheine für Taxifahrten).

- Durch die Verschlechterung ihres Gesundheitszustands benötigt sie immer mehr Hilfe in Bereichen, die sie bisher noch mit großer Anstrengung kompensieren konnte. Ihr Partner kann auf längere Sicht diese Hilfen nicht leisten.

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Im Rahmen des Integrierten Budgets hat sich Frau Jensen für eine Kombinationsleistung entschieden. Sie erhält 50% der Sachleistung (565,50 €) in Budgetform und finanziert damit zwei Assistenzkräfte, die sie auf Minijobbasis angestellt hat. Die Assistenzkräfte hat sie über Annoncen selbst nach ganz individuellen Kriterien ausgesucht und angelehrt. Sie sind täglich ca. zwei Stunden im Einsatz. Übernommen werden Tätigkeiten im Haushalt und Fahrdienste. Vereinzelt erprobt Frau Jensen auch die Annahme von Unterstützung bei pflegerischen Tätigkeiten.

„Das Budget bietet mir die Chance, mich daran zu gewöhnen, dass ich Hilfe in Anspruch nehme [fremde Hilfe A. d. V.], aber so Hilfe, wie ich es für mich wirklich brauche, und nicht über einen Pflegedienst, wo ich reingepresst werde in die Vorgaben von diesen Modulen.“

- Die 50% des Geldleistungsbetrags (205,- €) kann sie weiterhin als Gratifikation für Freunde und Verwandte einsetzen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe erhält sie nun als Budget und ist damit räumlich und in der Nutzung von Dienstleistern wesentlich freier.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- Das Case Management umfasste in diesem Fall neben Information und Beratung in erster Linie die Individuelle Hilfeplanung und die unterstützende Begleitung bei Ämterkontakten.

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegegeld nach § 37 SGB XI (410,- €)
- Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII in Form von Taxigutscheinen (320,- €)

Budgetlösung: Integriertes Budget in Höhe von 785,50 €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

-
- Pflegebudget als Kombibudget (665,50 €). Analog zur Geldleistung kann ein Teilbetrag hiervon für Angehörige verwendet werden (205,- €)
 - Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII (320,- €)

Das Integrierte
Budget in der
Erprobung -
Budgetbeispiele

5.2.4 Fallbeispiel 4: Ablösungsprozesse vereinfachen

„Pflege ist Kontrolle (...) Pflege ist Hygiene (...) Ich muss sie pflegen, obwohl sie sich pflegen kann (...)“

Ausgangssituation

- Frau Voss (31 Jahre) lebt seit vier Jahren im Betreuten Wohnen und bezieht das Pflegegeld der Pflegeversicherung. Sie hat eine geistige Behinderung und arbeitet in einer WfbM. Leben in einer eigenen Wohnung mit den Herausforderungen der Haushaltsführung und der Tagesstrukturierung stellen Frau Voss und ihre Mutter vor eine große Herausforderung.
- Die gesamte Unterstützung im hauswirtschaftlichen Bereich wird von der Mutter geleistet. Diese wünscht Entlastung und Alternativen, falls sie selbst als Hilfe ausfällt. Der Gesundheitszustand von Frau Voss ist nicht stabil. Ernährungsweise und Körperpflege haben negative Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Frau Voss erhält Geldleistung der Pflegeversicherung (Stufe 1).
- Die Mutter von Frau Voss übernimmt als Mutter und Betreuerin die gesamte Unterstützung im hauswirtschaftlichen Bereich und die mögliche Unterstützung und Anleitung bei der pflegerischen Versorgung.
- Die Sozialarbeiterin im Betreuten Wohnen kommt einmal wöchentlich. Gerade in Bezug auf die Pflege wird deutlich, dass Pflege bei Frau Voss nicht die direkte Ausführung der Tätigkeiten ist, sondern Anleitung und Kontrolle. Dies ist mit Regelmäßigkeit und Zeit und mit einem Vertrauensverhältnis verbunden.

„Ist die Duschcreme auch irgendwann leer (...)?“

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Frau Voss erhält in Höhe der Pflegesachleistung das Pflegebudget. Mit diesem Geld hat die Betreuerin/Mutter eine Haushaltshilfe angestellt. Frau Voss benötigt aufgrund ihrer Behinderung einen vertrauten Rahmen. Die angestellte Haushaltshilfe kennt sie aus dem persönlichen Umfeld der Familie schon lange und vertraut ihr. Hierdurch hat die Mutter regelmäßige Entlastung. Sie übernimmt nach wie vor täglich Anleitung und

hauswirtschaftliche Unterstützung. Als Betreuerin regelt sie die Organisation der Anstellung. Auch wurde ein Budget der Eingliederungshilfe beantragt, um die Tagesstrukturierung zu gewährleisten.

- Nach einer Erprobungszeit und gleichzeitiger Verschlechterung des Gesundheitszustands durch budgetunabhängige Faktoren wurden von der Mutter Leistungen eines Pflegedienstes hinzugekauft. Wesentliche Aufgaben sind unterstützende Tätigkeiten und Anleitung bei der Grundpflege.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- Das Case Management war für den Zugang zum Integrierten Budget notwendig, um die Nahtstelle zwischen Mutter, Budgetnehmerin und den Assistentinnen zu koordinieren. Im Projektzeitraum konnte im Rahmen der Budgetmöglichkeiten und der Unterstützung durch das Case Management der Ablösungsprozess zwischen Budgetnehmerin und Mutter unterstützt und begleitet werden.
- Im Rahmen des Assessment-Verfahrens wurden verschiedene Risikofaktoren deutlich und es konnte angemessen reagiert werden.
- Die Mutter nutzt das Case Management im Sinne eines „Coachings“.

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegegeld (Pflegestufe I) nach §37 SGB XI (205,- €)

Budgetlösung I: Integriertes Budget in Höhe von 955,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget (384,- €)
- „Hilfe nach Maß“ (571,- €)

Hiervon finanziert die Budgetnehmerin eine Hauswirtschaftshilfe und eine Assistentin.

Budgetlösung II (seit Jan. 2008): Integriertes Budget in Höhe von 1.384,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget (384,- €)
- Hilfe zur Pflege (580,- €)
- „Hilfe nach Maß“ (420,- €)

5.2.5 Fallbeispiel 5: Näher dran am Leben - anstrengend, aber jederzeit wieder

„(...) man ist dann nicht mehr so das Objekt der sogenannten ‚Fachlichkeit‘.“

Ausgangssituation

- Frau Lindstedt ist Rollstuhlfahrerin (36) und aufgrund einer körperlichen Behinderung (spastische Tetraplegie) auf umfassende Unterstützung bei Alltagsverrichtungen angewiesen. Sie ist vor sechs Jahren aus einem Wohnheim ausgezogen und lebt mit ihrem Partner in einer barrierefreien Wohnung des Betreuten Wohnens. Diesen Umzug realisierte sie u. a. mit einem Persönlichen Budget (Hilfe nach Maß). Von der Pflegekasse erhält Frau Lindstedt Sachleistung in Pflegestufe II und vom Sozialhilfeträger aufstockend Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe. Diese Leistungen werden als Sachleistungen über einen Pflegedienst erbracht.
- Frau Lindstedt arbeitet halbtags.
- Frau Lindstedt leidet unter der Abhängigkeit in Bezug auf Hilfen und Unterstützung durch ihren Partner und möchte allein leben und ihre Hilfen mit Assistentinnen organisieren. Gleichgeschlechtliche Hilfe ist ihr wichtig. Sie engagiert sich im Bereich Behindertenpolitik und hat auf diesem Wege über das Modellprojekt erfahren. Frau Lindstedt empfindet die derzeitige Situation „näher an der Lebensrealität“ als die Wohnsituation im Wohnheim. Sie wünscht sich jedoch mehr psychische Stabilität und ein höheres Maß an Selbstbestimmung, die sie sich durch die Umsetzung des Arbeitgebermodells verspricht.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Ein Pflegedienst übernimmt die pflegerische Versorgung und ist drei Stunden täglich vor Ort. Abgerechnet wird nach den in §14 SGB XI genannten Verrichtungen (Pflegestufe II).
- Hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt drei Stunden wöchentlich über einen Dienstleister auf der Abrechnungsbasis der Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII; zwei Stunden) und Eingliederungshilfe in Budgetform (Hilfe nach Maß; §§ 53 ff. SGB XII; eine Stunde).
- Frau Lindstedt wohnt im Betreuten Wohnen und hat hierüber durch die dortige Mitarbeiterin bis zu drei Stunden Unterstützung wöchentlich.
- Informelle Hilfe und Beratung erhält sie über das Zentrum für selbstbestimmtes Leben (ZsL).

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Frau Lindstedt hat eine Assistentin im Rahmen einer 50%-Stelle und vier Hilfskräfte auf Minijobbasis angestellt. Dies finanziert sie über das Pflegebudget im Integrierten Budget, die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe als Budgetleistung. „Hilfe nach Maß“ fließt ebenfalls als Finanzierung des Gesamtarrangements als Budget mit ein. Ihr persönliches Wohlbefinden ist gestiegen, eine Stabilität der Stimmungslage ist zu verzeichnen. Sie kann durch ihr derzeitiges Hilfearrangement auch die Versorgung einer Katze mit gewährleisten. Dies gibt ihr zusätzlich einen nicht zu unterschätzenden psychischen Halt. Das ZsL übernimmt als Dienstleistung für Fr. Lindstedt das Abrechnungsverfahren der 50%-Stelle.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- Frau Lindstedt koordinierte ihre Hilfen mit einem Berater eines ZsL und hatte mit der Case Managerin nur hinsichtlich des Assessments, des Re-Assessments und der Evaluation Kontakt. Organisation und Arbeitseinsätze wurden von Fr. Lindstedt eigenständig durchgeführt.

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegesachleistung (Pflegestufe II) gemäß § 36 SGB XI (921,- €)
- Hilfe zur Pflege nach §§ 61ff. SGB XII (811,- €)
- Eingliederungshilfe (394,- €)
- Hauswirtschaft (privat) (142,- €)
- „Hilfe nach Maß“ nach §§ 53 ff. SGB XII (600,- €)

Die „Hilfe nach Maß“ wird eingesetzt für Hauswirtschaft (eine Stunde), Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, Assistenz und Fahrdienstkosten.

Budgetlösung: Integriertes Budget in Höhe von 2.726,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget (921,- €)
- Hilfe zur Pflege (811,- €)
- Eingliederungshilfe (394,- €)
- „Hilfe nach Maß“ (600,- €)

Das Integrierte
Budget in der
Erprobung -
Budgetbeispiele

Eine fest angestellte Assistentin arbeitet eine komplette Woche (Montag bis Sonntag) von 7.15 bis 9.30 Uhr und von 19.00 bis 22.00 Uhr. In der darauffolgenden Woche wechseln sich vier Personen ab, die auf Minijobbasis bei Frau Lindstedt angestellt sind (zwei Personen decken die genannten Zeiten im Wochenwechsel mit der fest angestellten Person ab, zwei Personen werden als Springerinnen eingesetzt). Alle Kräfte erledigen flexibel und nach Bedarf alle anfallenden Arbeiten.

Die Assistentin auf Basis der 50%-Stelle verdient ca. 954,- €. Die Minijobber erhalten 7,70 € die Stunde.

Alle Leistungen werden in Budgetform erbracht. Während der Arbeitszeit werden Unterstützungen über die Sachleistung der WfbM geleistet.

5.2.6 Fallbeispiel 6: Bedarfsorientiert und verbindlich - mit dem Integrierten Budget ist beides möglich

„Bei Freunden (...) ja, da drücke ich schon mal ein Auge zu (...) Ja, es ist eben nicht ein Bitten um Hilfe (...) Dann weiß ich eben, bestimmte Sachen muss ich jetzt nicht machen, sondern da kommt dann jemand, der das macht. Und das ist schon ein Vorteil, ja.“

Ausgangssituation

- Herr Dietrich ist 43 Jahre alt und aufgrund einer angeborenen Fehlbildung der Gelenke (AMC) und Folgeerkrankungen in seiner Mobilität außerhalb der Wohnung stark eingeschränkt. Um sich dennoch fortbewegen zu können und um seinem Beruf als Informatiker nachzugehen, besitzt Herr Dietrich ein Auto. Bei der Mobilität ist er teilweise auf Begleitung angewiesen. Der Budgetnehmer benötigt zudem Unterstützung bei schweren Arbeiten im Haushalt und bei der Körperpflege.
- Der Budgetnehmer lebt allein in einer barrierefreien Dreizimmerwohnung.
- Herr Dietrich bezieht Leistungen der Pflegekasse (Stufe I) in Form von Geldleistung. Diese Wahl wurde getroffen, weil die Hilfen nach Sachleistungsbezug (Pflegedienst und Moduldokumentation) für ihn am Bedarf vorbeigehen.
- Herr Dietrich hat sich privat und über den persönlichen Kontakt zu einer anderen IB-Teilnehmerin über das Modellprojekt informiert. Er ist selbst auf das gewählte Koordinierungsbüro zugegangen.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Die Geldleistung nach §37 SGB XI in Höhe von 205,- € (Pflegestufe I) nutzte Herr Dietrich als Gratifikationen für Freunde, Verwandte und Nachbarn. Diese Hilfen konnten nicht als Hilfen eingefordert werden, sondern waren auf der Ebene des freundschaftlichen Miteinanders in der Regel abhängig von den privat einzubringenden Möglichkeiten und Befindlichkeiten. Das machte die Hilfen trotz guter Freundschaft und hoher Bereitschaft unkalkulierbar und zwang Herrn Dietrich u. a. auch dazu, auf Hilfen zu verzichten oder sich auf Kosten der eigenen Gesundheit zu überfordern.
- In Krankheitsfällen griff Herr Dietrich auf die Leistungen eines Pflegedienstes zurück.
- Neben den fortlaufenden Bedarfen treten unregelmäßig neue Hilfebedarfe auf - bedingt durch seine Arbeit (Dienstreisen), Krankheiten oder durch die altersbedingte Ver-

schlechterung seines Gesundheitszustands. Diese Bedarfe sind ungedeckt. Auch hat Herr Dietrich durch die häufige Nutzung seines Autos einen hohen finanziellen Mehraufwand. So ist es aufgrund seiner Funktionseinschränkung sehr schwierig zu laufen und so gut wie gar nicht möglich, Lasten zu tragen. Einkäufe werden daher von ihm mit dem Pkw erledigt. Dies gilt auch für Strecken von z. B. 50m.

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Herr Dietrich hat durch das IB und die zuerst umgesetzte Umstellung auf ein Kombibudget monatlich 90,- € mehr zur Verfügung. Er stellt zwei Personen an, die monatlich zehn Stunden auf Minijobbasis „haushaltstechnische“ Dinge erledigen. Diese Umstellung im Hilfearrangement hat für ihn eine große Bedeutung: Da seine Unterstützung nun im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses organisiert ist, findet er sich in einer Position mit weitaus größeren Unabhängigkeiten gegenüber seinen Freunden wieder. Die Verbindlichkeiten im Hilfearrangement verändern sich zu seiner Zufriedenheit. Darüber hinaus entsteht eine neue Regelmäßigkeit und Planbarkeit in der Gestaltung der Hilfen durch die Anstellung der beiden Minijobber. Diese schätzt er sehr. Nach einer Phase der Erprobung ist er mit dem Hilfearrangement so zufrieden, dass er seine Pflegeversicherungsleistungen komplett auf Budgetleistungen umstellt und auf den frei verfügbaren Eigenanteil zugunsten verlässlicher und einrechenbarer Hilfe verzichtet.
- Das zweite Budget in seinem Arrangement bezieht sich auf Hilfen der Krankenkasse in Form von Krankengymnastik (28 Termine jährlich) und orthopädischen Schuhen.
- Die Budgetierung der Krankenkassenleistungen eröffnet dem Budgetnehmer jedoch bis jetzt noch keine neuen Möglichkeiten oder Verbesserungen in der Versorgung, da sich die Höhe des KK-Budgets der Höhe seiner Ausgaben angleicht, die er mit der Kasse immer erst absprechen muss. Zudem kann sich Herr Dietrich keine Änderungen bei der Krankengymnastik vorstellen. Es wurde eine Zielvereinbarung erstellt, die jedoch standardisiert ist und nicht im Aushandlungsprozess entwickelt wurde.
- Durch das Integrierte Budget ist ein großer Verwaltungsaufwand entstanden, der für Herrn Dietrich in keiner angemessenen Relation zu dem Mehr von 90,- € (Kombibudget bei Pflegestufe II) monatlich steht. Auch das ist ein Grund für ihn, vollständig auf Budget umzusteigen.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- Herr Dietrich war bereits im Voraus über das Integrierte Budget informiert und hat sich seine Versorgung selbstständig organisiert. Er ist aktiv im Netz der Selbsthilfe. Durch seine kognitiven Fähigkeiten und seine Kontakte zu Organisationen der Behindertenhilfe war es für ihn keine Schwierigkeit, dies selbst zu erledigen. Hauptaufgabe der Case Managerin war die administrative Unterstützung bei der Bewilligung und Organisation des Krankenkassenbudgets.

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegegeld (Pflegestufe I) gemäß § 37 SGB XI (205,- €)
- Leistungen zur Krankengymnastik und für orthopädische Schuhe

Budgetlösung I: Integriertes Budget in Höhe von 404,50,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget als Kombibudget 50:50 (Pflegestufe I) (294,50 €)
- Budgetierte Krankenkassenleistungen (Krankengymnastik und orthopädische Schuhe) (110,- € monatlich. Berechnungsgrundlage ist das Jahresbudget in Höhe von 1.320,- €)

Zwei Assistenten (Minijobber) für „Haushaltstechnisches“: insgesamt ca. 5 Std./Woche (10,- €/Std. netto + Abgaben 13% = 220,- €) und nach Bedarf stundenweise Einsatz der Assistenten am Wochenende; Haushaltshilfe zum Putzen: 4 Std./Woche (50,- € monatlich); Angehörige und Freunde: 14 Std./Woche (50,- € bis 100,- € monatlich).

Budgetlösung II (nach sechs Monaten): Integriertes Budget in Höhe von 493,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget (Pflegestufe I in Sachleistungshöhe) (383,- €)
- Budgetierte Krankenkassenleistungen (Krankengymnastik und orthopädische Schuhe) (110,- € monatlich. Berechnungsgrundlage ist das Jahresbudget in Höhe von 1.320,- €)

Zwei Assistenten (Minijobber) für „Haushaltstechnisches“: insgesamt 7 Std./Woche (10,- €/Std. netto + Abgaben 13% = 317,- €) und nach Bedarf stundenweiser Einsatz der Assistenten am Wochenende; Haushaltshilfe zum Putzen: 4 Std./Woche (50,- € monatlich); Angehörige und Freunde: 14 Std./Woche (50,- € bis 100,- € monatlich).

5.2.7 Fallbeispiel 7: Das Integrierte Budget in einer Wohngemeinschaft

„Wir sind eine Gemeinschaft, die zusammenhält - bei der Pflege.“

Ausgangssituation

- Frau Clemens ist 52 Jahre alt und wohnt seit acht Jahren in einer Frauen-Dreier-WG. Aufgrund ihres Krankheitsverlaufs (Multiple Sklerose (MS)) hat sie große Einschränkungen im Bereich der kognitiven Fähigkeiten. Kommunikation ist hierdurch erschwert. Hinzu kommen starke emotionale Reaktionen und Stimmungsschwankungen. Frau Clemens hat ein ausgeprägtes Schmerzempfinden und umfassenden Unterstützungsbedarf in allen Bereichen des täglichen Lebens.
- Ihr soziales Umfeld ist sehr zerbrechlich. Ihr Ehemann besucht sie sporadisch. Ihre Kinder waren erst einmal zu Besuch, die weiteren Entwicklungen dieses Kontakts sind unklar, und freundschaftliche Kontakte bestehen nach eigenen Angaben nicht. Die soziale Anbindung ist durch das Wohnen in der betreuten Wohnform und durch Kontakte mit Nachbarn gegeben.
- Da der begleitende Sozialarbeiter im Betreuten Wohnen gleichzeitig Case Manager im Integrierten Budget ist, bestand der Kontakt zwischen den beiden Personen bereits vor Eintritt ins Modellprojekt. Frau Clemens erfüllt die Aufnahmekriterien fürs IB, und die Zustimmung der gesetzlichen Betreuerin war vorhanden. Auf diese Weise kam die Teilnahme zustande. Die Intention zur Teilnahme war die Flexibilisierung der Pflegeleistungen. Die gesetzliche Betreuung umfasst die Bereiche Gesundheitsfürsorge, Vermögenssorge, Postvollmacht und Vertretung in Privatklage und Strafverfahren.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Frau Clemens erhält Sachleistungen der Pflegekasse in Höhe der Pflegestufe III. Aufstockend werden Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe vom Sozialhilfeträger gezahlt.
- Zwei Personen aus der WG haben ein Integriertes Budget.
- Ein Teil der Unterstützungsleistung wird für alle drei Frauen zusammen erbracht. Täglich ist im Zweischichtsystem eine Assistentkraft von 9.00 bis 22.00 Uhr vor Ort und an fünf weiteren Tagen eine weitere Assistentperson für sieben bis acht Stunden täglich. Für die direkte Körperpflege kommt ein Pflegedienst in die Wohnung, der neben der Pflege morgens und abends auch den nächtlichen Bedarf abdeckt und dreimal in der Nacht unterstützende Hilfe leistet.

- Eine pädagogische Fachkraft ist drei Stunden pro Woche im Rahmen des Betreuten Wohnens tätig, und die gesetzliche Betreuerin benötigt für die ihr übertragenen Aufgaben ca. eineinhalb Stunden wöchentlich.

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Im Hilfearrangement hat sich für Frau Clemens durch das IB nichts verändert. Es sind vielmehr die Ausgestaltung der Versorgung, die nun ohne die Modulbindung flexibler gehandhabt werden kann (Poolen), und eine Vereinfachung in der Dokumentation, die einen Vorteil im Gesamten bringen.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- Der Mitarbeiter des Betreuten Wohnens hat in diesem Fall das Case Management übernommen. Es gab keine Notwendigkeit, im Hilfearrangement etwas zu verändern. Die Hauptaufgaben lagen letztendlich in einer Mittlerfunktion für die Leistungsform Budget gegenüber den Leistungsträgern und dem Pflegedienst.

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegesachleistung (Pflegestufe III) nach § 36 SGB XII (1.432,- €)
- Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe gemäß §§ 61 ff. SGB XII und § 53 ff. SGB XII (3.170,- €)
- Budget der Eingliederungshilfe „Hilfe nach Maß“ nach §§ 53 ff. SGB XII (770,- €)

Budgetlösung: Integriertes Budget in Höhe von 5.372,-€

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget (1.432,- €)
- Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe als Budget (3.170,- €)
- „Hilfe nach Maß“ (770,- €)

Das Hilfearrangement bleibt gleich. Es sind die Abrechnungen, die mithilfe des Budgets einfacher werden (Poolen).

5.2.8 Fallbeispiel 8: Längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit - Heimaufnahme verzögert

„Wenn ich ein bisschen rausgegangen bin mit dem Anton [Assistenzkraft A. d. V.], dann bin ich wieder ein besserer Mensch.“

Ausgangssituation

- Herr Hermanns ist 2004 aus seiner eigenen Wohnung in eine barrierefreie Wohnung des Betreuten Wohnens eines größeren Trägers der Behindertenhilfe umgezogen. Gründe hierfür waren eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands durch eine schlecht zu kontrollierende Diabetes, eine demenzielle Erkrankung, die zu einer bestehenden Lernbehinderung hinzukam, sowie eine dreifache Bypass-Operation. Depressive Verstimmungen durch fehlende soziale Kontakte und eine Scheidung waren weitere Gründe, die den Umzug notwendig machten. Sein Gesundheitszustand verschlechterte sich zusehends. Die für seine körperliche und psychische Gesundheit notwendigen Spaziergänge konnte er nicht mehr allein unternehmen, durch zunehmende Desorientierung - zeitlich und räumlich - konnte er den Haushalt nicht mehr führen, und es ging ihm durch einen fehlerhaften Umgang mit der Diabetes gesundheitlich sehr schlecht. Ein starkes Zittern schränkte seine Motorik zusätzlich ein. Die Betreuerin wurde sehr zeitintensiv in Anspruch genommen. Gleiches gilt für die Mitarbeiterin des Betreuten Wohnens, die statt der vereinbarten drei bis fünf Stunden wöchentlich akut nun ohne höhere Kostenzusage bis zu acht Stunden wöchentlich Unterstützung leistete. Das Hilfearrangement war in der bisherigen Art und Weise nicht tragbar. Eine Heimunterbringung schien die Lösung zu sein. Dies mochte Herr Hermanns nicht.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Herr Hermanns hat für die Bereiche Gesundheit, Aufenthalt, Vermögen und Wohnungsangelegenheiten eine gesetzliche Betreuung. Mit Eintritt in das Betreute Wohnen nahm er eine sozialpädagogische Fachkraft für drei Stunden pro Woche in Anspruch, die über die Eingliederungshilfe nach §§ 53,54 SGB XII i. V. m. §§ 55,58 SGB IX finanziert wurde. Zweimal täglich war ein Pflegedienst zur Kontrolle der Diabetes und zur Unterstützung bei der täglichen Körperpflege im Einsatz.

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Herr Herrmanns kann trotz verschlechtertem Gesundheitszustand in seiner Wohnung bleiben. Mithilfe der Case Managerin aus dem Integrierten Budget wird in Absprache mit Herrn Herrmanns, der gesetzlichen Betreuerin und der Mitarbeiterin des Betreuten Wohnens ein neues Hilfearrangement aufgestellt. Es werden ergänzend zu den Leistungen der Pflegeversicherung, die nun in Budgetform ausgezahlt werden, Leistungen der Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe in Budgetform beantragt und bewilligt.
- Alle Leistungen fließen direkt auf das von der Betreuerin verwaltete Konto und werden für die Leistungserbringer eingesetzt. Durch den vorhandenen Gesamtbetrag kann bei der Erstellung des Hilfearrangements im Vergleich zu vorher mit größerer Freiheit und Transparenz geplant werden.
- Herr Hermanns erhält jetzt dreimal täglich Unterstützung durch den Pflegedienst. Haupttätigkeiten sind Diabeteskontrolle und Körperpflege. Täglich wurden das Frühstück und das Abendbrot von der Hauswirtschaftshilfe zubereitet. Darüber hinaus erhält er neben der pflegerischen Unterstützung nun auch kleine notwendige Tätigkeiten wie Getränke einschenken, kleine Handreichungen bzw. Körperteilwäschen, Umkleiden und situationsbedingte Reinigungen der Wohnung durch alle Dienstleister (Pflegedienst, Betreutes Wohnen, Hauswirtschaftsdienst und Assistenten) ohne Verrichtungsbezug nach Zeitabrechnung.
- Zusätzlich kommt Montag bis Samstag einmal am Tag entweder die Fachkraft des Betreuten Wohnens, eine neu beauftragte Haushaltshilfe oder ein Mitarbeiter zur Freizeitgestaltung.
- Die betreffenden Personen haben Kernaufgaben gemäß ihrer Finanzierungsgrundlage zu erbringen, haben jedoch zeitlich und inhaltlich die Flexibilität, situationsbezogen zu reagieren. Dies verschafft Kontinuität in der Ansprache und der Begleitung und stabilisiert den körperlichen und psychischen Zustand von Herrn Herrmanns. Die Mitarbeiterin aus dem Betreuten Wohnen ist im Gegensatz zu der vorherigen Situation entlastet und erledigt die anfallenden administrativen Tätigkeiten in Absprache mit der gesetzlichen Betreuerin. Besonders wichtig für Herrn Hermanns ist auch die Tatsache, dass es sich bei der Freizeitassistenz um einen Mann mittleren Alters handelt, mit dem er auch mal „von Mann zu Mann“ reden kann, da im gesamten Setting sonst ausschließlich Frauen oder jüngere Männer tätig sind. Sein größtes Bedürfnis - „nicht immer allein sein“ - kann mit dem bestehenden Arrangement ebenfalls abgedeckt werden.

Das Integrierte
Budget in der
Erprobung -
Budgetbeispiele

- Die Koordination der Hilfen wird von der Mitarbeiterin des Betreuten Wohnens übernommen.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- Wesentliche Aufgabe des Case Managements war es, den Zugang zum Integrierten Budget zu verschaffen, ein Assessment in den Bereichen der Eingliederungshilfe und Pflege zu erstellen und die notwendigen finanziellen Ressourcen zu ermitteln. Die Vernetzung der im Hilfearrangement tätigen Dienstleister und Personen gehörte in diesem Arrangement ebenfalls zu den Aufgaben des Case Managements. Dies war eine besondere Herausforderung durch eine Vielzahl an Akteuren und nahm in dem Fall eine besondere Stellung ein.

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegesachleistung (Pflegestufe I) nach §36 SGB XI (384,- €)
- Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII (1.232,- €)
- „Hilfe nach Maß“ gemäß §§ 53 ff. SGB XII
- Betreutes-Wohnen-Pauschale (wird mit dem Kostenträger am Ende des Jahres direkt abgerechnet)

Die Eingliederungshilfeleistungen wurden für Assistenz, die drei Stunden pro Woche à 33,- € tätig war, verwendet.

Budgetlösung: Integriertes Budget in Höhe von 1.864,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget (384,- €)
- Hilfe zur Pflege (766,- €)
- Budget der Eingliederungshilfe (715,- €)

Der Pflegedienst kommt dreimal täglich zur Blutzuckerkontrolle, zum Spritzen und zur pflegerischen Unterstützung. Anfallende kleinere Handreichungen können in dieser Zeit ebenfalls getätigt werden.

Montags, donnerstags und samstags kommt eine Haushaltshilfe, die mit Herr Hermanns auch kleinere Gänge außer Haus macht. Dienstags und freitags macht der Mitarbeiter für

Freizeitassistenz längere Spaziergänge, wobei die für ihn gültige wöchentliche Gesamtstundenzahl von sechs Stunden flexibel eingesetzt werden kann, solange die tägliche Anwesenheit einer Person gesichert ist. Die Mitarbeiterin des Betreuten Wohnens übernimmt am verbleibenden Mittwoch die Ausgabe des persönlichen Barbetrags und begleitet zu Einkäufen. Außerdem werden administrative Tätigkeiten erledigt.

Die Leistungen werden nach Stunden erbracht:

- Pädagogische Fachkraft 33,- €/Std.
- Haushaltshilfe 16,- €/Std.
- Freizeitassistenz 25,- €/Std.

Die Pflege wird von einem Pflegedienst erbracht und nach Stunden ohne Verrichtungsbezug abgerechnet.

Besonderheit: Herr Hermanns ist nach Ablauf der Projektzeit in ein Heim für Menschen mit Behinderung im Alter umgezogen. Zum Zeitpunkt des Umzugs lag - im Gegensatz zu der Zeit zwei Jahre vorher - die Bereitschaft, aus der eigenen Wohnung auszuziehen, vor.

5.2.9 Fallbeispiel 9: Ein Blick in die Zukunft - mit dem Budget auf Veränderungen reagieren

„Man kann nicht ein Leben lang 24 Stunden paratstehen. Man muss auch mal selber ausschalten können. Außerdem wird mit dem körperlichen Wachstum des Kindes alles schwerer. Das geht so einfach nicht mehr - und jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, an dem wir uns langsam umorientieren müssen - langsam lösen und andere Hilfen in Anspruch nehmen (...)“

Ausgangssituation

- Tommy Behrens (13 Jahre alt) lebt mit seinen Eltern und einem Bruder in einem kleinen Ort im ländlichen Raum. Durch eine spastische Lähmung ist er bei allen Verrichtungen auf Unterstützung angewiesen. Bis auf die Zeiten, in denen er in der Schule ist, übernimmt seine Mutter in erster Linie diese umfassenden Hilfen. Ergänzend helfen andere Familienangehörige. Es werden ca. 75 Stunden Pflege und Unterstützung durch die Familie sichergestellt. Beide Elternteile sind (z. T. in Teilzeit) berufstätig und liegen von ihrer Einkommensgrenze knapp über dem Einkommen, das zu Leistungen der Eingliederungshilfe berechtigen würde. Die nötigen Therapien und Behandlungen erfordern einen hohen administrativen und finanziellen Aufwand. Besonders für Fahrten zu Spezialisten und Therapien fallen hohe Kosten an. Durchschnittlich werden monatlich allein 200,- € für Benzinkosten veranschlagt. Die Familie hat sich zudem ein größeres Auto anschaffen müssen, um die nötige Mobilität mit Tommy zu gewährleisten (E-Rollstuhl). Sie erhalten für Tommy das Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Höhe der Pflegestufe III. Für das Pflegegeld haben sie sich entschieden, da ihnen die Leistungen eines Pflegedienstes sowohl von der Art der Leistung als auch der zeitlichen Entlastung keinen Vorteil bringen.
- Die Mutter, die über ein sehr gutes Netzwerk verfügt, hat vom Integrierten Budget erfahren und sich zur Beratung an den Mitarbeiter eines Koordinierungsbüros gewandt.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Die Familie leistete die gesamte Unterstützung allein. In Form von „Babysitterdiensten“ wurde gelegentlich auf informelle Hilfe zurückgegriffen. Diese Hilfe war eher zufällig und im normalen Entlastungsrahmen zu sehen. Mit dem Älterwerden des Jungen wurden Pflege und Unterstützung für die Mutter körperlich und zeitlich belastender.

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Die Familie hat sich für ein sogenanntes Kombibudget entschieden. 50% der Leistung nach § 36 SGB XI wird als Pflegebudget im Integrierten Budget ausgezahlt und von der Familie für eine Minijobberin verwendet, die sowohl Unterstützung im Haushalt als auch in der direkten Assistenz von Tommy leistet. Das verbleibende Budget wird flexibel für Fahrten zu Therapien, zu Treffen von Selbsthilfegruppen und zu Besuchen der Reha-Messe eingesetzt, um sich über Hilfsmittel zu informieren, und Ähnliches. Mit der Möglichkeit, im Integrierten Budget Hilfen und Entlastung bedarfsgerecht nutzen zu können, wird es der Familie ermöglicht, sich auf die Situation einzulassen, überhaupt Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dies ist unbedingt erforderlich, um das bestehende Unterstützungssystem tragfähig zu halten.
- Als weiteres Budget wurde von der Familie bei der Krankenkasse ein Budget für Fahrtkosten zur Krankengymnastik beantragt. Tommy erhält einmal monatlich Krankengymnastik. Durch einen Umzug vor einigen Jahren und den gleichzeitig bestehenden Wunsch, die seit Kleinkindzeiten vertraute und optimal passende Therapeutin zu behalten, nimmt die Familie einen langen Weg in Kauf. Das Fahrtkostenbudget wird in der Höhe der fiktiv entstehenden Fahrtkosten zur nächstgelegenen Therapeutin bewilligt und deckt nun zumindest anteilig einen Teil der Fahrtkosten ab.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- Die Aufgabe des Case Managements beschränkte sich in erster Linie auf Beratung zu den Rahmenbedingungen des Integrierten Budgets und Hilfen bei der Beantragung des Krankenkassenbudgets.

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegegeld (Pflegestufe III) gemäß § 37 SGB XI (665,- €)

Budgetlösung: Integriertes Budget in Höhe von 748,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget als Kombibudget 50:50 (716,- €)
- Fahrtkosten (32,- € monatlich)

Das Integrierte
Budget in der
Erprobung -
Budgetbeispiele

Das Pflegebudget wird in erster Linie für die Unterstützung im Haushalt und für Assistenz ausgegeben. Der Restbetrag wird für Zusatzkosten in Bezug auf Pflege, Selbsthilfe und Therapie flexibel eingesetzt, die behinderungsbedingt entstehen.

Ein Teil der Leistung nach §37 SGB XI (50%) wird weiterhin als Geldleistung ausgezahlt und ist damit als Gratifikation für Angehörige einsetzbar. In diesem Fall handelt es sich um 332,- €.

Das Fahrtkostenbudget der Krankenkasse deckt anteilig entstehende Kosten für die Fahrt zur Krankengymnastik. Bis zur Beantragung des Budgets wurden die Kosten von der Familie privat übernommen.

5.2.10 Fallbeispiel 10: Individualität und Flexibilität

„(...) wirklich flexibler geworden, ich hab mehr Entscheidungsfreiheiten, bin nicht mehr so an einen festen Rahmen gebunden, kann sagen, wann, wo, was ich brauche (...)“

Ausgangssituation

- Herr Rother, 50 Jahre alt, ist durch einen inkompletten Querschnitt ab HWS 2-6 in seinen Körperfunktionen eingeschränkt. Er benötigt kompensierende Hilfe bei den meisten Aktivitäten des täglichen Lebens. Ein E-Rollstuhl ermöglicht es ihm, sich außerhalb der Wohnung selbstständig zu bewegen. Er lebt in einer barrierefreien Wohnung des Betreuten Wohnens eines großen Trägers. Seinen Beruf als Datenverarbeitungskaufmann kann er derzeit nicht ausüben, und zur sinnvollen Tagesstrukturierung engagiert er sich in der Unterstützung Jugendlicher im Berufsbildungswerk des Trägers, bei dem er auch seine Wohnung angemietet hat.
- Herr Rother ist ein vielseitig interessierter und sehr offener Mensch, der viel Engagement in den Erhalt sozialer Kontakte investiert. Sein Gesundheitszustand ist instabil und verlangt psychisch und in der Organisation der Hilfen Flexibilität.
- Herr Rother hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe der Pflegestufe II und auf Leistungen des Sozialhilfeträgers.
- Durch die Mitarbeiterin der Beratungsstelle des genannten Trägers, bei der das Case Management angesiedelt ist, erfährt Herr Rother vom Integrierten Budget. Er verspricht sich von diesem Angebot eine größere Flexibilität und einen besseren Überblick über sein Hilfesystem.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Herr Rother erhielt seine Hilfen durch einen Pflegedienst, der die Sachleistung in Höhe der Pflegestufe II direkt mit der Kasse abrechnet. Ergänzende Hilfe zur Pflege wurde vom Dienst direkt mit dem Sozialhilfeträger in Höhe von 940,- € abgerechnet. Im Rahmen des Persönlichen Budgets „Hilfe nach Maß“ war für vier Stunden wöchentlich eine Assistentin tätig, die als Honorarkraft arbeitete und von Herr Rother direkt bezahlt wurde.
- Herr Rother vermisste den spontanen Umgang mit anderen Menschen in einer von ihm selbst gewählten Umgebung und flexible Hilfsangebote, um seinen Tag selbstbestimmt gestalten zu können.

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Herr Rother erhält ein Budget, das sich aus dem Pflegebudget, einem Budget der Hilfe zur Pflege und einem Budget der Eingliederungshilfe zusammensetzt. Mit diesen Geldern kauft er sich stundenweise Unterstützung ein. Der Träger, bei dem er ebenfalls seine Wohnung angemietet hat, bietet verschiedene Hilfeleistungen an. Im Zuge der Implementierung der Leistungsform Budget wurden neue und flexible Angebote geschaffen. Herr Rother kombiniert diese Leistungen unter Rücksprache mit der Case Managerin selbstständig. Er bespricht die Termine mit seinen Assistentinnen und dem Pflegedienst und ruft für spontane, kurzfristige Hilfen (z. B. es kommt Besuch, und es wird ein Einkauf benötigt; Milchtüte ist runtergefallen etc.) direkt den Bereitschaftshelfer (Hauswirtschaftskraft). Die Abrechnungen lässt er derzeit noch von der Abrechnungsstelle des Trägers durchführen. Die Hilfeleistungen stehen ihm zu unterschiedlichen Stundensätzen zur Verfügung und werden im Stundensatz abgerechnet.
- Pflegerische Unterstützung wird durch Pflegefachkräfte eines im Haus ansässigen Dienstes erbracht. Die Abrechnung erfolgt analog zu den vereinbarten Sätzen der Leistungsmodulen der Pflegeversicherung. Alle spontanen und kurzfristigen Hilfen werden auf der Grundlage der Leistungssätze, jedoch umgerechnet in Zeiteinheiten, abgerechnet.
- Verbleibende Gelder können für den Fahrdienst gemäß der Entgeltregelung - zum Verleih mit oder ohne Fahrer - oder andere Bedarfe ausgegeben werden. Alle Vereinbarungen zur Leistungsabrechnung werden mit Herrn Rother selbst verhandelt. Es bestand und besteht zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit, mit dem jetzigen oder einem anderen Träger die Versorgung zu sichern.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- Die wesentliche Herausforderung des Case Managements bestand darin, bestehende Hilfesysteme zu modifizieren und an die Bedürfnisse des Budgetnehmers anzupassen. So konnten mit dem Pflegedienst neue Versorgungsmodelle entwickelt und übergreifend mit verschiedenen Stellen des Trägers Angebote entwickelt werden, die zumindest vor Ort eine wesentliche Flexibilisierung des Alltags ermöglichten.
- Die Möglichkeiten, hausinterne Fahrzeuge, die hauswirtschaftliche Versorgung, Pflegeangebote und die Ressourcen des Pflegeteams der Außenwohngruppe im Nachbarhaus zu nutzen, wurden weiterentwickelt. Aufgrund der räumlichen Nähe konnte die Versorgung bedürfnisorientierter angepasst werden.

- Im direkten Kontakt ging es um die Individuelle Hilfeplanung und die Erfassung der Bedarfe.

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegesachleistung (Pflegestufe II) gemäß § 36 SGB XI (921,-€)
- Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII (950,- €)
- Ambulante Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII (571,- €)

Budgetlösung I: Integriertes Budget in Höhe von 2.421,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget (921,- €)
- Hilfe zur Pflege (950,- €)
- Eingliederungshilfe (550,- €)

Budgetlösung II aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands

(ab Aug. 2007): Integriertes Budget in Höhe von 3.890,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget (921,- €)
- Eingliederungshilfe (1.586,- €)
- Hilfe zur Pflege (1.383,- €)

Mit dem Budget werden die benötigten Unterstützungsleistungen bei einem großen Träger der Behindertenhilfe eingekauft. Im Rahmen der Budgetimplementierung wurden neue bedarfsorientierte Angebote entwickelt, sodass Herr Rother nach individuellem Bedarf verschiedene Hilfen flexibel abrufen kann. Diese werden je nach Qualifikation und Einsatzzeit gezahlt.

Assistenz (Studenten): 25,- €/Std.

Pädagogische Fachkraft: 33,- €/Std.

Bereitschaftshelfer Hauswirtschaftskraft: 16,- €/Std.

Die pflegerische Unterstützung ist durch Pflegefachkräfte abgesichert. Die Abrechnung erfolgt analog zu den Sätzen, die im Rahmen der Leistungsmodule der Pflegeversicherung vereinbart sind. Alle spontanen und kurzfristigen Hilfen werden auf der Grundlage der

Das Integrierte
Budget in der
Erprobung -
Budgetbeispiele

Leistungsätze, jedoch umgerechnet in Zeiteinheiten, abgerechnet. Verbleibende Gelder können für den Fahrdienst gemäß der Entgeltregelung, zum Verleih mit oder ohne Fahrer oder für andere Bedarfe ausgegeben werden.

5.2.11 Fallbeispiel 11: Selbstbestimmtes Leben in eigener Verantwortung

„(...) mit einem ambulanten Dienst ist man halt auf der sicheren Seite (...)“

Ausgangssituation:

- Herr Velten, 45 Jahre alt und aufgrund einer Conterganbehinderung bei verschiedenen Alltagsverrichtungen auf Unterstützung angewiesen, lebt mit seinem Hund in einer Zweizimmerwohnung des Betreuten Wohnens eines großen Trägers der Behindertenhilfe. Selbstbestimmte Lebensführung ist ihm nach einer längeren Wohnzeit in einer stationären Einrichtung, einer erfolgreich bewältigten Alkoholsucht und einer 20-jährigen, nicht zufriedenstellenden Berufstätigkeit in einer WfbM die oberste Priorität. Durch seine Behinderung ist Unterstützung bei fast allen pflegerischen (orientiert an den ADL) und haushaltspflegerischen Tätigkeiten nötig.
- Er legt großen Wert darauf, mit Menschen seines Vertrauens zusammenzuarbeiten, und möchte einen genauen Überblick über seine finanziellen Angelegenheiten haben. Nach Fehlern in der Abrechnung seines Pflegedienstes wechselte er von der Sachleistung nach § 36 SGB XI zur monetär niedrigeren Geldleistung nach § 37 SGB XI. Grund war das Bedürfnis, die Kontrolle über erbrachte Leistungen haben zu können. Mit der Arbeit des Pflegedienstes an sich war er zufrieden. Eine punktuell regelmäßige Fachpflege ist ihm wichtig.
- Über die Mitarbeiterin im Koordinierungsbüro wurde er direkt auf das Integrierte Budget angesprochen und hatte Interesse. Bei der Wahl, das Integrierte Budget ausprobieren zu wollen, hat ihn die Möglichkeit überzeugt, jederzeit auch wieder zurücktreten zu können.

Unterstützungsarrangement vor Eintritt ins Integrierte Budget

- Herr Velten erhielt die Geldleistung nach § 37 SGB XI (Pflegestufe III) in Höhe von 665,- €, eine Conterganrente und Leistungen der Eingliederungshilfe. Mit diesen Geldern finanzierte er drei bis vier Stunden pro Woche einen Pflegedienst und private Unterstützung (wöchentlich ca. 48 Stunden). In der Eingliederungshilfe waren Leistungen zur Mobilität nach §§ 53, 54 SGB XII enthalten. Diese Leistungen wurden vom Träger direkt mit einem ortsansässigen Fahrdienst abgerechnet.

Unterstützungsarrangement mit Integriertem Budget

- Das Unterstützungsarrangement ist im Grundsatz geblieben und dennoch in wesentlichen Punkten optimiert worden. Insgesamt stehen Herrn Velten durch den Betrag in Sachleistungshöhe jetzt 767,- € mehr zur Verfügung als vorher. Mit diesem Betrag finanziert er seine pflegerische Unterstützung, die er zuvor über seine Conterganrente mitfinanziert hat. Das ermöglicht ihm wiederum, die verbleibenden Gelder für den behinderungsbedingten Mehrbedarf einzusetzen (z. B. Anpassungen im Wohnraum, bei Kleidung, Mobilitätshilfen). Diejenigen Personen, die aus seinem Bekanntenkreis Unterstützung und pflegerische Hilfen leisten, sind nun alle auf Minijobbasis angestellt und damit legal beschäftigt. Fahrten macht Herr Velten mit seinen Assistenten und ihren eigenen Pkws, die haftungsrechtlichen Fragen klärt er eigenverantwortlich.

Aufgaben des Case Managements in diesem Fall

- Herr Velten lehnt eine Bevormundung durch pädagogische Fachkräfte ab. Im Rahmen des Projekts hat er regelmäßige Termine mit der Case Managerin zur Bedarfserhebung und Evaluation zugestimmt, wobei diese Treffen von seiner Seite von Vorsicht und Zurückhaltung geprägt waren. Da er die Rahmenbedingungen einhielt und sein Hilfearrangement stimmig war, folgte die Case Managerin dem Grundsatz des Reflexiven Case Managements.

Leistungsbezug vor Beantragung des Integrierten Budgets

- Pflegegeld (Pflegestufe 3) nach § 37 SGB XI (665,- €)
- Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 ff. SGB XII (205,- €)
- Conterganrente nach Conterganstiftungsgesetz (545,- €)

Budgetlösung: Integriertes Budget in Höhe von 2.782,- €

Das Budget setzt sich zusammen aus:

- Pflegebudget (Pflegestufe III) in Sachleistungshöhe (1.432,- €)
- Eingliederungshilfe (205,- €)
- Conterganrente (545,- €)

Das bisherige Hilfearrangement konnte mithilfe des Integrierten Budgets optimiert werden. Alle Personen, die unterstützend tätig werden, sind legal beschäftigt. Die Conterganrente kann dank des höheren Betrags der Pflegekasse jetzt für den behinderungsbedingten Mehrbedarf kompensierend eingesetzt werden.

6. Budgets als Lernfelder

Die im Projekt formulierten Forschungsfragen können in verschiedene Themengebiete aufgeteilt werden. Zum einen geht es um Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen und um die Frage, ob ihre Autonomie durch die Einbeziehung eines Integrierten Budgets zusätzlich gestärkt werden kann. Hierzu gehört auch die Frage, wie sich das Integrierte Budget auf die Integration von Hilfen im Alltag auswirkt und welche typischen Erfahrungen gesammelt werden. Interessant in diesem Themenkomplex ist gerade auch der Unterschied zwischen dem Erleben im Sachleistungsbezug und den Möglichkeiten des Integrierten Budgets. Lassen sich selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bei Pflege- und Unterstützungsbedarf mit Integriertem Budget besser umsetzen?

Zum anderen geht es um die Infrastruktur und die Budgetausgestaltung. Sind Auswirkungen durch personenbezogene Budgets zu verzeichnen? Sind die Integrierten Budgets unter den derzeitigen Rahmenbedingungen geeignet und ausreichend, um den individuellen Bedarf an Pflege und Unterstützungsleistung zu decken?

Auch die leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen interessieren und wurden aufgenommen. Welche Leistungen waren unter den gegebenen Bedingungen budgetrelevant? Wo lassen sich Schnittstellen zwischen Kostenträgern, Leistungsarten, den Anbietern und Berufsgruppen sinnvoll bearbeiten? Lassen sich Effizienzeffekte in der Leistungserbringung nachzeichnen? Auch gehört in diesen Bereich die Frage nach Assessment-Instrumenten und ihrer übergreifenden Eignung.

Nicht zuletzt werden immer wieder die Fragen nach Beratung und Unterstützungsbedarfen im Allgemeinen und den Profilen und Aufgaben eines Case Managements im Speziellen gestellt. Welchen Beitrag kann Case Management für eine bedarfsgerechte und individuelle Versorgung leisten? Gelingt es, informelle Unterstützung mit professioneller Unterstützung zu verknüpfen? Viele Antworten sind themenkomplexübergreifend und lassen sich gut anhand ihrer Wirkungen aus den verschiedenen Perspektiven der beteiligten Akteure beantworten. Hierzu gehört neben dem Blickwinkel der Personen und ihrer Netzwerke die Perspektive der Anbieter und der Träger.

Das Case Management im Integrierten Budget wird gesondert in Kapitel 7 dargestellt. Die besondere Bedeutung eines Persönlichen Budgets kann in dem radikalen Wechsel der Blickrichtung vom Leistungserbringer weg hin zur Nachfrageseite gesehen werden. Bud-



gets verändern die Kräfteverhältnisse im System der Rehabilitation. Im Mittelpunkt steht nunmehr der Mensch mit Behinderung, der auf der einen Seite Verhandlungspartner der Anbieter sozialer Dienstleistungen wird und auf der anderen Seite in Beziehung zu den Leistungsträgern tritt. „Der Rehabilitationsträger ist weiterhin für die Entscheidung über die Ausführung der Leistung verantwortlich“ (§17 Abs.1 Satz 2 SGB IX). Er gibt aber im Interesse der Selbstbestimmung einen Teil der inhaltlichen Verantwortung an den Leistungsberechtigten „in eigener Verantwortung“ ab (§17 Abs.2 Satz 1 SGB IX) (vgl. hierzu erläuternd Welti und Rummel 2007, S. 2).

Zu den Leistungsträgern gehören:

- Bundesagentur für Arbeit
- Gesetzliche Krankenversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Kriegsopferversorgung, -fürsorge
- Kinder- und Jugendhilfe
- Sozialhilfe
- Soziale Pflegeversicherung
- Integrationsämter

Sowohl die Beziehung zum Leistungsträger als auch die zum Leistungsanbieter müssen im Rahmen des Integrierten Budgets neu ausbuchstabiert und gestaltet werden. Die erforderliche Begleitung und Unterstützung in diesem Prozess werden im Modellprojekt durch das Case Management sichergestellt.

6.1 Wirkungen auf der Einzelfallebene

6.1.1 Selbstbestimmte Pflege- und Unterstützungsarrangements

„Wenn ich's jetzt mal mit so einer Waagschale vergleichen könnte, die Seite, wo Selbstbestimmung ist, die ist oben. Die andere, wo ich bestimmt werde, die ist unten. Aber die kommen sich schon ein bisschen näher und näher. Auch durch das Integrierte Budget sind es schon einige Zentimeter geworden“ (Budgetnehmer).⁵⁷

⁵⁷ Herr R./Kombiinterview; Position: 143-145.

Selbstbestimmte Pflege- und Unterstützungsverhältnisse stärken die Autonomie der Budgetnehmer. Dieses Ergebnis lässt sich eindeutig festhalten und anhand zahlreicher Einzeläußerungen exemplarisch belegen. Menschen mit Behinderung und Pflege- und Unterstützungsbedarf stoßen im klassischen Versorgungssystem schnell an Grenzen, wenn sie eigene Bedürfnisse und Kompetenzen in die Gestaltung ihrer pflegerischen Hilfen einbringen wollen. Diese Erfahrungen schildern die Budgetnehmer aus früheren Erfahrungen sowohl mit Pflegediensten in der ambulanten Versorgung als auch in noch extremerer Form aus institutioneller Erfahrung. Eine Budgetnehmerin berichtet davon, wie ihr eine überzogene Erwartungshaltung vonseiten der Pflegedienste vorgeworfen wurde:

I: „Und Sie haben vorhin diesen Begriff gesagt, der Ihnen gar nicht gefallen hat, mit den Extrawünschen. Waren das denn Extrawünsche? Was war das dann?“

P: „Also find ich nicht. Also ich wollte vielleicht mal später ins Bett oder früher aufstehen. [...] Das war halt immer so, dass man eingeplant war in (...) zu 'ner bestimmten Zeit, und wenn man dann was anderes wollt', mussten die halt die Tour umschmeissen, aber dafür kann ich ja nichts.“

I: „Also eigentlich was ganz Normales, was Sie wollten.“

P: „Ja, genau. Es ging meistens halt da drum, entweder später oder früher aufzustehen“ (Budgetnehmerin).⁵⁸

Eine Alternative zu den klassischen Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich stellt das in Deutschland bereits seit ca. 20 Jahren praktizierte Modell der Persönlichen Assistenz dar. Dieses mittlerweile verbreitete Organisationsmodell hat sich in vielerlei Hinsicht bewährt und wird immer häufiger als Referenzmodell für individuelle Hilfen angeführt (Bartz und Bartz 2007).

Die Ausübung der Selbstbestimmungskompetenzen können auch im Rahmen der Persönlichen Budgets, explizit an dieser Stelle im Integrierten Budget, als Gradmesser genutzt werden, um Selbstbestimmung zu materialisieren. In diesem Kontext lässt es sich sowohl

58 Frau L./Erstinterview; Position: 182-185.

auf die Personen, die mithilfe des Budgets selbst Helfer anstellen (sechs Personen), als auch auf die Budgetnehmer übertragen, die Hilfen bei Dienstleistern ihrer Wahl einkaufen (neun Personen).

6.1.1.1 Realisierung von Kompetenzen – ein Schritt in Richtung „selbstbestimmtes Leben“

Das Modell der Persönlichen Assistenz (Franz 2002) nennt Voraussetzungen, die im Verständnis von Betroffenen eine graduelle Wahrnehmung von Selbstbestimmung aufzeigen. Kompetenzen werden in diesem Zusammenhang entgegen dem herkömmlichen Verständnis auch nicht als Fähigkeiten verstanden, sondern bezeichnen die rechtliche Zuständigkeit und das Anordnungsrecht eines jeden Menschen für sein eigenes Leben (Drolshagen 2001; Drolshagen und Rothenberg 1999). „Alle behinderten Menschen sind in diesem Sinne zuständig für die eigene Person, sie sind kompetent für sich und ihr Leben [...]. Zu berücksichtigen gilt weiterhin, dass die Betroffenen – wie alle anderen Menschen auch – das Recht darüber besitzen zu entscheiden, in welchem Rahmen und Umfang sie diese Kompetenzen wahrnehmen wollen“ (Franz 2002, S.40 ff.). In diesem Kontext wird von der Realisierung von Kompetenzen gesprochen – und nicht vom Besitz der Kompetenzen – da jeder Mensch vom Grundsatz her die Zuständigkeit für sein Leben besitzt.

Es lassen sich vier zentrale Kompetenzen⁵⁹ im Kontext der Persönlichen Assistenz benennen:

- Personalkompetenz: Die Assistenznehmer wählen ihre Assistenten selbst aus, führen Vorstellungsgespräche und schließen Arbeitsverträge ab.
- Anleitungskompetenz: Die Assistenten erhalten alle Arbeitsanweisungen von dem behinderten Menschen, der selbst am besten weiß, in welchen Bereichen Assistenz nötig ist und wie sie aussehen soll.
- Organisationskompetenz: Mit der Übernahme der Organisationskompetenz kümmert sich der behinderte Mensch selbst um einen möglichst reibungslosen Ablauf des Einsatzes seiner Assistenten. Er entscheidet über Art und Umfang der Aufgaben und gestaltet den Dienstplan.

⁵⁹ In der Fachdiskussion findet sich auch eine Aufteilung in fünf Kompetenzen. Hierbei handelt es sich um Orts- und/oder Raumkompetenz, die in der von Franz gewählten Auflistung unter die Organisationskompetenz subsumiert wird (vgl. Bartz und Bartz 2007; Göbel und Miles-Paul 2003).

- Finanzkompetenz: Menschen mit Assistenzbedarf bezahlen ihre Assistenten selbst und bestimmen damit in eigener Verantwortung über den Einsatz der finanziellen Mittel. Sie kümmern sich um die Abrechnung mit den entsprechenden Kostenträgern, überweisen den Lohn an die Assistenten und übernehmen die formalen Pflichten eines Arbeitgebers, wie etwa die Anmeldung des Betriebs oder das Abführen von Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern.

Im Modellprojekt konnte bei 13 Budgetnehmern im Projektverlauf eine höhere Realisierung der Kompetenzen wahrgenommen werden. Bei den beiden Personen, bei denen keine Veränderung feststellbar war, hatte das Budget keine Auswirkungen auf das Hilfearrangement. Die beiden Personen leben in einer Wohngemeinschaft des Betreuten Wohnens, in der insgesamt drei Frauen mit weit fortgeschrittener Multipler Sklerose leben. Ein Teil der Unterstützungsleistung wird für alle drei Frauen zusammen erbracht. Täglich ist im Zweischichtsystem eine Assistenzkraft von 9 bis 22 Uhr vor Ort und an fünf weiteren Tagen eine weitere Assistenzperson für sieben bis acht Stunden täglich. Für die direkte Körperpflege kommt personenbezogen ein Pflegedienst in die Wohnung, der neben der Pflege morgens und abends auch den nächtlichen Bedarf abdeckt und dreimal in der Nacht unterstützende Hilfe leistet. Im Hilfearrangement hat sich für die beiden Frauen durch das Integrierte Budget nichts verändert. Es ist vielmehr die Ausgestaltung der Versorgung, die nun ohne die Modulbindung flexibler gehandhabt werden kann und für die Mitarbeiter und den Anbieter die Organisation erleichtert.

Lebensqualität als umfassendes Zielkonzept beinhaltet objektive und subjektive Dimensionen und setzt sie zueinander in Beziehung. Historisch lassen sich zwei unterschiedliche Traditionen unterscheiden, die sich mit der Konzeptualisierung von Lebensqualität und ihrer Messung beschäftigen. Im Ansatz objektiver Lebensbedingungen definieren objektive Aspekte wie Sozialindikatoren Lebensqualität. Im Ansatz des subjektiven Wohlbefindens stellt dagegen das individuelle Urteil einer Person über ihre eigene Lebenssituation die Basis für die Definition von Lebensqualität dar (vgl. Behrens und Zimmermann 2006a). Aktuelle Denkmodelle zur Lebensqualität messen der individuellen Selbsttätigkeit eine erhebliche Bedeutung zu. Eine besondere Bedeutung bekommen diese subjektiven Aspekte bei Antonovsky (Antonovsky 1997). Mit dem Konzept der Salutogenese führt er die Bedeutung des Kohärenzgefühls als Gegenkonzept zum existentialistischen Gefühl des „Geworfensein“ eines Menschen an.

Kohärenz bezeichnet „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Beck 1994, S. 245).

Ein Mehr an Selbstbestimmung wird an der Realisierung von Kompetenzen im Modell der Persönlichen Assistenz deutlich und führt u. a. durch das Gefühl, mehr Kontrolle über den eigenen Handlungsspielraum zu erhalten, zu einer verbesserten Lebensqualität. Zu beachten ist hierbei die oftmals nicht ausreichend reflektierte Differenzierung von Autonomie (Selbstbestimmung) und Autarkie (Selbstständigkeit im Sinne von Selbst-Tun). Selbstbestimmt zu leben bedeutet nicht zwangsläufig, die Dinge selbst zu tun.

„Ich mein, ich brauch bei vielen Dingen halt sehr viel Hilfe, aber z. B.: Ich brauch die Hilfe bei der Ausführung, aber ich kann sie ja planen, und ich kann sie doch aktiv auch mitgestalten (...)“ (Budgetnehmerin).⁶⁰

Die vier Kompetenzen des Assistenzmodells (Franz 2002) sollen im Folgenden dazu dienen, die Handlungsspielräume zu konkretisieren und die Erfahrungen der Budgetnehmer darzustellen.

6.1.1.1 Personalkompetenz

Hinsichtlich der Personalkompetenz wird deutlich, dass die Möglichkeit, diejenigen Personen auswählen zu können, die im Lebensraum der eigenen Wohnung und in körpernahen Tätigkeiten aktiv werden, einen Faktor für erlebte verbesserte Lebensqualität darstellt.

„Es ist halt als behinderter Mensch unglaublich schwierig, grad die Intimsphäre und die Privatsphäre Stück für Stück wirklich mit Wildfremden zu teilen. Ich denke halt, ich muss für mich entscheiden können dürfen, wem ich mich da anvertraue oder wem

60 Frau L./Erstinterview; Position: 131.

nicht. Für mich ist es ein Menschenrecht. Ich entscheid, von wem ich nackt gesehen werden will oder nicht - und das ist halt bei den Diensten ganz schwierig, finde ich" (Budgetnehmerin).⁶¹

Gerade die Möglichkeit, bei der Auswahl der Personen auf vertraute Personen aus dem informellen Netzwerk zurückgreifen zu können oder bewusst auf Fachkräfte in der Alltagsgestaltung zu verzichten, macht das Budget attraktiv. Eine Budgetnehmerin mit Lernschwierigkeit konnte z. B. eine Bekannte ihrer Mutter als regelmäßige Helferin gut akzeptieren. Eine fremde Person dagegen hätte voraussichtlich eine wesentlich längere Phase der Vertrauensbildung durchlaufen müssen, bis die Hilfen entlastend und konstruktiv möglich waren.

Auch die bewusste Entscheidung, auf Fachkräfte zu verzichten und stattdessen „Alleskönner“⁶² zu suchen, um dem „Risiko der Expertisierung des Alltags“ (vgl. Behrens und Zimmermann 2006b) zu entgehen, wird immer wieder deutlich.

„Man ist dann nicht mehr so das Objekt der sogenannten - in Anführungszeichen - Fachlichkeit“ (Budgetnehmerin).⁶³

Diese Wahrnehmung, ein „Objekt“ von Fachlichkeit zu sein, und die Möglichkeit, ihr mit dem Budget „ein Stück weit zu entgehen“, findet sich als Motivationsgrundlage, das Modellprojekt zu nutzen, immer wieder.

Die Selbstverständlichkeit und Überzeugung, mit der im Feld der Pflege gehandelt wird, lässt sich anhand des von Bourdieu als Doxa bezeichneten, „als richtig vorausgesetzten Denkens“ interpretieren. „Die Doxa bildet jenes Ensemble von Thesen, die stillschweigend und jenseits des Fragens postuliert werden und die als solche sich erst in der Retrospektive (...) zu erkennen geben“ (Bourdieu 1979, S. 331). Aus dieser Haltung heraus können übergreifähnliche Situationen entstehen, die von den Budgetnehmern mithilfe des Budgets vermieden werden können.

61 Frau J./Zweitinterview; Position: 28-29.

62 Frau J./Drittinterview; Position 54.

63 Frau L./Zweitinterview; Position: 148.

„Die wollten mir sogar dazu (...) ‚Wann rasieren wir uns mal wieder?‘, haben die sogar da reingeschrieben. Also wissen Sie, dass ist ja wohl mir überlassen, wann ich mein Bart wachsen lasse und wann ich mich mal rasiere!“

I: „Also in der Pflegedokumentation stand dann drin, Herr R. hat sich (...)“

P: „(...) ‚Er hat die Rasur verweigert‘. Da hab ich gesagt: ‚Habt ihr sie noch alle auf'm Christbaum oder was‘. Also das ist jetzt auch ein bisschen (...) das war jetzt nur als Beispiel genannt.“⁶⁴

Ein Budgetnehmer fasst aufgrund seiner Erfahrungen sowohl aus einer Zeit im stationären Wohnheim als auch aus der Erfahrung mit „klassischen“ Pflegediensten zusammen:

„(...) das ist jetzt wahrscheinlich schwer nachvollziehbar für jemand', der außenstehend ist. Das kann ich auch nachvollziehen, dass es so ist, aber intern und im engen Dunstkreis dieser ganzen Dienstleistungen erlebe ich, oder habe ich halt mal wieder erlebt, dass Leute, die von Patienten und von Betreuung und von Pflege ausgehen, schnell übergriffig werden“ (Budgetnehmer).⁶⁵

Andere Beispiele beziehen sich auf Duschen, Einkaufen, Art des Umsetzens etc. Aus den vielfältigen Erfahrungen der Budgetnehmer im Vorfeld des Integrierten Budgets wurde deutlich, wie groß die Gefahr von Übergriffen und Zwangsmaßnahmen in Pflegesituationen ist.

Ein weiterer wichtiger Punkt hinsichtlich der Personalkompetenz ist die Möglichkeit, auf Wunsch gleichgeschlechtliche Pflege zu erhalten. Der von den Budgetnehmern, hier überwiegend von den weiblichen Teilnehmerinnen im Modellprojekt immer wieder vorgebrachte Vorteil des Integrierten Budgets ist die Möglichkeit, Einfluss auf das Geschlecht der Pflegeperson haben zu können. Gerade vor dem Hintergrund der Gefahr von (sexualisierter) Gewalt in der Pflege wünschen sich viele Frauen mit Behinderung eine Frau als Pflegeperson für die (Intim-)Pflege. Diese bereits seit Langem von Frauengruppen aus der Selbsthilfe-

64 Herr R./Kombiinterview; Position: 156-161.

65 Herr S./Erstinterview; Position: 78-79.

bewegung heraus formulierte Forderung wurde im §9 Abs.1 SGB IX mit dem Wunsch- und Wahlrecht aufgenommen. Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erstellte Studie zur geschlechtsspezifischen Assistenz nimmt dies auf, und die Autorin Hermes „kommt zu dem Schluss, dass eine deutlichere gesetzliche Verankerung des Rechts, sich bei Bedarf nur von Personen des eigenen Geschlechts pflegen zu lassen, begrüßenswert wäre“ (BMFSFJ 2007, S. 143). Für Igl und Dünnes besteht das Recht auf eine Pflegekraft des gleichen Geschlechts bereits. Nach ihrer Sicht ist dabei „das in der Verfassung verankerte Recht pflegebedürftiger Frauen und Männer auf den staatlichen Schutz ihrer Würde und Selbstbestimmung“ (BMFSFJ 2007, S. 143) besonders beachtenswert.⁶⁶ Fremdbestimmung durch Organisationsstrukturen hinsichtlich des Zeitpunkts der erbrachten Hilfe und Unterstützung ist als Hauptthema der Budgetnehmer zu erkennen. Im folgenden Zitat beschreibt die Budgetnehmerin die Vorteile der flexibleren Gestaltung der Hilfen und setzt sie in einen Vergleich zu dem bisher Erfahrenen:

„Sagen wir mal so, ich kann die Zeiten besser koordinieren, und ich weiß, wann einer kommt und wie lange man bleibt - und das hängt nicht so sehr an irgendwelchen Zeiten, die vom Pflegedienst vorgegeben sind. Dadurch kann ich mehr machen. Vorher kam immer nur jemand punktuell - und so ist es eigentlich schon besser.“⁶⁷

An dieser Stelle werden bereits Überschneidungen zwischen den definierten Kompetenzen deutlich, und es wird klar, dass die Möglichkeit, Personalkompetenz mit dem Budget ausüben zu können, bereits Auswirkungen auf die Gestaltung und Organisation der Hilfen hat. Die Wahl zwischen einer natürlichen Person im Rahmen einer Arbeitgeberfunktion und einer Organisation ist eine erste Entscheidung der Budgetnehmer. Die Möglichkeiten der Organisationen, individuelle Hilfen anzubieten, werden an anderer Stelle erörtert.

Bei der Auswahl der Personen ist es von Bedeutung, dass „die Chemie“⁶⁸ stimmt.

„Die Mitarbeiterin und ich, weil es ist ja ein gegenseitiges - die Chemie muss ja stimmen sozusagen, sonst bringt das ja nix.“⁶⁹

66 Vgl. ebenfalls (Igl und Dünnes 2002).

67 Frau L./Drittinterview; Position: 135.

68 Die Bedeutung des „Miteinander-Könnens“ und die Aussage, „dass die Chemie stimmt“, findet sich an zahlreichen Stellen in den Interviews.

69 Frau L./Drittinterview; Position: 104.

Dies gilt es beim Einkauf von Leistungen über einen Dienst ebenso zu berücksichtigen. Budgetnehmer, die ihr Budget auf diese Weise einsetzen, benennen soziale Kompetenzen der Mitarbeiter durchgehend als entscheidenden Qualitätsfaktor.

6.1.1.1.2 Anleitungs- und Organisationskompetenz

Wesentliche Verbesserungen ergeben sich aus der Möglichkeit, Hilfen flexibler in Zeit, Umfang und Art und Weise zu gestalten. Durch die Möglichkeit, verstärkt Anleitungs- und Organisationskompetenz auszuüben, verändert sich die Alltagsgestaltung. Gerade Personen, die in den Bereichen des Aufstehens oder Zu-Bett-Gehens sowie beim Toilettengang auf verstärkte Hilfe angewiesen sind, thematisieren dies und geben Einblicke, wie sehr ein Tagesablauf und alltägliche Handlungen beeinflusst werden, wenn diese Funktionsfähigkeiten eingeschränkt sind.

So möchten die Budgetnehmer zum Teil gerne am Wochenende länger im Bett bleiben oder abends nach Situation entscheiden, wann sie zu Bett gehen wollen. Durch veränderte Leistungsangebote, die in Kapitel 6.2 näher beschrieben werden, hat sich am Beispiel eines Budgetnehmers bereits mit dem Integrierten Budget eine Verbesserung ergeben. Durch ein neues Angebot der Dienstleister entsteht ein breiteres Angebot mit verbesserten Wahlmöglichkeiten. Die Angebotsveränderungen des Dienstes ziehen sich jedoch über einen längeren Zeitraum hin und können zwar ein Mehr an Spontaneität und Flexibilität bieten, sind aber nach Aussagen der Budgetnehmer noch nicht optimal.

P: „Es war damals auch, wo der Pflegedienst das noch übernommen hatte, um halb zehn spätestens Ende, auch im Sommer. [mhm] Und das war schade. Wenn Sie da mal Besuch gehabt haben, [mhm] mussten Sie sagen, bitte kannst du jetzt mal gehen, ich muss ins Bett. Die haben um viertel nach zehn Feierabend gehabt vom Pflegedienst. Das sind so ein paar Kleinigkeiten. Oder wenn mir jetzt, sagen wir mal, was runterfällt, dann muss ich warten, bis meine Hauswirtschafterin kommt. Dass man da vielleicht endlich jemanden anrufen kann: ‚Kannst du mal kurz vorbeikommen, mal aufwischen?‘, das geht auch kaum hier. Dafür sind sie noch nicht flexibel genug vom Pflegedienst.“

I: „Und das ist etwas, das Sie sich noch wünschen würden?“

P: „Ja, dass das noch ein bisschen flexibler würde. Wie gesagt, morgens, das ist mir am allererwichtigsten, ich habe sehr oft mit Kopfschmerzen zu kämpfen, und ich muss dann aufstehen, weil die haben ja auch ihre vorgeschriebenen Zeiten. Und das ist sehr schade. Und das geht halt nur, wenn ich einen persönlichen Assistenten hätte, der auf Abruf – aber das ist auch schwer machbar“ (Budgetnehmer).⁷⁰

Die im Zitat erwähnte Persönliche Assistenz, eine natürliche Person, von der Budgetnehmerin selbst angestellt und nicht in die Organisationsstruktur eines Dienstes eingebunden, steigert die Möglichkeiten, flexibel und spontan zu leben.

Sechs Personen haben sich entschieden, selbst Arbeitgeber für Assistenten zu werden, und beschäftigen in unterschiedlicher Intensität Angestellte, wobei es sich hier überwiegend um Minijobber handelt und nur in einem Fall um ein zeitintensiveres Arrangement, in dem auch eine Person ein sozialversicherungspflichtiges Angestelltenverhältnis hat. In einem Fall wurde ein sich in einer rechtlichen Grauzone bewegendes Hilfearrangement⁷¹ mit dem Integrierten Budget legalisiert.

Die Personen, die sich für die Anstellung von Personen entschieden haben, haben im Hinblick auf individuelle Leistungsgewährung höhere Chancen als jene, die einen Dienst wählen. Auf den Punkt brachte es die Budgetnehmerin, die im umfanglichsten Rahmen das Assistenzmodell umsetzte. Auf die Frage, welches die drei wichtigsten Erfahrungen im Budgetbezug waren, gibt sie folgende Antwort:

„Es gibt eine Einzige, die umfasst eigentlich alles – mehr Individualität. Das hat man sonst nicht, weil sonst ist es alles am Leistungskatalog festgemacht, und wenn ich nicht reinpasse, hab ich Pech gehabt“ (Budgetnehmerin).⁷²

⁷⁰ Herr R./Abschlussinterview; Position: 30-35.

⁷¹ Bei Eintritt ins Modellprojekt bestand der Wunsch des Budgetnehmers, das vorhandene Hilfearrangement aufrechtzuerhalten. Durch die im Modellprojekt obligatorische Überprüfung von unklaren Beschäftigungsverhältnissen ergab sich kommunikativ eine neue Hilfekonstellation. Die neuen Beschäftigungsverhältnisse sind legal, und das Hilfearrangement ist tragfähig.

⁷² Frau L./Drittinterview; Position 135.

6.1.1.1.3 Finanzkompetenz

Die Finanzkompetenz als weiteres Merkmal einer stärkeren Realisierung der Kompetenzen wird in sehr unterschiedlicher Ausgestaltung übernommen.

„Ja also es ist schon Aufwand, aber was ich davon hab - also ich hab davon viel!“
(Budgetnehmerin).⁷³

Es wird deutlich, dass die Bedeutung, diese Kompetenz innezuhaben, als besonders wichtig erachtet wird. Zugleich ist es derjenige Bereich, in dem am ehesten Unterstützung herangezogen wird. Unterstützung wird in diesem Fall als Informationsweitergabe bezogen auf Rahmenbedingungen zu Minijobs⁷⁴ und anderen Anstellungsmodalitäten und Hinweisen auf Mitarbeiterbörsen und spezielle Beratungsstellen verstanden. Dies wurde von Mitarbeitern in den Koordinierungsbüros und von Privatpersonen geleistet.

Bei den vier Budgetnehmern, die eine gesetzliche Betreuung haben, wurde die Finanzkompetenz von dieser Seite wahrgenommen. Zwei der privaten Betreuer haben sich auch aus Gründen der Überforderung in diesem Bereich gegen eine Weiterführung des integrierten Budgets entschieden. Wesentlich in diesem Kontext zu wissen ist jedoch, dass sich im direkten Hilfearrangement für die beiden Budgetnehmer nichts verändert hatte und der Mehraufwand in keinem Verhältnis zum Ertrag stand.⁷⁵

Im Hinblick auf die Finanzkompetenz war vonseiten der Budgetnehmer immer wieder von Lernprozessen die Rede. Unabdingbar waren Erstinformationen vonseiten der Case Manager zu den Anstellungsmodalitäten. Nach Einweisungen und Informationsweitergabe hat die Mehrheit der Budgetnehmer z. B. die Anmeldung der Minijobber selbst übernommen. Auch war deutlich erkennbar, dass sich im Laufe des Projektzeitraums durch Erfahrungswerte und den Austausch mit anderen Budgetnehmern Routinen entwickelten. Dies wurde von nahezu allen Budgetnehmern geschildert. Bei einzelnen Personen wurde gerade zu Beginn des Modellprojekts hinsichtlich der Finanzkompetenz eine Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und realistisch korrekter Umsetzung deutlich. In diesen Si-

⁷³ Frau L./Drittinterview; Position: 118.

⁷⁴ Es wurden beispielsweise Informationen zur Minijob-Zentrale (www.minijob-zentrale.de) oder zu Abrechnungsstellen des ZsL (www.zsl-mz.de/dienstleistungen.php) weitergegeben.

⁷⁵ Dieses Tauschverhältnis wird auch als Transaktionskosten bezeichnet und spielt eine wichtige Rolle in der Entscheidung für oder gegen ein Budget.

tuationen konnte im Verlauf nachgezeichnet werden, wie bedeutsam die Möglichkeit ist, über einen bestimmten Zeitraum eigene Kompetenzen erproben und entwickeln zu können, um in der Folge eine realistischere Selbsteinschätzung zu erhalten und Handlungsräume zu erweitern.

„Am Anfang war es sehr schwer, aber dann später war das wie so 'ne Art Selbstfindungsprozess zu mir selber. Nämlich dadurch hab ich auch dann rausbekommen, was mir gut tut und was mir eben nicht gut tut und wie ich das organisiere, dass es mir gut tut oder eben nicht. Und das ist schon gut so“ (Budgetnehmerin).⁷⁶

Budgets ermöglichen u. a. diese Freiräume und lassen Lernprozesse auf verschiedenen Ebenen - auch über die Finanzkompetenz hinaus - zu.

„(...) es tut niemandem gut, wenn da ständig Eingriffe in das Privatleben stattfinden und man auch nicht selbstständig Verantwortung übernimmt. Tja, so lernt man das nicht oder verlernt es“ (Budgetnehmer).⁷⁷

Auch wenn ein Abrechnungsservice genutzt wurde oder Teile der Abrechnungen delegiert werden konnten, haben die Budgetnehmer bzw. ihre gesetzlichen Betreuer einen Überblick und ein grundsätzliches Interesse an Abrechnungsmodalitäten aufgebracht bzw. aufbringen müssen. Dies war unterschiedlich stark und reichte von dem Wissen, die Post an die zuständigen Stellen weiterleiten zu müssen, bis zu starker Kontrolle der eingekauften Dienstleistungen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ausübung der Finanzkompetenz mit zusätzlichem Energieaufwand für die Budgetnehmer verbunden ist und eine Unterstützung unterschiedlich intensiv genutzt wurde. Eine Budgetnehmerin fasst es wie folgt zusammen:

„Also, was ich nie gedacht hätte, wie schwierig doch und wie umfangreich so auch für mich - ich bin ein Mensch, der mitten im Leben steht und der seinen Alltagskram auch allein regelt, aber das ist noch mal so 'ne Zusatzgeschichte, die schon auch sehr viel fordert. Ich bin zwar ein unheimlich aktiver Mensch, habe auch so meinen Rhythmus

76 Frau L./Zweitinterview; Position: 114.

77 Herr S./Erstinterview; Position: 196.

mit meinen Bankgeschäften, die man so macht im Alltag, was weiß ich: Versicherungs-Tralala etc. Aber diese Einstellungen, dieses Anmelden, auch an der zentralen Stelle, also das kostet doch eine ganze Menge Einsatz. Also es ist schon sehr aufwendig. Da war schon auch diese Angst davor, ja. Die Case Managerin hat mich dann in dem Gespräch klar verwiesen, wohin ich mich wenden muss. Sie macht das nicht, aber es gibt eine Stelle bei uns“ (Budgetnehmerin).⁷⁸

Diese „Zusatzgeschichte“, die – wie die Budgetnehmerin sagt – sie sehr fordert, und der Aufwand, der mit der Organisation auf den verschiedenen Ebenen verbunden ist, können auch als Transaktionskosten bezeichnet werden und sind besonders hinsichtlich einer gebotenen Unterstützung bei der Entscheidung für oder gegen ein Budget zu berücksichtigen. Anhand der verstärkt realisierten Kompetenzen konnte exemplarisch aufgezeigt werden, in welchen Bereichen Budgets auf die Lebenssituation, die Integration von Hilfen in den Alltag und die Gestaltung der Hilfearrangements wirken.

6.1.1.2 Motive und Wirkungen

Verschiedene Kernthemen der Budgetnehmer lassen sich herausarbeiten. Einige sind zum Teil im Kontext der realisierten Kompetenzen bereits genannt worden und werden nur noch kurz aufgegriffen, andere sollen an dieser Stelle ergänzend ausgeführt werden.

6.1.1.2.1 Verbesserung des Gesundheitszustands

Die Möglichkeit, mithilfe des Budgets den Alltag zu organisieren, hat positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Dies lässt sich sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene aufzeigen. Auf den körperlichen Gesundheitszustand bezogen, können durch individuell eingesetzte präventive und entlastende Hilfen Verbesserungen erzielt werden. Sei es die Möglichkeit, eine bessere Ernährung mithilfe von Assistenz umzusetzen, indem auch frisches Obst und Gemüse zubereitet werden kann, oder die Möglichkeit, verstärkt darauf zu achten, keine verdorbenen Lebensmittel im Kühlschrank zu haben.⁷⁹ Ein weiteres Beispiel ist die Möglichkeit, mit individuellerer Hilfe auch Druckentlastung

⁷⁸ Frau J./Erstinterview; Position: 93–95.

⁷⁹ Dieses Beispiel bezieht sich sowohl auf eine Budgetnehmerin mit kognitiver Behinderung, bei der zum Zeitpunkt des ersten Interviews das Bewusstsein für die Auswirkungen von verdorbenen Lebensmitteln noch nicht im allgemein üblichen Sinn vorhanden war, als auch auf Budgetnehmer mit körperlichen Behinderungen, die aufgrund körperlicher Einschränkungen z.B. die Kühlschranktür nicht öffnen oder nicht alle Fächer des Kühlschranks selbst einsehen können.

und damit Dekubitusprophylaxe dann durchzuführen, wenn der Bedarf entsteht (z. B. sich mithilfe von Assistenz umsetzen zu lassen, ohne im Hinterkopf das Modul „Mobilisation“ mit einem Geldwert von z. B. 7,05 € abzuwägen). Ein weiterer Aspekt, der deutlich wurde, ist der, dass im Vorfeld des Budgetbezugs immer wieder über die Grenze der eigenen Leistungsfähigkeit hinausgegangen wird, da keine adäquate und alltagstaugliche Hilfe vorhanden war. Dies führt nach eigenen Aussagen der Budgetnehmer zu körperlichen Überbelastungen, die längerfristig die eigentliche Funktionsstörung noch zusätzlich verschlechtern und einen verstärkten Hilfebedarf nach sich ziehen. Dieses Phänomen trat gehäuft bei den Personen auf, die im Vorfeld des Modellprojekts die Geldleistung der Pflegeversicherung gewählt hatten, da sie mit den Restriktionen des Sachleistungsbezugs keine für ihr Leben adäquate Hilfe einkaufen konnten. So formuliert eine Budgetnehmerin:

„Und ich hab dadurch auch mehr Zeit und mehr Lebensqualität, aber auch wirklich ein gesünderes Leben. Also ich bin wirklich, seitdem ich im Budget bin, nicht mehr erkältet gewesen [lachend]. Ich weiß nicht, ob es – ich denke, es hat auch damit zu tun, [weiter lachend] dass ich wirklich ja nicht mehr ganz so gestresst und so total am Limit mich verausgabe.“⁸⁰

Auf der psychischen Ebene sind Auswirkungen durch die tatsächlich gestiegene Gestaltungsmöglichkeit des eigenen Lebens nachzuzeichnen (vgl. Antonovsky 1997). Die Budgetbedingungen stabilisieren nach eigenen Aussagen die psychische Befindlichkeit. Am Beispiel zweier Budgetnehmer sollen durchaus exemplarisch zu sehende Beschreibungen und Ansatzpunkte aufgezeigt werden.

Vom Objekt zum Subjekt

Im Kontext der Lösung vom Verrichtungsbezug (§14 SGB XI) ist es im Budgetbezug nicht notwendig, Leistungsmodule zu dokumentieren.⁸¹ Welche Bedeutung dieser, zunächst mit dem Körper des Budgetnehmers nicht offensichtlich im direkten Bezug stehende Akt hat, wird in folgendem Zitat deutlich. Auf die nicht mehr durchgeführte Dokumentation der Module im Verrichtungsbezug bezogen, beschreibt er die Wirkungen für sich:

⁸⁰ Frau J./Zweitinterview; Position: 43.

⁸¹ Hierzu wird in Kapitel 4.4 Qualitätssicherung weiterführend Bezug genommen.

P: „(...) natürlich gibt's 'ne Veränderung – eine Veränderung im Bewusstsein. Darum kann man es jetzt nicht unbedingt physisch festmachen. Es ist eigentlich entspannter und auch gesünder. Wenn man das irgendwie festmachen würde und – eigentlich eher nur in besonderen – in einer gesünderen Lebensführung.“

I: „Und sie sagten grad ‚entspannter‘?“

P: „Ja, weniger Stress – stressiger für alle, also im Prinzip passiert das Gleiche, aber – jedenfalls kann ich's eigentlich echt nur so beschreiben, dass es gesünder ist, wie es jetzt läuft.“⁸²

Sich nicht hilflos zu fühlen, sondern die eigenen Möglichkeiten zu nutzen, Gestaltungsspielräume zu erhalten und im Sinne des von Antonovsky eingeführten Begriffs des Kohärenzgefühls die Möglichkeit zu fühlen (zu haben), auf das eigene Leben Einfluss nehmen zu können, verbessert die Lebensqualität der Budgetnehmer. Sowohl in dem bereits angeführten Zitat auf Seite 103 in Bezug auf die Personalkompetenz als auch im folgenden Zitat wird deutlich, inwiefern sich die Selbstwahrnehmung der Menschen weg vom Objekt hin zum Subjekt definiert.

„Der größte Unterschied ist eigentlich, dass mir diese ganzen komischen Module nicht mehr angetan werden.“⁸³

Wird im Korsett der Verrichtungsbezüge und, wie im ersten Beispiel in der Angewiesenhaftigkeit auf einen klassischen Pflegedienst, noch deutlich, wie passiv die zugeschriebene Rolle des Menschen mit Behinderung und Unterstützungsbedarf ist, ändert sich dies mit den Möglichkeiten des Budgetbezugs.

Relationale Machtverhältnisse

Auch die eigene Wahrnehmung, Leistungsberechtigter zu sein und mit der Veränderung der Position im Leistungsdreieck (Abb. 9) eine stärkere Position auszuüben, verändert die Gestaltungsspielräume bzw. die eigene Positionierung in demselben. Ein Budgetnehmer

82 Herr S./Zweitinterview; Position: 110–112.

83 Herr S./Erstinterview; Position: 13.

beschreibt, dass er sich mit seinem umfassenden Hilfebedarf durchaus als interessantes Objekt für Pflegedienste fühlt und durch die Wahlmöglichkeit, die das Budget ihm jetzt bietet, auch selbstbewusster die Gestaltung der Hilfen beeinflussen kann.

„Genau so. Das ist doch was, das auch das Selbstbewusstsein unheimlich stärkt. Das war am Anfang nicht so. Am Anfang kam das Geld von der Krankenkasse oder wer weiß woher, Kreisverwaltung, und man musste das machen, man kam sich wirklich vor wie ein kleines Kind, das gewickelt wird, auf Deutsch gesagt. Und jetzt mit diesem Integrierten Pflegebudget an sich man kann wirklich sagen: Halt, halt, stopp - bis hierhin und nicht weiter“ (Budgetnehmer).⁸⁴

Diese stärkere Position bedarf, um auch tatsächlich nutzbar gemacht werden zu können, eines entsprechenden Angebots. Auf diese Thematik wird an anderer Stelle eingegangen.

Wahrnehmung verschiedener Rollen

Typisch mit dem Budget assoziiert ist der Zugewinn, mit dem Budget eher als vorher verschiedene Rollen ausüben zu können, Freund, Partner zu sein, sich gesellschaftlich engagieren zu können. Diese in der ICF unter interpersonellen Interaktionen und der Teilhabe am gemeinschaftlichen sozialen Leben zu verortenden Aktivitäten (vgl. Schuntermann 2005) nehmen einen hohen Stellenwert ein.⁸⁵ Besonders der Aspekt der Sorge um andere kommt immer wieder zum Tragen. Sich um andere, eigene Eltern und Freunde kümmern zu können wird als sehr positiv empfunden und trägt zu einer verbesserten Lebensqualität bei.

Eine Budgetnehmerin hatte dank des Budgets die Möglichkeit, einen sterbenden Familienangehörigen spontan noch einmal zu sehen. Diese flexible und für alle Beteiligten wichtige Begegnung wäre im starren Korsett des vorherigen Hilfearrangements vermutlich nicht umsetzbar gewesen.

„Zwei Dinge will ich doch noch mal loswerden: Z. B. ist meine Oma vor Kurzem verstorben, und es war irgendwie klar, und ich wollt sie auch gern noch mal sehen, und

84 Herr R./Drittinterview; Position: 178.

85 Verschiedene Aspekte werden in Kapitel 6.4 ausgeführt.

da ist dann eine Assistentin mit mir nach Z. gefahren, damit ich sie besuchen konnte und [...], ja genau, und auch zur Beerdigung anschließend ist sie auch mitgefahren" (Budgetnehmerin).⁸⁶

In einer anderen, ähnlich gelagerten Situation hat sich mit dem Integrierten Budget die Möglichkeit verbessert, spontaner reagieren zu können.

„Meine Familie fehlt mir sehr. Und also ich bin früher, als ich noch selbst auf den Beinen war, bald jede zweite Woche immer heimgefahren. Meine Mutter, die ist im Moment, wie gesagt, sehr schwer krank, und die macht auch nicht mehr lange. Sie können sich gar nicht vorstellen, wie mich das innerlich beunruhigt.“⁸⁷

In dieser Sorge wenigstens zu wissen, dass durch flexiblere Hilfe die Möglichkeit besteht, gegebenenfalls kurzfristig die Familie zu besuchen, verbessert die Situation.

6.2 Wirkungen auf der Anbieterebene

Für die Leistungserbringer ergeben sich durch die neuen leistungsrechtlichen Beziehungen beim Einsatz eines Persönlichen Budgets neue Optionen. Die Vertragsbeziehung zwischen Leistungsträger und Anbieter wird aufgelöst, und der Mensch mit Behinderung wird direkter Vertragspartner. Mit der Einführung des Budgets wurde mit der langen, durch institutionelle Förderung aufrechterhaltenen Tradition gebrochen, dass im Vordergrund der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Behinderungen die Einrichtungen und Dienste stehen.

⁸⁶ Frau L./Zweitinterview; Position: 62.

⁸⁷ Herr R./Abschlussinterview; Position: 220.

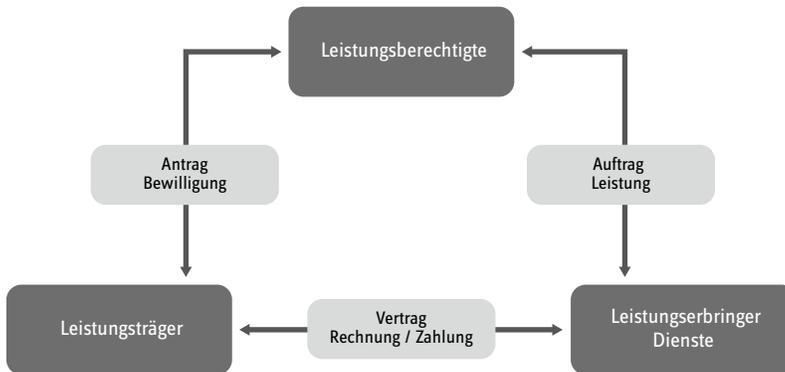


Abb. 8: Leistungsrechteck klassisch

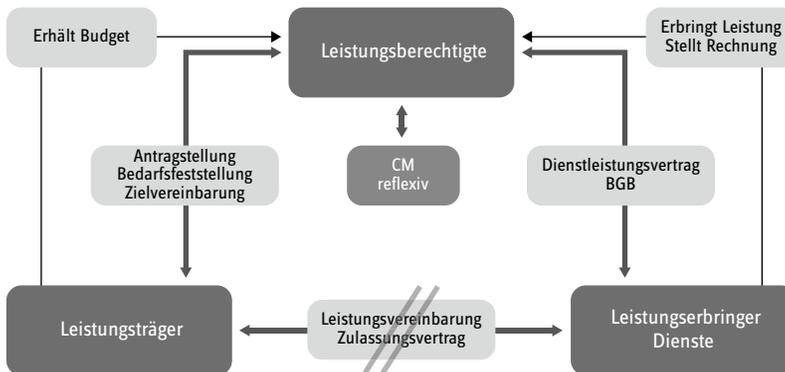


Abb. 9: Leistungsrechteck Persönliches Budget

Eine im September 2006 durchgeführte Open-Space-Veranstaltung der Modellprojekte Pflegebudget und Integriertes Budget in Neuwied nahm die Frage auf „In Zukunft Budgets?! Was hab denn ich damit zu tun“ und bot die Möglichkeit, Anfragen an und Bedenken zu der neuen Leistungsform diskursiv aufzunehmen. Vonseiten der Anbieter waren in erster Linie Sorgen und Befürchtungen hinsichtlich ihrer Stellung im System Thema.⁸⁸

88 Vgl. ABPB 2008, Kapitel 7.

Im Modellprojekt Integriertes Budget kann in Bezug zum Modellprojekt Pflegebudget hinsichtlich der Angebotsstruktur sowohl zu Beginn des Projekts als auch im Verlauf der Entwicklung ein gewisser Unterschied festgestellt werden. Aufbauend auf die grundsätzlichen Veränderungen im Bereich der Behindertenhilfe sind die Anbieter der Leistungen für Menschen mit Behinderung in ihrer Orientierung zum Individuum hin bereits früher erste Schritte gegangen. Die Angebotsdiversifizierung begann bundesweit bereits 1978, als sich in München die Vereinigung Integrationsförderung (VIF) als einer der ersten Dienste gründete, die im ambulanten Sektor Alternativen zu den klassischen Versorgungsformen anboten. In der Folge wurden einige Dienste bundesweit gegründet, die zum Teil von Menschen mit Behinderung selbst initiiert wurden und zum Teil mit Zivildienstleistenden im Rahmen der Individuellen Schwerbehindertenbetreuung (ISB) arbeiteten. Hiermit waren erste Möglichkeiten für Menschen mit Behinderungen geschaffen, ein Leben außerhalb stationärer Einrichtungen oder der Familie zu führen. In der Projektregion Mainz wurden im Zuge dieser Entwicklungen Commit cbf e. V. und das ZsL gegründet.⁸⁹

Mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung verbinden viele Dienste - sowohl die, die im Zuge dieser Überlegungen und Erfahrungen gegründet wurden, als auch klassische Pflegedienste - einen Rückschritt hinsichtlich der Möglichkeiten, bedarfsorientierte Hilfe anbieten zu können.

„Damals wurde mit Zeittakten abgerechnet, ich glaube, etwa eine viertel Stunde oder eine halbe Stunde. Vor Einführung der Pflegeversicherung war das, und man konnte den Menschen sehr gezielt Hilfe zukommen lassen, auch bedürfnisorientiert. Heute ist es so: Die Mitarbeiter stehen vor Ort, wir haben diesen Modulkatalog da, da sind gewisse Module vereinbart und alles, was darüber hinausgeht. Im Prinzip können die Mitarbeiter das nicht erbringen. Ich meine, die können es schon, aber würden den zeitlichen Rahmen sprengen. D. h., dann beginnt da vor Ort die Diskussion mit dem Klienten und dem Mitarbeiter: ‚Ist das hier jetzt noch ein neues Modul, wie rechnen wir das ab?‘ Klar, die Mitarbeiter, die - die Rahmenbedingungen sind relativ eng im ambulanten Pflegedienst - die Mitarbeiter kriegen auch eine genaue Vorgabe in der Tourenplanung, was sie beim einzelnen Kunden für Leistungen zu erbringen haben

⁸⁹ Die hier beschriebenen Entwicklungen sollen nicht davon ablenken, dass in Deutschland nach Angaben der Aktion Mensch 2001 noch ca. 160.000 Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen wohnten.

und was nicht, und da muss man schon aufpassen, dass das im Rahmen bleibt, weil die Erfahrung zeigt, dass die Klienten natürlich über die normale körperliche Versorgung hinaus Wünsche haben. Von daher denke ich, dass sowohl das Integrierte Budget als auch das Pflegebudget eigentlich ein sehr guter Ansatz ist, wieder von diesem Modulsystem wegzukommen. Das engt die Arbeit vor Ort doch sehr stark ein, das muss man einfach so sagen, und bringt auch Probleme mit sich. Wie gesagt, dann gehen die Diskussionen los: ‚Ist das jetzt eine kleine Pflege, ist es schon ‚ne große Pflege, sie wechseln mir nur die Einlage. Ist das jetzt schon Hilfe bei Ausscheidung oder nicht?‘ Das ist so eine Grauzone, in der sich die Pflegeperson auch ständig bewegt. Und ganz klare Sache, halbe Stunde, was weiß ich, so und so viel Euro, pro Stunde so und so viel. Man kann einfach dann gezielt auf die Bedürfnisse der Menschen reagieren, und ich schätze, die Kundenzufriedenheit wird wesentlich höher, sein als sie im Moment ist“ (Pflegedienstleitung).⁹⁰

Trotz dieser Erfahrungen funktionierte es nur bedingt, klassische Pflegedienste als Multiplikatoren für den Budgetgedanken zu nutzen. Es wurde deutlich, dass die Personen nicht erreicht werden konnten, die theoretisch zwar zugangsberechtigt gewesen waren, aber von Pflegediensten ihre Leistungen erhielten, die nicht zum Umfeld der Koordinierungsbüros gehörten.

Wie wichtig umfassende Informationsmöglichkeit und die direkte persönliche Auseinandersetzung mit dem Themenfeld Budgets ist, brachte eine Mitarbeiterin eines Koordinierungsbüros auf den Punkt:

„Wenn man nicht so gut mitgenommen wird wie wir, kann man das nicht so gut multiplizieren“ (Mitarbeiterin im Koordinierungsbüro).⁹¹

Erst ab dem Zeitpunkt, zu dem eine intensive persönliche Auseinandersetzung mit dem Budgetgedanken stattgefunden hatte, wurde er weiterverbreitet und die potenziellen Budgetnehmer auf die neuen Möglichkeiten aufmerksam gemacht.

90 GD A; Position: 59.

91 Protokoll zum Treffen der Koordinierungsbüros/17.10.2006.

Die Budgetnehmer im Integrierten Budget hatten entweder bei Eintritt in das Modellprojekt bereits einen Pflegedienst gefunden, der sich den Grundsatz der Selbstbestimmung bei Pflege- und Unterstützungsbedarf bereits zu eigen gemacht hatte, oder aber sie hatten nach verschiedenen Erfahrungen auf anderweitig organisierte Hilfe gesetzt. Neun Budgetnehmer, die bereits mit Diensten ihres Vertrauens in Kontakt waren, haben mit den Möglichkeiten des Integrierten Budgets in unterschiedlicher Art und Weise bedarfsgerechtere Lösungen miteinander gesucht und erprobt.⁹² Diese sind in allen Konstellationen ausbaufähig, haben aber bereits jetzt zu höherer Zufriedenheit bei Budgetnehmern und Mitarbeitern geführt. Wie wesentlich der Faktor Vertrauen für die Auswahl der Personen/Dienste ist, zeigt sich auch in der Begleitforschung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Von 191 Personen ist für 60% das Vertrauensverhältnis besonders wichtig.

Auf Anbieterseite können im Modellprojekt Wirkungen auf zwei verschiedenen Ebenen nachgezeichnet werden. So lassen sich zum einen direkte Veränderungen im Leistungsangebot für Budgetnehmer aufzeigen und zum anderen nachhaltige Wirkungen in Bezug auf Kundenorientierung, Arbeitsabläufe, Vernetzung und Angebotsentwicklung verzeichnen. Beide Stränge werden im Folgenden aus dem Material herausgearbeitet dargestellt.

Anhand von Best-Practice-Beispielen sollen verschiedene Angebotsentwicklungen dargestellt werden. Die Entwicklungen sind in einem Fall direkt durch das Integrierte Budget ausgelöst worden. In den anderen Fällen handelt es sich um Veränderungen im Leistungsangebot, die sich durch die Gesamtentwicklung im Bereich der Behindertenhilfe verstehen lassen und in denen durch die Budgetnehmer Impulse zur Weiterentwicklung gegeben wurden.

Die an dieser Stelle vorgestellten Veränderungen im Leistungsangebot, wurden von Leistungserbringern entwickelt, die unter der gleichen Trägerschaft wie zwei der fünf Koordinierungsbüros standen. Die Entwicklung der neuen Angebote wurde durch das Case Management mitinitiiert bzw. weiterentwickelt.

⁹² Sechs Personen im Modellprojekt Integriertes Budget haben sich entschieden, selbst Arbeitgeber für Assistenten zu werden, und beschäftigen in unterschiedlicher Intensität Angestellte.

Zwei weitere Anbieter, die Angebote bereitstellten, waren private Pflegedienste. Ein Dienst hatte im Rahmen des Modellprojekts Pflegebudget in Neuwied⁹³ bereits seine Dienstleistungen in Zeiteinheiten angeboten und wurde auch von einem Budgetnehmer des Integrierten Budgets beauftragt. Ein anderer Dienst erbringt Leistungen ohne Verrichtungsbezug und zeitlich flexibel, behält aber dennoch die Dokumentations- und Abrechnungsmodalitäten wie im Sachleistungsbezug bei.

6.2.1.1 Abrechnung nach Zeit und Wegfall der Dokumentationspflicht anhand vorgeschriebener Module

Unter der Trägerschaft des Commit – Club Behinderter und ihrer Freunde e. V. sind verschiedene Angebote für Menschen mit Behinderung subsumiert. Hierzu gehören u. a. die ambulanten Dienste des Commit, sie sind anerkannte Vertragspartner der Kranken- und Pflegekassen. Auf Wunsch eines Budgetnehmers wurden mit dem zuständigen Case Management und der Pflegedienstleitung Lösungsmöglichkeiten einer zeitabhängigen Leistungserbringung ohne Dokumentation von Leistungsmodulen erörtert. Im Ergebnis wurde mit dem Budgetnehmer eine gesonderte Leistungsvereinbarung getroffen:

Das ausgehandelte Gesamtbudget (Leistungen des Sozialhilfeträgers und die Leistung der Pflegekasse) wurde immer als Gesamtsumme mit dem Dienst abgerechnet. Dieser verpflichtete sich, hierfür ein festes Stundenbudget zur Verfügung zu stellen. Der Budgetnehmer rief in Absprache mit seinen Assistenten, die über den Dienst angestellt sind, die tatsächlich benötigten Leistungen ab. Dies erfolgte nach aktuellem Bedarf.

Die Dokumentation der verrichtungsbezogenen Module entfällt im Haushalt des Budgetnehmers. Dokumentationen auf der Grundlage berufsrechtlicher Verpflichtungen und professionellen Handelns werden zur fachlichen und haftungsrechtlichen Absicherung pflegedienstintern durchgeführt. Sie stehen der Pflegekasse respektive dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen nicht zur Kontrolle zur Verfügung. Die Verpflichtung den State of the Art zu beachten und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, ergibt sich aus berufsrechtlicher Pflichtenstellung.

⁹³ In der Modellregion Neuwied wurde zeitgleich zum Integrierten Budget das Modellprojekt Pflegebudget durchgeführt. Im gesamten Projektverlauf standen im Pflegebudget in Neuwied 139 Personen im Budgetbezug, und im Zuge der steigenden Nachfrage entstanden dort zwei neue Dienstleistungsanbieter.

6.2.1.2 Vernetzung von Angeboten, um Einzelleistungen zu entwickeln

Als großer Träger der Behindertenhilfe unterhält die Heinrich-Haus gGmbH verschiedene Angebote im ambulanten und stationären Bereich der Behindertenhilfe. Die für die Weiterentwicklung des Integrierten Budgets relevanten Angebote beziehen sich auf Vernetzung und Service Wohnen im Bereich der Offenen Hilfen. Die für die Budgetnehmer relevanten Angebote sind vom Schriftbild abgehoben.



Abb. 10: Einordnung Angebote Heinrich-Haus gGmbH

In Aushandlungsprozessen mit einzelnen Budgetnehmern wurden Möglichkeiten gesucht, Leistungen und Angebote zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Budgetnehmer entsprechen. Einzelleistungen können bereichsübergreifend eingekauft werden. Hiermit können Vernetzungsmöglichkeiten eines großen Anbieters genutzt werden und Synergien entstehen, die für die Budgetnehmer höhere Flexibilität ermöglichen. Diese sich in der Entwicklung befindliche Ausweitung einer Angebotspalette, die in Form von Serviceleistungen von Budgetnehmern eingekauft werden kann, wurde zum Teil von Teilnehmern im Integrierten Budget genutzt.

Das Koordinierungsbüro des Integrierten Budgets war im Bereich der Offenen Hilfen angesiedelt. Eine unabhängige Beratung kann unter Projektbedingungen trotz enger Verzahnung nachgezeichnet werden. So haben sich Budgetnehmer, die zwar das Betreute Wohnen bei diesem Anbieter nutzen und im angesiedelten Koordinierungsbüro im Rahmen des Modellprojekts Integriertes Budget ihre Ansprechpartnerin hatten, dennoch in der Gestaltung der Hilfeleistungen unabhängig von den anderen Angeboten des Trägers orientiert.

6.2.2 Veränderung in Organisationen durch das Integrierte Budget

Die Koordinierungsbüros (vgl. Kapitel 2.5.1) im Projekt waren alle bei Organisationen der Behindertenhilfe und Selbsthilfe angesiedelt. Auf unterschiedliche Art und Weise und Intensität waren diese Organisationen auch Träger oder Anbieter von Dienstleistungen und Angeboten für Menschen mit Behinderung. Die Angebote reichten von einem Abrechnungsservice für Arbeitgeber und Assistenten beim ZsL in Mainz über Betreutes Wohnen der Lebenshilfe Neuwied bis hin zu einer vielfältigen Angebotspalette der im vorherigen Abschnitt vorgestellten Anbieter und der Gemeinnützigen Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit bmH Geschäftsstelle Mainz⁹⁴. Letztgenannter Anbieter hatte keine Budgetnehmer des Integrierten Budgets als direkte Kunden, aber Mitarbeiter vor Ort hatten die Aufgaben des Koordinierungsbüros übernommen und waren Ansprechpartner für Budgetnehmer.

Bemerkenswert waren die Wirkungen des Modellprojekts allein durch Ansiedlung des Koordinierungsbüros in der Organisation. Nach eigenen Aussagen der Leitungsebene haben sich Angebote, Kundenorientierung, Arbeitsabläufe, Vernetzung und Verbandsstrukturen positiv und nachhaltig verändert. Die von der Organisation benannten Veränderungen beinhalten:

- Stärkung: vernetzte integrierte Zusammenarbeit, besonders in der ambulanten Pflege und Eingliederungshilfe (SGB XI/SGB XII)
- Flexibilität: qualitativ gute Angebote mit mehr Flexibilität außerhalb des Verrichtungsbezugs im SGB XI
- Neues Konzept: Umgang mit Kunden, besonders bei Aushandlungsprozessen
- Überarbeitung: Umgang mit Persönlichen Budgets

94 100%-Tochter des DPWW Rheinland-Pfalz/Saarland.

- Entwicklung: neue Ideen für individuelle Hilfeeinrichtungen
- Kooperation: Entwicklung eines Dienstleistungszentrums in Kooperation mit anderen Anbietern
- Kalkulation: durchschaubare Preisgestaltung für Kunden
- Case Management: veränderte Vorgehensweise
- Fortbildung: Mitarbeiterschulungen zu allen Budgetformen
- Transparenz: Leistungen beschreiben, Qualitätsmerkmale benennen
- Marketing: Strategien entwerfen

Dass es zu den beschriebenen Veränderungen kommen konnte, lässt sich u. a. auf die Verortung der Case-Management-Aufgaben auf Leitungsebene zurückführen. Dies war nicht explizit so vorgesehen, hat sich aber aufgrund personaler Veränderungen ergeben und wurde gewinnbringend genutzt. Auch hat sich an diesem Beispiel gezeigt, dass die Einbindung der Projekterfahrungen in die Organisationsentwicklung als förderliches Merkmal zu benennen ist. Ein weiterer, von allen beteiligten Koordinierungsbüros benannter förderlicher Faktor war die enge Anbindung an das Projektmanagement des Integrierten Budgets. Auf der Grundlage der regelmäßigen Schulungen und Treffen konnten aktuelle Themen und Veränderungen in der Budgetentwicklung zeitnah reflektiert und bearbeitet werden.

6.3 Wirkungen auf der Trägerebene

Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind neben den in § 6 Abs. 1 SGB IX aufgeführten Rehabilitationsträgern seit 2004 auch die Pflegekassen und Integrationsämter beteiligt.

6.3.1 Beteiligte Leistungsträger

Wie bereits aus den Falldarstellungen und den Ausführungen zu den budgetrelevanten Leistungen (Kapitel 4) ersichtlich, waren die im Integrierten Budget relevanten Träger die Pflegekassen, die Sozialhilfeträger und die Krankenkassen.

Im Modellprojekt Integriertes Budget war die Beteiligung der Pflegeversicherung konstituierend und von daher in allen Budgetkombinationen gegeben. Die Sozialhilfeträger waren ebenfalls stark involviert. Dies gilt zum einen für die tatsächlich erbrachten Budgetleis-

tungen in elf Fällen, zum anderen aber auch für die Zusammenarbeit mit dem Projektmanagement und den Koordinierungsbüros vor Ort. Als weitere Leistungsträger kommen im Integrierten Budget die gesetzlichen Krankenkassen zum Tragen.

Leistungen der anderen Rehabilitationsträger und des Integrationsamtes wurden nicht beantragt. Erfahrungen mit der Zusammenarbeit liegen demzufolge nicht vor.

Die Relevanz der Sozialhilfeträger und der Pflegekassen zeigt sich auch in der Begleitforschung zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget. Von den dort 847 dokumentierten Budgets in Einfachzuständigkeit und trägerübergreifend, war der Sozialhilfeträger bei 799 Budgets involviert. „Auffällig ist, dass die Sozialhilfeträger an nahezu allen bewilligten Budgets beteiligt sind: zu 94% an den Budgets in Einfachzuständigkeit und zu 100% an trägerübergreifenden persönlichen Budgets“ (Metzler et al. 2007, S. 90). Trägerübergreifende Budgets sind in 44 Fällen dokumentiert, wobei es sich in 38 [!] Fällen um eine Kooperation von Sozialhilfeträgern und Pflegeversicherung handelt. In 15 Fällen wurden dabei Sachleistungen (§ 36 SGB XI) bewilligt, wobei nur zwei Fälle explizit als Gutscheine gewährt wurden. „In den restlichen 13 Fällen ist nicht immer ersichtlich, in welcher Form die Pflegesachleistungen in das Budget transferiert wurden. Von diesen 13 Fällen wurden allein acht Budgets in Berlin durch den Sozialhilfeträger gemeinsam mit der Pflegeversicherung bewilligt: Im Berliner Verfahren werden zwar die Pflegeleistungen bei der Ermittlung des Gesamtbedarfs im Rahmen der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung berücksichtigt, allerdings erhalten die Leistungsberechtigten keinen Gutschein über die Pflegesachleistung (wie es gesetzlich vorgesehen ist), sondern der Pflegedienst rechnet nach Leistungserbringung direkt mit der Pflegeversicherung ab“ (Metzler et al. 2007, S. 99).

Die Funktion des Beauftragten im Sinne des § 17 Abs. 4 hatte die Pflegeversicherung in keinem Fall inne.

Beteiligte Leistungsträger	In den Modellregionen	Außerhalb der Modellregionen	Gesamt
Einfachzuständigkeit	463	340	803
Sozialhilfe	455	300	755
Agentur für Arbeit	4	18	22
Integrationsamt	2	16	18
Rentenversicherung	1	5	6
Kriegsopferfürsorge	1	1	2
Trägerübergreifend	31	13	44
Sozialhilfe, Pflegeversicherung	27	8	35
Sozialhilfe, Krankenversicherung	2	–	2
Sozialhilfe, Integrationsamt	1	1	2
Sozialhilfe, Pflegeversicherung, Integrationsamt	1	–	1
Sozialhilfe, Krankenversicherung, Pflegeversicherung	–	1	1
Sozialhilfe, Agentur für Arbeit	–	1	1
Sozialhilfe, Jugendhilfe	–	1	1
Sozialhilfe, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Integrationsamt, Pflegeversicherung	–	1	1
Gesamt	494	353	847

Tab. 6: Anzahl bewilligter Budgets nach beteiligten Leistungsträgern (n = 847).
Quelle: Metzler et al. 2007, S. 90

6.3.1.1 Sozialhilfeträger

Auf der Ebene der Sozialhilfeträger wird eine für das Land Rheinland-Pfalz spezifische Aufgabe deutlich. Es handelt sich hierbei um die Überführung der Budgets der Eingliederungshilfe - die sogenannte „Hilfe nach Maß“ - in die geltenden Vorgaben der Budgetverordnung und des §17 SGB XI. Die Erfahrungen mit der Leistungsform „Budget“ an sich waren besonders zum Zeitpunkt der Implementierung von Vorteil. Bei den beteiligten

Sozialhilfeträgern war eine grundsätzlich positive Einstellung zur Leistungsform zu verzeichnen und u. a. von daher die Bereitschaft gegeben, sich auf das Modellprojekt einzulassen. Gerade die Sozialhilfeträger als „Erfahrene“ hinsichtlich der Leistungsform „Budget“ konnten in Einzelfällen Bedenken anderer Träger entkräften. Geäußerte Bedenken bezogen sich in erster Linie auf die Sorge, dass die Leistungsberechtigten die Budgets „missbräuchlich“ verwendeten. Diese Sorge wurde kommunikativ bei den vom Projektmanagement organisierten Veranstaltungen mit Diskussionsmöglichkeiten aufgenommen und erörtert.

Herausforderungen in der Überleitung vom Projekt „Hilfe nach Maß“ zur geltenden Rechtslage waren zum einen die Bemessung Persönlicher Budgets nach Pauschalen und zum anderen die Erstellung einer Zielvereinbarung.

„Als ich damals mit dem Budget anfang, wurde es ja einfach nur umgewandelt, das hat ja vorher der Pflegedienst bekommen, und das habe ich dann gekriegt“ (Budgetnehmerin).⁹⁵

Bezüglich der Pauschalen hat sich im Lauf der Projektzeit gezeigt, dass individuelle Bemessungen die Pauschalen ergänzen können (vgl. ausführlich zur Bemessung Persönlicher Budgets Metzler et al. 2007, S. 141 ff.).

6.3.1.2 Krankenkassen

Die Krankenkassen als Leistungsträger sind für Menschen mit Behinderung von Bedeutung, es liegen bisher aber kaum Erfahrungen im Umgang mit Persönlichen Budgets vor. In der Begleitforschung zum trägerübergreifenden Budget waren von 813 bewilligten Leistungen sechs Leistungen (Ergotherapie, Einmalzahlung Gebärdendolmetscher, Rehabilitationssport und Funktionstraining, zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege) der gesetzlichen Krankenkassen dokumentiert. Sie waren insgesamt in drei trägerübergreifende Budgets integriert.

Im Integrierten Budget waren neben den 15 Pflegebudgets fünf Budgets der gesetzlichen Krankenkassen bewilligt. Konkret handelte es sich zweimal um Fahrtkosten zur Kranken-

95 Frau L./Drittinterview; Position: 56.

gymnastik, einmal um Fahrtkosten zur Dialyse, einmal um Krankengymnastik und einmal um Hilfsmittel (orthopädische Schuhe). Diese fünf Leistungen sind auf vier Integrierte Budgets verteilt und können hinsichtlich ihrer Ausgestaltung und Erprobung als erste Versuche gesehen werden (zu den Leistungen vgl. Kapitel 4.2.2).

Die Ausgestaltung und Erprobung dieser Budgets zeigt, dass mit dem Budget Neuland betreten wird. Noch kann hinsichtlich dieser Budgets nicht von einer erhöhten Selbstbestimmung im Sinne des §17 SGB IX gesprochen werden, wobei diese Budgets dazu dienen können, erste Erfahrungen zu dokumentieren.

6.3.2 Zielvereinbarung

Der Abschluss einer Zielvereinbarung als wesentliches Element im Prozess der Budgetgewährung war zu Projektbeginn – auch einem gesonderten Verfahrensablauf im Modellprojekt geschuldet – noch nicht im Fokus der Leistungsträger. Da auch vonseiten des Projektmanagements erst in der zweiten Hälfte des Budgetverlaufs die Bedeutung der Zielvereinbarung akzentuiert wurde, kam es in der überwiegenden Anzahl der bewilligten Budgets zunächst nicht zu einem Abschluss von Zielvereinbarungen. Vonseiten der Sozialhilfeträger lagen allerdings Auszüge⁹⁶ aus der Individuellen Hilfeplanung vor, die zum Teil Regelungsinhalte der Zielvereinbarung beinhalten, oftmals jedoch viel zu sehr bei der Leistungserbringung ins Detail gehen. In nur einem Fall lag direkt zu Beginn des Budgetbezugs eine Zielvereinbarung vor (Krankenkasse). Die Zielvereinbarungen sind zum Teil sehr stark standardisiert. Dies führt in einem Fall zu einer Formulierung, in der die Beantragung einer gesetzlichen Betreuung als zu erörternde Maßnahme vor einer Kündigung des Budgets als sinnvoll erachtet wird. Dass es sich um orthopädische Schuhe und Krankengymnastik handelt und die Person ein im gesellschaftlichen Leben voll integrierter Bürger ist, wird nicht in Verhältnismäßigkeit und Bezug gesetzt.

Es zeigt sich jedoch, dass durch die Begleitung eines geschulten Case Managements nach und nach die Budgets „nachgebessert“ und auf gültige Rechtsgrundlagen gestellt werden.

⁹⁶ Zum Instrument der Individuellen Hilfeplanung gehört ein sogenannter Aktionsplan. Dieser Teil beschreibt Zielformulierungen und notwendige Hilfen. Außerdem wird zum Teil sehr detailliert aufgelistet, wer die Hilfen erbringt.

6.3.3 Dauer des Verfahrens

Durch die klaren Rahmenbedingungen der Leistungshöhe und die zur Verfügung stehenden Formulare gab es in keinem Fall mit Mitarbeitern der Pflegekassen nennenswerte Probleme.

Vom Grundsatz her ist die Gestaltung der Verfahrenswege Persönlicher Budgets nach §17 SGB IX i. V. m. der BudgetV klar strukturiert und in §14 SGB IX geregelt. Bei Einfachzuständigkeit soll die Verfahrensdauer bei maximal drei Wochen (ohne Gutachten) liegen. Ist ein Gutachten erforderlich, ist dies spätestens zwei Wochen nach Auftragserteilung zu erstellen. Die Entscheidung muss innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen werden. Da die Pflegekassen jedoch keine Rehabilitationsträger im Sinne des §6 SGB IX sind, gelten diese Regelungen im Integrierten Budget nur für die beteiligten Rehabilitationsträger.

Im Verfahrensablauf (vgl. Kapitel 2.3.3) hat sich gezeigt, dass der Zeitraum von der Antragstellung auf ein Integriertes Budget bis zum tatsächlichen Bezug eines Integrierten Budgets wesentlich länger war als erwartet. Gründe hierfür waren zum einen längere Klärungsprozesse bezüglich der neben dem Pflegebudget bezogenen weiteren Leistung in Budgetform und zum anderen der Zeitraum, der benötigt wurde, um ein individuelles Hilfearrangement aufzubauen. Die Budgetnehmer, die das Pflegebudget und das Budget „Hilfe nach Maß“ als Kombination erhielten und das Budget „Hilfe nach Maß“ bereits vor dem Antrag auf ein Integriertes Budget hatten, kamen auf unproblematische Bearbeitungszeiten. Durchschnittlich vergingen drei Wochen Bearbeitungszeit von der Antragstellung bis zum Erhalt der neuen Leistungsform. Bei diesen Budgetnehmern ging es in erster Linie um Absprachen mit den zuständigen Pflegekassen und Grundsatzinformationen bezüglich des Modellprojekts. Da auch die zweite Leistung bereits als Budget bewilligt war und die Sozialhilfeträger in den Modellregionen als Partner des Projekts Anträge unterstützten, gab es in diesen Fällen keine bedeutenden Verzögerungen oder Probleme.

Ganz anders gestalteten sich die Bewilligung und der Bearbeitungszeitraum jedoch, wenn bisher nicht budgetierte Leistungen in Budgetform beantragt wurden oder Leistungsträger involviert waren, die bisher keine Erfahrungen mit dieser Leistungsform gemacht haben. In diesen Fällen lagen die Bearbeitungszeiträume zwischen sechs Wochen und elf Mona-

ten. Der Bewilligungszeitraum von elf Monaten bei einem Budget der Krankenkasse beinhaltet noch eingelegten Widerspruch. In der Begleitforschung zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget wurde eine durchschnittliche Bearbeitungsdauer von etwas mehr als drei Monaten ermittelt.

6.4 Wirkungen im Netzwerk

Im Laufe des Forschungsprozesses wurde zunehmend deutlich, dass Netzwerken auf zwei Ebenen im Budgetbezug Bedeutung zukommt. Bereits vor Inanspruchnahme eines Budgets wird deutlich, dass eine Beziehung zwischen der Wahrscheinlichkeit, sich auf die neue Leistungsform Budget einzulassen, und der Struktur des Netzwerks einer Person besteht. Bei den Personen, die ein Integriertes Budget beziehen, sind Auswirkungen der Budgetnutzung auf die Netzwerke der Budgetnehmer zu erkennen.

Der Begriff „soziales Netzwerk“ kann definiert werden als „spezifische Mengen von Verbindungen zwischen sozialen Akteuren“ (Mitchell 1969, S. 2, zit. nach Hollstein und Straus 2006). Darüber hinaus wird in der Regel zwischen Ego-zentrierten und Gesamtnetzwerken unterschieden, d. h. zwischen Netzwerken, die sich von Einzelpersonen ausgehend erschließen, und solchen Netzwerken, die wie Familien, Unternehmen oder Gemeinden eine fest umrissene Personengruppe bezeichnen (Hollstein, B. und Straus, F. 2006, S. 14). Das Netzwerkkonzept bezieht sich zudem v. a. auf die formale Struktur. Da man allerdings allein von Faktoren wie Größe des Netzwerks, Kontaktdichte oder räumlichen Distanzen noch nicht auf die jeweilige inhaltliche Leistung eines Netzwerks schließen kann, ist eine Erweiterung um funktionale Aspekte bedeutsam. Hierzu gehören bei Netzwerken von Einzelpersonen, die im Fall des Integrierten Budgets in den Blick genommen werden, z. B. Konzepte sozialer Unterstützung.

Aus der Non-Response-Analyse wurde ersichtlich, dass das Integrierte Budget ausschließlich von Personen genutzt wird, die über ein gewisses Netzwerk verfügen. Die gewissermaßen „Netzwerklosen“, die zwar von den leistungsrechtlichen Voraussetzungen her Zugang zum Integrierten Budget gehabt hätten, entschieden sich gegen die Teilnahme. Netzwerklos in diesem Zusammenhang meint Personen, die weder auf der formalen noch auf der funktionalen Ebene in einer Beratungssituation erkennbare Ressourcen erkennbar hatten. Die Frage danach, ob mit dem Vorhanden- oder Nichtvorhandensein eines (infor-

mellen) Netzwerks eine Selektion der Zielgruppe einsetzt, muss an dieser Stelle ernsthaft gestellt werden. Aus den Erfahrungen des Integrierten Budgets kann hierauf zunächst nur mit Ja geantwortet werden, wobei weiterführend eine Aufgabe des Case Management darin gesehen wird, auf der Strukturebene Unterstützungsformen anzustoßen.

6.4.1 Bestehende Netzwerkstrukturen

Bei den Budgetnehmern kann auf der formalen Ebene im Integrierten Budget festgehalten werden, dass zwölf Personen allein leben. Drei Personen leben im Haushalt mit nahen Angehörigen zusammen, wobei es sich hierbei einmal um Eltern und Geschwister handelt, einmal um den Ehepartner und einmal um ein bereits hochbetagtes Elternteil. Sechs Personen haben laut eigenen Angaben keine Familienangehörigen mehr oder keinen Kontakt zu ihnen. In Bezug auf soziale Unterstützung gibt weniger als die Hälfte der Budgetnehmer an, regelmäßig unterstützende Hilfen von Familienangehörigen oder Freunden zu erhalten.

Bei denen, die nach eigenen Aussagen Hilfen erhalten, handelt es sich überwiegend um Hilfen von nahen Angehörigen, wobei es sich in erster Linie um die Eltern handelt. In zweiter Folge sind Geschwister zu nennen. In zwei Fällen sind Freunde und Bekannte in nennenswertem Umfang in das Hilfearrangement eingeplant. Sie übernehmen jedoch keine körpernahen Tätigkeiten, sondern eher hauswirtschaftliche Unterstützung oder Begleitung.

Die Netzwerkstrukturen von Menschen mit lebenslangen Behinderungen unterscheiden sich von denen nicht behinderter Menschen. Auf den Familienstand bezogen sind die meisten Menschen mit lebenslangen Behinderungen ledig wie auch kinderlos (vgl. Krueger und Degen 2006, S. 77). Den Herkunftsfamilien kommt dementsprechend eine hohe Bedeutung zu (vgl. Winkler 1995, S. 88). Hilfe- und Unterstützungsleistungen, die bei diesem Personenkreis geleistet werden - im Gegensatz zu Menschen mit spät erworbenen Behinderungen -, werden hauptsächlich von älteren Menschen erbracht bzw. es ist nicht die Generation der Kinder, die ihre Eltern pflegen, sondern es sind die Eltern und die anderen Familienangehörigen, die für die folgende Generation Hilfe- und Unterstützungsleistungen erbringen.

6.4.2 Entlastung des Netzwerks

Drei Personen im Integrierten Budget leben derzeit im Haushalt mit Familienangehörigen und erhalten zeitintensive Hilfe über viele Jahre. Täglich werden in diesen Konstellationen ein bis zwei Stunden (hochbetagter Vater), drei bis fünf Stunden (Ehepartner) und bis auf die Schulzeiten rund um die Uhr Hilfen erbracht (Mutter und Vater). Diese Hilfeeinrichtungen sind durch dauerhafte Überlastung, gerade hinsichtlich einer zu verzeichnenden Steigerung des Hilfebedarfs, gefährdet und könnten mit dem Integrierten Budget stabilisiert werden.

„(...) Das ist eben auch eine Erfahrung, die ich durch dieses Integrierte Budget machen konnte, dass es absolut gut für eine Beziehung ist, die Entlastung zu haben, gerade denn es ist ja irgendwie schon schwierig genug, mit einer verschlechterten [körperlichen] Situation umzugehen, aber jetzt dann auch wirklich zu gucken, dass man das nicht noch alles auf den Ehepartner abwälzt, sondern wirklich guckt, was tut mir gut, aber es tut auch unserer Beziehung gut“ (Budgetnehmerin).⁹⁷

„(...) Weil das einfach zu viel wird. Man kann nicht ein Leben lang 24 Stunden parat stehen und immer für einen da sein müssen, man muss auch selber mal ausschalten können und der [jugendliche Budgetnehmer] wird immer schwerer, und das geht dann einfach nicht mehr, und der Zeitpunkt ist jetzt gekommen, denke ich, wo man sich so langsam umorientieren muss. Langsam lösen und andere Hilfen in Anspruch nehmen (...) und wie gesagt, je älter der wird, je schwerer es wird, man wird selber nicht jünger (...)“ (Mutter eines Budgetnehmers).⁹⁸

Beziehungs- und Netzwerkpflege benötigt Zeit und Raum. Immer wieder klingt in den Interviews an, dass zur Stabilisierung bestehender Netzwerke gemeinsam Zeit verbracht werden muss, ohne direkte Hilfeleistungen damit zu verbinden. Freundschaft darf durch Hilfeleistungen nicht überstrapaziert werden.⁹⁹

⁹⁷ Frau J./Drittinterview; Position: 14.

⁹⁸ Herr B./Erstinterview; Position: 22 und 56.

⁹⁹ Dieser Aspekt wird von der Mehrzahl der Budgetnehmer genannt und in verschiedenen Beispielen konkretisiert.

Dies wird sowohl bezogen auf Familienangehörige deutlich als auch in noch stärkerem Maße bei Freunden und Bekannten. Menschen mit Behinderungen, Pflege- und Unterstützungsbedarf haben vergleichsweise reduzierte Möglichkeiten, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Durch zum Teil institutionalisierte Lebensverläufe und einschränkende Umweltfaktoren wie z. B. fehlende Barrierefreiheit ist das Netzwerk der Budgetnehmer in der Regel überschaubar. Auf die Frage, ob es Freunde gibt, die Unterstützung leisten, antwortete eine Budgetnehmerin exemplarisch:

„(...) Ab und an, aber auch begrenzt, weil die sind auch behindert, es gibt viel zu wenig Angebote auch in J., wo man wirklich sagen kann: Okay, ich bin zwar körperbehindert, aber geistig normal, und da finden Sie auch keine Freizeitangebote, genau das ist ja auch das Problem“ (Budgetnehmerin).¹⁰⁰

Diese beiden Aspekte, Freundschaft zu Menschen, die ebenfalls auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, und fehlende Freizeitangebote und damit auch fehlende Möglichkeiten, mit Menschen in Kontakt zu treten, finden sich bei fast allen Budgetnehmern. Die Beziehungen, die existieren, decken vorrangig emotionale Unterstützung ab.

Weniger als die Hälfte der Budgetnehmer erhält praktische Unterstützung von Familienangehörigen oder Freunden. Bei denen, die auf diese Hilfen zurückgreifen können, wird eine Verbesserung hinsichtlich des Zusammenspiels von bezahlter Hilfe und Unterstützungsleistungen von Freunden im Budgetbezug deutlich. Diese flankierenden Hilfen lassen sich in ein Arrangement mit Budget eher integrieren als in starre Abläufe von Hilferangements mit Pflegediensten. Die hierdurch entstandene Flexibilität wird als Gewinn bezeichnet und ermöglicht bei gleicher Kontaktdichte Entlastung in freundschaftlichen Beziehungen.

Ein weiterer positiver Effekt des Integrierten Budgets ist eine Zunahme der Teilhabechancen. So ist durch erhöhte Flexibilität die Möglichkeit gegeben, Veranstaltungen oder Kurse zu besuchen und dort anderen Menschen zu begegnen. Eine Teilnehmerin des Integrierten Budgets besucht mit dem Budget der Eingliederungshilfe einen Zeichenkurs bei der Volkshochschule. Eine andere hatte mit den Möglichkeiten einer Assistenz einen Kurs

100 Frau P./Erstinterview; Position: 223-224.

einer Selbsthilfeorganisation besucht und dort neue Kontakte knüpfen können. Auch die Möglichkeiten, durch zeitliche Flexibilität Kontakte pflegen zu können, hat direkte Auswirkungen. Ein Budgetnehmer beschreibt die Situation, in der er – noch ohne Integriertes Budget – als erwachsener Mann das Grillfest von Freunden um 19.30 Uhr verlassen musste, da seine pflegerische Unterstützung am Abend sonst nicht gewährleistet war. Mit dem Budget hat er nun einen Mitarbeiter eingestellt, mit dem Absprachen – auch spontaner – möglich sind. Die Pflege von Beziehungen ist auf diese Art und Weise verbessert worden. Deutlich wird, dass ein funktionierendes soziales Netz die Teilhabechancen erhöht. Sensibler Umgang mit dem Beziehungsnetzwerk ist nötig, um die Stabilität zu erhalten. Angehörige werden entlastet, wenn verbindliche Hilfen von außen dazukommen.

Ein ebenfalls interessanter Aspekt hinsichtlich lebensweltlich bezogener Hilfen ist die Bedeutung von domestizierten Tieren.

„(...) So ein Tier merkt, das einer krank ist. [...] [Der Kater A. d. V.] ist mein Ein und Alles“ (Budgetnehmer).¹⁰¹

Sie gehören in der Klassifikation der ICF zu der Komponente Umweltfaktoren und werden dem Kapitel Unterstützung und Beziehung zugeordnet. Die Mensch-Tier-Beziehung wurde bereits unter gesundheitsförderlichen und therapeutischen Aspekten in verschiedenen Studien wissenschaftlich untersucht und dargestellt (vgl. Greiffenhagen 1991). Hierbei lassen sich verschiedene Effekte nachweislich belegen. Auch im Kontext der Erfahrungen des Integrierten Budgets soll auf die Bedeutung hingewiesen werden, die Tiere für Budgetnehmer einnehmen. Durch die Möglichkeit, in ihrer eigenen Häuslichkeit zu leben, hatten drei Personen im Modellprojekt die Möglichkeit, durch Assistenzkräfte ihre Haustiere mitzuversorgen. Bedenkt man allein die psychischen Effekte – wie Stimmungsaufhellung und ein Entgegenwirken von Depressionen – und die Tatsache, dass Tiere allein durch ihre bloße Anwesenheit Gefühle der Einsamkeit verdrängen und Regeneration nach psychischen Belastungen fördern (Smet 1993, S. 10 ff.), werden die Bedeutung und die Chance von Tierhaltung offensichtlich. Die aufgeführten Aspekte finden sich in den Aussagen der Budgetnehmer sehr deutlich bestätigt und führen in den konkreten Beispielen zu praktischer physischer und emotionaler Unterstützung.

101 Herr G./Kombiinterview; Position: 187-193.

Mit dem Integrierten Budget haben sich die Möglichkeiten der Lebensgestaltung und -bewältigung erweitert, und sie haben in der Folge zu Veränderungen geführt. Wirkungen konnten auf verschiedenen Ebenen nachgezeichnet werden. Ein Mehr an Selbstbestimmung wurde an der Realisierung von Kompetenzen deutlich und führte u. a. durch das Gefühl, mehr Kontrolle über den eigenen Handlungsspielraum zu erhalten, zu einer verbesserten Lebensqualität.

7. Case Management im Integrierten Budget

Für Persönliche Budgets nach §17 SGB IX wird ausdrücklich vorgeschrieben, dass sie so bemessen sein müssen, dass eine erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen können. Allerdings findet sich in der Gesetzesbegründung laut Welti „kein Hinweis darauf, wie der Gesetzgeber das Begriffspaar ‚Beratung und Unterstützung‘ verstanden haben will“ (Welti und Rummel 2007, S. 71). An sich lässt sich Beratung im sozialrechtlichen Kontext vergleichsweise eindeutig bestimmen: Sie dient der Erschließung von Leistungen, um das Sozialstaatsprinzip zu realisieren und – speziell im Falle der Persönlichen Budgets – um die Leistungen in dieser neuen Form zu erhalten. Unterstützung als Begriff „wird im sozialrechtlichen Kontext verstanden als ein über Informationen und Handlungshinweise hinausgehendes Handeln im Sinne von Case-Management, welches aktiv auch dort unterstützt, wo eigene Mitwirkungspflichten betroffen sind“ (Welti und Rummel 2007, S. 72).¹⁰²

Veränderte Strukturen in der Behindertenhilfe¹⁰³ und in der Rehabilitation erfordern eine verstärkte Ausrichtung auf das Selbstkonzept des Einzelnen und eine darauf in allen Bereichen abzustimmende Passung. Behinderung entsteht im Verständnis der Definition der ICF dann, wenn zwischen den Fähigkeiten einer Person, den an sie gerichteten Erwartungen und den Umweltbedingungen im Sinne der ICF eine unzureichende Passung besteht. Um dies ausgleichen zu können, muss neben der Anpassung von Rahmenbedingungen v.a. auch die Ausrichtung der Ziele auf die betreffende Person erfolgen. Das hierzu bei Wendt beschriebene Counselling als verhaltenssteuerndes Element ist hierbei kontextuell orientiert.

Vor diesem Hintergrund und unter der Annahme, dass Menschen mit Behinderungen über ihre eigenen Belange selbst angemessen entscheiden können, wurden die Ausrichtung und die Intensität des Case Managements konzipiert. „Das Case Management ist bei behinderten Menschen auf deren Selbstmanagement abzustimmen. Sie brauchen allein wegen ihrer Beeinträchtigung keine spezielle Behandlung, sondern v. a. Hilfen zur Bewältigung des Alltags und für ein ihnen möglichst normales Dasein“ (Wendt 2001, S. 173).

¹⁰² Vgl. (Hauck et al. 2007, § 22 Rz. 11; Fahlbusch 2006, S. 227, 231).

¹⁰³ Behindertenhilfe wird in diesem und in den folgenden Kontexten so verstanden, dass sie alle relevanten Bereiche für Menschen mit Behinderung betrifft. Dies beinhaltet über den Bereich der Rehabilitation hinaus alle für Menschen mit Behinderung relevanten Rechtsbereiche (vgl. Cloerkes 2007, S. 40 ff.).

Die Intensität des Case Managements bei den 15 Budgetnehmern im Integrierten Budget variierte stark. Um dies darzustellen, wurde die personenbezogene Zeit über den gesamten Projektverlauf erfasst, wobei die Fahrtzeiten gesondert vermerkt wurden. Pro Person ergibt sich auf ein Kalenderjahr bezogen eine durchschnittliche Zeit von 17 Stunden 48 Minuten (inkl. Fahrtzeit). Hierzu müssen alle auf der Systemebene erbrachten und in diesem Fall nicht erfassten Tätigkeiten hinzugerechnet werden (allgemeine Beratung, Öffentlichkeitsarbeit, Gremienarbeit, Supervision etc.).

Im Modellprojekt Pflegebudget ergab sich unter Berücksichtigung vergleichbarer Faktoren als durchschnittlich aufgewendeter Stundenumfang pro Budgetnehmer eine Zeit von 17 Stunden und 30 Minuten (inkl. Fahrtzeit).¹⁰⁴ Diese auf eine Grundgesamtheit von 356 Budgetnehmern bezogene Zeiterfassung kann als repräsentativ gewertet werden und stützt die Erfahrungen im Integrierten Budget.

Die Fahrtzeit macht – auf die Gesamtzahl der Budgetnehmer bezogen – pro Person 19,65% der gesamt aufgewendeten Arbeitszeit aus. Diese Zahlen beziehen sich nur auf die 15 Budgetnehmer und sind statistisch nicht repräsentativ. Die durchschnittliche Fahrtzeit im ländlichen Raum liegt etwas über der durchschnittlichen Fahrtzeit im Stadtgebiet. Dies darf bei der geringen Fallzahl jedoch nicht überbewertet werden.

Bei allen Budgetnehmern sind Kontaktspitzen zu verzeichnen, wenn im Rahmen des Assessments oder Re-Assessments durch den Case Manager ein Kontakt initiiert wurde. Weitere intensive Kontaktzeiten kamen beim Anpassungsbedarf der Hilfen, im Rahmen der Unterstützung bei administrativen oder finanziellen Angelegenheiten oder in der Anfangsphase der Budgetbewilligung zustande.

Im Projektverlauf wurden die Mitarbeiter in den jeweiligen Koordinierungsbüros geschult und in regelmäßigen Treffen durch Mitarbeiter des Projektmanagements begleitet. Im Konzept des Integrierten Budgets wurde auf eine enge Anbindung der Koordinierungsbüros zum Projektmanagement gesetzt. Mit diesem Vorgehen konnte weitestgehend eine der Projektkonzeption entsprechende Vorgehensweise vor Ort gewährleistet werden. Forschungsrelevante Themen und Fragen aus der Praxis wurden im gesamten Projekt-

¹⁰⁴ Vgl. ABPB 2008, Kapitel 5.

zeitraum bei vierteljährlichen Treffen aufgenommen und gemeinsam reflektiert. Standen zunächst Rahmenbedingungen des Modellprojekts und organisatorische Fragen im Mittelpunkt, wurden - v. a. im Jahr 2007 - zunehmend die im Folgenden zusammengefassten inhaltlichen Themen erarbeitet:

- „Best Practice“ - Möglichkeiten für Pflegedienste in der Umgestaltung ihrer Leistungen
- Thema: Hilfeplanung; die Bedeutung der Zielvereinbarung in der Budgetpraxis
- Thema: Persönliche Assistenz; Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten
- Validierung der personenbezogenen Falldarstellungen

Zur Sicherstellung der Methode des Case Managements waren diese Treffen aus Sicht der Mitarbeiter in den Koordinierungsbüros und dem Projektmanagement förderlich und konnten im Ergebnis dazu führen, dass das Case Management als Arbeitsansatz auch in anderen Arbeitsbereichen der Organisationen, in denen die Koordinierungsbüros angesiedelt waren, angewandt wurde.

„Die Schulungen CM im Projekt waren noch einmal sehr hilfreich, um das eigene Handeln auch im normalen Arbeitsalltag zu hinterfragen, zu überprüfen und zu modifizieren“ (Case Managerin).

„Die regelmäßigen Projekttreffen und die insgesamt enge Anbindung an die Projektleitung waren wichtige Unterstützungen in meiner CM-Funktion“ (Case Manager).

Ein im Hintergrund vorgehaltenes Coaching-Angebot durch einen zertifizierten Lehr-Case-Manager wurde letztendlich in nicht mehr als zwei Fällen in Anspruch genommen.

Die Budgetnehmer konnten die Koordinierungsbüros ihrer Wahl nutzen und hatten im gesamten Projektverlauf kompetente Ansprechpartner vor Ort. Bei der Anpassung des Case-Managements-Prozesses waren die in Kapitel 2.3.2 bereits im Rahmen der Konzeptionsentwicklung skizzierten Grundannahmen leitend.

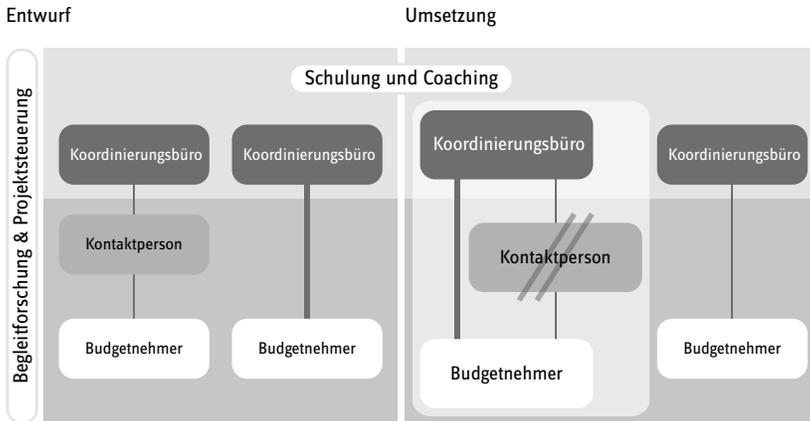


Abb. 11: Case Management im Integrierten Budget

Ursprünglich waren in den konzeptionellen Entwurf sogenannte Kontaktpersonen integriert. Sie waren als Schlüsselfiguren gedacht und den Mitarbeitern in den Koordinierungsbüros in Bezug auf ihre Aufgaben und ihr Qualifizierungsniveau in Teilen gleichgestellt. Bereits in der systematischen Ausarbeitung der Phasen im Case Management wurde jedoch deutlich, dass dieses Konzept sowohl durch die Ausrichtung der Arbeit als auch vom organisatorischen Aufwand im Rahmen des Projekts nicht gehalten werden konnte.

Die Integration von Kontaktpersonen im Sinne einer funktionalen Differenzierung wäre für die Ausrichtung des Case Managements auf Menschen mit Behinderung eine gute Erweiterung gewesen. Durch die in Kapitel 2.4 beschriebenen Verzögerungen zu Beginn der Projektlaufzeit war es jedoch nicht möglich, dies umzusetzen.

7.1 Phasen des Case Managements

Die Konzeption des Case Managements im Integrierten Budget stützt sich auf die Aufteilung der Phasen nach Wendt (Wendt 2001, S. 96-133), wobei es durch die Phase des Linkings nach Van Riet/Wouters (Riet und Wouters 2002, S. 205) ergänzt wird.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Dies entspricht am ehesten der Intervention bei Wendt; es geht allerdings darüber hinaus.

Case Management
im Integrierten
Budget

- Outreach, access, intake - Reichweite und Veranlassung
- Assessment: Einschätzung und Bedarfsklärung
- Zielvereinbarung und Hilfeplanung
- Linking
- Monitoring: Kontrollierte Durchführung
- Evaluation

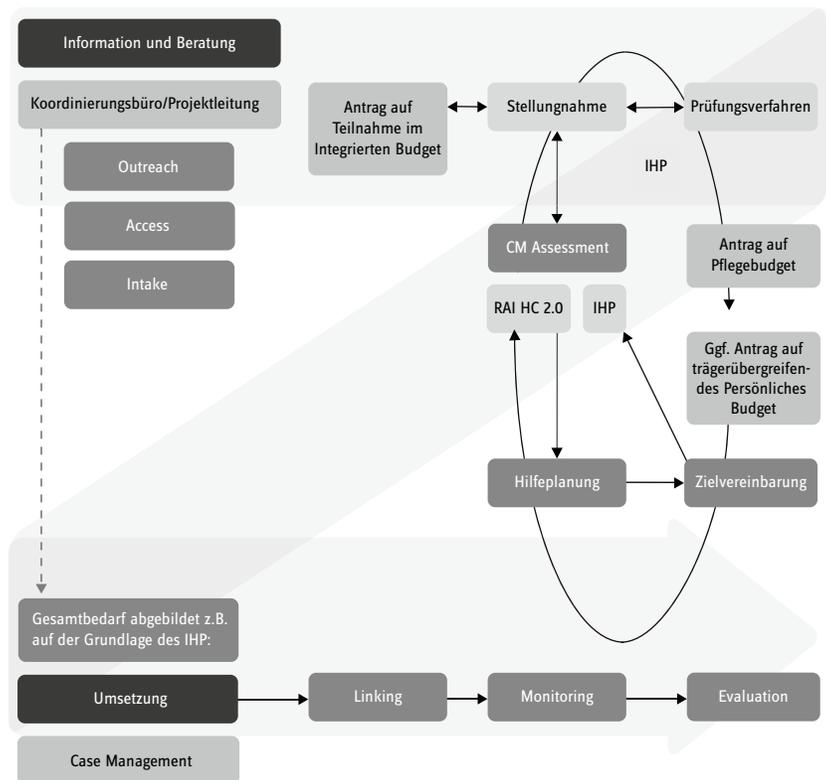


Abb. 12: Verfahrensablauf Modellprojekt Integriertes Budget mit Case Management
Quelle: AGP an der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der EFH Freiburg

7.1.1 Outreach, access, intake – Reichweite und Veranlassung

Durch die Stellung des Integrierten Budgets als Modellprojekt kam der Phase des outreach eine besondere Stellung zu. Die Zielgruppe war zunächst definiert auf alle Menschen mit Behinderung, die sowohl leistungsberechtigt nach §§14,15 SGB XI sind und Leistungen nach §36, 38 SGB XI erhalten als auch mindestens eine weitere budgetfähige Leistung eines Leistungsträgers im Sinne des §17 SGB XI beantragen bzw. erhalten. Hierbei galt, dass die Hilfe zur Pflege nach §§61 ff. SGB XII als aufstockende Leistung noch kein Integriertes Budget konstituierte. Der genannte Personenkreis musste zunächst auf das Angebot des Integrierten Budgets aufmerksam gemacht werden.

Wie ein neuer Dienstleister mussten in diesem Fall die Mitarbeiter in den Koordinierungsbüros vor Ort in der Projektregion zu relevanten Multiplikatoren, den Medien und potenziellen Budgetnehmern Kontakt aufnehmen. Dies geschah über Veranstaltungen sowie Gremien- und Pressearbeit. Der Zugang (access) wurde durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Dies waren rechtliche Eingrenzungen, der finanzielle Aufwand, Öffnungszeiten, soziokulturelle oder psychologische Barrieren oder auch regionale Besonderheiten. Grundsätzlich hat sich die Ansiedlung des Case Managements an bestehende Organisationen der Behindertenhilfe und Selbsthilfe als richtiger Weg erwiesen. Die im Bereich der Behindertenhilfe erfahrenen Mitarbeiter hatten die nötigen Kenntnisse bezüglich der Infrastruktur vor Ort, stabile Netzwerke und die Grundhaltung des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe internalisiert. Durch Letzteres waren sie befähigt, das Prinzip der Selbstbestimmung in der Praxis zu unterstützen. Diese Grundvoraussetzung kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden, da sie die Voraussetzung dafür ist, den Budgetgedanken „den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen“ (§17 Abs. 3.2 SGB IX) umzusetzen.

Diese Voraussetzungen in Verbindung mit Qualitätssicherung durch die Schulung im Case Management und die Sicherung der Methode durch die enge Anbindung an das Projektmanagement führten zu einer verhältnismäßig guten Annahme des Integrierten Budgets. Dass die Zahl der Budgetnehmer hinter den Erwartungen zurückblieb, hatte stark mit den Rahmenbedingungen eines Modellprojekts an sich zu tun. Begrenzte Laufzeit und damit verbundene Unsicherheiten haben in existentiellen Fragen wie Organisation des Hilfe-

und Unterstützungsbedarfs ein starkes Gewicht. Die Personen, die sich aus dem Zielgruppenbereich heraus für eine Teilnahme im Projekt entschieden hatten und Budgets aus den genannten Bereichen erhielten, wurden in das Case Management aufgenommen (intake). In dem speziellen Fall des Modellprojekts gehörte verbindlich die Zusammenarbeit mit dem Case Management. Dies galt insbesondere für die Bereitschaft, ein Assessment durchzuführen und einen gemeinsam entwickelten Hilfeplan zu erstellen. Da es sich um ein Forschungsprojekt handelte, wurde auch die Bereitschaft zur Mitarbeit in der Begleitforschung erwartet.

Die Durchführung des Outreach lag zu Beginn des Projekts in den Händen der Projektleitung. Im weiteren Verlauf haben Akteure vor Ort, speziell die Koordinierungsbüros diese Funktionen mit übernommen.

7.1.2 Assessment: Einschätzung und Bedarfsklärung

In der Phase des Assessments geht es um die Beschreibung und Analyse und die Beurteilung der individuellen Lebenssituation. Das Assessment hat nicht ohne Grund in vielen Darstellungen des Case-Management-Prozesses einen hohen Stellenwert. Wenn das Assessment sorgfältig durchgeführt und der Bedarf genau ermittelt werden, steigt die Wahrscheinlichkeit, auch passgenaue Hilfen zu suchen und zu finden. Von daher steht dem Assessment eine Schlüsselposition zu. Im Rahmen dieses Berichts kommt dem Assessment ebenfalls eine stärker gewichtete Stellung zu, und es wird in einem eigenen Kapitel sowohl hinsichtlich seiner Einordnung im Case-Management-Prozess als auch in Bezug auf die Anforderungen geeigneter Instrumente dargestellt (vgl. Kapitel 4.3).

7.1.3 Zielvereinbarung und Hilfeplanung

Das Assessment mündet in der Fragestellung, welcher Hilfebedarf im jeweiligen Einzelfall vorliegt. Begonnen wird die Hilfeplanung mit einer Verständigung über die Ziele, die erreicht werden sollen. Zweck der Zielvereinbarung ist es, den Weg aufzuzeigen, der zur Bedarfsdeckung gegangen werden kann. Hilfeplanung ist hierbei geprägt durch dynamische Erfassung von Veränderungen im Prozess. So ergab sich z. B. durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands Anpassungsbedarf in der Hilfeplanung.

„Zweimal haben wir das [Assessment, A. d. V.] gemacht. Und also ich mein, ich bekomme im Moment viereinhalb Stunden bezahlt. Und das ist mir also - ich wusste gar nicht, dass man da so viel Zeitaufwand braucht dafür, also ist mir persönlich viel zu wenig - das richtet sich, so wie mir die Frau A. [Case Managerin, A. d. V.] sagte, danach, wenn sie merken, dass noch Hilfe, also noch mehr Zeit, nötig ist. Dann werden die auch ein bisschen flexibel sein und sagen, gut, Herr R. braucht zwei, drei Stunden mehr in der Woche, machen wir mal acht Stunden draus oder was. Aber da muss ja erst im Laufe der Monate herausgefunden werden, wie viel Bedarf überhaupt da ist, und ich merk, auch da ist schon noch Bedarf“ (Budgetnehmer).¹⁰⁶

Die zuständige Case Managerin schilderte die Hilfeplanung in diesem Fall als „ein Schleifendrehen“, und es wurde in der genannten Situation deutlich, dass bei Budgets Anpassungen und Nachbesserungen erforderlich sein können (vgl. hierzu Kapitel 7.1.5).

Nach dem Prozess der Hilfeplanung wurde im Modellprojekt ein schriftlicher Hilfeplan verfasst, in dem dokumentiert wurde, wovon bei der Planung ausgegangen und welche Verabredungen getroffen wurden.

In Rheinland-Pfalz und damit in der Projektregion des Integrierten Budgets war seit Januar 2004 für alle Hilfen und Leistungen für Menschen mit Behinderung vom Sozialhilfeträger eine einheitliche Teilhabeplanung (THP) vorgesehen. Der „individuelle Teilhabeplan dient der Ermittlung des Bedarfs und der zur Bedarfsdeckung notwendigen Maßnahmen“ (MASFG 2005, S. 14). In den Konstellationen, in denen diese Teilhabepläne vorlagen, wurden sie für die Hilfeplanung verwendet.

Unter dem Leitprinzip der „Aushandlung“ konnte die konkrete Verwendung des Budgets sowohl unter fachlichen Gesichtspunkten der Hilfeplanung als auch unter den spezifischen biografisch erworbenen individuellen Wünschen im Kontext der informellen Hilfen ausbalanciert werden. Nach Wendt kommt der konsiliaren Beratung eine bedeutende Rolle zu, die auch den Ansatz des Peer Counseling beinhaltet. Die Beratung von Betroffenen für Betroffene (vgl. Cloerkes 2007, S. 84) wurde im Integrierten Budget in das Case Management einbezogen.

¹⁰⁶ Herr R./Kombiinterview; Position: 24-25.

Die Einbeziehung erfolgte sowohl auf der Ebene der Ansiedlung der Koordinierungsbüros, indem mit dem ZsL Mainz und der zuständigen Case Managerin (die auch eine Peer-Counseling-Ausbildung hatte) ein Koordinierungsbüro mit dieser Ausrichtung arbeitete, als auch auf der Ebene der Budgetnehmer, die sich in der Organisation ihrer Hilfen an ebenfalls Betroffene wandten.

„(...) hol ich mir die meisten Hilfen beim Herr S. Wenn Beratung, dann beim Herr S., weil er selber auch das Assistenzmodell hat“ (Budgetnehmerin).¹⁰⁷

Insgesamt wird deutlich, dass den Budgetnehmern die Aussagen von Personen, die selbst von Behinderung betroffen sind, verlässlicher erscheinen als diejenigen der Sachbearbeiter bei den Leistungsträgern. Durch Spezialwissen der Selbsthilfe, wie z. B. bezüglich der Rahmenbedingungen der Conterganrente, Therapiemöglichkeiten, Hilfsmittelentwicklungen etc. wird stark auf diese Informations- und Beratungsmöglichkeit gesetzt.

Im Aushandlungsprozess des Hilfearrangements stellte die Ausgestaltung der fachlichen Pflege innerhalb dieses Entscheidungs- und Ressourcenraums eine Teildimension dar, die zwar als Rückbindungsaspekt „gelingender Pflege“ im Kontext ambulanter Strukturen und sozialer Bindung den Bezugsbogen spannte, aber keinesfalls zur einzig dominanten Größe werden sollte.

Die gesetzte Mindestkontakthäufigkeit, die primär durch die wissenschaftliche Begleitforschung bedingt war, wurde von der Mehrheit der Budgetnehmer als überflüssig angesehen. Budgetnehmer ohne progressive Krankheitsverläufe empfanden die Durchführung der Re-Assessments in den vorgeschriebenen Abständen von ca. sechs bis zwölf Monaten unnötig, und die Ergebnisse der RAI.HC 2.0-Erhebungen bestätigten dies.

7.1.4 Linking

Das Phasenmodell nach Wendt wurde in der Anwendung des Case Managements im Integrierten Budget um die Phase des Linkings nach van Riet und Wouters erweitert. Die nie-

¹⁰⁷ Frau L./Erstinterview; Position: 117.

derländischen Autoren weisen besonders im Hinblick auf ihre Erfahrungen mit Persönlichen Budgets auf den Stellenwert der beim Linking erforderlichen Kompetenzen des Case Managements hin (vgl. Riet und Wouters 2002, S. 226).

In der Phase des Linkings geht es um den Aufbau eines „Ausführungsteams“, die Kooperation der einzelnen Mitwirkenden und die Gestaltung der Verhandlungen. Kernelement dieser Phase ist das gemeinsame professionsübergreifende Interesse, das Anliegen des Klienten in geeigneter Form umzusetzen. Wichtig hierbei ist die „Stoßrichtung“. Es geht für den Case Manager nicht darum, was er anzubieten hat, sondern im Fokus steht: „Was will er/sie und wer kann Entsprechendes anbieten“ (vgl. Riet und Wouters 2002, S. 211). Ein anderer wesentlicher Punkt ist die Mitwirkung der Klienten, in diesem Falle der Budgetnehmer. Die Bezeichnung Ausführungsteam wird von den Autoren bewusst gewählt, um die aktive Rolle der Klienten zu betonen.

Zu diesem Zeitpunkt ist eine Autorisierung des Case Managements wichtig. Im Integrierten Budget kam es in einem Fall u. a. durch projektbedingte Anfangsschwierigkeiten organisatorischer Art nicht zu dieser nötigen Autorisierung – was dazu führte, dass das Case Management in seiner Wirksamkeit begrenzt blieb und als außen vorstehendes, überflüssiges Element wahrgenommen wurde. Ein Case-Management-Ablauf ist in diesem einen Fall nicht nachzuzeichnen. Durch Intervention des Projektmanagements wurde zwar die Einhaltung der Projektrahmenbedingungen erreicht, die Funktionen des Case Managements konnten mit den innenliegenden Möglichkeiten allerdings nicht zum Tragen kommen. Ansprechpartnerin der Budgetnehmerin war eine zu Projektbeginn im Einsatz befindliche Fachkraft, die die Budgetnehmerin im Rahmen ihrer Tätigkeiten, nicht zuletzt hinsichtlich des Budgeteinsatzes, adäquat stützte. Es kann angenommen werden, dass vermutlich im Fall einer zu Beginn des Prozesses eindeutig vorgenommenen Rollenzuordnung – mit starker Verlagerung der Aufgaben auf die Bezugsperson – ein anderer Fallverlauf möglich gewesen wäre.

Im Integrierten Budget ging es in der Phase des Linkings um die Wahl „der Partner“, mit denen der Budgetnehmer zusammenarbeiten wollte. Konkret bedeutete dies für das Case Management, dass zunächst ein Wissen über die vorhandenen professionellen Angebote und das Netzwerk des Einzelnen vorhanden sein musste, um dann gegebenenfalls tätig zu werden. Aufgabe des Case Managements war es in dieser Phase, die Partner zu suchen,

Verhandlungen mit den potenziellen Anbietern zu führen und Kreativität bei der Gestaltung der Hilfearrangements zu beweisen. Wie bereits erwähnt, soll die Stoßrichtung die sein, zu schauen, was benötigt wird, und von der Haltung „Es wird benötigt, was angeboten wird“ wegzukommen. Die einzelnen Partner im Prozess sollten statt „ihrem“ Klienten den „gemeinsamen“ Klienten im Blick haben und dementsprechend das Anliegen des Budgetnehmers umsetzen. Eine wesentliche Kompetenz in dieser Phase ist die Fähigkeit der Case Manager, verhandeln zu können. Für erfolgreiche Verhandlungen ist es wichtig, dass eine gewisse Abhängigkeit zwischen den einzelnen Partnern des Aushandlungsprozesses besteht. Diese Abhängigkeit muss wechselseitig vorhanden sein, um eine Verhandlungsebene zu haben.

Es hat sich gezeigt, dass einige Budgetnehmer durch bereits durchlaufene Institutionalierungsprozesse Erfahrungen mit Abhängigkeiten mitbringen, die ihnen das Gefühl von Machtlosigkeit gegeben haben. In diesem Zusammenhang geht es deshalb auch darum, die Verhandlungsposition des Budgetnehmers zu stärken und seine Anteile im Verhandlungsprozess zu betonen.

Die Mehrzahl der Budgetnehmer wurde in dieser Phase selbst aktiv und organisierte die gewünschte Assistenz eigenständig. Bei Budgetnehmern, die komplexere Bedarfe hatten oder z. B. die Social-Support-Funktion effizient nutzen konnten, stellte sich die Bereitstellung des Case Managements als eine geeignete Form der Beratung und Unterstützung heraus.

7.1.5 Monitoring: Kontrollierte Durchführung

In der Phase des Monitorings geht es um die begleitende Umsetzung des Hilfeplans. Die vereinbarte Versorgung soll sichergestellt werden, und der Schwerpunkt des Case Management liegt darin, darauf zu schauen, ob die Hilfe (noch) dem Bedarf entspricht und ob die geschaffene Struktur greift. Gegebenenfalls wird an diesem Punkt eine Rückkopplung zur Hilfeplanung erfolgen.

Das Case Management tritt in dieser Phase anwaltschaftlich für die Interessen des Klienten ein. Da auch Leistungsträger das Monitoring übernehmen können, fällt in diesen Konstellationen dem Case Manager die Rolle zu, „nach dem Rechten zu sehen“ (Wendt 2001, S. 124) und die Interessen des Klienten zu vertreten. Im Kontext des Pflegebudgets im Integrierten

Budget war die Durchführung des Monitorings klar dem Case Management zugeordnet und mit den vereinbarten regelmäßigen Re-Assessments und den weiteren Rahmenbedingungen des Modellprojekts gegenüber dem Leistungserbringer Pflegekasse klar geregelt.

7.1.6 Evaluation

Bei der Einzelevaluation ging es darum zu überprüfen, ob die im Hilfeplan festgelegten Ziele erreicht worden sind und wie die Arbeitsmethoden und die Zusammenarbeit der Dienstleister überprüft werden konnte. Im Vordergrund standen hierbei outcome-orientierte Überprüfungen der Ergebnisse. Was ist infolge der Leistungen eingetreten? Wie sieht der Klient selbst im Sinne einer besttauglichen Qualität den Prozess und das Ergebnis? Wichtige Bereiche, um dies zu identifizieren, sind:

- Möglichkeiten der Teilhabe,
- die Relevanz der Hilfe,
- die Stärkung des Selbstständigkeit,
- die Lebensqualität und
- die Partizipation an der Planung und Organisation der eigenen Hilfen.

Die Evaluation hinsichtlich des Gesamtprojekts wurde sowohl vonseiten des Projektmanagements als auch in Teilen von den Mitarbeitern in den Koordinierungsbüros durchgeführt und in der Konstruktion des Einzelfalls Integriertes Budget gebündelt. Die Auswertung der Daten wird mit dem vorliegenden Bericht vorgelegt.

7.2 Funktionen des Case Managements

Case Management vereint unterschiedliche Funktionen, die in wechselnder Intensität miteinander in Beziehung und in Balance gebracht werden müssen. Sie müssen allerdings alle vorgehalten und wahrgenommen werden, kamen aber je nach Ausgangsposition, Bedarf und Zeitpunkt im Integrierten Budget unterschiedlich zum Tragen. Die Funktion, unterschiedliche Dienste zu vermitteln, wird – auch im Sinne einer Maklerrolle – als Broker-Funktion bezeichnet. Die Entfaltung von Unterstützungsmöglichkeiten, wie z. B. die Entwicklung neuer Angebote im hauswirtschaftlichen Bereich oder die Initiierung einer veränderten Leistungsvereinbarung zwischen Budgetnehmer und Pflegedienst, führten die Case Manager aus.

I.: „Und haben Sie das dann mit der Pflegedienstleitung ausgemacht oder mit Herr P. [Mitarbeiter im Koordinierungsbüro, A. d. V.]?“

P.: „Also ich hab zuerst versucht, mit der Pflegedienstleitung zu klären, und dann ist das Ganze, was ich wollte, auch noch mal über den Herrn P. - und darüber hat es dann letztlich geklappt“ (Budgetnehmer).¹⁰⁸

Die Vermittlung von Diensten oder - bei eigenständiger Organisation von Dienstleistern - die Weitergabe von Informationen gehörte neben der Aushandlung des Unterstützungsarrangements, der Preise und der Leistungen zu dieser Funktion. Im konkreten Fall konnte dies die bereits in Kapitel 6.2.1 dargestellte Situation sein, in der eine gesonderte Leistungsvereinbarung verhandelt wird. Es waren aber auch Aushandlungen wie in Kapitel 6.2.2 beschrieben, in denen mit Anbietern neue Möglichkeiten hinsichtlich Rufbereitschaften oder Fahrdiensten ausgehandelt wurden.

„Da hat die Frau A. mit dem Herrn B. ein Konzept ausgearbeitet, ein bisschen mehr auf uns zugeschnitten, auf unsere Bedürfnisse. Hat gut gehandelt. War super!“ (Budgetnehmer).¹⁰⁹

Die Advocacy-Funktion, die sozialanwaltschaftliche Vertretung der Budgetnehmer, kam im Modellprojekt immer wieder zum Tragen. Da bei der Auswahl der Koordinierungsbüros die Internalisierung des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe ein wesentliches Kriterium war, konnte die Advocacy-Funktion wahrgenommen werden, ohne dass dabei überholte Fürsorgehaltungen reproduziert wurden. Das in Aushandlungsprozessen formulierte Ziel des Menschen mit Behinderung stand im Mittelpunkt, in diesem Sinne wurden im Projekt Integriertes Budget in erster Linie Sicherheit und Rückendeckung (insbesondere mit Diensten und Kostenträgern) vermittelt.

„Dass man nicht immer allein ist mit dem Ganzen, ja“ (Budgetnehmerin).¹¹⁰

108 Herr S./Zweitinterview; Position: 81-83.

109 Herr R./Kombiinterview; Position: 15.

110 Frau J./Zweitinterview; Position: 52.

Diese Formulierung kann typisierend für die Bereitschaft und die Möglichkeiten der Budgetnehmer stehen, in erster Linie eigene Ressourcen einzusetzen und zu nutzen, darüber hinaus aber gerne auch anwaltschaftliche Unterstützung anzunehmen, um im zergliederten Unterstützungssystem lebensweltlich orientierte, individuelle Hilfen zu erhalten.

„Wir haben uns jetzt zwei-, dreimal getroffen oder so, dann halt abgeklärt, was wollen wir, was können wir, was ist eigentlich sinnvoll, was ist nicht sinnvoll. Also ist sie halt schon eine sehr große Entscheidungshilfe, das ist halt schon schön, ist für mich auch beruhigend zu wissen halt, wenn man mal irgendwo nicht weiterweiß, da ist jemand. Da kannst du halt gerade sprechen ‚Machen wir mal das, oder machen wir das besser nicht oder was hängt da dran‘“ (Budgetnehmerin).¹¹¹

Die Advocacy-Funktion ist ebenfalls der den Budgets innewohnenden Ausrichtung am Individuum und seinen Interessen zuzuordnen. Die Herausarbeitung individueller Bedarfe und die Stärkung der eigenen Ressourcen im Sinne des Begriffs Empowerment (vgl. Clorckes 2007, S. 84) kommen hierbei zum Tragen.

Die Funktion der „Erschließung des Erforderlichen und Zulässigen“, d. h. die Aufgabe, zugängliche Leistungsbereiche und zulässige Lösungen von unzulässigen und nicht zugänglichen zu unterscheiden, wird als Gatekeeping-Funktion bezeichnet und spielt insbesondere in der noch mit wenigen Erfahrungswerten ausgestatteten Landschaft der Budgets eine große Rolle. Durch die neuen Gestaltungsmöglichkeiten, die in einer Individuellen Hilfeplanung im Gegensatz zur standardisierten Rundumversorgung liegen, gibt es Unsicherheiten und einen bisher nicht bekannten Aushandlungsspielraum.

Im Modellprojekt Integriertes Budget wurden die Rahmenbedingungen im Projektverlauf fortwährend den gewonnenen Erkenntnissen angepasst. Dieser – in der Natur eines Modellprojekts liegende – Prozesscharakter war einer der Gründe für die zögerliche Teilnahme potenzieller Budgetnehmer. Im Hinblick auf die Budgets der Krankenkassen und die Budgetgewährung wurde im Rahmen der Gatekeeping-Funktion deutlich, wie zeitintensiv und wie schwierig sich teilweise die Klärung der Finanzierungsvoraussetzungen gestaltete.

¹¹¹ Frau V./ Erstinterview; Position: 363.

Zudem waren im Modellprojekt die Versorgungsoptimierung und die Abwägung des Ressourceneinsatzes Aufgaben, die dieser Funktion zuzuordnen sind. So beschäftigte in diesem Zusammenhang sowohl die Budgetnehmer als auch die Mitarbeiter der Koordinierungsbüros die Frage, bei welchen Arrangements es sich um zulässige oder unzulässige Lösungen handelt.

„Frau A. hat mir nur am Anfang ein bisschen in dem Sinne unter die Arme gegriffen, indem sie gesagt hat, was ich damit machen darf, mit dem Geld. [...] Ja richtig, die Frage, die ich hatte diesbezüglich, wie weit darf ich gehen, wohin darf ich gehen mit dem Geld, also was kann ich damit machen, das hat sie mir gesagt, aber mehr eigentlich nicht. Seitdem klappt das wunderbar“ (Budgetnehmer).¹¹²

Durch die unmittelbare Rückkoppelung der Koordinierungsbüros an das Projektmanagement und die stattgefundenen Schulungen konnte eine Klärung bei Fragen der Budgetverwendung zügig erfolgen. Die zu Beginn des Modellprojekts noch fehlende Erfahrung im Budgetbezug und damit verbundene Unsicherheiten auch vonseiten der Mitarbeiter wurden durch Klärungsmöglichkeiten des zentralen Projektmanagements aufgefangen.

Dass im Rahmen des Gatekeepings eine Kontrolle der Budgetverwendung zu den Aufgaben des Case Managements gehörte, wurde von den Mitarbeitern in den Koordinierungsbüros und den Budgetnehmern gleichermaßen anerkannt.

„Also ich finde das schon in Ordnung, dass sie das kontrollieren oder mal - oder sagen wir mal wissen wollen, wo die Gelder hingehen, an wen, wofür man das ausgibt, das finde ich schon in Ordnung“ (Budgetnehmer).¹¹³

„(...) Aber da kann ich gut mit leben. Ich benutze das Geld ja dafür, um die Löhne und halt die Abgaben zu bezahlen, von daher können die das ruhig wollen“ (Budgetnehmerin).¹¹⁴

Diese Kontrollfunktion wurde nach den Erfahrungen im Modellprojekt kommunikativ sichergestellt. Ein Missbrauch der Budgetmittel konnte in keiner Verwendung festgestellt

112 Herr R./ Kombiinterview; Position: 23.

113 Herr V./ Zweitinterview; Position: 130.

114 Frau L./ Dritinterview; Position: 63.

werden. Auftretende Schwierigkeiten bei der Bezahlung von Mitarbeitern – und damit indirekt auch Unklarheiten bei der Budgetverwendung – konnten im Prozess bearbeitet werden. In einer Budgetkonstellation konnte durch das Case Management ein zu Beginn des Projekts bereits bestehendes, rechtlich angreifbares Hilfearrangement in eine legale Konstellation umgewandelt werden.

Die Zielvereinbarung als wesentliches Instrument der Budgetverwendung rückte im Laufe des Projekts zunehmend ins Blickfeld und hat durch die Regelungen nach § 4 Abs. BudgetV auch hinsichtlich einer Nachweisregelung Bedeutung.

Auch Tätigkeiten, bei denen neue Angebote konzipiert und entwickelt oder bestehende Angebote vernetzt werden, können der Gatekeeping-Funktion zugeordnet werden.

Die Funktion der sozialen Unterstützung (Social-Support-Funktion) kam im Integrierten Budget in denjenigen Konstellationen zum Tragen, in denen die Budgetsituation – oftmals auf der Budgetnehmer-Angestellten-Ebene – nach Klärung verlangte. In Konfliktsituationen übernahmen die Case Manager in den Koordinierungsbüros beispielsweise die Rolle der Ansprechpartner. Sie konnten alternative Deutungen aufzeigen und in mancherlei Hinsicht Handlungsmuster verdeutlichen.

Die Bereitschaft vonseiten des Case Managements, bei Bedarf unterstützend da zu sein, wurde als außerordentlich hilfreich eingeschätzt. Punktuell, eben fallbezogen im Sinne des Case Managements, tätig zu werden und mit diesem Angebot die bereits genannte Abstimmung auf das Selbstmanagement des Einzelnen auch tatsächlich umzusetzen. Eine Budgetnehmerin bezeichnete es im Rahmen einer Diskussionsrunde¹¹⁵ als eine Form des Coachings, in der abgestimmt auf die eigenen Ressourcen im Bedarfsfall Hilfe geholt werden kann.

Insgesamt ist festzuhalten, dass ein gelingendes Case Management nicht eindimensional über die Wahrnehmung einer einzigen Funktion zu realisieren ist; dies wurde immer wieder betont. Eine notwendige Fähigkeit des Case Managements ist die reflektierte und dem Adressaten gegenüber transparente Übernahme aller Funktionen.

¹¹⁵ Regionale Abschlussveranstaltung am 23.06.2008 in Mainz.

8. Diskussion und Ausblick

Nicht ohne Grund liegt die Gewährungsform „Budget“ nicht nur in Deutschland, sondern in vielen europäischen Ländern im Trend sozialpolitischer Neuorientierung. Budgets versprechen im Sinne einer modernen Sozialpolitik Flexibilität und Individualität. Sie bilden einen Kontrapunkt zu korporatistisch ausgestalteten Strukturen in Wohlfahrtsstaaten. Budgets mit den mit ihnen verbundenen Versprechen auf mehr Autonomie, Individualität und Flexibilität passen in besonderer Weise zu den Paradigmen moderner Behindertenpolitik. Menschen mit Behinderungen wollen und sollen nicht Objekte der Fürsorge sein, sondern Subjekte der Gestaltung ihres Lebens unter Bedingungen ihrer Behinderung, die sich in einem modernen Behinderungsverständnis vor allen Dingen in der Gestaltung ihrer Beziehung zur Umwelt auswirkt. Budgets können hier paradigmatisch und kulturell einen wichtigen Beitrag zum Empowerment und zur Normalisierung der Lebensführung und Gestaltung von Menschen mit Behinderung leisten. Dies haben die bisherigen Modellprojekte zu Budgets in der Behindertenhilfe ebenso gezeigt wie die Begleitforschung zum trägerübergreifenden Budget gem. §17 Abs.2 SGB IX. Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt Integriertes Budget veranschaulichen und illustrieren im Sinne der Selbstbestimmung und Autonomiesicherung sowie flexibleren Gestaltung von Hilfeeinrichtungen nützliche Wirkungen von Budgets. Dabei zeigt die Einbeziehung von Pflegeleistungen in ein Integriertes Budget, dass gerade diese Leistungen ideal für Budgets für Menschen mit Behinderung sind. Sie ermöglichen Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf in den für sie besonders prekären, körperbezogenen Hilfeabhängigkeiten eine weithin selbstbestimmte und auf Vertrauensbeziehung basierende Hilfe. Die Einbeziehung von Pflegeleistungen in Budgets gemäß §17 SGB IX eröffnen den Menschen mit Behinderung neue Handlungs- und Gestaltungsoptionen, die in einem breiten Spektrum bei den 15 Personen im Integrierten Budget illustriert werden. Schon in der Evaluation des trägerübergreifenden Budgets zeigte sich, dass die Gutscheinelösung gem. §35a SGB XI nicht geeignet ist, die mit Budgets verfolgten Ziele zu erreichen. Die Befürchtungen, die Pflegequalität könnte durch selbst beschaffte Pflegekräfte leiden, konnte durch die Erfahrungen im Modellprojekt Integriertes Budget nicht bestätigt werden. Die Grundannahme, Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf würden ihrer Gesundheit abträgliche Pflegeeinrichtungen begründen, entspringt einem eher fürsorgerisch-paternalistischen Bild in der Behindertenhilfe und Pflege und reflektiert nicht die grundlegende Bedeutung funktionaler Gesundheit für Menschen mit Behinderung und ihre jeweils individuelle Expertenschaft in diesen Fragen. Die Flankierung des Bezugs von Pflegeleistungen im Rahmen des Integrierten Budgets durch ein Reflexives Case Management hat zur Qualifizierung der Hil-

fearrangements in manchen Fällen beitragen können, wurde teilweise als Coaching akzeptiert und entdeckt und war in jedem Fall in der Lage, Risikofaktoren gesundheitlicher Art wahrzunehmen und zum Gegenstand gemeinsamer Überlegungen und Aushandlungen mit dem Budgetnehmer zu machen. Dass ein Case Management, das auch pflegerische Versorgungsfragen zum Gegenstand hat, in der Behindertenhilfe anders ausgerichtet sein muss und über andere Kompetenzen zu verfügen hat als ein Case Management, das auf die Pflege hochbetagter Menschen im Blick hat, haben die Erfahrungen im Integrierten Budget veranschaulicht.

Schon das trägerübergreifende Budget war mit erheblichen Implementationsproblemen konfrontiert. Das galt auch für das Pflegebudget. Systematische Implementationshindernisse zeigten sich auch beim Integrierten Budget. Budgets sind in der Lage, bestehende Strukturen und Systeme zu irritieren. Sie verlangen von den Leistungsträgern neue administrative Verfahren und Vorgehensweisen, die initial aufwendig sind und mit etablierten Routinen brechen. Im Modellprojekt Integriertes Budget äußerte sich dies schon in der ersten Phase der Standortauswahl, die sich wegen des mit dem Integrierten Budget erwarteten Mehraufwands für die beteiligten Standorte ausgesprochen mühsam gestaltete. Die Implementation des Integrierten Budgets zeigte sich auch später im „Vollzug“ und in den individuellen Fallbearbeitungen als ausgesprochen aufwendig, wenn andere Leistungsträger als die der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe in die Gestaltung Integrierter Budgets einbezogen werden sollten. Hatte sich in Rheinland-Pfalz durch die langjährigen Erfahrungen mit Budgets der Eingliederungshilfe eine entsprechende Routine in der Gewährung von Budgets eingestellt, war dies etwa bei den Krankenkassen überhaupt nicht der Fall. Faktisch führte das dazu, dass Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, die nicht sozialhilfeberechtigt waren, so gut wie keine Chance haben, an budgetbasierter Leistung und Gestaltung teilzuhaben. Für die Leistungsträger ist die Gewährung von Leistungen in der Form des Budgets ein Lern- und Organisationsentwicklungsprozess. Diese Erfahrung aus der wissenschaftlichen Begleitforschung zum trägerübergreifenden Budget bestätigte sich im Modellprojekt Integriertes Budget. Auch für die Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf war die Einbeziehung von Budgets als Optionen der Ausgestaltung ihres Hilfeengagements ungewohnt und nicht Teil der Kultur. Es bedurfte einer gewissen Experimentierbereitschaft, Vertrauen in die neue Leistungsform Budget zu investieren, mit der gerade im Zusammenhang mit Pflegeleistungen bislang keine Erfahrungen vorlagen. Aus den in verschiedenen

Budgetprojekten gesammelten Erfahrungen lässt sich zusammenfassend die Schlussfolgerung ziehen, dass, wenn man Budgets als gleichberechtigte Leistungsform etablieren will, dies nur dadurch glaubhaft gemacht werden kann, dass sich die Leistungsträger um einen entsprechenden Lern- und Organisationsentwicklungsprozess bemühen, der eine routinierte Form der Gewährung von Budgets ermöglicht. Das „Budgetland Rheinland-Pfalz“ war insofern ein idealer Standort für das Modellprojekt Integriertes Budget, da Budgetansätze hier die entsprechende politische Rückendeckung erhielten und durch die große Zahl von Budgets für Menschen mit Behinderung auf entsprechende Erfahrungen, aber auch auf Ansätze einer entsprechenden Kultur zurückgegriffen und aufgebaut werden konnte.

Im Modellprojekt Integriertes Budget stießen unterschiedliche „sektorale“ Kulturen aufeinander: hier die Pflege mit der erstarkten Bedeutung der Pflegewissenschaft und der Pflegefachkräfte und dort die Behindertenhilfe mit einer für sich selbst beanspruchten Expertenschaft und dominanten Paradigmen der Autonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe. So wie auf der Politikebene das Ressort „Pflegepolitik“ mit der Vorschrift des § 35a SGB XI einem „linking“ in die Budgetwelt der Behindertenhilfe einen Riegel vorgeschoben hat, so finden sich entsprechende sektorale Abgrenzungen auch auf der Ebene der jeweils dominant beteiligten Professionen und Dienste. Wehren sich jüngere Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf gegen professionell-paternalistische Übergriffe aus der Pflege in Fragen ihrer Lebensführung und weisen sie entsprechende Kontrollen in ihrer Lebensführung zurück, sehen sich die professionelle Pflege und der Markt der zugelassenen Pflegedienste in der Legitimität und der Logik des pflegefachlich begründeten Handelns irritiert. Dieser Befund bestätigte sich auf verschiedenen Ebenen des Modellprojekts:

- in der Diskussion um angemessene Assessments zur Bedarfserhebung,
- in Fragen einer zielgruppenangepassten Qualitätssicherung und
- in Fragen der Befolgung berufsrechtlich und professioneller Handlungsstandards (Dokumentation),

um nur einige zu nennen. In dem Modellprojekt Integriertes Budget konnten die Budgetnehmer einerseits pflegefachliche Wissensbestände, Methoden und Instrumente selbst als zumindest hilfreich identifizieren – auch wenn sie in ihrer Eigenlogik vielfach fremd blieben. Andererseits waren die Paradigmen der Behindertenhilfe auch für die Fachpflege insofern bereichernd, als die Selbstverständlichkeit der Befolgung von Professionslo-

giken mit einer latent paternalistischen Haltung reflektiert werden konnte. Im Modellprojekt Pflegebudget konnten Elemente aus dem Integrierten Budget in vielerlei Hinsicht fruchtbar gemacht werden:

Im Zusammenhang mit den Erfahrungen und Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung zum trägerübergreifenden Budget liefert das Modellprojekt Integriertes Budget gute Gründe dafür, die Sachleistung der häuslichen Pflege gem. §§ 36, 38 SGB XI in ein trägerübergreifendes Budget gem. § 17 Abs. 2 SGB IX zu integrieren und die Gutscheinelösung des § 35a SGB XI aufzugeben. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde genau dies diskutiert. Die Bundesländer hatten einstimmig eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen. Auch die Behindertenverbände und eine Reihe namhafter Experten aus Pflege und Rehabilitationswissenschaften und Pflegepolitik¹¹⁶sprachen sich für eine Einführung aus. Auch der Deutsche Behindertenrat hatte sich für die Einführung des integrierten trägerübergreifenden Budgets in diesem Sinne geäußert. Der Deutsche Bundestag ist diesen Empfehlungen nicht gefolgt, hat aber eine Entschließung mit der Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes verbunden, die dem Bundesgesundheitsministerium und den Spitzenverbänden der Pflegekassen den Auftrag gibt, unter Nutzung des § 8 Abs. 3 SGB XI Voraussetzungen für eine flächendeckende Einführung des integrierten trägerübergreifenden Budgets zu prüfen. Vor dem Hintergrund der im Modellprojekt Integriertes Budget gesammelten Erfahrungen scheint es naheliegend, dann mit einer weiteren modellhaften Erprobung die Beantwortung von drei Fragenkomplexen zu verbinden. Keine weiteren Untersuchungen auf der Personenebene bedarf es, die Wirkung der Gewährung eines Integrierten Budgets zu untersuchen. Hierzu liegen systematische Erfahrungen aus dem Modellprojekt Pflegebudget (immerhin knapp 20% der Budgetnehmer waren Menschen mit Behinderung unter 65), aus dem Integrierten Budget als qualitative Fallanalyse sowie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum trägerübergreifenden Budget (Metzler et al. 2007) vor. Als wesentlicher Fragenkomplex nach einer wirksamen Implementation integrierter trägerübergreifender Budgets stellt sich die Frage hinsichtlich regionaler Besonderheiten, bezogen auf besonders relevante Leistungsträger, die bislang über wenig Erfahrung und Routinen in der Gewährung von Budgets verfügen, und für unterschiedliche Zielgruppen von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf. Menschen mit Behinderung sind keinesfalls eine homo-

116 Vgl. Erklärung zum INTEGRIERTEN TRÄGERÜBERGREIFENDEN BUDGET vom 29.02.2008.

gene Gruppe. Entsprechend unterschiedlich stellen sich die Ausgangssituationen, spezifischen Bedarfe und Hilfearrangements sowie Ressourcen dar. Zu einem zweiten, wichtigen Fragenkomplex gehören die Aspekte Assessment, Hilfeplanung, Qualitätssicherung und Case Management. Wie lassen sich trägerübergreifende Assessments im Sinne der §§10, 14 SGB IX in Verbindung mit dem Begutachtungsverfahren gem. §18 SGB XI auf der Instrumentenebene miteinander verbinden und zur Grundlage der Hilfeplanung und Zielvereinbarung machen, und dies in einer Weise, die die Paradigmen der Behindertenhilfe aufzunehmen in der Lage sind? Dabei spielen Fragen der Ausgestaltung eines zielgruppenangemessenen Case Managements als verbindliche Begleitung von budgetbasierten Arrangements und deren Integration in die Infrastruktur der Pflegeunterstützung durch Pflegeberatung und Pflegestützpunkte nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eine entscheidende Rolle. In einem dritten Komplex stellen sich Fragen nach den finanziellen Auswirkungen und den rechtlichen, ggf. auch europarechtlichen Fragen, die häufig in problematisierender Weise mit der Einführung eines integrierten trägerübergreifenden Budgets assoziiert werden. Zu den rechtlichen Fragestellungen gehören auch administrative Fragen der Gewährung und des Vollzugs budgetbasierter Leistungsgewährung, etwa hinsichtlich der Nichtausschöpfung von Budgetbeträgen und der Leistungsabgrenzung im Bereich der Assistenzleistungen.

Mit dem Modellprojekt Integriertes Budget wurde der Lernprozess im Zusammenhang mit der Implementation von Budgets in der Behindertenhilfe keineswegs abgeschlossen. Die Ergebnisse des Modellprojekts reihen sich ein in das Mosaik inzwischen vielfältig vorliegender Erfahrungen mit Budgetleistungen. Wir hoffen, dass sie sich als nützlich und als „Hefeteig“ für eine Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen erweisen, die den Paradigmen der Selbstbestimmung, Autonomie und Teilhabe ebenso verpflichtet sind wie dem der Selbstverantwortlichkeit.

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege (2006): Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege
- Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege (Hg.) (2008): Abschlussbericht Pflegebudget. Freiburg
- Aselmeier, L. (2008): Community Care und Menschen mit geistiger Behinderung: Gemeinwesenorientierte Unterstützung in England, Schweden und Deutschland unter Berücksichtigung wohlfahrtsstaatlicher Rahmenbedingungen. Wiesbaden
- BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2005): Vorläufige Handlungsempfehlungen. „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ vom 1. November 2004. Redaktionell angepasst an das Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht vom 21. März 2005. Frankfurt am Main
- Bartz, E./Bartz, G. (2007): Selbstbestimmte Assistenz. Ratgeber für behinderte ArbeitgeberInnen und solche, die es werden wollen. Muldingen
- Beck, I. (1994): Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen für behinderte Menschen: Zielperspektiven und Bewertungsfragen. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Wien
- Behrens, J./Langer, G. (2006): Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativhermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. Bern
- Behrens, J./Zimmermann, M. (2006b): Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Jg. 39 (H. 6). 165-172
- Behrens, J./Zimmermann, M. (2006a): Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Jg. 39. 165-172
- Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (2007): Einmischen Mitmischen. Informationsbroschüre für behinderte Mädchen und Frauen. Berlin
- Cloerkes, G. (2007): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg
- Damkowski, W./Klie, Th./Kronseder, E./Luckey, K./Stappenbeck, J. (1997): Ambulante Pflegedienste: Veränderungen wahrnehmen, Ideen umsetzen. Hannover
- Drolshagen, B. (2001): Handbuch selbstbestimmt leben mit persönlicher Assistenz. München

- Drolshagen, B./Rothenberg, B. (1999): Selbstbestimmt Leben als Lebensperspektive sehgeschädigter Menschen. Eine Herausforderung auch für die Sehgeschädigtenpädagogik. XXXII Kongress der Blinden- und Sehbehindertenpädagogen „Lebensperspektiven“. 249-271
- Fahlbusch, J. (2006): Rechtsfragen des persönlichen Budgets. NDV Jg. 227 ff.
- Franz, A. (2002): Selbstbestimmt leben mit Persönlicher Assistenz. Eine alternative Lebensform behinderter Frauen. Dortmund
- Frommelt, M./Klie, Th./Löcherbach, P./Mennemann, H./Monzer, M./Wendt, W. R. (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und Case Management. Freiburg
- Garms-Homolová, V./Gilgen, R. (2000): RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument. Göttingen; Toronto; Seattle
- Göbel, S./Miles-Paul, S. (2003): Wohnen, wo ich will! Stärkung gemeindenaher Wohn- und Unterstützungsformen für behinderte Menschen in Rheinland-Pfalz
- Greiffenhagen, S. (1991): Tiere als Therapie: neue Wege in Erziehung und Heilung. München
- Griep, H./Renn, H. (2002): Pflegesozialrecht. Ein Handbuch für Betroffene, Pflegeeinrichtungen und die juristische Praxis. Baden-Baden
- Halek, M. (2003): Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit. Hannover
- Hart, E./Bond, M. (2001): Aktionsforschung. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, Göttingen
- Hauck, K./Noftz, W./Luthe, E.-W./Falterbaum, J./Klie, Th./Lücking, Erika/Neumann, V./Schlette, Volker/Voelzke, Thomas (2007): Sozialgesetzbuch SGB XII: Sozialhilfe. Kommentar. Berlin
- Häußler, M./Wacker, E./Wetzler, R. (1996): Lebenssituationen von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten – Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“. Baden-Baden
- Hermes, G. (2006): Was sind Disability Studies? bifos e. V. (Hg.). Kassel
- Hollstein, B./Straus, F. (2006): Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden
- Höhmman, U. (2007): Das Assessment im Spannungsfeld zwischen Face-to-Face-Interaktion und Programmzielen. Diskussionsanregungen am Beispiel des unterstützungs-

- begründenden Assessments zur Bewältigung der Versorgungsschnittstellen bei Pflegebedürftigkeit. *Case Management* Jg. 4 (H. 01). 5-14
- Igl, G./Dünnes, S. (2002): Das Recht auf Pflegekräfte des eigenen Geschlechts unter besonderer Berücksichtigung der Situation pflegebedürftiger Frauen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.)
- Jürgens, A. (1996): Die soziale Großtat und ihre Verlierer. Auswirkungen der Pflegeversicherung auf das Leben behinderter Menschen. *Dr. med. Mabuse* Jg. 21 (H. September/Oktober 1996; Nr. 103). 34-37
- Klie, Th. (2006b): Kundensouveränität stärken: Was bewirkt das personenbezogene Pflegebudget? In: Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V. (Hg.): *Altenhilfe auf dem Sprung. Dokumentation zur 15. Bundestagung 2006*. Freiburg: 80-94
- Klie, Th. (2006a): Kommentierung der §§ 61-66. In: Hauck, K./Noftz, W. (Hg.): *Sozialgesetzbuch SGB XII. Sozialhilfe Kommentar*. Berlin
- Klie, Th. (2008a): Leistungsberechtigter Personenkreis. Vor §§14-19. In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hg.): *Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar LPK - SGB XI. Baden-Baden*
- Klie, Th. (2008b): Leistungsberechtigter Personenkreis. §14 Begriff der Pflegebedürftigkeit. In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hg.): *Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar LPK -SGB XI. Baden-Baden*
- Kniel, K. (2005): Örtliche Behindertenhilfeplanung im Kreis Ahrweiler. In: Schädler, J./Weinbach, H./Aselmeier, L. (Hg.): *Personenzentrierte Planung - Personenzentrierte Finanzierung. Neue Wege zu hilfreichen Arrangements für Menschen mit geistiger Behinderung. Dokumentation der 3. Europäischen Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der Behindertenhilfe an der Universität Siegen am 15./16. März 2005*. Siegen
- Krueger, F./Degen, J. (2006): *Das Alter behinderter Menschen*. Freiburg im Breisgau
- Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. Weinheim, Basel
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel
- Merkens, H. (2005): Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick, U./Kardoff, E./Steinke, I. (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: 286-299
- Metzler, H./Meyer, T./Rauscher, Ch./Schäfers, M./Wansing, G. (2007): *Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Abschlussbericht*

- Ministerium für Arbeit, Soziales Gesundheit Familie und Frauen (Hg.) (2005): Handbuch zur Individuellen Teilhabeplanung in Rheinland-Pfalz
- Mühlenbruch, S. (2007): Kommentierung § 35a. In: Hauck, K./Noftz, W. (Hg.): Sozialgesetzbuch SGB XI. Soziale Pflegeversicherung Kommentar. Berlin: 1-5
- Müller, B. (2004): Wie wollen wir zukünftig leben? Zusammenfassung dreier Berichte über die Befragung von erwachsenen Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung in der kreisfreien Stadt Koblenz, dem Landkreis Mayen-Koblenz und dem Landkreis Neuwied. Koblenz
- Neuffer, M. (2002): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim
- Niehoff, U. (2005): Care Ethics oder Ethik der Achtsamkeit. Fachdienst der Lebenshilfe (H. 01). 1-10
- Riet, N. v./Wouters, H. (2002): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Luzern
- Schuntermann, M. F. (2005): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg/Lech
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2007): Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
- Smet, S. D. de (1993): Die Bedeutung des Haustieres für den älteren Menschen. Ergotherapie und Rehabilitation (H. 32, 1). 10-15
- Wacker, E./Wetzler, R./Metzler, H. et al. (1998): Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Bonn
- Waldschmidt, A. (2003): Behinderung zwischen Normierung und Normalisierung. In: AG „Medizin(ethik) und Behinderung“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hg.): Behinderung und medizinischer Fortschritt. Dokumentation der gleichnamigen Tagung vom 14.-16. April 2003 in Bad Boll. Göttingen
- Welti, F. (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat
- Welti, F./Rummel, K. (2007): Rechtsfragen des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX. Gutachten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der modellhaften Erprobung Persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 6 SGB IX
- Wendt, W. R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau

-
- Wendt, W.R./Löcherbach, P. (2006): Case-Management in der Entwicklung: Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg, München, Berlin
- Winkler, G. (1995): Behindertenreport 1994. Daten und Fakten zur sozialen Lage von behinderten Bürgern in den neuen Bundesländern, SFZ/GSFP Berlin. Berlin

