

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Pilotversuch Assistenzbudget

Assistenzmodelle im internationalen Vergleich

*Leistungen und Massnahmen zur Unterstützung selbstbestimmten
und eigenverantwortlichen Lebens in ausgewählten Ländern*

Forschungsbericht Nr. 11/07



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédérale des assurances sociales OFAS

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

Autoren: Edgar Baumgartner, Elisabeth Wacker, Francesco Castelli, Regina Klemenz, Daniel Oberholzer, Markus Schäfers, Gudrun Wansing
Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit
Riggenbachstrasse 16
4600 Olten
Tel. +41 (0) 848 821 011 Fax +41 (0) 62 286 00 90
E-mail: info.sozialarbeit@fhnw.ch
Internet: www.fhnw.ch/sozialarbeit

Auskünfte: *Zur Durchführung des Pilotversuchs:*
Peter Eberhard-Ingold
Geschäftsfeld Invalidenversicherung
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. +41 (0) 31 322 84 20
E-mail: peter.eberhard@bsv.admin.ch

Zur Evaluation des Pilotversuchs:
Bruno Nydegger Lory
Bereich Forschung & Evaluation
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. +41 (0) 31 322 90 38
E-mail: bruno.nydegger@bsv.admin.ch

ISBN: 3-909340-45-8

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
<http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen>

Bestellnummer: [318.010.11/07 d](#)

Baumgartner Edgar

Castelli Francesco

Klemenz Regina

Oberholzer Daniel

Wacker Elisabeth

Schäfers Markus

Wansing Gudrun

Assistenzmodelle im internationalen Vergleich

Leistungen und Massnahmen zur Unterstützung selbstbestimmten
und eigenverantwortlichen Lebens in ausgewählten Ländern

Evaluation „Pilotversuch Assistenzbudget“

Teilstudie 6b

**Untersuchung im Auftrag
des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV)**

November 2007

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Mit der 4. IV-Revision wurde der Bundesrat beauftragt, „einen oder mehrere Pilotversuche zu veranlassen, in denen Erfahrungen mit Massnahmen gesammelt werden, die eine eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensführung von Personen mit einem Bedarf an Pflege und Betreuung stärken“. Der Bundesrat beschloss in der Folge die Durchführung des Pilotversuchs Assistenzbudget. Dieses dreijährige Projekt wird seit dem 1. Januar 2006 durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert. Die daraus resultierenden Grundlagen sollen darüber Aufschluss geben, wie sich solche Leistungen auswirken würden.

Das Evaluationskonzept zum Pilotversuch Assistenzbudget sieht mehrere Teilstudien vor. In der vorliegenden Teilstudie werden verschiedene ausländische Assistenzmodelle und die damit gemachten Erfahrungen systematisch dargestellt und mit dem Pilotversuch Assistenzbudget verglichen.

Mit diesem Bericht liegt erstmals eine umfassende systematisch-vergleichende Darstellung verschiedener im Ausland bestehender Assistenzmodelle vor. Darin wird ersichtlich, dass die Assistenzmodelle den ständigen Herausforderungen angepasst werden; es gibt bisher nicht ein Referenzmodell, welches als beste (oder gar bestmögliche) Lösung gelten kann. Gleichzeitig zeigt sich, dass verschiedene Modelle zu positiven Effekten führen können.

Die Studie führt jedoch auch zum Schluss, dass für verschiedene relevante Fragen bisher kaum systematische Untersuchungen vorliegen. Insbesondere fehlen in den untersuchten Ländern Studien, die Kosteneffekte aufgrund eingeführter Assistenzmodelle in einer Gesamtsicht analysieren und bewerten.

Der Bericht ist eine wichtige Orientierungshilfe bei der Beurteilung des Pilotversuchs Assistenzbudget und – im Falle einer allgemeinen Einführung – der Ausgestaltung zentraler Elemente eines Assistenzbudgets wie beispielsweise die Anspruchsvoraussetzungen, die Höhe der Leistungen oder die konkret erforderlichen Unterstützungsangebote.

Alard du Bois-Reymond
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

En approuvant la 4^e révision de l'AI, le législateur a chargé le Conseil fédéral de « lancer un ou plusieurs projets pilotes afin de recueillir des expériences en matière de mesures destinées à aider les assurés qui nécessitent des soins et de l'assistance à mener une vie autonome et responsable ». Pour donner suite à ce mandat, le Conseil fédéral a approuvé le projet pilote « Budget d'assistance ». Réalisé depuis le 1^{er} janvier 2006, ce projet triennal fait l'objet d'une évaluation scientifique qui fournira des éléments permettant d'apprécier les effets du budget d'assistance.

La méthode d'évaluation du projet pilote « Budget d'assistance » prévoit plusieurs études partielles. Celle dont il est question ici présente systématiquement divers modèles d'assistance pratiqués à l'étranger et les expériences qui en sont tirées puis les compare au projet pilote « Budget d'assistance ».

Ce rapport est le premier à présenter une ample comparaison systématique de divers modèles d'assistance appliqués à l'étranger. L'étude montre que ces modèles sont constamment adaptés à l'évolution des problématiques. Il n'y a pas pour l'instant de modèle de référence qui puisse servir de solution idéale (ou de solution la meilleure possible). L'étude montre aussi que divers modèles peuvent entraîner des effets bénéfiques.

L'étude conclut toutefois aussi qu'aucune analyse systématique, ou presque, n'a été réalisée sur plusieurs questions déterminantes. Dans les pays retenus, il n'y a en particulier pas d'études qui analysent et apprécient les effets sur les coûts des modèles d'assistance dans une perspective globale.

Le rapport fournit des repères intéressants pour évaluer le projet pilote « Budget d'assistance » et, dans l'hypothèse d'une généralisation, pour concrétiser les éléments fondamentaux d'un budget d'assistance, comme les conditions d'octroi, le montant des prestations ou les structures d'appui concrètement nécessaires.

Alard du Bois-Reymond
Chef du domaine Assurance-invalidité

Prefazione dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Nell'ambito della quarta revisione dell'Al, il Consiglio federale è stato incaricato di avviare "uno o più progetti pilota finalizzati a raccogliere esperienze in materia di provvedimenti intesi a rafforzare una condotta di vita autonoma e responsabile da parte degli assicurati bisognosi di cure e di assistenza". Conformemente a questo mandato, il Governo ha deciso di realizzare il progetto pilota "Budget di assistenza". Si tratta di un progetto della durata di tre anni, lanciato il 1° gennaio 2006 e sottoposto regolarmente a valutazioni scientifiche. I risultati di queste ultime dovrebbero consentire di comprendere gli effetti delle prestazioni fornite.

Il piano di valutazione del progetto pilota "Budget di assistenza" prevede la realizzazione di diversi studi. Il presente studio illustra i modelli di assistenza adottati in altri Paesi, ne descrive le esperienze e opera un parallelo con il progetto pilota "Budget di assistenza" condotto in Svizzera.

Questo rapporto fornisce per la prima volta un'analisi comparativa completa e sistematica dei sistemi di assistenza messi in atto in diversi Paesi. Dai risultati emerge che questi sistemi vengono costantemente adeguati per far fronte a sempre nuovi problemi e che nessun modello di riferimento può essere considerato il migliore (o il migliore possibile). Si constata inoltre che diversi modelli possono produrre effetti positivi.

Ma lo studio evidenzia anche l'assenza di ricerche sistematiche su vari aspetti importanti. Nei Paesi presi in considerazione mancano per esempio studi che analizzino ed elaborino in una prospettiva globale le ricadute finanziarie dei modelli di assistenza introdotti.

Questo rapporto costituisce un importante punto di riferimento per la valutazione del progetto pilota "Budget di assistenza" e - in caso di introduzione generalizzata - per l'impostazione di elementi centrali, come le condizioni del diritto, l'importo delle prestazioni e le offerte di assistenza necessarie.

Alard du Bois-Reymond
Capo dell'Ambito Assicurazione per l'invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

With the 4th IV revision the Federal Council was asked “to commission one or several pilot project to gather information on measures to reinforce the independence and self-determination of those in need of care and assistance”. As a result, the Federal Council decided to launch the three-year Assistance Budget Pilot Project, which has been ongoing since 1 January 2006 and is subject to ongoing scientific evaluation. The results should demonstrate the effects of such services.

The evaluation of the assistance budget pilot project provides for a study in several parts. The present study systematically describes several foreign assistance models and relevant experiences, and compares them with the Swiss assistance budget pilot project.

The report provides the first comprehensive, systematic and comparative representation of various assistance models implemented abroad. It makes it clear that these are constantly adapted to new challenges. Thus there is no reference model which may be considered as the best (or even the best possible) solution. At the same time we can see that various models generate positive effects.

However, the study also concludes that until now there has been no systematic examination of the various questions raised by the use of such models. In particular, in the countries under examination there are no studies that offer a comprehensive analysis and cost evaluation of assistance models.

The report provides benchmarks for the assessment of the Swiss assistance budget pilot project and the establishment of the major elements of an assistance budget system in the event of its general introduction: conditions of eligibility, the amount of benefits, or the concrete forms of assistance required.

Alard du Bois-Reymond
Head of Invalidity Insurance

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	i
Verzeichnis der Tabellen	v
Verzeichnis der Grafiken	vii
Abkürzungsverzeichnis	ix
Zusammenfassung	xi
Résumé	xvii
Riassunto	xxiii
Summary	xxix
1. Einleitung	1
1.1. Einführung in die Thematik	1
1.2. Aufbau der Studie	2
2. Zielsetzungen und Gegenstand der Studie	3
2.1. Zielsetzungen der Studie	3
2.2. Zum Begriff Assistenzmodell	3
2.3. Auswahl der ausländischen Modelle	4
2.4. Untersuchungsdimensionen und Fragestellungen	5
2.4.1. Einleitende Bemerkungen zu den Untersuchungsdimensionen.....	5
2.4.2. Dimensionen zur Beschreibung der Konzeption und Umsetzung.....	6
2.4.3. Dimensionen zur Beschreibung der Wirkungen.....	12
2.5. Quellen und methodisches Vorgehen	13
3. Konzeption und Umsetzung der Assistenzmodelle	15
3.1. Das Persönliche Budget in Schweden	15
3.1.1. Konzeption	15
3.1.2. Abklärung des Assistenzbedarfs.....	18
3.1.3. Leistungen	18
3.1.4. Inanspruchnahme.....	22
3.2. Das Personengebundene Budget in den Niederlanden	25
3.2.1. Konzeption	25
3.2.2. Abklärung des Assistenzbedarfs.....	27
3.2.3. Leistungen	29
3.2.4. Inanspruchnahme.....	33

3.3.	Direct Payments in Grossbritannien.....	35
3.3.1.	Konzeption	35
3.3.2.	Abklärung des Assistenzbedarfs.....	38
3.3.3.	Leistungen	39
3.3.4.	Inanspruchnahme.....	43
3.4.	Das Persönliche Budget in Deutschland	45
3.4.1.	Konzeption	45
3.4.2.	Abklärung des Assistenzbedarfs.....	49
3.4.3.	Leistungen	50
3.4.4.	Inanspruchnahme.....	54
3.5.	Das Pflegegeld in Österreich.....	57
3.5.1.	Konzeption	57
3.5.2.	Abklärung des Assistenzbedarfs.....	59
3.5.3.	Leistungen	61
3.5.4.	Inanspruchnahme.....	64
3.5.5.	Exkurs: Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz	66
3.5.6.	Exkurs: Persönliche Assistenz (PA).....	68
4.	Der Pilotversuch „Assistenzbudget“ Schweiz	71
4.1.	Beschreibung des Pilotversuchs	71
4.1.1.	Konzeption	71
4.1.2.	Abklärung des Assistenzbedarfs.....	73
4.1.3.	Leistungen	76
4.1.4.	Inanspruchnahme.....	80
4.2.	Der Pilotversuch im Ländervergleich.....	81
4.2.1.	Konzeption	81
4.2.2.	Abklärung des Assistenzbedarfs.....	85
4.2.3.	Leistungen	89
4.2.4.	Inanspruchnahme.....	94
5.	Kenntnisstand zu Wirkungen von Persönlichen Budgets	97
5.1.	Das Persönliche Budget in Schweden	97
5.1.1.	Wirkungen auf die Nutzer/innen	97
5.1.2.	Wirkungen auf Leistungserbringer.....	98
5.1.3.	Wirkungen auf die Kosten der Leistungserbringung.....	99
5.1.4.	Andere Wirkungen	99
5.1.5.	Würdigung.....	100

5.2.	Das Personengebundene Budget in den Niederlanden.....	101
5.2.1.	Wirkungen auf die Nutzer/innen	101
5.2.2.	Wirkung auf Leistungserbringer.....	102
5.2.3.	Wirkung auf die Kosten der Leistungserbringung	103
5.2.4.	Andere Wirkungen	104
5.2.5.	Würdigung.....	105
5.3.	Direct Payments in Grossbritannien	106
5.3.1.	Wirkungen auf Nutzer/innen	106
5.3.2.	Wirkungen auf Leistungserbringer.....	107
5.3.3.	Wirkungen auf die Kosten der Leistungserbringung.....	108
5.3.4.	Andere Wirkungen	108
5.3.5.	Würdigung.....	109
5.4.	Das Persönliche Budget in Deutschland	110
5.4.1.	Wirkungen auf die Nutzer/innen	112
5.4.2.	Wirkungen auf Leistungserbringer.....	114
5.4.3.	Wirkungen auf die Kosten der Leistungserbringung.....	117
5.4.4.	Andere Wirkungen	118
5.4.5.	Würdigung.....	119
5.5.	Das Pflegegeld in Österreich.....	121
5.5.1.	Wirkung auf die Nutzer/innen	122
5.5.2.	Wirkung auf Leistungserbringer.....	122
5.5.3.	Wirkung auf die Kosten der Leistungserbringung	123
5.5.4.	Andere Wirkungen	123
5.5.5.	Würdigung.....	124
5.5.6.	Exkurs: Beurteilung der weiteren Leistungssysteme.....	125
5.6.	Zusammenfassung Kenntnisstand über Wirkungen.....	126
5.6.1.	Wirkungen auf die Nutzer/innen	126
5.6.2.	Wirkungen auf Leistungserbringer.....	128
5.6.3.	Wirkungen auf die Kosten der Leistungserbringung.....	130
5.6.4.	Andere Wirkungen	131
6.	Schlussfolgerungen.....	133
	Literaturverzeichnis	139
	Anhang	149

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Dimensionen zur Konzeption von Assistenzmodellen	7
Tabelle 2: Dimensionen zur Abklärung des Assistenzbedarfs	8
Tabelle 3: Dimensionen zu Leistungen	10
Tabelle 4: Dimensionen zur Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets	11
Tabelle 5: Dimensionen zu Wirkungen der Assistenzmodelle	12
Tabelle 6: Anspruchsberechtigte Personengruppen nach Behinderungsarten	16
Tabelle 7: Wesentliche Veränderung und Entwicklungen des PGB	26
Tabelle 8: Leistungsbereiche nach dem AWBZ	29
Tabelle 9: Tarife Personengebundenen Budget für 2007	30
Tabelle 10: Übersicht über die Entwicklung der Direct Payments in Grossbritannien	36
Tabelle 11: Übersicht über die Entwicklung des Persönlichen Budgets in Deutschland	47
Tabelle 12: Übersicht über gemeinsame Unterstützungsbereiche in verschiedenen Instrumenten zur Bedarfsfeststellung der Sozialhilfe	49
Tabelle 13: Monatliche Budgetpauschalen nach Art der Behinderung und Ausmass des Unterstützungsbedarfs (Eingliederungshilfe des LWV Baden und Württemberg-Hohenzollern)	50
Tabelle 14: Teilbudgets (der ambulanten Eingliederungshilfe) nach differenzierten Leistungsmodulen in Hamburg	51
Tabelle 15: Grundlagen der Budgetbemessung nach Stundensätzen	51
Tabelle 16: Pauschalen für „Betreuung“ nach der Einstufungsverordnung	60
Tabelle 17: Pflegegeldhöhe nach Stufen	62
Tabelle 18: Anzahl Pflegegeldbeziehende des Bundes (ohne OFG und Landeslehrer/innen) und der Länder (Stichtag 31.12.2005), nach Geschlecht und Alter	65
Tabelle 19: Assistenzbereiche	74
Tabelle 20: Zeitliche Kontrolllimiten je Assistenzbereich und Bedarfsstufe (pro Tag)	75
Tabelle 21: Vergleich der Konzeption	84
Tabelle 22: Vergleich der Abklärung des Assistenzbedarfs	88
Tabelle 23: Vergleich der Leistungen	92
Tabelle 24: Vergleich der Zahl der Budgetnehmenden	95
Tabelle 25: Übersicht über wissenschaftliche Studien zur Umsetzung des Persönlichen Budgets in Deutschland	111
Tabelle 26: Übersicht über die Untersuchungsbereiche der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Umsetzung (trägerübergreifender) Persönlicher Budgets in acht Bundesländern 2004-2007	112

Verzeichnis der Grafiken

Grafik 1:	Elemente des Persönlichen Budgets in Schweden	17
Grafik 2:	Verteilung der mit einem Persönlichen Budget eingekauften Dienstleistungsformen, 2003	20
Grafik 3:	Entwicklung der Nachfrage nach Persönlichen Budgets	22
Grafik 4:	Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl Assistenzstunden pro Woche (in Stunden)	23
Grafik 5:	Verteilung der Höhe der Netto-PGB 2005	31
Grafik 6:	Entwicklung der Anzahl der Budgetnehmenden	34
Grafik 7:	Anzahl Nutzer/innen von Direct Payments 2004 / 2005, nach Gruppen	43
Grafik 8:	Anteil der Nutzer/innen von Direct Payments an entsprechender Bevölkerungsgruppe 2004 / 2005, nach Gruppen	44
Grafik 9:	Übersicht über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	48
Grafik 10:	Anzahl der Budgetnehmenden in Deutschland, nach monatlicher Budgethöhe (n= 837)	52
Grafik 11:	Anzahl der Neubewilligungen Persönlicher Budgets pro Quartal in den Modellprojekte zur Umsetzung (trägerübergreifender) Persönlicher Budgets, 2004 bis 2007	54
Grafik 12:	Verteilung der Budgetnehmenden nach Altersklassen (n= 825)	55
Grafik 13:	Verteilung der der Budgetnehmenden nach Behinderungsart	56
Grafik 14:	Anzahl Bundespflegegeldbeziehende 1995-2005	65
Grafik 15:	Verteilung der Veränderungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets (n= 190)	113
Grafik 16:	Anzahl der genannten Verbesserungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets (Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen, n = 283)	113
Grafik 17:	Verteilung der Budgetfinanzierten Unterstützungsformen (n=191)	115
Grafik 18:	Anzahl genannter Gründe von Budgetnehmenden für die Auswahl von unterstützenden Diensten / Personen (n= 191, Mehrfachantworten)	116
Grafik 19:	Verteilung der Gesamtbewertungen des Persönlichen Budgets durch Budgetnehmer/innen	120
Grafik 20:	Anzahl Nennungen von Nachteilen des Persönlichen Budgets aus Sicht der Budgetnehmenden (n= 130)	121

Abkürzungsverzeichnis

AWBZ	„Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten“ - Allgemeines Gesetz für besondere Krankheitskosten (Niederlande)
BGBI	Bundesgesetzblätter der Republik Österreich
BMSK	Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz in Österreich
BPGG	Bundespflegegeldgesetz in Österreich
BSHG	Bundessozialhilfegesetz in Deutschland
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BudgetV	Budgetverordnung in Deutschland
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz in Österreich
CIZ	centrum indicatiestelling zorg (Zentrum für Indikationen in der Versorgung) in den Niederlanden
EinstV	Einstufungsverordnung
FAssiS	Fachstelle Assistenz Schweiz
HE	Hilflosenentschädigung
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (der WHO)
IV	Eidgenössische Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung
IVV	Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV)
JAG	Jämlikhet, Assistans och Gemenskap - Gleichberechtigung, Assistenz und Teilhabe. Assistenzgenossenschaft und Interessenvereinigung in Schweden
KFZ	Kraftfahrzeug
LASS	Gesetzliche Grundlage für das Assistenzmodell in Schweden: Lag om assistansersättning
LPGG	Landespflegegeldgesetze in Österreich
LSS	Gesetzliche Grundlage für das Assistenzmodell in Schweden (Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade)
LWV	Landeswohlfahrtsverband
OFG	Opferfürsorgegesetz in Österreich
PA	Persönliche Assistenz

PAA	Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz
PGB	Personengebundenes Budget in den Niederlanden
SAssiS	Stiftung Assistenz Schweiz
SGB	Sozialgesetzbuch in Deutschland
Spitex	Spital- und heimexterne Hilfe und Pflege
SVB	Sociale Verzekeringsbank – Sozialversicherungsbank in den Niederlanden
UK	United Kingdom
VWS	Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport in den Niederlanden
WAG	Wiener Assistenzgenossenschaft
WHO	World Health Organization
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning – Gesetz zur gesellschaftlichen / sozialen Unterstützung in den Niederlanden
ZFW	Ziekenfondswet – Krankenkassengesetz in den Niederlanden

Zusammenfassung

Die Förderung der Selbstbestimmung und der gesellschaftlichen Teilhabe von Personen mit einer Behinderung sind Zielsetzungen, die heute in der Behindertenhilfe breit anerkannt sind. Ein wesentliches Instrument, das zur Erreichung dieser Zielsetzungen beiträgt, ist die Ermöglichung von Persönlichen Budgets. In Abgrenzung zur traditionellen Finanzierung von Diensten und Institutionen sind es die Betroffenen selbst, welche die finanziellen Mittel zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Hilfeversorgung erhalten. Sie können mit diesen Geldern selbst Personen (Persönliche Assistenten und Assistentinnen) gemäss dem sogenannten Arbeitgebermodell anstellen oder bestehende Dienste in Anspruch nehmen. Erfahrungen mit solchen, im vorliegenden Bericht als **Assistenzmodell** bezeichneten Leistungssystemen, bestehen in verschiedenen Ländern bereits seit längerer Zeit.

In der Schweiz wird derzeit im Rahmen des Pilotversuchs Assistenzbudget, der gemeinsam vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) und der Stiftung Assistenz Schweiz (SAssiS) getragen und von der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) finanziert wird, ein Assistenzmodell umgesetzt und erprobt. Die vorliegende Studie ist Teil des Evaluationsprogramms zu diesem Pilotversuch und bezweckt, Entscheidungsgrundlagen für eine mögliche allgemeine Einführung eines Assistenzmodells zur Verfügung zu stellen. Die besondere **Zielsetzung** dieser Studie ist es, ausgewählte ausländische Assistenzmodelle nach einem einheitlichen Raster zu beschreiben und mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten mit dem Pilotversuch in der Schweiz aufzuzeigen. Um Folgerungen zur Ausgestaltung eines Assistenzmodells in der Schweiz ziehen zu können, werden zudem Erfahrungen und dokumentierte Wirkungen aus den einzelnen Assistenzmodellen einbezogen.

Die Studie basiert in erster Linie auf einer Dokumentenanalyse, die sich auf schriftliche Quellen wie Projektbeschreibungen, Gesetzestexte, Studien usw. stützt. Ergänzend beinhaltet das **methodische Vorgehen** eine Befragung von insgesamt fünf Experten und Expertinnen aus dem Umfeld der untersuchten Assistenzmodelle.

In die Untersuchung sind insgesamt fünf Assistenzmodelle einbezogen, die mit dem Pilotversuch Assistenzbudget verglichen werden: das Persönliche Budget in **Schweden**, das Personengebundene Budget in den **Niederlanden**, Direct Payments in **Grossbritannien**, das Persönliche Budget in **Deutschland** und das Pflegegeld in **Österreich**. Die wichtigsten Ergebnisse aus diesem Vergleich werden im Folgenden aufgeführt:

In Bezug auf die **Zielgruppe** visiert der Pilotversuch in der Schweiz Personen bis zum Alter von 65 Jahren an. Damit deckt sich die Altersgrenze mit jener in Schweden, das als einziges Land ebenfalls ältere Personen ausschliesst (bzw. ab 65 Jahren nur bereits bestehende Budgets weiterführt). Der Einbezug von Kindern und Jugendlichen ist – mit Ausnahme von Grossbritannien – in den übrigen Assistenzmodellen analog dem Pilotversuch. In allen untersuchten Ländern erhalten zudem alle Behinderungsarten Zugang zum jeweiligen Leistungssystem. Eine Analyse der Inanspruchnahme – insbesondere in Grossbritannien – zeigt jedoch, dass beispielsweise Personen mit einer psychischen oder geistigen Behinderung bzw. einer Lernbehinderung deutlich weniger stark als Menschen mit einer Körperbehinderung Direct Payments in Anspruch nehmen. Der Pilotversuch Assistenzbudget richtet sich an Bezüger/innen einer Hilflosenentschädigung und setzt damit für die Teilnahme den

Bezug einer anderen Leistung voraus. Der Erhalt einer (Renten-)Leistung ist auch beim Pflegegeld in Österreich als Voraussetzung festzustellen, das jedoch zusätzlich mehr als 50 Stunden Pflegebedarf pro Monat als Anspruchsvoraussetzung kennt.

Die Aufteilung der **Zuständigkeiten** zwischen den einzelnen Staatsebenen ist in den verschiedenen Assistenzmodellen sehr unterschiedlich. Insbesondere in Grossbritannien ist das föderalistische Element stark gewichtet, da letztlich die einzelnen Regionen und Gemeinden mit der Umsetzung der national nur allgemein reglementierten Direct Payments beauftragt sind. Das Ergebnis sind enorme lokale Unterschiede, die praktisch keine gemeinsame Praxis erkennen lassen. In den Niederlanden hingegen ist das Personengebundene Budget – analog wie der Pilotversuch in der Schweiz – in den Kontext einer Sozialversicherung eingebunden, der dezentral wenig Spielraum im Vollzug lässt.

Die Frage, wie der **Assistenzbedarf** von Personen mit einer Behinderung zu ermitteln ist, findet ganz verschiedene Antworten. In Grossbritannien unterstreicht das Verfahren den föderalen Charakter des Leistungssystems. Denn es liegt im Ermessen der jeweiligen lokalen Behörden, welche Bereiche für Hilfeleistungen (Assistenzbereiche) anerkannt werden und die Entscheidung ist gleichsam als Aushandlungsprozess mit den Betroffenen konzipiert. Auch Schweden kennt keine übergreifenden verbindlichen Normen in der Bedarfsermittlung, sondern diese erfolgt individuell unter Einbezug von Fachpersonen. In den Niederlanden sind unabhängige Fachinstanzen beauftragt, während in Österreich die Abklärung an ein ärztliches Gutachten gebunden ist. Die Variation zeigt sich vor allem bezüglich der Formalisierung und Standardisierung sowie bezüglich des Gewichts von fachlichen Gesichtspunkten im Verfahren. Der Pilotversuch in der Schweiz implementiert in der Abklärung des Assistenzbedarfs ein eigenständiges Verfahren, in dem die Mitwirkung der Betroffenen stark gewichtet ist: Ausgangspunkt bildet ein selbstdeklariertes Assistenzbedarfs der Betroffenen, der von der zuständigen Vollzugsstelle der IV auf Plausibilität und Kompatibilität überprüft wird.

Mit Ausnahme von Österreich reicht die Anerkennung von Hilfeleistungen über die Pflege und Haushaltshilfe hinaus. Das Spektrum der **Assistenzbereiche** ist damit prinzipiell so breit konzipiert wie im Pilotversuch Assistenzbudget, der analog wie Deutschland explizit auf Bereiche der gesellschaftlichen Teilhabe – wie z.B. Arbeit und Bildung – Bezug nimmt.

Die Bemessung der **Höhe des Assistenzbudgets** ergibt sich im Pilotversuch aus dem anerkannten zeitlichen Umfang der Hilfe und nach Anforderung abgestuften Stundenansätzen (zuzüglich einer Assistenzpauschale). Die effektiven Stundentarife von 20, 30 und 45 Franken bewegen sich im Rahmen dessen, was in den Niederlanden, Deutschland oder in Schweden zur Anwendung gelangt. In Grossbritannien (am Beispiel von Schottland) sind die Ansätze tiefer und in Österreich mit weniger als 5 Euro pro Stunde gar deutlich tiefer. Ein anderes Bild, das immer auch durch die Zusammensetzung der Budgetnehmenden geprägt ist, ergibt sich in Bezug auf die durchschnittliche Höhe der Persönlichen Budgets. Gemäss bisherigen Erfahrungen liegt diese in der Schweiz bei rund 4430 Franken bzw. rund 2770 Euro. Damit werden die durchschnittlich ausbezahlten Gelder etwa in Deutschland, den Niederlanden und in Grossbritannien teilweise deutlich übertroffen. Dies gilt auch angesichts der Obergrenzen, welche die Assistenzgelder im Pilotversuch (wie auch in den Niederlanden und in Österreich) limitieren.

Eine **Einkommensabhängigkeit** der Persönlichen Budgets, also die Einforderung eines Eigenanteils in Abhängigkeit von den Einkommens- (bzw. Vermögens-)Verhältnissen, kennen die Assistenzmo-

delle in den Niederlanden, in Deutschland und in Grossbritannien. Sie verfolgen damit eine analoge Praxis, wie sie in der Schweiz derzeit umgesetzt ist.

Bei der **Verwendung der ausbezahlten Gelder** sind hingegen in den unterschiedlichen Ländern vergleichbare Freiheiten vorgesehen. Die Möglichkeit, aus dem Persönlichen Budget auch Angehörige zu entschädigen, unterliegt nur in Grossbritannien einer restriktiven Handhabung (von der in Ausnahmefällen abgewichen werden kann). Bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen von Organisationen liegt die Begrenzung – mit Ausnahme von Österreich – vor allem darin, dass der Bezug von Persönlichen Budgets einen stationären Aufenthalt ausschliesst.

Mit Ausnahme von Österreich sind überall die Budgetnehmenden in der Pflicht, die Verwendung ihrer Assistenzgelder nachzuweisen. Im Pilotversuch gilt die Regelung, dass die Summe der eingesetzten Gelder schriftlich auszuweisen ist und Originalbelege nur auf Verlangen vorzulegen sind (die sogenannte Assistenzpauschale ist dagegen nicht rechenschaftspflichtig). Damit ist eine vergleichbare Praxis wie in den Niederlanden in Kraft, das auch einen Freibetrag kennt und einen Nachweis für die darüber hinausgehende Summe verlangt. Intensivkontrollen erfolgen dort nach dem Zufallsprinzip (bzw. indizienbasiert), während in Schweden bei höheren Budgets alle sechs Monate Originalbelege über die Verwendung einzureichen sind. In Grossbritannien und Deutschland sind hingegen keine einheitlichen Regelungen auszumachen.

In Bezug auf die **Qualitätssicherung** sind in keinem untersuchten Assistenzmodell Auflagen in Kraft, welche für Persönliche Assistenten oder Assistentinnen bestimmte Qualifikationen einfordern. Die Frage der Qualität ist – ausser in Österreich, das Hausbesuche kennt – damit weitgehend den Budgetnehmenden überlassen.

Ein weiterer Punkt im Vergleich der verschiedenen Assistenzmodelle untersucht, wie weit Budgetnehmende für die Umsetzung ihrer gewünschten Hilfeversorgung **Unterstützungsleistungen**, wie etwa Beratung, Schulung oder die Vermittlung von Helfer/innen in Anspruch nehmen. In Schweden (und teilweise in Deutschland und Grossbritannien) werden solche Unterstützungsleistungen als Assistenzbedarf anerkannt und mit eigenen Mitteln finanziert. In den übrigen Ländern ist zumindest nicht ausgeschlossen, dass Budgetnehmende Gelder aus dem Persönlichen Budget auch für Unterstützungsleistungen einsetzen können. Für welche Leistungen und bei welchen Anbietern Unterstützung zu holen ist, darin sind die Budgetnehmenden überall – auch in der Schweiz – frei.

In Bezug auf die **Inanspruchnahme** von Persönlichen Budgets ist für den Pilotversuch Assistenzbudget festzustellen, dass in den Pilotkantonen rund 2.5% der Anspruchsberechtigten teilnehmen. In den allgemein eingeführten Modellen reicht die Ausschöpfungsquote bis 10% (Schätzung für die Niederlande), während etwa in Grossbritannien rund 6% der Menschen mit einer Körperbehinderung Direct Payments beziehen. In den Ländern, die bereits eine längere Tradition mit der nationalen Einführung von Assistenzmodellen besitzen, ist eine Zunahme bei der Zahl der Budgetnehmenden festzustellen. Nach Österreich mit rund 370'000 Pflegegeldbeziehenden (Bundes- und Landespflegegelder) ist der Kreis der Bezüger/innen in den Niederlanden mit rund 86'000 Personen am grössten, während in Schweden rund 14'000 Budgets ausbezahlt werden.

Trotz aller Vielfalt der Modelle ist bezüglich der **Wirkungen auf die Budgetnehmenden** eine gemeinsame Tendenz auszumachen. Es zeigt sich, dass sie mit den Wahlmöglichkeiten in der Hilfe-

versorgung, welche sie aufgrund eines Persönlichen Budgets erlangen, durchwegs zufrieden sind. Im Urteil der Betroffenen sind gemäss verschiedenen Studien Verbesserungen im Hinblick auf die Lebensqualität bzw. die Partizipation an zentralen Lebensbereichen eingetreten. Ein differenzierterer Blick zeigt jedoch, dass vor allem die Bereiche soziale Beziehungen, Mobilität sowie Freizeit Verbesserungen erfahren, während etwa erweiterte Perspektiven in der beruflichen Integration oder Optionen bezüglich des selbstständigen Wohnens kaum dokumentiert sind.

Wie weit die Einführung eines Assistenzmodells die Versorgungslandschaft verändert, ist eine weitere untersuchte Frage. **Wirkungen auf Leistungserbringer** sind – mit Ausnahme von Schweden – praktisch ausgeblieben. Dies kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass – wie erwähnt – nur ein kleiner Teil der anspruchsberechtigten Personen mit einer Behinderung die Option eines Persönlichen Budgets wählt und damit die Mehrheit institutionelle Angebote (weiterhin) nutzt. Zum andern ist zu konstatieren, dass – zumindest auf Basis von Zahlen in den Niederlanden, Schweden und Deutschland – nur wenige Budgetnehmende ausschliesslich ein Arbeitgebermodell realisieren. Häufiger ist die Versorgung mit Leistungen von Organisationen kombiniert. Dies ist jedoch neben Problemen, ausreichend Persönliche Assistenten und Assistentinnen rekrutieren zu können, auch eine bewusste Entscheidung, da Budgetnehmende in der Wahl ihrer Leistungserbringer Kriterien wie Vertrauen sowie Erfahrung und Qualifikation stark gewichten. Dies ist wiederum auch der Grund, dass offensichtlich viele Budgetnehmende auch Angehörige als Helfer/innen verpflichten.

Die **Wirkungen auf Persönliche Assistenten und Assistentinnen** sind vor allem in Bezug auf deren Arbeitsbedingungen untersucht worden. Sie präsentieren sich teilweise prekär, da sie durch Teilzeit, tiefe Entlohnung, schlechte berufliche Perspektiven oder mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der Tätigkeit gekennzeichnet sind. Gleichwohl äussern sich Professionelle, die in diesem Sektor tätig sind, durchaus auch positiv über ihre Situation.

Die Recherche zu **Kostenverschiebungen** als einer weiteren Wirkungsdimension blieb in den untersuchten Ländern weitgehend ergebnislos. Ein übergreifender Kostenvergleich von Assistenzmodellen mit anderen Leistungssystemen unter Einbezug der jeweiligen Wirkungen ist nicht auszumachen. Die wenigen Studien stellen die Kosten von einzelnen Versorgungssystemen gegenüber und bestätigen die Kostenneutralität bzw. die geringeren Kosten von Persönlichen Budgets. Die Bilanzierung muss hierbei jedoch auch berücksichtigen, wie weit eine Ausweitung des Leistungsvolumens, insbesondere auch als Ablösung bisher unentgeltlicher informeller Hilfe, eintritt.

Die Recherche zum Kenntnisstand über die Praxis in den einzelnen Ländern bildet die Grundlage, um **Schlussfolgerungen** im Hinblick auf die mögliche Ausgestaltung eines Assistenzmodells in der Schweiz zu ziehen. Zunächst ist festzustellen, dass es offensichtlich kein singuläres und definitives Assistenzmodell gibt. Vielmehr existieren in den untersuchten Ländern erhebliche Unterschiede und eine nicht zu unterschätzende Dynamik, regelmässige Modellanpassungen vorzunehmen. Eine Lehre aus den Erfahrungen aus dem Ausland ist es, dass verschiedene Personengruppen beim Zugang wie bei der Umsetzung Unterstützung benötigen. Dem kann entsprochen werden, indem etwa der administrative Aufwand (z.B. in Bezug auf den Nachweis der Verwendung der Gelder) auf ein Minimum beschränkt und auch der Bedarf an Unterstützungsleistungen abgeklärt wird.

Auch die Zulassung von Angehörigen als Persönliche Assistenten und Assistentinnen, wie es Modelle im Ausland weitgehend tolerieren, ist bedeutsam. Über sie gelangen Budgetnehmende an Personen, zu denen sie Vertrauen als Helfer/innen haben, was einem zentralen Kriterium bei der Wahl der Leistungserbringer entspricht. Aber auch Angebote von Organisationen verlieren nicht einfach an Bedeutung, sondern können die mangelnde Verfügbarkeit von (qualifiziertem) Personal auf dem Arbeitsmarkt oder im sozialen Umfeld der Budgetnehmenden kompensieren. Der Zugang zu potenziellen Helfern und Helferinnen steuert sich wesentlich über die Höhe der verfügbaren Budgets. Die Möglichkeit der angemessenen Entlohnung schafft die Grundlage, dass sich tatsächlich ein Markt in Bezug auf Assistenzleistungen entwickeln kann. Damit dieser Markt keine Schwarzarbeit einschliesst und in der Folge die Legitimität eines Assistenzmodells gefährdet, lässt die Aufrechterhaltung von Verwendungsnachweisen gerechtfertigt erscheinen.

Résumé

Aujourd'hui, encourager l'autonomie et la participation à la vie sociale des personnes présentant un handicap est un objectif largement reconnu dans le domaine de l'aide aux handicapés. Le budget personnel est un instrument important dans la poursuite de cet objectif. Contrairement au financement traditionnel des prestations et des institutions, ce sont les personnes concernées qui reçoivent les fonds permettant d'assumer elles-mêmes l'organisation de leurs soins. Avec ces fonds, elles peuvent engager des assistants personnels sur le modèle dit de l'employeur ou recourir à des services existants. Plusieurs pays ont déjà adopté ce système de prestations désigné dans le présent rapport sous le nom de « **modèle d'assistance** ».

De son côté, la Suisse expérimente actuellement un modèle d'assistance dans le cadre du projet pilote Budget d'assistance mis en œuvre conjointement par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et la Fondation Assistance Suisse (SAssiS) et financé par l'assurance-invalidité fédérale (AI). La présente étude fait partie du programme d'évaluation de ce projet et vise à fournir les informations qui permettront de décider si un tel modèle d'assistance peut être étendu à l'ensemble du pays. L'**objectif** spécifique de cette étude est de décrire selon un schéma identique plusieurs modèles d'assistance étrangers et de mettre en évidence les divergences et les similitudes avec le projet pilote mis en œuvre en Suisse. Dans ce cadre, nous tenons également compte des expériences réalisées à l'enseigne des différents modèles examinés ainsi que des effets attestés de leur introduction afin d'en tirer des conclusions pour l'aménagement d'un modèle d'assistance en Suisse.

Sur le plan de la **méthode**, l'étude se fonde en premier lieu sur une analyse des sources écrites (descriptions de projet, textes de loi, études, etc.) et elle inclut en second lieu la consultation de cinq experts des modèles d'assistance étudiés.

Concrètement, elle s'intéresse à cinq modèles d'assistance qu'elle compare au projet pilote mené en Suisse : l'allocation d'assistance (*assistansersättning*) en **Suède**, le budget personnel (*persoonsgebonden budget*) aux **Pays-Bas**, les paiements directs (*direct payments*) en **Grande-Bretagne**, le budget personnel (*persönliches Budget*) en **Allemagne** et l'allocation de dépendance (*Pflegegeld*) en **Autriche**. Les principaux résultats de cette comparaison sont présentés ci-après.

S'agissant des **groupes-cibles**, le projet pilote Budget d'assistance mis en œuvre en Suisse s'adresse aux personnes jusqu'à l'âge de 65 ans. Cette limite est aussi imposée en Suède, seul autre pays à exclure les personnes âgées (à partir de 65 ans, seuls les budgets déjà alloués sont maintenus). La prise en compte des enfants et des adolescents est – à l'exception de la Grande-Bretagne – la même dans les autres modèles d'assistance que dans le projet pilote. Dans tous les pays examinés ici, tous les types de handicap donnent accès au système de prestations en question. Une analyse de l'utilisation de l'offre – en Grande-Bretagne en particulier – montre toutefois que par exemple les personnes souffrant d'un handicap psychique ou mental associé à une difficulté d'apprentissage sollicitent nettement moins souvent des paiements directs que les personnes présentant un handicap physique. Le projet pilote Budget d'assistance s'adresse aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent et prévoit donc comme condition d'admission la perception d'une autre prestation. C'est également le cas de l'allocation de dépendance autrichienne, subordonnée à la perception d'une autre prestation (rente), qui exige en outre un besoin de soins et d'assistance de plus de 50 heures par mois.

La répartition des **compétences** entre les différents échelons de l'Etat varie beaucoup suivant les modèles. En Grande-Bretagne, la dimension fédéraliste est particulièrement prononcée puisque ce sont les régions et les communes qui sont chargées de la mise en œuvre des paiements directs, dont seules les règles générales sont définies au plan national. Il en résulte d'énormes différences locales qui ne permettent guère d'identifier des pratiques communes. Aux Pays-Bas en revanche, le budget personnel – à l'instar du projet pilote suisse – s'inscrit dans le contexte d'une assurance sociale offrant peu de marge d'appréciation locale ou régionale quant à son application.

Des réponses très variées sont apportées à la question de la **détermination des besoins d'assistance** des personnes handicapées. En Grande-Bretagne, la procédure souligne le caractère fédéral du système de prestations. Le choix des domaines d'assistance reconnus est en effet laissé à l'appréciation des autorités locales et la décision est pour ainsi dire négociée avec les personnes concernées. La Suède ne connaît pas non plus de normes nationales contraignantes en la matière, les besoins étant identifiés au cas par cas en collaboration avec des professionnels. Aux Pays-Bas, cette compétence revient à des instances spécialisées indépendantes, tandis qu'en Autriche, la détermination des besoins repose sur une expertise médicale. Les différences se manifestent essentiellement au niveau de la formalisation et la standardisation de la procédure, ainsi que de l'importance que celle-ci accorde aux avis professionnels. Le projet pilote suisse prévoit une procédure autonome de détermination des besoins, dans laquelle les personnes concernées jouent un rôle primordial, puisqu'elles évaluent elles-mêmes l'assistance dont elles ont besoin, leur déclaration étant contrôlée ensuite par l'office AI sous l'angle de la plausibilité et de la compatibilité.

A l'exception de l'Autriche, les prestations d'aide reconnues vont bien au-delà des soins et de l'aide ménagère. L'éventail des **domaines** d'assistance est donc en principe aussi vaste que dans le projet pilote Budget d'assistance qui, à l'instar du modèle allemand, se réfère explicitement à des domaines relevant de la participation à la vie sociale tels que l'exercice d'une activité lucrative ou la participation à une formation.

Dans le projet pilote, le **montant du budget d'assistance** se calcule à partir du temps d'assistance personnelle reconnu par l'office, multiplié par un tarif horaire échelonné (en sus du forfait d'assistance). Les tarifs horaires effectifs de 20, 30 et 45 francs correspondent à peu près aux tarifs pratiqués aux Pays-Bas, en Allemagne ou en Suède. Les tarifs sont en revanche plus bas en Grande-Bretagne (dans le cas de l'Ecosse), et même nettement plus bas en Autriche, avec moins de 5 euros l'heure. Le montant moyen du budget personnel, toujours influencé par la composition du groupe des bénéficiaires, donne des résultats différents. Selon les expériences réalisées jusqu'ici, il se monte en Suisse à 4430 francs, soit environ 2770 euros, ce qui représente parfois beaucoup plus que les montants moyens versés en Allemagne, aux Pays-Bas ou en Grande-Bretagne. Le constat est le même en ce qui concerne le plafond de l'indemnité d'assistance défini en Suisse dans le cadre du projet pilote (un plafond existe aussi aux Pays-Bas et en Autriche).

Dans les modèles d'assistance mis en place aux Pays-Bas, en Allemagne et en Grande-Bretagne, le budget personnel est **dépendant du revenu**, dans le sens où une participation aux frais proportionnelle à la situation du bénéficiaire en termes de revenu ou de fortune est exigée. Ces pays ont donc une pratique analogue à la solution actuellement expérimentée en Suisse.

Les différents pays prévoient des libertés comparables en ce qui concerne l'**utilisation des fonds versés**. La possibilité de rétribuer des proches au moyen du budget alloué est accordée partout ; la Grande-Bretagne est le seul pays où elle fait l'objet d'une pratique restrictive (à laquelle il est possible de déroger dans des cas d'exception). S'agissant du recours à des prestations fournies par des organisations, les différents modèles – sauf en Autriche – prévoient surtout que la perception d'un budget personnel exclut un séjour simultané à l'hôpital.

Toujours à l'exception de l'Autriche, les bénéficiaires d'un budget d'assistance sont partout dans l'obligation de justifier l'usage fait de leur indemnité d'assistance. Dans le projet pilote, l'utilisation du budget personnel doit faire l'objet d'un décompte écrit, des justificatifs ne devant toutefois être produits que sur demande. Les bénéficiaires ne sont en revanche pas tenus de rendre des comptes concernant le forfait d'assistance. Cette pratique est donc comparable au modèle en vigueur aux Pays-Bas, qui connaît aussi une part de budget librement disponible et qui exige aussi la justification de la somme utilisée. Des contrôles intensifs y sont menés selon un mode aléatoire (sur la base d'indices), tandis qu'en Suède, dans le cas de budgets élevés, les justificatifs des soins et des prestations doivent être remis tous les six mois. La Grande-Bretagne et l'Allemagne, en revanche, ne connaissent pas de réglementation uniforme.

Au chapitre de la **garantie de la qualité**, aucun des modèles d'assistance étudiés n'exige de qualifications spécifiques de la part des assistants personnels. Hormis en Autriche, où le système prévoit des inspections à domicile, la question de la qualité est largement laissée à l'appréciation des bénéficiaires.

Un autre point étudié dans la comparaison des modèles d'assistance est la sollicitation par les bénéficiaires de **prestations de soutien** – demandes de conseils, de formation, d'adresses d'assistants personnels, etc. – pour la mise en place du type d'aide qu'ils souhaitent recevoir. En Suède (et aussi, dans certains cas, en Allemagne et en Grande-Bretagne), ces prestations de soutien sont reconnues comme un besoin d'assistance et peuvent être financées au moyen du budget personnel. Dans les autres pays, elles ne sont simplement pas exclues de l'éventail des services pouvant être financés par ce biais. Partout – y compris en Suisse – les bénéficiaires sont libres de recourir au prestataire de leur choix pour obtenir les prestations de soutien dont ils ont besoin.

S'agissant de **la sollicitation** d'un budget d'assistance personnel, on observe pour le projet pilote mené en Suisse que dans les cantons pilotes, 2,5 % des ayants droit participent à l'expérience. Dans les modèles généralisés, le taux de participation va jusqu'à 10 % (estimation pour les Pays-Bas), alors qu'en Grande-Bretagne, par exemple, quelque 6 % des personnes présentant un handicap physique perçoivent des paiements directs. Dans les pays appliquant depuis longtemps un modèle d'assistance à l'échelle nationale, on constate une hausse du nombre de bénéficiaires. Après l'Autriche, où pas moins de 370 000 personnes reçoivent une allocation de dépendance (de l'Etat ou des Länder), les Pays-Bas comptent le plus grand nombre de bénéficiaires (environ 86 000), alors que la Suède octroie quelque 14 000 budgets d'assistance.

Malgré la diversité des modèles, une tendance commune se dégage concernant les **effets sur les bénéficiaires**. Tous sont satisfaits des possibilités et du choix en matière de prestations dont ils bénéficient grâce à leur budget personnel. Diverses études montrent que de l'avis des personnes concernées, cette formule apporte de réelles améliorations de la qualité de vie et de la participation aux

principaux domaines de l'existence. Avec un regard plus nuancé, on découvre toutefois que ce sont surtout les domaines des relations sociales, de la mobilité et des loisirs qui connaissent des améliorations, tandis que les témoignages faisant état d'un élargissement des perspectives en matière d'intégration professionnelle ou de logement indépendant sont rares.

Une autre question étudiée dans ce cadre est celle des effets de l'introduction d'un modèle d'assistance sur le système de prestations. A l'exception de la Suède, pratiquement aucun **effet sur les fournisseurs de prestations** n'a été constaté. Ce statu quo peut être imputé au fait que seule une faible proportion des ayants droit choisissent l'option du budget personnel, tandis que la plupart continuent de recourir aux offres institutionnelles. Mais force est de constater également – tout au moins à la lumière des chiffres des Pays-Bas, de la Suède et de l'Allemagne – que rares sont les bénéficiaires à pratiquer exclusivement le modèle dit de l'employeur. L'engagement d'assistants personnels est le plus souvent combiné avec un recours aux prestations des organisations existantes. Outre les problèmes que les personnes handicapées peuvent avoir à recruter suffisamment d'assistants personnels, il s'agit également pour elles d'une décision prise en connaissance de cause dans la mesure où elles attachent beaucoup d'importance aux critères de confiance, d'expérience et de compétence dans le choix des prestataires. C'est pour cette même raison, apparemment, que de nombreux bénéficiaires engagent des proches pour les soins dont ils ont besoin.

Les **effets sur les assistantes et assistants personnels** ont principalement été étudiés sous l'angle des conditions de travail. Celles-ci sont parfois précaires, dans la mesure où l'activité en question est généralement pratiquée à temps partiel, qu'elle est faiblement rétribuée, qu'elle offre de mauvaises perspectives professionnelles et qu'elle souffre d'un déficit de reconnaissance sociale. Pourtant, les professionnels œuvrant dans ce secteur portent aussi un regard tout à fait positif sur leur situation.

La recherche relative à d'éventuels **transferts de coûts**, autre effet possible du modèle d'assistance, n'a donné pratiquement aucun résultat dans les pays étudiés. Une comparaison à large échelle des coûts des modèles d'assistance avec ceux d'autres systèmes de prestations tenant compte de leurs effets respectifs ne peut guère être entreprise. Les rares études sur le sujet comparent les coûts des différents systèmes et confirment que le modèle d'assistance présente un coût neutre, voire inférieur. A cet égard, le bilan doit toutefois tenir aussi compte de la mesure dans laquelle une augmentation du volume de prestations pourrait notamment être due à la rétribution d'une aide restée jusque-là informelle et gratuite.

Les connaissances acquises sur les solutions pratiquées dans les pays étudiés permettent de tirer un certain nombre de **conclusions** quant à l'introduction d'un modèle d'assistance en Suisse et à la forme qu'il pourrait prendre. Force est tout d'abord de constater qu'il n'y a évidemment pas de modèle d'assistance unique et définitif. Il existe au contraire des différences notables entre les systèmes étudiés et une dynamique d'ajustement constant des modèles qu'il ne faut pas sous-estimer. S'il est toutefois un enseignement à tirer des expériences réalisées ailleurs, c'est que plusieurs groupes de personnes ont besoin de soutien, tant en matière d'accès au budget d'assistance que d'utilisation de ce budget. Il est possible de répondre à ce besoin notamment en réduisant au minimum les tâches administratives (p. ex. la preuve de l'utilisation des fonds) et en identifiant le type de besoin nécessité.

Autoriser les personnes handicapées à engager leurs proches comme assistants personnels, ainsi que le tolèrent d'autres modèles hors de nos frontières, constitue une autre mesure importante. Grâce à elle, les bénéficiaires d'un budget personnel peuvent être assistés par des personnes en qui ils ont confiance, critère fondamental dans le choix des prestataires. De leur côté, les offres des organisations gardent un rôle prépondérant, car elles permettent de compenser la pénurie de personnel (qualifié) sur le marché du travail ou dans l'environnement social des bénéficiaires. L'accès à des assistantes et assistants potentiels dépend essentiellement du montant du budget à disposition. La possibilité d'une rétribution adéquate crée les conditions pour qu'un marché des prestations d'assistance puisse réellement se développer. Pour éviter qu'il ne suscite un travail au noir susceptible de menacer par la suite la légitimité du modèle d'assistance, il paraît judicieux de maintenir l'exigence de présenter la preuve de l'utilisation des fonds.

Riassunto

La promozione dell'autodeterminazione e della partecipazione sociale delle persone con handicap sono obiettivi ormai ampiamente condivisi nell'ambito del sostegno ai disabili. Uno strumento indispensabile per raggiungerli è l'introduzione di budget di assistenza personali. Diversamente dal sistema tradizionale, che prevede il finanziamento di servizi e istituzioni, nel nuovo sistema i finanziamenti pervengono direttamente agli handicappati, che sono responsabili di organizzare autonomamente la propria assistenza. I beneficiari possono impiegare l'indennità ricevuta per assumere assistenti personali, in qualità di datori di lavoro, oppure per far ricorso a servizi esistenti. Diversi Paesi hanno introdotto già da tempo sistemi di prestazioni di questo tipo, che nel presente rapporto sono denominati "**modelli di assistenza**".

La Svizzera sta attuando e sperimentando un modello di assistenza nel quadro del progetto pilota "Budget di assistenza", condotto dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), unitamente alla Fondazione Assistenza Svizzera (SAssiS), e finanziato dall'assicurazione invalidità (AI). Il presente studio, che fa parte del programma di valutazione relativo al progetto pilota, intende fornire elementi di decisione in vista dell'eventuale introduzione di un modello di assistenza a livello svizzero. Il suo **obiettivo specifico** è descrivere un campione di modelli di assistenza esteri sulla base di una griglia di analisi standard e di individuarne le differenze e i punti in comune con il progetto pilota svizzero. Per poter trarre conclusioni utili all'impostazione del modello di assistenza svizzero, lo studio prende inoltre in considerazione le esperienze acquisite e gli effetti documentati nell'ambito dei modelli esteri.

La ricerca si basa principalmente sull'analisi di documenti scritti, quali descrizioni di progetti, testi di legge ecc. Il **metodo adottato** prevede inoltre la consultazione di cinque esperti operanti nel contesto dei modelli di assistenza esaminati.

L'analisi si concentra su cinque modelli di assistenza esteri – i "budget personali" di **Svezia**, **Paesi Bassi** e **Germania**, i "pagamenti diretti" della **Gran Bretagna** e l'"assegno di assistenza" dell'**Austria** – e li confronta con il progetto pilota "Budget di assistenza". I principali risultati del confronto sono presentati qui di seguito.

I **destinatari del** progetto pilota svizzero sono persone di età inferiore a 65 anni. Questo limite d'età è previsto anche in Svezia, l'unico Paese, oltre alla Svizzera, ad escludere le persone che hanno superato una certa età (in Svezia, però, i budget accordati prima dei 65 anni continuano ad essere versati anche in seguito). A parte in quello britannico, in tutti i modelli di assistenza esteri le prestazioni sono concesse anche ai minorenni, come nel progetto pilota svizzero. Inoltre, tutti i Paesi esaminati accordano budget personali indipendentemente dal tipo di handicap. Tuttavia, se si analizzano le categorie di assicurati che fanno capo al modello di assistenza, emerge che, soprattutto in Gran Bretagna, le persone con un handicap psichico o mentale oppure con disturbi dell'apprendimento ricorrono in misura molto minore ai "pagamenti diretti" rispetto a quelle con un handicap fisico. Il progetto pilota "Budget di assistenza" è destinato ai beneficiari di un assegno per grandi invalidi. La partecipazione dipende dunque dal diritto ad un'altra prestazione. Il diritto ad un'altra prestazione (rendita) è previsto quale condizione anche in Austria, dove per il diritto all'assegno di assistenza è però anche richiesto un bisogno di cure di oltre 50 ore mensili.

La ripartizione delle **competenze** tra i differenti livelli dell'organizzazione statale varia molto da un modello di assistenza all'altro. In particolare, in Gran Bretagna si ha una forte incidenza dell'aspetto federalistico, poiché sono le regioni e i comuni a dover attuare i pagamenti diretti, che a livello nazionale sono regolamentati soltanto in modo generale. Ne risultano enormi differenze a livello locale, che non permettono di individuare alcuna prassi comune. Come il progetto pilota svizzero, nei Paesi Bassi il budget personale si inserisce invece nel contesto di un'assicurazione sociale, il che non lascia un grande margine di manovra agli organi esecutivi decentrati.

Ogni Paese determina a suo modo il **fabbisogno di assistenza** delle persone con handicap. In Gran Bretagna la procedura rispecchia il carattere federalistico del sistema di prestazioni. Le autorità locali hanno infatti il potere discrezionale di stabilire i settori per i quali è riconosciuto il bisogno di prestazioni di assistenza (settori di assistenza) e la procedura decisionale è concepita quale processo di negoziazione con i diretti interessati. Anche in Svezia non esistono norme generali vincolanti per la determinazione del fabbisogno; questo è invece stabilito caso per caso, ricorrendo a specialisti. Nei Paesi Bassi la decisione è affidata a organi specializzati indipendenti, mentre in Austria l'accertamento si basa su una perizia medica. Le differenze tra le procedure consistono soprattutto nel grado di formalizzazione e standardizzazione e nell'importanza rivestita dalle perizie di specialisti. Per l'accertamento del fabbisogno di assistenza, il progetto pilota svizzero ha adottato una propria procedura, che pone soprattutto l'accento sulla collaborazione degli handicappati: il punto di partenza è un'autodichiarazione dell'assicurato riguardo al proprio bisogno di assistenza. La plausibilità e la compatibilità del medesimo sono successivamente verificate dall'organo esecutivo competente dell'AI.

Ad eccezione dell'Austria, i Paesi esaminati riconoscono quali prestazioni assistenziali anche altre prestazioni oltre a quelle di cura e di aiuto domestico. Fondamentalmente, il ventaglio dei **settori di assistenza corrisponde a quello** del progetto pilota "Budget di assistenza", che analogamente alla Germania, riconosce esplicitamente alcuni settori della partecipazione sociale quali il lavoro o la formazione.

Nel progetto pilota svizzero, il budget di assistenza è calcolato sulla base del fabbisogno di assistenza riconosciuto in ore e di tariffe orarie differenziate in funzione dell'intensità dell'assistenza necessaria. Oltre al budget è anche versato un forfait di assistenza. Le tariffe orarie effettive (20, 30 e 45 franchi) sono paragonabili a quelle applicate nei Paesi Bassi, in Germania e in Svezia. Gli importi sono inferiori in Gran Bretagna (nella fattispecie, in Scozia) e chiaramente inferiori in Austria, dove le tariffe ammontano a meno di 5 euro all'ora. La situazione, che dipende sempre anche dalla struttura dell'insieme dei beneficiari, cambia, invece, se si guarda l'importo complessivo medio del budget personale. In base alle esperienze fatte finora, in Svizzera esso è di circa 4430 franchi o 2770 euro. In Svizzera, dunque, le indennità medie di singoli gruppi sono nettamente superiori a quelle versate per esempio in Germania, nei Paesi Bassi o in Gran Bretagna. Questo vale anche per gli importi massimi delle indennità di assistenza, limiti previsti anche nei Paesi Bassi e in Austria.

Una **partecipazione ai costi** del budget personale in funzione del reddito o della situazione patrimoniale è contemplata anche dai modelli di assistenza di Paesi Bassi, Germania e Gran Bretagna, la cui prassi è analoga a quella del progetto pilota svizzero.

Nell'**impiego delle indennità versate**, i Paesi esaminati concedono libertà più o meno equivalenti. La possibilità di utilizzare il budget personale per remunerare familiari sottostà ad una prassi restrittiva soltanto in Gran Bretagna (con possibilità di deroga in casi eccezionali). Per quanto riguarda il ricorso alle prestazioni di organizzazioni, la principale restrizione (tranne in Austria) consiste nel fatto che l'ottenimento di un budget personale esclude il soggiorno in un istituto.

Tranne che in Austria, i beneficiari di un budget personale sono tenuti a documentare l'impiego delle indennità ricevute. Nel progetto pilota svizzero è stata adottata la soluzione seguente: l'importo totale dei fondi utilizzati deve essere dichiarato per iscritto, mentre i documenti giustificativi originali vanno presentati soltanto su richiesta (l'impiego del cosiddetto forfait di assistenza non deve invece essere documentato). Questa prassi è paragonabile a quella olandese, che prevede anche un importo utilizzabile liberamente e l'obbligo di dichiarare la somma delle indennità impiegate. Nei Paesi Bassi sono effettuati controlli approfonditi casuali (o sulla base di indizi), mentre in Svezia per i budget di una certa entità vanno inoltrati ogni sei mesi i documenti giustificativi originali. In Gran Bretagna e in Germania non esistono norme uniformi al riguardo.

Sotto il profilo della **garanzia della qualità**, nessun modello di assistenza richiede qualifiche specifiche agli assistenti personali. L'aspetto qualitativo è dunque in gran parte lasciato alla responsabilità dei beneficiari del budget, tranne in Austria, dove sono previste visite a domicilio.

In un altro punto del confronto tra i modelli, gli autori dello studio analizzano in che misura i beneficiari ricorrano a **prestazioni di sostegno** (p. es. consulenza, formazione o servizi di collocamento di assistenti personali) per realizzare le proprie aspettative in materia di assistenza. In Svezia (e in parte anche in Germania e Gran Bretagna) questo tipo di prestazioni rientra nel fabbisogno di assistenza riconosciuto ed è finanziato attraverso il budget personale. Negli altri Paesi, la possibilità di utilizzare parte del budget personale anche per prestazioni di sostegno non è esclusa. Ovunque, anche in Svizzera, i beneficiari di un budget personale sono liberi di decidere per quali prestazioni necessitano di sostegno e a quali operatori rivolgersi.

Per quanto concerne il **tasso di ricorso** al budget personale, il progetto pilota "Budget di assistenza" registra una partecipazione del 2,5 per cento degli aventi diritto residenti nei Cantoni pilota. Laddove i modelli di assistenza sono stati introdotti su larga scala, il tasso raggiunge il 10 per cento (stima per i Paesi Bassi). In Gran Bretagna circa il 6 per cento delle persone con un handicap fisico riceve pagamenti diretti. Nei Paesi che hanno introdotto già da tempo un modello di assistenza, si registra un aumento del numero dei beneficiari. Dopo l'Austria, con 370'000 beneficiari di assegni di assistenza (sia federali che dei Land), l'Olanda è il secondo Paese per numero di beneficiari, con un totale di circa 86'000 persone. In Svezia sono versati circa 14'000 budget.

Nonostante la loro diversità, i modelli hanno **effetti** molto simili **sui beneficiari**. Questi sono molto soddisfatti della possibilità di scegliere la propria assistenza grazie al budget personale. Secondo diversi studi, gli interessati ritengono che il budget abbia migliorato la loro qualità di vita e la loro partecipazione in ambiti fondamentali della vita. Da un'analisi più approfondita emerge però che i miglioramenti concernono soprattutto i settori delle relazioni sociali, della mobilità e del tempo libero, mentre non si constata un ampliamento delle prospettive di integrazione professionale o la creazione di nuove opportunità di vita autonoma.

Un altro aspetto esaminato è la trasformazione del panorama assistenziale in seguito all'introduzione dei modelli di assistenza. A parte in Svezia, gli **effetti sui fornitori di prestazioni** sono stati praticamente nulli. Una possibile spiegazione è che, come detto, solo una piccola parte degli aventi diritto opta per il budget personale, mentre la maggioranza continua a ricorrere ad offerte istituzionali. Per quanto si può giudicare in base ai dati dei Paesi Bassi, della Svezia e della Germania, si nota inoltre che solo pochi beneficiari scelgono esclusivamente il modello dell'assunzione di personale in qualità di datori di lavoro, privilegiando invece una combinazione del medesimo con prestazioni di organizzazioni. Questa è una decisione consapevole, perché i beneficiari di un budget personale non solo hanno problemi a reclutare un numero sufficiente di assistenti personali, ma, nel scegliere i fornitori di prestazioni, danno anche una grande importanza a criteri quali la fiducia, l'esperienza e le qualifiche. Evidentemente, questo è anche il motivo per cui molti beneficiari assumono familiari quali assistenti personali.

Gli **effetti sugli assistenti personali** sono stati analizzati soprattutto sotto il profilo delle condizioni lavorative. Tempo parziale, bassa remunerazione, scarse prospettive professionali e riconoscimento sociale insufficiente: a causa di queste caratteristiche, l'attività degli assistenti presenta una certa precarietà. Ciononostante, i professionisti del settore si esprimono anche positivamente sulla propria situazione.

L'analisi degli effetti di **trasferimento dei costi nei Paesi esaminati** è stata perlopiù infruttuosa. Non esistono infatti studi che, al di là del semplice confronto tra modelli di assistenza, paragonano questi ultimi con altri sistemi di prestazioni tenendo conto dei rispettivi effetti. I pochi studi condotti raffrontano i costi di singoli sistemi assistenziali e confermano che sotto questo profilo i budget personali sono neutrali o addirittura più convenienti. Il bilancio deve tuttavia considerare anche e soprattutto in che misura l'aumento del volume delle prestazioni sia dovuto alla sostituzione di prestazioni assistenziali finora fornite gratuitamente a titolo informale.

L'analisi delle conoscenze disponibili sulla prassi nei Paesi esaminati permette di trarre **conclusioni** sulla possibile impostazione di un futuro modello di assistenza in Svizzera. La prima constatazione è che non esiste un modello di assistenza unico e immutabile: tra i modelli dei Paesi esaminati ci sono, infatti, notevoli differenze e si rileva una significativa tendenza all'adeguamento costante dei modelli. Le esperienze estere insegnano che diversi gruppi di persone necessitano di un sostegno per accedere ai modelli di assistenza e per attuarli. Questa esigenza può essere soddisfatta, per esempio, riducendo al minimo l'onere amministrativo (documentazione dell'impiego delle indennità ecc.) e verificando se le persone necessitano di prestazioni di sostegno.

Un altro aspetto importante è la possibilità, ammessa dalla maggior parte dei modelli esteri, di assumere familiari quali assistenti personali. I beneficiari del budget possono così ricorrere a persone di fiducia quali assistenti personali, il che è un aspetto fondamentale nella scelta dei fornitori di prestazioni. Ciò non sminuisce l'importanza delle prestazioni offerte da organizzazioni, che compensano la scarsità di personale qualificato sul mercato del lavoro o nel contesto sociale dei beneficiari. L'accesso al mercato dei potenziali assistenti personali dipende sostanzialmente dall'ammontare del budget disponibile. La possibilità di garantire loro una remunerazione adeguata è la condizione indispensabile per l'effettivo sviluppo di un mercato delle prestazioni assistenziali. Per evitare la nascita

di un mercato sommerso, che pregiudicherebbe la legittimità del modello di assistenza, appare opportuno mantenere l'obbligo di documentare l'impiego del budget ricevuto.

Summary

Supporting the self determination and social integration of the disabled enjoys widespread approval from services for the disabled. An important instrument which may help reach these objectives is the “personal budget”. Rather than funding services and institutions directly, the disabled are given a budget which is used to pay for the care that they deem necessary. For example, they can use the money to employ staff (personal care assistants) in accordance with the “employer model” or claim existing services. A number of countries already have been using such an incentive system (here referred to as an **assistance model**) for quite some time.

In Switzerland, a pilot project of the assistance model was jointly conducted by the Federal Social Insurance Office (FSIO) and the Swiss Assistance Foundation (SAssiS), and funded by the federal Invalidity Insurance (IV) system. The present study is part of the pilot project evaluation programme and aims to provide the necessary bases for decisions on the possible general introduction of this model. The main **objective** is to provide a standardised overview of the various assistance models used in other countries and to compare and contrast these models with the assistance model piloted in Switzerland. Experiences with each assistance model and their documented impact provide the basis for conclusions on the design any future Swiss model would take.

The study is essentially a document analysis, which draws on sources such as project descriptions, legislative texts and research studies. To supplement this work, the **methodology** also included individual interviews with five experts on each of the selected assistance models.

Five assistance models were selected which share a number of similarities with the Swiss pilot assistance budget: the personal budgets in **Sweden** and **Germany**, the personalised budget in the **Netherlands**, Direct Payments in the **UK**, and the care allowance in **Austria**. The central findings of the comparative analysis are detailed below.

In terms of the **target group**, the Swiss pilot project is aimed at people aged 65 and under. This is the same age range as for the Swedish model; Sweden is the only country to exclude the over-65s (only current allowances are to be continued). The inclusion of children and young people is in line with the other assistance models, with the exception of the Direct Payments system in the UK. In all five countries, people can avail of the given incentive system regardless of the type of disability they have. However, an analysis of take-up rates reveals that the take up, particularly in the UK, among people with a mental or learning disability is much lower than among the physically disabled. The Swiss pilot assistance budget is targeted at helplessness allowance recipients and thus the receipt of another type of benefit is a prerequisite for participation in this incentive system. The receipt of a (pension) benefit is also a requirement of the Austrian care allowance system, though claimants must also require 50 hours of care per month to qualify.

The sharing of **responsibilities** across governmental levels varies widely from one country to the other. In the UK, the administration of the nationally regulated Direct Payments system is highly decentralised, with individual regions and local councils ultimately bearing the responsibility. In short, the study concludes that no standardised practice exists. Unlike the UK, the personalised

budget scheme in the Netherlands is similar to the Swiss pilot model in that it is integrated within a branch of social insurance and thus favours a more centralised approach to implementation.

Responses differ widely in relation to the question of how the **assistance needs** of the disabled are assessed. In the UK, this procedure reflected the decentralised organisation of the benefits system. It is at the discretion of the local councils to approve care services (assistance services) and the decision-making process almost takes the form of direct negotiation with the claimant. Sweden also does not have any comprehensively binding standards for the needs’ assessment procedure. Instead, needs are determined on a case-by-case basis and with the participation of experts. In the Netherlands, independent authorities are in charge, while in Austria one of the eligibility criteria is a medical report. There are substantial differences in terms of the formalisation and standardisation of the assessment procedure, as well as the weight given to expert opinions. The assessment of assistance needs in the Swiss pilot model is an independent procedure which gives particular weight to claimant participation. To begin with, claimants must submit a self-assessment. Its plausibility and compatibility is then examined by the competent implementing body of the invalidity insurance scheme.

With the exception of Austria, care services extend beyond simple care and home help provision. The Swiss pilot scheme also covers an equally broad spectrum of **assistance services**, and like the German model makes explicit mention of participation in society – e.g. work and education.

In the Swiss pilot model, the **amount awarded in the form of an assistance budget** depends on the approved care in units of time and where necessary on an hourly rate scale (plus an assistance lump sum). The effective hourly rates of CHF 20, 30 and 45 are more or less in line with those applied in the Netherlands, Germany or Sweden. In the UK (particularly Scotland), the rates are lower, though not as low as in Austria (less than 5 Euro per hour). Another picture, which is also influenced by the composition of budget recipients, emerges in relation to the average personal budget paid out across these countries. According to existing findings, it is around CHF 4,330 in Switzerland (equal to approx. 2,270 Euro). In some instances, the money paid out in Germany, the Netherlands and the UK is far above the average. This is also true of the upper limits on assistance payments applied in the Swiss pilot project (similarly in the Netherlands and Austria).

The personal budgets of the Netherlands, Germany and the UK are **means-tested**. Claimants are therefore expected to make a contribution to the cost of their care based on their income/assets. This is similar to current Swiss practices.

All five countries afford recipients a similar level of freedom with regard to how they **use their budget**. Only the UK restricts its use to pay family carers (though this can be overlooked in exceptional cases). In terms of the take up of services provided by organisations, all countries – with the exception of Austria – only provide personal budgets to individuals who are not in residential care.

Only Austria does not require assistance budget recipients to provide proof of how they used this money. In the Swiss pilot project, the rule is that recipients provide a written report of the money which they have used; original documents must only be submitted on request (however, this only applies to the assistance budget and not the assistance lump sum). This is a similar approach to the one in force in the Netherlands; it also provides a free lump sum and requires proof of how the money was used over this amount. The Netherlands also carries out intensive controls on a random

basis (or indicator-based), while in Sweden recipients of higher budgets must submit original supporting documents on the use of the money every six months. No standard rules were observed in the UK and Germany.

With respect to **quality assurance** none of the assistance models set out the qualifications expected of personal care assistants. With the exception of Austria where home visits are made, quality is largely a matter for budget recipients themselves to judge.

The comparison of the five assistance models also examines to what extent budget recipients avail of **support services**, such as advice, schooling or employment of assistants, when deciding on the care they wish to receive. In Sweden (and in some instances in Germany and the UK) such support services are considered as an assistance need and are financed from own resources. In other countries, recipients may use their personal budget to pay for support services. All budget recipients in Switzerland are free to choose between support services and providers.

In relation to the **take up** of the Swiss pilot assistance budget, around 2.5% of the eligible population avail of this possibility. In the other models the take up rate is no higher than 10% (estimation for the Netherlands), while in the UK around 6% of the physically disabled are in receipt of Direct Payments. In countries which have long had a national assistance budget system in place, there is a discernible increase in the number of budget recipients. Behind Austria which has around 370,000 recipients of care allowances (provided by the Bund or the Länder), the Netherlands has the second highest number of recipients (around 86,000); in Sweden the figure is around 14,000.

Despite the variety of models, a common trend can be observed in terms of **the outcomes for budget recipients**. Those who are free to choose the care services they need and are allowed to finance it through their personal budget consistently report satisfaction with the system. Various studies show that recipients consider that their quality of life and participation in central aspects of day-to-day life have improved. However, a more discriminate analysis reveals that recipients have seen improvements in social relationships, mobility and recreational activities, though the broader areas of professional integration or independent living options are scarcely documented.

The study also looked at the impact of assistance models on the care provision sector. With the exception of Sweden, the assistance model has had little **outcomes for service providers**. This is due to the fact that only a small share of the eligible disabled population avail of the personal budget option and therefore use or continue to use the majority of the services provided by institutions. Based on figures from the Netherlands, Sweden and Germany, a further explanation is that very few budget recipients make exclusive use of the employer model. Care provision more often consists of a combination of services provided by organisations. Although this may reflect problems recruiting sufficient numbers of personal care assistants, it is also a conscious decision on the part of recipients, due to the high importance they give to criteria, such as trust, experience and qualifications, when choosing care givers. This would further explain why many designate family members as their carer.

The examination of the **outcomes for personal care assistants** related above all to their working conditions. In some cases, their employment status is precarious due to the fact that the job is often part-time, the wages are low, it offers poor career prospects and is given little social recognition. Nevertheless, professional carers in this sector rate their situation positively.

Research on **cost shifting** as a further effect of the introduction of an assistance model in the countries studied here has not proved fruitful. There exists no overarching comparison of assistance models with other benefit systems, which also takes account of the respective effects. The few existing studies compare the costs of individual care provision systems and confirm the cost neutrality/lower costs of personal budgets. However, financial accounting should also consider the scope of the expansion of the benefit volume, especially as a replacement of unpaid informal care.

Research on the practices of individual countries allows us to draw **conclusions** in relation to the design any future Swiss assistance model could take. First, it would appear that there is no single, definitive assistance model. There are substantial national differences and a drive – which should not be underestimated – to regularly adapt these models. One lesson which can be learnt from the experiences of other countries is that a range of population groups need support in terms of access to and use of the personal budget. Consequently, this would help keep administrative red tape to a minimum (e.g. providing proof of how the money was used) as well as help determine the need for support services.

It is also important that a family member can be given personal care assistant status, a practice which is largely tolerated in other countries. Budget recipients can trust them to provide the care that they need, a central criterion for them when choosing a carer. Furthermore, this would not undermine the importance of services provided by organisations, but would in effect compensate for the lack of (qualified) staff available on the labour market or among the budget recipients’ family and friends. Access to potential care givers greatly depends on the personal budget of the recipient. The provision of an adequate wage will allow for the development of a market in this regard. To ensure that undeclared labour is excluded from this market – which would only undermine the legitimacy of the assistance model – the study concludes that it is more than justified to require assistance budget recipients to account for their use of these funds.

1. Einleitung

1.1. Einführung in die Thematik

Es gehört zu den Errungenschaften der Moderne, den Menschen Optionen in der individuellen Lebensführung eröffnet zu haben. Doch die Möglichkeiten, selbstbestimmt das eigene Leben gestalten zu können, haben nicht alle Gruppen gleichermaßen erfasst. Menschen mit Behinderung gehören zu jenen, denen noch nicht alle „Türen des modernen Projekts“ (Waldschmidt 1999, 42) offen stehen. Selbstbestimmung und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen sind und bleiben damit zentrale Herausforderungen der Sozialpolitik (vgl. Baumgartner 2003).

Im vorliegenden Bericht steht jenes Feld im Zentrum, das für Personen mit einer Behinderung als besonders wichtig im Hinblick auf die Ermöglichung von mehr Selbstbestimmung erachtet wird, nämlich Hilfeleistungen (vgl. Miles-Paul & Frehse 1994). Mehr Selbstbestimmung in Bezug auf die Versorgung mit Hilfeleistungen heisst, dass Wahlmöglichkeiten und Entscheidungskontrolle von Personen mit einer Behinderung bei der Leistungserbringung verbessert werden. Sie sollen darüber entscheiden können, wer ihnen zu welchem Zeitpunkt welche Hilfe erbringt.

Die Voraussetzung hierfür ist in einer veränderten Steuerung der Behindertenhilfe zu sehen, indem Gelder nicht mehr zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern fliessen, sondern zu den Betroffenen selbst gelangen. Diese Direktzahlungen, die im Folgenden mit dem Begriff Persönliches Budget bezeichnet sind, ermöglichen es ihnen, Helfer/innen auf der Basis von Arbeitsverträgen als Persönliche Assistenten oder Assistentinnen selbst anzustellen oder unter bestehenden Leistungsangeboten – etwa von sozialen Einrichtungen – auswählen zu können.

Von sogenannten Assistenzmodellen, die auf der Ausrichtung von Persönlichen Budgets basieren, konnten bislang Personen mit einer Behinderung in der Schweiz nicht profitieren. Seit 2006 ist mit dem Pilotversuch Assistenzbudget ein Modell in Erprobung, das einer Gruppe von Personen eine Neuausrichtung ihrer Hilfeversorgung ermöglicht und mit diesen Erfahrungen eine Grundlage für eine allfällige allgemeine Einführung schafft.

Im Hinblick auf eine Konzeption eines Assistenzmodells für die Schweiz lohnt sich der Blick über die Grenzen hinaus. Denn verschiedene Länder richten bereits seit mehreren Jahren Persönliche Budgets an Personen mit einer Behinderung aus. Eine Auswahl dieser Länder steht im Mittelpunkt dieser Studie, nämlich die Assistenzmodelle in Schweden, den Niederlanden, Grossbritannien, Deutschland und Österreich.

Die Assistenzmodelle in diesen Ländern werden im Einzelnen vorgestellt und bezüglich ausgewählter Aspekte mit dem Pilotversuch in der Schweiz verglichen. Zu diesen Modellen sind in der Vergangenheit bereits verschiedene Studien entstanden. Diese Forschungsergebnisse sind von Interesse, da sie Aussagen über die Erreichung der intendierten Wirkungen bzw. über die Berechtigung der Erwartungen seitens von Betroffenen erlauben. Diese Erkenntnisse sind die Basis, um Folgerungen auf die Ausgestaltung eines Assistenzmodells in der Schweiz ziehen und so zu einem funktionierenden Modell beitragen zu können.

1.2. Aufbau der Studie

Der vorliegende Bericht gliedert sich in sechs Teile. Kapitel 2 orientiert über die zentralen Zielsetzungen, die methodische Vorgehensweise sowie über konzeptionellen Grundlagen der Studie. Begrifflichkeiten wie Assistenzmodelle wie auch jene Untersuchungsdimensionen, auf denen bei der Beschreibung einzelner Assistenzmodelle der Fokus liegt, werden hier erläutert.

Die Beschreibung der Konzeption und der Umsetzung von Assistenzmodellen in andern Ländern findet sich in Kapitel 3. Die Modelle in Schweden, den Niederlanden, Grossbritannien, Deutschland und Österreich werden je einzeln vorgestellt und folgen hierbei einer einheitlichen Darstellung, die auf die Konzeption, die Abklärung des Assistenzbedarfs, die Leistungen sowie die Inanspruchnahme Bezug nimmt.

Der Vergleich dieser ausländischen Erfahrungen mit dem Pilotversuch in der Schweiz wird in Kapitel 4 vorgenommen. Zunächst wird der Pilotversuch für sich entlang den gleichen Untersuchungsdimensionen wie bei den ausländischen Modellen beschrieben, bevor im Rahmen des Vergleichs Besonderheiten und Gemeinsamkeiten zu benennen sind.

Dem Kenntnisstand über Wirkungen von Assistenzmodellen widmet sich Kapitel 5. Grundlage sind hierbei Studien und Untersuchungen, welche die einzelnen vorgestellten Assistenzmodelle im Ausland betreffen. Für jedes länderspezifische Modell wird zunächst eingeführt, welche Studien mit welchen Ergebnissen vorliegen und welche Wirkungen, aber auch mögliche Stärken und Schwächen daraus ersichtlich sind. Eine Zusammenfassung dieser Erkenntnisse in einem zweiten Schritt eröffnet die Option, mögliche länderübergreifende Aussagen auf Basis des Kenntnisstandes vornehmen zu können.

Welche Folgerungen sich daraus für eine Ausgestaltung eines Assistenzmodells in der Schweiz ergeben, dieser Frage widmet sich das abschliessende Kapitel 6. Gestaltungsoptionen vor dem Hintergrund der (forschungsbasierten) Erfahrungen, die in den untersuchten ausländischen Modellen festzustellen sind, werden erörtert.

Das Literaturverzeichnis wie die Liste der Experten und Expertinnen, auf deren Befragung im Laufe der Arbeit Bezug genommen wird, finden sich am Schluss der Arbeit (Literaturverzeichnis bzw. Anhang 1). Ein Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen zu Beginn des Berichts (auf Seite ix) dient der besseren Verständlichkeit des Textes.

2. Zielsetzungen und Gegenstand der Studie

2.1. Zielsetzungen der Studie

Der vorliegende Bericht ist Teil eines Evaluationsprogramms (vgl. Balthaser & Müller 2005) zur Untersuchung des laufenden Pilotversuchs „Assistenzbudget“ und zur Ermittlung von Entscheidungsgrundlagen für eine mögliche allgemeine Einführung eines Assistenzmodells in der Schweiz.

Das vorliegende Teilprojekt (6b) liefert zum einen solche Entscheidungsgrundlagen, indem die Ausgestaltung des Pilotversuchs in der Schweiz mit Assistenzmodellen im Ausland verglichen und Besonderheiten und Gemeinsamkeiten ausgearbeitet werden. Zum anderen soll anhand der Erfahrungen im Ausland auch der Wissensstand darüber dokumentiert werden, was bei Assistenzmodellen funktioniert und erfolgreich ist und welche Wirkungen ausgelöst werden. Aus diesen Erkenntnissen, die auf empirischen Studien wie auch auf Meinungen von Experten und Expertinnen basieren, resultieren Hinweise auf Voraussetzungen für ein „funktionsfähiges System“ (Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005c, 4) in der Ausgestaltung von Assistenzmodellen.

Die Studie verfolgt im Einzelnen folgende Zielsetzungen:

- Beschreibung ausgewählter ausländischer Assistenzmodelle nach einem einheitlichen Raster
- Beschreibung des Kenntnisstandes über Wirkungen, Kosten und Vollzug einzelner ausländischer Modelle
- Folgerungen im Hinblick auf konzeptionelle Steuerungselemente zur Optimierung des Nutzens und/oder Eingrenzung der Kosten in Bezug auf den Pilotversuch Assistenzbudget

2.2. Zum Begriff Assistenzmodell

Verschiedene Länder in Europa wie auch die USA weisen seit einigen Jahren Assistenzmodelle auf. Bei allen Unterschieden in der Ausgestaltung dieser Modelle lassen sich einige Gemeinsamkeiten in Bezug auf Zielsetzungen und Interventionsform benennen, welche die Verwendung eines gemeinsamen Begriffs erlauben.

Der Begriff „Assistenzmodell“ nimmt zunächst darauf Bezug, wie Hilfeleistungen für Menschen mit einer Behinderung sozialstaatlich organisiert werden. Die Ausrichtung von Hilfeleistungen verbindet sich in diesen Modellen mit der **Zielsetzung**, Personen mit einer Behinderung mehr Wahlmöglichkeiten und Entscheidungskontrolle in der Erstellung von Hilfeleistungen zu ermöglichen (vgl. Wacker, Wansing & Schäfers 2005, 26; Baumgartner 2002b). Deren Entscheidungsspielräume erstrecken sich insbesondere darüber, welche Hilfeleistung sie in Anspruch nehmen, wer diese Unterstützung erbringt und zu welchem Zeitpunkt und in welcher Häufigkeit diese erbracht werden (vgl. Wacker et al. 2005, 33). Damit ist eine Abkehr von Versorgungssystemen eingeläutet, in denen Personen mit einer Behinderung primär Hilfeempfänger/innen sind und im traditionellen Beziehungsdreieck von Leistungsträgern, - anbietenden und -empfänger/innen kaum Mitsprachemöglichkeiten kennen (vgl. Windisch 2006, 11; Wansing 2005, 176f.).

Mit der Umgestaltung der Hilfeversorgung verbinden sich auch weiterführende Zielsetzungen. Denn die Ausgestaltung der Hilfeleistungen begrenzt oder ermöglicht für Personen mit einer Behinderung

wesentlich die Chancen, Teilhabe in der Gesellschaft realisieren zu können. Mit Assistenzmodellen sind somit auch Auswirkungen auf die Lebenssituation von Personen mit einer Behinderung zu erwarten, die konzeptionell unterschiedlich, etwa als Verbesserung der „Lebensqualität“ (vgl. Wacker et al. 2005, 12ff.) oder als „Teilhabe“ (vgl. Waterplas & Samoy 2005, 61), beschrieben werden können.¹

Die Umsetzung dieser Zielsetzung realisiert sich über eine spezifische sozialpolitische **Interventionsform**, die als weitere Gemeinsamkeit benannt werden kann. Die auch als „Objektfinanzierung“ (vgl. Prerost 1999) bezeichnete typische Finanzierungsform, in der Leistungsanbieter direkt von Leistungsträgern für ihre Leistungen entschädigt werden (vgl. Wacker et al. 2005, 27), erfährt eine Ablösung. Assistenzmodelle richten nämlich Persönliche Budgets bzw. Direktzahlungen an Personen mit einer Behinderung aus und realisieren damit eine Umlenkung der Geldmittel vom Leistungsanbieter zu den Leistungsnutzern und -nutzerinnen (Subjektfinanzierung). Anstelle von Sachleistungen, also Dienstleistungen von Einrichtungen und Diensten, erhalten Personen mit einer Behinderung einen bedarfsgerechten Geldbetrag zugesprochen.

Bedarfsausgleichssysteme mit diesen Eigenschaften, die hier als Assistenzmodelle definiert werden, können unterschiedliche Bezeichnungen aufweisen. „Persönliche Budgets“ (vgl. AHA e.V. & Windisch 2006; Windisch 2006; Wacker et al. 2005), „Direktzahlungen“ (bzw. Direct Payments oder l’allocation personnalisée; vgl. Waterplas & Samoy 2005) oder „Modelle Persönlicher Assistenz“ (vgl. Baumgartner 2002a).

Für die Auswahl der ausländischen Assistenzmodelle wurden weitere Voraussetzungen eingeführt bzw. konkretisiert. Assistenzmodelle ...

- setzen bei den Nutzer/innen einen regelmässigen Bedarf an persönlicher Hilfe voraus,
- entschädigen den Bedarf an persönlicher Hilfe in Form eines Persönlichen Budgets,
- überlassen es der Wahlfreiheit der Personen mit einer Behinderung (oder ihrer gesetzlichen Vertretung), wer die persönliche Hilfe (Assistenz) erbringen soll,
- sehen subjektbezogene Instrumente der Bedarfsbemessung der persönlichen Hilfe (behinderungsbedingte Pflege und/oder Betreuung) vor und
- können von Menschen mit Behinderungen im Alter bis 65 Jahren in Anspruch genommen werden.

Im Folgenden werden die Begrifflichkeiten der jeweiligen Länder übernommen. Als übergreifender Begriff für diese verschiedenen Modelle wird von Assistenzmodell gesprochen.

2.3. Auswahl der ausländischen Modelle

Eine Reihe von Ländern in Europa kennt Modelle zur Organisation der Hilfe für Menschen mit Behinderung, welche die eingeführten Kriterien von Assistenzmodellen erfüllen. Nach Vorgabe des

¹ Weitere Zielsetzungen, die sich mit Assistenzmodellen verbinden, können Schaffung von Arbeitsplätzen im Pflegebereich, Schaffung von (erhöhter) Konkurrenz unter Leistungsanbietern, Deckung von Versorgungslücken oder -defiziten oder eine Stärkung von ambulanten gegenüber stationären Leistungen (vgl. Timonen, Convery & Cahill 2006, 467f.)

Auftraggebers, dem Bundesamt für Sozialversicherungen, sind es die folgenden fünf Modelle, die für einen Vergleich mit dem Pilotversuch Assistenzbudget in der Schweiz verwendet werden:

- Persönliches Budget in Schweden
- Personengebundenes Budget in den Niederlanden
- Direct Payments in Grossbritannien
- Persönliches Budget in Deutschland
- Pflegegeld in Österreich

Mit dem Einbezug von Grossbritannien, Schweden und den Niederlanden ist eine Auswahl von Ländern eingeschlossen, die in verschiedenen Überblicksarbeiten über Assistenzmodelle ebenfalls berücksichtigt sind (vgl. Loeken 2006; Huguenin 2005; Wacker et al. 2005; Waterplas & Samoy 2005; Leuenberger 2004; Wansing 2004; Baumgartner 2002a). Dieser Umstand ist wesentlich darin begründet, dass die Assistenzmodelle in diesen Ländern zum einen über eine längere Tradition verfügen und zum andern bereits gesetzlich allgemein umgesetzt sind. Letzteres trifft insbesondere für Deutschland nicht zu, wo das Persönliche Budget noch im Rahmen von Pilotversuchen erprobt (und auch derzeit evaluiert) wird und eine allgemeine, landesweite Einführung erst bevorsteht. In Österreich wiederum besteht das sogenannte Pflegegeld zwar seit 1993, zugleich ist das Leistungsspektrum sehr eingeschränkt. Eine Erweiterung ergab sich hier mit der Einführung des Leistungssystems „Assistenz am Arbeitsplatz“ im Jahr 2004. Zugleich laufen in einzelnen Regionen Österreichs Pilotprojekte mit „Persönlicher Assistenz“, womit sich insgesamt drei nebeneinander existierende Leistungssysteme ausgebildet haben. Der Schwerpunkt bei der Analyse der Situation in Österreich wird auf dem Pflegegeld liegen, während die weiteren Leistungssysteme ergänzend kurz vorgestellt werden (siehe Abschnitt 3.5).

Mit der Auswahl dieser Länder erschöpfen sich die internationalen Erfahrungen mit Assistenzmodellen keineswegs (vgl. z.B. Timonen et al. 2006; Ungerson 2004; FAssiS 2002). Vielmehr kennen auch Dänemark (vgl. Rizzi 2006; Brock 2003), Belgien (vgl. Pijl 2007; Waterplas & Samoy 2005), Norwegen (vgl. Askheim 2005) oder Frankreich (vgl. Pijl 2007; Huguenin 2005, 34ff.) entsprechende Modelle, die jedoch im weiteren Verlauf der Studie nicht berücksichtigt werden.

2.4. Untersuchungsdimensionen und Fragestellungen

2.4.1. Einleitende Bemerkungen zu den Untersuchungsdimensionen

Im Vordergrund bei der Beschreibung der unterschiedlichen Assistenzmodelle stehen folgende Themen:

- Sozialpolitische Ziele der Assistenzmodelle
- Ausgestaltung der Assistenzmodelle
- Art der Einbettung in Leistungssysteme der Sozialversicherung
- Koordination der Assistenzleistungen mit herkömmlichen Leistungen
- Bedarfsbemessung
- Massnahmen zur Qualitätssicherung

- Analyse des Zielgruppenprofils
- Wirkungen und Kosten der Assistenzmodelle
- Stärken und Schwächen der Assistenzmodelle

Unter einem evaluationstheoretischen Blickwinkel sind diese Themen auf unterschiedlichen Ebenen, die sich mit dem Gegenstand „Assistenzmodelle“ verbinden, anzusiedeln. Es lassen sich analytisch drei Ebenen unterscheiden (vgl. Bussmann, Klöti & Knoepfel 1997, 70):

Eine Ebene bildet die Konzeption der Assistenzmodelle. Auf dieser Ebene ist die den einzelnen Assistenzmodellen zugrunde liegende Wissensbasis im Fokus. Darunter fallen etwa die Zielsetzungen der Modelle, die Definition der Zielgruppe und der Anspruchsvoraussetzungen oder die Regelungen zur Ermittlung des Assistenzbedarfs und daraus des Persönlichen Budgets.

Von der Konzeption ist die Praxis zu unterscheiden, nach der die einzelnen Modelle tatsächlich umgesetzt werden. Denn erst im Vollzug konkretisieren sich Praktiken und die Organisation der Modelle, die durchaus von der Konzeption abweichen können. Auf dieser Ebene des Vollzugs und der Outputs stehen die Art der Nutzung der Modelle durch Personen mit einer Behinderung, die Umsetzung der Modelle und die Ausrichtung von Leistungen (Outputs) im Vordergrund.

Eine dritte Ebene ist mit Impact und Outcome zu umschreiben. Denn die Ergebnisse und Wirkungen, die bei der Zielgruppe, bei anderen Systemen oder letztlich gesellschaftlich erzielt werden, bilden eine eigenständige Evaluationsebene. Die Beschreibung von Wirkungen setzt voraus, dass ein Nachweis über den Zusammenhang eines Assistenzmodells bzw. dessen Implementation und möglichen gesellschaftlichen, institutionellen oder personenbezogenen Veränderungen rekonstruiert werden kann.

Die Beschreibung der drei Ebenen nimmt auf unterschiedliche Quellen Bezug. Die Konzeption wie auch der Vollzug und die Outputs sind Gegenstandsbereiche, die wesentlich aus schriftlichen Dokumenten wie Gesetzestexten, Praxishandbüchern, Modellbeschreibungen oder Statistiken erschlossen werden. Bezüglich der Beschreibungen von Wirkungen – von impact und outcome – sind vor allem empirische Studien die zentrale Datenquelle, deren Aussagekraft unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu beurteilen ist.

Aus diesem Grund gliedert sich die Beschreibung der Assistenzmodelle in Dimensionen zur Konzeption und Umsetzung (Abschnitt 2.4.2) sowie zur Beschreibung der Wirkungen der Assistenzmodelle (Abschnitt 2.4.3).

2.4.2. Dimensionen zur Beschreibung der Konzeption und Umsetzung

Die Auswahl der Dimensionen zur Beschreibung der Konzeption und Umsetzung der Assistenzmodelle in einzelnen Ländern begründet sich zum einen durch das Interesse des Auftraggebers an Information über jene konzeptionellen Elemente, die eine Steigerung des Nutzens und/oder Eingrenzung der Kosten von Assistenzmodellen erlauben. Die Dimensionen nehmen andererseits Bezug auf bestehende systematische Darstellungen von solchen Modellen wie auch auf den Kenntnisstand darüber, welches die kritischen Punkte für eine erfolgreiche Umsetzung und Zielerreichung von Assistenzmodellen sind.

Die Dimensionen gliedern sich in die Themen „Konzeption“, „Assistenzbedarf“, „Leistungen“ und „Inanspruchnahme“.

Konzeption der Assistenzmodelle

Bei der Konzeption von Assistenzmodellen ist zunächst von Interesse, seit wann diese bestehen und auf welchen gesetzlichen Grundlagen sie beruhen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Dimensionen zur Konzeption von Assistenzmodellen

Teildimensionen	Fragen
Geschichte	<ul style="list-style-type: none"> • Seit wann gibt es ein Assistenzmodell? • Gab es Anpassungen seit Bestehen des Modells?
Gesetzliche Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die gesetzlichen Grundlagen? • Auf welchen Gesetzesstufen sind die Grundlagen geregelt und was sind die einzelnen Dokumente dazu?
Zielsetzungen <ul style="list-style-type: none"> • Existenzsicherung versus Abgeltung behinderungsbedingter Mehrkosten • Wahlfreiheit/Selbstbestimmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche sozialpolitischen Ziele stehen im Vordergrund?
Zielgruppe <ul style="list-style-type: none"> • Behinderungsart • Altersgrenzen (Ein-/Ausschluss älterer Personen und von Kindern) • Wohnsituation (Heim, selbstständiges Wohnen) • Behinderungsgrad (leicht versus schwer) • Mündigkeit, Fähigkeitsprüfung 	<ul style="list-style-type: none"> • Wer gehört zur Zielgruppe? • Welche Anspruchsvoraussetzungen gibt es? • Welche Eingrenzungen der Zielgruppe werden vorgenommen (nach Alter, Behinderungsart, Wohnsituation, Ausmass des Bedarfs, etc.)?
Grundstruktur <ul style="list-style-type: none"> • Modellversuche versus nationale Modelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Handelt es sich um Projekte oder grossflächige Einführungen? • In welchen Leistungssystemen (Invalidenversicherung, Krankenversicherung, ...) ist das Assistenzmodell eingebettet?
Vollzugsstruktur <ul style="list-style-type: none"> • Regionale Zuständigkeiten und Strukturen • Organe für den Vollzug 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie zentral oder föderal ist das System organisiert?
Abgrenzung zu anderen Sozialleistungen <ul style="list-style-type: none"> • Verhältnis zur Existenzsicherung • Ein-/Ausschluss von Pflege- und Behandlungskosten 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sind die Assistenzleistungen mit anderen Sozialleistungen (Sozialversicherungen, Sozialhilfe etc.) koordiniert?

In Bezug auf die Zielsetzungen ist zu thematisieren, wie weit über die Steigerung der Bedarfsadäquanz, der Effektivität und der Effizienz der Hilfeversorgung explizit auch auf Verbesserungen der gesellschaftlichen Teilhabe verwiesen wird. Die Zuschneidung der Modelle auf bestimmte Personengruppen ist ein wesentliches Steuerungselement in der Ausgestaltung von Assistenzmodellen, um die Kosten durch den Ausschluss von kostenintensiven Personengruppen (etwa über den Behinderungsgrad bzw. den Umfang des Assistenzbedarfs) wie auch die Risiken der Modellumsetzung zu

beeinflussen. Eine Risikominimierung kann etwa bedeutet, dass nur Personen in ein Programm inkludiert werden, bei denen eine erfolgreiche Umsetzung angenommen wird (vgl. Baumgartner 2002a, 299). Die weiteren Themen in der Konzeption betreffen die Fragen, wie weit ein Assistenzmodell als Modellversuch, also zeitlich und/oder geographisch begrenzt, umgesetzt wird oder allgemein und national eingeführt ist, und wie der Vollzug organisiert ist. Zudem ist die Abgrenzung zu anderen Sozialleistungen zu thematisieren, insbesondere das Verhältnis zu Beiträgen der Existenzsicherung.

Abklärung des Assistenzbedarfs

Die Abklärung des Assistenzbedarfs ist eine weitere Dimension zur Beschreibung der Assistenzmodelle (siehe Tabelle 2). Sie thematisiert, wie innerhalb eines Assistenzmodells der Bedarf an persönlicher Hilfe festgelegt wird. Dies schliesst eine prozedurale (Wer entscheidet? Wie läuft die Abklärung ab?) und eine inhaltliche (Was begründet einen Bedarf? Welche Leistungen sind hierfür nötig?) Dimension ein (vgl. Baumgartner 2002a, 104f.). In der prozeduralen Dimension ist von Interesse, wer für diese Abklärung zuständig ist und welches Gewicht hier fachlich-professionelle Perspektiven wie auch eine Mitwirkung der betroffenen Personen mit einer Behinderung erhalten. Zudem ist von Interesse, welche Schritte in diesem Abklärungsprozess eingeplant sind und wie weit auch laufende Anpassungen von Bedarfsabklärungen (Revisionen) vorgesehen sind.

Tabelle 2: Dimensionen zur Abklärung des Assistenzbedarfs

Teildimensionen	Fragen
Zuständigkeiten <ul style="list-style-type: none"> Fachkommission versus Behörde Einbezug Betroffener 	<ul style="list-style-type: none"> Wer klärt den Assistenzbedarf ab? Wie sind die Betroffenen involviert?
Assistenzbereiche <ul style="list-style-type: none"> Bereiche wie Pflege (Grund-, Behandlungspflege), Haushalt, Erwerbsarbeit, Mobilität, Freizeit 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Assistenzbereiche werden anerkannt, d.h. entschädigt? Decken sich die Assistenzbereiche und die Tätigkeiten mit denjenigen nach Art. 10 der Verordnung zum Pilotversuch Assistenzbudget? Wie werden gegebenenfalls medizinische Leistungen abgegrenzt?
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> Wie wird der Assistenzbedarf abgeklärt? Ist das Abklärungsinstrument (inkl. Anleitungen) frei verfügbar?
Normen <ul style="list-style-type: none"> Pauschalen versus individuelle Festlegungen Zeitpauschalen versus Geldpauschalen Umgang bei Mehrpersonenhaushalten 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Normen werden angewendet? Wo werden (abgestufte) Pauschalen angewendet?
Revisionen	<ul style="list-style-type: none"> Wie und wann führt ein veränderter Bedarf zu Anpassungen des Persönlichen Budgets?

In inhaltlicher Hinsicht ist die entscheidende Frage, welche Assistenzbereiche in einem Assistenzmodell anerkannt werden. Die Bezugspunkte können hier unterschiedlich ausgestaltet sein, indem stärker die Tätigkeiten, welche eine Person nicht mehr selbstständig ausüben kann und somit einen

Bedarf an persönlicher Hilfe begründen, oder aber stärker die gesamte Lebenswelt einer Person einbezogen wird (zu einem derart ausgerichteten „Assessment“-Verfahren, vgl. Wacker et al. 2005, 87ff.). In jedem Fall ist jedoch davon auszugehen, dass eine Bedarfsabklärung mehrstufig angelegt ist. Eine erste Ebene bildet die Festlegung des „scope“ (vgl. Batavia, DeJong & McKnew 1991, 535), also die Definition jener Tätigkeiten bzw. Assistenzbereiche, die einen Hilfebedarf begründen können. Die Festlegung dieser Bereiche stellt einen umstrittenen Punkt in Assistenzmodellen dar, der sich insbesondere in der Frage der Anerkennung von über Haushalt oder Pflege hinausgehenden Leistungsdomänen manifestiert (vgl. Baumgartner 2002a, 104). Auf einer zweiten Stufe ist zu berücksichtigen, mit welchen Ressourcen ein anerkannter Bedarf zu decken ist. Hier stellt sich die Frage, wie weit Zeitressourcen wie auch Qualifikationen für die Leistungserbringung normiert sind. Gelten pauschalisierte Ansätze – für die Haushaltsführung sind z.B. angesichts einer bestimmten Behinderung pauschal 20 Std. pro Woche vorzusehen – oder wird das notwendige Leistungsvolumen individuell und im Einzelfall bestimmt.

Leistungen

Eine relativ umfangreiche Beschreibungsdimension bezieht sich auf die Leistungen im Rahmen eines Assistenzmodells (siehe Tabelle 3). Damit sind zunächst die Berechnung der Persönlichen Budgets und die Frage angesprochen, wie aus der Ermittlung eines Assistenzbedarfs und der Festlegung der hierfür notwendigen persönlichen Hilfe (in Form von Stunden und allenfalls bestimmten Qualifikationen) ein Geldbetrag errechnet wird. Massgebliche Unterschiede zwischen einzelnen Assistenzmodellen dürften dahingehend zu erwarten sein, wie weit Persönliche Budgets eine Obergrenze aufweisen, in ihrer Berechnung auf pauschalisierten Stundenlöhnen basieren oder differenzierte, je nach zu erbringender Leistung auch abgestufte Entschädigungsansätze berücksichtigen (zu weiteren Möglichkeiten der Budgetberechnung, siehe Wacker et al. 2005, 101ff.). Welche durchschnittlichen Beträge als Direktzahlungen letztlich entrichtet werden, ist eine Kernfragestellung zum Vollzug der jeweiligen Assistenzmodelle. Dies hängt auch davon ab, ob eine einkommensabhängige Komponente in der Berechnung eingebaut ist oder wie weit Persönliche Budgets idealtypisch ohne Berücksichtigung der Einkommens- (und Vermögens-)Verhältnisse (vgl. Waterplas & Samoy 2005, 63) zur Auszahlung gelangen.

Die mit der Auszahlung von Persönlichen Budgets eröffneten Entscheidungsspielräume sind wesentlich dadurch beeinflusst, wie weit der Einsatz dieser Gelder durch die Nutzer/innen Reglementierungen unterliegt. Zum einen sind damit mögliche Regelungen zur Verwendung der Gelder berührt, die insbesondere die Beschäftigung und Entlohnung von Angehörigen als Persönliche Assistenten und Assistentinnen betreffen können. Zum anderen können sich aus einer Kontrolle dieser Verwendung Einschränkungen ergeben. Die Kontrolle kann unterschiedlich aufgebaut sein und sich dahingehend auswirken, dass Persönliche Budgets ihren Charakter als „flexible Korridore“ (Wacker et al. 2005, 99) mit Spielräumen für die Setzung von Prioritäten verlieren, da aufgrund rigider Kontrolle die Gelder genau gemäss Bedarfsabklärung auszugeben sind.

Tabelle 3: Dimensionen zu Leistungen

Teildimensionen	Fragen
<p>Höhe Persönlicher Budgets</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pauschalen für Stundenansätze • Allgemeine versus nach Assistenzbereich/Leistungen differenzierte Stundenansätze • Grenzen auf Budgetebene (max. Entschädigungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird das Persönliche Budget berechnet? • Werden (differenzierte) Stundenansätze oder Pauschalen angewendet? • Wie hoch sind diese Ansätze? • Gibt es andere Regelungen (z.B. Assistenzgeld ohne zeitliche Erfassung des Bedarfs)? • Wie hoch ist gemäss Regelungen die maximale Budgethöhe?
Einkommensabhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Sind die Leistungen vom Einkommen oder Vermögen abhängig? Wenn ja, wie?
Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Wie hoch sind in der Praxis die durchschnittlichen Budgets? • Wie hoch sind in der Praxis die durchschnittlichen Budgets differenziert nach Teilgruppen? • Welcher Anteil der Budgets wird – sofern vorgeesehen – nach Einkommen gekürzt?
Einschränkungen in der Verwendung des Persönlichen Budgets	<ul style="list-style-type: none"> • Können auch Angehörige für Assistenzleistungen entschädigt werden? • Welche Regelungen zur Verwendung der Persönlichen Budgets bzw. zu möglichen Akteuren/Akteurinnen in der Leistungserbringung bestehen? • Wie ist die Verwendung des Persönlichen Budgets geregelt?
Kontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Sind Nachweise über die Verwendung zu führen? • Wie wird die Verwendung des Persönlichen Budgets kontrolliert? • Werden die Gelder direkt ausbezahlt oder zur Abgeltung von Aufwendungen verwaltet?
Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Massnahmen zur Qualitätssicherung? • Gibt es Massnahmen zur Gewährleistung der angemessenen Versorgung der Betroffenen (z.B. Schulung von Assistenten/Assistentinnen)? • Wie wird die Sicherheit der Betroffenen (Notfälle) gewährleistet?
<p>Unterstützungsleistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulung von Budgetnehmenden (Arbeitgeberrolle) • Beratung von Budgetnehmenden • Dienstleistungen wie Vermittlung von Helfer/innen, Hilfe bei Rekrutierung, Absicherung bei Notfällen, Unterstützung bei Verwaltung, Abrechnung Budgets, Einsatzplanung der Helfer/innen • Geförderte versus selbstständig entwickelte Unterstützungsstrukturen (Selbsthilfe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Beratung, Begleitung oder administrative Unterstützung (z.B. Assistentenpool, Administration, Sozialversicherungen)? • Durch wen gibt es diese Unterstützungsleistungen? • Wird die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen entschädigt?

Eine weitere Thematik in Zusammenhang mit den Leistungen betrifft Vorkehrungen, um die Umsetzung und Absicherung der Versorgung mit Hilfeleistungen unter den Voraussetzungen eines Assistenzmodells gewährleisten zu können. Die Frage nach der Sicherung der Qualität und der Sicherheit in der Hilfeversorgung geht dabei über eine Kontrolle der Verwendung eines Persönlichen Budgets hinaus. Denn es geht um Massnahmen, welche eine – wie immer auch definierte – Qualität der Hilfeleistungen sichern helfen. Hierunter können etwa die Schulung von Persönlichen Assistenten und Assistentinnen oder die Bereitstellung von Anlaufstellen bei Schwierigkeiten (vgl. Kennedy 1993, 20) oder Notfällen (vgl. Sabatino & Litvak 1992, 57) fallen.

Ein besonderes Feld bezeichnen sogenannte Unterstützungsleistungen (oder auch „Budgetassistenz“, Wacker et al. 2005, 105; „support services“, Flanagan & Green 1997). Das Management eines Persönlichen Budgets ist mit vielfältigen Aufgaben und Anforderungen an dessen Nutzer/innen verbunden, die oftmals nur mit Unterstützung zu bewältigen sind (vgl. Wacker et al. 2005, 105). Die hierauf abzielenden Unterstützungsleistungen können sehr vielfältig sein (vgl. z.B. Wacker et al. 2005, 105f.; Flanagan & Green 1997). Sie reichen von der Schulung und Beratung der Personen mit einer Behinderung, Informationsvermittlung bis zur Unterstützung bei der Wahl oder Rekrutierung von Leistungserbringern oder in administrativen Belangen. Assistenzmodelle können vorsehen, dass diese Unterstützungsleistungen selbst einen Teil des Persönlichen Budgets bilden und damit für die Nutzer/innen der Persönlichen Budgets finanzierbar sind. Länderspezifische Unterschiede sind auch darin zu erwarten, wie weit sich Angebotsstrukturen für Unterstützungsleistungen entwickelt haben und welche Trägerschaften – z.B. staatliche Stellen oder Selbsthilfeorganisationen – diese aufweisen.

Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets

Abschliessend bezieht sich die Beschreibung der Umsetzung der Assistenzmodelle auf deren effektive Inanspruchnahme (siehe Tabelle 4). Es ist zu untersuchen, wie viele Personen aus der Zielgruppe ein Persönliches Budget erhalten und wie sich diese Inanspruchnahme seit Einführung der entsprechenden Modelle bzw. in den vergangenen Jahren entwickelt hat. Je nach Datenlage ist auch das Profil der Nutzer/innen zu beschreiben, indem etwa die Inanspruchnahme nach Behinderungsart, Alter oder Geschlecht differenziert dargestellt wird.

Tabelle 4: Dimensionen zur Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets

Teildimensionen	Fragen
<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung der Inanspruchnahme/Nachfrage 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie viele Personen nehmen die Budgets in Anspruch? • Wie hat sich diese Zahl im Zeitverlauf entwickelt? • Welcher Anteil an Personen mit einer Behinderung nimmt das Budget in Anspruch?
<ul style="list-style-type: none"> • Profil der Nutzer/innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wer sind die Nutzer/innen (nach Behinderungsart, Alter, Geschlecht usw.)?

2.4.3. Dimensionen zur Beschreibung der Wirkungen

Die Beschreibung der Wirkungen der Assistenzmodelle rückt vor allem Fragestellungen zu drei möglichen Wirkungsdimensionen in den Vordergrund (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Dimensionen zu Wirkungen der Assistenzmodelle

Teildimensionen	Fragen
Wirkung auf Nutzer/innen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Wirkungen auf die persönliche Situation der Leistungsbeziehenden konnten nachgewiesen werden? • Welche Wirkungen zeigen sich in der Lebensqualität? • Welche Wirkungen zeigen sich in Bezug auf Selbstbestimmung und Wahlfreiheiten? • Welche Wirkungen zeigen sich in der Versorgung mit Hilfeleistungen? • Welche Wirkungen zeigen sich in Bezug auf die Arbeits- und Wohnsituation sowie auf Aktivitäten? • Welche Erfahrungen machen die Nutzer/innen der Persönlichen Budgets?
Wirkungen auf Leistungserbringer (Institutionen)	<ul style="list-style-type: none"> • Konnte eine Wirkung auf ambulante und (teil)stationäre Institutionen festgestellt werden? • Wie verändern sich die ambulanten und stationären Angebote?
Wirkungen auf die Kosten der Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Kosteneffekte konnten nachgewiesen werden? • Welche Kosten weisen die Assistenzmodelle auf? • Welche Kosten sind im Vergleich mit anderen Versorgungssystemen (stationär/ambulant) feststellbar?
Andere Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Wirkungen auf Angehörige sind feststellbar? • Welche Wirkungen auf Persönlichen Assistenten/Assistentinnen sowie Professionelle sind feststellbar?
Würdigung	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Stärken und Schwächen des Modells? • Sind Reformen vorgesehen? • Welche Punkte werden unter Betroffenen, Fachleuten oder politisch diskutiert?

Nutzer/innen von Persönlichen Budgets

In Bezug auf die Nutzer/innen von Persönlichen Budgets ist zunächst bedeutsam, was sich mit einem Persönlichen Budget in der Versorgung mit Hilfeleistungen verändert: Welche Erfahrungen machen die Nutzer/innen mit Persönlichen Budgets und wie weit stellen sich Veränderungen und eine Steigerung von Wahlmöglichkeiten und Selbstbestimmung ein? Jenseits der Ebene der Hilfe sind Impacts auch bei der Lebensqualität und in einzelnen Lebensbereichen – z.B. Wohnen oder Arbeit – zu thematisieren, denn sie knüpfen an sozialpolitische Zielsetzungen von Assistenzmodellen an.

Auswirkungen auf Leistungserbringer

Mit Assistenzmodellen verbindet sich die sozialpolitische Stossrichtung, Systeme in der Versorgung mit Hilfeleistungen alternativ zu bestehenden institutionellen – stationären oder ambulanten – Angeboten zu fördern. Damit sind bei Einführung solcher Modelle Auswirkungen auf die Institutionen in der Behindertenhilfe zu erwarten, die es in dieser Wirkungsdimension zu thematisieren gilt.

Kosten der Leistungserbringung

Daran schliesst sich unmittelbar die Frage an, wie weit Veränderungen in der Versorgungslandschaft auch mit entsprechenden Folgen auf die Kosten der Leistungserbringung verbunden sind. Grundlage für die Identifikation möglicher Kosteneffekte bilden Berechnungen der Kosten von Assistenzmodellen und deren Vergleich mit anderen Versorgungssystemen.

Assistenzmodelle tangieren in der Praxis jenseits der Zielgruppe auch weitere Gruppen, deren Betroffenheiten in einzelnen Studien auch thematisiert sein können. Zu solchen anderen Wirkungen zählen insbesondere Effekte auf Angehörige von Personen mit einer Behinderung, auf Persönliche Assistenten oder Assistentinnen und auf Professionelle in der Behindertenhilfe.

Die Beschreibung der Wirkungen in diesen genannten Dimensionen ergibt sich in erster Linie aus bestehenden empirischen Studien. Je nach Kenntnisstand, der sich aus der Zusammenstellung dieser empirischen Basis ergibt, zeigt sich ein differenziertes Bild über die Wirksamkeit eines Assistenzmodells. Im Rahmen einer Würdigung werden auf dieser Grundlage sowie ergänzt durch Interviews (zum methodischen Vorgehen, siehe den folgenden Abschnitt 2.5) mögliche Stärken und Schwächen eines Modells benannt.

2.5. Quellen und methodisches Vorgehen

Die vorliegende Studie realisiert eine Dokumentenanalyse, die durch eine Befragung von Experten und Expertinnen ergänzt wird. Im Folgenden ist zu erläutern, auf welchen schriftlichen Quellen diese Dokumentenanalyse basiert und welche Funktion der Befragung zugeordnet ist.

Dokumentenanalyse

Zur Beschreibung der Konzeption, der Umsetzung sowie der Wirkungen von Assistenzmodellen bieten sich ganz unterschiedliche Quellen an. Den ersten Schritt bildet eine Recherche zu öffentlich zugänglichen Dokumenten und Studien, die sich einschlägiger Informationszugänge, wie Internetrecherche, Projektdatenbanken, Forschungsdatenbanken, Bibliotheksabfragen oder themenbezogener Dokumentationen, bedient. Im Rahmen dieser Recherche ist der Fokus bewusst breit gehalten. So finden Projektbeschreibungen, Projektstatistiken, Evaluationen, Gesetzestexte, wissenschaftliche Studien, Zeitungs- und Zeitschriftenartikel, Rechenschafts- oder Betroffenenberichte Verwendung. In einem weiteren Schritt werden diese Informationen systematisch inventarisiert und abgelegt. Die Auswertung des Materials erfolgt schliesslich entlang der Untersuchungsdimensionen, wie sie in Abschnitt 2.4 aufgelistet sind. Falls Lücken oder klärungsbedürftige Punkte sichtbar werden, wird die Recherche gezielt nochmals aufgenommen, wobei hierbei auch Anfragen an möglichen Aus-

kunftsstellen bzw. -personen zur Anwendung kommen. Falls wichtige Dokumente weder in Deutsch noch in Englisch verfügbar sind, werden sie in die deutsche Sprache übersetzt.²

Befragung von Experten und Expertinnen

Das methodische Vorgehen sieht vor, auch auf Experten und Expertinnen zurückzugreifen. Deren Befragung dient einerseits der Vervollständigung sowie der Überprüfung der Beschreibungen der einzelnen Assistenzmodelle. Andererseits werden über die Experten und Expertinnen auch Aussagen über Stärken und Schwächen einzelner Modelle eingeholt. Im Einzelnen verfolgt die Befragung folgende Zielsetzungen:

- Abklärung zu möglichen weiteren schriftliche Quellen
- Auskunft zur Praxis und zur Umsetzung des jeweiligen Modells
- Klärung von möglichen unklaren, offenen Punkten eines Modells
- Einschätzung der Stärken und Schwächen der Assistenzmodelle
- Qualitätssicherung bezüglich der Recherchetätigkeit, im Hinblick auf die Berücksichtigung der relevanten Dokumente sowie empirischen Studien

Die Befragungen sind im Projektablauf im Anschluss an die Dokumentenanalyse terminiert, um so das Erarbeitete ergänzen, einer Überprüfung unterziehen und zugleich eine gezielte Auswahl möglicher Auskunftspersonen treffen zu können.

Im Zeitraum Juni bis August 2007 wurden schliesslich 5 Befragungen von Experten und Expertinnen realisiert. Die Zielsetzung, pro Land mindestens eine bis zwei Person(en) beizuziehen, wurde für Deutschland ausgesetzt, da hier umfangreiche Befragungen im Rahmen der Evaluation der Persönlichen Budgets bereits im Frühjahr 2007 durchgeführt wurden und das Material für die vorliegende Studie zur Verfügung stand. Die realisierten Befragungen umfassen je eine Person für die Modelle in Schweden, den Niederlanden und Grossbritannien und zwei Personen für das Modell (bzw. die Modelle) in Österreich. Namen und Funktion der Experten/Expertinnen finden sich im Anhang A.

Die Befragung wurde je nach Wunsch des Experten/der Expertin schriftlich oder mündlich per Telefon durchgeführt. Die Grundlage bildet ein allgemeiner Befragungsleitfaden (siehe Anhang B), der länderspezifisch aufgrund der jeweiligen Informationsbedürfnisse, besonderen Modellbedingungen oder aus anderen Gründen konkretisiert oder ergänzt wurde. Bei einer mündlichen Befragung wurde das Interview aufgenommen und anschliessend zusammenfassend schriftlich dokumentiert. Wenn in der vorliegenden Studie Ausführungen Bezug auf diese Befragungen nehmen, dann wird namentlich auf die entsprechende Person verwiesen.

² Aufgrund der begrenzten Ressourcen beschränken sich die Übersetzungen auf Auszüge aus Dokumenten.

3. Konzeption und Umsetzung der Assistenzmodelle

3.1. Das Persönliche Budget in Schweden

3.1.1. Konzeption

Gesetzliche Grundlagen und Zielsetzungen

Das schwedische Assistenzmodell trat 1994 in Kraft. Die gesetzlichen Grundlagen bilden das „Gesetz über Unterstützung und Dienstleistungen für Funktionsbehinderte (LSS³)“ sowie „Das Gesetz über Fürsorgeleistungen“ (LASS⁴).

Das LSS garantiert ein Grundrecht, dass Personen mit einer Behinderung dieselben Möglichkeiten zur Organisation ihres Alltags haben sollen wie nichtbehinderte Personen. Dabei soll insbesondere das Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung und Privatsphäre gestützt werden (vgl. Schwedisches Institut 2001). Weiter sind im LSS alle Unterstützungsmassnahmen aufgelistet, auf welche die Personen mit einer Behinderung Anspruch haben (siehe dazu Abschnitt 3.1.3). Das Kernstück des Assistenzmodells ist das LASS-Gesetz, welches das Recht auf ein Persönliches Budget konkretisiert (vgl. Loeken 2006, 36).

Seit dem Inkrafttreten gab es sehr viele, wenn auch häufig kleinere Anpassungen der gesetzlichen Bestimmungen zum Assistenzmodell (gemäss Hinweis Herr Ratzka, Interview vom 20.6.2007). Eine bedeutsame Veränderung betraf die Ausweitung der Altersgrenze der Anspruchsgruppe, die zugleich den Bezug Persönlicher Budgets durch Personen von über 65 Jahre und unter 15 Jahre nicht mehr ausschliesst. Ausserdem wurde der Kostenschlüssel zwischen den Gemeinden und dem Staat zur Finanzierung des Assistenzmodells neu geregelt (siehe unten, Abschnitt zu Grund- und Vollzugsstruktur).

Beim Assistenzmodell geht es primär um die Abgeltung behinderungsbedingter Mehrkosten. Die Existenzsicherung wird von den Sozialversicherungen und der Sozialhilfe gewährleistet (gemäss Hinweis Herr Ratzka, Interview vom 20.6.2007).

Zielgruppe

Die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug eines Persönlichen Budgets betreffen Behinderungsart, Alter, Ausmass des Bedarfs und Wohnsituation. Die anspruchsberechtigenden Behinderungen werden in drei Gruppen aufgeteilt (siehe Tabelle 6):

³ „Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade“; für die deutsche Übersetzung des Gesetzes, vgl. MGSIS - Ministerium für Gesundheit und Soziales, Internationales Sekretariat 2004.

⁴ „Lag om assistansersättning“; für die deutsche Übersetzung des Gesetzes, vgl. MGSIS - Ministerium für Gesundheit und Soziales, Internationales Sekretariat 2004.

Tabelle 6: Anspruchsberechtigte Personengruppen nach Behinderungsarten

Bezugsgruppe 1	Personen, die geistig zurückgeblieben sind, autistisch sind oder dem Autismus ähnliche Symptome aufweisen.
Bezugsgruppe 2	Personen, die eine erhebliche und ständige geistige Funktionsbeeinträchtigung infolge einer Hirnschädigung als Erwachsene aufweisen, wobei die Schädigung durch äussere Einwirkung oder eine körperliche Erkrankung verursacht sein kann.
Bezugsgruppe 3	Personen, die sonstige bleibende physische oder psychische Funktionsbehinderungen aufweisen, die offensichtlich nicht mit dem normalen Alterungsprozess zusammenhängen, wenn es sich dabei um wesentliche Störungen handelt, die zu erheblichen Schwierigkeiten im täglichen Leben führen und infolgedessen Unterstützung und Dienstleistungen umfassend erforderlich machen.

Quelle: MGSIS - Ministerium für Gesundheit und Soziales, Internationales Sekretariat 2004

Der Anspruch auf ein Persönliches Budget nach LASS muss vor der Vollendung von 65 Jahren erfüllt sein. Danach besteht keine Möglichkeit mehr, ein Persönliches Budget zu erwerben oder die Anzahl der Assistenzstunden zu erhöhen. Vor dem 65. Altersjahr erworbene Budgets werden somit im gleichen Umfang fortgeführt (vgl. Clevnert & Johansson 2007, 70).

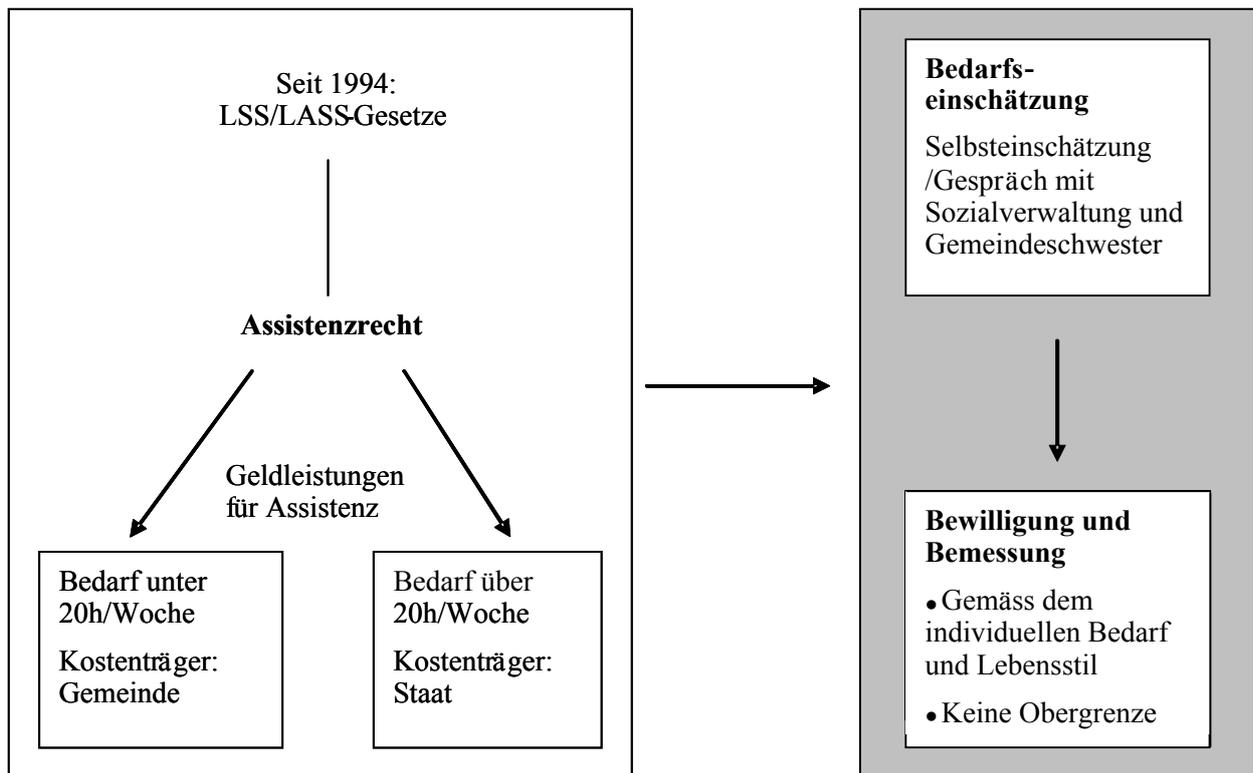
Falls eine Behinderung erst nach dem 65. Altersjahr eintritt, werden die Kosten von den lokalen Behörden getragen. Diese können die notwendigen Hilfeleistungen entweder in Form von Dienstleistungen gewähren oder Direktzahlungen ausrichten (vgl. Ratzka 2004b, zit. nach Huguenin 2005). Eine Altersbegrenzung nach unten gibt es nicht. Auch Kinder können Assistenzgelder erhalten (vgl. Leuenberger 2004).

Um Unterstützung nach LASS zu erhalten, muss ein Assistenzbedarf von 20 und mehr Stunden für Grundbedürfnisse wie persönliche Hygiene, An- und Ausziehen, Essen, Kommunikation und andere qualifizierte Bedürfnisse wie Atemprobleme, epileptische Anfälle etc. vorliegen. Erfüllt eine Person diese Kriterien, so hat sie Recht auf Assistenz in weiteren Lebensbereichen wie Einkaufen, Freizeitaktivitäten oder Urlaub (vgl. Clevnert 2004). Ausserdem hat sie die Wahlfreiheit, von wem sie die Dienstleistungen bezieht. Für Personen mit einem kleineren Assistenzbedarf als 20 Stunden pro Woche ist die Gemeinde zuständig. In diesem Falle entscheiden die Gemeinden, ob sie die Bedarfsabdeckung mittels Sach- oder Geldleistungen vornehmen wollen (vgl. Ratzka 2003).

Die Leistungen gelten nur für Menschen, die nicht in Einrichtungen leben. Menschen, die in Heimen wohnen, soll damit der Wechsel in eine private Wohnung ermöglicht werden (vgl. Wacker et al. 2005).

Für einen zusammenfassenden Überblick zu den gesetzlichen Grundlagen, siehe Grafik 1.

Grafik 1: Elemente des Persönlichen Budgets in Schweden



Grund- und Vollzugsstruktur

Das Assistenzmodell ist heute grossflächig eingeführt und im Leistungssystem der staatlichen Sozialversicherung eingebettet. Seine Vollzugsstruktur sieht sowohl zentralstaatliche wie auch föderalistische Elemente vor:

- Die Bestimmungen zum Assistenzmodell sind zentral durch die staatliche Sozialversicherung geregelt.
- Die Kostenzuständigkeit liegt sowohl beim Staat als auch bei den Gemeinden. Die Gemeinden übernehmen die Finanzierung der ersten 20 Stunden Assistenzbedarf pro Woche (auch bei Persönlichen Budgets von mehr als 20 Stunden), die weiteren Stunden der Zentralstaat (bzw. die staatliche Sozialversicherung). Damit soll erreicht werden, dass die Gemeinden einerseits an den Kosten aller bei ihr wohnhaften Personen mit einer Behinderung partizipieren und andererseits die finanzielle Belastung für eine einzelne, gerade auch kleine Gemeinde nicht zu gross wird (vgl. Blanck 2004).
- Die Auszahlung des Persönlichen Budgets erfolgt sowohl zentral durch die Sozialversicherung (bei einem Assistenzbedarf von über 20 Stunden) als auch durch die Gemeinden (bei einem Persönlichen Budget unter 20 Stunden).
- Die Bedarfsabklärung erfolgt immer dezentral vor Ort durch die Angestellten der Sozialversicherung (welche im ganzen Land stationiert sind) sowie eine Gemeindeschwester.

3.1.2. *Abklärung des Assistenzbedarfs*

Der Assistenzbedarf wird auf der Basis einer Selbsteinschätzung in Verbindung mit Gesprächen mit Angestellten der Sozialversicherung und der zuständigen Gemeindeschwester geklärt (vgl. Österwitz 1996). Die Massnahmen dürfen einer Privatperson ausschliesslich auf deren Antrag zuteil werden. Ist die betroffene Person jünger als 15 Jahre oder urteilsunfähig, so kann ihre gesetzliche Vertretung die Massnahmen für Sie beantragen (vgl. MGSIS - Ministerium für Gesundheit und Soziales, Internationales Sekretariat 2004, Abschnitt 8).

Bei der Bedarfsabschätzung wird nur der zeitliche Umfang der notwendigen Hilfeleistungen abgeklärt. Die einzigen Kriterien für die Bewilligung der Hilfen sind das Prinzip der Bedarfsdeckung, bzw. die Lebensqualität und der Lebensstil der Person (vgl. Wacker et al. 2005, 54). Es gibt keine einheitlich festgelegten Assistenzbereiche.

Formale Abklärungsinstrumente (im Sinne einer offiziellen „Checkliste“) existieren nicht (gemäss Hinweis Herr Ratzka, Interview vom 20.6.2007). Die Erfahrung von Herrn Ratzka ist, dass die Bedarfsbestimmung sehr informell zwischen den unterschiedlichen Beteiligten erfolgt und die Bestimmung des definitiven Assistenzbedarfes sehr von den Angestellten der Sozialversicherung abhängig ist. Mittlerweile bieten verschiedene Behindertenbewegungen Ausbildungen für die Angestellten der Sozialversicherung an, um das Verfahren der Bedarfsermittlung zu vereinheitlichen (Interview vom 20.6.2007).

Der Anspruch auf ein Persönliches Budget muss zwei Jahre nach der Abklärung der Anspruchsberechtigung überprüft werden (vgl. MGSIS - Ministerium für Gesundheit und Soziales, Internationales Sekretariat 2004). Budgetnehmende können jederzeit um eine neue Bedarfsabklärung ersuchen, falls sich ihre Situation verändert hat (vgl. Ratzka 2002).

Die Abgrenzung zu medizinischen Leistungen erfolgt dadurch, dass bei einem Krankenhausaufenthalt von Budgetnehmenden deren Assistenten und Assistentinnen bis zu 6 Wochen weiter beschäftigt werden können. Damit soll sichergestellt werden, dass – bei kürzeren Krankenhausaufenthalten – ein funktionierendes Unterstützungsnetzwerk bei der Rückkehr in die ursprüngliche Wohnform fortbesteht (vgl. Dreyer-Weik 2005, 6).

3.1.3. *Leistungen*

Höhe des Persönlichen Budgets und dessen Verwendung

Das Persönliche Budget wird berechnet, indem der ermittelte Zeitbedarf mit einem pauschalen Stundenansatz multipliziert wird. Dieser pauschale Stundenansatz wird jedes Jahr von der Regierung festgelegt (für 2006: ca. 24 Euro). Mit diesem Ansatz sollen alle direkten und indirekten Leistungen im Assistenzmodell (einschliesslich Verwaltung, Reisekosten usw.) gedeckt werden können (vgl. Wacker et al. 2005). In Ausnahmefällen kann die Stundenpauschale um bis zu 12% erhöht werden (vgl. Dreyer-Weik 2005, 5). Dies kann z.B. der Fall sein, wenn eine spezialisierte Person eingestellt werden muss oder eine Supervisorin/ein Supervisor die Persönlichen Assistenten und Assistentinnen anleiten muss, da Budgetnehmende dies nicht selber leisten können.

Nach Meinung der Bezüger/innen von Persönlichen Budgets ist der einheitliche Stundenansatz zu tief angesetzt. Da aus diesem Geld ausser dem Stundenlohn für Persönliche Assistenten und Assis-

tentinnen weitere Ausgaben wie Reisespesen, administrativer Aufwand, Sozialabgaben etc. bestritten werden müssen, ist es schwierig, einen attraktiven Assistenzlohn auf dem Markt anbieten zu können (vgl. Huguenin 2005, 44). Ratzka allerdings ist der Meinung, dass mit dem zur Verfügung stehenden Stundenansatz einigermaßen marktgerechte Löhne bezahlt werden können (vgl. Ratzka 2003, 57).

Obergrenzen beim Persönlichen Budget sind nicht vorgesehen. Die Assistenzzahlungen sind einkommensunabhängig und steuerfrei (vgl. Wacker et al. 2005). Exakte Zahlen zur effektiven Höhe der Persönlichen Budgets sind nicht verfügbar. Aufgrund der Angaben zum pauschalen Stundenansatz sowie zum durchschnittlichen Assistenzbedarf pro Woche (siehe folgender Abschnitt 3.1.4) kann jedoch eine Schätzung vorgenommen werden: Für das Jahr 2004 ist von einem durchschnittlichen monatlichen Budget von 9000 Euro auszugehen, dass sich aus einem pauschalen Stundenansatz von 22 Euro (205 Schwedische Kronen; vgl. Clevnert & Johansson 2007, 74) und einem wöchentlichen Assistenzbedarf von 99 Stunden im Mittel berechnet (vgl. Clevnert & Johansson 2007, 72).⁵

Gemäss den Bestimmungen im LSS können mit den Zahlungen alle Hilfen erworben werden, die für eine selbstbestimmte Lebensführung im Alltag notwendig sind (vgl. Wacker et al. 2005):

- Information und Beratung
- Persönliche Assistenz
- Begleitdienste
- Kontaktpersonen
- Kurzzeitpflege
- Ablösedienste zu Hause
- Kurzzeitbesuche ausserhalb des Hauses
- Kurzzeitbetreuung von Schulkindern über 12 Jahre
- Familienwohnheim oder Gruppenwohnung für Kinder und Jugendliche
- Wohnungen mit besonderem Service
- Tagesbeschäftigung

Ausgeschlossen sind Assistenzleistungen während Schulstunden, Tagesbeschäftigung für Personen im erwerbsfähigen Alter, Klinikaufenthalte und Dienste in Gruppenwohnungen. Der Grund für diesen Ausschluss liegt darin, dass im Rahmen dieser Angebote bereits entsprechende Leistungen bestehen (vgl. Berg 2003). Einzelne dieser Leistungen schliessen sich zudem gegenseitig aus: Wenn man z.B. in einer Wohnung mit Unterstützungsservice wohnt, dann kann man nicht auch eine persönliche Assistenz beanspruchen. Die Tagesbeschäftigung kann zudem nur von Personen der Bezugsgruppe 1 und 2 (siehe oben, Tabelle 6) beansprucht werden (vgl. Blanck 2004).

Die Wahlfreiheit ist als zentrales Prinzip im Gesetz verankert. Assistenzleistungen können denn auch bei öffentlichen oder privaten Dienstleistern erworben, im Rahmen von Assistenzgenossen-

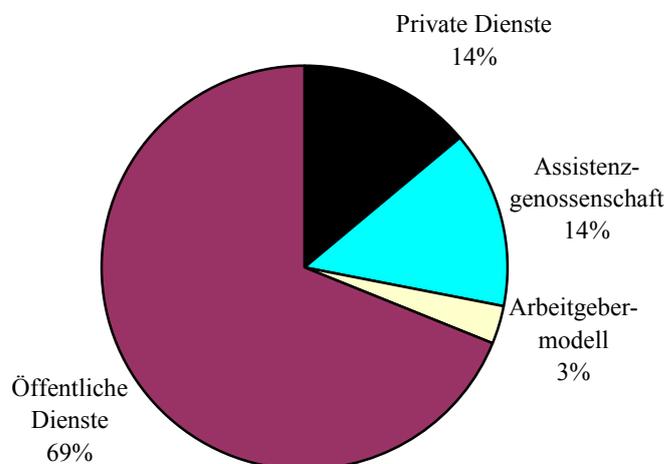
⁵ Waterplas und Samoy (2005, 64) rechnen mit einem durchschnittlichen Budget von 90'000 Euro pro Jahr in vergleichbaren Grössenordnungen.

schaften organisiert oder von selbst angestellten Assistenten und Assistentinnen nach dem Arbeitgebermodell erbracht werden (siehe Grafik 2). Im Jahr 2003 wurden von den meisten Anspruchsberechtigten Dienstleistungen der Gemeinden eingekauft (69%). Einige organisierten sich in Assistenzgenossenschaften oder beziehen die Dienstleistungen bei privaten Anbietern (je 14%). Nur wenige Personen stellen Persönliche Assistenten und Assistentinnen nach dem Arbeitgebermodell ein. Auch eine neuere Quelle (vgl. Clevnert & Johansson 2007, 74) bestätigt diese Verhältnisse und spricht von weniger als 4% der Budgetnehmenden, die Persönliche Assistenten und Assistentinnen beschäftigen. Eine Erklärung könnte darin liegen, dass die Reform immer noch relativ neu ist und die Leute Zeit brauchen, um sich auf das neue Arbeitgebermodell einzurichten (vgl. Wacker et al. 2005, 56).

Gemäss der Einschätzung von Ratzka (Interview vom 20.6.2007) ist der Anteil der bei Gemeinden und Assistenzgenossenschaften eingekauften Dienstleistungen momentan rückläufig, während der Marktanteil der privaten Anbieter stark wächst. Das Arbeitgebermodell hat einen stabilen Marktanteil.

Auch Familienangehörige können als Assistenten und Assistentinnen agieren (vgl. Leuenberger 2004). Sie können jedoch von den Budgetnehmenden nicht direkt angestellt werden, sondern nur über öffentliche oder private Dienstleister oder über Assistenzgenossenschaften (vgl. Socialstyrelsen - National Board of Health and Welfare 2002).

Grafik 2: Verteilung der mit einem Persönlichen Budget eingekauften Dienstleistungsformen, 2003



Quelle: Berg 2003, zit. nach Wacker et al. 2005, 56

Kontrolle

Die Nachweise über die Verwendung des Persönlichen Budgets sind folgendermassen geregelt: Die Rechnungsperiode des Assistenzgeldes beträgt ein halbes Jahr. In dieser Zeit können Budgetnehmende ihre Stunden selbst einteilen. Stunden, die innerhalb eines halben Jahres nicht benötigt werden, werden von der nächsten Zahlung abgezogen. Falls die Anzahl der beanspruchten Stunden die zugeteilten Stunden übersteigt, müssen die Budgetnehmenden die Mehrkosten selber tragen (vgl.

Ratzka 2004b, zit. nach Huguenin 2005, 24). Die Budgetnehmenden führen Buch über das empfangene Geld. Zu Beginn jeden Monats müssen beim lokalen Büro der Sozialversicherung Zeittabellen eingereicht werden, in denen die geleisteten Stunden jedes Assistenten und jeder Assistentin für den Vormonat aufgeführt sind. Diese Zeittabellen werden sowohl von den Assistenten und Assistentinnen als auch von den Budgetnehmenden unterschrieben. Personen, die bis zu 12 Prozent mehr als den durchschnittlichen Budgetbetrag erhalten, müssen für die Transaktionen alle 6 Monate zusätzlich Originalbelege einreichen (vgl. Ratzka 2004b, zit. nach Huguenin 2005, 24).

Die Geldzahlungen werden nach einer zweimonatigen Anlaufperiode mit Kontrollen automatisch monatlich auf das Konto der Budgetnehmenden überwiesen. Die unterstützungsberechtigte Person kann auch die Möglichkeit vorziehen, dass die Zahlungen direkt an einen Pflegedienst ihrer Wahl entrichtet werden (vgl. Ratzka 2004b, zit. nach Huguenin 2005, 24). Falls jemand aus bestimmten Gründen (Alter, Morbidität, Drogenabhängigkeit usw.) nicht in der Lage ist, mit den Geldzahlungen umzugehen, so kann das Geld an eine andere Person gezahlt werden, um die Kosten für die persönliche Assistenz der unterstützungsberechtigten Person zu bestreiten (vgl. MGSIS - Ministerium für Gesundheit und Soziales, Internationales Sekretariat 2004, Abschnitt 11).

Qualitätssicherung

Nach Clevnert (2004, zit. nach Huguenin 2005) und Ratzka (Interview vom 20.6.2007) wird die Qualität der Dienstleistungen massgeblich durch die Wahlfreiheit gesichert. Die freie Auswahl der Dienstleistungen hat einen funktionierenden Markt hervorgebracht, in welchem die verschiedenen Anbieter Dienstleistungen von hoher Qualität anbieten müssen, falls sie berücksichtigt werden wollen.

Formale Massnahmen zur Sicherung der Qualität der Assistenzleistungen gibt es nur wenige. Falls jemand bei der lokalen Behörde oder einer Firma arbeitet, werden spezielle Inspektoren zur Kontrolle eingesetzt (vgl. Ratzka 2004b, zit. nach Huguenin 2005, 25; Ratzka 2004a). Diejenigen Personen aber, die direkt oder durch eine Genossenschaft angestellt sind, werden durch die Budgetnehmenden selbst überwacht. Es gibt auch keine Vorschriften über den Ausbildungsgrad dieser Assistierenden (vgl. Clevnert & Johansson 2007, 75).

Die Sicherheit der Betroffenen in Notfällen wird dadurch gewährleistet, dass die Gemeinden dazu verpflichtet sind, bei Fällen von zeitlich begrenztem erhöhten Assistenzbedarf, bei Krankheit von Assistenten/Assistentinnen oder anderen Notfällen die Betreuung zu gewährleisten (vgl. Berg 2003).

Unterstützungsleistungen

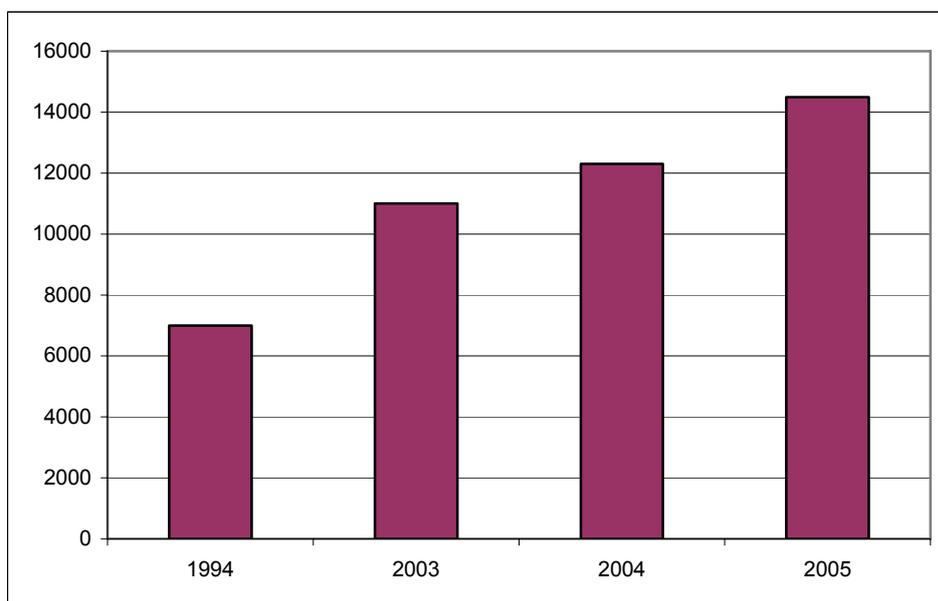
Mittlerweile erhalten die Budgetnehmenden sowohl von staatlicher als auch von privater Seite eine Vielzahl von Unterstützungsleistungen für die Umsetzung des Assistenzmodells (Hinweis Herr Ratzka, Interview vom 20.6.2007). Anbieter solcher Dienstleistungen sind einerseits die Gemeinden, welche einen gesetzlich verankerten Beratungsauftrag kennen und andererseits private Anbieter wie Assistenzgenossenschaften, Behindertenvereinigungen und Unternehmen. Die angebotenen Unterstützungsleistungen reichen von Beratung und Schulung Budgetnehmender (Arbeitgeberrolle) über Dienstleistungen wie die Vermittlung von Helfer/innen, Hilfe bei Rekrutierungen und Unterstützung bei der Budgetverwaltung. Die Unterstützungsleistungen können jedoch auch die stellvertretende

Übernahme von bestimmten Aufgaben beinhalten, wie das Beispiel „Vize-Boss“ zu illustrieren vermag: JAG – eine Genossenschaft von geistig oder lernbehinderten Mitgliedern – stellt Personen mit einer Behinderung eine Vertrauensperson („Vize-Boss“) zur Verfügung, welche Aufgaben, die Betroffene nicht bewerkstelligen können (z.B. Bezahlung der Assistenten und Assistentinnen, deren Einsatzplanung), stellvertretend übernehmen. Damit sichern sie die Teilnahmemöglichkeiten von diesen Personen am Assistenzmodell. Die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen wird über das Persönliche Budget finanziert und ist darin eingerechnet.

3.1.4. Inanspruchnahme

Die Nachfrage nach Persönlichen Budgets ist stark gestiegen und hat sich seit der Einführung des Assistenzmodells mehr als verdoppelt (siehe Grafik 3): Von 7000 Budgetnehmer/innen 1994 (vgl. Wirz 2004) auf 14'496 im Jahre 2005 (vgl. Forsakringkassan 2006).

Grafik 3: Entwicklung der Nachfrage nach Persönlichen Budgets



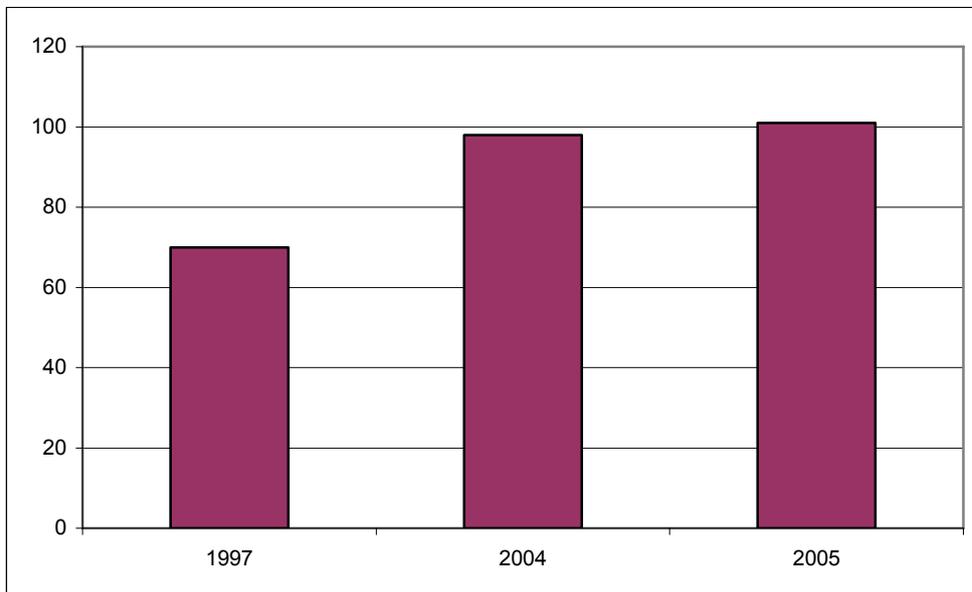
Quelle: Wirz 2004; Forsakringkassan 2006

Die Zahl der Budgetnehmenden ist in diesem Zeitraum (1994 bis 2005) kontinuierlich gestiegen (vgl. Clevnert & Johansson 2007, 72). Allein zwischen 2000 und 2005 ist eine Zunahme um 39% feststellbar, die unter anderem mit einer Gesetzesänderung im Jahr 2001 erklärbar ist, welche es den Budgetnehmenden erlaubt, auch nach 65 Jahren ihre Persönlichen Budgets zu behalten (vgl. Forsakringkassan 2006).

Ratzka (Interview vom 20.6.2007) begründet den allgemeinen Anstieg der Budgetnehmenden seit Beginn des Assistenzmodells mit der wachsenden Popularität der Reform. Immer mehr Personen mit einer Behinderung empfinden das Assistenzmodell als attraktiv und sind daran interessiert, sich dafür zu bewerben.

Auch die Anzahl der durchschnittlichen Assistenzstunden pro Person und Woche hat stark zugenommen. Vor Einführung der Reform ging man noch von 40 Wochenstunden aus. 1997 betrug der Durchschnittswert schon 70 Stunden und 2005 101,4 Stunden⁶ (siehe Grafik 4).

Grafik 4: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl Assistenzstunden pro Woche (in Stunden)



Quelle: Forsakingkassan 2006

Berg (2003) erklärt den Anstieg der Betreuungsstunden damit, dass heute viel mehr Betreuungsleistungen zu Hause erbracht werden können als früher, was vor allem Personen mit komplexen Behinderungen erlaubt, zuhause zu wohnen.

Am meisten Stunden erhalten die Assistenzberechtigten der Bezugsgruppe 2 (125 Stunde pro Woche), die Bezugsgruppen 1 und 3 weisen deutlich weniger Assistenzstunden (101 bzw. 99 Stunden pro Woche) auf (vgl. Forsakingkassan 2006).

Bei der Anzahl bewilligter Wochenstunden ist ein Unterschied sowohl zwischen Stadt und Land als auch zwischen den Geschlechtern sichtbar: In der Stadt bekommt man mehr Stunden als auf dem Land und die Männer bekommen mehr als die Frauen (gemäß Hinweis Herr Ratzka, Interview vom 20.6.2007). Im Durchschnitt erhielten die Männer 2005 103,5 Stunden pro Woche und die Frauen 99 Stunden pro Woche (vgl. Forsakingkassan 2006). Gemäss Forsakingkassan (2006) kann dieser Unterschied nicht mit systematisch verschiedenen Diagnosen bei Männern und Frauen erklärt werden, die einen unterschiedlichen Bedarf an Zeit bedingen würden. Hingegen wird einer der Gründe für diesen Unterschied darin gesehen, dass jüngere Personen tendenziell ein höheres Stundenbudget erhalten und Männer sind in dieser Alterskategorie stärker vertreten als Frauen. Weiter werden Personen, welche mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenleben, in der Regel geringere Persönliche Budgets zugesprochen und Frauen mit einer Behinderung sind häufiger mit einem Partner zusammen als Männer mit einer Behinderung.

⁶ Der Assistenzbedarf ist theoretisch unbegrenzt bzw. nicht auf 24 Stunden pro Tag limitiert, da manche Personen gleichzeitig die Unterstützung von mehr als einer Person benötigen.

Das Profil der Nutzer/innen sieht folgendermassen aus: Der Anteil der Männer bei den Budgetnehmer/innen ist höher (53%) als derjenige der Frauen (47%). Die Männer sind bei den jüngeren Altersgruppen stärker vertreten als die Frauen. Die Frauen sind im Durchschnitt älter als die Männer.

80% der Budgetnehmenden sind über 20 Jahre alt. Die unter 19-Jährigen machen ca. 20% der Budgetnehmenden aus und sind damit, im Vergleich zu ihrem Anteil an der Wohnbevölkerung, untervertreten. Seit 2001 hat sich insbesondere der Anteil der 60- bis 64-Jährigen stark erhöht (+30%) (vgl. Forsakingkassan 2006).

Am meisten Budgetnehmende gehören zur Bezugsgruppe 3 (siehe oben, Tabelle 6). Insgesamt werden Leistungen nach dem Assistenzgesetz von Menschen mit geistiger Behinderung seltener beantragt als von Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung. Schwierigkeiten im Umgang mit dem System der Persönlichen Budgets werden durch die für die Begutachtung zuständigen Behörden vor allem beim Personenkreis mit kognitiven Schwierigkeiten wahrgenommen (vgl. Jansson 2002, zit. nach Wacker et al. 2005). Ratzka (Interview vom 20.6.2007) ist der Meinung, dass für die Behörden die Bedürfnisse der Personen mit einer psychischen Behinderung oft schwer zu verstehen sind.

Die jüngeren Budgetnehmenden gehören vor allem zur Bezugsgruppe 1, die älteren zur Bezugsgruppe 2 und 3 (vgl. Blanck 2004). Diese Altersverteilung lässt sich damit erklären, dass die Bezugsgruppen 2 und 3 Behinderungen beinhalten, die an den Alterungsprozess gekoppelt sind (Folgen einer Hirnschädigung als Erwachsener, Funktionsbehinderungen durch Alterung). Gemäss Blanck, Scherman und Sellin (2006a) wächst momentan vor allem die Gruppe der älteren Budgetnehmenden in der Gruppe 3, ohne dass die Autorenschaft jedoch Gründe für diesen Anstieg benennt.

3.2. Das Personengebundene Budget in den Niederlanden

3.2.1. Konzeption

Erste Modellversuche mit einem Personengebundenen Budget (PGB) gab es in den Niederlanden ab 1991. Das Budget bezog sich zunächst auf „Haushaltspflege und Versorgung“ und war in der Anfangsphase für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung konzipiert. Seit 1996 können Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung landesweit ein Budget beantragen. 1997 wurde ein Pilotversuch für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung gestartet. Im Jahr 2000 folgte ein Projekt für Menschen mit körperlicher Behinderung und 2001 ein weiteres Projekt für Schulkinder. Trotz guter Erfahrungen dauerte es bis 2003, bis das heutige System eingeführt wurde. Bis zum Jahr 2003 existierten für die verschiedenen Formen von Beeinträchtigungen fünf unterschiedliche Budgettypen⁷. Die Kategorisierung nach Behinderungsart bewährte sich allerdings nicht. 2003 wurde diese Regelung durch das heutige System ersetzt, in welchem sich ein einheitliches Budget an den verschiedenen Unterstützungsbereichen (Pflege, Haushalt, unterstützende Begleitung etc.) orientiert (vgl. Wacker et al. 2005; Brussel 1998). Zugleich wurde 2003 ein Rechtsanspruch auf ein PGB verankert.

Eine weitere - wesentliche - Veränderung von 2003 ist die Abschaffung der zentralen Rolle der Sozialversicherungsbank (SVB - „Sociale Verzekeringsbank“). Bis dahin wurden die Budgets nicht direkt auf das Konto der Bezüger/innen gezahlt, sondern von der Sozialversicherungsbank verwaltet, welche für die Kontrolle des Budgets, die Arbeitgeberpflichten, die Überweisung von Sozialleistungen und Steuern zuständig war (vgl. Tilly, Wiener & Cuellar 2000). Die Budgetnehmenden leiteten Rechnungen an die SVB weiter, welche die Leistungserbringenden direkt entschädigte. Somit hatten die Budgetnehmenden selbst nur einen kleinen Betrag unmittelbar zu ihrer Verfügung. Aus diesem System ergaben sich jedoch grosse Ausführungsschwierigkeiten bei der Sozialversicherungsbank: Leistungsberechnungen waren nicht immer korrekt und Zahlungen wurden oft zu spät geleistet. Budgetnehmende gerieten hierdurch in Schwierigkeiten. Insgesamt erwies sich diese Praxis insgesamt als zu bürokratisch und aufwändig (vgl. Wacker et al. 2005, 44).

Um den Budgetnehmenden mehr Kompetenzen über ihre Finanzen zu erteilen, wurde das PGB im neuen Stil („PGB nieuwe stijl“) ab 1. April 2003 eingeführt. Budgetnehmende bekommen das Persönliche Budget nun direkt ausbezahlt, können es auf eigenen Wunsch aber noch immer von der Sozialversicherungsbank verwalten lassen.

Am 1. Januar 2007 wurde ein neues Gesetz eingeführt; das „Wet Maatschappelijke Ondersteuning“ (WMO), zu Deutsch: das Gesetz zur gesellschaftlichen/sozialen Unterstützung. Dieses vereint Teile des AWBZ („Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten“ - Allgemeines Gesetz für besondere Krankheitskosten), des Gesetzes über Dienstleistungen und des Wohlfahrtsgesetzes und soll sich neu auf die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen und deren Teilhabe beziehen (siehe Tabelle 7). Das WMO-Gesetz erweitert die Verantwortung der ca. 450 Gemeinden, Bürger/innen mit Behinde-

⁷ Budget für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, Budget für Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung, Budget für häusliche Pflege und Versorgung, Budget für Menschen mit psychischer Krankheit, Budget für intensive ambulante Pflege.

rung am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu lassen (vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2007 und Knollema, Befragung vom 16.7.2007).

Tabelle 7: Wesentliche Veränderung und Entwicklungen des PGB

Ab 1991	Pilotversuche mit einem Persönlichen Budget, anfangs im Bereich Haushalt und Versorgung für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung
Ab 1996	Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung können landesweit ein PGB beziehen
1997 – 2003	Pilotprojekte für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, körperlicher Beeinträchtigung und für Schulkinder mit Beeinträchtigungen
2003	Einführung des heutigen Systems (PGB im neuen Stil) mit folgenden Änderungen <ul style="list-style-type: none"> • Abschaffung der Sozialversicherungsbank • Abschaffung der Kategorisierung nach Behinderungsart • Einführung eines Rechtsanspruchs auf das PGB
2007	Einführung des WMO: Das Budget für Unterstützung im Haushalt fällt in den Zuständigkeitsbereich des WMO

Zielsetzungen und Anspruchsberechtigte

Lange Wartelisten für Sachleistungen („zorg in natura“) und die Absicht, Hilfeleistungen am tatsächlichen Bedarf von Menschen mit Behinderung auszurichten, trugen dazu bei, dass das PGB im Jahr 2003 landesweit eingeführt wurde (vgl. Timonen et al. 2006, 464). Das PGB war eines der wichtigsten Instrumente im Rahmen einer grundlegenden AWBZ-Modernisierung unter dem Motto „von der Angebotssteuerung hin zur Bedarfssteuerung“ (Wacker et al. 2005, 43). Die Einführung von PGB war nicht durch die Zielsetzung einer Kostenreduktion motiviert, vielmehr wurde mit einem Anstieg der Kosten gerechnet (vgl. Timonen et al. 2006, 464).

Ein PGB beantragen können AWBZ-Versicherte aller Alterklassen, die für länger als drei Monate auf Unterstützung angewiesen sind. Zusätzlich wird ein Personengebundenes Budget auch Eltern von Kindern mit einer Behinderung gezahlt. Verschiedene Zielgruppen lassen sich exemplarisch aufführen (vgl. Knollema 2006b; Wacker et al. 2005, 43):

- Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung
- Menschen mit körperlicher Behinderung
- Menschen mit geistiger Behinderung
- Menschen mit psychischer Behinderung
- Häusliche Pflege für Senioren

Vollzugsstruktur

Dem Kollegium für Krankenversicherung obliegt der Vollzug des PGB. Es ist im Auftrag des Bundesministeriums für Sport, Gemeinwohl und Gesundheit für die Umsetzung des Krankenkassengesetzes (ZFW) und des allgemeinen Gesetzes für besondere Krankheitskosten (AWBZ) zuständig. Während das Krankenkassengesetz alles rund um Krankheit (Spitäler, Arzneien, Ärzte/Ärztinnen etc.) regelt, kommt das AWBZ bei den Menschen zum Tragen, die über einen langen Zeitraum auf Unterstützung und Pflege angewiesen sind. So ist das AWBZ für Altersheime, die Behindertenhilfe oder für die häusliche Pflege zuständig (vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002a, 13).

Allerdings wirkt sich die Einführung des WMO (Januar 2007) auf die Vollzugsstruktur des Systems aus. Eine konkrete Folge ist es, dass die "Hilfe bei der Haushaltsführung" neu unter das WMO fällt und nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich des AWBZ. Damit sind die Gemeinden dazu verpflichtet, "Hilfe bei der Haushaltsführung" in Form eines PGB zur Verfügung zu stellen. In der Konsequenz heisst das, dass Budgetnehmende das PGB für Haushaltshilfe bei der Gemeinde beantragen und ihre Ausgaben getrennt verantworten müssen. Noch zu entscheiden ist, ob ein weiterer Assistenzbereich, die unterstützende und aktivierende Begleitung, in Zukunft über das WMO abgewickelt werden soll (vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2007; gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007). Grosse Teile des PGB bleiben aber vorerst bei der AWBZ und damit in der Verantwortung der Regierung.

Das AWBZ ist eine Volksversicherung, in der alle Einwohner/innen der Niederlande eingeschlossen und auch beitragspflichtig sind. Die Beiträge werden mit der Einkommenssteuer eingefordert. Den jährlichen Prozentsatz definiert der Staat. Arbeitgeber behalten die Versicherungsabgaben ein und leiten sie anschliessend ans Finanzamt weiter. Kinder bis zu 15 Jahren und Versicherte ab 15 Jahren ohne steuerpflichtiges Einkommen sind von Beiträgen befreit.⁸

Insgesamt 32 regionale Versorgungsämter („Zorgkantoor“) führen das AWBZ im Auftrag aller Versicherungen der Niederlande aus. Diese Instanzen prüfen und bewilligen die PGB-Anträge und überweisen den Geldbetrag auf die Konten der Budgetnehmenden (vgl. Der Paritätische Gesamtverband - Kompetenzzentrum Persönliches Budget 2006). Die Überweisung geschieht je nach Budgethöhe jährlich (Budget bis 2500 Euro), halbjährlich (2500 - 5000 Euro) oder vierteljährlich (5000 bis 25'000 Euro und mehr). Das PGB zählt nicht als Einkommen und hat demnach keinen Einfluss auf die Gewährung anderer Unterstützungsleistungen (vgl. Per Saldo 2007).

3.2.2. Abklärung des Assistenzbedarfs

Um ein PGB zu erhalten, muss ein Indikationsbescheid vorliegen. Hierfür beantragen AWBZ-Versicherte beim Zentrum für Indikationen in der Versorgung (CIZ) eine Indikation. Diese Instanz arbeitet unabhängig: Weder Kostenträger noch Leistungsanbieter sind darin vertreten. Die Mitarbeitenden des CIZ haben unterschiedliche fachliche Hintergründe, die z.B. eine pflegerische oder auch

⁸ Für steuer- und sozialversicherungspflichtige Nichtarbeitnehmer/innen regelt ein Sozialversicherungsbescheid des Finanzamts die Beitragspflicht (vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002a, 14, 22f.).

eine sozialarbeiterische Ausbildung einschliessen können (vgl. Timonen et al. 2006, 465). Ebenfalls arbeitet immer ein Arzt/eine Ärztin beim CIZ und sichert bei Bedarf die medizinische Beratung. Am 7. März 2007 hat der Staatssekretär vom Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (VWS) die Verfahrensregeln (Richtlinien) für das CIZ definiert. Antragstellende können Einfluss auf die Bedarfsabklärung ausüben, indem sie ihre Meinung im Indikationsgespräch kundtun (gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007).

Die gefällte Indikations-Entscheidung muss sorgfältig begründet werden. Wenn Antragstellende mit der Entscheidung nicht einverstanden sind, ist sie gerichtlich anfechtbar (vgl. Centrum indicatiestelling zorg 2007; Wacker et al. 2005, 44).

Liegt ein Indikationsvorschlag vor, kann sich der Antragssteller/die Antragsstellerin entweder für Sachleistungen oder für ein PGB entscheiden. Auch möglich ist, dass sich jemand für eine Helferin im Haushalt entscheidet, sonst aber die Pflegeleistungen einer Organisation für häusliche Pflege wünscht. Schliesslich wird ein bestimmter Indikationsvorschlag ausgearbeitet, der dann durch das Versorgungsamt („Zorgkantoor“) geprüft und bewilligt wird. Dieser Vorgang wird offiziell als „Anerkennung“ bezeichnet (vgl. Der Paritätische Gesamtverband - Kompetenzzentrum Persönliches Budget 2006). Ebenfalls ist in der Indikation festgelegt, für wie lange die Unterstützung benötigt wird (z.B. für ein Jahr). Läuft die Periode ab, muss eine Neuindikation erfolgen. Wenn sich der Unterstützungsbedarf einer Person verändert hat, kann eine „Neuindikation“ auch vorzeitig beantragt werden. Weil dieser Prozess in der Regel lange dauert, existieren für Notfälle besondere Absprachen mit den Versicherungen und den Gemeinden, die eine Verkürzung des Verfahrens ermöglichen (vgl. Reitsma 2001).

Einschränkungen

Wenn die Indikation zu einem PGB von über 300 Euro pro Tag führt, darf das Versorgungsamt das Budget auf diesen Betrag (bzw. 109'500 Euro pro Jahr) kürzen. Wenn aber glaubhaft erklärt werden kann, dass der Aufenthalt in einer sozialen Einrichtung ebenfalls mehr als 300 Euro pro Tag kosten würde, ist es dem Versorgungsamt gestattet, auch Budgets über 300 Euro pro Tag zu bewilligen. Im Juli 2007 gab es nach Knollema ca. 250 Budgetnehmende⁹ mit einem PGB von über 300 Euro pro Tag. Allerdings handelt es sich bei diesen hohen Budgets häufig um „terminale Patienten“, sodass Bewilligungen nur auf einen kurzen Zeitraum ausgesprochen werden (gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007).

Die Bewilligung von Budgets wird ausserdem wesentlich gesteuert über den „Substitutionsbetrag“. Jedes regionale Versorgungsamt hat einen bestimmten Betrag für Personengebundene Budgets zur Verfügung. Der Substitutionsbetrag im Jahre 2007 ist auf einen Betrag in der Höhe von 1064 Millionen Euro begrenzt.¹⁰ Wenn keine Aufstockung des Substitutionsbetrags erfolgt, eröffnen die Versorgungsämter Wartelisten, was zu politischen Diskussionen über die Kostenentwicklung des

⁹ Im Verhältnis zu rund 87'000 Budgetnehmenden im Jahr 2006.

¹⁰ Diese Grenze wurde bereits am 15. Februar 2007 erreicht, worauf die Versorgungsämter keine PGB mehr bewilligten. Am 1. März 2007 bewilligte der Staatssekretär zusätzlich 314 Millionen Euro, woraufhin der

AWBZ führt (gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007). Im Fall von Wartezeiten wird abgeklärt, ob die betreffende Person währenddessen Sachleistungen beziehen könnte. Nicht beachtet wird der Substitutionsbetrag, wenn eine Antragsstellerin/ein Antragssteller bereits ein PGB bezieht, aber neu eingeschätzt wird (vgl. Der Paritätische Gesamtverband - Kompetenzzentrum Persönliches Budget 2006).

Assistenzbereiche

Das AWBZ bietet in sechs Bereichen Leistungen an (siehe Tabelle 8). Mit dem PGB können allerdings nur in den ersten fünf Bereichen (Bereich 1 bis 5, gemäss Tabelle 8) Leistungen bezogen werden. Der Bereich 6 („Behandlung“) muss von Fachpersonal (medizinisch, therapeutisch) durchgeführt werden (vgl. Knollema 2006). Die Langzeitunterbringung in einer stationären Einrichtung ist nur als Sachleistung zu beziehen, nicht aber mit dem PGB. Auch endet das PGB, wenn jemand länger als 2 Monate in ein Krankenhaus eintritt. Kurze Aufenthalte (z.B. an Wochenenden oder für Ferien) sind mit dem PGB möglich (vgl. Knollema 2006b; Reitsma 2001, 10).

Tabelle 8: Leistungsbereiche nach dem AWBZ

1 Hilfe bei der Haushaltsführung¹¹
2 Persönliche Versorgung (Körperpflege, Nahrung etc.)
3 Krankenpflege (Wundversorgung, Injektion)
4 Unterstützende Begleitung (Hilfe, mit der Menschen eine bessere Kontrolle über das eigene Leben erhalten)
5 Aktivierende Begleitung (Veränderungen des eigenen Verhaltens, Umgang mit Verhaltensproblemen)
6 Behandlung (<i>beispielsweise Rehabilitation nach einem Schlaganfall</i>)
7 Wohnen

Quelle: Knollema 2006b

3.2.3. Leistungen

Die Budgethöhe berechnet sich nach einem Schlüssel, der die unterschiedlichen Unterstützungsbereiche und den angenommenen benötigten Bedarf in Stunden berücksichtigt (vgl. Loeken 2006, 33). Tabelle 9 zeigt den Unterstützungsbedarf nach Klassen für die jeweiligen Unterstützungsbereiche und die damit verbundene Höhe des Budgets.

Stopp aufgehoben wurde. Dieser Betrag dürfte wiederum bereits am 1. August 2007 ausgeschöpft worden sein, sodass ein neuer Stopp droht (gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007).

¹¹ Hilfe im Haushalt wird ab dem 1. Januar 2007 über das WMO gewährt.

Tabelle 9: Tarife Personengebundenes Budget für 2007

Unterstützung im Haushalt			Persönliche Versorgung	
Klasse	Stunden/Woche	Jahrestarife	Stunden/Woche	Jahrestarife
1	0 - 1.9 h	904 Euro	0 - 1.9 h	1416 Euro
2	2 - 3.9 h	2714 Euro	2 - 3.9 h	4248 Euro
3	4 - 6.9 h	4977 Euro	4 - 6.9 h	7785 Euro
4	7 - 9.9 h	7692 Euro	7 - 9.9 h	12'033 Euro
5	10 - 12.9 h	10'407 Euro	10 - 12.9 h	16'279 Euro
6	13 - 15.9 h	13'120 Euro	13 - 15.9 h	20'526 Euro
7	-	-	16 - 19.9 h	25'480 Euro
8	-	-	20 - 24.9 h	31'850 Euro
(Gesundheits-) Pflege			Unterstützende Begleitung ¹⁾	
Klasse	Stunden/Woche	Jahrestarife	Stunden/Woche	Jahrestarife
0	0 - 0.9 h	1221 Euro	-	-
1	1 - 1.9 h	3645 Euro	0 - 1.9 h	1768 Euro
2	2 - 3.9 h	7286 Euro	2 - 3.9 h	5305 Euro
3	4 - 6.9 h	13'356 Euro	4 - 6.9 h	9726 Euro
4	7 - 9.9 h	20'645 Euro	7 - 9.9 h	15'031 Euro
5	10 - 12.9 h	27'928 Euro	10 - 12.9 h	20'333 Euro
6	13 - 15.9 h	35'216 Euro	13 - 15.9 h	25'639 Euro
7	16 - 19.9 h	43'716 Euro	16 - 19.9 h	31'825 Euro
8	-	-	20 - 24.9 h	39'783 Euro
Aktivierende Begleitung*				
Klasse	Stunden/Woche	Jahrestarife		
1	0 - 1.9 h	2712 Euro		
2	2 - 3.9 h	8135 Euro		
3	4 - 6.9 h	14'916 Euro		
4	7 - 9.9 h	23'052 Euro		

Anmerkung: 1) für unterstützende und aktivierende Begleitung ist neben der Indikation in Stunden pro Woche auch eine Indikation in Tagteilen möglich. Dann gelten andere Tarife.

Quelle: in Anlehnung an College voor zorgverzekering 2006

Die Klasse bezieht sich auf den effektiven Stundenbedarf an Hilfe pro Woche in einem bestimmten Bereich.¹² Die Tarife für die Klassen bestimmt das Ministerium jährlich neu. Die Tarife unterscheiden sich je nach Unterstützungsbereich, wodurch die „Intensität“ der Unterstützung berücksichtigt werden kann (vgl. Wacker et al. 2005, 45). Werden die Jahrestarife auf Stundenansätze umgerechnet, so resultiert eine Spannweite von mindestens 9 Euro (1.9 Stunden persönliche Versorgung) bis maximal 70 Euro (1 Stunde Gesundheitspflege). Wenn für mehrere Bereiche ein Personengebunde-

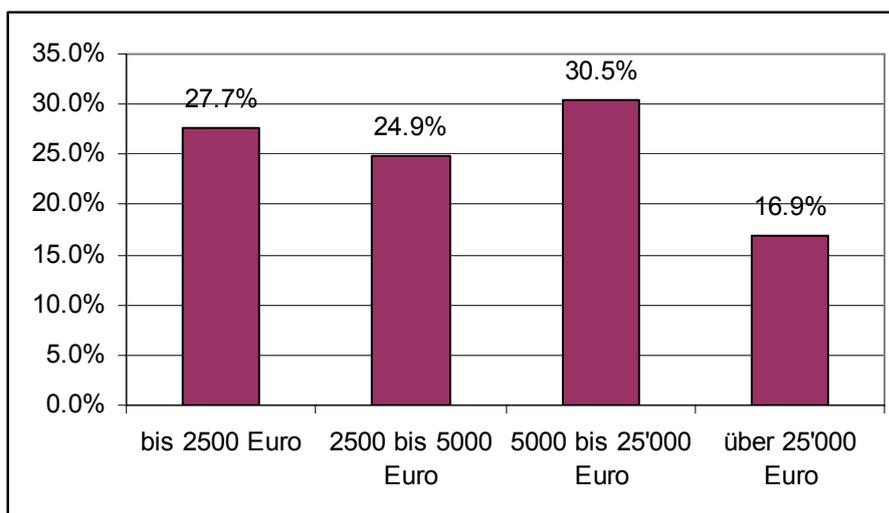
¹² Wenn jemand zum Beispiel pro Woche 4 - 6.9 Stunden Gesundheitspflege benötigt, entspricht dies der „Pflege Klasse 2“ und einem PGB-Tarif in der Höhe von 13'356 Euro pro Jahr (siehe Tabelle 9).

nes Budget anerkannt wird, werden die verschiedenen Beträge summiert und ergeben das Brutto-PGB.

In einem weiteren Schritt wird der einkommensabhängige Eigenanteil vom Brutto-PGB abgezogen. Jugendliche unter 18 Jahren zahlen diesen nicht. Ab 1. Januar 2006 (im Kontext der Änderungen WMO) entfällt zudem der Eigenbetrag für unterstützende und aktivierende Begleitung. Für die anderen Unterstützungsformen (Haushalt, Pflege und Persönliche Versorgung) wird der einkommensabhängige Eigenbetrag weiterhin abgezogen. Er beträgt zwischen Euro 213 und Euro 7094 pro Jahr bzw. im Jahr 2005 durchschnittlich 1000 Euro (vgl. Knollema 2006a, Anhang S. 3).

Das PGB zählt nicht als Einkommen und hat demnach keinen Einfluss auf die Auszahlung von Sozialhilfe und auf die Einkommenssteuer (vgl. Der Paritätische Gesamtverband - Kompetenzzentrum Persönliches Budget 2006). Im Jahr 2005 beträgt das durchschnittliche Netto-PGB 13'000 Euro pro Jahr, was monatlich rund 1080 Euro entspricht (vgl. Knollema 2006a, Anhang S. 3). Rund ein Viertel der Budgets bewegen sich jährlich unterhalb von 2500 Euro pro Jahr, während noch rund jede sechste Person netto über 25'000 Euro pro Jahr im Rahmen eines PGB erhält (siehe Grafik 5).

Grafik 5: Verteilung der Höhe der Netto-PGB 2005



Quelle: Knollema 2006a, 3

Steht das Budget fest, kann die Bezügerin/der Bezüger dieses selbstbestimmt verwenden. So kann beispielsweise ein begleiteter Kinobesuch stattfinden, obwohl ein Hilfebedarf im Bereich „Haushalt“ ermittelt wurde (vgl. Per Saldo 2007).

Es steht der Person mit PGB offen, wo und bei wem sie welche Leistungen einkaufen will. Die Wahl kann auch auf ein Familienmitglied fallen oder Eltern von Kindern mit einer Behinderung können sich selbst beauftragen (vgl. Kremer 2006, 386; Knollema 2005). Es gibt auch Budgetnehmende, die ihre Versorgung über eine professionelle Organisation regeln. Auf dem Markt finden sich hierfür verschiedene kommerzielle Organisationen, die aus dem Budget bezahlt werden können. Für einen bestimmten Betrag entlasten sie zudem die Budgetnehmenden von bürokratischen Pflichten (vgl. Knollema 2006b, 4f.).

Mit Persönlichen Assistenten und Assistentinnen muss ein Dienstvertrag über die Art und den Preis der Unterstützung abgeschlossen werden. Der gemeinsam vereinbarte Stundentarif bestimmt die tatsächliche Stundenanzahl, die der Budgetnehmer/die Budgetnehmerin einkaufen kann. Sobald Assistenten/Assistentinnen mehr als drei Tage pro Woche für Budgetnehmende arbeiten, sind Budgetnehmende für die Lohnsteuer verantwortlich. Modellverträge können beim Versorgungsamt oder bei der Sozialversicherungsbank bezogen werden (vgl. Sozialversicherungsbank 2007; Der Paritätische Gesamtverband - Kompetenzzentrum Persönliches Budget 2006).

Qualitätssicherung und Kontrolle

Grundsätzlich wird die Verantwortung für die Qualität der Leistungen den Budgetnehmenden übertragen. Sie sollen erst sorgfältig wählen, anschliessend gute Leistungen einkaufen und gegebenenfalls eine Vereinbarung kündigen, wenn die Leistungen den Erwartungen nicht entsprechen. Mit spezifischen Qualitätsanforderungen von Seiten der Behörden sind die Leistungserbringer nicht konfrontiert (vgl. Knollema 2006b). Einzig die Sachleistungen dürfen ausschliesslich von öffentlich anerkannten und bewilligungspflichtigen Organisationen erbracht werden.

Auf Seite der Budgetnehmenden besteht allerdings eine Rechenschaftspflicht. Je nach Höhe des Budgets muss ein Nachweis dem Versorgungsamt jeweils 6 Wochen vor Ablauf der Auszahlungsperiode erbracht werden. Bei einem Budget von 2500 bis 5000 Euro ist das halbjährlich, bei einem Betrag von 5000 bis 25'000 Euro und darüber vierteljährlich. Ab 1. Januar 2007 wurde der so genannte „verantwortungsfreie Betrag“ auf 2500 Euro pro Jahr festgesetzt. Budgetnehmer/innen mit einem Budget unterhalb dieser Grenze, was – wie erwähnt – auf mehr als ein Viertel der Budgetnehmenden zutrifft, brauchen ihre Ausgaben nicht mehr auszuweisen. Damit wollte man die verwaltungstechnischen Lasten der Budgetnehmenden verringern.

Es gibt zwei verschiedene Formen von Kontrolle. In der „globalen Kontrolle“ muss auf einem standardisierten Rechenschaftsformular deklariert werden, welche Leistungen bei welchen Leistungserbringern bezogen werden. Detaillierte Behandlungspläne müssen nicht eingereicht werden. Über 1.5% des Budgets kann frei verfügt werden, es besteht keine Rechenschaftspflicht (vgl. Per Saldo 2007). Gemäss Knollema wird in einer Kontrolle schnell ersichtlich, welche Budgetnehmenden ihr PGB weniger gut verwalten. Als Konsequenz kann das PGB in einem solchen Fall auch beendet werden (gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007).

Daneben gibt es zusätzlich die „intensive Kontrolle“, die jährlich bei etwa 10% der Budgetnehmenden durchgeführt wird. Hier sind Budgetnehmende aufgefordert, ausführlich (anhand von Verträgen und Belegen) anzugeben, wofür sie das Geld verwenden. In dieser intensiven Kontrolle wird die Hälfte der kontrollierten Personen aufgrund bestimmter Kriterien gezielt ausgewählt. Solche Kriterien wären beispielsweise die Auffälligkeiten bei der globalen Kontrolle, ein aussergewöhnlich hohes Budget, eine Betrugsmeldung oder im Ausland eingekaufte Leistungen. Das Versorgungsamt ergänzt diese Gruppe mit einer Stichprobe von zufällig ausgewählten Budgetnehmenden (vgl. Knollema 2006b).

Unterstützungsleistungen

In den Niederlanden sind ganz unterschiedliche Akteure und Akteurinnen darin involviert, Budgetnehmenden die notwendigen Unterstützungsleistungen zukommen zu lassen. Stark vertreten sind hierbei Selbsthilfeorganisationen (vgl. Pijl 2007), wie zum Beispiel „Per Saldo“, „Naar Keuze“ oder „MEE“. In diesen Vereinigungen treffen sich Budgetnehmende, tauschen Erfahrungen aus und lernen voneinander. Von staatlicher Seite ist das „SVB Servicezentrum PGB“ der Sozialversicherungsbank von zentraler Bedeutung. Im Folgenden sollen diese Organisationen kurz vorgestellt werden:

- „SVB Servicezentrum PGB“

Das Servicezentrum der Sozialversicherungsbank stellt eine wichtige Anlaufstelle für Fragen rund ums PGB dar. Die Beratungstätigkeit des „Servicezentrum PGB“ kann kostenlos beansprucht werden. Es bietet zudem Unterstützung bei der Rekrutierung von Personal, beim Erstellen von Arbeitsplänen, bei der Verwaltung des PGB und bei der Erfüllung der Rechenschaftspflicht gegenüber dem Versorgungsamt. Budgetnehmende können auch das SVB Servicezentrum beauftragen, das eigene Budget zu verwalten, z.B. auch für die Lohnabgaben der Assistenten/Assistentinnen zu sorgen. Ebenfalls gewährleistet das SVB die gesetzlich geregelte Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Mit dem regulären PGB kann eine Ersatzpflege organisiert werden und das Krankengeld wird den Budgetnehmenden ausbezahlt. Somit können Budgetnehmende kranke Leistungserbringer weiterbezahlen. Weiter schliesst das SVB für alle Budgetnehmenden eine Haftpflicht- und eine Rechtsschutzversicherung ab, die in Schadensfällen und bei arbeitsrechtlichen Konflikten zum Tragen kommen (vgl. Sozialversicherungsbank 2007; gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007).

- „Per Saldo“

Per Saldo gibt es seit über zehn Jahren und zählt ca. 17'000 Mitglieder. Per Saldo versteht sich als Interessenvereinigung der Budgetnehmenden selbst. Zu ihren Kerntätigkeiten gehören die Beratung von Budgetnehmenden und die politische Lobbyarbeit.

- „Naar Keuze“

Naar Keuze ist insbesondere für Budgetnehmende mit geistiger Behinderung eine wichtige Informations- und Austauschquelle. Ebenfalls werden Workshops für Budgetnehmende angeboten (siehe: www.naarkeuze.nl/index.jsp).

- „MEE“

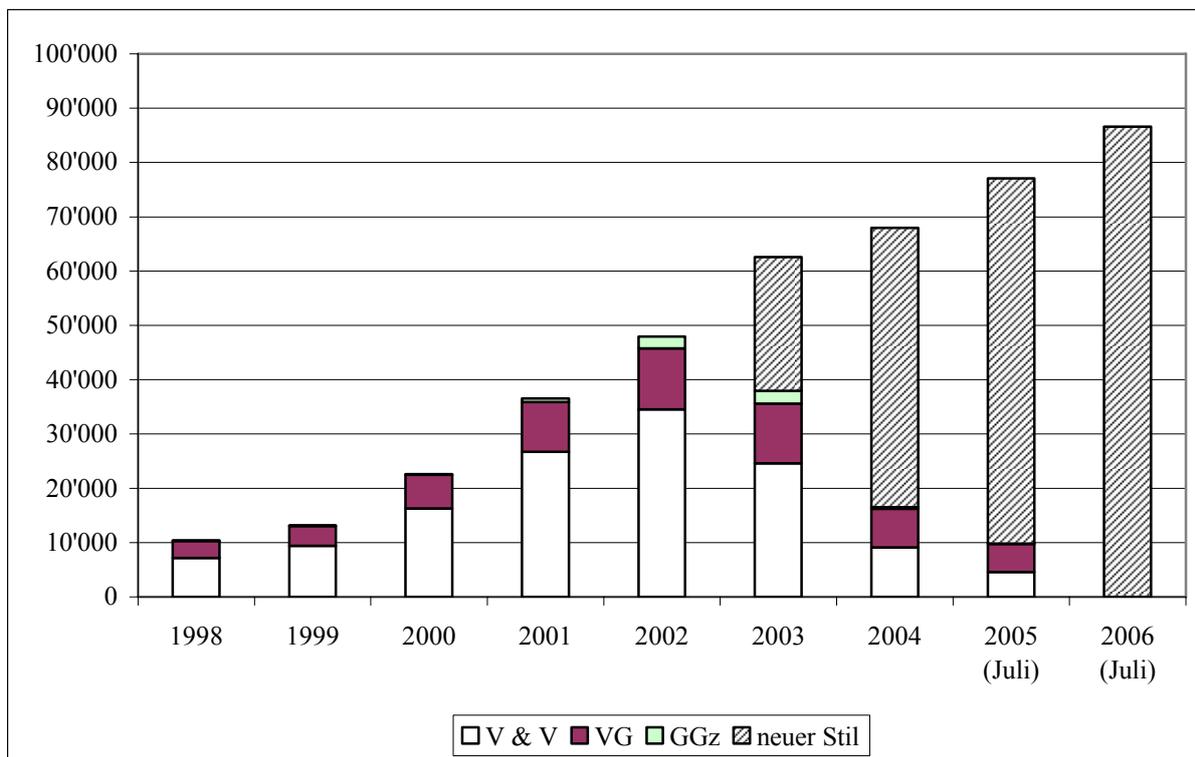
MEE bietet kostenlose Beratung für Angehörige und Rat suchende Budgetnehmende. MEE ist eine unabhängige, aber staatlich finanzierte Organisation (siehe: <http://www.mee.nl>).

3.2.4. Inanspruchnahme

In den Niederlanden wurden im Juli 2006 86'618 Budgetnehmende gezählt (vgl. Knollema 2006, 3). Ca. 32% davon sind zwischen 18 und 55 Jahre alt, 35% sind älter als 65 Jahre (vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2007).

Die Anzahl der Budgetnehmenden stieg in den letzten Jahren stark an. Per Ende 2003 zählten die Niederlande noch 62'557 Budgetnehmende (inkl. PGB nach dem alten System) (vgl. Knollema 2006b, 3). Damit ist die Anzahl Budgetnehmenden zwischen 2003 und 2006 (per Juli) um rund 38% gestiegen. (siehe Grafik 6).

Grafik 6: Entwicklung der Anzahl der Budgetnehmenden



Legende: V & V: PGB für die Pflege und Versorgung in der häuslichen Pflege
 VG: PGB für Menschen mit geistiger Behinderung
 GGz: PGB für psychisch Kranke
 neuer Stil: PGB nieuwe stijl (seit 2003)

Quelle: Knollema 2006a, 3

Trotz des Anstiegs der Zahl der Budgetnehmenden ist zu konstatieren, dass nur knapp 10% jener Personen, die Ansprüche nach dem AWBZ besitzen, ein PGB beanspruchen. Rund 90% entscheiden sich somit für Leistungen in Form von Sachleistungen (vgl. TK - Tweede Kamer 2004/2005, zit. nach Kremer 2006).

3.3. Direct Payments in Grossbritannien

3.3.1. Konzeption

Entstehung und Entwicklung der Direct Payments

Direct Payments meint in Grossbritannien ein Modell, in dem Personen mit einer Behinderung einen Geldbetrag erhalten und somit selbst diejenigen Hilfeleistungen einkaufen können, welche sie zum täglichen Leben benötigen.¹³

Die Idee von Direct Payments wurde 1988 in einer ersten Version realisiert. Zuvor verunmöglichte der „Social Security Act“ von 1948, dass Menschen mit einer Behinderung direkt finanzielle Leistungen erhalten.

Im Jahr 1988 wurde von der britischen Regierung der erste Independent Living Fund (Selbstbestimmt-Leben-Fonds) eingerichtet (für einen Überblick, siehe Tabelle 10). Dieser hatte zum Ziel, Menschen mit einer Behinderung ein Leben auch ausserhalb stationärer Einrichtungen zu ermöglichen. Betroffene erhielten zum ersten Mal direkt Geld, um ein Leben in möglichst normalisierten Lebenssituationen realisieren zu können. Dieser Fonds besteht in erweiterter Form (ab 1993) bis heute. Er leistet insbesondere da Zuzahlungen, wo lokale Behörden nicht in der Lage sind, Persönliche Budgets zu ermöglichen.

1994/96 wird landesweit das System der Direct Payments durch das Gesundheitsministerium eingeführt, nachdem Studien belegt haben, dass Direktzahlungen kostengünstig sowie relativ einfach zu handhaben sind (geringere Verwaltungskosten) und eine hohe Akzeptanz bei den Nutzern und Nutzerinnen haben (vgl. Zarb & Nadash 1994; Evans & Hasler 1996). Die Einführung wird 1996 durch einen Gesetzeserlass geregelt, den Community Care (Direct Payments) Act.¹⁴ Dieser sieht vor, dass die Direktzahlungen regional und lokal organisiert und realisiert werden müssen. Es bleibt den lokalen Behörden vorbehalten, Direct Payments einzuführen.

Die Einführung verläuft vorerst eher schleppend und von Region zu Region unterschiedlich. 1999 haben erst 44 von 130 lokalen Behörden Direct Payments als Möglichkeit eingeführt.

¹³ Dieser Begriff ist vom Begriff „Direct Payment“ zu unterscheiden, welcher das Verfahren bezeichnet, nach dem Sozialhilfegelder und Pensionen vom Leistungsfinanzierer direkt auf ein Konto der Hilfeempfänger und -empfängerinnen ausbezahlt werden.

¹⁴ Im selben Jahr wird die politische und praktische Anleitung zur praktischen Umsetzung in die lokale Gesetzgebung veröffentlicht, der „Community Care (Direct Payments) Act 1996 Policy and Practice Guidance“.

Tabelle 10: Übersicht über die Entwicklung der Direct Payments in Grossbritannien

Zeitraum	Umsetzungsschritte	Gesetzliche Grundlagen
Ab 1948	Keine Direktzahlungen an Betroffene möglich.	„Social Security Act“
1988	Independent Living Fund I Personen mit Behinderungen sollen auch Zuhause leben dürfen. Die Regelungen des Fonds sind kompliziert. Es ist nicht einfach, Geld zu bekommen und so wird der Fonds nicht ausgeschöpft.	Initiative des nationalen Gesundheitsdepartements.
1993	Independent Living Fund II (Extension Fund) Die Zugangsbeschränkungen sind immer noch sehr gross.	Übergabe an private Trägerschaft
1994/96	Einführung der Direct Payments Die Einführung wird den Kommunen und lokalen Behörden übertragen. Die Einführung verläuft eher schleppend. Es bestehen viele Vorbehalte, insbesondere auch auf Seiten der professionellen Hilfe/innen und der Behörden.	Erlass des regional organisierten Direktzahlungs-Gesetzes (Community Care (Direct Payments) Act) durch die Regierung. Veröffentlichung der politischen und praktischen Anleitung zur praktischen Umsetzung (Community Care (Direct Payments) Act 1996 Policy and Practice Guidance). Es gibt keinen allgemeinen Gesetzesanspruch auf Direktzahlungen. Betroffene müssen in Vereinbarungen mit den lokalen Behörden die Leistungen festlegen.
2003	2003: Einführung der neuen Direct Payments Regulations, welche Zahlungen an alte Menschen, für Helfer/innen und Jugendliche im Alter von 16/17 Jahren ermöglichen. Verpflichtung der lokalen Behörden, Direktzahlungen anzubieten. Einrichtung des Direct Payments Development Fund	Direct Payments Regulations Direct Payments werden weiterhin in Vereinbarungen festgelegt.
Ab 2004	Ab 2004 sind die Direct Payments ein Indikator für die Regierung, um die Leistung der lokalen Behörden zu messen.	
In Arbeit	Gesetzesvorlage von Seiten Interessenvereinigungen und einzelnen Politikern und Politikerinnen	The Independent Living (Disabled Persons) Bill

Bis zum Jahr 2003 bleiben alle Menschen bis zum 18. und ab dem 65. Lebensjahr von den Direct Payments ausgeschlossen. Das gilt auch für Eltern von Kindern mit einer Behinderung und für Helfer/innen. Im Rahmen der neuen Regelung der Direct Payments 2003 werden nun auch Personen über 65 Jahre sowie 16- und 17-Jährige eingeschlossen. Zugleich können auch Eltern von Kindern mit einer Behinderung Direct Payments erhalten. Mit den Neuregelungen 2003 verbindet sich auch, dass die Kommunen nun verpflichtet sind, Anspruchsberechtigten Direct Payments anzubieten (vgl.

Timonen et al. 2006, 460). Damit wird die bis dahin geltende Praxis abgelöst, dass es in der Entscheidungsbefugnis der dezentralen Behörden liegt, entsprechende Angebote einzurichten oder nicht.¹⁵ In der Konsequenz bedeutet dies, dass Personen mit einer Behinderung – auch wenn ein individueller Rechtsanspruch nicht verankert ist – zumindest die Möglichkeit erhalten, zwischen Direct Payments, Dienstleistungen oder einer Kombination entscheiden zu können. Mit diesem Gebot ist eine weitere Hürde nur noch abgeschwächt vorhanden: Bislang oblag es den lokalen Behörden, die Fähigkeiten der Betroffenen zur Führung eines Budgets („ability“) als Voraussetzung für Direct Payments abzuklären (vgl. Spandler & Vick 2006). Die Prüfung der personalen Kompetenzen dürfte heute noch in einigen Regionen von Relevanz sein, doch ist von einer sinkenden Bedeutung auszugehen (gemäss Hinweis von Frau Pearson, Befragung vom 8.8.2007).

Ebenfalls 2003 richtet die britische Regierung den Direct Payments Development Fund ein, der mit 9 Millionen Pfund für eine Laufzeit von drei Jahren ausgestattet wird. Geld geht dabei an Forschende und an lokale Gruppen, welche kreative Wege zur Einführung und Realisierung der Direct Payments gehen.

Auf Basis verschiedener Studien (siehe Abschnitt 5.3), welche auch statistische Daten erheben und regionale Vergleiche innerhalb von Grossbritannien anstellen, verdichtet sich das Bild eines grundsätzlich erfolgreichen und breit anerkannten Systems, welches aber insbesondere in Bezug auf die Finanzierung und die Qualitätsentwicklung der Hilfen auch kritische Fragen aufwirft.

Dementsprechend versuchen heute verschiedene Interessenvereinigungen Betroffener, einen neuen Gesetzesentwurf in die Regierung einzubringen, welcher eine umfassende Reform der Direct Payments vorsieht. Dabei sollen folgende Prinzipien zur Anwendung gelangen (vgl. The Independent Living (Disabled Persons) Bill 2006):

- Alle sozialen Leistungen und Dienstleistungen sollen darauf ausgerichtet sein, die Teilnahme und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an den gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen Systemen als gleichberechtigte Partner zu ermöglichen.
- Jede Hilfeleistung soll den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung entsprechen und soll sich auf die Einschränkungen und Barrieren beziehen, die sich den Betroffenen stellen.
- Menschen mit Behinderungen sollen alle Menschenrechte zugestanden werden.
- Es sollen praktische Schritte unternommen werden, um Benachteiligungen aufgrund von Alter, Rasse, Geschlecht oder sexueller Orientierung abzubauen.
- Lokale Behörden und ihre Partner sollen besser zusammenarbeiten, um bessere Möglichkeiten für Selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

¹⁵ Auch wenn festzustellen ist, dass die ganz grosse Mehrheit bereits vor 2003 entsprechende Möglichkeiten eingeführt hat (vgl. Davey, Fernandez, Knapp, Vick, Jolly, Swift, Tobin, Kendall, Ferrie, Pearson, Mercer & Priestley 2007, 1).

Sozialpolitische Zielsetzungen

Treibende Kräfte hinter der Einführung und Weiterentwicklung der Direct Payments sind einerseits die von einer Behinderung Betroffenen selbst. Diese sind daran interessiert, ihr Leben so selbstbestimmt wie möglich leben zu können. Andererseits sind es Politik und Regierung, welche in den Direct Payments eine Möglichkeit sehen, die Kosten in der Behindertenhilfe und in der Altenhilfe wenn nicht zu senken, dann doch die laufende Zunahme der Kosten zu dämpfen. So ergibt sich die Koalition von Interessengruppen mit unterschiedlichen Motiven und Absichten, die vor allem zwei sozialpolitische Stossrichtungen verfolgen. Zum einen sollen die Kosten in der Behindertenhilfe und im daran angeschlossenen Gesundheitswesen möglichst gering gehalten oder reduziert werden. Schlussendlich obliegt es den Kommunen, auf Basis der vorhandenen Ressourcen zu bestimmen, wer Direct Payments erhält und wie hoch diese ausfallen. Zum andern sollen die Lebens- und Entwicklungssituationen von Menschen mit einer Behinderung verbessert werden. Direct Payments sind ein Mittel, um Betroffenen und ihren Familien ein möglichst selbstbestimmtes, selbstverantwortliches und selbstständiges Leben zu ermöglichen.

Leistungssysteme und Zielgruppen

In Grossbritannien bilden Direct Payments das bedeutendste Leistungssystem, um mit einer Behinderung Direktzahlungen zur Finanzierung von persönlicher Hilfe zu erhalten. Gleichwohl bestehen weitere Leistungssysteme, wie etwa die – bereits erwähnten – Independent Living Funds¹⁶, mit je unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen (zu diesen weiteren Leistungssystemen, siehe Pijl 2007).

Im Folgenden beziehen sich die Ausführungen auf das Modell der Direct Payments, wie sie im Community Care (Direct Payments) Act geregelt sind. Diese können seit den Neuregelungen 2003 auch Personen im Alter von 16 und 17 Jahren und ab 65 Jahren erhalten. Es lassen sich insgesamt acht Gruppen unterscheiden, welche Direct Payments beziehen können: Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen und Sinnesbeeinträchtigungen; Menschen mit Lernschwierigkeiten (kognitive Beeinträchtigung); Menschen, die 65 Jahre und älter sind; die 16- bis 17-Jährigen mit einer Behinderung; Menschen mit psychischen Problemen; Helfer/innen; Helfer/innen von Kindern mit Behinderungen und junge Helfer/innen (die z.B. einen Elternteil unterstützen).

Eine allgemeine Einschränkung des Personenkreises etwa im Hinblick auf Behinderungsart oder das Ausmass der benötigten Unterstützung gibt es nicht. Allerdings werden Leistungen im stationären Bereich nur in Ausnahmefällen über Direct Payments finanziert.

3.3.2. Abklärung des Assistenzbedarfs

In Bezug auf Direct Payments werden die Behörden vom Gesundheitsdepartement angehalten, betroffene Personengruppen auf diese Möglichkeit aufmerksam zu machen. Dabei zeigt sich, dass englische Kommunen eher diesen Anweisungen folgen, als Kommunen in Wales, Schottland oder Nordirland (vgl. Riddell, Pearson, Jolly, Barnes, Priestley & Mercer 2005). Das scheint damit zusammen-

¹⁶ Im Jahre 2007 beziehen rund 20'000 Personen Leistungen aus den Independent Living Funds (vgl. Independent Living Fund 2007).

zuhängen, dass der politische Druck zur Realisierung von Vorgaben der Regierung in England traditionell grösser ist. Andererseits ist die Skepsis gegenüber „Neuerungen“ in den zentralregierungsferneren Regionen grösser.

Dieselbe Vielfalt und Verschiedenheit zeigen sich auch bei der Implementation und dem Einsatz von Verfahren oder Instrumenten für einzelne Anspruchsgruppen. Auch hier gibt es grundsätzliche Regelungen und Vorschläge zur Realisierung der Assessments zur Bedarfsabklärung von Seiten des Departements für Gesundheit (siehe Guide to financial support for disabled people unter <http://www.direct.gov.uk>). Die Praxis und vergleichende Studien (vgl. Riddell et al. 2005 oder Priestley, Jolly, Pearson, Riddell, Barnes & Mercer 2006) machen aber deutlich, dass Verfahren wie auch Instrumente je nach Region oder Behörde ganz unterschiedlich und untereinander kaum vergleichbar sind (zu Einflussfaktoren auf den Assessment Prozess, siehe Lyon 2005). Anwendungsmöglichkeiten reichen von der Einsetzung von unabhängigen Fachkommissionen und standardisierten Assessmentsystemen im medizinischen und psychosozialen Bereich¹⁷ bis hin zur individuellen Einschätzung von einzelnen Sozialarbeitenden. Am geläufigsten ist eine Form der Bedarfsermittlung, bei der Sozialarbeitende gemeinsam mit Antragstellenden in einem Assessmentverfahren (Community Care Assessment) die Modalitäten wie den Assistenzbedarf, die Höhe der Zahlungen sowie einen eventuellen Eigenanteil festlegen (vgl. auch Loeken 2006, 35).

Auf Seiten der Betroffenen gibt es keinen Anspruch auf ein einheitliches Verfahren. Sie werden aber stark in die Verfahren involviert und können selber die Verhandlungen führen. Sie können auch Berater/innen einsetzen, welche für sie administrative oder kommunikative Aufgaben übernehmen (z.B. im Fall von kognitiver oder kommunikativer Beeinträchtigung) oder die Anliegen vertreten.

Wird ein Antrag auf Direct Payments abgelehnt, kann jederzeit eine Neubeurteilung verlangt werden. Dasselbe gilt auch für Verhandlungen, welche die Höhe der Direct Payments betreffen. Allgemein scheint das Verhandlungsgeschick des Menschen mit einer Behinderung in der Bedarfsabklärung und -bemessung sehr wichtig zu sein. Und in Regionen, in denen Betroffenenorganisationen sehr stark sind, werden Direct Payments auch häufiger als in anderen Regionen ausgerichtet (siehe dazu auch Abschnitt 5.3.4).

3.3.3. Leistungen

Direct Payments werden in einer Vereinbarung mit den lokalen Behörden der Kommunen festgelegt. Betroffene können zu jedem Zeitpunkt den Bedarf nach Direct Payments anmelden und Vereinbarungen können von Seiten der Betroffenen jederzeit gekündigt werden. Auch ist eine schrittweise Einführung von Direct Payments möglich.

Direct Payments können für alle Arten von Assistenzleistungen und alle Aktivitäten des täglichen Lebens im gesamten Lebensraum des betroffenen Menschen beansprucht werden. Die effektiv finanzierten Leistungen beziehen sich in der Praxis aber vor allem auf pflegerische und hauswirt-

¹⁷ Das Departement für Gesundheit sieht ab 2003 ein so genanntes „Gesundheits- und Sozialhilfeassessment“ vor. Je nach Fall und möglicher Leistungsgruppe ist darin auch eine medizinische Untersuchung vorgesehen, welche nicht vom Hausarzt/von der Hausärztin der Betroffenen durchgeführt werden darf. Diese Re-

schaftliche Hilfen (vgl. Timonen et al. 2006, 461). Es kann aber auch ein Bedarf in anderen Bereichen, wie z.B. dem Freizeitbereich, geltend gemacht werden. Der Ermessensspielraum der Behörden in der Anerkennung ist letztlich sehr gross und die Entscheidung, für welche Bereiche jemand wie viel Geld erhält, sind – wie bereits erwähnt – nicht rekursfähig. Es können jedoch jederzeit Neubeurteilungen der Situationen und Neuverhandlungen von den Behörden verlangt werden.

Die Höhe der Direct Payments ist ebenfalls nicht festgelegt. Da den lokalen Behörden aber nur ein limitiertes Budget zur Verfügung steht, wird die Höhe der Zahlungen durch diese Etats und die Personenzahl, auf die die Etats aufgeteilt werden müssen, begrenzt. Je nach Region und den zur Verfügung stehenden Ressourcen können Direct Payments also ganz unterschiedlich hoch ausfallen. Das Ermessen der lokalen Behörden umfasst insbesondere auch die Festlegung des massgeblichen Stundenansatzes. Ein Survey bei den lokalen Zuständigen in Grossbritannien vermag einen Einblick in die Höhe des Entschädigungsansatzes zu geben, wenngleich nur Durchschnittswerte dokumentiert sind (vgl. Davey et al. 2007, 55ff.). Es zeigen sich hierbei zum einen länderspezifische Unterschiede, da insbesondere in Nordirland und Wales tiefere Ansätze als in England und Schottland zur Anwendung gelangen. Zum anderen ist der Zeitpunkt der Leistung – tagsüber, nachts, Wochenende und Feiertage – relevant und die budgetierte Entschädigung pro Stunde variiert auch nach Gruppe der Nutzer/innen. Für England zeigt sich, dass für Personen mit einer Körperbehinderung der durchschnittliche Stundenansatz bei 8.7 Pfund bzw. entsprechend bei knapp 14 Euro liegt (vgl. Davey et al. 2007, 57). Dieser Ansatz liegt für Feiertage durchschnittlich bei 10.4 Pfund, also knapp 20% höher. Mit Ausnahme von Personen mit einer Lernbehinderung, die tagsüber mit 9.6 Pfund einen rund 10% höheren Stundenansatz erhalten, liegen die Stundenansätze bei Hilfeleistungen tagsüber für alle übrigen Gruppen von Nutzer/innen zwischen 8.5 und 9 Pfund pro Stunde.

Über die Höhe der ausbezahlten Direct Payments liegen keine nationalen Angaben vor. Für Schottland lässt sich jedoch zeigen, dass 2006 durchschnittlich ein monatlicher Betrag von 817 Pfund bzw. 1270 Euro ausbezahlt wird (basierend auf einer Schätzung, vgl. Scottish Executive 2007, 3).

Direct Payments sind grundsätzlich einkommensabhängig, und es kann sein, dass ein Mensch mit einer Behinderung einen Teil der Assistenzleistungen selbst bezahlen muss. Ist das Einkommen besonders hoch, können Betroffene auch verpflichtet werden, selbst für ihre Assistenzleistungen aufzukommen.¹⁸ Genaue und vergleichende Zahlen sind aufgrund der vielfältigen und ganz unterschiedlichen regionsspezifischen Anwendungen leider nicht zu erhalten. Verschiedene Berichte sprechen aber von ungefähr 25 Prozent Eigenanteil, den Betroffene zu ihrem Persönlichen Budget beizusteuern haben.¹⁹ Die Ausgestaltung und die Höhe des Eigenanteils sind nicht landesweit gleich geregelt.²⁰ Renten oder finanzielle Leistungen aus anderen Fonds, wie dem Independent Living

gelung scheint aber längst nicht in allen Kommunen zur Anwendung zu gelangen oder sie wird ganz unterschiedlich in die Praxis umgesetzt.

¹⁸ Was jedoch höchst selten der Fall ist.

¹⁹ Adolf Ratzka spricht im Zusammenhang mit diesen 25 Prozent Eigenanteil scherzhaft von einer neu eingeführten Art der Behindertensteuer in Grossbritannien (vgl. Zolle 2007).

²⁰ Einer Regelung des Gesundheitsdepartements entsprechend wird Vermögen bis zu 13'000 Pfund nicht für die Berechnung von Pflegeleistungen angerechnet. Bei einem Vermögen über 21'500 muss eine Person selbst für Pflegeleistungen aufkommen, bis das Vermögen weniger als diese Summe beträgt. Für die Anwendung dieser Regelung sind wieder die lokalen Behörden zuständig.

Funds, scheinen im Grundsatz nicht an das Einkommen angerechnet zu werden. Aber auch hier gibt es keine einheitlichen Regelungen.

Direct Payments erlauben eine grosse Freiheit in der Wahl der Leistungserbringer. Es können selbst Personen als Persönliche Assistenten und Assistentinnen angestellt oder private oder staatliche Pflegedienste beauftragt werden.

Nicht finanziert werden Leistungen an Ehepartner, nahe Angehörige oder Personen, die im gleichen Haushalt leben. Seit 2003 sind solche Leistungen aber dennoch finanzierbar, wenn die Gelder direkt an die Helfer/innen bezahlt werden oder wenn die betreffenden Personen eigens wegen der Leistungserbringung in die Wohnung der betroffenen Person einziehen. Nicht finanziert werden jedoch Leistungen im stationären Bereich. Abgesehen von Ausnahmen werden stationäre Aufenthalte über andere Quellen finanziert.

Budgetverwendung und Qualitätssicherung

Direct Payments werden auf ein Konto des betroffenen Menschen einbezahlt. Ihre Verwendung regelt eine Vereinbarung zwischen den lokalen Behörden und der betroffenen Person oder ihrer Vertretung geregelt. Die Vereinbarung sollte – nach Massgabe des Gesundheitsdepartements – folgende Punkte umfassen²¹:

- Beschreibung des Hilfebedarfs
- Beschreibung der Dienstleistung, die über die Zahlung abgedeckt wird
- finanzielle Höhe der Direktzahlung und ev. Eigenbeteiligung
- Abrechnungsmodalitäten
- Laufzeit und Festlegung der nächsten Kontrolle
- Massnahmen, die bei Ausfall der Assistenten/Assistentinnen geplant sind
- Kündigungsmodalitäten für beide Seiten
- Form der Unterstützung durch Dritte
- Kontrollmodalitäten

Direct Payments dürfen nur für die vorgesehenen Zwecke verwendet werden und die Ausgaben müssen durch eine geregelte Buchführung nachvollziehbar sein. Alle Ausgaben müssen regelmässig schriftlich abgerechnet und können durch die Behörden jederzeit kontrolliert werden. Möglich sind auch unangemeldete Hausbesuche. Normalerweise finden Kontrollen und die Überprüfung der Lebens- und Entwicklungssituationen einmal im Jahr statt.

Die Buchführung kann, wie die Organisation der verschiedenen Leistungen, von Betroffenen an (ehrenamtliche) Helfer/innen oder an eine Agentur abgegeben werden.

Wird die Vereinbarung nicht eingehalten, so können die lokalen Behörden Sanktionen beschliessen. Diese reichen bis zur finanziellen Haftung des Betroffenen bei Vertragsbruch.

²¹ In der Praxis können die Vereinbarungen unterschiedliche Formen aufweisen.

Stellen Nutzer/innen von Direct Payments selber Persönliche Assistenten und Assistentinnen an, so sind sie auch selbst für die Qualitätssicherung zuständig und verantwortlich. Für Persönliche Assistenten und Assistentinnen bestehen keine Auflagen bezüglich der Ausbildung. Hingegen sind für professionelle Hilfen im häuslichen Bereich durch das Departement für Gesundheit Qualitätsstandards festgelegt. Diese gelten auch, wenn Betroffene Helfer/innen bei einem professionellen Dienst nutzen (vgl. Department of Health 2003)

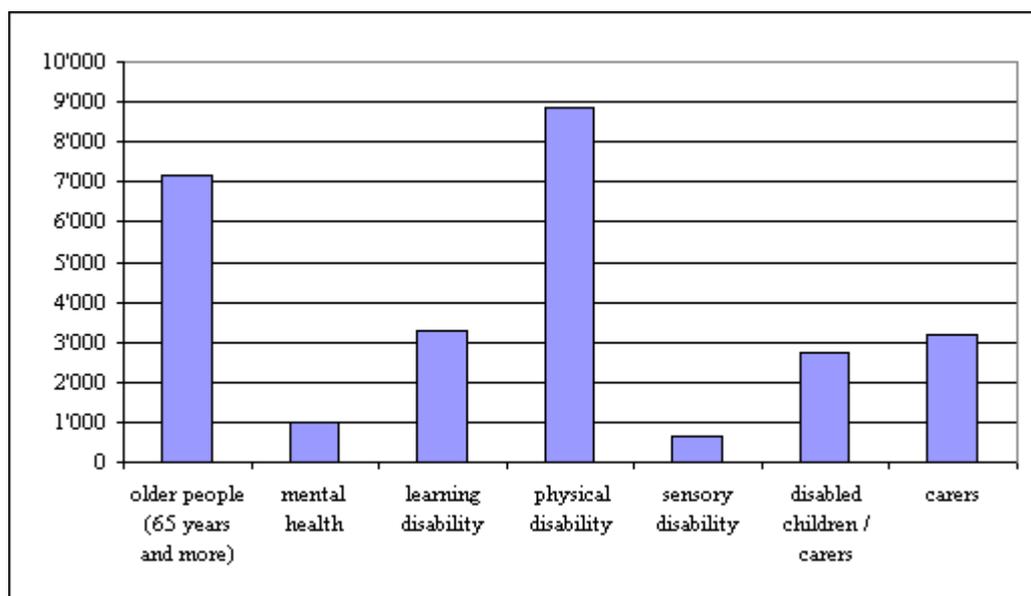
Beratung und Unterstützung

Die lokalen Behörden sind im Rahmen ihrer allgemeinen Beratungsaufgaben grundsätzlich dazu verpflichtet, Information und Beratung im Zusammenhang mit Direct Payments zu leisten. Dabei sind die Behörden gehalten, auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten und kognitiven Beeinträchtigungen das System der Direct Payments so einfach wie möglich auszugestalten.

Allgemein ist anerkannt, dass Betroffene und ihre Angehörigen oder auch Helfer/innen Unterstützung bei der Erstellung der Abrechnungen und Rechenschaftsberichte benötigen. Und es können Gelder für diese Zwecke in den Vereinbarungen vorgesehen werden (in England bejaht ein Viertel der zuständigen Behörden, entsprechende Entschädigungen im Budget vorzusehen; vgl. Davey et al. 2007, 63).

Von Seiten der Gesetzgeber und Administrationen gibt es keine Einschränkungen, wer Bezüglern und Bezügerinnen von Direct Payments helfen darf und Beratungsangebote dürfen sich auf alle Belange der Direct Payments beziehen. Unterstützung leisten häufig Angehörige, Personen aus dem sozialen Umfeld, ehrenamtliche Helfer/innen, Sozialarbeitende oder Juristen und Juristinnen. Häufig gewährleisten auch andere Personen mit einer Behinderung (Peer Support) oder Selbsthilfe-Organisationen die notwendige Unterstützung. Heute steht eine breite Palette von schriftlichen Informationsmaterialien, Video- und Audiomaterialien und Musterverträgen zur Verfügung, welche zum Teil auch auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen und Behinderungsformen zugeschnitten sind. Beratende arbeiten meist ehrenamtlich. Sie können aber auch anerkannte Partner der Sozialbehörden sein und in dieser Funktion für ihre Tätigkeit von den Behörden finanziell entschädigt werden.

Grafik 7: Anzahl Nutzer/innen von Direct Payments 2004 / 2005, nach Gruppen



Quelle: Davey et al. 2007, 19

3.3.4. Inanspruchnahme

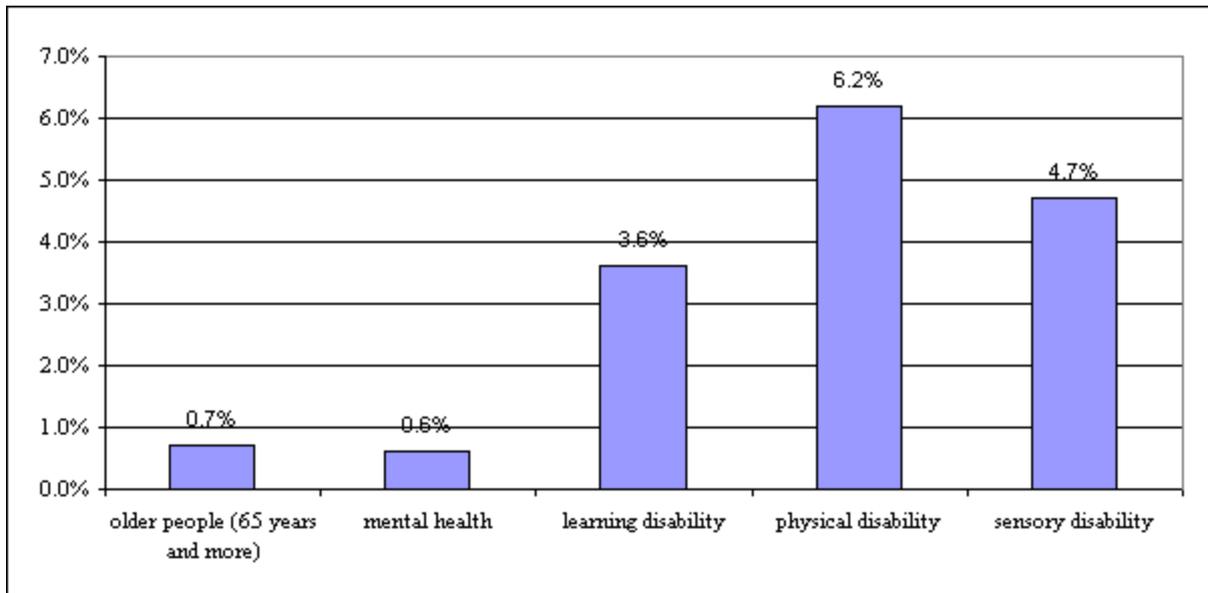
Aktuelle Zahlen zu den Nutzern und Nutzerinnen von Direct Payments sind schwierig zu ermitteln. Während Fernandez (2007) für das Jahr 2003 von einer Gesamtzahl von 17'300 Bezüger/innen von Direct Payments ausgeht, werden in einer neueren Studie (Davey et al. 2007) knapp 27'000 Bezüger/innen für die Jahre 2004 und 2005 dokumentiert. Damit wäre davon auszugehen, dass innerhalb von zwei Jahren (2003 bis 2005) die Zahl der Bezüger/innen um rund 56% gestiegen ist. In diesen Zahlen zu 2004/2005 sind alle Gruppen von Nutzer/innen eingeschlossen, wie Grafik 7 zeigt.

Den grössten Anteil bilden Menschen mit einer körperlichen Behinderung (8850 Personen), die noch häufiger als ältere Menschen (ab 65 Jahren) Direktzahlungen erhalten (siehe auch Hinweis Frau Pearson, Befragung vom 8.8.2007). Personen mit einer „psychischen“ Behinderung (mental health) oder einer Sinnesbehinderung (sensory disability) sind hingegen kleinere Gruppen (mit 1000 bzw. 650 Personen). Diese Angaben können in Relation zur jeweiligen Grösse der einzelnen Gruppen von Nutzer/innen gesetzt werden. Dabei resultieren ganz unterschiedliche Quoten bei der Inanspruchnahme (siehe Grafik 8).

Für Personen ab 65 Jahren liegt der Anteil jener, die Direct Payments erhalten, bei 0.7%. In einer vergleichbaren Grössenordnung sind Personen mit einer psychischen Behinderung angesiedelt. Der grösste Anteil an Bezüger/innen von Direct Payments ist bei Personen mit einer Körperbehinderung (mit 6.2%) festzustellen. Die relative geringe Beteiligung von Menschen mit einer psychischen Behinderung oder einer Lernbehinderung ist vor allem darin begründet, dass gerade ihnen oft die Fähigkeit zur Führung eines Budgets abgesprochen wird (vgl. Priestley et al. 2006, 2).

In keiner Region gibt es Angaben zur geschlechtsspezifischen Verteilung. Angaben aus älteren Studien (vgl. Jolly 2004; Riddell et al. 2005) zeigen, dass vor allem die Gruppe der über 65-Jährigen in den Jahren 2000 bis 2003 am stärksten angewachsen ist.

Grafik 8: Anteil der Nutzer/innen von Direct Payments an entsprechender Bevölkerungsgruppe 2004 / 2005, nach Gruppen



Quelle: Davey et al. 2007, 19

3.4. Das Persönliche Budget in Deutschland

3.4.1. Konzeption

Sozialpolitische Zielsetzungen

Das Persönliche Budget meint in Deutschland einen bedarfsgerechten Geldbetrag, den Menschen mit Behinderung auf Wunsch und Antrag anstelle einer Sachleistung²² erhalten können, um damit erforderliche Unterstützung nach eigenen Vorstellungen selbst zu organisieren. Diese neue Variante der Leistungserbringung ist Ausdruck eines grundlegenden Richtungswechsels in der deutschen Sozial- und Rehabilitationspolitik: Leistungsberechtigte sollen nicht länger als Objekt wohlfahrtsstaatlicher Fürsorge mit standardisierten Leistungen versorgt, sondern mit individuell passenden Hilfen darin unterstützt werden, ein selbstgewähltes Leben zu führen und am Leben der Gesellschaft teilzuhaben. Das Steuerungsinstrument des Persönlichen Budgets ist in diesem Zusammenhang mit einer dreifachen Zielsetzung verbunden:

- Die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung soll gestärkt werden (Autonomie und Individualisierung),
- die Zielgenauigkeit und Wirksamkeit der sozialen Leistungen sollen erhöht werden (Effektivität) und
- die Ausgaben sollen gedämpft bzw. die erforderlichen Ressourcen wirtschaftlich und sparsam eingesetzt werden (Effizienz).

Es wird erwartet, dass das Persönliche Budget diese gewünschten Effekte dadurch erzielt, dass es

- den Wettbewerb im Bereich der sozialen Dienste erhöht,
- einen nachfrageorientierten Angebotswandel zugunsten ambulanter Leistungen auslöst,
- persönliche Ressourcen der Leistungsberechtigten und informelle Unterstützungssysteme (wieder-)belebt und stärkt,
- die Partizipation der Nutzer/innen am Gesamtprozess der Leistungserbringung erhöht und dadurch
- die Qualität und Passgenauigkeit sozialer Leistungen steigert.

Ein wesentlicher Impuls ging hierbei von der Einführung des neuen Sozialgesetzbuches (SGB) IX im Jahre 2001 aus, das Selbstbestimmung und Teilhabe als Zielbegriffe von Rehabilitation formuliert, das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten bei der Auswahl erforderlicher Leistungen stärkt und die Tür zur Möglichkeit eines Persönlichen Budgets öffnet. Begleitet werden diese sozialpolitischen und -rechtlichen Entwicklungen durch grundlegende Reformen in der Sozialverwaltung auf der Grundlage eines neuen Steuerungsmodells, das betriebswirtschaftliche Konzepte in die öffentliche Verwaltung überträgt und marktähnliche Strukturen im gegliederten Leistungssystem verankert. Ein zentraler Schritt dieses Reformweges ist die Umstellung von der angebots- bzw. insti-

²² Im Sachleistungsprinzip werden Einrichtungen und Dienste der Rehabilitation für Leistungsberechtigte bereitgestellt und finanziert.

tutionsbezogenen Finanzierung von Leistungen zur personenbezogenen Zuweisung von Ressourcen (vgl. Wansing 2007).

Zielgruppe des Persönlichen Budgets sind alle Menschen mit Behinderung (gesetzliche Definition), die einen grundsätzlichen Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX haben (siehe unten, Grafik 9). Eine Einschränkung des Personenkreises etwa im Hinblick auf Alter, Behinderungsart, Ausmass der benötigten Unterstützung oder Wohnsituation gibt es nicht.

Entwicklung des Persönlichen Budgets

Erste Überlegungen und Umsetzungen zur Einführung des Persönlichen Budgets gab es, auch beeinflusst durch die Vorbilder der europäischen Nachbarländer, im Bundesland Rheinland-Pfalz. Hier wurde die neue Leistungsform bereits 1997 auf Initiative des Landesministeriums als Alternative zu den gewachsenen Versorgungsstrukturen vorgestellt und von 1998 bis zum Jahr 2000 für ausgewählte (ambulante) Leistungen in vier Modellkommunen praktisch erprobt (siehe Tabelle 11).

Aufgrund der insgesamt positiven Erfahrungen (vgl. Kaas 2002; MASFG – Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz 2004) wurde das Persönliche Budget in Rheinland-Pfalz sukzessive in weiteren Kommunen eingeführt und seit 2004 landesweit umgesetzt.

Es folgten Modellversuche in den Bundesländern Baden-Württemberg, Hamburg, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen (vgl. Wacker et al. 2005, 61ff.). Im Jahr 2004 wurden die gesetzlichen Ausführungen zum Persönlichen Budget im SGB IX weiter ausgestaltet (u.a. Festlegung budgetfähiger Leistungen); zudem wurde die Budgetverordnung (BudgetV) erlassen, welche die Verwaltungsschritte von der Beantragung eines Persönlichen Budgets bis zur Erfolgsüberprüfung sowie die Koordination der Leistungen regelt.

Bis Ende 2007 entscheiden die Leistungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen, ob bewilligte Leistungen als Sachleistung oder Geldleistung erbracht werden, ab 2008 gibt es einen Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget.

Tabelle 11: Übersicht über die Entwicklung des Persönlichen Budgets in Deutschland

Zeit- raum	Umsetzungsschritte	Gesetzliche Grundlagen
1998- 2000	Modellversuche zum Persönlichen Budget in vier Kommunen in Rheinland-Pfalz (Ausweitung auf weitere Kommunen bis 2004)	Experimentierklausel § 101a BSHG „Zur Weiterentwicklung der Sozialhilfe soll die Pauschalierung weiterer Leistungen (...) erprobt werden. Die Pauschalbeträge sind für einen bestimmten Bedarf festzusetzen und müssen dem Grundsatz der Bedarfsdeckung gerecht werden.“
2001	Einführung des Persönlichen Budgets als neue Leistungsform im neuen SGB IX	§ 17 SGB IX „Der zuständige Leistungsträger kann Leistungen zur Teilhabe (...) durch ein persönliches Budget ausführen.“
2002	Start Modellversuch in Baden-Württemberg	Ermessensspielraum, Modellerprobung
2003	Start Modellversuche in Hamburg, Mittelfranken, Nordrhein-Westfalen	
2004	Weitere Ausgestaltung der gesetzlichen Bestimmungen zum Persönlichen Budget im SGB IX, Inkrafttreten der Budgetverordnung	§ 17 SGB IX „Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.“
	Landesweite Umsetzung des Persönlichen Budgets in Rheinland-Pfalz	Budgetverordnung Ermessensspielraum, Modellerprobung
	Start Modellversuch Niedersachsen	
	Start Modellversuche (trägerübergreifendes) Persönliches Budget in acht Bundesländern	
ab 2008	Bundesweite Umsetzung	Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget (Wahlrecht)

Leistungssysteme

Menschen mit Behinderung können nach dem SGB IX zur Teilhabe am Leben der Gesellschaft Leistungen

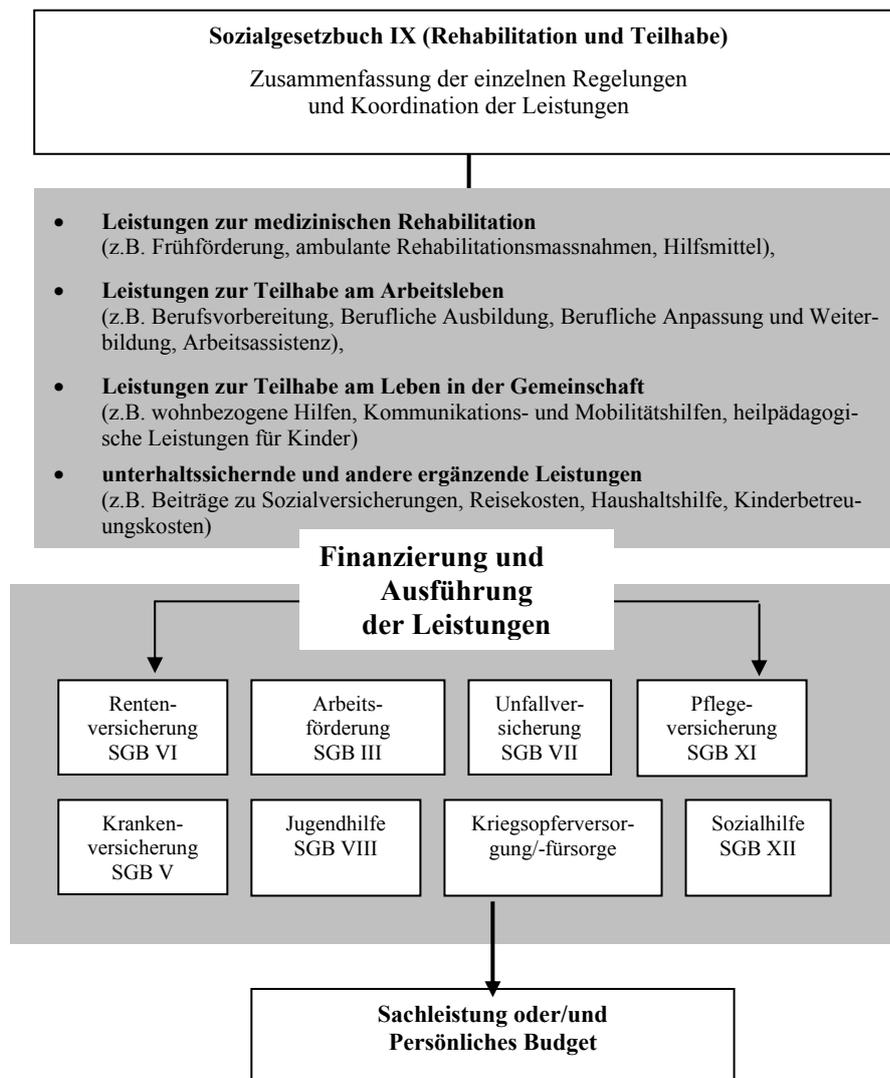
- der medizinischen Rehabilitation,
- zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie
- unterhaltssichernde oder andere ergänzende Leistungen erhalten²³ (siehe Grafik 9),

die grundsätzlich alle in Form eines Persönlichen Budget erbracht werden können.

Für die Finanzierung und Ausführung der einzelnen Leistungen sind je nach Ausgangssituation unterschiedliche Träger zuständig (siehe Grafik 9):

²³ Diese Leistungen beziehen sich nicht auf eine grundsätzliche Existenzsicherung, sondern sollen den Lebensunterhalt im Rahmen von Teilhabeleistungen sicherstellen (z.B. Übergangsgeld bei Leistungen der beruflichen Weiterbildung).

- Die Träger der Sozialversicherung (Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Bundesagentur für Arbeit),
- soziale Versorgungsträger (Kriegsopferversorgung und -fürsorge) sowie
- die Träger der Sozialhilfe und der Jugendhilfe.²⁴

Grafik 9: Übersicht über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Im deutschen gegliederten System der Hilfen kann das Persönliche Budget von insgesamt 10 verschiedenen Leistungsträgern erbracht werden. Tragen verschiedene Quellen zum Persönlichen Budget bei, erhält ein Mensch mit Behinderung die Geldleistungen dennoch wie „aus einer Hand“ (Frevert 2006, 92), in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets von einem Träger aus-

²⁴ Besteht im Einzelfall ein Anspruch auf Leistungen verschiedener Träger, soll das Persönliche Budget trägerübergreifend als so genannte „Komplexleistung“ erbracht werden, so dass die Personen ihr Gesamtbudget „wie aus einer Hand“ erhalten können.

bezahlt. Budgetnehmende bekommen das gesamte Geld somit von einem Träger ausbezahlt, wenngleich die Ansprüche gegenüber den verschiedenen Kostenträgern bestehen bleiben. Die meisten Aufwendungen für Persönliche Budgets entfallen auf die Sozialhilfe als Träger mit der umfassendsten Aufgabenstellung. Bislang fallen fast alle bewilligten Budgets in diesen Leistungsbereich (90%), darum soll die folgende Darstellung der konkreten Ausgestaltung des Persönlichen Budgets auf die Sozialhilfe als Träger konzentriert werden.

3.4.2. Abklärung des Assistenzbedarfs

Die Sozialhilfe ist zwar durch ein einheitliches Bundesgesetz (SGB XII) geregelt, ihre Administration und Finanzierung obliegen jedoch im deutschen föderalen System den Kommunen bzw. anderen von den Bundesländern geschaffenen „überörtlichen“ Sozialhilfeverwaltungen. Daher gibt es keine bundesweit einheitliche Vorgehensweise bei der Ermittlung der Unterstützungsbedarfe, sondern eine Vielzahl eingesetzter Verfahren und Instrumenten.

Prinzipiell erfolgt die Bedarfsabklärung durch die Verwaltungsbehörden, in einzelnen Bundesländern wird das Verfahren im Auftrag der Sozialhilfeträger an anderen Stellen (z.B. durch Leistungsanbieter) durchgeführt.

Die leistungsberechtigte Person und auf Wunsch eine Person ihres Vertrauens werden grundsätzlich am Verfahren beteiligt.

Die eingesetzten Instrumente im Kontext des Persönlichen Budgets sind überwiegend dieselben, die auch im Sachleistungssystem zur Anwendung kommen und vielfach frei verfügbar sind. Dabei weisen die verschiedenen Instrumente der einzelnen Kommunen bzw. Bundesländer eine relativ breite Übereinstimmung bezüglich der berücksichtigten Lebens- und Unterstützungsbereiche auf, die zugleich in weiten Teilen den Kategorien der ICF entsprechen (siehe Tabelle 12). Die Ergebnisse der Bedarfsfeststellung sollen zudem Aussagen zum Beratungs- und Unterstützungsbedarf im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget enthalten.

Tabelle 12: Übersicht über gemeinsame Unterstützungsbereiche in verschiedenen Instrumenten zur Bedarfsfeststellung der Sozialhilfe

Kommunikation und Orientierung
Individuelle Basisversorgung, Selbstsorge
Alltägliche Lebensführung, Wohnen
Soziale Beziehungen
Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung
Mobilität
Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben, Freizeit
Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung
Emotionale und psychische Entwicklung

3.4.3. Leistungen

Leistungen der Sozialhilfe sind grundsätzlich einkommensabhängig. Dies gilt für das Persönliche Budget genauso wie für Sachleistungen. Wird eine bestimmte Einkommensgrenze²⁵ überschritten, so wird es in angemessenem Umfang zugemutet, eigene Mittel aufzubringen.

Verbindlich für die Bemessung der Persönlichen Budgets sind die gesetzlich verankerten Prinzipien der Individualität und Bedarfsgerechtigkeit. Demnach ist ein Budget so zu kalkulieren, „dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann“ (§ 17 Abs. 3 SGB IX). Eine definierte Obergrenze gibt es deshalb nicht, grundsätzlich soll das Budget aber „die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen“ nicht übersteigen. Dieser Orientierungswert der Kosten für vergleichbare Sachleistung kann im Sinne der Bedarfsdeckung im Einzelfall überschritten werden.

Die konkrete Vorgehensweise bei der Budgetbemessung erfolgt gleichsam der Bedarfsfeststellung in den verschiedenen Bundesländern uneinheitlich. Dabei lassen sich drei Grundmodelle unterscheiden, Pauschalen für Bedarfsgruppen (1), Teilpauschalen für differenzierte Unterstützungs- bzw. Leistungsbereiche (2) und Stundensätze (3).

1. Pauschalen für Bedarfsgruppen

Bei diesem Modell, das nur in drei Bundesländern verfolgt wird, wird das Budget als monatliche Pauschale in Abhängigkeit von der jeweiligen Zuordnung einer Person zu einer Bedarfsgruppe, z.B. nach Art der Behinderung und Ausmass des Unterstützungsbedarfs, bemessen (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Monatliche Budgetpauschalen nach Art der Behinderung und Ausmass des Unterstützungsbedarfs (Eingliederungshilfe des LWV Baden und Württemberg-Hohenzollern)

Hilfebedarfsgruppe (HBG)	Art der Behinderung		
	Menschen mit geistiger Behinderung	Menschen mit körperlicher Behinderung	Menschen mit seelischer Behinderung
HBG 1	400 €	400 €	400 €
HBG 2	650 €	700 €	600 €
HBG 3	950 €	1.050 €	850 €
HBG 4	1.050 €	1.150 €	950 €
HBG 5	1.200 €	1.300 €	1.100 €

Quelle: Kastl & Metzler 2005

²⁵ Die Einkommensgrenze setzt sich zusammen aus einem Grundbetrag (zurzeit 690 Euro), Familienzuschlägen für Ehepartner/innen und Kinder sowie den Kosten einer angemessenen Unterkunft. Bei schwerstpflegebedürftigen und blinden Menschen schreibt das Gesetz vor, dass ihnen der Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze in Höhe von mindestens 60% nicht zuzumuten ist.

2. Teilpauschalen für differenzierte Unterstützungs- bzw. Leistungsbereiche

Eine zweite Variante der Budgetbemessung orientiert sich an Art und Umfang der erforderlichen Unterstützungsleistungen, für die jeweils Teilbudgets festgelegt werden (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Teilbudgets (der ambulanten Eingliederungshilfe) nach differenzierten Leistungsmodulen in Hamburg

Leistung	Teilbudgets
Fensterputzen, Treppenhausreinigung	12,80 € / Stunde
Vorbereitung, Zubereitung von Mahlzeiten, Abwasch	12,80 € / Bedarfstag
Hauswirtschaftliche Versorgung (nach Anzahl der Haushaltsangehörigen)	160-196 € / Monat
Haushaltshilfe (nach Wohnfläche)	81-154 € / Monat
Einkaufen (je nach Wohnlage)	48-96 € / Monat
Mobilität/ Beförderung	87 € / Monat
Kfz-Hilfe (Mobilitätshilfe)	46 € / Monat
Wäschepflege	51 € / Monat
Freizeitpauschale	77 € / Monat
Familientlastung	70 € / Monat
erhöhte Pauschale bei schwerst- und mehrfach-behinderten Personen	100 € / Monat

3. Stundensätze

Die am häufigsten praktizierte Variante bei der Budgetbemessung ist die Festlegung von Stundensätzen. Hierbei orientiert man sich vielfach an der sogenannte Fachleistungsstunde, die auch als Grundlage der Finanzierung professioneller ambulanter Dienste im Sachleistungssystem dient und deren Vergütung je nach Bundesland variiert. Für Leistungen im Arbeitgebermodell sowie für unqualifizierte Hilfen werden die Stundensätze mancherorts angepasst (siehe Tabelle 15).

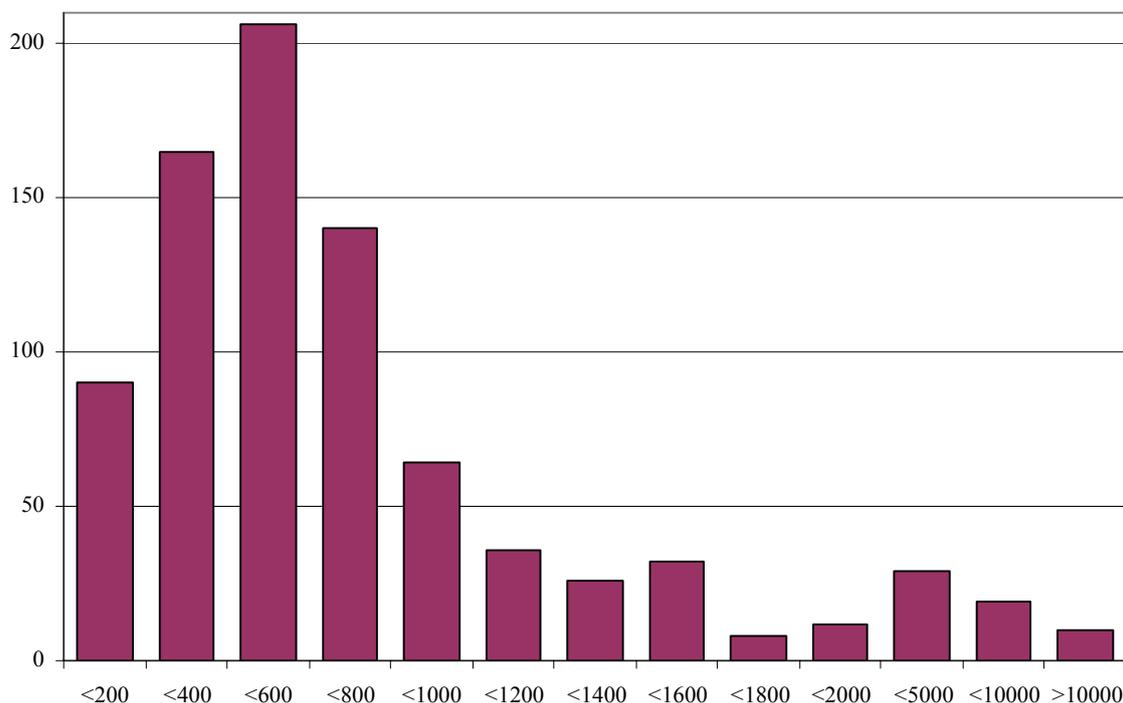
Tabelle 15: Grundlagen der Budgetbemessung nach Stundensätzen

Unterstützungsleistung nach Qualifikation	Stundensatz
Professionelle Leistungen	30 – 50 Euro
Leistungen im Arbeitgebermodell	13 – 20 Euro
nicht professionelle Hilfe (Haushaltshilfe, private Unterstützung usw.)	7 – 26 Euro

In der Praxis werden insbesondere die Modelle 2 und 3 kombiniert und im Einzelfall durch individuelle Geldpauschalen ergänzt, die den Kosten für konkret geplante Massnahmen entsprechen (z.B. Teilleistungen in Einrichtungen, Kursgebühren, berufliche Bildungsmassnahmen).

Die Budgethöhen der bislang bewilligten Budgets weisen insgesamt eine grosse Spannweite von monatlich 36 bis 13'275 Euro auf. Die durchschnittliche Budgethöhe beträgt 1652 Euro, der Median liegt mit 548 Euro deutlich darunter. Trotz der insgesamt hohen Varianz zeigt sich, dass über zwei Drittel der Budgets bis zu 800 Euro/Monat betragen (siehe Grafik 10). Hohe Budgetsummen über 1600 Euro/Monat sind hingegen vergleichsweise selten. Insgesamt wird die Höhe der Budgets wesentlich durch Anzahl und Art der jeweils einbezogenen Leistungen beeinflusst. So erzeugen vor allem Leistungen zur Pflege überdurchschnittlich hohe Budgets, während Budgets zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft am geringsten bemessen werden (vgl. Metzler, Meyer, Rauscher, Schäfers & Wansing 2007²⁶).

Grafik 10: Anzahl der Budgetnehmenden in Deutschland, nach monatlicher Budgethöhe (n= 837)



Quelle: Metzler et al. 2007

Budgetverwendung und Qualitätssicherung

Den Budgetnehmenden ist es grundsätzlich freigestellt, mit dem Persönlichen Budget

- professionelle soziale Dienste zu beauftragen (Dienstleistungsmodell),
- Persönliche Assistenten/Assistentinnen nach dem Arbeitgebermodell zu beschäftigen,
- private Personen, einschliesslich Angehörige zu bezahlen oder
- allgemeine Dienstleistungen, Infrastruktur oder Sachmittel zu nutzen.

²⁶ Da dieser Bericht noch nicht erschienen ist, fehlen hier und bei weiteren Verweisen auf diese Quelle die Seitenangaben.

Diese Wahlfreiheit gilt unter der Voraussetzung, dass die jeweiligen Leistungsziele erreicht werden und der individuelle Bedarf gedeckt wird. Um diese ergebnisorientierte Qualität der Budgetleistungen im Einzelfall zu steuern, ist in der Budgetverordnung eine Zielvereinbarung vorgesehen, die zwischen Leistungsträger und Budgetnehmenden geschlossen wird. Diese enthält mindestens „Regelungen über

1. die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele,
2. die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie die
3. Qualitätssicherung“ (§ 4 Abs. 1 BudgetV).

zu 1: Die Ziele des Persönlichen Budgets werden in der Praxis überwiegend allgemein, eher abstrakt formuliert (z.B. „Teilhabe am Arbeitsleben“ oder „Mobilität“) und beziehen sich nur selten auf konkrete, individuelle Zielsetzungen (z.B. „Frau Müller kann sich am Wochenende eine warme Mahlzeit zubereiten“ oder „Auszug aus dem Wohnheim in eine eigene Wohnung“).

zu 2: Obwohl die gesetzliche Vorgabe grundsätzlich auch den Verzicht auf Nachweise ermöglicht, dominieren in der Praxis Regelungen, welche die Budgetnehmenden zum (meist halbjährlichen) Nachweis der Budgetverwendung in Form von Rechnungen, Quittungen, Kontoauszügen oder ähnlichem verpflichten.

zu 3: Die Qualitätssicherung der Budgetleistungen wird vielerorts über regelmässige Gespräche zwischen dem Sozialhilfeträger und Budgetnehmenden gesteuert (War das Geld ausreichend? Konnte die Versorgung sichergestellt werden? Gab es Schwierigkeiten mit Dienstleistern? usw.). Zudem nehmen einige Leistungsträger dadurch Einfluss auf die Qualität der budgetfinanzierten Hilfen, dass sie in der Zielvereinbarung (für einen Teil des Budgets) die Inanspruchnahme eines qualifizierten, professionellen Dienstes festlegen (vgl. Metzler et al. 2007).

Beratung und Unterstützung

Die Leistungsträger sind im Rahmen ihrer allgemeinen Beratungsaufgaben grundsätzlich verpflichtet, Information und Beratung im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget zu leisten. Insbesondere die bundesweit neu installierten gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger sollen Menschen mit Behinderung und ihre Vertrauenspersonen über allgemeine Information hinaus im gesamten Budgetverfahren und bei der Verwendung des Budgets unterstützen. Diese Servicestellen sind in Deutschland zwar flächendeckend und kostenlos verfügbar, werden allerdings bislang – nicht nur im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget – kaum nachgefragt. Damit ist ihre rechtliche Zuständigkeit und konzeptionelle Eignung ist zwar grundsätzlich gegeben, ihre tatsächliche Kompetenz zur Budgetassistenz wird jedoch vielfach in Frage gestellt (vgl. Pfeuffer, Engel & Engels 2004).

Teilweise leisten bei der Budgetverwaltung Mitarbeiter/innen sozialer Einrichtungen und Dienste Unterstützung. Unabhängige entsprechende Angebote, inklusive der Vermittlung von Assistenten und Assistentinnen, der Budgetverwaltung u.a. gibt es von Selbsthilfevereinen wie den Mitgliedsorganisationen der „ISL – Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.“ sowie durch regionale Initiativen, die zumeist in Projekte eingebunden sind und in diesem Rahmen kostenlos in Anspruch genommen werden können. In der Praxis spielen bislang die gesetzlichen Betreu-

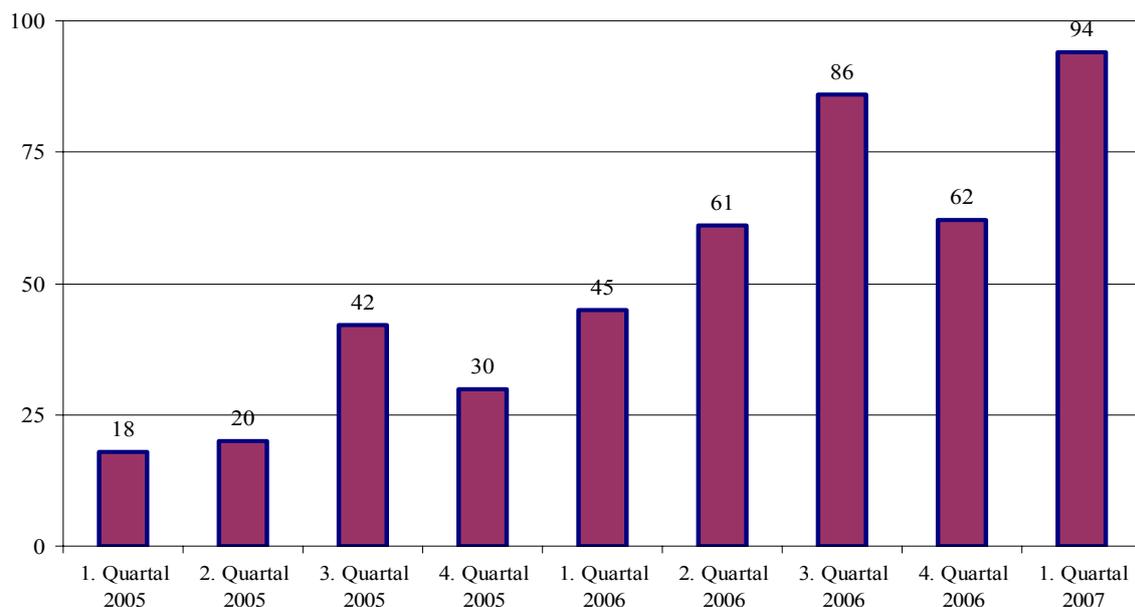
er/innen sowie Angehörige die wichtigste Rolle bei der Unterstützung der Budgetverwaltung (vgl. Metzler et al. 2007).

Die Inanspruchnahme erforderlicher Beratung und Unterstützung im Umgang mit dem Persönlichen Budget kann grundsätzlich bei der Bemessung des Persönlichen Budgets berücksichtigt werden.

3.4.4. Inanspruchnahme

Obwohl die Erprobung des Persönlichen Budgets in Deutschland bereits seit Einführung der neuen Leistungsform im Sozialgesetzbuch IX im Jahr 2001 vorgesehen ist, erfolgt die Umsetzung immer noch sehr zögerlich. Dabei zeigen sich im Rahmen der verschiedenen Modellversuche (siehe oben, Tabelle 11) trotz unterschiedlicher Konzepte, regionaler Voraussetzungen und Vorgehensweisen ähnliche Erfahrungen: Zu Beginn der Modellversuche gibt es grosse Skepsis bei allen Beteiligten und die Widerstände sind zum Teil erheblich. Dies findet seinen Niederschlag in langen Anlaufzeiten und zunächst geringen Zahlen an Budgetnehmenden, die jedoch im weiteren Zeitverlauf kontinuierlich steigen (zur dynamischen Entwicklung im Rahmen der Modellprojekte trägerübergreifendes Persönliches Budget, siehe Grafik 11).

Grafik 11: Anzahl der Neubewilligungen Persönlicher Budgets pro Quartal in den Modellprojekte zur Umsetzung (trägerübergreifender) Persönlicher Budgets, 2004 bis 2007



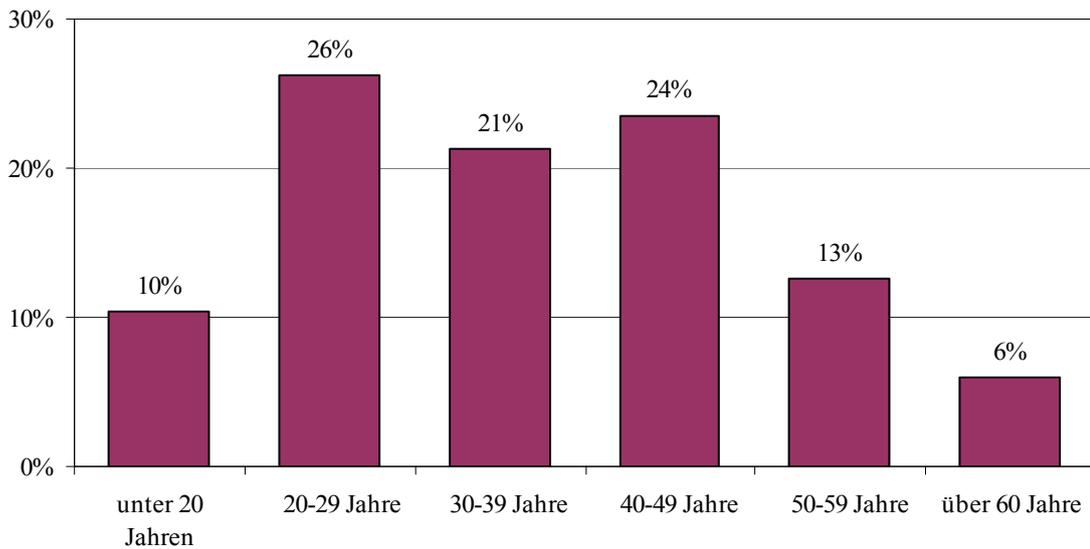
Quelle: Metzler et al. 2007

Es liegen in Deutschland keine vollständigen Daten über bewilligte Budgets vor. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Umsetzung „Trägerübergreifender Persönlicher Budgets“ konnten bislang etwa 850 Budgets (als Summe der Neubewilligten Budgets) im gesamten Bundesgebiet dokumentiert werden (vgl. Metzler et al. 2007).

Personenkreis der Budgetnehmer/innen

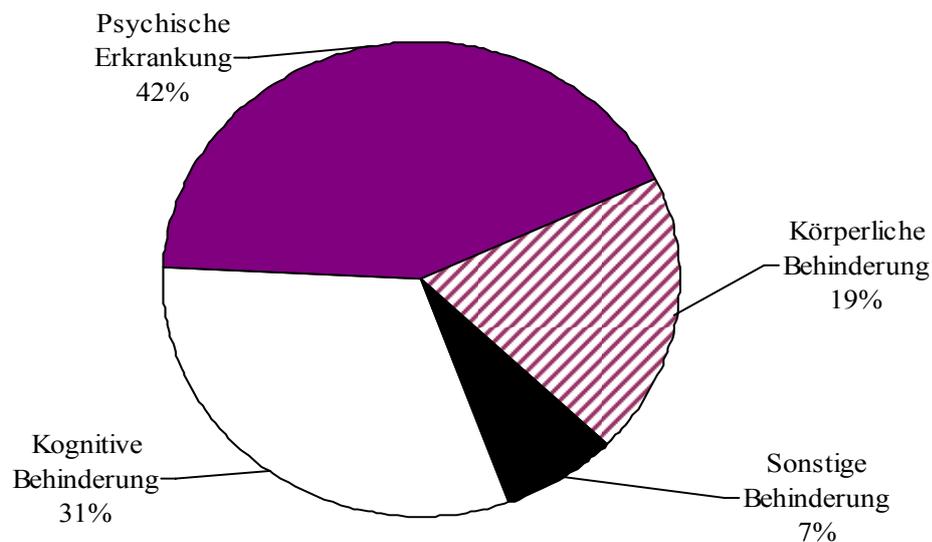
Das Geschlechterverhältnis ist mit 54% männlichen und 46% weiblichen Budgetnehmer/innen relativ ausgeglichen, und es sind bei einer Spanne zwischen 2 und 82 Jahren alle Altersgruppen vertreten. Das Durchschnittsalter der Budgetnehmer/innen liegt bei 36 Jahren, nahezu drei Viertel der Personen sind dabei zwischen 20 und 50 Jahre alt (siehe Grafik 12)

Grafik 12: Verteilung der Budgetnehmenden nach Altersklassen (n= 825)



Quelle: Metzler et al. 2007

Die grösste Gruppe der Budgetnehmer/innen bilden Menschen mit psychischer Erkrankung (einschliesslich Suchterkrankung) mit einem Anteil von 42%, gefolgt von Menschen mit kognitiver Behinderung (Lern- oder geistige Behinderung) mit 31% (siehe Grafik 13).

Grafik 13: Verteilung der Budgetnehmenden nach Behinderungsart

Quelle: Metzler et al. 2007

Personen mit einer Körperbehinderung machen 19% der Budgetnehmer/innen aus, sonstige Behinderungsarten 7%, z.B. Sinnesbeeinträchtigung (Hör- oder Sehbehinderung), chronische organische Erkrankung, Epilepsie/Anfallserkrankung oder Entwicklungsverzögerungen bei Kindern. Jeweils ein Drittel der Budgetnehmer/innen hat zudem eine weitere Behinderung und/oder eine anerkannte Pflegebedürftigkeit, was auf einen hohen bzw. komplexen Unterstützungsbedarf der Personen hindeutet.

Vor diesem Hintergrund kann insgesamt festgehalten werden, dass in Deutschland Persönliche Budgets für alle relevanten Personengruppen unabhängig von Alter, Geschlecht, Art und Umfang des Assistenzbedarfs bewilligt werden. Die Verteilung nach Behinderungsart entspricht etwa der Verteilung der Leistungsberechtigten bei Sachleistungen (im Bereich ambulant betreutes Wohnen). So sind auch bei den Sozialhilfeleistungen ohne Persönliches Budget sind Menschen mit psychischer Erkrankung die stärkste Gruppe, gefolgt von Menschen mit geistiger Behinderung. Dass diese Gruppen an Persönlichen Budgets gemäss ihrem Anteil auch partizipieren können, dürfte unter anderem in der Unterstützung bei der Verwendung und Verwaltung des Budgets liegen.

Lediglich im Hinblick auf die Wohnsituation der Budgetnehmer/innen zeigt sich ein relativ einseitiges Bild: Die Mehrheit von ihnen (89%) lebt in einer eigenen (teils ambulant betreuten) Wohnung, in stationären Wohneinrichtungen werden hingegen bislang bis auf wenige Ausnahmefälle (vgl. Schäfers, Wacker & Wansing 2007) keine Persönlichen Budgets umgesetzt.

3.5. Das Pflegegeld in Österreich

Das österreichische Versorgungssystem für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf gestaltet sich unter Leistungsaspekten komplex. Grundsätzlich besteht es aus einer Kombination von Sach- und Geldleistungen. Ein wichtiges Element ist das Pflegegeld, welches als Beitrag zum pflegebedingten Mehraufwand verstanden werden kann und Grundleistungen wie z.B. Pensionen des Bundes ergänzt.

Das Pflegegeldsystem steht in den folgenden Ausführungen im Vordergrund und die Abschnitte 3.5.1 bis 3.5.4 behandeln die einzelnen Untersuchungsdimensionen des Pflegegeldes. In Österreich sind zwei weitere Leistungssysteme auszumachen, welche die Kriterien eines Assistenzmodells erfüllen. Zum einen ist das die Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz, die seit 2004 in ganz Österreich zugänglich ist, zum anderen laufen seit mehreren Jahren regionale (Modell-)Projekte (z.B. Wien, Oberösterreich, Tirol) für Persönliche Assistenz. Im Rahmen eines Exkurses werden diese beiden Formen von Assistenzmodellen abschliessend in den Abschnitten 3.5.5 und 3.5.6 kurz vorgestellt.

3.5.1. Konzeption

Ein gewachsenes unübersichtliches Angebot an Geld- und Sachleistungen, welches den Bedarf an Unterstützungsleistungen häufig nur ungenügend und in unterschiedlicher Qualität abdeckte, führte 1993 zur Neuordnung des gesamten Pflegesystems in Österreich. Bis dahin wurde Hilfsbedürftigkeit punktuell, in Bezug auf bestimmte Personen, Gruppen oder Behinderungen²⁷ erfasst und in den einzelnen Bundesländern äusserst ungleich abgegolten. Nun sollte ein bundesweit einheitliches System entstehen und ein Pflegegeldsystem einschliessen, welches Pflegebedürftigkeit als „eigenständiges soziales Risiko und eine gesellschaftliche Verantwortung für dieses Risiko der Pflegebedürftigkeit“ (Türk 1997, 583) anerkennt und bedarfsorientiert absichert. Zusätzlich sollten Vereinbarungen zwischen dem Bund und den Ländern den Ausbau umfassender, dezentraler, flächendeckender und koordinierter sozialer Dienste für pflegebedürftige Menschen vorantreiben. Diese Vereinbarungen sind in Art. 15a des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) in Österreich geregelt und mit dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG) seit dem 1. Juli 1993 in Kraft. So konnte ein einheitliches Pflegevorsorgesystem, welches auf einer Kombination von Geld- und Sachleistungen beruht, geschaffen werden (vgl. Gruber & Pallinger 2003, 209f.; Türk 1997).

In den folgenden Jahren wurde das Pflegevorsorgesystem aufgrund der gewonnenen Erfahrungen immer wieder verändert und angepasst. Eine eingehende Evaluierung des Pflegesystems im Jahr 1997 (vgl. Badelt, Holzmann-Jenkins, Matul & Österle 1997) hat wesentlich zu den Änderungen von 1999 beigetragen. In jenem Jahr wurden beispielsweise einzelne Pflegestufen (Pflegestufen 3 bis 7) neu definiert oder die Mindesteinstufungen bei einzelnen Behinderungsarten präzisiert. Auch die Regelung, dass Sachleistungen verpflichtend verordnet werden können, wenn der Zweck des Pflegegeldes nicht erreicht wird, zählt zu den wesentlichen Veränderungen von 1999 (vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2003).

²⁷ Z.B. durch das Kriegsopferversorgungsgesetz, die Blindenzulage oder das Impfschadengesetz.

Eine weitere Revision fällt auf das Jahr 2001 (vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 2002, 78f.), welche die Umstellung auf Euro regelt, die Altersgrenze abschafft und Pflegegelder ab Geburt ermöglicht sowie Massnahmen zur Qualitätssicherung einführt.

Seit Juli 2007 ist ein Fördermodell in Kraft, das eine 24 h Betreuung für pflegebedürftige Menschen durch eine Aufstockung des Pflegegeldes ermöglichen soll. Zunächst befristet bis zum 31.12.2007 kann aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung eine Förderung von bis zu 800 Euro monatlich ausgesprochen werden. Voraussetzung ist, dass ein Anspruch auf ein Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 besteht. Der Zuschuss ist einkommensabhängig (vgl. bmsk.gv.at 2007).

Politische Zielsetzungen

Gemäss § 1 im BPGG soll das Pflegegeld den pflegebedingten Mehraufwendungen in Form einer pauschalisierten Geldleistung abgelten, um so „pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen“ (Bundesregierung 1993, § 1).

Die Revision soll aber auch jenen Personen dienen, die in Österreich nach wie vor die Hauptpflegearbeit übernehmen, nämlich pflegende Angehörige. Ihre Tätigkeit, die häufig an physische und psychische Belastungen gekoppelt ist, ist sozialpolitisch zu honorieren (vgl. Türk 1997, 582). Deswegen ist mit dem Pflegegeld auch nicht die Absicht verbunden, den pflegebedingten Mehraufwand vollständig abzugelten, sondern einen Beitrag hierzu zu leisten.

Bei der Pflegereform von 1993 ging es aber nicht nur um Finanzierungsmodalitäten, sondern auch darum, das Prinzip „ambulant vor stationär“ zu stärken. Diesbezüglich ist das Pflegegeld ein Mittel, um die familiäre und ambulante Pflege zu fördern. Zugleich beruht das österreichische Pflegevorsorgesystem auf einer Kombination von Geld- und Sachleistung, wobei die Auszahlung von Geldleistungen klar im Vordergrund steht und mit dem Pflegegeld umgesetzt wird (vgl. Gruber & Pallinger 2003, 212; Türk 1997, 583).

Zielgruppe

Pflegegelder können ausnahmslos alle pflegebedürftigen Menschen beziehen, die längerfristig (länger als sechs Monate) und fortwährend (mehr als 50 Stunden pro Monat) auf Betreuung und Hilfe angewiesen sind. Alte pflegebedürftige Menschen, Kinder mit einer Behinderung, Menschen mit geistiger, psychischer oder einer Sinnesbeeinträchtigung sind eingeschlossen. Die Leistungen entsprechen dem effektiven Bedarf und sind unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit. Der Pflegegeldbezug ist an einen gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich gebunden. Ausnahmen im EWR-Raum sind möglich (vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2003, 8).

Gemäss § 3 im BPGG setzt die Anspruchsberechtigung auch voraus, dass bereits eine Grundleistung von Bund oder Land bezogen wird (vgl. Bundesregierung 1993). Zu den Grundleistungen des Bundes zählen: Eine Pension aus der gesetzlichen Sozialversicherung, ein Beamtenruhegenuss des Bundes, eine Vollrente aus der Unfallversicherung, eine Rente oder Beihilfe aus der Kriegsopferversorgung, der Heeresversorgung, dem Opferfürsorgegesetz, dem Verbrechenopfergesetz oder dem Impfschadengesetz. Anspruchsberechtigt auf Pflegegeld des Landes sind: Berufstätige, mitversicher-

te Angehörige (z.B. als Hausmann/Hausfrau oder Kind), Sozialhilfeempfänger/innen, Bezüger/innen einer Beamtenpension des Landes oder der Gemeinde (vgl. HELP.gv.at 2007).

Der Bezug eines Pflegegeldes setzt nicht voraus, dass Bezüger/innen eine selbstständige Wohnform aufweisen.²⁸ Das Pflegegeld wird den Bezügerinnen und Bezügerinnen auch gewährt, wenn sie selbst für die Finanzierung eines Heimaufenthalts aufkommen müssen. Wird ein Heim von der Gemeinde, dem Land oder einem Sozialhilfeträger mitfinanziert, dann geht das Pflegegeld in die Finanzierung der Heimunterbringung ein (vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2005, 10).²⁹

Grundstruktur und Vollzugstruktur

Bei der Pflegevorsorge handelt es sich um ein eigenständiges System, welches in ganz Österreich Gültigkeit hat. Sowohl für den Aus- und Aufbau der Versorgungsstrukturen als auch für die Auszahlung der Pflegegelder sind Bund und Länder zuständig. Die Kompetenzteilung sieht vor, dass der Bund für die Pflegegelder derjenigen zuständig, die bereits eine Grundleistung des Bundes wie z.B. eine Pension des Bundes beziehen. Die Länder zahlen - verpflichtet durch die Landespflegegeldgesetze (LPGG) – den Personen das Pflegegeld nach denselben Grundsätzen wie nach dem BPGG aus. Die Finanzierung der Bundes- und Landespflegegelder erfolgt aus den Etats des Bundes und der Länder.

Den Leistungsvollzug regeln die Institutionen, die bereits die Pension oder Rente auszahlen und schon vor 1993 für die Gewährung von anderen Leistungen, z.B. Hilflosenzuschüssen, zuständig waren (Pensionsversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Bundessozialämter etc.). Die Umsetzung des Bundespflegegeldgesetzes entfällt hauptsächlich auf die Pensionsversicherung (vgl. Türk 1997).

3.5.2. Abklärung des Assistenzbedarfs

Grundsätzlich sind für das Pflegegeldverfahren die Institutionen verantwortlich, welche die Gelder auch gewähren. Die Einstufung geschieht auf der Grundlage eines ärztlichen Sachverständigenurteils, welches im Rahmen eines Hausbesuches erarbeitet wird. Je nach Bedarf können oder müssen zur Beurteilung des Pflegebedarfs Personen aus anderen Bereichen – wie z.B. den Pflegediensten, der Heil- und Sonderpädagogik, der Sozialarbeit, der Psychologie – zugezogen werden. Vertrauenspersonen sind auf Wunsch der Antragstellenden, von deren gesetzlichen Vertretungen oder der Sachverwaltungen anwesend (§ 25a BPGG). Deren Aussagen zum Pflegebedarf sind zu berücksichtigen. Bei Antragstellenden aus stationären Einrichtungen bemüht sich der zuständige Arzt bzw. die zuständige Ärztin um Auskunft beim Pflegepersonal und nimmt Einsicht in die Pflegedokumentation.

Der Bescheid ist gerichtlich anfechtbar. Klagen fallen in erster Instanz in den Zuständigkeitsbereich des Arbeits- und Sozialgerichts. Der weitere Instanzenweg sieht in zweiter Instanz das Oberlandesgericht und schliesslich den Obersten Gerichtshof vor, wo dann eine Vertretungspflicht besteht (vgl.

²⁸ Bei einem Aufenthalt in einem Spital oder einer Rehabilitationsklinik wird jedoch kein Pflegegeld gewährt.

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2005, 8; HELP.gv.at 2007).

Zur Gewährung von Pflegegeld müssen sowohl ein Hilfe- als auch ein Betreuungsbedarf vorhanden sein. Die Einstufungsverordnung führt die Handlungen wie auch die zeitlichen Richtwerte in diesen beiden Bereichen aus. Unter „Betreuung“ werden Verrichtungen verstanden, die sich auf den persönlichen Lebensbereich beziehen (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Pauschalen für „Betreuung“ nach der Einstufungsverordnung

Tätigkeit	Zeitpauschale
An- und Auskleiden	2 x 20 Minuten täglich
Reinigung bei inkontinenten Patienten	4 x 10 Minuten täglich
Entleerung und Reinigung des Leibstuhls	4 x 5 Minuten täglich
Einnehmen von Medikamenten	6 Minuten täglich
Anus- praeter-Pflege	15 Minuten täglich
Kanülen-Pflege	10 Minuten täglich
Katheter-Pflege	10 Minuten täglich
Einläufe	30 Minuten täglich
Mobilitätshilfe im engeren Sinn	30 Minuten täglich
Körperpflege ¹⁾	2 x 25 Minuten täglich
Zubereitung von Mahlzeiten ¹⁾	1 Stunde täglich
Einnehmen von Mahlzeiten ¹⁾	1 Stunde täglich
Verrichtung der Notdurft ¹⁾	4 x 15 Minuten täglich

1) Hier handelt es sich um Mindestwerte. Allerdings können Abweichungen nur dann berücksichtigt werden, wenn der effektive Aufwand den zeitlichen Mindestwert „erheblich“ überschreitet.

Quelle: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 1999

Als „Hilfe“ werden unter § 2 der Einstufungsverordnung Handlungen definiert, die den sachlichen Lebensbereich betreffen:

- Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände
- Pflege der Leib- und Bettwäsche
- Beheizung des Wohnraumes einschliesslich der Herbeischaffung des Heizmaterials
- Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (z.B. Begleitung bei Amtswegen oder Arztbesuchen)

²⁹ In diesem Fall werden 80% des Pflegegelds direkt an den Leistungsträger überwiesen, rund 10% (des Pflegegeldes auf Stufe 3) bleiben den Bezügerinnen und Bezügerinnen zur freien Verfügung.

Bei diesen Verrichtungen wird ein zeitlicher Pauschalwert von 10 h/Monat angenommen (vgl. HELP.gv.at 2007; Pfeil 1998, 57, EinstV § 2).

Indem die Anleitung und Beaufsichtigung mit Betreuung und Hilfe gleichgesetzt wird und die Einstufung einen Zeitwert (10 h/Monat) für Motivationsgespräche enthält, will man die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit geistiger und psychischer Behinderungen im Gesetz mitberücksichtigen (EinstV § 4).

Anzumerken gilt es, dass es sich erstens um Verrichtungen „nicht medizinischer Art“ handeln muss. Darunter fallen alle Handlungen, die auch ein Mensch ohne Behinderung alleine bzw. ohne medizinisches Fachpersonal durchführen kann (z.B. Verabreichung von Insulinspritzen). Zweitens beschränkt sich der Fokus auf den behinderungsbedingten Pflegebedarf. Das Einsalben von Rücken und Schulter, also Körperstellen, die auch ein Mensch ohne Behinderung nicht selbstständig behandeln kann, gilt etwa nicht als behinderungsbedingter Pflegebedarf und wird infolge dessen bei der Pflegebedarfsbemessung nicht berücksichtigt (vgl. Blickkontakt 2007). Auch die Durchführung von Therapien gilt nicht als Pflegebedarf, wenn sie von einem Familienmitglied und zu Hause durchgeführt wird. Einzig die Fahrt zur Therapie kann mit einem fixen Zeitwert von 10 Stunden monatlich eingegeben werden.

Weil zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit unterschieden wird, ruht das Pflegegeld in der Regel (Ausnahmen in BPGG § 12) von dem Tag an, an dem eine pflegebedürftige Person in ein Spital oder in eine Einrichtung für medizinische Massnahmen der Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge eingetreten ist (vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2005; Bundesregierung 1993, § 12).

3.5.3. Leistungen

Aufgrund des ermittelten Stundenbedarfs kann die entsprechende Pflegegeldstufe abgeleitet werden.³⁰ Der Betrag wird als Pauschale ausbezahlt und liegt zwischen 148 (Stufe 1) und 1562 Euro (Stufe 7) monatlich (siehe Tabelle 17). Werden diese Pauschalen in Stundenansätze umgerechnet, so liegen diese zwischen 2 und 4.75 Euro.

In den Stufen eins bis vier wird nur das zeitliche Ausmass des Pflegebedarfs berücksichtigt, während in den Stufen fünf bis sieben auch noch weitere Voraussetzungen – diagnostischer Art – erfüllt sein müssen (vgl. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2005; Bundesregierung 1993, § 4-6). Die Einstufung erfolgt also sowohl funktions- als auch diagnosebezogen. Bestimmte Gruppen von Menschen werden aufgrund ihrer spezifischen Behinderungen unmittelbar einer Stufe zugeordnet.³¹

³⁰ Auch bei Kindern und Jugendlichen wird beim Unterstützungsbedarf konsequent nur der behinderungsbedingte und nicht der altersbedingte Aufwand berücksichtigt. Bis zum 15. Lebensjahr werden nur die Massnahmen als Pflegebedarf bewertet, welche über den Bedarf an Hilfe und Betreuung von gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung hinausgehen. Bei der Einstufung wird folglich der altersbedingte Pflegeaufwand vom gesamten Pflegeaufwand abgezogen (vgl. Blickkontakt 2007).

³¹ Mindesteinstufungen sind für blinde und taubblinde Personen sowie Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, definiert. Beispielsweise kommt eine taubblinde Person automatisch in die Stufe 3 (gemäss EinstV).

Im Rahmen einer Nachuntersuchung kann eine Änderung der Einstufung beantragt werden. Wird dem stattgegeben, ist das Pflegegeld in veränderter Höhe ausbezahlt. Ebenfalls kann das Pflegegeld aufgrund einer Nachuntersuchung eingestellt werden.

Tabelle 17: Pflegegeldhöhe nach Stufen

Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Stufe	Monatlicher Betrag (ab 1.1.2005)
mehr als 50 Stunden	1	148.30 Euro
mehr als 75 Stunden	2	273.40 Euro
mehr als 120 Stunden	3	421.80 Euro
mehr als 160 Stunden	4	632.70 Euro
mehr als 180 Stunden wenn ein aussergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	859.30 Euro
mehr als 180 Stunden, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmassnahmen erforderlich sind und diese regelmässig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	6	1171.70 Euro
mehr als 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleichzuachtender Zustand vorliegt	7	1562.10 Euro

Quelle: HELP.gv.at 2007

Das Pflegegeld wird einkommensunabhängig ausbezahlt und nicht besteuert. Bei der Ermittlung des Einkommens etwa im Sozialhilfe-, Behindertenhilfe- und Unterhaltsverfahren wird es nicht als Einkommen betrachtet (vgl. Bundesregierung 1993).

Die durchschnittliche Höhe des Pflegegeldes beträgt im Jahr 2005 ca. 400 Euro pro Monat (vgl. bmsk: Arbeitskreis für Pflegevorsorge 2007b, 57).³² Dieser Betrag sowie die in Tabelle 17 aufgeführten Beträge des Pflegegeldes verdeutlichen, dass das Pflegegeld den behinderungsbedingten Mehraufwand nicht vollständig zu decken vermag. Die ungedeckten Kosten gehen grundsätzlich zu Lasten der Betroffenen. Es können – ganz oder zu einem Teil – anstatt Geld- auch Sachleistungen (ambulante oder stationäre, professionelle soziale Dienste) bezogen werden. Dies kann einerseits freiwillig erfolgen, um beispielsweise pflegende Angehörige zu unterstützen, andererseits auch aufgrund eines amtlichen Bescheides. Eine solche Auflage kann ausgesprochen werden, wenn mit dem

³² Aufgrund eigener Berechnungen kommen andere Autoren und Autorinnen für das Jahr 2004 auf leicht höhere Beträge. Für das Jahr 2004 berechnen z.B. Schneider et al (2006, 1) bei den Frauen im Durchschnitt rund 408 Euro Pflegegeld, bei den Männern rund 430 Euro.

Pflegegeld der angestrebte Zweck nicht erreicht wird (z.B. wenn eine ernsthafte Verwahrlosung vorliegt).³³ Weigert sich der pflegebedürftige Mensch, die Sachleistung anzunehmen, ruht das Pflegegeld bis zur Einwilligung (§ 20 und § 21 BPGG).

Kontrolle

Eine Rechenschaftspflicht über die konkrete Verwendung des Pflegegelds besteht nicht (Brozek 2004). Thema diverser Studien ist allerdings die Missbrauchsproblematik. In einer umfassenden Untersuchung von Badelt und anderen (1997) wird erwähnt, dass ein systematischer Missbrauch sehr unwahrscheinlich ist (zit. nach Türk 1997, 585), weil mit dem Pflegegeld gerade einmal die pflegebedingten Sachleistungen finanziert werden können. Zwei Drittel der Pflegegeldbeziehenden verwenden das Pflegegeld denn auch ausschliesslich für Pflegeleistungen. Nur bei einem Drittel bleibt ein Restbetrag, der beispielsweise „eine finanzielle Anerkennung für informelle Pflegepersonen“ ermöglicht (vgl. Badelt et al. 1997, zit. nach Gruber & Pallinger 2003).

Die Missbrauchsproblematik wird im Bundespflegegeldgesetz mitberücksichtigt. Neben der Verpflichtung auf den Bezug von Sachleistungen kann das Pflegegeld auch abgelehnt, herabgesetzt oder entzogen werden, etwa wenn die Anspruchsberechtigten ärztliche Untersuchungen nicht zulassen oder sonstige wesentliche Angaben verschweigen. Entscheidungsträger können die zweckmässige Verwendung des Pflegegeldes kontrollieren. Sobald Hinweise auf eine Unterversorgung bestehen, muss auch der Zugang zu den Wohnräumen des Pflegegeldbezügers bzw. der Pflegegeldbezügerin gewährt werden (vgl. Gruber & Pallinger 2003). Seit 2001 besteht eine gesetzliche Grundlage für Hausbesuche (siehe folgender Abschnitt).

Qualitätssicherung

Die Einrichtung von Hausbesuchen geht auf ein Pilotprojekt 2001/2002 zum Thema "Qualitätssicherung in der Pflege" zurück. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen besuchten im Rahmen dieses Projektes rund 950 Pflegegeldbeziehende der Stufen 3 bis 7. Gemeinsam mit der privaten Pflegeperson bzw. der Vertrauensperson wurde dabei der Pflegestatus erhoben und die Leistungsbeziehenden informiert und beraten. Gemäss Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK)³⁴ wies das Resultat auf eine hervorragende Pflegequalität hin (vgl. Nemeth & Pochobradsky 2004, 29f.).

Aufgrund der Erfahrungen mit dieser Form von Qualitätssicherung wurden die Hausbesuche 2001 als gesetzlich vorgesehene Massnahme institutionalisiert (vgl. Bundesregierung 2001, § 33a bis 33c). Geschultes diplomiertes Krankenpflegepersonal kann mit Hausbesuchen prüfen, ob die Pflegeleistungen den Bedürfnissen der Pflegegeldbeziehenden entsprechen, und zugleich mit Beratung und Information einen Beitrag zur Verbesserung der Pflegesituation leisten. Derzeit werden etwa 10'000 bis 15'000 Pflegegeldbeziehende in ganz Österreich jährlich erfasst (ca. 3 bis 4% aller Bezüger/innen) (gemäss Hinweis Herr Rudda, Befragung vom 16.7.2007).

³³ „Wird der durch das Pflegegeld angestrebte Zweck (§ 1) nicht erreicht, sind anstelle des gesamten oder eines Teils des Pflegegeldes Sachleistungen mit Wirkung ab Zustellung des Bescheides zu gewähren, wenn und insoweit die Möglichkeit besteht, den Pflegebedarf durch Sachleistungen abzudecken.“ (BGPP § 20).

³⁴ Bis Februar 2007 noch Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG).

Nach Ruddy sind zusätzlich auch Anerkennungsverfahren für soziale Dienste, gesetzliche Berufsausbildungsvorschriften für das Pflegepersonal, Kurse für Angehörige bezüglich Qualitätssicherung zentral (Befragung vom 16.7.2007). Qualität soll aber nicht zuletzt auch durch neue Projekte sichergestellt werden, die nach § 33c BPGG vom Bund gefördert werden können.

Unterstützungsleistungen

Verschiedene Unterstützungsleistungen, die für einen optimalen Vollzug von Pflegeleistungen wichtig sind, gilt es zu erwähnen:

- Seit 1998 bietet das BMSK mit dem gebührenfreien Pflegetelefon Beratung für alle privaten Pflegepersonen und alle, die mit Problemen in der Pflege konfrontiert sind, an (vgl. HELP.gv.at 2007).
- Seit August 2006 gibt es die „Internet-Plattform für pflegende Angehörige“. Sie bietet Service, Information und Antworten auf häufig gestellte Fragen. Ebenfalls können pflegende Angehörige Erfahrungen im Chat austauschen.
- Seit 2004 besteht die Möglichkeit, dass Angehörige, die eine pflegebedürftige Person seit mindestens einem Jahr pflegen und diese Arbeit aufgrund von Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen wichtigen Gründen vorübergehend nicht weiterführen können, für die Ersatzpflege einen bestimmten Zuschuss erhalten. Nötige Voraussetzung hierfür ist, dass die pflegebedürftige Person zumindest Pflegegeld der Stufe 4 bezieht (vgl. HELP.gv.at 2007).
- 2002 wurde die Möglichkeit zur Familienhospizkarenz geschaffen. Arbeitnehmende können über einen bestimmten Zeitraum eine Vollkarenz in Anspruch nehmen, um sterbende Angehörige und die im gleichen Haushalt lebenden Kinder zu begleiten und pflegen. Auf Antrag der pflegebedürftigen Person kann das Pflegegeld an jene Person ausbezahlt werden, welche die Familienhospizkarenz in Anspruch nimmt (vgl. HELP.gv.at 2007; BPGG §18a).

3.5.4. Inanspruchnahme

Per Ende 2005 beziehen rund 374'000 Personen Pflegegelder des Bundes oder eines Bundeslandes. Den grösseren Anteil machen mit rund 320'000 Personen Bezüger/innen eines Bundespflegegeldes aus (86%), während ein geringer Anteil (14%) auf Bezüger/innen von Landespflegegeldern (54'000) entfällt (vgl. bmsk: Arbeitskreis für Pflegevorsorge 2007b).

Unter den Pflegegeldbezüger/innen dominieren Frauen, die zwei Drittel (67%) ausmachen (siehe Tabelle 18). In Bezug auf das Alter lässt sich eine Konzentration bei älteren und betagten Menschen feststellen: Knapp 82% der Bezüger/innen sind 60 Jahre alt oder älter. Fast jede zweite Person, die ein Pflegegeld erhält, ist über 80 Jahre alt (47%).

Es zeigt sich zudem, dass die überwiegende Mehrheit der Bezüger/innen Pflegegeld der unteren vier Stufen bezieht. Nur 12.8% sind in der höchsten Pflegestufe (Stufe 7) eingeordnet.

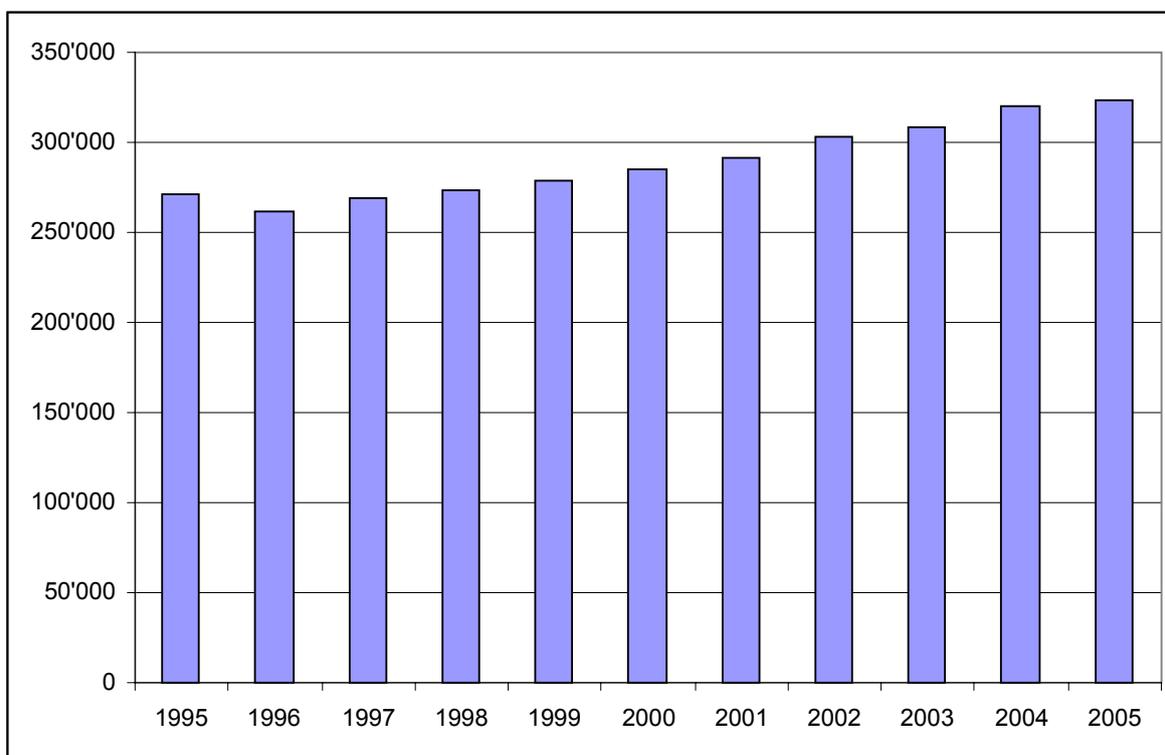
Tabelle 18: Anzahl Pflegegeldbeziehende des Bundes (ohne OFG und Landeslehrer/innen) und der Länder (Stichtag 31.12.2005), nach Geschlecht und Alter

Alter	Männer	Frauen	Männer und Frauen
0 – 20	6932	5034	11'966
21 – 40	10'413	7894	18'307
41 – 60	19'843	18'044	37'887
61 – 80	47'318	83'243	130'561
81+	36'592	138'903	175'495
Total	121'098	253'118	374'216

Quelle: Ruddy 2006

Zumindest für die Zahl der Bundespflegegelder kann nachgezeichnet werden, wie die Entwicklung in den vergangenen zehn Jahren verlaufen ist (siehe Grafik 14).

Grafik 14: Anzahl Bundespflegegeldbeziehende 1995-2005



Quelle: Statistik Austria 2006

Es ist praktisch eine stete Zunahme zu verzeichnen: Sind es 1995 noch rund 271'000 Bezüger/innen, resultieren 2005 bereits über 323'000 Bezüger/innen eines Bundespflegegeldes. Dies entspricht einem Zuwachs um 19% innerhalb von 10 Jahren.³⁵

3.5.5. Exkurs: Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz

Konzeption

Basierend auf einem zweijährigen Modellprojekt der WAG (Wiener Assistenzgenossenschaft) existiert seit dem 1. Januar 2004 eine nationale Richtlinie für „Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz (PAA).“³⁶ Sie ermöglicht österreichweit eine Finanzierung von Leistungen, die Menschen mit einer Behinderung die Integration in den Arbeitsmarkt oder das Absolvieren einer Ausbildung bzw. eines Studiums erleichtern bzw. erst ermöglichen soll (vgl. Brozek 2004b; bmsk: Richtlinie 2003, 1). Die Einführung der PAA macht – so Brozek – einen Paradigmenwechsel deutlich. Während das Pflegegeld ausschliesslich zur Abdeckung von existenziellen Bedürfnissen wie zum Beispiel der Körperpflege gedacht ist und sich damit an einem eher medizinischen Modell von Behinderung orientiert, stellt PAA erstmals die Kompetenzen von Menschen mit Behinderung ins Zentrum (vgl. Brozek 2004b; Wagner 2006; EQUAL, Arbeitsgruppe der transnationalen Partnerschaft 2005, 15).

Zur Zielgruppe für Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz gehören Menschen mit Behinderung im erwerbsfähigen Alter, d.h. frühestens ab der 9. Schulstufe, die Pflegegeld mindestens der Stufe 3 beziehen.³⁷ Als weitere Voraussetzung ist PAA für Personen vorgesehen, die bereits in einem sozialversicherungspflichtigen Dienstverhältnis stehen oder mit Hilfe der PAA eines erlangen können sowie für diejenigen, die ein Studium oder eine Berufsausbildung machen wollen. In ganz Österreich beziehen allerdings nur ca. 200 Menschen Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz (gemäss Auskunft Günther Schuster, Bundessozialamt Österreich, Leiter der Landesstelle Wien, 5.11.2007).

PAA wird von Assistenz-Servicestellen organisiert. Gemäss Richtlinie des Bundes sollen österreichweit solche Stellen – oder zumindest eine pro Bundesland – aufgebaut werden. Der Richtlinie ist zu entnehmen, dass diese Aufgabe wenn möglich auf Selbsthilfe- bzw. Selbstvertretungsorganisationen zu übertragen sind (vgl. bmsk: Richtlinie 2003, 2). Gemäss Brozek wurde diese Forderung zum grössten Teil umgesetzt. Servicestellen gibt es mittlerweile – ausser im Burgenland, wo die PAA von Wien aus organisiert wird – in jedem Bundesland (gemäss Hinweis Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007).

Der Bund finanziert einerseits das zugesprochene Assistenzgeld, andererseits die notwendige Verwaltung durch die Servicestellen. Assistenzbeziehende haben auch die Möglichkeit, sich unabhängig Servicestellen selbst zu organisieren. In diesem Fall werden ausschliesslich die Assistenzstunden, nicht aber Verwaltungskosten bezahlt (vgl. bmsk: Richtlinie 2003, 4; EQUAL, Arbeitsgruppe der transnationalen Partnerschaft 2005, 15). Der grösste Teil der Anspruchsberechtigten nimmt offen-

³⁵ Unter Einbezug der Landespflegegelder beträgt die Zunahme im Zeitraum von 1995 bis 2005 20% (vgl. bmsk: Arbeitskreis für Pflegevorsorge 2007a).

³⁶ Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz kann mit dem Begriff Arbeitsassistenz gleichgesetzt werden.

³⁷ Gemäss Borzek weisen vor allem Menschen mit Lern- oder psychischen Beeinträchtigung nur selten eine Pflegestufe von 3 oder höher auf, wodurch für sie der Bezug von PAA entfällt (vgl. Brozek 2004b).

sichtlich die Unterstützung der Servicestellen in Anspruch: Denn von 60 Assistenzbeziehenden in Wien gibt es nur gerade drei, die sich selbst organisieren (gemäss Hinweis Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007).

Mit den Assistenten und Assistentinnen werden Arbeitsverträge nach dem Kollektivvertrag der Bundesvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS) abgeschlossen (vgl. bmsk: Richtlinie 2003, 4). Die Stundenlöhne liegen derzeit bei ca. 8 Euro brutto.

Die zweckmässige Verwendung der Gelder muss nachgewiesen werden. Bei selbstorganisierten Arbeitsverhältnissen obliegt dies den Assistenzbeziehenden selbst, ansonsten übernehmen die Servicestellen diese Aufgabe (gemäss Hinweis Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007).

Die Finanzierung der PAA erfolgt aus dem Ausgleichsfonds, der sich aus taxpflichtigen Beiträgen von Unternehmen speist. Die Grundlage hierfür bildet die Verpflichtung der Arbeitgeber, bei mehr als 25 beschäftigten Personen Menschen mit Behinderung einzustellen oder eine Ausgleichstaxe zu entrichten (seit 1. Januar 2006 beträgt diese 206 Euro pro Monat) (vgl. bmsk.gv.at 2007).

Bedarfsabklärung

Dass Ärzte/Ärztinnen mittels einer Diagnose über den Assistenzbedarf entscheiden, wurde von Selbsthilfe- und Betroffenengruppen immer wieder kritisiert. Aus einer einseitigen, ausschliesslich medizinischen Perspektive bleibt ihrer Meinung nach der praktische Alltag einer Person mit Behinderung unberücksichtigt (vgl. Wagner 2006). In punkto Partizipation ist laut Brozek das Modell Persönliche Arbeitsassistenz auf dem richtigen Weg (Interview vom 11.7.2007). Denn die Servicestellen ermitteln im Auftrag der Behörden gemeinsam mit den Antragstellenden mittels Leitfaden (siehe www.wag.or.at) und Beratungsgesprächen den Assistenzbedarf. Viermal jährlich findet eine Assistenzkonferenz statt, welche den Antrag schliesslich bewilligt. In der Assistenzkonferenz sind Assistenznehmende, Vertreter/innen des Bundessozialamts, des Landes, der Assistenz-Servicestellen und nach Bedarf weitere Fachpersonen vertreten. In der Bedarfsermittlung zählt nicht die Art der Behinderung, sondern einzig die Frage, wie viel Hilfe für eine erfolgreiche Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder Ausbildung notwendig ist (vgl. EQUAL, Arbeitsgruppe der transnationalen Partnerschaft 2005).

In den Richtlinien werden folgende Dienstleistungen erwähnt, die mit PAA bezogen werden können (vgl. bmsk: Richtlinie 2003).

- Begleitung auf dem Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstelle bzw. Ausbildungsort
- Begleitung bei dienstlichen Verpflichtungen ausserhalb des Arbeitsplatzes (z.B. Besuche von Veranstaltungen)
- Unterstützungstätigkeiten manueller Art bei der Dienstverrichtung oder während der Ausbildungszeit (z.B. Ablage von Unterlagen, Kopiertätigkeit)
- Assistenz bei der Körperpflege während der Dienst- oder Ausbildungszeit
- sonstige behinderungsbedingt erforderliche Assistenzleistungen (z.B. Hilfe beim Ein- und Aussteigen aus oder in den Wagen, An- und Ausziehen der Jacke, Hilfe beim Mittagessen).

Diese Leistungen sind jedoch nur als Beispiele zu verstehen (gemäss Hinweis von Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007). Alle Unterstützungshandlungen, die jemand während der Studien- oder Arbeitszeit benötigt, werden abgedeckt. Ausdrücklich nicht zum Assistenzbedarf zählen allerdings inhaltliche Hilfestellungen (vgl. bmsk: Richtlinie 2003, 2).

Unterstützungsleistungen

Bezüglich Unterstützung spielen bei der PAA die Assistenz-Servicestellen eine relevante Rolle. Wie erwähnt übernehmen diese Zentren im Auftrag des Bundes die Bedarfsermittlung und unterstützen Budgetnehmende sowohl auf der Suche nach geeigneten Assistenten und Assistentinnen als auch in administrativen Fragen oder in der Kommunikation mit den Arbeitgebenden. Die Servicestellen sind die regionalen Anlaufstellen für alle Fragen rund um die PAA. Ebenfalls organisieren die Stellen Aus- und Fortbildungsangebote für Budgetnehmende. Die Einschulung der Assistenten/Assistentinnen übernehmen die Budgetnehmenden jedoch selbst (gemäss Hinweis von Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007).

Seit Februar 2002 existiert ein Dachverband für Arbeitsassistenten sowie seit April 2007 ein von der „Selbstbestimmt-Leben“-Bewegung initiiertes Netzwerk zur Koordination auf nationaler Ebene. Der Dachverband soll eine Plattform darstellen, welche die Kommunikation und die gemeinsame Interessenvertretung der Involvierten gegenüber den Kostenträgern etc. unterstützt, um damit die berufliche Integration von Menschen mit Behinderung zu fördern (www.arbeitsassistenten.or.at).

3.5.6. Exkurs: Persönliche Assistenz (PA)

In Österreich laufen in verschiedenen Bundesländern Pilotprojekte mit der Bezeichnung „Persönliche Assistenz“ (PA). Trotz unterschiedlicher Ausgestaltungen, die in der Autonomie der einzelnen Projekte begründet sind, sind die Projekte der „Persönlichen Assistenz“ einer gemeinsamen Zielsetzung verpflichtet: Die Chance zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben von Menschen mit einer Behinderung soll mit einer subjektbezogenen, bedarfsorientierten finanziellen Leistung verbessert werden. Grundlegend ist die Wahlfreiheit der Auftraggebenden, die sich in Bezug auf Person (Wahl der Helfer/innen), Zeit (Zeitpunkt der Assistenz), Ort (wo wird die Assistenz geleistet) und Art der Assistenzleistung konkretisiert (vgl. Persönliche Assistenz GmbH 2007). Die Projekte reichen in ihren finanziellen Leistungen über das Pflegegeld hinaus und anerkennen zugleich mehr Assistenzbereiche als die Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz (siehe Abschnitt 3.5.5).

Ein Pilotprojekt in Oberösterreich läuft beispielsweise seit 2001 und zählt mehr als 160 Budgetnehmende. Im kommenden Jahr werden hier Regelungen auf der Ebene des Landesgesetzes erwartet. Ein weiteres Projekt ist in Innsbruck angesiedelt, das seit 10 Jahren – geregelt durch das Tiroler Rehabilitationsgesetz – vom Bundesland Tirol mitfinanziert wird (www.selbstbestimmt-leben.net). In Wien gibt es seit 2004 ein Modellprojekt mit 21 Teilnehmenden.³⁸ Einzelne Aspekte zu den Modellprojekten in Wien, in Oberösterreich und im Tirol werden im Folgenden dargestellt.

³⁸ In anderen Ländern existieren gemäss Brozek viele „Einzellösungen“ (Interview vom 11.7.2007).

- In den näher untersuchten Projekten Wien, Tirol und Oberösterreich kann mit der PA in sehr verschiedenen Lebensbereichen Unterstützung beansprucht werden. In Oberösterreich sind folgende Bereiche eingeschlossen: Grundversorgung, Hauswirtschaft, Begleitung/Mobilität, Freizeit, Unterstützung bei der Kommunikation (vgl. Persönliche Assistenz GmbH 2007).
- Die Bedarfsabklärung geschieht in Oberösterreich und Wien über die Assistenz GmbH. Wie bei der PAA wird der individuelle Unterstützungsbedarf ermittelt. Die WAG hat hierfür einen Leitfaden (www.wag.or.at) entwickelt, welcher gemäss Brozek die Gespräche ergänzt und eine Orientierungsgrundlage bildet (Interview vom 11.7.2007). In der „Assistenzkonferenz“ wird der Bedarf definitiv aufgenommen und protokolliert. Im Tirol ist nach wie vor ein ärztliches Gutachten durch den Amtsarzt bzw. die Amtsärztin nötig (www.selbstbestimmt-leben.net).
- Die PA in diesen Pilotprojekten ist immer entweder über die Stunden wie in Oberösterreich oder über das Budget wie in Wien nach oben begrenzt (vgl. Persönliche Assistenz GmbH 2005).
- Persönliche Assistenz kann über ein Arbeitgebermodell oder über eine Assistenzvereinigung organisiert werden. In Oberösterreich ist nur letzteres möglich, während das Pilotprojekt in Wien beide Varianten zulässt (gemäss Hinweis Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007).
- Eine spezifische Ausbildung, um als Persönlicher Assistent bzw. Assistentin tätig zu werden, ist nicht notwendig, weil ihre Tätigkeit grundsätzlich unter Anleitung der Auftraggebenden erfolgt. Um eine Rollendiffusion möglichst zu vermeiden, sind Partner/innen und nahe Angehörige in Oberösterreich nicht als Assistenten bzw. Assistentinnen zugelassen. Im Pilotprojekt in Wien gilt diese Einschränkung nicht, die Anstellung von Angehörigen wird aber gemäss Brozek (Interview vom 11.7.2007) nicht immer empfohlen (vgl. Persönliche Assistenz GmbH 2005).
- In Wien und in Oberösterreich agiert die Assistenz GmbH als „formale Arbeitgeberin“, während die Budgetnehmenden für die Hilfeplanung zuständig bleiben. Von administrativen Aufgaben (Versicherung, Verrechnungen, Controlling etc.) sind sie durch die Assistenz GmbH entlastet, die bei Ferien oder im Krankheitsfall von Assistenten/Assistentinnen auch Ersatz organisiert.
- Alle Projekte wurden von Betroffenenorganisationen³⁹ initiiert. Die Organisationen fungieren heute als formale Arbeitgeber und/oder übernehmen wichtige Beratungsleistungen. In den Bundesländern Wien und Oberösterreich werden die Budgetnehmenden in Form eines „Peer Coachings“ oder einer Assistenzbegleitung in ihrer neuen Funktion von erfahrenen Betroffenen beraten und begleitet. Zudem werden auch für Assistenten und Assistentinnen Grundkurse, regelmäßige Treffen zwecks Erfahrungsaustausch, Fortbildung und Supervision angeboten.

³⁹ Wie „Selbstbestimmt Leben Innsbruck“, Assistenz GmbH Wien, Assistenz GmbH Oberösterreich oder BIZEPS.

4. Der Pilotversuch „Assistenzbudget“ Schweiz

Die Schweiz kennt bis heute keine allgemeine landesweite Einführung eines Assistenzmodells. Erfahrungen mit einigen wenigen, vorerst lokalen Projektversuchen (siehe z.B. Baumgartner 2002a) wurden zwar Ende der 1990er Jahre gesammelt, doch im Rahmen der Diskussion der 4. Gesetzesrevision der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) hat sich das Parlament vorerst gegen eine allgemeine Einführung eines Assistenzmodells ausgesprochen. Zugleich wurde jedoch die Möglichkeit geschaffen,⁴⁰ Pilotprojekte in Bezug auf die selbstbestimmte Lebensführung von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf zu realisieren und damit breit angelegte Erfahrungen und Grundlagen für weitere Gesetzgebungsentscheidungen zu schaffen.

Am 1. Januar 2006 startete schliesslich der drei Jahre dauernde Pilotversuch Assistenzbudget. Er wird gemeinsam vom BSV und der SAssiS durchgeführt (zur Vollzugsstruktur, siehe Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005c). Im folgenden Abschnitt 4.1 wird dieser Pilotversuch vorgestellt, dies entlang der Untersuchungsdimensionen wie sie in Abschnitt 2.4 erläutert und auf ausländische Assistenzmodelle angewendet wurden (siehe Kapitel 3). Der Schwerpunkt liegt auf der Beschreibung der Konzeption und der Umsetzung des Pilotversuchs, da bislang noch zu wenige Erkenntnisse vorliegen, um auch Aussagen über dessen Wirkungen zu machen. In einem zweiten Abschnitt 4.2 wird der Pilotversuch den ausländischen Assistenzmodellen gegenübergestellt, um mögliche Besonderheiten benennen zu können.

4.1. Beschreibung des Pilotversuchs

Die Konzeption sowie auch Angaben zum Vollzug des Pilotversuchs Assistenzbudget sind auf den Internetseiten der Projektträgerschaften (www.bsv.admin.ch und www.assistenzbudget.ch) umfangreich dokumentiert. Die folgende Beschreibung basiert in erster Linie auf den schriftlichen Quellen, die dort verfügbar sind.

4.1.1. Konzeption

Der Pilotversuch Assistenzbudget startete Januar 2006 nach umfangreichen Abklärungs- und Vorbereitungsarbeiten. Die **gesetzliche Grundlage** für eine befristete Einführung eines Assistenzmodells wurde im Rahmen der Gesetzgebung zur IV geschaffen. Die Eckwerte des Versuchs wurden schliesslich auf Verordnungsstufe (Verordnung vom 10. Juni 2005 über den Pilotversuch „Assistenzbudget“) festgelegt.⁴¹ Der Pilotversuch ist in der Eidgenössischen Invalidenversicherung verankert und durch deren Mittel auch finanziert (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005b, 2).

Die **sozialpolitischen Zielsetzungen**, die mit dieser Erprobung eines Assistenzmodells verbunden sind, beziehen sich einerseits auf das weitere Gesetzgebungsverfahren und andererseits auf die Teilnehmenden am Pilotversuch selbst. In Bezug auf das weitere Gesetzgebungsverfahren soll ein Sys-

⁴⁰ Gemäss Schlussbestimmungen, Buchstabe b zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 21. März 2003.

⁴¹ Einzelne Detailfragen, die sich aus der Abstimmung mit der IV-Gesetzgebung ergeben, sind in weiteren Verordnungen geregelt.

tem der vermehrten Subjektfinanzierung erprobt werden (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005b, 4), das wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird. Als Grundlage für die Prüfung einer flächendeckenden Einführung eines solchen Modells sind insbesondere die notwendigen Voraussetzungen für ein funktionsfähiges System sowie die wichtigsten Auswirkungen im Falle einer allgemeinen Einführung aufzuzeigen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005b, 4). Zu diesem Zweck wird ein umfangreiches Evaluationskonzept (vgl. Balthaser & Müller 2005) verfolgt, das bis Ende 2009 fundierte empirische Unterlagen liefern und insbesondere mögliche Kostenfolgen und -verlagerungen sowie Wirkungen auf die Selbstbestimmung auf Personen mit einer Behinderung klären soll.

Bei den Teilnehmenden ist als Zielsetzung vorgesehen, mit dem Pilotversuch ein System anzubieten, das die Führung eines eigenverantwortlichen Lebens ermöglicht (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005b, 4; Ritter 2005) und zu einer Erhöhung der Selbstbestimmung und letztlich der Lebensqualität führt (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005b, 5).

Der Pilotversuch richtet sich an Bezüger/Bezügerinnen einer Hilflosenentschädigung (HE) der IV, die während der Projektphase nicht in einer stationären Einrichtung (Heim) wohnen (vgl. Bundesrat 2005, Art. 2). Mit dieser Eingrenzung der **Zielgruppe** ist der Pilotversuch zunächst offen für alle Behinderungsarten, verbindet sich aber mit Voraussetzungen bezüglich des Alters und der Wohnform: Grundsätzlich ergibt sich die Möglichkeit der Teilnahme auch für Minderjährige, da eine HE prinzipiell auch ab Geburt entrichtet wird. Die Ausgangslage für minderjährige Personen ist gegenüber Erwachsenen dahingehend speziell, als einerseits eine gesetzliche Vertretung beim Zugang und bei der Umsetzung eines Assistenzbudgets stellvertretend Aufgaben übernehmen muss. Andererseits ist der Einbezug von Minderjährigen geeignet, um besondere Auswirkungen – wie etwa die Vermeidung von Heimeintritten als Folge der Belastungen für Eltern – eines Assistenzbudgets untersuchen zu können (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005b, 11)

Mit dem HE-Bezug ist eine Obergrenze bezüglich des Alters eingeführt, die in der Verordnung zum Pilotversuch präzisiert wird: Der Pilotversuch steht Teilnehmenden offen, die nicht vor Ende 2008 einen Anspruch auf eine Altersrente erwerben (vgl. Bundesrat 2005, Art. 2), d.h. entsprechend beim Projektstart 2006 jünger als 63 Jahre (Männer) bzw. 62 Jahre (Frauen) sind.

Bezüglich der Wohnsituation steht der Pilotversuch nur Personen mit einer Behinderung offen, die ausserhalb eines Heims oder Sonderschulheims wohnen. Der Pilotversuch sieht jedoch vor, dass Teilnehmende auf den Projektbeginn hin aus einem Heim austreten können, und sichert diesen Übergang mit spezifischen Regelungen ab (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005b, 13f.).

Der Pilotversuch konzentriert sich auf drei Pilotkantone, nämlich die Kantone Basel-Stadt, St.Gallen und Wallis,⁴² die das Gros der Teilnehmenden stellen. Rund 300 Plätze sind für HE-Bezüger/innen aus diesen drei Kantonen reserviert, während weitere 100 Plätze für Personen aus den übrigen Kantonen vorgesehen sind. Der Pilotversuch ist somit so angelegt, dass er in einem begrenzten geogra-

⁴² Zur Begründung der Auswahl dieser Kantone, siehe Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005b, 12.

phischen Raum eine Gesetzeseinführung simuliert und damit Erfahrungen mit der Umsetzung eines Assistenzmodells ermöglicht. Neben der Stiftung Assistenz Schweiz, die mit der Durchführung des Pilotversuchs beauftragt ist und auch regionale Stützpunkte unterhält, und dem BSV, das für die strategischen Entscheidungen die Verantwortung trägt, sind damit vor allem die IV-Stellen in den drei Pilotkantonen in die **Vollzugsstruktur** einbezogen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005c). Die IV-Stellen sind insbesondere für die administrative Durchführung des Pilotversuchs zuständig und bei der Beurteilung der Anmeldungen, im Verfahren zur Abklärung des Assistenzbedarfs (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 3) sowie bei der Kontrolle über die Verwendung des Assistenzbudgets involviert (siehe folgende Abschnitte).

Der Pilotversuch Assistenzbudget ist Teil der Gesetzgebung über die Invalidenversicherung. Die **Koordination mit anderen Sozialleistungen** ist zunächst mit bestehenden Ansprüchen gegenüber dieser Sozialversicherung notwendig. Hierbei macht der Pilotversuch zur Voraussetzung, dass der Bezug einer HE, eines Intensivpflegezuschlags oder von Dienstleistungen Dritter anstelle von Hilfsmitteln bei den Teilnehmenden ausgesetzt wird. Der Tagesaufenthalt in einer Institution, die IV-Beiträge erhält oder Eingliederungsmassnahmen der IV durchführt, wirkt sich auf die Bemessung des Assistenzbudgets aus. Dies gilt auch für Leistungen der Pflege oder der Behandlungspflege, die als medizinische Massnahmen von der Invalidenversicherung getragen werden (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 6). Eine Besonderheit stellen Leistungen in der Pflege oder in der Behandlungspflege dar, die von der Spitex (Organisationen der spital- und heimexternen Hilfe und Pflege) erbracht und damit durch die obligatorische Krankenversicherung vergütet werden. Hier können Budgetnehmende entscheiden, ob sie diese Leistungserbringer beibehalten möchten und entsprechend keine Gelder aus dem Assistenzbudget erhalten oder ob ein anderer Leistungserbringer gewählt wird, dessen Leistungen über das Assistenzbudget abgerechnet werden können (vgl. Bundesrat 2005, Art.10, Abs. 2). Bei weiteren einkommensabhängigen Sozialleistungen, wie etwa den Ergänzungsleistungen für ungedeckte Krankheits- und Behinderungskosten, wird das Assistenzbudget als Einnahme angerechnet: entsprechend kann ein Anspruch nur unter dessen Berücksichtigung geltend gemacht werden.

4.1.2. Abklärung des Assistenzbedarfs

Die Festlegung des Assistenzbedarfs als Grundlage zur Berechnung eines individuellen Assistenzbudgets ist im Rahmen des Pilotversuchs durch ein relativ komplexes und stark normiertes Verfahren geregelt (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a).

In Bezug auf die **Zuständigkeiten** in diesem Abklärungsverfahren ist zunächst zu konstatieren, dass die Personen mit Behinderung stark involviert sind. Den Ausgangspunkt für die Bemessung des Assistenzbedarfs bildet eine Selbstdeklaration der Betroffenen. In einem hierfür vorgesehenen Bogen (Selbstdeklarationsbogen) tragen sie ein, in welchen Assistenzbereichen sie normalerweise wie viele Minuten und Stunden an Leistungen benötigen.⁴³ Diese Selbstdeklaration ist die Grundlage für die jeweils (regional) zuständige IV-Stelle, nach vorgegebenen und nach dem Grad der Hilflosigkeit ab-

⁴³ Den Betroffenen wird empfohlen, nötigenfalls mit der Stoppuhr die entsprechenden Angaben zu ermitteln.

gestuften Limiten für jeden Assistenzbereich eine Prüfung vorzunehmen.⁴⁴ Die Prüfung umfasst zum einen eine Plausibilitätsprüfung (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 3), zum andern werden die Stundenwerte mit den geltenden Kontrolllimiten, welche im Einzelfall bei guter Begründung überschritten werden können (mit Ausnahme des Assistenzbereichs Freizeit), verglichen. Das Verfahren ist so angelegt, dass der Assistenzbedarf möglichst realistisch bestimmt wird. Es gilt: „Grundsätzlich soll jedoch die Einschätzung des Bedarf von der versicherten Person übernommen werden, sofern diese unter den vorgegebenen Kontrolllimiten liegt und der IV-Stelle aufgrund von Erfahrungswerten mit anderen Teilnehmenden plausibel erscheint“ (Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 3).

Der **Ablauf** des Bedarfsabklärungsverfahrens sieht folglich – kurz zusammengefasst – vor, dass Interessenten und Interessentinnen an einer Aufnahme im Pilotversuch einen Selbstdeklarationsbogen ausfüllen. Die Selbstdeklaration wird von der zuständigen IV-Stelle überprüft und diese entscheidet über die Höhe des Assistenzbetrags (vgl. Fachstelle Assistenz Schweiz (FAssiS) 2005a).

Die Anerkennung von Hilfeleistungen als Assistenzbedarf setzt zunächst voraus, dass bestimmte Tätigkeiten (Assistenzleistungen) zur Ausführung einer persönlichen Hilfe notwendig sind.⁴⁵ Des Weiteren müssen sich diese Tätigkeiten auf einen der sechs Assistenzbereiche beziehen (vgl. Bundesrat 2005, Art. 10). Tabelle 19 listet die zulässigen Assistenzbereiche auf:

Tabelle 19: Assistenzbereiche

alltägliche Lebensverrichtungen
Haushaltsführung
Gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung
Pflege
Bildung, Arbeit und Kinderbetreuung
Präsenz

Die einzelnen **Assistenzbereiche** sind (teilweise) für sich nochmals in einzelne Teilbereiche unterteilt. So umfasst etwa der Bereich Haushalt die Haushaltsführung, die Ernährung, die Wohnungspflege, den Einkauf und weitere Besorgungen sowie Wäsche und Kleiderpflege (siehe Bedarfsbogen; Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 5). Bei der Pflege sind die beiden Teilbereiche Pflege im engeren Sinn sowie die medizinische Behandlungspflege eingeschlossen. Diese beiden Felder sind in sich nochmals durch einzelne Subbereiche konkretisiert, so gehören zur Pflege im engeren Sinn zum Beispiel Bewegungsübungen, Mobilisieren, Durchdehnen, Umlagern, Massieren,

⁴⁴ Personen, welche vor Eintritt in den Pilotversuch im Heim wohnen und damit über keine Erfahrungswerte für die Selbstdeklaration verfügen, können ein spezielles Coaching-Angebot in Anspruch nehmen, das unter anderem bei der Eingabe des benötigten Assistenzbedarfs unterstützt (vgl. Fachstelle Assistenz Schweiz (FAssiS) 2005a).

⁴⁵ Zu diesen Tätigkeiten zählen Übersetzen, Vermitteln, Vorlesen, Ausfüllen, Beraten, Anleiten, Begleiten, Ausführen, Überprüfen, Kontrollieren und Überwachen. Reine Präsenzzeiten fallen hingegen nicht unter Assistenzleistungen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 4).

Atemtherapie, Inhalieren, Abklopfen, Absaugen, Arzt- und Therapiebesuche von Minderjährigen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 6).

Die Abklärung des Assistenzbedarfs ist grundsätzlich daran orientiert, den realistischen und individuellen Bedarf zu bestimmen. Gleichwohl sind die anrechenbaren Assistenzleistungen innerhalb der Assistenzbereiche bezüglich ihrer Dauer in der Regel limitiert. Die Bemessung kennt drei Stufen: einen geringen, einen deutlichen oder einen hohen Assistenzbedarf. Entsprechend der Zuordnung zu einer dieser Stufen gelten Kontrolllimiten beim zeitlichen Umfang, der je Assistenzbereich geltend gemacht werden kann (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Zeitliche Kontrolllimiten je Assistenzbereich und Bedarfsstufe (pro Tag)

Assistenzbereiche	Geringer Assistenzbedarf	Deutlicher Assistenzbedarf	Hoher Assistenzbedarf
alltägliche Lebenserrichtungen	45 min.	150 min.	255 min.
Haushaltsführung	35 min.	70 min.	130 min.
Gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung	15 min.	30 min.	60 min.
Pflege	15 min.	30 min.	60 min.
Bildung, Arbeit und Kinderbetreuung	30 min.	60 min.	120 min.

Die Zuordnung zu diesen Bedarfsstufen erfolgt nicht über alle Assistenzbereiche hinweg einheitlich. Sie orientiert sich an der Abklärung der Berechtigung für eine Hilflosenentschädigung der IV, die auf die Hilfe Dritter bei der Ausführung von alltäglichen Lebensverrichtungen Bezug nimmt.⁴⁶ Ein hoher Assistenzbedarf wird in allen Assistenzbereichen angenommen, wenn eine schwere Hilflosigkeit vorliegt, also eine Person in allen Lebensbereichen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und zudem der dauernden Pflege oder persönlichen Überwachung bedarf (gemäss IVV, Art. 37, Abs. 1). In den Bereichen „gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung“ sowie „Bildung, Arbeit und Kinderbetreuung“ ist von einem hohen Assistenzbedarf auch dann auszugehen, wenn eine Person taubblind oder taub mit hochgradiger Sehbehinderung ist. Die Zuordnung zu den beiden weiteren Bedarfsstufen (geringer und deutlicher Assistenzbedarf) erfolgt wesentlich nach der Zahl der alltäglichen Lebensverrichtungen, die nicht selbstständig ausgeführt werden können, und der Notwendigkeit einer dauernden Pflege, lebenspraktischen Begleitung oder per-

⁴⁶ Die Abklärung der HE berücksichtigt insgesamt sechs Lebensverrichtungen: An- und Auskleiden (1), Aufstehen, Hinsetzen, Hinlegen (inkl. zu Bett Gehen oder Bett Verlassen) (2), Essen (3), Körperpflege (4), Verrichtung der Notdurft (5), Fortbewegung (innerhalb und ausserhalb des Hauses) und Kontaktaufnahme (6).

sönlichen Überwachung (zur genauen Systematik, siehe Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 11).

Es ist zu unterstreichen, dass in der Assistenzbedarfsermittlung die individuell⁴⁷ deklarierten Zeiten relevant sind. Diese haben zumindest Geltung, sofern sie unter der jeweiligen Obergrenze (gemäss Tabelle 20) liegen. Im Assistenzbereich „Präsenz“ hingegen kommt für einen Assistenzbedarf nachts eine Pauschale zur Anwendung. Sie beträgt pro Nacht 50 Franken.

In Bezug auf **Revisionen** der vorgenommenen Abklärungen des Assistenzbedarfs sind zwei Fälle vorgesehen. Zum einen beruht der ermittelte Assistenzbedarf auf regelmässigen Assistenzleistungen, d.h. sie weisen sich wiederholenden Charakter auf. Ein aussergewöhnlicher Bedarf wird hingegen manifest, wenn eine Behinderung akute Phasen kennt. Wenn solche Phasen mit einem erhöhten Assistenzbedarf auftreten, werden die Mehrleistungen bis zu einer bestimmten Obergrenze vergütet (vgl. Bundesrat 2005, Art. 15). Ansonsten können Revisionen jederzeit beantragt werden, insbesondere, wenn sich der Grad der Hilflosigkeit oder der Zeitbedarf an Assistenzleistungen verändern (vgl. Bundesrat 2005, Art. 17).

4.1.3. Leistungen

Das Persönliche Budget setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Das eigentliche Assistenzbudget ist jener Betrag, der aus der Abklärung des Assistenzbedarfs (gemäss Abschnitt 4.1.2) resultiert und individuell bemessen ist. Zusätzlich erhalten die Budgetnehmenden eine Assistenzpauschale.

Die **Höhe der Assistenzpauschale** richtet sich nach dem Grad der Hilflosigkeit und ersetzt gewissermassen die Hilflosenentschädigung der IV, auf deren Bezug die Teilnehmenden verzichten (siehe Abschnitt 4.1.1). Die Pauschale ist in drei Kategorien unterteilt und beträgt

- Monatlich Fr. 300.- bei Hilflosigkeit leichten Grades
- Monatlich Fr. 600.- bei Hilflosigkeit mittelschweren Grades
- Monatlich Fr. 900.- bei Hilflosigkeit schweren Grades

Die **Höhe des Assistenzbudgets** errechnet sich aus den Stundenwerten, wie sie individuell unter Beachtung einer Kontrolllimite für jeden Assistenzbereich⁴⁸ bestimmt werden. Sie werden multipliziert mit einer Geldpauschale, die als Tarif für eine Stunde Assistenzleistungen vorgegeben ist. Diese Stundenpauschale richtet sich nach der erforderlichen Qualifikation. Es werden zwei Stufen vorgesehen:

- Normale Qualifikation (Stufe A): pro Stunde werden Fr. 30.- vergütet
- Höhere Qualifikation (Stufe B): pro Stunde werden Fr. 45.- vergütet

⁴⁷ Zumindest im Assistenzbereich „Haushaltsführung“ wird auch die Haushaltssituation der betroffenen Person berücksichtigt. So wird die Kontrolllimite der anrechenbaren Stunden je nach Haushaltsgrösse in diesem Bereich unterschiedlich angesetzt. Grundsätzlich basiert die Anerkennung des zeitlichen Umfangs von Assistenzleistungen nur auf „aktiven“ Zeiten, d.h. der für die Ausübung notwendigen Zeit.

⁴⁸ Mit Ausnahme des Bereichs „Präsenz“, bei dem – wie erwähnt – für eine Überwachung nachts eine Geldpauschale zur Anwendung kommt.

Üblicherweise wird davon ausgegangen, dass eine normale Qualifikation ausreicht. Ein erhöhter Entschädigungssatz (gemäss Stufe B) ist jedoch in den Assistenzbereichen „Pflege“ sowie „Bildung, Arbeit und Kinderbetreuung“⁴⁹ möglich. Hierüber entscheidet die zuständige IV-Stelle (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 2). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass für eine Überwachung ein weiterer Entschädigungssatz gilt, denn eine Überwachung tagsüber wird mit Fr. 20.- pro Stunde vergütet.

Das Assistenzbudget ergibt sich somit aus der Summe der zeitlichen Aufwendungen für Assistenzleistungen gemäss normaler Qualifikation multipliziert mit 30 Franken plus den zeitlichen Aufwendungen für Assistenzleistungen gemäss höherer Qualifikation multipliziert mit 45 Franken. Hinzu kommt die Zahl an Stunden Überwachung tagsüber multipliziert mit 20 Franken plus eine Pauschale von 50 Franken bei einer Überwachung nachts.

Das Assistenzbudget kennt eine Obergrenze (Höchstbetrag), die abgestuft nach dem Grad der Hilflosigkeit⁵⁰ festgelegt ist.⁵¹ Der Höchstbetrag der Entschädigung liegt grundsätzlich beim Andert-halb-fachen der Assistenzpauschale multipliziert mit der Anzahl Lebensverrichtungen, bei denen jemand auf Hilfe Dritter angewiesen ist (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005b, 9), zuzüglich der Kosten für Präsenz. Bei einer schweren Hilflosigkeit ergibt sich somit ein monatlicher Höchstbetrag von 12'600 Franken pro Monat (bzw. 420 Franken pro Tag).⁵² ⁵³ Dieser Höchstbetrag kann nicht überschritten werden.

Die Budgetberechnung kennt zusätzlich einen sogenannten Eingliederungszuschlag (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 9). Mit diesem Zuschlag ist beabsichtigt, die Erwerbstätigkeit von Betroffenen, deren Bildung oder gesellschaftliches Engagement zu fördern.⁵⁴ Es gilt, dass das Assistenzbudget bis zum 10fachen der Assistenzpauschale erhöht werden kann, um im Assistenzbereich „Bildung, Arbeit und Kinderbetreuung“ einen allfälligen, aufgrund der zeitlichen Kontrolllimiten nicht gedeckten Assistenzbedarf zu finanzieren. Der Höchstbetrag des Assistenzbudgets reduziert sich hingegen in jenen Fällen bis maximal 25%, wenn Budgetnehmende sich während des Tages in einer IV-finanzierten Einrichtung aufhalten.

Die Auszahlung der Assistenzgelder erfolgt auf ein Konto der Teilnehmenden. Diese Gelder stellen grundsätzlich – analog wie die HE – für die Bezüger/innen des Assistenzgeldes kein steuerpflichtiges Einkommen dar.⁵⁵

⁴⁹ Wobei für den Teilbereich „Kinderbetreuung“ keine erhöhte Qualifikation finanziert wird.

⁵⁰ Bemessen über die Zahl der Lebensverrichtungen, in denen eine Hilflosigkeit von der IV anerkannt ist.

⁵¹ Damit sind grundsätzlich zwei Arten von Limiten vorgesehen, einerseits in Bezug auf den anrechenbaren Assistenzbedarf pro Assistenzbereich, andererseits über die Gesamtsumme des Assistenzbudgets.

⁵² Gemäss folgender Berechnung: $6 \times 1.5 \times \text{Fr. } 900$ (für Assistenzleistungen) plus $30 \times \text{Fr. } 100$ (Überwachung tagsüber) plus $30 \times \text{Fr. } 50$ (Überwachung nachts).

⁵³ Da hier die Assistenzpauschale nicht eingerechnet ist, kann das Persönliche Budget bis 13'500 Franken (inkl. 900 Franken Assistenzpauschale) betragen.

⁵⁴ Der Zuschlag wird gewährt, wenn eine Person während mindestens 10 Stunden eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausübt, eine Aus- oder Weiterbildung besucht (die nicht von der IV finanziert ist) oder gemeinnützige Arbeit leistet (vgl. Bundesrat 2005, Art. 14).

⁵⁵ Allerdings ist die Entschädigung von Assistenz leistenden Personen von diesen Personen als Einkommen zu versteuern. Dies ist insbesondere bei der Entschädigung von im gleichen Haushalt lebenden Familienmitgliedern zu beachten.

Das Assistenzbudget (nicht jedoch die Assistenzpauschale) ist **einkommensabhängig** ausgestaltet. Grundsätzlich müssen Budgetnehmende 20% des Assistenzbudgets selbst tragen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005a, 9). Maximal darf dieser Eigenanteil 10% des über dem Freibetrag liegenden steuerbaren Einkommens⁵⁶ ausmachen. Der Eingliederungszuschlag ist hierbei von einer Kostenbeteiligung befreit.

Zur **Höhe der effektiv ausbezahlten Assistenzgelder** liegen Angaben aus der ersten Hälfte des Pilotversuchs (Mitte 2007) vor. Zusammengesetzt aus Assistenzpauschale und Assistenzbudget beträgt das durchschnittliche monatliche Persönliche Budget bei Teilnehmenden mit leichter Hilflosigkeit 1313 Franken. Bei einer Hilflosigkeit mittelschweren Grades beträgt der Betrag 3400 Franken und bei einer schweren Hilflosigkeit 7580 Franken (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007b, 10). Über alle Gruppen hinweg resultiert – per Ende Juni 2007 – ein durchschnittliches Assistenzgeld von 4436 Franken (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007b, 10). Fast die Hälfte (42%) der Teilnehmenden leistet eine Kostenbeteiligung, wobei sich der Eigenanteil im Mittel auf 231 Franken pro Monat beziffert (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007b, 10).

Einschränkungen in der Verwendung der Assistenzgelder sind nicht vorgesehen: Im Rahmen des Pilotversuchs können Assistenzleistungen von Angehörigen, von Selbstständigerwerbenden oder auch von Organisationen finanziert werden. Bezüglich der Leistungen von Organisationen ist einschränkend jedoch zu vermerken, dass Leistungen der Spitex sowie auch der Tagesaufenthalt in IV-finanzierten Einrichtungen nicht über das Assistenzbudget finanziert werden können⁵⁷ und ansonsten bei durch die IV subventionierten Diensten (z.B. Ferienlager) die Vollkosten verrechnet werden müssen. Falls Familienangehörige die Assistenzleistungen übernehmen, gelten besondere Obergrenzen bei der Rechnungsstellung bzw. in der Rechenschaft gegenüber der IV: pro Familie sind max. 5100.- Franken inkl. Lohnnebenkosten pro Monat anrechenbar (abzüglich 360.- Franken pro 10% anderweitiger Erwerbstätigkeit).

Das Assistenzbudget ist grundsätzlich für sogenannte direkte Assistenzkosten reserviert. Darunter fallen Lohnkosten für Assistenten und Assistentinnen, Lohnnebenkosten sowie Rechnungen aus der Inanspruchnahme von Dienstleistungen. Die Assistenzpauschale kann hingegen auch für indirekte Assistenzkosten wie etwa Spesen verwendet werden.

Wie Rechenschaft über die Verwendung der Assistenzgelder erfolgen soll, ist im Pilotversuch nur wenig reglementiert und nur beim Assistenzbudget – nicht jedoch bei der Assistenzpauschale – vorgesehen. Die Budgetnehmende sind aufgefordert, monatlich bei der zuständigen IV-Stelle jene Summe zu deklarieren, für die sie Assistenzleistungen nachweisbar bezahlt haben.⁵⁸ Die effektiven

⁵⁶ Für Alleinstehende beträgt der Freibetrag beim steuerbaren Einkommen Fr. 30'000, bei Verheirateten Fr. 40'000. Der Betrag erhöht sich pro unterstütztem Kind um Fr. 3000. Bei Minderjährigen ist das steuerbare Einkommen der Eltern wegweisend.

⁵⁷ Nach einem Jahr Laufzeit zeigt sich, dass knapp jede sechste teilnehmende Person Leistungen der Spitex bezieht und 29% der Teilnehmenden sich in einer Tagesbetreuung befinden (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007a, 3).

⁵⁸ Zusätzlich sind Änderungen der Haushaltszusammensetzung, des Einkommens, der integrierten Tätigkeit und auch Aufenthalte in Einrichtungen zu deklarieren, die – wie erwähnt – Auswirkungen auf den Höchstbetrag des Assistenzbudgets zur Folge haben.

Belege sind nicht einzureichen, müssen jedoch auf Verlangen vorgewiesen werden können. Mit dieser Deklaration wird die Zahlung für einen weiteren Monat ausgelöst. Die **Kontrolle** beschränkt sich damit grundsätzlich auf die Summe des ausbezahlten Assistenzbudgets, während keine Prüfung vorgesehen ist, wie weit in den einzelnen Assistenzbereichen die Bedarfsabklärung mit den effektiv in Anspruch genommenen Assistenzleistungen übereinstimmt. Falls Budgetnehmende nicht das ganze Assistenzbudget benötigt haben, erfolgt eine Kürzung des Assistenzgeldes, sofern die nichtverwendete Summe höher als das monatlich ausbezahlte Assistenzbudget ist (vgl. Rechnungsformular Assistenzbudget, http://www.assistenzbudget.ch/images/Doc/rechnungsformular_ab.doc).

Bezüglich der **Qualitätssicherung** sind im Rahmen des Pilotversuchs keine besonderen Massnahmen vorgesehen, die über die Unterstützung der Budgetnehmenden hinausreichen. So bestehen etwa keine Anforderungen an Assistenten und Assistentinnen bezüglich Ausbildung.

Vielfältige **Unterstützungsleistungen** sollen hingegen gewährleisten, dass Personen mit einer Behinderung eigenverantwortlich mit dem zur Verfügung gestellten Persönlichen Budget umgehen können (vgl. Fachstelle Assistenz Schweiz (FAssiS) 2005b). Mit der Umsetzung der notwendigen Unterstützung ist die SAssiS beauftragt. Betroffene können sich an deren Geschäftsstelle, an einen der Regionalen Stützpunkte oder auch an eine IV-Stelle wenden. Eine erste Befragung der Teilnehmenden zeigt, dass rund 60% der angemeldeten Personen eine Information oder Beratung bei einem Regionalen Stützpunkt oder der Geschäftsstelle von SAssiS in Anspruch genommen haben (vgl. Nydegger Lory & Eberhard 2006, 282).

Das Unterstützungsangebot umfasst fünf Leistungen (vgl. Fachstelle Assistenz Schweiz (FAssiS) 2005b, 2):

- Telefonische Kurzberatung/Triage
- Schriftliche Bearbeitung von Anfragen (Post/Mail)
- Vernetzung der Teilnehmenden (Datenbank, Unterstützungsangebote, Selbsthilfegruppen)
- Coaching bei Heimaustritt und -rückkehr
- Informationsmaterialien

Die Unterstützungsleistungen sind darauf ausgerichtet, Betroffene in der Ausübung der Rolle als Arbeitgeber/innen zu fördern. Das Arbeitgebermodell ist das Referenzmodell, auf das sich insbesondere vielfältige Informationsmaterialien und Hilfen beziehen. Aber auch die Vernetzung der Teilnehmenden ist eine zentrale Aufgabe, um Unterstützungsstrukturen möglichst selbstorganisiert, d.h. aus der Koordination der Teilnehmenden untereinander, entwickeln zu lassen. Entsprechend werden keine stellvertretenden Leistungen – etwa durch die Bereitstellung von Persönlichen Assistenten/Assistentinnen, Übernahme von administrativen Aufgaben usw. – seitens der Projektträger angeboten. Hilfen wie z.B. eine Internetplattform für die Suche nach Assistenten/Assistentinnen sollen hingegen dazu beitragen, dass sich die Teilnehmenden untereinander koordinieren können.⁵⁹ Welche Unterstützungsstrukturen sich ausbilden werden, wird der weitere Verlauf des Pilotversuchs zeigen.

⁵⁹ Ferner stehen zahlreiche Vorlagen rund um die Aufgaben im Arbeitgebermodell (Arbeitsverträge, Lohnabrechnungen etc.) zur Verfügung.

Die Nutzung von Unterstützungsleistungen wird nicht direkt über einen Geldbetrag finanziert, den die Budgetnehmenden hierfür einsetzen können.⁶⁰ Jedoch bietet die Assistenzpauschale, über welche keine Rechenschaft abzulegen ist, eine Grundlage, um allfällige Kosten, die durch die Inanspruchnahme von Unterstützung entstehen, decken zu können.

4.1.4. Inanspruchnahme

Über die Teilnahme von Personen mit einer Behinderung, die zu den Bezüger/innen einer HE gehören, liegen erste Angaben vor. Per Ende Juni 2007 ist die Anmeldefrist abgelaufen und die Zahl der Teilnehmenden beläuft sich auf 221 Personen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007b). Weitere 35 Personen haben sich definitiv angemeldet, deren Anträge sind jedoch noch in Bearbeitung. Von den 221 Teilnehmenden entfallen 60% auf die drei Pilotkantone Basel-Stadt (16 Personen), St.Gallen (50) und Wallis (67), während 40% bzw. 88 Personen aus der übrigen Schweiz stammen. Insgesamt liegt die Zahl der Teilnehmenden unter der Zahl von 400 Personen, die aufgrund einer vorgängig durchgeführten Umfrage unter potenziell interessierten HE-Bezüger/innen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2005d) erwartet worden ist. Bei rund 5000 HE-Bezüger/innen der IV (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007b, 6) in den drei Pilotkantonen nehmen rund 2.6% von ihnen am Versuch teil.

Die **Zusammensetzung der Teilnehmenden** per Ende Juni 2007 zeigt zunächst, dass eine Mehrzahl der 133 Teilnehmenden aus den Pilotkantonen Erwachsene sind (74%) und eine selbstständige Wohnform aufweisen (90%). Die Zahl der Teilnehmenden, die eine stationäre Unterbringung zugunsten der Teilnahme aufgegeben haben, beträgt 11 Personen und ist damit erheblich geringer, als aufgrund des Interesses am Pilotversuch zu erwarten war (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007b, 2). Nach Hilflosigkeit unterschieden sind insbesondere Personen mit einer schweren Hilflosigkeit dominant (41%), während Personen mit einem mittelschweren Hilflosigkeitsgrad 37% und jene mit einem leichten Hilflosigkeitsgrad 23% ausmachen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007b). Nur in Bezug auf die drei Pilotkantone und im Vergleich zur Zusammensetzung des HE-Bezugskreises dort ist festzustellen, dass Personen mit einer schweren Hilflosigkeit deutlich, jene mit einer leichten Hilflosigkeit untervertreten sind. Zudem ist der Anteil Minderjähriger leicht erhöht (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007b, 7).

Bezüglich der Behinderungsart stellen Menschen mit einer Körperbehinderung in den drei Pilotkantonen über die Hälfte der 33 teilnehmenden Personen (57%). Kleinere Segmente bilden hingegen Personen mit einer geistigen Behinderung (22%), mit einer Sinnesbehinderung (9%) oder psychischen Behinderung (13%) (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007b). Gegenüber der Zusammensetzung der HE-Bezüger/innen ist dies ein annäherndes Abbild, wenngleich Menschen mit einer Körperbehinderung leicht übervertreten sind (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2007b, 7).

⁶⁰ Wenn eine Person jedoch behinderungsbedingt nicht in der Lage ist, ihre Hilfeleistungen selber zu organisieren, kann ein Betrag für Unterstützungsleistungen zugesprochen werden. Bis zu 75 Franken pro Monat kann hierfür für externe Dienstleistungen (z.B. Treuhandbüro) abgerechnet werden

4.2. Der Pilotversuch im Ländervergleich

In diesem Abschnitt wird der Pilotversuch Assistenzbudget Schweiz mit den ausländischen Assistenzmodellen verglichen, wie sie in Kapitel 3 vorgestellt worden sind (in Schweden, Grossbritannien, den Niederlanden, Deutschland und Österreich). Dieser Vergleich konzentriert sich darauf, Besonderheiten des Pilotversuchs zu benennen sowie Gemeinsamkeiten mit anderen Modellen hervorzuheben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die ausländischen Modelle je wieder ganz unterschiedlich ausgestaltet sind. Der Vergleich orientiert sich an den Untersuchungsdimensionen, wie sie zur Beschreibung der Assistenzmodelle in der Schweiz und im Ausland Anwendung fanden. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die einzelnen thematischen Vergleiche stichwortartig in Tabellen festgehalten.

4.2.1. Konzeption

Bereits einleitend wurde der Begriff Assistenzmodell mit der Zielsetzung in Verbindung gebracht, Personen mit einer Behinderung mehr Wahlmöglichkeiten und Entscheidungskontrolle in der Erstellung von Hilfeleistungen zu ermöglichen (siehe Abschnitt 2.2). Diese sozialpolitische Zielsetzung ist in allen Modellen implizit oder explizit genannt. In sämtlichen untersuchten Ländern wie auch in der Schweiz sind Betroffene selbst ebenso wie deren Interessenvertretungen bei der Initiierung entsprechender gesetzlicher Regelungen für ein Assistenzmodell beteiligt. Bis heute ist – mit Ausnahme von Grossbritannien und Deutschland (Rechtsanspruch auf 2008 beschlossen) – überall ein Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget umgesetzt (siehe Tabelle 21).

Schweden und die Niederlande nehmen bezüglich der Einführung eines Persönlichen Budgets eine Vorreiterrolle ein und kennen bereits vor Mitte der 1990er Jahre auf nationaler Ebene ein Assistenzmodell. Auch das Bundespflegegeld in Österreich hat bereits eine lange Tradition (Einführung 1993) und damit früh mit Direktzahlungen an Betroffene einen verhältnismässig neuen Weg in der Pflegefinanzierung eingeleitet. Es ist zugleich auch ein Beispiel dafür, dass mit dem Assistenzmodell auch ein Weg in der Pflegefinanzierung bei älteren Personen (rund 80% der Pflegegeldbezüger/innen sind älter als 60 Jahre, siehe Abschnitt 3.5.4) beschritten werden kann.

Bezüglich der **Zielgruppe** und deren altersmässigem Zuschnitt ist der Pilotversuch in der Schweiz vor allem mit dem Assistenzmodell in Schweden vergleichbar. Auch das Persönliche Budget in Schweden richtet sich an Personen im Alter bis 65 Jahre, entsprechend ist die Pflegeproblematik im Alter auch hier über andere Sicherungssysteme abgesichert. In den übrigen untersuchten Ländern können Personen, die in der Schweiz bereits jenseits des zu IV-Leistungen berechtigenden Alters liegen, noch zum Kreis der Anspruchsberechtigten zählen. Wie das Beispiel des Pflegegeldes in Österreich zeigt, ist der Einbezug der Pflegebedürftigkeit im Alter folgenreich für die Zusammensetzung der Nutzer/innen wie auch für die Kosten eines Modells. Letzteres ist insofern zu betonen, als angesichts der demographischen Entwicklung die Frage der Kosten bei älteren Personen erheblich an sozialpolitischer Bedeutung gewinnen wird, während bei Personen mit einer Behinderung (im erwerbsfähigen Alter oder jünger) deren Selbstbestimmung und Wahlfreiheit grösseres Gewicht haben.

Der Einbezug von Kindern und Jugendlichen in den Pilotversuch entspricht – mit Ausnahme von Grossbritannien – den Regelungen in allen Assistenzmodellen. Die Grenze von 16 Jahren bei „Di-

rect Payments“ in Grossbritannien ist insofern zu relativieren, als Eltern von Kindern mit einer Behinderung ebenfalls zum Kreis der Nutzer/innen gehören können. Der Einbezug von Kindern und Jugendlichen bedeutet allerdings, dass die Problematik der Vertragsfähigkeit zu lösen ist. Kinder und Jugendliche haben zwar einen individuellen Hilfeanspruch, sie können vertraglich aber nicht als Arbeitgeber/innen auftreten; folglich nehmen andere Personen (z. B. die Eltern) gewisse Aufgaben anwaltschaftlich wahr (vgl. Baumgartner 2002b, 102; vgl. auch „brokerage model“ bei Dowson 1995).

Alle untersuchten Assistenzmodelle öffnen den Zugang für alle Behinderungsarten. Dies ist keineswegs selbstverständlich, denn in einigen Ländern erfolgte erst sukzessive die Erweiterung auf verschiedene Behinderungsarten. Der Ausschluss von einzelnen Behinderungsformen war zum einen gesetzlich normiert (z.B. Niederlande), zum andern durch den Vollzug bedingt (z.B. Menschen mit Lernschwierigkeiten in Grossbritannien, vgl. Bright & Drake 1999). Es manifestiert sich, dass Assistenzmodelle im Hinblick auf die Kompetenzen der Teilnehmenden voraussetzungsvoll sind (vgl. Wacker et al. 2005, 105), wenn diese wichtige Aufgaben in der Erstellung von Hilfeleistungen und als mögliche Arbeitgeber/innen übernehmen (vgl. Baumgartner 2002b, 77f.; Flanagan & Green 1997). Der Ausschluss einzelner Personenkreise (etwa Personen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Lernbehinderung) ist ein Weg, diese personalen Kompetenzen bei den Teilnehmenden sicherzustellen. Mit dem Konzept der „ability“ hat Grossbritannien in der Vergangenheit verstärkt einen individualisierten Weg eingeschlagen, um die Eignung von Personen in Bezug auf Budgets zu prüfen. Diese mussten „willing und able“ sein, ein Persönliches Budget zu führen bzw. auf ausreichende Unterstützung durch Dritte zählen können (vgl. Spandler & Vick 2006), um in den Genuss von Direktzahlungen zu kommen. In dem Masse, wie diese Hürde in der jüngsten Zeit abgeschwächt worden ist, sind die Anforderungen gestiegen, dass Personen, welche die personalen Kompetenzen zur Steuerung Persönlicher Budgets nicht oder nur eingeschränkt besitzen, in ihrer Aufgabe zu unterstützen (oder auch dafür zu schulen) (vgl. Spandler & Vick 2006, 113; Urban 2006; Bewley & McCulloch 2004). Mögliche Beispiele sind das Konzept „Vize-Boss“ in Schweden (siehe Abschnitt 3.1.3) oder auch die Unterstützungen in Deutschland, die Personen mit einer psychischen oder geistigen Behinderung zukommen (siehe Abschnitt 3.4.4).

Eine weitere Eingrenzung der Zielgruppe nimmt der Pilotversuch in der Schweiz vor, indem nur Bezüger/innen einer HE vom Assistenzbudget profitieren können. Zum einen bedeutet dies die Verknüpfung mit dem Bezug einer Leistung aus einer Sozialversicherung als Anspruchsvoraussetzung. Diese Bedingung ist auch in Österreich festzustellen, zumindest was den Bezug eines Pflegegeldes des Bundes betrifft (zusätzlich ein Pflegebedarf von mehr als 50 Stunden pro Monat). Zum andern ist damit kein Mindestbedarf an persönlicher Hilfe (wie in Österreich oder bezüglich Leistungen nach LASS in Schweden) als Voraussetzung eingeführt, der sich in Stunden ausdrücken liesse. HE-Bezüger/innen sind jedoch nur eine Teilgruppe der Personen mit einer Behinderung, die Hilfe Dritter bei der Alltagsbewältigung beanspruchen. Das Selektionskriterium wirkt damit eng und ist primär einem medizinischen Verständnis von „Behinderung“ verpflichtet. Denn es wird zwar auf die Ausübung von einzelnen alltagstätigen Lebensverrichtungen Bezug genommen (siehe Fussnote 46), zu deren Bewältigung regelmässig und erheblich Hilfeleistungen nötig sind, lässt aber mögliche Bedarfslagen (z.B. Haushaltsarbeiten) ausser Acht. Es ist daher davon auszugehen, dass im Schweizer Pilotversuch Personen vom Assistenzbudget ausgeschlossen sind, die etwa in Grossbritannien oder

den Niederlanden durchaus einen Hilfebedarf geltend machen können. Gleichwohl ist das Projekt Personen zugänglich, die weniger als die geforderten monatlichen 50 Stunden Pflegebedarf wie in Österreich aufweisen.

Das Assistenzbudget in der Schweiz ist derzeit als Modellversuch in einem begrenzten geographischen Raum implementiert. Dies gilt in den untersuchten Ländern derzeit auch für Modellversuche in einigen Regionen Deutschlands, die wissenschaftlich begleitet werden; während bundesweit eine Option auf das Persönliche Budget besteht, ist die nationale Einführung verbunden mit einer garantierten Anspruchsgrundlage hingegen erst für 2008 beschlossen. In den übrigen untersuchten Ländern⁶¹ ist die **Grundstruktur** der Assistenzmodelle so ausgestaltet, dass nationale Regelungen zum jeweiligen Modell bereits gesetzlich kodifiziert sind.

Die nationale Gesetzgebung schliesst jedoch nicht aus, dass die einzelnen Assistenzmodelle stark föderalistisch aufgebaut sein können. In Bezug auf die weiteren Staatsebenen (Länder und Gemeinden) sind ganz unterschiedliche **Vollzugsstrukturen** unter den untersuchten Assistenzmodellen erkennbar. Damit kann unterschieden werden, wie weit die weiteren Staatsebenen eigenständige Leistungssysteme bereitstellen oder wie weit sie in der Umsetzung der nationalen Modelle Spielräume ausfüllen können. Österreich kennt mit dem Pflegegeld der Länder auf untergeordneter Ebene nachgelagerte sowie weitere Leistungssysteme, die in Ergänzung zum nationalen Assistenzmodell konzipiert sind. In Schweden sind die Gemeinden insofern in die Finanzierung der Persönlichen Budgets eingebunden, als sie die Kosten bis zu 20 Stunden Assistenzleistungen tragen. Liegt der Bedarf unterhalb dieser Grenze, dann sind sie für die Ausgestaltung des Leistungssystems verantwortlich und können auch auf die Errichtung eines Pflegebudgets verzichten. In Deutschland ist die aktuelle Praxis dadurch charakterisiert, dass die einzelnen Länder für die laufenden Modellversuche verantwortlich zeichnen, sich parallel aber auch Einzellösungen etablieren.

⁶¹ In geringerem Umfang laufen ebenfalls in Österreich Pilotversuche zu „Assistenzbudgets“ (siehe Abschnitt 3.5.5).

Tabelle 21: Vergleich der Konzeption

Teildimensionen	Schweiz	Schweden	Grossbritannien	Niederlande	Deutschland	Österreich
	Pilotversuch Assistenzbudget	Persönliches Budget nach LSS / LASS	Direct Payments	Personengebundenes Budget	Persönliches Budget	Pflegegeld
Einführung	2006	1994	1997	1991	2001	1993
Gesetzliche Grundlagen - Rechtsanspruch	—	Rechtsanspruch seit 1994	Kein Rechtsanspruch	Rechtsanspruch seit 2003	Kein Rechtsanspruch (bis 2007) (Rechtsanspruch 2008 beschlossen)	Rechtsanspruch seit 1993
Zielgruppe - Alter	bis 64/65 Jahre	bis 65 Jahre	alle (ab 16 Jahre)	alle	Alle	alle
Zielgruppe - Behinderungsart	alle	alle	alle	alle	alle	alle
Zielgruppe – andere Kriterien	Bezug einer HE / Selbstständiges Wohnen	Bedarf höher als 20 Stunden pro Woche (bis 20 Stunden Kommunen)	—	Bedarf längerfristig (mehr als 3 Monate)	Anspruch nach SGB IX	Pflegebedarf von mehr als 50 Std. pro Monat / Bedarf längerfristig (mehr als 6 Monate)
Grundstruktur	Modellversuch in drei Pilotkantonen (teilweise ganze Schweiz)	Nationale Regelungen / Gemeinden in Finanzierung eingebunden	Nationale Regelungen / Umsetzung lokal	Nationale Regelungen	Modellversuche in versch. Bundesländern sowie Einzellösungen	Nationale Regelungen (Bundespflegegeld) / zusätzlich Landespflegegeld
Vollzugsstruktur	Bundesamt für Sozialversicherungen / Stiftung Assistenz IV-Stellen	Zentrale Sozialversicherung / Dezentrale Umsetzung	Regionen und lokalen Behörden zuständig	Regionale Versorgungsämter / Gemeinden	Vollzug in Ländern (Überörtliche Leistungsträger bzw. Landkreise und Kommunen)	Versicherungsagenturen
Abgrenzung	Existenzsicherung separat	Existenzsicherung separat	Existenzsicherung separat	Existenzsicherung separat	Sonderregelungen häusliche Pflege / Existenzsicherung separat	Existenzsicherung separat

In Grossbritannien ist das Assistenzmodell insofern stark föderalistisch geprägt, als die Direktzahlungen regional und lokal organisiert und realisiert werden müssen. Es existieren zwar nationale Regelungen, deren Ausgestaltung ist jedoch nach Region und Gemeinden sehr unterschiedlich und betrifft etwa die Höhe eines Budgets, die Assistenzbereiche oder die Vorschriften bezüglich des Verwendungsnachweises.

Der Pilotversuch Assistenzbudget weist hingegen keine föderalen Elemente auf, da in allen Regionen die gleichen Gesetzesgrundlagen zur Anwendung kommen. Damit liegt dieses Modell dem Personengebundenen Budget in den Niederlanden wohl am nächsten, denn auch dort beschränkt sich das föderale Element auf die Umsetzung der nationalen Regelungen in den einzelnen regionalen Versorgungsämtern bzw. Gemeinden. Die Einordnung in den Kontext einer Sozialversicherung (wie auch in Schweden gemäss LASS) scheint damit ein wichtiges Element zu sein, ein Modell landesweit einheitlich ausgestalten zu können und damit insbesondere den Aspekt der Rechtsgleichheit stark gewichten zu können (zu diesem Aspekt bezüglich der Abklärung des Assistenzbedarfs, siehe folgender Abschnitt 0).

In den Konzeptionen aller untersuchten Assistenzmodelle ist dahingehend eine **Abgrenzung** vorgesehen, dass Leistungen zur Existenzsicherung über andere Sicherungssysteme vorgesehen sind.⁶² Somit beschränken sich die Assistenzmodelle auf die Abgeltung behinderungsbedingter Mehrkosten bezüglich des Bedarfs an persönlicher Hilfe. Ergänzend ist jedoch anzufügen, dass es sich angesichts der Einkommensabhängigkeit der ausgerichteten Gelder in einzelnen Modellen (siehe Abschnitt 0) nicht um ein universelles Anrecht auf deren Vergütung handelt (vgl. Waterplas & Samoy 2005, 63).

4.2.2. *Abklärung des Assistenzbedarfs*

Die Abklärung des Assistenzbedarfs ist ein zentrales Element in der Ausgestaltung der einzelnen Modelle, das erhebliche Unterschiede aufweist (siehe Tabelle 22). Diese zeigen sich sowohl in einer prozeduralen – also auf das Verfahren bezogen – als auch in einer inhaltlichen Dimension.

Der Pilotversuch in der Schweiz sieht für Personen mit einer Behinderung eine wichtige Rolle im Abklärungsverfahren vor. Deren Selbstdeklaration bildet die Basis für die Klärung des Assistenzbedarfs, die von der zuständigen IV-Stelle auf Plausibilität und Kompatibilität mit festgelegten zeitlichen Kontrolllimiten überprüft wird. Den Mitsprachemöglichkeiten von Betroffenen, wie es von diesen bezüglich der Ausgestaltung des Verfahrens eingefordert wird (vgl. Waterplas & Samoy 2005, 63; O'Brien & O'Brien 1993), ist damit eine hohe Bedeutung eingeräumt. Damit ist zugleich eine Alternative zu einem Verfahren gesetzt, in dem vor allem aus professioneller Perspektive ein Hilfebedarf bemessen wird. Dieses Spannungsfeld zwischen Mitsprache und professioneller Beurteilung bezüglich der **Zuständigkeit** findet in den untersuchten Ländern einen unterschiedlichen Umgang, wobei kein Land ein mit dem Pilotversuch Schweiz identisches Verfahren einsetzt (wenngleich auch in Schweden die Selbstdeklaration der Betroffenen den Ausgangspunkt in der Bedarfsabklärung bildet, siehe Abschnitt 3.1.2).

⁶² In Grossbritannien ist das Verfahren mit der Gewährung von Sozialhilfe allenfalls kombiniert.

In den Ländern Grossbritannien und Schweden ist die Zuständigkeit lokal an Personen und Gremien in den Gemeinden delegiert. Es sind keine übergreifenden und verbindlichen Normen zur Bedarfsklärung in Kraft. Die Bedarfsabklärungsgespräche sind damit als relativ offen konzipiert, insofern die Betroffenen selbst ihren Standpunkt (auch in Form einer Selbstdeklaration) in eine Art Aushandlungsprozess einbringen können. In Schweden sind hierbei auch fachliche Gesichtspunkte (über Gemeindeschwestern) vertreten, während in Grossbritannien das Verfahren selbst an unabhängige Fachkommissionen bis hin zu einzelnen Sozialarbeitenden delegiert sein kann. In den weiteren Ländern – Niederlande, Deutschland und Österreich - sind die Abklärungen als formalisierte Verfahren konzipiert. In den Niederlanden ist eine Indikationsstelle als unabhängige Fachinstanz mit der Abklärung beauftragt, während Deutschland unterschiedliche Verfahren und Zuständigkeiten (Verwaltungsbehörde, Leistungsanbieter) kennt. Die Betroffenen sind in diesen Ländern im Verfahren beteiligt, aber ihre Einflussnahme ist stark begrenzt. In Österreich ist die Bemessung des Assistenzbedarfs vollständig professionalisiert konzipiert, wobei ein ärztliches Gutachten tragend ist. In allen untersuchten Ländern wie auch im Pilotversuch Assistenzbudget ist das Verfahren doppelt angelegt, denn der eigentlichen Bedarfsabklärung folgt eine formale Entscheidung durch eine Behörde oder einen Leistungsträger. Damit ist gleichsam in das Verfahren eingelassen, dass neben fachlichen Kriterien auch politisch-finanzielle Überlegungen berücksichtigt werden können (vgl. Kennedy 1993; Baumgartner 2002a, 103). In Grossbritannien ist dies besonders bedeutsam, da die lokalen Behörden in Abstimmung mit den verfügbaren finanziellen Mitteln Direct Payments gewähren oder verweigern können⁶³.

Diese aufgezeigten unterschiedlichen Handhabungen spiegeln sich auch in den **Normen** für die Bedarfsbemessung und deren Bedeutung für den Budgetgestaltungsprozess. Während Schweden und Grossbritannien keine verbindlichen Vorgaben kennen, mit welchen zeitlichen Umfängen einzelne Assistenzleistungen zu budgetieren sind, verfügt Österreich – konträr dazu – mit der Einstufungsverordnung beim Bundespflegegeld über detaillierte Pauschalisierungen (bezogen auf den zeitlichen Umfang für die Ausübung einzelner Assistenzleistungen), auf die nur bei erheblicher Abweichung vom effektiven Bedarf nicht zurückgegriffen wird. In den Niederlanden wie auch in Deutschland orientiert sich die Bemessung des Assistenzbedarfs generell an der individuellen Situation, während in wenigen Bereichen Zeitpauschalen vorgegeben sind (zu einzelnen Modellen, siehe Abschnitt 3.4.2). Es ist davon auszugehen, dass in allen Assistenzmodellen, in denen explizite zeitliche Pauschalen, Limiten oder Ober- und Untergrenzen fehlen, in der Abklärung des Assistenzbedarfs letztlich Erfahrungswerte sowie fachliche Gesichtspunkte ein stärkeres Gewicht erhalten.

Der Pilotversuch Assistenzbudget operiert mit zeitlichen Kontrolllimiten (bzw. einzelnen Pauschalen) bezüglich des zeitlichen Umfangs, den einzelne Assistenzleistungen benötigen. Dabei ist intendiert, sich auf Erfahrungswerte stützen zu können, die aber im Unterschied zu anderen Modellen schriftlich festgehalten sind. Damit ist ein Weg vorgezeichnet, der voraussichtlich eine Ausdifferenzierung der Bedarfsabklärung als administrativen Akt mit entsprechenden Überprüfungsaufgaben ermöglicht, den Betroffenen aber ebenso Mitbestimmung eröffnet und zugleich eine nachvollziehba-

⁶³ Der Substitutionsbetrag in den Niederlanden hat diese Funktion heute nicht mehr, er kann nur aufschiebende Wirkung entfalten (Wartelisten), da aufgrund des Rechtsanspruchs Leistungen zu gewähren sind.

re Begrenzung prinzipiell unbegrenzter individueller Ansprüche erlaubt (vgl. Baumgartner 2002a, 320ff.). Diese Kombination scheint einzigartig zu sein, da ansonsten die Lösungen zwischen relativ strikten Schematismen (Österreich⁶⁴) und der weitgehenden Delegation der Entscheidungen an fachliche Gremien (Niederlande) vorherrschen. Letzteres eröffnet zwar Möglichkeiten der Mitbestimmung der Antragstellenden, die Verlagerung von Entscheidungsprämissen auf die Ebene der Anspruchsprüfung und in die Hände von Fachpersonen birgt zugleich die Gefahr, unterschiedliche Praktiken und die Ausblendung bestimmter Anliegen von Betroffenen zu begünstigen.

Ein wesentlicher Ansatzpunkt für die Limitierung der individuellen Ansprüche ist die Begrenzung der **Assistenzbereiche**, also der Leistungsbereiche im Rahmen eines Assistenzmodells. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Hilfe immer einen doppelten Bezugspunkt aufweist: Sie steht nicht nur für einen unmittelbaren Ausgleich eines – wie immer gearteten – Hilfebedarfs. Die gesellschaftliche Form der Organisation von Hilfe beeinflusst auch die Teilhabechancen in Feldern der Gesellschaft, indem Hilfeleistungen beispielsweise den Zugang zum Arbeitsmarkt oder zu sozialen Kontakten erst ermöglichen (vgl. Baumgartner 2002a, 47). Welche Assistenzbereiche in den untersuchten Ländern im Rahmen der jeweiligen Assistenzmodelle anerkannt sind und wie weit sie über die im Pilotversuch Assistenzbudget vorgesehenen Bereiche hinausreichen, ist schwierig zu beantworten. Denn die Bereiche sind teilweise gar nicht oder nur teilweise definiert oder bedienen sich anderer Kategorien. Gleichwohl verdeutlicht der Vergleich, dass mit Ausnahme des Pflegegeldes in Österreich die Assistenzbereiche in allen untersuchten Ländern über die typischen Assistenzbereiche Pflege und Haushalt hinausreichen.⁶⁵ Wie weit das Spektrum reicht, ist in Schweden und Grossbritannien weitgehend erst in der Abklärung des Assistenzbedarfs zu konkretisieren. In den Niederlanden ist das Leistungsspektrum vor allem durch die beiden Assistenzbereiche „unterstützende Begleitung“ und „aktivierende Begleitung“ geöffnet, die auch die Förderung bzw. den Erhalt gesellschaftlicher Teilhabe beinhalten. In Deutschland bildet die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einen expliziten Rahmen bei der Definition der Assistenzbereiche.⁶⁶ Leistungsbereiche wie Freizeit, soziale Beziehungen oder Ausbildung und Arbeit sind hier aufgeführt und legen nahe, von weitgehenden Parallelen zum Pilotversuch in der Schweiz auszugehen.

⁶⁴ Das ärztliche Gutachten klärt hierbei ab, ob eine Leistung notwendig ist oder nicht, während die Zuordnung eines zeitlichen Umfangs zu einer Leistung gemäss Einstufungsverordnung über Pauschalen erfolgt.

⁶⁵ In Österreich sind eingeschränkt auch Mobilitätshilfen vorgesehen.

⁶⁶ Wenngleich in Erinnerung zu rufen ist, dass die Assistenzbereiche unterschiedlich geregelt sind (siehe Abschnitt 3.4.2).

Tabelle 22: Vergleich der Abklärung des Assistenzbedarfs

Teildimensionen	Schweiz	Schweden	Grossbritannien	Niederlande	Deutschland	Österreich
	Pilotversuch Assistenzbudget	Persönliches Budget nach LSS / LASS	Direct Payments	Personengebundenes Budget	Persönliches Budget	Pflegegeld
Zuständigkeit	Selbstdeklaration / Prüfung und Entscheidung IV-Stelle	Selbsteinschätzung / Abklärung „Gemeindegeschwester“	Assessment in Gemeinde / Entscheidung durch lokale Behörde	Abklärung durch Zentrum für Indikation (ev. mit Experten /innen-Team) / Entscheidung bei Versorgungsamt	z.T. unterschiedlich / i.d.R. Sozialhilfebörde	Ärztliches Gutachten / Entscheidung durch Leistungsträger
Assistenzbereiche	<ul style="list-style-type: none"> • Alltägliche Lebensverrichtungen • Haushaltsführung • Gesellschaftliche - Teilhabe und Freizeitgestaltung • Pflege • Bildung, Arbeit und Kinderbetreuung • Präsenz <p>Kein stationäres Wohnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfen, die für Lebensführung im Alltag notwendig sind <p>Gemäss LSS (u.a.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information und Beratung • Persönliche Assistenz • Begleitdienste • Kontaktpersonen • Kurzzeitpflege • Ablösedienste zu Hause • Kurzzeitbesuche ausserhalb des Hauses <p>Kein stationäres Wohnen</p>	<p>alle Arten von Assistenzleistungen / Aus handlung mit lokalen Behörden</p> <p>Kein stationäres Wohnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe bei der Haushaltsführung • Persönliche Versorgung • Krankenpflege • Unterstützende Begleitung • Aktivierende Begleitung <p>(Kein stationäres Wohnen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation und Orientierung • Individuelle Basisversorgung, Selbstsorge • Alltägliche Lebensführung, Wohnen • Soziale Beziehungen • Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung • Mobilität • Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben, Freizeit • Gesundheitsvorsorge, -förderung • Emotionale und psychische Entwicklung <p>Kein stationäres Wohnen (mi Ausnahmen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung: Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen (z.B. An- und Auskleiden, Körperpflege • Zubereitung von Mahlzeiten) • Hilfe: z.B. Reinigung der Wohnung, Wäsche, Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (z.B. Begleitung bei Amtswegen oder Arztbesuchen) <p>Kein stationäres Wohnen</p>
Normen	zeitliche Kontrolllimiten für Leistungen	Keine verbindliche Normen	Keine verbindliche Normen	Effektiver Bedarf / Zuteilung zu Klassen	individuell festgelegt / in einzelnen Bereichen Pauschalen	Zeitliche Pauschalen für Leistungen

In der Regel wird in den untersuchten Ländern eine stationäre Unterbringung nicht über das Assistenzmodell finanziert. Die Niederlande und Deutschland kennen jedoch Ausnahmen. In Österreich trägt das Pflegegeld bei einem stationären Aufenthalt in einem Heim zur Finanzierung der Heimkosten bei, indem der Grossteil direkt an den entsprechenden Leistungsträger überwiesen wird. Nur bei Heimplätzen, die vollständig von Betroffenen zu finanzieren sind, wird das Pflegegeld weiterhin direkt ausgerichtet. Insgesamt dominiert insgesamt eine Regelung, die – wie beim Pilotversuch Assistenzbudget – die Finanzierung von stationären Aufenthalten ausschliesst.

4.2.3. Leistungen

Die ausgerichteten Leistungen in den einzelnen Assistenzmodellen können danach verglichen werden, wie sich das Persönliche Budget berechnet (siehe Tabelle 23). Der Pilotversuch Assistenzbudget operiert in der **Berechnung** mit abgestuften Stundenansätzen, die in der Mehrzahl der Assistenzbereiche zur Anwendung kommen und mit dem Umfang der Assistenzleistungen multipliziert werden. Abstufungen in der Entschädigung je nach Art der Assistenzleistung (bzw. Assistenzbereich) finden auch in Deutschland, in den Niederlanden und in Österreich Anwendung. Die effektiven Stundenansätze variieren jedoch erheblich, soweit sie dokumentiert und berechenbar sind. In Grossbritannien ist die Festlegung der Stundenansätze, die für die Bemessung der Direct Payments zugrunde gelegt werden, den lokalen Behörden überlassen. Es resultieren faktisch Stundenansätze, die je nach Land, Zeitpunkt der Leistung (tagsüber, nachts, Wochenende, Feiertage) sowie Gruppe der Nutzer/innen variieren. Die effektive Variation ist zwar nicht dokumentiert, doch ist davon auszugehen, dass in England die durchschnittlichen Stundenansätze bei 8.5 bis 10.5 Pfund bzw. 13 bis 16 Euro liegen. Durch die Pauschalisierung des Persönlichen Budgets resultieren vor allem in den Niederlanden je nach Unterstützungsklasse unterschiedliche Stundenansätze, die von 9 bis 70 Euro reichen können (siehe Abschnitt 3.2.3). Die Abstufungen der Stundenansätze im Pilotversuch Assistenzbudget, die um den Faktor 2.5 variieren, sind etwa analog wie beim Pflegegeld in Österreich gewählt. Grösser ist die Variation in Deutschland und erheblich geringer in Schweden, wo von einem pauschalen Stundenansatz nur in Ausnahmefällen und mit einer Erhöhung von maximal 12% abgewichen wird.

Wird die absolute Höhe der Stundenansätze untersucht, so liegen die umgerechneten Stundenansätze⁶⁷ von 12.5, 19 und 28 Euro, die im Pilotversuch Assistenzbudget berechnet werden, nicht über den Entschädigungen in Deutschland, Schweden oder in den Niederlanden. Gegenüber der Praxis in Grossbritannien sind diese Tarife sicher höher und eine deutliche Abweichung ist zu Österreich erkennbar, das mit Entschädigungsansätzen von weniger als 5 Euro pro Stunde kalkuliert.

In der Summe resultieren auch Unterschiede bei der **durchschnittlichen Höhe des Persönlichen Budgets**, die jedoch nicht nur von den Stundenansätzen, sondern auch von allfälligen Begrenzungen des Budgets wie auch der Zusammensetzung der Budgetnehmenden abhängig ist. Werden nur die effektiv ausbezahlten Beträge zur Grundlage genommen, dann erhalten die Teilnehmenden des Pilotversuchs Assistenzbudget mit durchschnittlich 4436 Franken bzw. ca. 2770 Euro⁶⁷ Assistenzgeld

⁶⁷ Auf Basis der Umrechnungsformel: 1 Franken = 0.625 Euro.

pro Monat deutlich mehr als Budgetnehmende in den Niederlanden oder in Deutschland. Das Assistenzgeld dürfte auch höher als in Grossbritannien liegen, für das nur länderspezifische Daten angeführt werden können. Für Schottland lag der (geschätzte) durchschnittliche monatliche Betrag, der als Direct Payments an Betroffene ausbezahlt wurde, bei 817 Pfund bzw. 1270 Euro. Wenig erstaunlich ist die massive Differenz zum Pflegegeld in Österreich, das im Mittel mit monatlich 400 Euro nur einen Zuschuss zur Deckung von Assistenzleistungen ausrichtet. Die durchschnittlichen Beträge für ein Persönliches Budget bewegen sich in Schweden Schätzungen gemäss deutlich höher als im Pilotversuch und in den übrigen Ländern. Pro Monat dürfte die durchschnittliche Budgethöhe bei 9000 Euro liegen. Dieser überdurchschnittlich hohe Betrag resultiert aus der Zusammensetzung der Budgetnehmenden, die im Mittel einen Assistenzbedarf von fast 100 Stunden pro Woche (per 2004) aufweisen.

Die Höhe des Persönlichen Budgets im Pilotversuch ist durch (abgestufte) Höchstbeträge limitiert. Eine solche **Obergrenze** bei der Budgetkalkulation ist explizit auch in den Niederlanden und in Österreich in Kraft, während in Deutschland und in Grossbritannien das Assistenzgeld nicht höher als die Kosten für vergleichbare Sachleistungen ausfallen darf. In diesem Sinn weist unter den untersuchten Ländern nur Schweden keine (irgendwie geartete) Limitierung des Persönlichen Budgets auf. Schweden kennt – neben Österreich – auch als einziges Land keine **Einkommensabhängigkeit** bei der Ermittlung des Persönlichen Budgets. Eine Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse, wie sie im Pilotversuch Assistenzbudget vorgesehen ist, ist somit auch in den Assistenzmodellen in den Niederlanden, in Deutschland und in Grossbritannien anzutreffen. In diesen Ländern wird in Abhängigkeit vom Einkommen ein Eigenanteil berechnet, wobei dieser – analog zur Schweiz – durch Freibeträge beim Einkommen (z.B. in Deutschland) auch wegfallen kann.

Die Verwendung der ausbezahlten Gelder ist im Pilotversuch Assistenzbudget grundsätzlich frei. **Einschränkungen in der Verwendung** bestehen bei der Inanspruchnahme von institutionellen Leistungen, die nicht über das Persönliche Budget bezahlt werden können. Insbesondere Angehörige dürfen – innerhalb eines definierten finanziellen Spielraums – aus den erhaltenen Geldern entschädigt werden. In allen untersuchten Assistenzmodellen - ausser in Grossbritannien, wo dies nur in Ausnahmefällen zulässig ist – gilt diese Regelung ebenfalls. In Schweden ist allerdings die Auflage zu erfüllen, dass Angehörige nicht direkt von Budgetnehmenden vertraglich verpflichtet werden dürfen, sondern diese einen Arbeitsvertrag bei einer Organisation (z.B. Assistenzgenossenschaft) abschliessen müssen. Das personelle Angebot zur Realisierung eines Arbeitgebermodells schliesst folglich dennoch Angehörige mit ein.

Der Rückgriff auf Persönliche Assistenten und Assistentinnen ist jedoch in keinem Modell die einzige Möglichkeit, den eigenen Assistenzbedarf zu decken. Analog wie der Pilotversuch in der Schweiz ist in den verschiedenen Assistenzmodellen der Zugang auch zu Angeboten von Organisationen geöffnet, die sich auf einem Pflegemarkt, primär bei ambulanten Dienstleistungen, bewegen. Dies gilt in Schweden, in den Niederlanden, in Grossbritannien ebenso wie in Deutschland und Österreich. In einzelnen Ländern ist jedoch die Inanspruchnahme (einzelner) staatlicher bzw. staatlich finanzierter Angebote über Persönliche Budgets eingeschränkt. So können etwa in Schweden Tagesbeschäftigungen oder Dienste in Wohnungen mit Unterstützungsservice nicht direkt über Gelder aus

einem Persönlichen Budget finanziert werden. In Grossbritannien besteht die Möglichkeit, Direktzahlungen sowie die Inanspruchnahme von Dienstleistungen zu kombinieren.

In allen Modellen ist jedoch eine Begrenzung in Bezug auf stationäres Wohnen in Kraft, da ein Persönliches Budget und eine stationäre Unterbringung als sich ausschliessende Alternativen behandelt werden.⁶⁸ In den Niederlanden sind zumindest kurze stationäre Aufenthalte (z.B. an Wochenenden oder für Ferien) bei laufendem Bezug eines Persönlichen Budgets möglich. In Österreich wird das Pflegegeld nur dann weiter direkt an die Empfänger/innen ausbezahlt, wenn ein Heimaufenthalt vollständig individuell finanziert wird.

Bei der Wahl von Persönlichen Assistenten und Assistentinnen sind die Budgetnehmenden in keinem der untersuchten Länder an Auflagen bezüglich der Qualifikation der Helfer/innen gebunden. Auch wenn – wie erwähnt – einige Modelle mit abgestuften Entschädigungssätzen operieren und damit auch unterschiedliche Voraussetzungen zur Ausführung von Assistenzleistungen (Qualifikation) berücksichtigen (oder zwischen professionellen Leistungen und Leistungen nach Arbeitgebermodell unterscheiden, zu Deutschland siehe Abschnitt 3.4.3), ergeben sich hieraus keine Einschränkungen. Durchwegs ist damit das Prinzip umgesetzt, dass die **Qualitätssicherung** in der Versorgung mit Hilfeleistungen den Betroffenen selbst überlassen ist. Spezifische Massnahmen sind allenfalls in Österreich auszumachen, wo Pflegegeldbeziehende Hausbesuche durch Pflegepersonal erhalten. In den übrigen Modellen und Ländern sind Qualitätsstandards oder -auflagen primär für institutionelle Angebote in Kraft.

⁶⁸ In Deutschland werden Budgets in Ausnahmefällen auch an Personen in stationären Einrichtungen ausgerichtet. Es besteht dort mit dem Projekt „PerLe“ ein Modellversuch, der Direktzahlungen im Kontext einer stationären Wohneinrichtung erprobt (vgl. Schäfers et al. 2007; Schäfers, Wacker & Wansing 2004; Wansing, Hölscher & Wacker 2004).

Tabelle 23: Vergleich der Leistungen

Teildimensionen	Schweiz	Schweden	Grossbritannien	Niederlande	Deutschland	Österreich
	Pilotversuch Assistenzbudget	Persönliches Budget nach LSS / LASS	Direct Payments	Personengebundenes Budget	Persönliches Budget	Pflegegeld
Berechnung des Persönlichen Budgets	Stundenpauschalen (Fr. 30 / Fr. 45 / Fr. 20) (12.5 / 19 / 28 €)	pauschaler Stundenansatz von 24 € (2006) (in Ausnahmen bis 12% höher)	Aushandlung mit lokalen Behörden (England: durchschnittlich 13 bis 16 €)	Tarife je Assistenzbereich und Bedarfsklasse (entspricht Stundenansatz von 9 - 70 €)	Stundenpauschalen / 30 - 50 € / 13 - 20 € / 7 - 26 €	nach Hilfebedarf (Stunden) Zuordnung zu 7 Pflegestufen (entspricht Stundenansatz von 2 - 4.75 €)
Einkommensabhängigkeit	ja	nein	ja	ja	ja	nein
Durchschnittliche Höhe des Budgets	4436 Fr. pro Monat (2007) (ca. 2770 €)	ca. 9000 € pro Monat (2004)	keine nat. Angaben (Schottland 2006: 1270 € pro Monat)	ca. 1080 € pro Monat (2005)	1652 € pro Monat (2006)	ca. 400 € pro Monat (2005)
Obergrenze Budget	ja (bis 420 Fr. / Tag)	nein	nein / Kostenneutralität im Vergleich zu Sachleistungen	Ja (300€ pro Tag / Ausnahmen möglich)	Nein, maximal Kosten vergleichbarer Sachleistung (Ausnahmen möglich)	Ja (bis 52 € pro Tag)
Einschränkung Verwendung (Angehörige)	nein (institutionelle Leistungen z.T. nicht Teil des Budgets)	nein (Angehörige jedoch durch Organisation anzustellen)	keine Angehörige (nur in Ausnahmefällen)	nein	nein	nein
Verwendungsnachweis	schriftlicher Nachweis über Summe / Originalbelege auf Verlangen	monatlich Zeittabellen / bei höheren Budgets alle 6 Monate Kontrolle Originalbelege	schriftlich nachweisbar / gemäss Vereinbarung mit lokalen Behörden	schriftl. Nachweis / Kontrolle Stichproben (1.5% Budget frei; bis 2500 € pro Jahr kein Nachweis)	gemäss Vereinbarung mit Leistungsträger	keine Nachweispflicht
Qualitätssicherung	keine Auflagen für Assistenten/innen	keine Auflagen für Assistenten/innen / Inspektorat bei Angestellten von Behörden oder Institutionen	keine Auflagen für Assistenten/innen / Standards nur für formelle Organisationen	keine Auflagen für Assistenten/innen	keine Auflagen für Assistenten/innen / teilweise Vorgaben an institutionelle Leistungserbringer	keine Auflagen für Assistenten/innen / Hausbesuche durch Pflegepersonal
Unterstützungsleistungen	aus Assistenzpauschale finanzierbar / Art der Unterstützung frei	im Budget vorgesehen / Art der Unterstützung frei	kann im Budget vorgesehen werden / Art der Unterstützung frei	finanzierbar über Budget / Art der Unterstützung frei	kann im Budget vorgesehen werden / Art der Unterstützung frei	nicht finanziert / Art der Unterstützung frei

Die Sicherung der Qualität in der Hilfeversorgung wie auch letztlich die Gewährleistung, dass Personen mit einer Behinderung mit dem Persönlichen Budget auch die notwendige Hilfe organisieren können, wird in den Assistenzmodellen folglich primär über **Unterstützungsleistungen** angestrebt. Welche Personen oder Institutionen Menschen mit einer Behinderung bei den vielfältigen Aufgaben, die sich bei der selbstbestimmten Gestaltung der eigenen Versorgung mit Assistenzleistungen stellen, unterstützen, gibt kein Assistenzmodell vor. Somit ist auch in Bezug auf Unterstützungsleistungen die Möglichkeit gegeben, dass sich private und öffentliche Angebote entwickeln können. Die Ausbildung entsprechender Unterstützungsstrukturen ist eine Frage, die sich in Abschnitt 5.1.2 als Frage nach den Wirkungen einer Modelleinführung stellt. Im Ländervergleich ist jedoch festzustellen, dass Unterstützungsleistungen in unterschiedlichem Mass Teil der anerkannten Assistenzleistungen darstellen und entsprechend entschädigt werden. In Schweden (und teilweise in Deutschland und Grossbritannien) werden Unterstützungsleistungen als Assistenzbedarf anerkannt und mit eigenen Mitteln finanziert. In Grossbritannien können Unterstützungsleistungen im Prinzip als Teil von Budgets entschädigt werden, dies ist jedoch an die Entscheidungsbefugnisse der lokalen Behörden delegiert (in England sehen das ein Viertel der lokalen Behörden vor).

Dies gilt auch für Deutschland, wo im Einzelfall erforderliche Unterstützungsleistungen als Teil des Bedarfs bei der Bemessung des Budgets berücksichtigt werden können. Der Pilotversuch Assistenzbudget sieht die Finanzierung von Unterstützungsleistungen vor, wenn behinderungsbedingt entsprechende Aufgaben nicht wahrgenommen werden können, und lässt im Übrigen zumindest die Finanzierung notwendiger Unterstützungsleistungen durch die Betroffenen über Assistenzgelder zu. Dieser Spielraum, der wesentlich aus der nicht eng an bestimmte Leistungen gebundenen Verwendung des Persönlichen Budgets resultiert, gilt auch in den Niederlanden und in Österreich.

Bezüglich des **Verwendungsnachweises** über das erhaltene Assistenzbudget gilt im Pilotversuch die Regelung, dass die eingesetzten Gelder schriftlich in ihrer Summe auszuweisen sind. Originalbelege sind jedoch nur auf Verlangen vorzuweisen. Zudem ist die Rechenschaftspflicht nur für das Assistenzbudget in Kraft, während die sogenannte Assistenzpauschale nicht nachzuweisen ist. Damit ist eine vergleichbare Praxis wie in den Niederlanden vorgesehen, wo ebenfalls ein Freibetrag (von 2500 Euro pro Jahr) besteht. Damit sind rund ein Viertel der Budgetnehmenden von der Nachweispflicht befreit. Für die restlichen Budgetnehmenden ist die Assistenzsumme ebenfalls schriftlich nachzuweisen, während intensivere Kontrollen nur in Stichproben erfolgen (dies zum einen nach Zufallsprinzip und zum andern kriteriengeleitet aufgrund der Globalkontrolle). In Grossbritannien ist die Rechenschaftspflicht nicht einheitlich geregelt, sondern den lokalen Behörden bzw. einzelnen Leistungsträgern überlassen. Dies trifft auch auf Deutschland zu, dort gibt der Gesetzgeber den Raum, im Rahmen des Budgetgestaltungsprozesses Vereinbarungen zum ob und wie von Leistungsnachweisen zu treffen. In der Praxis dominiert derzeit ein halbjährlicher Nachweis der Verwendung mit Belegen. In Schweden ist ein monatlicher Nachweis in Form von Zeittabellen notwendig, die Auskunft über Leistungen einzelner Assistenten und Assistentinnen geben. Bei höheren Budgets sind auch Originalbelege einzureichen, dies jeweils für eine Rechnungsperiode von sechs Monaten. In Österreich sind die Budgetnehmenden von jeglichem Nachweis befreit. Zu erwähnen ist allerdings, dass bei der Finanzierung eines (öffentlich mitfinanzierten) Heimaufenthalts der Grossteil des Pflegegeldes direkt an den Leistungsträger überwiesen wird.

4.2.4. *Inanspruchnahme*

Allen Assistenzmodellen ist gemeinsam, dass die Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets freiwillig ist. Konkret bedeutet dies, dass Personen mit einer Behinderung die Wahlfreiheit haben, ob sie einen Anspruch auf Hilfeleistungen über ein Persönliches Budget geltend machen und damit selbstständig und eigenverantwortlich ihre Versorgung organisieren möchten. Oder ob sie es vorziehen, Sachleistungen zu beziehen bzw. festgelegte Dienstleistungen zugesprochen zu erhalten. In den Niederlanden ist diese Entscheidung sogar erst nach Abklärung des Assistenzbedarfs zu fällen, in Grossbritannien wird im Rahmen der Abklärung des Assistenzbedarfs bestimmt, wie weit Dienstleistungen oder Direktzahlungen (oder deren Kombination) gewährt werden. In Deutschland liegt es im Rahmen der Modellversuche bis Ende 2007 im Ermessen der Leistungsträger, ob bewilligte Leistungen als Sach- oder Geldleistung erbracht werden. Zumindest bei geringem Assistenzbedarf (bis 20 Stunden) sind auch in Schweden die Gemeinden mit dem Ermessen ausgestattet, Dienstleistungen oder Persönliche Budgets als Leistungsformen einzusetzen. In Österreich ist vorgesehen, dass das Pflegegeld – wie in Abschnitt 0 erwähnt – dann durch eine Sachleistung ersetzt werden kann, wenn mit dem Pflegegeld anvisierte Zielsetzungen nicht erfüllt werden können.

Durch die Wahlfreiheit der Betroffenen oder das Ermessen von Behörden oder Leistungsträgern bedingt ist davon auszugehen, dass nur ein Teil der in einem Assistenzmodell prinzipiell Anspruchsberechtigten ein Persönliches Budget bezieht. Im Pilotversuch Assistenzbudget beträgt die Zahl der Teilnehmenden 221 Personen. In Deutschland sind insgesamt 850 Bezüger/innen eines Persönlichen Budgets im Rahmen von Modellversuchen zu Trägerübergreifenden Persönlichen Budgets (als Summe der Neubewilligten Budgets) dokumentiert.

Der Vergleich der übrigen Ländern, in denen eine flächendeckende Einführung eines Assistenzmodells vollzogen ist, zeigt zunächst, dass mit rund 370'000 Bezüger/innen das Pflegegeld (Bundes- und Landespflegegeld) in Österreich mit Abstand den grössten Kreis an Personen erreicht (siehe Tabelle 24). In den Niederlanden ist die Gruppe der Bezüger/innen eines Personengebundenen Budgets mit knapp 87'000 zu beziffern, in Schweden bewegt sich deren Zahl bei knapp 15'000. Für das Assistenzmodell in Grossbritannien können ca. 27'000 Nutzer/innen von Direct Payments angeführt werden. Auf der Basis der Bevölkerungszahlen des jeweiligen Landes kann die Relation der Budgetnehmenden zur Gesamtbevölkerung ermittelt werden (analog zu Waterplas & Samoy 2005). Es zeigt sich, dass ungeachtet der Anspruchsvoraussetzungen das Pflegegeld in Österreich rund 4.6% der Bevölkerung erreicht (2004: 8.1 Mio. Einwohner/innen), in den Niederlanden sind dies nur 0.5% (2006: 16.5 Mio. Einwohner/innen). Noch deutlich geringer ist mit 0.2% der Anteil der Budgetnehmenden an der Bevölkerung in Schweden (2005: 9.0 Mio. Einwohner/innen), und der Personenkreis, der in Grossbritannien Direct Payments bezieht, ist mit 0.05% sehr gering (2005: 60.2 Mio. Einwohner/innen).

Tabelle 24: Vergleich der Zahl der Budgetnehmenden

Land	Modell	Zahl der Nutzer/innen	Bemerkung zur Datenbasis
Schweiz	Pilotversuch Assistenzbudget	221	2007: Teilnehmende per Juni 2007
Schweden	Persönliches Budget nach LSS / LASS	14'496	2005
Grossbritannien	Direct Payments	ca. 27'000	2004 / 2005: Zahlen für Grossbritannien
Niederlande	Personengebundenes Budget	86'618	2006
Deutschland	Persönliches Budget	ca. 850	2007: Budgets im Rahmen des Modellversuchs Trägerübergreifendes Persönliches Budget
Österreich	Pflegegeld	ca. 371'000	2004: Bundes- und Landespflegegelder

In allen Ländern, die bereits eine längere Tradition mit der nationalen Einführung von Assistenzmodellen besitzen, wächst die Zahl der Budgetnehmenden. Schweden hat zwischen 2001 und 2005, auch bedingt durch die Einführung der Möglichkeit, dass über 65-Jährige ihre Persönlichen Budgets behalten können, einen Anstieg um 39% registriert. Ein analog grosser Zuwachs in einem kürzeren Zeitraum ist auch in den Niederlanden festzustellen, denn von 2003 bis Juli 2006 stieg die Zahl der Personen mit einem Personengebundenen Budget um rund 38%. Auch in Grossbritannien, wo die Datenlage allerdings gewissen Einschränkungen unterliegt, dürfte von einem Anstieg der Nutzer/innen von Direct Payments von über 50% in den Jahren 2003 bis 2005 auszugehen sein.

Die in absoluten Zahlen bemessene Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets oder auch die Relation zu den Bevölkerungszahlen lassen offen, welcher Anteil der prinzipiell Anspruchsberechtigten tatsächlich erreicht wird. Für den Pilotversuch in der Schweiz kann ermittelt werden, dass rund 2.5% der teilnahmeberechtigten HE-Bezüger/innen in den drei Pilotkantonen teilnehmen. In den bereits allgemein eingeführten Assistenzmodellen ist für Grossbritannien bei Personen mit einer Körperbehinderung eine Ausschöpfungsquote von 6.2% dokumentiert, während bei weiteren Behinderungsarten dieser Anteil geringer ist. Für die Niederlande kann zumindest geschätzt werden, dass rund 10% jener Personen, die Anspruch auf Leistungen des entsprechenden Versicherungsträgers und damit auch auf ein Personengebundenes Budget besitzen, auch tatsächlich ein solches in Anspruch nehmen (vgl. TK - Tweede Kamer 2004/2005, zit. nach Kremer 2006). In Deutschland sind entsprechende Angaben aufgrund der Anlage als Modellversuch nicht möglich und zu Schweden liegen keine Daten vor.

5. Kenntnisstand zu Wirkungen von Persönlichen Budgets

In diesem Abschnitt steht die Frage im Vordergrund, welche Wirkungen die einzelnen ausländischen Assistenzmodelle erzeugen. Die Beantwortung erfolgt zunächst für die einzelnen Assistenzmodelle (in den Abschnitten 5.1 bis 5.5) und wird abschliessend (in Abschnitt 5.6) zusammengefasst. Die Darstellung des Kenntnisstandes orientiert sich an den Dimensionen, wie sie in Abschnitt 2.4.3 eingeführt worden sind. Sie nimmt Wirkungen auf die Teilnehmenden, auf andere Leistungserbringer sowie mögliche Kostenverlagerungen in den Blick. Unter Einbezug der Befragung der Experten und Expertinnen (siehe Liste im Anhang B) wird auch eine Würdigung der einzelnen Modelle vorgenommen.

5.1. Das Persönliche Budget in Schweden

Im Rahmen der Recherche wurden insgesamt relativ wenige empirische Studien zum schwedischen Assistenzmodell gefunden. Der überwiegende Teil – insbesondere die Analysen im Auftrag staatlicher Stellen (z.B. Socialdepartementet 2005) – ist nur in der Landessprache erhältlich. Deren Ergebnisse werden im Folgenden nur begrenzt, sei es über Sekundärliteratur (vgl. z.B. Blanck 2004; Clevnert & Johansson 2007) oder punktuelle eigene Übersetzungen eingearbeitet. Des Weiteren bestehen zwei auf Englisch übersetzte Studien der Assistenzgenossenschaft JAG:

- Längsschnittstudie (66 Befragte, Befragungszeitpunkte 1995 und 2005) zur Lebenssituation von Budgetnehmenden. Dabei wurden die Dimensionen Selbstbestimmung, Wohnsituation, Unterstützung durch Verwandte, Ausgestaltung der persönlichen Assistenz, Privatleben und Gesundheit untersucht (Blanck, Scherman & Sellin 2006b).
- Kostenvergleich zwischen unterschiedlichen Versorgungsmodellen für Personen mit einer Behinderung (Blanck et al. 2006a).

5.1.1. *Wirkungen auf die Nutzer/innen*

Laut einer Untersuchung der staatlichen Sozialversicherungsbehörde hat sich das Assistenzmodell in Schweden zur wichtigsten Versorgungsform für Menschen mit Behinderung entwickelt. Hilfeleistungen können mit diesem Modell selbstbestimmt organisiert und so häufig schneller, in passender Qualität und auch kostengünstiger umgesetzt werden (vgl. Socialstyrelsen - National Board of Health and Welfare 2002, zit. nach Wacker et al. 2005). Eine Erhebung bei rund 670 Budgetnehmenden bestätigt die hohe Zufriedenheit mit dem Persönlichen Budget: fast 90% äussern sich eher oder sehr zufrieden (vgl. Socialdepartementet 2005, zit. nach Clevnert & Johansson 2007, 75f.). Menschen mit Assistenzbedarf beurteilen ihre Erfahrungen ausgesprochen positiv und erleben durch die gewonnenen Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume eine erhebliche Verbesserung ihrer Lebensqualität (vgl. Clevnert & Johansson 2007; Ratzka 1996).

Untersuchungen und Einschätzungen von Expertinnen und Experten bestätigen die Verbesserung der Lebensqualität in mehreren Bereichen: Die Mobilität von Personen mit einer Behinderung hat stark zugenommen. Sie sind dadurch im öffentlichen Raum viel sichtbarer (gemäss Hinweis Herr Ratzka, Interview vom 20.6.2007). Ausserdem können sie häufiger reisen, auch mit vorher kaum benutzten Transportmitteln (z.B. Flugzeug) (vgl. Dreyer-Weik 2005). Durch die vermehrte Mobilität ist auch

der Druck auf Mobilitätsanbietende gestiegen, ihre Dienstleistungen behindertengerechter auszustatten. So wurde z.B. die schwedische Bahn angehalten, die Anzahl Behindertenplätze zu erhöhen (gemäss Hinweis Herr Ratzka, Interview vom 20.6.2007).

Die Assistenzreform hat auch vielfältige Auswirkungen auf die Wohnsituation, Selbstbestimmungsmöglichkeiten, Unterstützung durch Verwandte und den Gesundheitszustand, wie Blanck, Scherman und Sellin (2006b) in einer Längsschnittstudie mit 66 Budgetnehmenden festgestellt haben:

- Der Anteil derjenigen, welche ausserhalb des elterlichen Hauses wohnen, ist gestiegen (von 20% auf 60%). Gleichzeitig ist die Anzahl der Eltern in der Rolle als Persönliche Assistenten und Assistentinnen gesunken. Die Autorinnen deuten diese Resultate als eine Vergrösserung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten, welche durch die Nutzung des Persönlichen Budgets erreicht wurde.
- Da die Budgetnehmenden vermehrt selbstständig wohnen und dabei passende Assistenz erhalten, hat sich die Anzahl von kurzfristigen stationären Aufenthalten verringert.
- Die Anzahl Spitalbesuche und die Betreuung durch Krankenschwestern sind zurückgegangen. Die interviewten Personen geben zudem eine bessere Gesundheit an.
- Die Rehabilitation von Personen, welche im Erwachsenenalter eine Behinderung erleiden, ist beschleunigt worden, da eine grössere Trainingskontinuität gegeben ist.

Die Fremdwahrnehmung von Menschen mit einer Behinderung durch die Gesellschaft hat sich stark verändert. Früher wurden sie als abhängige Schützlinge betrachtet, heute wird ihnen zugetraut, selber ein Persönliches Budget verwalten zu können (gemäss Hinweis Herr Ratzka, Interview vom 20.6.2007). Dies hängt stark damit zusammen, dass die Selbstverwaltung der Persönlichen Budgets gut zu funktionieren scheint (z.B. sind keine Veruntreuungsfälle bekannt) (vgl. Dreyer-Weik 2005, 9).

5.1.2. *Wirkungen auf Leistungserbringer*

Gemäss Wacker et. al. (2005, 55f.) gibt es in Schweden einen schon länger andauernden allgemeinen Trend weg von der stationären Betreuung von Menschen mit Behinderung hin zu selbstständigem Leben mit ambulanter Unterstützung. Das Assistenzmodell von 1994 fügt sich in diesen Trend ein, ob es zugleich einen Beitrag zur Schliessung von stationären Einrichtungen geleistet hat, ist jedoch nicht belegt.

Nach dem Gesetz über die Auflösung von Anstalten von 1999 müssen bestehende stationäre Sondereinrichtungen aufgelöst werden (vgl. Wacker et al. 2005, 55). Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass in Schweden im Prinzip alle von Behinderung betroffene Menschen in eine eigene Wohnung ziehen und ein selbstständiges Leben führen können, wenn geeignete Unterstützung verfügbar ist (vgl. Schwedisches Institut 2001). Entsprechend werden gleiche Wohnbedingungen für alle Menschen geschaffen: Aufgrund gesetzlicher Baunormen seit 1978 gibt es in Schweden inzwischen einen hohen Anteil an barrierefreien Wohnungen. Auch steht ein gut ausgebautes Netz an ambulanten Diensten zur Verfügung. Von insgesamt 40'000 Personen mit so genannter geistiger Behinderung, die in Schweden leben, wohnten 1999 nur 170 in Institutionen (vgl. Schwedisches Institut 2001).

5.1.3. *Wirkungen auf die Kosten der Leistungserbringung*

Die Gesamtkosten für Personen mit einem Assistenzbedarf von über 20 Stunden betragen 2004 ca. 1270 Mio. Euro. Die Hälfte dieser Summe wird nach Ratzka (2004c) dem Staat in Form von Arbeitgeberbeiträgen für den Sozialversicherungsfonds sowie Einkommens- und Verkaufssteuern zurück-erstattet. Ein Grossteil der Zahlungen ersetzt die Kosten der Gemeinden, die sie mit der vorherigen gesetzlichen Betreuungsregelung für ihre Dienstleistungen hätten aufwenden müssen (vgl. Ratzka 2004c).⁶⁹

Die Kosten des Assistenzmodells sind seit der Einführung gestiegen, zwischen 1995 und 2004 um etwa 15% jährlich. Grund sind die erhöhte Nachfrage nach Persönlichen Budgets (vgl. Clevnert & Johansson 2007, 71ff.) und ein steigender Assistenzbedarf: Die Anzahl Budgetnehmer/innen ist gestiegen, zugleich hat die Anzahl der durchschnittlichen Assistenzstunden pro Helfer/in und Woche zugenommen (siehe Abschnitt 3.1.4).

Nach Huguenin (2005, 25) sind Vergleiche der Kosten vor und nach der Einführung des Assistenzmodells nicht möglich, da der Betreuungsspielraum im Assistenzmodell grösser ist als in den stationären Institutionen.

Eine allgemeine Kosten-Nutzen-Rechnung des Assistenzmodells liegt bislang nicht vor. Ratzka (2004b) geht davon aus, dass das Assistenzmodell ein sehr kostengünstiges und effizientes Instrument ist. Kostenvergleiche mit anderen Betreuungsformen gibt es nur wenige. Blanck, Schermann und Sellin (2006a) haben die Kosten der Versorgung mit Persönlichen Budgets mit jener von Wohngruppen verglichen und kommen zum Schluss, dass diese gleich teuer wie die Nutzung Persönlicher Budgets sind (in drei von vier untersuchten Wohngruppen in Stockholm ist Letzteres sogar kostengünstiger).

5.1.4. *Andere Wirkungen*

Dem Assistenzmodell wird eine starke beschäftigungsbeschaffende Wirkung attestiert. Heute sind ungefähr 40'000 Persönliche Assistentinnen und Assistenten⁷⁰ für Menschen mit Behinderung im Einsatz (vgl. Wirz 2004). Viele dieser Assistentinnen und Assistenten wären gemäss Ratzka (2004c) ohne ihre Assistenzstelle von Arbeitslosigkeit bedroht. Mittlerweile hat sich die Ausführung von Assistenzleistungen als eigener Beruf etabliert und dieser beschäftigungsgenerierende Aspekt trägt massgeblich zur Akzeptanz des Assistenzmodells in der Bevölkerung und auch bei den politischen Entscheidungsträgern bei (gemäss Hinweis Herr Ratzka, Interview vom 20.6.2007).

Gemäss Dreyer-Weik (2005, 5) hat sich dank der Wahlfreiheit ein Markt mit Nachfrage und Angebot etabliert, auf dem sich Personen mit einer Behinderung ihre Dienstleistungen einkaufen können. Er sorgt durch die Konkurrenz für tiefe Preise und eine hohe Qualität. Eine Untersuchung bei den Budgetnehmenden bestätigt, dass sich für Budgetnehmende ein Markt mit Wahlmöglichkeiten ausgebildet hat. In einer Befragung von Budgetnehmenden 2005 geben 60% von denjenigen, die Leistungen bei der Gemeinde in Anspruch nehmen, an, dass sie die Möglichkeit haben, den Leistungs-

⁶⁹ Zusätzlich ist ein weiterer Verlagerungseffekt denkbar, da die Beschäftigungsverhältnisse im Assistenzmodell zu Lasten von Arbeitsplätzen in traditionellen (stationären) Versorgungssystemen gehen können.

⁷⁰ Clevnert und Johansson (2007) sprechen von 50'000 Beschäftigten im Jahr 2003.

anbieter zu wechseln. Bei jenen, die ihre Leistungen von einem privaten Leistungserbringer beziehen, ist dieser Anteil mit 93% noch höher. Zugleich bestätigen mehr als 40% der rund 670 befragten Budgetnehmenden, dass sie zumindest einmal den Leistungsanbieter bereits gewechselt haben (vgl. Socialdepartementet 2005, zit. nach Clevnert & Johansson 2007, 75f.).

Heute existieren in Schweden 450 private Anbieter von Assistenzleistungen, die in starker Konkurrenz zu einander stehen. Die Zahl der Unternehmen wächst ständig und das Interesse von privater Seite ist gross (gemäss Hinweis Herr Ratzka, Interview vom 20.6.2007).

5.1.5. *Würdigung*

Das Persönliche Budget in Schweden erfüllt in vielerlei Hinsicht die Kriterien an ein idealtypisches Assistenzmodell, wie es insbesondere aus Betroffenensicht entwickelt worden ist (vgl. Waterplas & Samoy 2005, 63). Einige Stärken dieses Modells können im Folgenden aufgeführt werden (in Anlehnung an Huguenin 2005; Ratzka 2004b; Clevnert 2004):

Das Persönliche Budget bemisst sich in seiner Höhe nicht an vorgegebenen Assistenzbereichen, sondern an der gesamten Lebenssituation von Personen mit Behinderung und den daraus entstehenden individuellen Bedürfnissen. Die Berechnung der Persönlichen Budgets ist darüber hinaus einkommensunabhängig und berücksichtigt auch indirekte Kosten der Leistungserbringung, wie ein möglicher Bedarf an Unterstützungsleistungen oder auch Spesen. Eine Stärke des Assistenzmodells in Schweden ist zudem, dass sich offensichtlich – nicht zuletzt aufgrund der Dotierung der Budgets – ein Markt für Dienstleistungen entwickeln konnte, der den Budgetnehmenden Wahlfreiheiten erlaubt. Es beeinflusst auch auf die Umweltgestaltung der Budgetnehmenden (im Sinne einer barrierefreien Welt für alle) beispielsweise bei den Wohn- oder Mobilitätsangeboten, insofern die Kaufkraft der neuen Kunden angebotsförderlich wirkt. Durch die steigenden Begegnungschancen wachsen zudem Respekt und Akzeptanz gegenüber Menschen mit Behinderung.

Gemäss Ratzka (Interview vom 20.6.2007) ist das Assistenzmodell heute politisch unbestritten und wird als die Binnenreform des letzten Jahrhunderts gefeiert. Es wird dem Assistenzmodell vom gesamten politischen Spektrum einhellig ein unbestrittener beschäftigungsbeschaffender Verdienst zugesprochen (siehe Abschnitt 5.1.4). Für die Zukunft sieht Ratzka (Interview vom 20.6.2007) folgende Herausforderungen:

- Gewisse private Assistenzanbieter bedienen sich sehr aggressiver Marketingmethoden, um Kundschaft anzuwerben. Die Bevölkerung reagiert darauf empfindlich, weil sie das Gefühl hat, man bereichere sich mit öffentlichen Steuergeldern. Um die Unterstützung der Bevölkerung für das Assistenzmodell nicht zu verlieren, müssen diese Marketingmassnahmen eingedämmt werden. Die Herausforderung ist, diesen Markteingriff vorzunehmen, ohne die Wahlfreiheit der Budgetnehmenden einzuschränken.
- Ein mögliches Problem könnte in Zukunft der globalisierte Arbeitsmarkt werden. Ein „Lohn- und Preisdumping“ über ausländische Firmen (z.B. mit ausländischen Assistentinnen und Assistenten) und entsprechend grössere Profite oder sinkende Qualität, würden das Ansehen des Assistenzmodells in der Öffentlichkeit vermutlich schädigen. Bislang ist jedoch noch kein Fall als konkreter Anlass zu dieser Sorge bekannt.

- Eine gesamtheitliche Kosten-Nutzen-Analyse der Reform fehlt bis heute. Ratzka ist überzeugt, dass eine solche Evaluation die angenommenen positiven Wirkungen des Assistenzmodells empirisch unterlegen würde.
- Die zunehmende Professionalisierung der Assistentinnen und Assistenten (v.a. durch Ausbildungen) wird kritisch beobachtet. Die Budgetnehmenden sorgen sich um ihre Regie- und Gestaltungsmacht gegenüber den Pflegenden.

Für Clevnert und Johansson (2007, 79) sehen nach mehr als zehnjährigem Bestehen des Assistenzmodells die zukünftigen Herausforderungen bei der Eindämmung der gestiegenen Kosten, bei der Sicherung der Qualität von Assistenzleistungen, da insbesondere private Leistungsanbieter keiner Bewilligungspflicht oder Überwachung unterliegen, sowie beim Zugang zu Persönlichen Budgets angesichts der Komplexität des Leistungssystems insgesamt.

5.2. Das Personengebundene Budget in den Niederlanden

Zum Personengebundenen Budget in den Niederlanden liegen einige Studien vor, welche auf die Wirkungen bei den Budgetnehmenden fokussieren. Hierzu zählen drei ältere Untersuchungen (Ramakers 1998; Woldringh, Baarveld & Ramakers 1998; Miltenburg, Ramakers & Mensink 1996) und eine Studie aus dem Jahr 2004 (Van den Wijngaart & Ramakers 2004). Diese Studien werden im Folgenden teilweise anhand von Sekundärliteratur aufgenommen. Verschiedene aktuelle Studien bearbeiten spezifische Problemstellungen zur Umsetzung und zu Wirkungen des Assistenzmodells: Von 2006 liegt eine Untersuchung zur Qualität der Dienstleistungen (Dragt, Hoeksma & Pansier-Mast 2006), zwei Untersuchungen zur Reduzierung des administrativen Aufwands (Ramakers & Miederna 2006; Ramakers & Van den Wijngaart 2006) und eine Studie zur Abschaffung der Verwendungspflicht bei tiefen Budgets (Ramakers & de Graauw 2006) vor. Diese Studien fließen hier nur am Rande ein, weil es sich dabei um spezifische Fragestellungen handelt. Auswirkungen des PGB-Systems auf den niederländischen Pflegemarkt und auf die Professionalität der Dienstleistungen werden anhand der Metaanalyse von Kremer (2006) thematisiert.

5.2.1. Wirkungen auf die Nutzer/innen

Zu den Wirkungen auf Budgetnehmende kann zunächst festgehalten werden, dass diese generell sehr zufrieden mit ihrer Unterstützung sind. 95% der Budgetnehmenden schätzen die Qualität der erhaltenen Leistungen als gut ein (vgl. Van den Wijngaart & Ramakers 2004). Allerdings sind auch Personen, die Sachleistungen beziehen, mit der Qualität ihrer Hilfe zufrieden. Gemäss einer Studie von Ramakers (1998) haben Budgetnehmende aber stärker das Gefühl, dass sie selbst entscheiden, welche Hilfe sie wann, wo und von wem beziehen (zit. nach Kremer 2006). Die Entscheidungsfreiheit der Budgetnehmenden ist eine zentrale Wirkung, die bereits in der Einführungsphase des personengebundenen Budgets im Rahmen eines experimentellen Designs im Vergleich zu Nutzer/innen „traditioneller“ institutioneller Angebote nachgewiesen wird (vgl. Miltenburg et al. 1996). Eine vergleichende Evaluation bei Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bestätigt diesen Befund und zeigt zudem, dass diese Personengruppe mit einem PGB im Bereich Haushalt häufiger Begleitung für Aktivitäten oder für die persönliche Mobilität beansprucht als Menschen, die ausschliesslich Sachleistungen beziehen (vgl. Woldringh et al. 1998).

Durch die Abschaffung der Sozialversicherungsbank 2003 konnte die Autonomie der Budgetnehmenden zusätzlich ausgebaut werden. Allerdings zeigt die Studie Woldringh, Baarveld und Ramakers (1998), dass vor allem Menschen mit geistiger Behinderung Schwierigkeiten haben, das aufwändige Prozedere bis hin zu einem eigenen PGB zu bewältigen (vgl. Woldringh et al. 1998). Herr Knollema bestätigt, dass das PGB eine Einrichtung mit einer hohen Schwelle repräsentiert, was nach ihm allerdings von keiner bestimmten Gruppe von Menschen mit Behinderung als einschränkend erlebt wird, da viele im Verfahren auch Unterstützung durch Betreuungspersonen und Angehörige erhalten (Befragung vom 16.7.2007). Nach ihm können einzelne Gruppen in besonderem Masse von den personengebundenen Budgets profitieren (gemäss Hinweis von Herrn Knollema, Befragung vom 16.7.2007):

- Viele ältere Menschen schätzen am PGB, dass sie nicht mehr von ständig wechselnden Mitarbeitenden von Organisationen für häusliche Pflege abhängig sind. Mit dem PGB können sie Bekannte, z.B. jemand aus der gleichen Strasse oder eine gute Freundin aus der Umgebung als Persönlichen Assistenten bzw. Persönliche Assistentin beauftragen.
- Für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ist das PGB eine Möglichkeit, eine Versorgung mit den notwendigen Hilfeleistungen ausserhalb von psychiatrischen Einrichtungen zu organisieren. Dies stärkt die in den Niederlanden seit jeher wichtige Strömung der „Anti-Psychiatrie“.
- Eltern von Kindern mit einer Behinderung können dank dem PGB selbst entscheiden, welche Versorgung sie für ihr Kind einkaufen. Es erlaubt ihnen insbesondere, eine Kombination aus Laienhilfe durch Bekannte, die dem Kind viel Aufmerksamkeit widmen, und Fachhilfe für die notwendige Beratung zu realisieren.

5.2.2. *Wirkung auf Leistungserbringer*

Nach wie vor bezieht die Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen in den Niederlanden Unterstützung in Form von Sachleistungen. Von allen Menschen, die AWBZ-Unterstützung erhalten, verfügen im Jahr 2004 nur ca. 10% über ein PGB (vgl. TK - Tweede Kamer 2004/2005, zit. nach Kremer 2006).

Personen mit einem PGB kaufen ihre Dienstleistungen nach der Studie von Ramakers (1998) relativ selten in herkömmlichen sozialen Diensten ein. Pflege wird nur von 30% und Haushaltshilfe nur von 20% der Budgetnehmenden in regulären Einrichtungen bezogen (vgl. Ramakers 1998, zit. nach Kremer 2006, 390). Dadurch geht die Nachfrage bei herkömmlichen Dienstleistungsorganisationen zurück. In der Folge haben sich gemäss Wacker et al. (2005) die Angebotsstrukturen seit Einführung des Personengebundenen Budgets erheblich verändert. Auch Knollema erwähnt, dass das PGB eine „Reform der Pflegeformen“ ermöglicht hat. Innerhalb der streng geregelten Pflege in Form von Sachleistungen hätten sich diese neuen Pflegeformen nicht so schnell entwickeln können, wie das nun seit Einführung des PGBs stattgefunden hat (Befragung vom 16.7.2007).

In einer kritischen Studie zu den Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Professionalität in der Hilfeversorgung wird aufgezeigt, dass die Niederlande mit dem Pflegebudget u.a. eine Förderung des freien Marktes im Pflegebereich beabsichtigten. Gemäss Kremer (2006) ist diese Zielsetzung bislang kaum realisiert. Ein Grund hierfür ist gemäss der Autorin das relativ aufwändige, bürokratische und anforderungsreiche System, welches für einen freien Markt nicht förderlich ist.

Des Weiteren wurde in dieser Studie festgestellt, dass Budgetnehmende ihre Unterstützung überwiegend im informellen Bereich einkaufen. Sehr viele Budgetnehmende stellen nicht etwa mehr professionelle Helfer/innen ein, sondern bezahlen stattdessen ihre Familienmitglieder. Kremer sieht in dieser Entwicklung eine Wiederbelebung von Hilfe als familiäre Aufgabe.⁷¹ Eine Studie des Staatssekretariats zeigt, dass 64% der Budgetnehmenden (unter anderem) von Angehörigen, Bekannten oder anderen informellen Helfer/innen Hilfeleistungen erhalten (vgl. TK - Tweede Kamer 2004/2005, zit. nach Kremer 2006). 37% der Budgetnehmenden stellen ihre Partner/innen an, 22% ihre Kinder und 17% die Eltern (vgl. Van den Berg, Van Exel, Van den Bos, Koopmanschap & Brouwer 2003, zit. nach Kremer 2006). Aktuellere Zahlen bestätigen den starken Anteil der informellen Hilfe. Denn im Jahr 2005 werden 38% der Budgets für informelle Hilfe, für die Unterstützung durch Angehörige, ausgegeben (vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006). Gleichzeitig resultiert gemäss Waterplas und Samoy (2005, 95) nur eine Minderheit von 20% der Budgetnehmenden, welche ihre Hilfeversorgung nach dem Arbeitgebermodell umsetzen.

Interessant am Fall der Niederlande dürfte sein, dass die Komplexität und bürokratische Ausgestaltung des PGB-Systems eine völlig neue Berufsgruppe entstehen liess: Ein umfassendes Beratungssystem für Budgetnehmende hat sich etabliert und ausdifferenziert. Neben staatlicher Beratung sind viele kommerzielle Organisationen entstanden, die Beratung und Unterstützung anbieten (und auch eine landesweite Vereinigung bilden, siehe www.nbpa.nl). Die Studie von van den Wijngaart und Ramakers zeigt, dass ein Drittel der Budgetnehmenden die administrativen Aufgaben an Organisationen übergibt (vgl. Van den Wijngaart & Ramakers 2004, zit. nach Kremer 2006). Nach Knollema sind verschiedene kommerzielle Organisationen und Produkte entstanden. Beispielsweise existiert ein Computerprogramm, mit dem Budgetnehmende Arbeitspläne erstellen und ihr Budget verwalten können (www.pznet.nl). Dabei handelt es sich um ein kommerzielles Produkt, für welches entsprechend bezahlt werden muss. Man muss nach Knollema zwischen der Unterstützung von Seiten der niederländischen Behörde und jener, die aus dem Markt und den Selbsthilfeorganisationen hervorgegangen ist, deutlich unterscheiden (Befragung vom 16.7.2007). Der hohe Bedarf an Unterstützungsleistungen lässt für Kremer den Schluss zu, dass der Preis für die erhöhte Unabhängigkeit der Budgetnehmenden eine erneute Abhängigkeit von einem neuen Typ des/der Professionellen ist (vgl. Kremer 2006).

5.2.3. *Wirkung auf die Kosten der Leistungserbringung*

Die wachsende Anzahl an Budgetnehmenden lässt die Kosten steigen. Der Substitutionsbetrag soll zwar deren übermässigen Anstieg verhindern, bedingt jedoch faktisch laufende Erweiterungen (siehe Abschnitt 3.2.3). Die Notwendigkeit einer Kostenkontrolle prägt folglich zurzeit stark die politische Diskussion über das PGB in den Niederlanden (Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007), wenngleich die Ausgaben für Sachleistungen und insbesondere für Wohnheime als deutlich höher einzuschätzen sind (vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2002b, zit. nach Kremer 2006, 383). Im Vergleich zu Sachleistungen wird – bei einem äquivalenten Leistungsumfang – dem

⁷¹ Bis 1997 waren Ehepartner/innen nicht als Persönliche Assistenten/Assistentinnen zugelassen. Organisationen für informelle Helfer/innen drängten zur entsprechenden Gesetzesänderung.

PGB eine höhere Kosteneffizienz attestiert, da hier die Overhead-Kosten wesentlich geringer sind (vgl. Timonen et al. 2006, 466).

Die Kosten für die personengebundenen Budgets sind von 266 Millionen Euro im Jahr 2001 bis 2004 auf 889 Millionen Euro gestiegen (vgl. Hoeksma, Homans & Menting (HHM) 2004). Dies entspricht mehr als einer Verdreifachung der Kosten, während sich im gleichen Zeitraum die Zahl der Budgetnehmenden beinahe verdoppelt hat (von rund 37'000 auf 68'000 Budgetnehmenden, siehe Abschnitt 3.2.4). Auch für 2005 setzt sich die Kostenzunahme bei geschätzten Gesamtkosten von 994 Millionen Euro (Schätzung per Mitte August 2005, vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006) ungebremst fort, und im Jahr 2007 überschreiten die Kosten bereits die Grenze von einer Milliarde Franken (siehe Abschnitt 3.2.3).

5.2.4. *Andere Wirkungen*

Auch in den Niederlanden ist die Einführung von Personengebundenen Budgets seitens von Fachpersonen mit Skepsis begleitet worden. Eine Studie von Baarveld, Miltenburg und Ramakers (1999) untersucht die Folgen dieser Einführung im Hinblick auf die Arbeitssituation von Fachkräften. Es zeigt sich, dass auch Fachkräfte als Persönliche Assistenten und Assistentinnen tätig sind. Da die Arbeitsplätze in Institutionen insgesamt jedoch zugleich erhalten bleiben, findet kaum eine Abwanderung von Fachkräften statt. Es sind vor allem Berufs- und Wiedereinsteiger/innen, die den Schritt in ein Arbeitsverhältnis als Arbeitnehmer/in einer Person mit einer Behinderung machen.

Fachkräfte, die für Budgetnehmende tätig sind, tun sie dies mit einer gewissen Zufriedenheit (vgl. Baarveld, Miltenburg & Ramakers 1999). Eine aktuellere Studie (Sting 2004), die rund 400 für Budgetnehmende tätige Personen einschliesst, bestätigt diesen Befund. Als Gründe für die Zufriedenheit der Professionellen werden die Unabhängigkeit und die Möglichkeit, eigene Sichtweisen und Standards in der Arbeit zu entwickeln, genannt (siehe für Grossbritannien auch Ungerson 2004, 394).

Die Situation, als Persönlicher Assistent oder Persönliche Assistentin tätig zu sein, ist jedoch differenziert zu beurteilen. Aus Sicht der Budgetnehmenden wird insbesondere die Möglichkeit, auch Angehörige in die Hilfeversorgung einbinden und entschädigen zu können, positiv beurteilt (vgl. Kremer 2006, 396). Auch wenn Angehörige mit der Entlohnung eine Anerkennung erfahren (vgl. Ungerson 2004), bleibt die Formalisierung von familiärer und bislang unentgeltlicher Hilfe nicht folgenlos. Denn die moralische Verpflichtung zur Hilfe wird gestärkt (vgl. Kremer 2006, 397) und da Angehörige überwiegend im gleichen Haushalt wie die Budgetnehmenden wohnen (60% der Angehörigen wohnen im gleichen Haus, vgl. Van den Berg et al. 2003), können sie dieser Verpflichtung kaum begegnen. Die Folgen sind eine hohe Belastung und gemäss Kremer (2006, 397) letztlich eher eine Schwächung denn eine Stärkung der Rechte von Angehörigen als Persönliche Assistenten und Assistentinnen. Faktisch, dies zeigt die Studie von Ramakers und Van den Wijngaart (2005), leisten Angehörige mehr Hilfe, als sie gemäss Vertrag und Bezahlung eigentlich leisten müssten und widerlegen damit die Befürchtung, dass die Entschädigung von Familienangehörigen die Bereitschaft zur Hilfe schwäche bzw. destabilisiere (vgl. Kremer 2006, 398).

5.2.5. *Würdigung*

Grundsätzlich ist das Pflegebudget gemäss Knollema nicht mehr aus dem niederländischen Pflegesystem wegzudenken. Die Vorteile zeigen sich bei den Wirkungen auf die Budgetnehmenden, die sich wieder als „Herr über ihr eigenes Leben“ fühlen (gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007). Nach Knollema bewerten auch Leistungserbringer das PGB im Allgemeinen als positiv, wenngleich unter Professionellen auch kritische Stimmen verbleiben. Allerdings sorgt die steigende Zahl von pflege- und hilfebedürftigen Menschen für einen stets wachsenden Pflegemarkt und bringt allen Anbietern somit auch zukünftig genügend Arbeit (Befragung vom 16.7.2007). Im Vergleich mit mehreren ausländischen Modellen sieht Pijl (2007) die positiven Aspekte des Personengebundenen Budgets bei der Höhe der Budgets, die vor allem dank der Finanzierung über eine Sozialversicherung gut dotiert ist und damit die Orientierung an marktüblichen Löhnen erlaubt. Da die Wahl zwischen einer Sachleistung und einem Budget besteht, können Personen sich bewusst für ein Persönliches Budget entscheiden und sich selbst für eine Umsetzung als geeignet einschätzen. Als weiterer positiver Punkt wird erwähnt, dass mit dem verantwortungsfreien Betrag (siehe Abschnitt 3.2.3) immerhin ein Viertel der Budgetnehmenden von einem Verwendungsnachweis entbunden sind (vgl. Pijl 2007). Loeken (2006, 34) betont, dass der Erfolg des niederländischen Modells (auch) in der gut ausgebauten Beratungsstruktur begründet ist. Dazu zählt sie öffentliche Beratungsangebote wie auch Dienstleistungen von Non-Profit-Organisationen wie insbesondere „Per Saldo“ (siehe Abschnitt 3.2.3).

Auch in der Politik wird das PGB überwiegend positiv beurteilt und sein Prinzip inzwischen auch in andere Gesetzesbereiche aufgenommen. So gibt es z.B. im Schulbereich – um die Integration von Kindern mit Behinderung in die Regelschule zu fördern – eine schülergebundene Finanzierung für diejenigen, welche im Unterricht ergänzende Unterstützung benötigen.

Zu den Herausforderungen in den Niederlanden zählen offene Fragen der Qualitätssicherung. Nach Pijl (2007) könnte hier in Richtung einer Akkreditierung von Persönlichen Assistenten/Assistentinnen oder an Qualitätskontrollen gedacht werden. Insgesamt bleibt die Komplexität des Systems der personengebundenen Budgets auch in Zukunft eine wichtige Thematik, die sich durch die Kombinationsmöglichkeit von mehreren Budgets noch verschärfen könnte. Gemäss Knollema ist auch die Rolle des CIZ (Zentrum für Indikation) zurzeit in der Diskussion. Das CIZ erfüllt auf der einen Seite „eine wichtige Torwächterfunktion“ für das AWBZ, andererseits besteht die Gefahr der Bürokratisierung (gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007). Zurzeit wird im Staatssekretariat eine Vereinfachung des Verfahrens ausgearbeitet, nach dem ein Teil der Bedarfsabklärung von Leistungserbringern oder Hausärzten/Hausärztinnen übernommen werden kann, während das CIZ die Bedarfsabklärung stichprobenmässig kontrolliert. Gleichzeitig will man jedoch auch die Kosten des AWBZ durch das CIZ als Torwächter unter Kontrolle halten (gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007).

Die Kosten bleiben denn auch – wie bereits erwähnt – ein Diskussionspunkt. Obwohl dies schwer überprüfbar ist, besteht in den Niederlanden der Eindruck, dass das PGB eine anziehende Wirkung ausübt (Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007). Es ist davon auszugehen, dass seit Einführung des Budgetsystems ein Personenkreis von AWBZ-Versicherten mit kleinem Pflegebedarf, die sonst keinen Anspruch im Rahmen der AWBZ-Versicherung geltend machen würde, ein PGB beantragt In

diesem Zusammenhang verweist Knollema auch auf die Lockerung der Nachweiskontrolle, die generell über ein standardisiertes Formular erfolgen kann (siehe Abschnitt 3.2.3; Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007). Gemäss Knollema mache diese „Papier-Kontrolle“ das PGB verwundbar: „Wenn Budgetnehmende überall angeben, unterstützende Begleitung eingekauft zu haben, müssen wir alles akzeptieren“ (gemäss Hinweis Herr Knollema, Befragung vom 16.7.2007). Auch wenn nach Knollema der grösste Teil der Leistungsbezüger/innen das Budget einwandfrei verwalte, könnten bereits einzelne Vorfälle für den grundsätzlich positiven Eindruck des Systems eine schwere Hypothek bedeuten.

5.3. Direct Payments in Grossbritannien

Es gibt eine Vielzahl von Publikationen und Studien, die sich mit den Direct Payments in Grossbritannien auseinandersetzen. Viele dieser Studien regionen- und ländervergleichend angelegt und beziehen sich grösstenteils auf die Struktur der Direct Payments (vgl. z.B. Davey et al. 2007; Fernandez, Kendall, Davey & Knapp 2007; Priestley et al. 2006; Riddell et al. 2005). Untersuchungen zu Wirkungen der Direct Payments sind relativ selten und in ihrer Reichweite teilweise begrenzt (vgl. z.B. Stainton & Boyce 2004; Carmichael & Brown 2002; Glendinning, Halliwell, Jacobs, Rummery & Tyrer 2000). Darin spiegeln sich die stark regional- und lokalspezifische Realisierung und Ausgestaltung der Direct Payments, die eine einheitliche Erhebung von allgemeinen und damit vergleichbaren Grunddaten sowie einen überregionalen Vergleich von Effekten erschweren.

5.3.1. Wirkungen auf Nutzer/innen

Carmichael und Brown (2002) benennen in ihrem Überblicksartikel verschiedene Vor- und Nachteile sowie positive und negative Effekte, welche mit Direct Payments verbunden sind. Sie stützen sich dabei auf eine breite Palette älterer Untersuchungen (Evans & Hasler 1996; Dawson 1995; Kestenbaum 1995) wie auch aktuellere Studien (Carmichael, Evans & Brown 2001; Bourne, May & Swain 2000; Glendinning et al. 2000).

Zu den Vorteilen zählen die Aspekte der Kontrollmöglichkeit, der Wahlfreiheit und der Flexibilität in Bezug auf die Organisation der Hilfeleistungen. Hinzu kommt eine hohe Zufriedenheit bei den Nutzern und Nutzerinnen von Direct Payments, die sich in verschiedenen Evaluationen zeigt (vgl. Stainton & Boyce 2002; Glendinning et al. 2000; Zarb & Nadash 1994). Als nachteilig erweisen sich der grosse administrative Aufwand, die Komplexität des Systems und die Probleme bei der Rekrutierung von Assistenten und Assistentinnen (vgl. z.B. Carmichael et al. 2001; Witcher, Stalker, Roadburg & Jones 2000).

Vor allem die Wahl, wo und wie jemand leben möchte und die Kontrolle darüber, wer, wann welche Leistungen erbringt, scheinen besonders positive Effekte auf die wahrgenommene Lebensqualität der Befragten zu haben (vgl. Spandler 2004, 193; Dawson 1995; Kestenbaum 1995; Zarb & Nadash 1994; für ältere Menschen, siehe Clark & Spafford 2001). Die Studie von Carmichael und Brown (2002) macht aber auch deutlich, dass die möglichen positiven Effekte von Direct Payments auf Seiten der Menschen mit Behinderung oft mit potenziell negativen Effekten sowie Befürchtungen auf Seiten der professionellen Helfer einhergehen.

In den Untersuchungen von Stainton und Boyce (2004) aus den Jahren 1999 bis 2001 geben die befragten Nutzer/innen von Direct Payments in zwei lokalen Behörden in Wales an ($N < 40$), dass sich aufgrund der Einführung der Direct Payments ihr Selbstwertgefühl verbessert habe, dass sie tiefere und länger dauernde Beziehungen leben, eher neue Beziehungen eingehen und leichter eine individuelle Lebensweise entwickeln könnten. Solche und ähnliche Aussagen finden sich in verschiedenen Berichten von Betroffenen (vgl. Stainton & Boyce 2004). Eine weitere aktuelle Studie (Leece & Leece 2006) zeigt auf, dass sich Direct Payments-Nutzer/innen im Vergleich zu Nutzer/innen von „traditionellen“, von Gemeinden bereitgestellten bzw. finanzierten Angeboten unterscheiden. Denn Direct Payments nehmen vor allem jüngere Personen mit einem höheren Behinderungsgrad in Anspruch. Dies lässt den Rückschluss zu, dass sich so ein verhältnismässig komplexes und aufwändiges Leistungssystem bei einem geringen Assistenzbedarf kaum lohnt und insbesondere für ältere Personen wenig attraktiv ist (vgl. Leece & Leece 2006, 1390).

5.3.2. *Wirkungen auf Leistungserbringer*

Eine grossflächige Untersuchung zu den Wirkungen auf andere Leistungserbringer steht in Grossbritannien bislang noch aus. Für essenzielle Effekte auf andere Systeme scheint auch die Zahl der Direct Payments Nutzer/innen heute noch zu klein.

Riddell et al. (2006) bestätigen in ihrer Untersuchung, die sich auf Befragungen von Behörden, Leistungserbringern und Vertretern und Vertreterinnen aus Betroffenenorganisationen stützt, dass sich für Anbieter von Gesundheits- und Sozialleistungen relativ wenig Änderungen ergeben haben. Vielmehr scheinen Assistenzleistungen eine Lücke in der Versorgung zu schliessen und neue Angebote zu generieren. Allgemein kann in Grossbritannien noch nicht von einem Kulturwandel in der Unterstützung und im Zusammenleben mit Menschen mit Behinderungen gesprochen werden (Hinweis Frau Pearson, Befragung vom 8.8.2007).

So schreiben Timonen et al. (2006) in Bezug auf Direct Payments (fokussiert auf ältere Menschen):

- dass es immer noch problematisch sei, genügend Mittel zu erhalten;
- dass es für Betroffene schwierig sei, Persönliche Assistenten und Assistentinnen zu finden und anzustellen – so geben nach Scourfield (2005) etwa ein Drittel aller befragten Direct Payments Nutzer/innen an, dass es innerhalb eines Jahres schwieriger geworden sei, geeignete Persönliche Assistenten und Assistentinnen zu finden;
- dass die administrativen Forderungen von Seiten der Behörden und die Anforderungen für Direct Payments hoch und kompliziert seien;
- und dass es kaum Richtlinien und riesige lokale Unterschiede gebe, wie Mittel zur Verfügung gestellt würden (vgl. Timonen et al. 2006, 456ff.).

Die Untersuchungen von Scourfield (2005) scheinen diese Aussagen für einen Grossteil der Nutzergruppen zu bestätigen. Er geht davon aus, dass noch kein angemessener Markt für Assistenzleistungen und dass sich dieser – je nach Arbeitsmarktlage – auch nicht so einfach entwickeln werde. Seiner Meinung nach sind die Arbeitsbedingungen für Persönliche Assistenten und Assistentinnen zurzeit noch zu schlecht, als dass sich genügend Personen um solche Anstellungen bemühen würden (vgl. Scourfield 2005, 483 ff.). Das verfügbare Arbeitsmarktpotenzial an Persönliche Assistenten und Assistentinnen ist wiederum ein Faktor, wie weit Direct Payments in den einzelnen Regionen

und Gemeinden tatsächlich in Anspruch genommen werden (vgl. Davey et al. 2007, 106f.; Glendinning et al. 2000).

Diese Bedingungen scheinen eher das Festhalten an traditionellen Formen der Versorgung von Menschen mit einer Behinderung zu begünstigen. Die Praxis bleibt folglich noch hinter den Forderungen der nationalen Politik zurück, welche stationäre Versorgungsangebote als unzeitgemäss und unangemessen bezeichnet und davon ausgeht, dass Assistenzangebote nutzerfreundlicher, flexibler und unter Umständen auch günstiger sind resp. sein könnten (vgl. Department of Health 2005).

Zusammenfassend ist Scourfield (2005) der Meinung, dass insbesondere die positiven Erwartungen der Regierung in die Direct Payments wahrscheinlich zu optimistisch sind. Und Leece (2004) glaubt nicht daran, dass durch die Direct Payments ein neuer Markt an Hilfeleistungen entsteht, welcher tatsächlich mehr Partizipation oder Empowerment ermöglicht. Sie sieht vielmehr die Gefahr, dass durch die Anstellung von Angehörigen für die Pflege und Unterstützung von Menschen mit einer Behinderung alte Rollenschemata wiederbelebt werden und vor allem Frauen in ihrer alten/neuen Rolle als Assistentinnen benachteiligt würden.

5.3.3. *Wirkungen auf die Kosten der Leistungserbringung*

In Grossbritannien sind nur einzelne Untersuchungen zur Kostenentwicklung vorhanden. Dies mag sich daraus erklären, dass die Datenlage auf nationaler Ebene sehr lückenhaft ist. Die Referenzstudie von Zarb und Nadash (1994) ist bereits älteren Datums. Sie basiert auf einem Vergleich von Direct Payments mit einem System der Versorgung mit konventionellen Dienstleistungen auf der Grundlage der Kosten, die pro Stunde Leistung zu berechnen sind. Die Ergebnisse zeigen, dass die Versorgung mit Direct Payments um 30 bis 40% günstiger als mit herkömmlichen Diensten ist (vgl. auch Hurstfield, Parshar & Schofield 2007, 38f.). Diese Ersparnis ist wesentlich durch die geringeren Administrativ- bzw. Overheadkosten zu erklären (vgl. Askheim 2005, 252). Eine neuere Studie (Poole 2006) bezieht nur ältere Personen als Nutzer/innen von Direct Payments mit ein und ist entsprechend hier nicht von Relevanz.

Ein aktuelles Literatur-Review (Hurstfield et al. 2007), das keine weiteren zentralen Studien auführt, vergleicht Direct Payments auf Basis von einzelnen Fällen mit anderen Versorgungssystemen. Die Autoren und Autorinnen kommen zum Schluss, dass einige Evidenz dafür spricht, dass Direct Payments kostengünstiger als etwa die institutionelle Versorgung seien (vgl. Hurstfield et al. 2007, 96).

5.3.4. *Andere Wirkungen*

In Grossbritannien liegt ein Forschungsschwerpunkt in der Analyse von regionalen und lokalen Unterschieden in der Implementierung von Direct Payments. Verschiedene Studien untersuchen Faktoren, welche die Ermöglichung bzw. die Inanspruchnahme von Direct Payments begünstigen oder behindern. Auch nach der Verpflichtung der lokalen Behörden durch die Zentralregierung im Jahr 2003, Direktzahlungen anzubieten, sind die lokalen Unterschiede weiterhin gross (Hinweis Frau Pearson, Befragung vom 8.8.2007). Als zentrale Faktoren, die ein Ausweitung von Direct Payments begünstigen (für einen Überblick, siehe Davey et al. 2007, 98; Priestley et al. 2006, 3f.) lassen sich etwa benennen:

- Lokale Kultur: positive Einstellung in Behörden und bei Sozialarbeitenden gegenüber Direct Payments (vgl. Timonen et al. 2006, 461f.)
- Betroffenenorganisationen: eine starke Behindertenbewegung in der jeweiligen Region und Gemeinde (vgl. Riddell, Priestley, Pearson, Mercer, Barnes, Jolly & Williams 2006, 17)
- Nachfrage: Direct Payments werden von Betroffenen aktiv gefordert und nachgefragt (vgl. Fernandez et al. 2007; Davey et al. 2007, 106)
- Unterstützung: Es bestehen starke Strukturen, um die Nutzung von Direct Payments durch Betroffene zu unterstützen (vgl. Davey et al. 2007, 98)

Priestley et al. (2006, 12) resümieren, dass die lokale Umsetzung vor allem durch die Unterstützung durch die Behindertenbewegung und das Commitment der lokalen Verantwortlichen beeinflusst ist. Da Direct Payments auch heute noch als eine Option der Hilfeversorgung lokal durch die Betroffenen letztlich auszuhandeln sind, sind in der Praxis zudem auch die an diesem Aushandlungsprozess beteiligten Sozialarbeitenden letztlich von grosser Bedeutung.

5.3.5. *Würdigung*

Das System der Direct Payments wird in Grossbritannien insgesamt relativ positiv beurteilt, wenngleich Professionelle dem System kritischer gegenüber stehen als Politiker/innen oder die Betroffenen selbst. Insbesondere ist festzuhalten, dass eine Reihe von Studien positive Effekte für die Nutzer/innen von Direct Payments – sei es in Bezug auf die Wahlfreiheit oder die Zufriedenheit mit der Hilfeversorgung – nachweisen. Es zeigen sich jedoch verschiedene kritische Elemente bzw. Herausforderungen für eine erfolgreiche Implementierung von Direct Payments. Zunächst ist hier vor allem der Markt – resp. ein nicht funktionierender Markt für Hilfeleistungen – zu nennen. Die Betroffenen sind aufgrund der Budgethöhe nur bedingt in der Lage, angemessene Entlohnungen zu bieten und stossen auf Schwierigkeiten bei der Rekrutierung Persönlicher Assistenten und Assistentinnen (vgl. auch Loeken 2006, 36). Erhalten die Betroffenen zu geringe Budgets, sind sie gezwungen, für teilweise sehr aufwändige Aufgaben, möglichst günstige Leistungen zu beziehen. Damit droht nicht nur eine Versorgung in ungenügender Qualität, sondern ein Markt für Persönliche Assistenten und Assistentinnen bzw. für Dienstleistungen kann sich unter diesen Umständen auch kaum entwickeln und schränkt letztlich die Wahlfreiheit der Nutzer/innen ein.⁷²

Traditionelle Leistungsanbieter bleiben damit weitgehend unberührt und für Persönliche Assistenten und Assistentinnen ergeben sich schlechte Arbeitsbedingungen (vgl. Ungerson 2004). Die erfolgreiche Durchsetzung von Direct Payments ist in Grossbritannien letztlich an die Initiative von lokalen Behörden geknüpft (siehe z.B. Pearson 2000). Sie legen den Zugang zu Direct Payments fest bzw. regulieren diesen über individuelle und lokale Aushandlungsprozesse. Damit sind zwar grundsätzlich grosszügige Lösungen im Einzelfall (z.B. in Bezug auf die Bemessung von Budgets) möglich, die offensichtlich auf Seiten der Nutzer/innen auch tatsächlich Zufriedenheit auslösen, es resultieren aber auch Selektionseffekte. Zum einen können offensichtlich nicht alle von Behinderung Betroffene

⁷² „In addition, the extent to which recipients are able to exercise choice and control through DPs (Direct Payments, Anm. d. Verf.) relies heavily on the availability of workers willing to work in the current context of relatively poor wages and conditions.“ (Spandler 2004, 204f.).

nen in gleichem Masse von Direct Payments profitieren, zum andern stellt die Studie von Leece und Leece (2006) eine auch nach Behinderungsgrad bzw. Assistenzbedarf und Alter abgestufte Inanspruchnahme fest.

Es ist somit zu bilanzieren, dass dort, wo Direct Payments zur Anwendung kommen, positive Wirkungen festzustellen sind, die Problematik jedoch bei einer ungenügenden Implementation des Systems liegt (Hinweis Frau Pearson, Befragung vom 8.8.2007). Vertreter/innen der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung versuchen deshalb ein neues nationales Gesetz zu realisieren, welches Menschen mit einer Behinderung jene Mittel garantiert, welche sie zur selbstbestimmten Partizipation an gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen Systemen benötigen.

5.4. Das Persönliche Budget in Deutschland

Die Umsetzung des Persönlichen Budget wurde/wird in Deutschland seit 2001 inzwischen in zwölf der insgesamt sechzehn Bundesländer im Rahmen von Modellprojekten erprobt (siehe Abschnitt 3.4.1). Die meisten dieser Modellprojekte wurden wissenschaftlich begleitet und ausgewertet, so dass inzwischen verschiedene Forschungsberichte vorliegen (vgl. Tabelle 25).

Die umfassendste Studie wurde im Auftrag der Bundesregierung im Rahmen der Begleitforschung zur Umsetzung des (trägerübergreifenden) Persönlichen Budgets erstellt (vgl. Metzler et al. 2007). Hierbei wurde die Modellerprobung in acht Bundesländern im Forschungsverbund der Universitäten Tübingen und Dortmund sowie der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Über den gesamten Projektzeitraum von Oktober 2004 bis Juni 2007 konnten insgesamt knapp 500 bewilligte Budgets dokumentiert und sowohl im Hinblick auf ihre Ausgestaltung als auch auf ihre Wirkungen ausgewertet werden (vgl. Tabelle 26). Diese Daten bilden im Kern die Grundlage für die folgenden Ausführungen.

Tabelle 25: Übersicht über wissenschaftliche Studien zur Umsetzung des Persönlichen Budgets in Deutschland

Studien, Forschungsberichte	Bundesland	Zeitraum	Einbezogene Budgets
<p>Kaas 2002: Persönliches Budget für behinderte Menschen. Evaluation des Modellprojektes „Selbst bestimmen – Hilfe nach Mass für behinderte Menschen“ in Rheinland-Pfalz. Baden-Baden: Nomos.</p> <p>MASFG – Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz 2001: Selbst bestimmen. Hilfe nach Mass für Behinderte. Abschlussbericht zum Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz. Mainz.</p>	Rheinland-Pfalz	1998-2000	N = 26
<p>Kastl & Metzler 2005: Modellprojekt Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Hrsg. v. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Stuttgart.</p>	Baden-Württemberg	2001-2005	N = 49
<p>Windheuser, Ammann & Warnke 2006: Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens zur Einführung Persönlicher Budgets für Menschen mit Behinderung in Niedersachsen.</p>	Niedersachsen	2004-2006	N = 53
<p>Schäfers et al. 2007: Persönliches Budget im Heim. Abschlussbericht zum Projekt PerLe. Wiesbaden (<i>in Vorbereitung</i>)</p>	Nordrhein-Westfalen (ein Wohnheim)	2003-2007	N = 18
<p>Metzler et al. 2007: Modellprojekte trägerübergreifendes Persönliches Budget. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (<i>in Vorbereitung</i>)</p>	Berlin, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen	2004-2007	N = 494 (Grunddaten: N = 850)

Tabelle 26: Übersicht über die Untersuchungsbereiche der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Umsetzung (trägerübergreifender) Persönlicher Budgets in acht Bundesländern 2004-2007

Grunddaten	Anzahl der bewilligten Budgets
	Art, Zusammensetzung und Höhe der Leistungen
	Personenkreis der Budgetnehmer/innen
Ausgestaltung der Budgets	Antragsverfahren
	Bedarfsfeststellung
	Budgetbemessung
	Qualitätssicherung
	Budgetberatung und -unterstützung
Voraussetzungen und Wirkungen des Budgets	Wirkungen auf die Lebensführung der Budgetnehmer/innen und ihre Bewertung
	Wirkungen auf die Administration
	Wirkungen auf die Versorgungsstrukturen

Quelle: Metzler et al. 2007

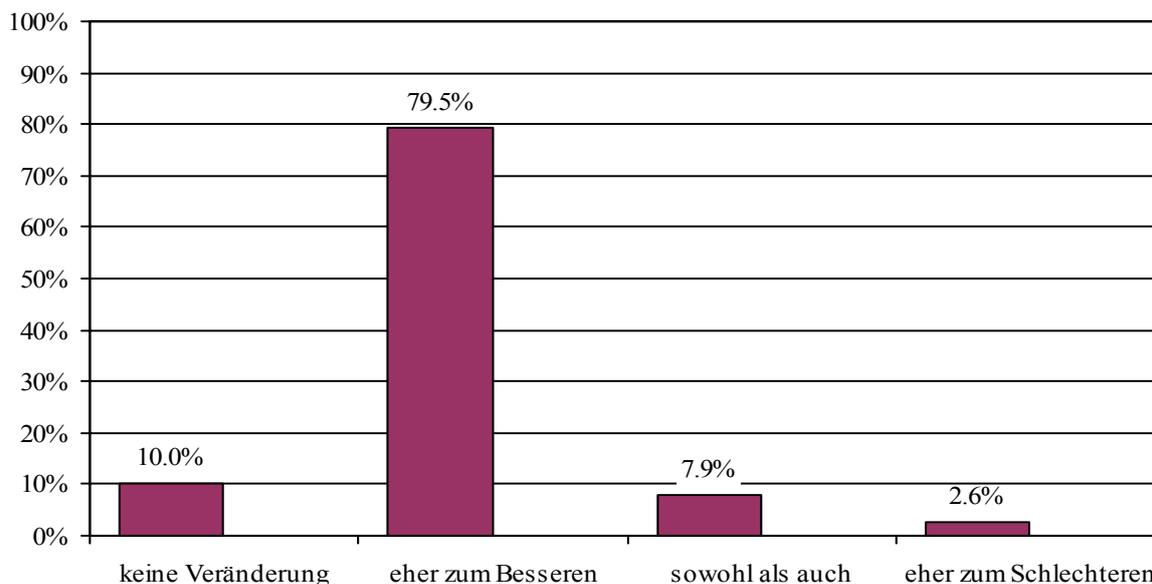
5.4.1. Wirkungen auf die Nutzer/innen

Gemäss der zentralen Zielsetzung des Persönlichen Budgets in Deutschland, Menschen mit Behinderung Selbstbestimmung und soziale Teilhabe zu ermöglichen, richten sich die Forschungsfragen insbesondere auf die Wirkungen der Geldleistungen auf die Lebenssituation der Budgetnehmer/innen: auf ihre Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung, auf ihre Partizipation an zentralen Lebensbereichen und auf ihre Lebensqualität insgesamt. Da diese Wirkungskriterien in hohem Masse subjektiv bestimmt sind, da sie von individuellen Bedürfnissen, Lebensweisen und Zielen abhängen, stehen die Einschätzungen und Bewertungen der Budgetnehmer/innen selbst im Zentrum der Forschung. Knapp 200 Personen⁷³ wurden mittels halbstandardisierter Fragebögen (in schriftlichen, telefonischen und persönlichen Befragungen) nach ihren Einschätzungen und Bewertungen gefragt (vgl. im Folgenden Metzler et al. 2007, Kap. VII).

Die überragende Mehrheit der Budgetnehmer/innen berichtet von positiven Veränderungen in ihrem Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets. Jeweils zehn Prozent nehmen keine oder (teils) negative Veränderungen wahr (siehe Grafik 15).

⁷³ Im Hinblick auf die Ausprägung und Verteilung der personenbezogenen Merkmale (Alter, Geschlecht, Behinderungsart, gegenwärtige Wohn- und Beschäftigungssituation) sowie der budgetbezogenen Merkmale (Zusammensetzung der Budgets, beteiligte Leistungsträger, Budgethöhe) bildet die Gruppe der befragten Budgetnehmenden die Grundgesamtheit aller dokumentierten Budgetnehmenden in wesentlichen Punkten adäquat ab.

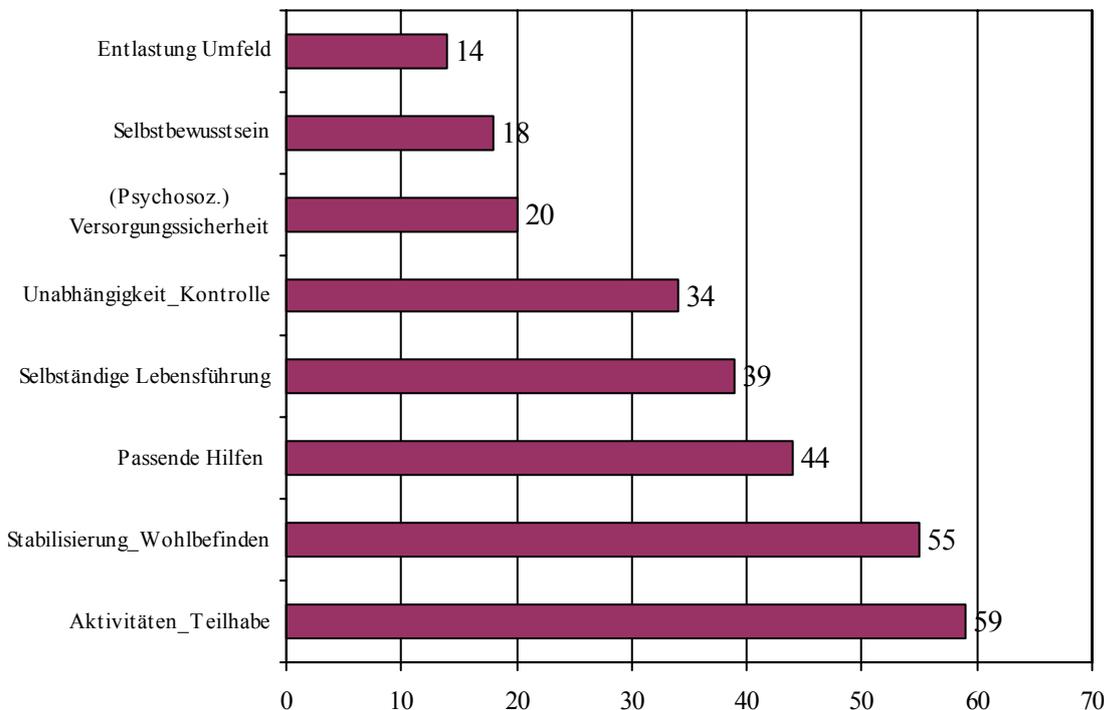
Grafik 15: Verteilung der Veränderungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets (n= 190)



Quelle: Metzler et al. 2007

Die erlebten Veränderungen beziehen sich auf eine Vielzahl an Wirkungsdimensionen (siehe Grafik 16).

Grafik 16: Anzahl der genannten Verbesserungen im Leben seit Erhalt des Persönlichen Budgets (Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen, n = 283)



Quelle: Metzler et al. 2007

Im Vordergrund steht ein Zuwachs an Aktivitäten und sozialer Teilhabe, und zwar unabhängig von der Art der Behinderung. Die Budgetnehmer/innen fühlen sich mobiler und erleben mehr Möglich-

keiten, ihre Freizeit ausserhalb der eigenen Wohnung zu gestalten (z.B. Sport, Ausflüge). Einen zentralen Stellenwert nimmt hierbei die Verbesserung sozialer Kontakte ein; viele Budgetnehmer/innen erleben sich als weniger isoliert, können bestehende Kontakte besser pflegen oder lernen neue Menschen kennen.

An zweiter Stelle stehen positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Budgetnehmer/innen. Sie fühlen sich psychisch und gesundheitlich stabiler und nehmen (neue) Perspektiven im Leben und eine insgesamt gesteigerte Lebensqualität wahr.

Als ebenfalls bedeutsam erweisen sich an dritter Stelle positive Veränderungen im Hinblick auf die (bessere) Passung der Hilfen. Diese Angaben beziehen sich in erster Linie auf die erlebten Entscheidungsfreiräume bei der Auswahl der Assistenzleistungen. Insbesondere die Möglichkeit, die unterstützenden Personen auswählen zu können, bewerten die Budgetnehmer/innen als sehr positiv. In diesem Zusammenhang wird auch auf die einfache und (zeitlich) flexible Organisation der Hilfen verwiesen, und einige Budgetnehmer/innen geben an, dass sie mit dem Persönlichen Budget quantitativ mehr Unterstützung realisieren können.

Auch die veränderten Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung spielen eine wichtige Rolle, die häufig im Zusammenhang mit der (veränderten) Wohnsituation steht. Vielen Budgetnehmer/innen gelingt es, über die individuell passende Unterstützung das Leben in einer eigenen Wohnung aufrechtzuerhalten, Klinikaufenthalte oder eine Heimaufnahme zu vermeiden sowie aus einer stationären Wohneinrichtung oder aus der Herkunftsfamilie in eine private Wohnform zu ziehen. Relevant sind zudem die gewonnene Unabhängigkeit von Angehörigen und Diensten und die (wiedererlangte) Kontrolle über die Gestaltung des eigenen Lebens.

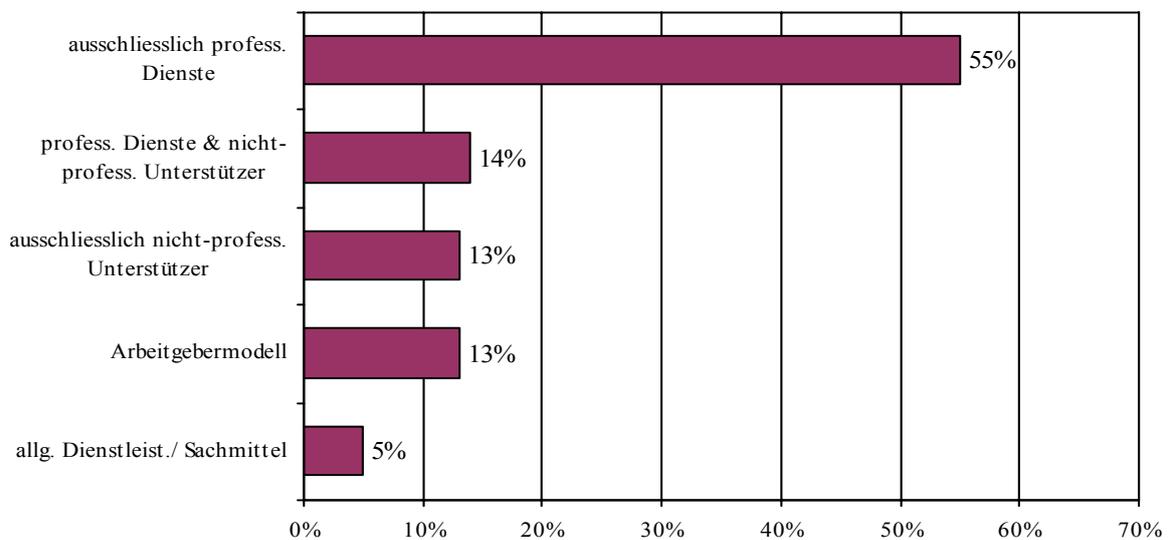
Darüber hinaus empfinden manche Budgetnehmer/innen mehr Versorgungssicherheit, auch in Krisensituationen, einen Zuwachs an Selbstbewusstsein sowie positive Veränderungen für das soziale Umfeld wie eine Entlastung der Eltern.

5.4.2. Wirkungen auf Leistungserbringer

Die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen in der Unterstützung für Menschen mit Behinderung, insbesondere der Ausbau ambulanter Hilfen, ist ein weiterer der gewünschten Effekte, die von der Einführung des Persönlichen Budgets in Deutschland erhofft werden (siehe Abschnitt 3.4.1). Angesichts der insgesamt immer noch sehr geringen Inanspruchnahme des Budgets, welche die Nachfrage von Dienstleistungen in der Fläche nicht wesentlich beeinflusst, lassen sich derzeit zumindest in der Quantität noch keine erfahrungsbasierten Aussagen zu den Auswirkungen auf die Leistungserbringer treffen.

Gleichwohl finden sich in der Studie von Metzler et al. (2007) Angaben darüber, für welche Formen der Leistungserbringung die Budgetnehmer/innen ihre Gelder verwenden sowie darüber, welche Erfahrungen nachgefragte Dienstleister mit dem Budget machen. Diese Informationen liefern erste Hinweise darauf, in welche Richtung sich der Dienstleistungsmarkt bei einer wachsenden Zahl an Budgetnehmenden verändern könnte (siehe Grafik 17).

Grafik 17: Verteilung der Budgetfinanzierten Unterstützungsformen (n=191)

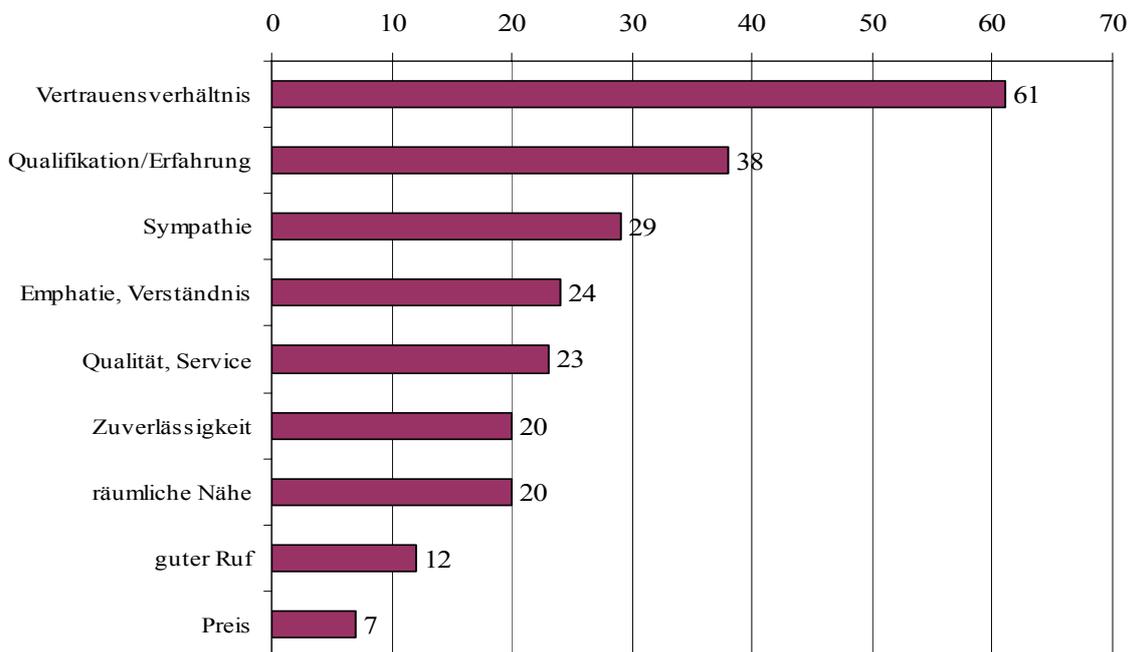


Quelle: Metzler et al. 2007

Es zeigt sich, dass die professionellen Dienste im Rahmen des Persönlichen Budgets weiterhin eine herausragende Rolle spielen. Über die Hälfte der Budgetnehmer/innen schliessen Leistungsverträge mit sozialen Einrichtungen und Diensten, in erster Linie für pädagogische, therapeutische oder pflegerische Fachkräfte.

Die übrigen Budgetnehmer/innen organisieren ihre Hilfe in einer Kombination aus professionellen und nicht professionellen Unterstützern (14%) bzw. ausschliesslich über nicht-professionelle Personen (13%). Hierunter fallen nebenberufliche Kräfte wie Haushaltshilfen, studentische Kräfte und private Personen wie Nachbarn, Bekannte oder Freunde. Angehörige werden nur in wenigen Ausnahmefällen über das Budget bezahlt, sie leisten in der Regel kostenlose Unterstützung. Einige Budgetnehmer/innen (13%) stellen Persönliche Assistenten und Assistentinnen nach dem Arbeitgebermodell an, und manche Personen (5%) zahlen mit ihrem Persönlichen Budget ausschliesslich allgemeine Dienstleistungen und Sachmittel wie Mitgliedsbeiträge in Sportvereinen, Kursgebühren, Eintrittskarten oder Fahrtkosten.

Als entscheidend für die Auswahl von Diensten und Personen erweist sich für die Budgetnehmer/innen, dass sie Vertrauen zu diesen haben, gefolgt von Aspekten der Qualifikation und Erfahrung sowie Sympathie (siehe Grafik 18).

Grafik 18: Anzahl genannter Gründe von Budgetnehmenden für die Auswahl von unterstützenden Diensten / Personen (n= 191, Mehrfachantworten)

Quelle: Metzler et al. 2007

Die meisten der befragten Leistungsanbieter, die Unterstützung für Budgetnehmer/innen erbringen⁷⁴, geben kann, dass sie ihr Leistungsangebot nicht verändern mussten, um den Nachfragen gerecht zu werden. Einige Dienste berichten von notwendigen Anpassungen bezüglich der Ausweitung personeller Ressourcen, der Kooperation mit externen Dienstleistern (Hauswirtschaft und Transport) sowie der konzeptionellen Weiterentwicklung von Leistungsmodulen.

Bezüglich der (erwarteten bzw. gewünschten) Wirkungen des Persönlichen Budgets auf das Gefüge von stationären und ambulanten Leistungen⁷⁵ lassen sich auf der vorliegenden Datenbasis in der Fläche keine verlässlichen Aussagen treffen. Exemplarische Budgetkonstellationen lassen jedoch erhebliches Entwicklungspotenzial insbesondere seitens stationärer Einrichtungen erkennen. So zeigen die Ergebnisse eines Modellversuchs zur Umsetzung eines Persönlichen Budgets in einem Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Wacker, Wansing, Schäfers 2005; Schäfers, Wacker, Wansing 2007), dass das Persönliche Budget erhebliche Umstellungsprozesse in der Leistungsgestaltung nach sich zieht, die zwar allen Beteiligten eine nennenswerte Neuorientierung abverlangen, sich jedoch insgesamt positiv auf das Leistungsergebnis auswirken: Die Partizipation der Bewohner/innen am Gesamtprozess der Leistungserstellung, die Differenzierung der stationären Leistungen sowie ihre Ergänzung durch ambulante und private Hilfen unterstützen die Individualisierung und

⁷⁴ Informationen liegen zu insgesamt 29 Leistungserbringern vor, die Unterstützung für insgesamt 109 Budgetnehmer/innen erbringen.

⁷⁵ Bei den wohnbezogenen Leistungen der Sozialhilfe dominieren in Deutschland die stationären Unterstützungsformen: Von insgesamt ca. 250.000 Empfänger/innen von Eingliederungshilfen im Bereich Wohnen erhalten 77% stationäre und 23% ambulante Leistungen (vgl. BAGüS - Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2006, 10).

damit die Passgenauigkeit der Unterstützung. Gleichwohl zeigen die Erfahrungen im Modellversuch, dass sich eine individuelle Leistungsgestaltung im Rahmen des Persönlichen Budgets nicht mit der traditionellen (gruppenbezogenen) Arbeitsorganisation bzw. Dienstplangestaltung einer Wohneinrichtung vereinbaren lässt und grundlegende Veränderungen der Personal- und Dienstzeitplanung unverzichtbar sind.

Insgesamt deutet vieles in Deutschland darauf hin, dass eine personenbezogene Steuerung von Leistungen über ein Persönliches Budget dazu beiträgt, dass die bislang starren Grenzen zwischen ambulanten und stationären Dienstleistungsstrukturen durchlässiger gestaltet werden. Dies gilt sowohl für die Ergänzung stationärer (Teil-)Leistungen durch ambulante Dienste und private Hilfen als auch für die Inanspruchnahme stationärer (Teil-)Leistungen von Budgetnehmenden, die in einer eigenen Wohnung leben.

5.4.3. *Wirkungen auf die Kosten der Leistungserbringung*

Die Frage, ob und in welchem Masse mit der Leistungserbringung über ein Persönliches Budget Kosteneinsparungen erzielt werden können, wird in Deutschland lebhaft und kontrovers diskutiert. In Anbetracht der vorliegenden Datenbasis von etwa eintausend wissenschaftlich dokumentierten Budgets lassen sich hierzu keine empirisch abgesicherten Aussagen treffen. Insgesamt ist die Frage nach Kosteneinsparungen auf der Ebene der Globalkosten kaum und im Einzelfall nur schwierig zu beantworten, da dies einen Vergleich mit der bisherigen (Sach-)Leistung bzw. mit einer möglichen (und wahrscheinlichen) Leistungsalternative voraussetzt und so vielfach nur hypothetischen Charakter haben kann⁷⁶. Zusätzlich erschwert werden Kostenbeurteilungen in Deutschland durch

- regional unterschiedliche Vergütungen von (Sach-)Leistungen bzw. verschiedene Modelle der Budgetbemessung (siehe Abschnitt 3.4),
- teils erhebliche Preisunterschiede der sozialen Einrichtungen und Dienste sowie
- fehlende Leistungs- und Kostentransparenz seitens der Anbieter.

Vergleichsrechnungen für Budgetnehmer/innen eines Modellprojektes im Bundesland Baden-Württemberg zeigen, dass das Persönliche Budget bei jenen Budgetnehmer/innen Einspareffekte erzielte, die zuvor in einer stationären Einrichtung gelebt haben und über das Budget in eine ambulant betreute Wohnform umgezogen sind (vgl. Kastl & Metzler 2005, 183). Hierbei handelt es sich jedoch ausschliesslich um Personen mit Unterstützungsbedarfen in niedrigem oder mittlerem Umfang, so dass dieses Ergebnis nicht auf Menschen mit hohen Unterstützungsbedarfen übertragen werden kann, bei denen eine Umstellung von stationärer Versorgung auf das Persönliche Budget im Einzelfall durchaus mit Kostensteigerungen verbunden sein könnte.

⁷⁶ Vgl. eine ausführliche Diskussion der Schwierigkeiten, Kosteneffekte des Persönlichen Budgets zu beurteilen in Kastl und Metzler (2005, 179ff.). In den Modellprojekten zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget beantragt etwa ein Viertel der Leistungsberechtigten mit dem Budget erstmals eine Leistung beim zuständigen Leistungsträger (vgl. Metzler et al. 2007), sodass Kostenvergleiche nur hypothetisch anzustellen sind.

Insgesamt muss im Kontext der ökonomischen Wirkungen des Persönlichen Budgets darauf hingewiesen werden, dass im Sinne der Effektivität und Effizienz die eingesetzten Ressourcen grundsätzlich nur im Verhältnis zur Zielerreichung beurteilt werden dürfen. Unter diesem Gesichtspunkt kann von Kosteneinsparungen durch das Persönliche Budget immer dann gesprochen werden, wenn (im Verhältnis zur Sachleistung) mit gleichen oder weniger Ressourcen mehr Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität für den einzelnen Budgetnehmer realisiert werden kann.

5.4.4. *Andere Wirkungen*

Das Persönliche Budget wirkt sich auf die Verwaltung aus. Denn es bedeutet für die Verwaltungsbehörden in Deutschland eine teils erhebliche Umstellung, weil sich tradierte Vorgehensweisen der Sachleistungspraxis nicht oder nur in abgeänderter Form auf das Bewilligungsverfahren im Kontext des Persönlichen Budgets übertragen lassen. Neu sind insbesondere die Unverzichtbarkeit einer individuellen Bedarfsfeststellung und Leistungsbemessung sowohl im Dialog mit den Leistungsberechtigten als auch mit den im Einzelfall beteiligten anderen Leistungsträgern (Partizipation und Kooperation).

Vor diesem Hintergrund sind Wirkungen der Einführung des Persönlichen Budgets auf das Verwaltungshandeln zu erwarten. Dies betrifft unter anderem den fallbezogenen zeitlichen Aufwand (vgl. Metzler et al. 2007). Hier lässt sich beobachten, dass die durchschnittliche Bearbeitungszeit vom Tag der Antragstellung bis zum Bewilligungsbescheid im Zeitverlauf der Modellprojekte abnimmt, was auf eine zunehmende „Routine“ sowohl in der Entscheidung über budgetgeeignete Leistungen als auch in den verwaltungsinternen Bearbeitungsschritten hindeutet. Ein solcher Trend lässt sich hingegen im Aufwand der personenbezogenen Fallaktivitäten von Sachbearbeiter/innen und anderen im Einzelfall beteiligten Stellen nicht feststellen, so dass zum derzeitigen Zeitpunkt nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich der Umfang an fallbezogenen Aktivitäten mit zunehmender Routine in der Bearbeitung verringert. Es liegen zwar keine systematischen Vergleichsdaten zum Verwaltungsaufwand im Sachleistungssystem vor, aber nach Einschätzungen von beteiligten Leistungsträgern unterscheiden sich die rein verwaltungsbezogenen Abläufe des Budgets – nach einer gewissen Einarbeitungszeit – prinzipiell nicht von den Verfahren und dem Aufwand bei der Bewilligung von Sachleistungen; allerdings nehmen die Aufgaben der individuellen Bedarfsfeststellung, der Verständigung über Teilhabeziele und die gemeinsame Erarbeitung einer Zielvereinbarung (siehe Abschnitt 3.1.3) dauerhaft erhebliche zeitliche Ressourcen in Anspruch (vgl. Metzler, Meyer, Rauscher, Schäfers & Wansing 2006, 132f.). Dies gilt insbesondere dann, wenn im Einzelfall mehrere Leistungsträger am Verfahren beteiligt werden müssen.

Die Studie zur Einführung des Persönlichen Budgets im Wohnheim (vgl. Wacker et al. 2005; Schäfers et al. 2007) zeigt, dass die neue Leistungsform sich auch auf das professionelle Selbstverständnis bzw. die professionelle Handlungsweise von Mitarbeitenden sozialer Dienste auswirkt. So ist es aus Sicht der Mitarbeiter/innen ein wesentlicher Effekt des Persönlichen Budgets, dass individuelle Unterstützungsansprüche der einzelnen Bewohner/innen transparenter werden und daher im Unterstützungsarrangement besser berücksichtigt werden können. Planungen werden so strukturierter, verlässlicher und nachvollziehbarer und die Handlungssicherheit der Mitarbeitenden wird insgesamt gestärkt. Insgesamt hat die Einführung des Persönlichen Budgets nach Aussage einiger Mitar-

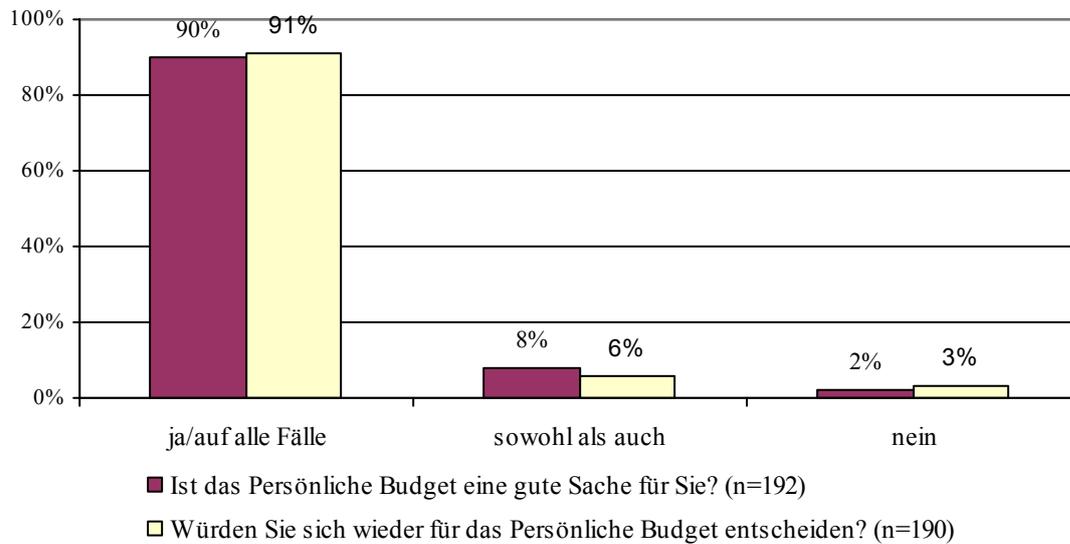
beiter/innen zu einer stärkeren Auseinandersetzung mit den Arbeitsinhalten und -prozessen geführt und dadurch zu einer Steigerung der Qualität und Professionalität der eigenen Arbeit.

Auch die im Rahmen der Studie von Metzler et al. (2007) befragten Dienstleister schätzen die neue Dienstleistungsbeziehung zwischen Budgetnehmer/innen und Unterstützern insgesamt positiv ein. So erhöhe die gemeinsame Vereinbarung von Unterstützungszielen seitens der Mitarbeiter/innen die Sicherheit, im Interesse der Adressaten zu arbeiten und seitens der Adressaten die Motivation, Leistungen auch tatsächlich zu nutzen (vgl. Metzler et al. 2007).

Als negative Wirkung des Persönlichen Budgets auf die professionellen Handlungsvollzüge sehen Dienstleister vielfach einen erhöhten organisatorischen und bürokratischen Aufwand, u.a. aufgrund der individuellen Vertragsgestaltung mit den Budgetnehmer/innen und der Dokumentation. Einige professionelle Unterstützer empfinden zudem einen erhöhten Konkurrenzdruck sowohl im Verhältnis zu anderen Diensten als auch zu Kolleginnen und Kollegen im eigenen Team (Schäfers et al. 2007; Metzler et al. 2007).

5.4.5. *Würdigung*

Obwohl Modellerprobungen des Persönlichen Budgets in Deutschland bereits seit 2001 seitens des Gesetzgebers möglich und gewünscht sind und es inzwischen in drei Viertel aller Bundesländer Modellprojekte gab bzw. gibt, sind die Erfahrungen insgesamt immer noch sehr gering. Die etwa ein-tausend wissenschaftlich dokumentierten und ausgewerteten Budgets, die zum Zeitpunkt der Auswertung überwiegend erst seit ein bis zwei Jahren laufen, stellen keine verlässliche Datenbasis im statistischen Sinne dar, die repräsentative Aussagen zu (nachhaltigen) Wirkungen des Persönlichen Budgets zuliesse. Dies betrifft insbesondere Effekte auf die Kostenentwicklung sowie auf die Entwicklung der Dienstleistungsstrukturen. Gleichwohl erlauben die Forschungsergebnisse angesichts der abgebildeten Heterogenität der einbezogenen Budgets bzw. Budgetnehmer/innen erste Einschätzungen insbesondere die Wirkungen auf die Lebensführung der Budgetnehmer/innen betreffend. So lässt sich schlussfolgern, dass das Persönliche Budget seine gewünschten Wirkungen für Menschen mit Behinderung unabhängig vom Alter, vom Geschlecht und von Art und Umfang des Unterstützungsbedarfes entfalten kann. Die Auswertung der Nutzerperspektive zeigt, dass das Persönliche Budget zu insgesamt positiven, zum Teil beeindruckenden Veränderungen im Leben der Budgetnehmenden in Richtung Selbstbestimmung und Teilhabe führt. Eine zentrale Rolle spielen hierbei die individuell passenden Hilfen, die zeitlich und sozial flexibel gewählt und organisiert werden. Zudem wirkt sich das Persönliche Budget positiv auf psychische und emotionale Aspekte des Selbstbewusstseins und Wohlbefindens aus. Dabei scheint die konkrete Ausgestaltung des Persönlichen Budgets keinen wesentlichen Einfluss auf die Gesamtbewertung der Budgetnehmer/innen zu haben (siehe Grafik 19).

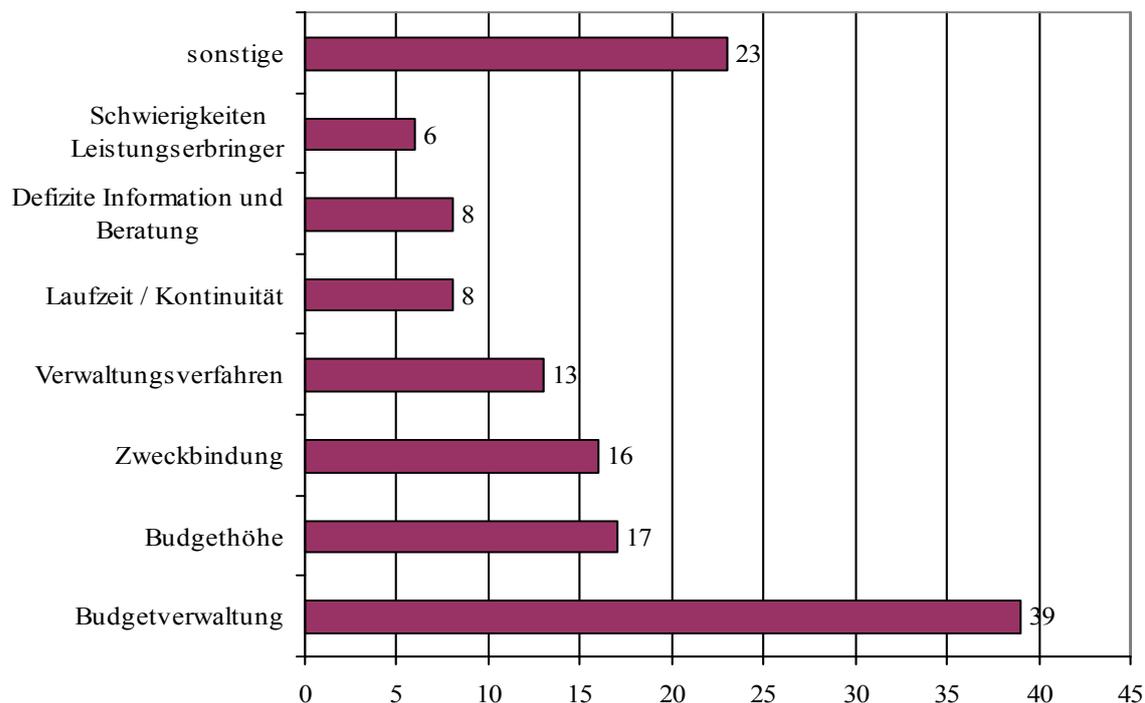
Grafik 19: Verteilung der Gesamtbewertungen des Persönlichen Budgets durch Budgetnehmer/innen

Quelle: Metzler et al. 2007

Trotz der unterschiedlichen regionalen Voraussetzungen der Leistungserbringung bzw. der verschiedenen Vorgehensweisen in den zentralen Verfahrensschritten der Bedarfsfeststellung, Budgetbemessung und Zielvereinbarung in den verschiedenen Modellregionen (siehe Abschnitt 3.4.2) kommen fast alle Budgetnehmer/innen zu einer positiven Beurteilung des Persönlichen Budgets: Sie bewerten das Budget für sich als gute Sache und würden sich noch einmal dafür entscheiden.

Trotz dieser insgesamt positiven Wirkungen und Bewertungen lassen sich zentrale Schwachstellen der neuen Leistungsform identifizieren. So nennt jeder Person unter den Budgetnehmenden Nachteile des Persönlichen Budgets, die es ernst zu nehmen gilt (siehe Grafik 20).

Grafik 20: Anzahl Nennungen von Nachteilen des Persönlichen Budgets aus Sicht der Budgetnehmenden (n= 130)



Quelle: Metzler et al. 2007

Dies betrifft insbesondere die sehr häufig geäußerte Belastung im Zusammenhang mit der Budgetverwaltung sowie die vielen kritischen Äußerungen zu den Verwaltungsverfahren, auch im Hinblick auf die teilweise enge Zweckbindung der Budgets.

Die kritischen Äußerungen der Budgetnehmer/innen verweisen insgesamt auf zentrale Entwicklungspotenziale des Persönlichen Budgets in Deutschland, die auch von Fachleuten bzw. in der Politik diskutiert werden: Verfügbarkeit (kostenloser) Budgetassistenz, Verzicht auf eine enge Zweckbindung der Budgetleistungen sowie ein einfaches und transparentes Verwaltungsverfahren. Die erforderlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Optimierung dieser Aspekte sind gegeben, sie müssen nun von den beteiligten Akteuren umgesetzt werden.

5.5. Das Pflegegeld in Österreich

Die umfassendste Untersuchung zum Pflegegeldsystem in Österreich stammt aus dem Jahr 1997. Die Auswirkungen der Pflegevorsorge wurden von Badelt, Holzmann-Jenkins, Matul und Österle empirisch untersucht. Vor allem Auswirkungen auf pflegebedürftige Menschen wurden seither nicht mehr explizit und umfassend erfasst und analysiert. Neuere Studien – zumeist im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK) durchgeführt – bearbeiten spezifische Fragen rund um die Pflegevorsorge: Im Jahr 2001 wurde die Treffsicherheit der Leistungen, insbesondere die Missbrauchsproblematik durch einen Arbeitskreis des BMSK untersucht (vgl. Mazal 2000). Im Jahr 2002 wurden beschäftigungspolitische Fragen aufgegriffen (vgl. ÖBIG 2002)

und im Jahr 2004 wurde eine grössere Studie zur Qualität in der häuslichen Pflege durchgeführt (vgl. Nemeth & Pochobradsky 2004). Auskunft über die Verteilung der Pflegegeldbeziehenden nach Geschlecht, Wohnort, Pflegestufe, Alter etc. geben die Auswertungsberichte der Pflegedatenbank des Hauptverbandes und des BMSK. Die neusten Zahlen bezüglich Pflegegeldbeziehenden stammen vom Arbeitskreis für Pflegevorsorge und dem BMSK (für das Jahr 2005). Die Kostenentwicklung im Bereich der Pflegevorsorge thematisiert die Studie von Schneider et al. aus dem Jahr 2006.

Über die weiteren Angebote in Österreich, wie das Modell der Persönlichen Assistenz am Arbeitsplatz (PAA) und die regionalen Projekte für Persönliche Assistenz (PA) in Oberösterreich und Wien, liegen bislang keine publizierten Studien vor. Im abschliessenden Abschnitt (5.5.6) werden diese Leistungssysteme dennoch kurz gewürdigt.

5.5.1. Wirkung auf die Nutzer/innen

Gemäss der Studie von Badelt et al. (1997) hat sich die Lage der hilfe- und betreuungsbedürftigen Personen seit Einführung des Pflegevorsorgesystems 1993 verbessert. Die Zufriedenheit der Betroffenen und deren Angehörigen hat sich im Vergleich zu vorher deutlich erhöht (vgl. Badelt et al. 1997, zit. nach Gruber & Pallinger 2003). Die Mehrheit der Pflegegeldbeziehenden fühlt sich in ihrer Unabhängigkeit gestärkt. Die Entscheidungsfreiheit hinsichtlich professioneller Dienste bzw. privater Pflege konnte mit dem Pflegegeld erhöht werden. Die meisten Pflegegeldbeziehenden wollen im privaten Umfeld bleiben und fühlen sich mit dem Pflegegeld finanziell unabhängiger. Angehörige sehen im Pflegegeld eine Möglichkeit, die Einweisung der pflegebedürftigen Personen in ein Heim zu vermeiden (vgl. Nemeth & Pochobradsky 2004).

Dem entsprechen auch die Aussagen von Johannes Rudda im Rahmen der Expertenbefragung. Er meint, dass Betroffene grundsätzlich zufrieden mit dem Pflegegeldsystem sind, weil es eine Verbesserung gegenüber dem alten Hilflosenzuschuss darstellt (Befragung vom 16.7.2007).

5.5.2. Wirkung auf Leistungserbringer

Wie in der Studie von Badelt et al. (1997) festgestellt wurde, nehmen seit der Einführung des Pflegegeldes mehr Personen professionelle soziale Dienste in Anspruch (vgl. Badelt et al. 1997, zit. nach Gruber & Pallinger 2003). Dieser Effekt überrascht nicht, denn die Revision des österreichischen Systems zur Absicherung von Pflegebedürftigkeit wollte gerade eine Kombination von Sach- und Geldleistungen ermöglichen und entsprechend fördern. Nach wie vor werden allerdings 80% der pflegebedürftigen Personen zu Hause im privaten Umfeld gepflegt (vgl. Österle & Hammer 2004, 36).

Seit 1993 wird der mangelhafte Ausbau an bedarfsgerechten Strukturen an ambulanten und stationären Angeboten immer wieder problematisiert. Wie eine Studie von 2004 zeigt, wurden die professionellen Angebotsstrukturen in der Zwischenzeit beträchtlich ausgebaut (vgl. Schaffenberger & Pochobradsky 2004). Auch Herr Rudda weist in der Befragung darauf hin, dass sich die Leistungsfähigkeit der sozialen Dienste verbessert hat. Die „flächendeckende Versorgung mit leistbaren qualitativ hochwertigen sozialen Diensten“ muss aber weiter sichergestellt werden. In den verschiedenen Bundesländern sind momentan unterschiedliche Standards vorzufinden (Befragung vom 16.7.2007).

5.5.3. *Wirkung auf die Kosten der Leistungserbringung*

Mit der Zahl der Pflegegeldbeziehenden (siehe Abschnitt 3.5.4) steigen auch die staatlichen Ausgaben. Angesichts des Profils der Bezüger/innen (fast jede zweite Person mit einem Pflegebudget ist bereits über 80 Jahre alt ist; vgl. bmsk: Arbeitskreis für Pflegevorsorge 2007b, 42) ist der Anstieg bei den Nutzer/innen und Kosten vor allem der demographischen Entwicklung geschuldet (vgl. Gruber & Pallinger 2003, 214f.).

Der Studie von Schneider et al. (2006, 13), welche Zahlen des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2004 verarbeitet, ist zu entnehmen, dass Österreich im Jahr 2004 1.77 Mrd. Euro ins Pflegegeld investierte. Dem stehen Ausgaben von rund 1.32 Mrd. Euro für Alten- und Pflegeheime sowie 0.297 Mrd. Euro für die Mobilen Dienste gegenüber. Zu berücksichtigen ist, dass die Kosten für stationäre und ambulante Dienste auch durch Pflegegeldanteile, durch weitere Mittel der Nutzenden und durch Mittel der öffentlichen Hand gedeckt werden. Grundsätzlich ist von einem Nettoaufwand der öffentlichen Hand für den Bereich Pflege von rund 2.7 Mrd. Euro auszugehen. Hinzu kommen gemäss Schätzungen informelle Betreuungsleistungen im Wert von rund 2 bis 3 Mrd. Euro pro Jahr (vgl. Schneider et al. 2006, 13).

Ein Kostenvergleich von Pflegegeld und Sachleistungen (Schneider et al. 2006) zeigt auf, dass die durchschnittliche Höhe des Pflegegeldes von 400 Euro pro Monat wenig Spielraum erlaubt. Die Studie rechnet mit Kosten für einen Platz im Pflegeheim von 1000 bis 6000 Euro pro Monat (inkl. Übernachtung und Verpflegung). Bei Kosten von 14 bis 20 Euro pro Pflegestunde im stationären Bereich würde das Pflegegeld erlauben, maximal eine Stunde im stationären Bereich pro Tag zu finanzieren. Qualifizierte Unterstützung einer diplomierten Gesundheits- oder Krankenpflegekraft, die mit 22 bis 42 Euro pro Stunde zu veranschlagen ist, könnte nur etwa für vier Stunden pro Woche zugekauft werden (vgl. Schneider et al. 2006, 1).

5.5.4. *Andere Wirkungen*

Wie bereits angesprochen, werden 80% der Pflegegeldbeziehenden von Angehörigen zu Hause gepflegt. Aus diesem Grund wurde 2004 eine Untersuchung zur Qualität in der häuslichen Pflege auf Basis einer Stichprobe von rund 2000 Pflegegeldbeziehenden durchgeführt (vgl. Nemeth & Pochobradsky 2004). Grundsätzlich kann die Pflegequalität als hoch eingestuft werden, jedoch wurde festgestellt, dass die Pflegearbeit für die Pflegenden mit starken körperlichen und psychischen Belastungen verbunden ist. So gibt knapp 50% der befragten Pflegenden an, unter Kreuzschmerzen zu leiden. Im psychischen Bereich werden vor allem die grosse Verantwortung und die zeitliche Verfügbarkeit als belastend erlebt. Zusätzliche professionelle Soziale Dienste werden nur von einem Drittel der Pflegegeldbeziehenden und vor allem für Körperpflege in Anspruch genommen (vgl. Nemeth & Pochobradsky 2004, 24). Festgestellt wird auch ein grosses Defizit an Informationen, vor allem im Bereich der Prophylaxe, der Auswahl und Beschaffung der Hilfsmittel; bei den Angeboten von Kurzzeitpflege und professionellen Diensten waren die Betroffenen nur ungenügend informiert (vgl. Nemeth & Pochobradsky 2004, 29f.). Gemäss Rudda gilt es zu berücksichtigen, dass mit der Einführung des Pflegegelds Angehörige erstmals eine entsprechende Anerkennung erfuhren. In diesem Bereich besteht aber nach wie vor Handlungsbedarf, so soll beispielsweise die Kurzzeitpflege zur Entlastung der Angehörigen (geregelt in § 21a BPGG) stärker gefördert werden (Befragung vom 16.7.2007).

5.5.5. Würdigung

Das Pflegegeld in Österreich kann auf eine langjährige Tradition zurückblicken. Gemäss Herrn Ruddy liegen die Vorteile des Pflegegeldsystems in seiner Einkommensunabhängigkeit, in der grundsätzlichen Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme von Leistungserbringern und der damit einhergehenden zunehmenden Selbstbestimmungsmöglichkeit (Befragung vom 16.7.2007). Auch die Bemessung des Pflegegeldes über eine Abstufung in sieben Kategorien wird von Ruddy als tauglich eingeschätzt, um eine Ausrichtung auf den Betreuungs- und Hilfebedarf einer Person zu realisieren (gemäss Hinweis Herr Ruddy, Befragung vom 16.7.2007).

Das Pflegegeld geht jedoch auch mit Herausforderungen einher. Ein erster Punkt betrifft seine Höhe. Als Gesetz, das als Beitrag zur Abgeltung der pflegebedingten Mehraufwendungen konzipiert wurde, trägt es faktisch nur zu einem geringen Teil zur Bewältigung der Pflegekosten bei Pflege zu Hause bei. Gemäss Aussagen von Ruddy sind häufig Alters- oder Invaliditätsrenten, private Ersparnisse oder Privatversicherungen (Lebensversicherungen) zusätzlich zur Kostendeckung notwendig (Befragung vom 16.7.2007). „Pflegebedürftigkeit ist ein Lebensrisiko, dessen finanziellen Konsequenzen die betroffenen Haushalte rasch überfordern kann“ (Schneider et al. 2006, 1). Es überrascht jedoch nicht, dass trotz Pflegegeld viele Pflegebedürftige auf Sozialhilfe angewiesen sind (vgl. Schneider et al. 2006, 1).

Die Pflegegeldhöhe steht auch für Frau Brozek von der Wiener Assistenz GmbH im Vordergrund ihrer Kritik am Pflegegeld. Nach ihr kann das Pflegegeld nur als Zuschuss verstanden werden, der zudem einem medizinischen Modell der Behinderung verpflichtet ist (Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007). Diesbezüglich bringt auch das neu eingeführte Modell der 24-Stunden-Begleitung wenig, da es sich dabei wiederum um einen Zuschuss handelt, der den Bedarf der Betroffenen nicht abdeckt. Ein grosser Teil der so genannten 24-Stunden-Begleitungen ist unbezahlte Anwesenheit (Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007).

Weil mit dem Pflegegeld nicht genügend Unterstützung eingekauft werden kann, ziehen immer mehr pflegebedürftige Personen Unterstützungskräfte aus dem Ausland bei (vgl. Brozek 2004a). Gemäss verschiedenen Schätzungen wird in ganz Österreich sehr viel Pflegearbeit durch Schwarzarbeit abgedeckt.⁷⁷ Dies sind insbesondere Pflegepersonen aus den östlichen Nachbarländern (vgl. Schneider et al. 2006, 9). In der Eindämmung der „illegalen Pflege“ sieht auch Ruddy Handlungsbedarf (Befragung vom 16.7.2007).

⁷⁷ Gemäss Schätzungen bzw. Erfahrungen von Hilfswerken und anderen Organisationen beziehen mindestens 20'000 pflegebedürftige Personen Leistungen auf dem schwarzen/grauen Pflegemarkt, d.h. ca. 40 000 Betreuende sind illegal tätig (vgl. Ruddy 2006, 445).

5.5.6. *Exkurs: Beurteilung der weiteren Leistungssysteme*

Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz (PAA)

Als wichtige Veränderung in der Praxis von Österreich erachtet Brozek die 2004 eingeführte Bundesrichtlinie für Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz (Interview vom 11.7.2007). Hier handelt es sich nach ihr um das erste Bundesregelwerk in die „richtige Richtung“, denn die Richtlinie betrifft den ganzen Lebensbereich Arbeit und Ausbildung. Studien über Erfolge und Wirkungen der Persönlichen Assistenz am Arbeitsplatz sind bislang nicht auszumachen.

Gemäss der Erfahrungen in der Beratungstätigkeit vermag Brozek zu erkennen, dass PAA-Beziehende viel häufiger ihre Arbeitsstelle behalten und eine Verbesserung der Lebensqualität erfahren, weil mehr Raum bleibt, sich vermehrt um den eigenen Lebensstil zu kümmern (Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007). Des Weiteren sind sie weniger auf die Unterstützung durch Arbeitskollegen und -kolleginnen angewiesen und können so gleichwertig arbeiten und sogar in Richtung Karriere blicken (Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007).

Insgesamt bringt PAA gemäss der Einschätzung von Brozek allerdings weniger, als man sich erhofft hat (Interview vom 11.7.2007). Das zeigt in erster Linie die geringe Zahl an Bezüglern und Bezüglern. Nach wie vor sind es in ganz Österreich weniger als 200 Personen mit einem Bezug von PAA. Dies erklärt Brozek einerseits mit der hohen Arbeitslosigkeit unter Menschen mit einer Behinderung und andererseits mit der fehlenden Ganzheitlichkeit. „Wenn ich nicht weiss, wie ich aus dem Bett komme, was nützt die PA im Büro.“ Nur für wenige Menschen reicht PAA aus (Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007).

Aus diesen Gründen plädiert Brozek für ein Modell von ganzheitlicher, bundesweit geregelter Assistenz, welches auf den Pfeilern der Richtlinie für PAA aufbaut und somit die Elemente „Einkommensunabhängigkeit“, „Assistenzkonferenz zur Bedarfsabklärung“ und „Betroffenenorganisationen als Durchführungsorgane“ aufweist (Interview vom 11.7.2007).

Modellprojekte zur Persönlichen Assistenz (PA)

Die verschiedenen Modellprojekte zur Persönlichen Assistenz und damit die in ganz Österreich stattfindenden Bestrebungen für eine ganzheitliche Persönliche Assistenz beurteilt Brozek grundsätzlich positiv. Gemäss Hinweisen von Brozek sind im Bereich dieser Projekte zur Persönlichen Assistenz aber verschiedene Punkte in Diskussion.

Zunächst ist zu problematisieren, dass viele länderspezifische Einzellösungen existieren, die letztlich einem klaren politischen Programm zur Begrenzung der institutionellen Betreuung entgegenstehen (Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007). Ein weiterer Diskussionspunkt ist der hohe Assistenzbedarf jener Personen, die – etwa im Wiener Modellprojekt – an solchen Modellprojekten teilnehmen. Brozek sieht hierfür den Grund darin, dass für diese Personengruppen bis dahin kaum befriedigende Angebote existieren (Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007). Damit steht seitens der Behörden die Befürchtung im Raum, dass ausschliesslich Personen mit 24 Stunden Bedarf PA beanspruchen werden.

Bei den Modellversuchen ist auch festzustellen, dass sie immer in irgendeiner Form mit Obergrenzen – sei es über maximale Budgets oder eine maximale Stundenzahl beim Bedarf – agieren. In Wien bekommen alle Teilnehmenden ein Budget, welches zwar selbstbestimmt verwaltet werden kann, im Endeffekt aber für eine Wahl der passenden Formen der Leistungserbringung nicht ausreicht. Die Folge davon ist, dass sich viele Teilnehmende als Arbeitgeber versuchen wollen, d.h. sie verwalten das eigene Budget ohne Unterstützung und scheitern damit immer wieder (Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007). Gemäss Brozek sind nicht alle Budgetnehmer/innen dieser Herausforderung gewachsen, was sich darin zeigt, dass zum Teil die Budgets nicht ausgeschöpft werden oder eine hohe Personalfuktuation unter den Leistungserbringern festzustellen ist.

Ein weiteres Problem bei der PA ist, dass viele Menschen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (wie z.B. Katheterisierung, Unterstützung mit dem Atemgeräte) benötigen. Diese Handlungen dürften nach den aktuellen gesetzlichen Grundlagen – wie auch Körperpflege und Nahrungsaufnahme – ausschliesslich von diplomiertem Krankenpflegepersonal durchgeführt werden⁷⁸. Diese Regelung ist in der Praxis jedoch auf diese Weise nicht handhabbar und die WAG plädiert gemäss Brozek folglich für eine landesweite Neuregelung (gemäss Hinweis Frau Brozek, Interview vom 11.7.2007).

5.6. Zusammenfassung Kenntnisstand über Wirkungen

Eine Zusammenfassung des Kenntnisstandes über die Wirkungen der einzelnen Assistenzmodelle, wie sie in den einzelnen untersuchten Ländern im Rahmen von Studien ermittelt worden sind, zeigt vielfältige Ergebnisse. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die thematische Reichweite der Erkenntnisse unterschiedlich ist, die Aktualität der Studien angesichts von Veränderungen in den einzelnen Assistenzmodellen nicht immer gegeben ist und letztlich der Gegenstand – die Konzeption und Praxis der Assistenzmodelle in den einzelnen Ländern – teilweise erhebliche Unterschiede aufweist. Dem Anspruch, bei dieser Vielfalt gemeinsame Aussagen über evidente Wirkungen von Assistenzmodellen treffen zu können, kann daher nur bedingt entsprochen werden. Vielmehr ist es die Zielsetzung, gemeinsame Tendenzen sichtbar zu machen und zusammenzufassen. Dabei bieten die einzelnen Untersuchungsdimensionen wiederum den Orientierungspunkt.

5.6.1. Wirkungen auf die Nutzer/innen

Bezüglich der Wirkungen auf Budgetnehmende ist zunächst zu konstatieren, dass relativ wenige Studien Fragen nach erhöhter Wahlfreiheit, vermehrter Teilhabe oder gesteigerter Lebensqualität untersucht haben. Es scheint, dass in den einzelnen Ländern vor allem in einer Einführungs- oder Erprobungsphase solche impacts bzw. outcomes im Zentrum des Interesses stehen (analog wie bei den aktuellen Beispielen Schweiz und Deutschland) und Folgestudien dann eher selten sind. Soweit aufgrund der einbezogenen Studien ein Überblick möglich ist, ist dieser durchaus in Richtung positiver Wirkungen zusammenzufassen. Anzuführen sind hier etwa der Nachweis in Deutschland von verbesserten Möglichkeiten der selbstständigen Lebensführung, von erhöhter Partizipation in zentralen Lebensbereichen und von Wirkungen auf die Lebensqualität insgesamt (vgl. Metzler et al. 2007).

⁷⁸ Allerdings dürfen gemäss Gesetz Angehörige alle Handlungen – z. B. auch Insulinspritzen verabreichen – selbst durchführen.

Auch die Untersuchungen in Grossbritannien in den Jahren 1990 bis 2002 zur erlebten Lebensqualität der Betroffenen, wie sie von Carmichael und Brown (2002) zusammengefasst werden, weisen in die gleiche Richtung. Die Zufriedenheit mit der Hilfeversorgung, insbesondere mit den Möglichkeiten der besseren Entscheidungskontrolle gegenüber traditionellen Versorgungssystemen, ist in der nationalen Studie zum Pflegegeld in Österreich (vgl. Badelt et al. 1997), in neueren Studien in den Niederlanden (vgl. Van den Wijngaart & Ramakers 2004) wie auch in Schweden im Rahmen einer Untersuchung der staatlichen Sozialversicherungsbehörde (vgl. Socialstyrelsen - National Board of Health and Welfare 2002) dokumentiert. Trotz der unterschiedlichen Rahmenbedingungen und der unterschiedlichen Ausgestaltungen der einzelnen Assistenzmodelle dominieren in Bezug auf die Wirkungen auf die Teilnehmenden positive Einschätzungen, die mehrheitlich auf deren subjektive Sichtweise basieren.⁷⁹ Dabei sind keine Unterschiede etwa nach Alter, Geschlecht, Behinderungsart oder Umfang des Assistenzbedarfs festzustellen (exemplarisch am Beispiel Deutschland, siehe Abschnitt 5.4.1).

Es stellt sich jedoch die Frage, wie weit jenseits dieser Einschätzungen auch tatsächlich Veränderungen nachzuzeichnen sind. Dies gilt zunächst im Hinblick auf Teilhabe an der Gesellschaft, da die Ausgestaltung von Hilfeleistungen den Zugang zu verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen eröffnen bzw. versperren kann.⁸⁰ Unter diesem Gesichtspunkt können jedoch nur wenige Studien dokumentieren, dass Budgetnehmende mit einem Assistenzmodell auch etwa vermehrt Teilhabe am primären Arbeitsmarkt oder im Bereich Freizeit realisieren oder ein selbstständiges Wohnen ausserhalb von Einrichtungen aufrechterhalten bzw. umsetzen können. Veränderungen im Zusammenhang mit der Nutzung von Persönlichen Budgets sind vor allem in Bezug auf soziale Kontakte (vgl. z.B. Stainton & Boyce 2004; Metzler et al. 2007) wie auch auf Mobilität und damit die Gestaltungsmöglichkeiten in der Freizeit mehrfach erwähnt (vgl. Metzler et al. 2007; Carmichael et al. 2001). Bei Effekten auf die Wohnsituation sind die Hinweise wesentlich dünner. Gemäss Nemeth und Pochobradsky (2004) schätzen Angehörige das Pflegegeld in Österreich dahingehend positiv ein, dass ein Übertritt von pflegebedürftigen Personen in ein Heim vermieden werden kann. Eine Studie in Schweden (vgl. Blanck et al. 2006b) vermag durch ein aufwändiges Design, ein Längsschnitt über einen Zeitraum von 10 Jahren, nachzuweisen, dass Budgetnehmende in diesem Zeitraum vermehrt eine selbstständige Wohnform realisieren, die insbesondere auch ein Verlassen des Elternhaushalts einschliesst. In Deutschland bestätigen nach eigenen Angaben viele Budgetnehmende, dass dank Persönlichem Budget die Weiterführung eines Lebens in einer eigenen Wohnung und die Vermeidung von Klinik- oder Heimaufenthalten gelingt (vgl. Metzler et al. 2007). Der Bereich des Wohnens bleibt jedoch faktisch angesichts der angenommenen engen Verknüpfung von Persönlichen Budgets mit den Möglichkeiten des selbstständigen Wohnens wenig erforscht. Zu berücksichtigen bleibt, dass für die Realisierung einer selbstständigen Wohnform weitere Faktoren notwendig sind und die Zunahme von Bezüglern und Bezüglern von Persönlichen Budgets nicht mit einer Abnahme an stationär wohnenden Personen gleichzusetzen ist.

⁷⁹ Weitere Studien aus anderen Kontexten unterstreichen diese Aussage (vgl. z.B. Carlson, Foster, Dale & Brown 2007; Baumgartner 2002a; Beatty, Richmond, Tepper & DeJong 1998; Mattson Prince 1997).

⁸⁰ Zum doppelten Bezugspunkt von Hilfe, vgl. Baumgartner 2002b, 47.

Der Bereich der beruflichen oder auch schulischen Integration zählt ebenfalls zu jenen Bereichen, worüber praktisch keine Aussagen zu machen sind. Es scheint zumindest evident, dass der Zugang zum primären Arbeitsmarkt auf verschiedene Hindernisse stösst und eine mögliche mangelnde Assistenz im Bereich Arbeit nur einen Grund für den Ausschluss aus dem primären Arbeitsmarkt markiert (für die Schweiz: vgl. Baumgartner, Greiwe & Schwarb 2004). Das Beispiel der Arbeitsassistenz in Österreich zeigt, dass eine strikte Beschränkung auf den Bereich der Arbeitsassistenz nur für eine sehr kleine Gruppe von Personen eine Verbesserung bringen kann.

Wie weit differenzierte Wirkungen in einzelnen Lebensbereichen erwartbar sind, hängt letztlich auch von der Höhe des Persönlichen Budgets, vom Umfang der anerkannten Assistenzbereiche sowie von den faktischen Möglichkeiten der Bedarfsdeckung ab. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, wie weit Budgetnehmende tatsächlich eine eigenverantwortliche Gestaltung ihrer Hilfeversorgung vornehmen können und wie sich die Versorgungslandschaft verändert.

5.6.2. *Wirkungen auf Leistungserbringer*

Im Zusammenhang mit den Wirkungen auf Leistungserbringer sind somit zwei Aspekte zu thematisieren, nämlich mögliche Wirkungen auf traditionelle institutionelle Angebote sowie jene Form der Hilfe, wie sie von den Budgetnehmenden organisiert wird. In Bezug auf Wirkungen auf institutionelle Leistungserbringer ist zunächst zu konstatieren, dass Persönliche Budgets in allen untersuchten Modellen, zu denen Zahlen vorliegen (ohne Schweden, Österreich und Deutschland), nur von einem verhältnismässig geringen Teil der anspruchsberechtigten Gruppen in Anspruch genommen wird. In den Niederlanden und in Grossbritannien liegt die Ausschöpfungsquote bei zehn oder weniger Prozent. Entsprechend ist davon auszugehen, dass eine grosse Mehrheit von Personen mit einem Anspruch berechtigenden Assistenzbedarf anders finanzierte Leistungen nutzt. Eher bescheiden fallen auch die Indizien zu einer nachhaltigen Veränderung der Versorgungslandschaft in diesen Ländern aus. In Grossbritannien betonen Riddell und andere (2005) (vgl. auch Leece 2004), dass für Anbieter von Hilfeleistungen nur geringe Veränderungen eingetreten sind. Auch Kremer (2006) betont, dass noch kein eigentlicher Markt in den Niederlanden zu erkennen ist. Für Deutschland ist zu ergänzen, dass Leistungserbringer unter Bedingungen des Persönlichen Budgets zumindest ihre Leistungsangebote überwiegend nicht verändern mussten (vgl. Metzler et al. 2007). Waterplas und Samoy (2005, 96) ziehen in ihrem Vergleich verschiedener Assistenzmodelle gar die Schlussfolgerung, dass die Hoffnung, die über Persönliche Budgets finanzierte ambulante Hilfe würde stationäre Angebote ablösen, sich zerschlagen hat bzw. weiter auf ihre Erfüllung wartet. Dieser Einschätzung können hier zumindest keine Zahlen entgegengesetzt werden, wenngleich insbesondere in Schweden eine Deinstitutionalisierung, die aber auch mit weiteren Massnahmen gezielt gefördert worden ist (vgl. Wacker et al. 2005, 56), aus verschiedenen Berichten (z.B. Ratzka, Interview vom 20.6.2007) festzustellen ist. Auch in den Niederlanden kann zumindest eine hohe Dynamik in der Versorgungslandschaft beobachtet werden (vgl. Baarveld et al. 1999).

Mögliche Veränderungen der Versorgungslandschaft und die Entwicklung eines Marktes von Assistenzleistungen sind nicht nur von der Zahl der Budgetnehmenden beeinflusst, sondern auch davon, wie diese Gruppe ihre Hilfeleistungen organisiert. Zu verschiedenen Ländern sind Angaben verfügbar, die zunächst den Schluss zulassen, dass Budgetnehmende nur zu geringen Anteilen als Arbeitgebende auftreten und somit selbstständig für die Rekrutierung und Anstellung von Persönlichen

Assistenten und Assistentinnen besorgt sind (vgl. auch Waterplas & Samoy 2005, 94). Dieses Verdikt lässt sich etwa mit der Praxis in Deutschland begründen, wo im Rahmen der Modellversuche nur knapp jede siebte Person das sogenannte Arbeitgebermodell umsetzt (vgl. Metzler et al. 2007). Auch in den Niederlanden ist diese Option offensichtlich verhältnismässig selten (vgl. Waterplas & Samoy 2005, 94). In Schweden sind es nur wenige Personen, die auf den ersten Blick letztlich selbstständig ihre Hilfeleistung nach diesem Modell organisieren (vgl. Berg 2003, zit. nach Wacker et al. 2005).⁸¹ Doch hierbei ist zu berücksichtigen, dass viele Budgetnehmende sich in Assistenzgemeinschaften zusammengeschlossen haben – gemäss Pijl (2007) rund 12% – und Angehörige in die Hilfeversorgung nur bei Anstellung bei einer Organisation einbezogen werden können.

Es scheint vielmehr so, dass Budgetnehmende ihre Hilfeversorgung auf Organisationen wie auch auf Persönliche Assistenten und Assistentinnen abstützen. Das Beispiel Deutschland zeigt, dass die überwiegende Mehrheit ausschliesslich professionelle Dienste, d.h. soziale Einrichtungen und Dienste, in Anspruch nimmt (vgl. Metzler et al. 2007). In Österreich ist mit der Einführung des Pflegegeldes eine verstärkte Inanspruchnahme von sozialen Diensten festzustellen (vgl. Badelt et al. 1997), die bis heute zu einem Ausbau professioneller Angebotsstrukturen geführt hat (vgl. Schaffenberger & Pochobradsky 2004). Dass sich Budgetnehmende häufig kombiniert auf formalisierte, von Organisationen bereitgestellte Hilfe stützen und zugleich die Hilfe von Persönlichen Assistenten und Assistentinnen⁸², die wiederum aus dem nahen Umfeld stammen können, in Anspruch nehmen⁸³, ist mit verschiedenen Faktoren in Verbindung zu bringen.

Der Überblick über die Studien in den untersuchten Ländern lässt zunächst den Schluss zu, dass es sich durchaus um eine bewusste Wahl der Budgetnehmenden handelt. Denn sie gewichten Kriterien wie Qualifikation und Erfahrung aber auch ein bestehendes Vertrauensverhältnis (vgl. exemplarisch: Metzler et al. 2007) sehr hoch bei der Auswahl von Assistenten und Assistentinnen. Dies ist auch ein wesentlicher Grund, warum Angehörige wie auch nahe Verwandte häufig bis sehr häufig in der Hilfeversorgung engagiert sind (bzw. bleiben) (vgl. auch Baumgartner 2002a, 242ff.). Für die Niederlande ist nachweisbar, dass zwei Drittel der Budgetnehmenden auf Bekannte bzw. informelle Helfer/innen zurückgreifen und darunter Partner/innen den Hauptteil ausmachen (vgl. Van den Berg et al. 2003). In Österreich ist die Aufrechterhaltung von informeller Hilfe gar eine Zielsetzung des Pflegegeldes, weshalb Angehörige sehr stark in der Versorgung involviert bleiben (vgl. Lundsgaard 2005; Nemeth & Pochobradsky 2004).

Der Rückgriff auf Hilfeleistungen von Organisationen und die Einbindung von Angehörigen sind jedoch ein Effekt davon, dass Budgetnehmende bei der Rekrutierung und Finanzierung von Persönlichen Assistenten und Assistentinnen auf Schwierigkeiten stossen. In diesem Sinn erweitern sie den möglichen Pool an potenziellen Leistungserbringern. Budgetnehmende können einerseits aufgrund der Ausstattung mit finanziellen Mitteln an die Grenze stossen, Persönliche Assistenten und Assis-

⁸¹ Zu berücksichtigen ist, dass in den zugrundeliegenden Studien bzw. Statistiken die Hilfe von Angehörigen teilweise einem Arbeitgebermodell zugerechnet wird und teilweise davon unterschieden wird.

⁸² Zu ergänzen ist auch eine Kombination von stationären und ambulanten Formen der Leistungserbringung, wie das Beispiel Deutschland zeigt.

⁸³ Dies bei hoher Zufriedenheit (vgl. Waterplas & Samoy 2005, 92; vgl. auch die Erfahrungen aus einem Pilotprojekt in der Schweiz, Baumgartner 2002a)

tentinnen zu angemessenen Entschädigungen finden zu können. Dieser Aspekt ist insbesondere in Österreich gut nachweisbar, wo sich in der Folge Schwierigkeiten mit einem Schwarzarbeitsmarkt, der sich durch ein tieferes Lohnniveau auszeichnet, zeigen. Aber insbesondere auch in Grossbritannien sind Budgetnehmende darin limitiert, angesichts der Höhe der Direct Payments Assistenten und Assistentinnen zu finden (vgl. Scourfield 2005), und in der Folge auch in ihrer Wahlfreiheit eingeschränkt. Dieser Umstand wird wesentlich mit den Arbeitsbedingungen, insbesondere mit der Entlohnung, in Verbindung gebracht (vgl. Carmichael & Brown 2002, 804).

Ein besonderer Aspekt, der in verschiedenen Studien thematisiert wird, ist die Entwicklung in Bezug auf Angebote, die Budgetnehmende bei der Organisation von Hilfeleistungen unterstützen. Insbesondere in den Niederlanden und in Schweden sind – zusammenhängend mit der frühen Einführung der entsprechenden Modelle – vielseitige, wenngleich unterschiedliche Strukturen entstanden. In Schweden ist insbesondere eine starke Stellung von Assistenzgenossenschaften festzustellen, die Budgetnehmende vereinen und damit die Möglichkeit bieten, im Verbund Persönliche Assistenten und Assistentinnen anzustellen und auch etwa Notfälle und Stellvertretungen bei Ausfällen abzusichern (vgl. Waterplas & Samoy 2005, 94). Darüber hinaus sind aber viele privatwirtschaftliche Angebote entstanden, die sich auf Unterstützungsleistungen spezialisiert haben. In den Niederlanden haben sich ebenfalls (siehe Abschnitt 5.2.2) vielfältige Unterstützungsstrukturen entwickelt, die aber kaum dem Profit-Sektor zuzurechnen sind (vgl. Pijl 2007; Loeken 2006, 34). Es finden sich ebenfalls genossenschaftliche Strukturen (vgl. Waterplas & Samoy 2005), die vor allem durch Per Saldo vertreten werden (vgl. Huys 2002). Ein Drittel der Budgetnehmende hat in den Niederlanden administrative Aufgaben (wie Bezahlung der Leistungserbringer, Einreichen von Verwendungsnachweisen) an Dritte delegiert (vgl. Van den Wijngaart & Ramakers 2004).

5.6.3. *Wirkungen auf die Kosten der Leistungserbringung*

Die Kosten von Assistenzmodellen sind eine zentrale Frage, die in verschiedenen Ländern auch aktuell die Diskussion beherrscht. Im Hinblick auf eine Einführung solcher Modelle ist in erster Linie von Relevanz, wie weit gegenüber bestehenden Systemen der Hilfeversorgung Kosten reduziert, erhöht oder verschoben werden.

Trotz der Bedeutung dieser Frage ist in den untersuchten Ländern bislang keine verlässliche Angabe darüber verfügbar, wie ein Assistenzmodell gegenüber anderen Versorgungssystemen unter ökonomischen Gesichtspunkten abschneidet. Dieses Fazit ist wesentlich mit den methodischen Schwierigkeiten zu begründen, die sich bei einer möglichen Analyse der Kosten stellen (vgl. Hurstfield et al. 2007; Kastl & Metzler 2005, 179ff.). Zu erwähnen sind einige ausgewählte Punkte zu diesen methodischen Problemen:

- Ein ökonomischer Vergleich muss nicht nur die Kosten einbeziehen, sondern auch die erzielten Wirkungen. Denn ein Versorgungssystem kann mit höheren Kosten auch bessere Wirkungen erzielen.
- Ein ökonomischer Vergleich muss zudem berücksichtigen, wie weit eine Ausweitung des Leistungsvolumens, insbesondere auch als Ablösung bisher unentgeltlicher informeller Hilfe, eintritt und folglich die Kosten von Persönlichen Budgets in Zusammenhang mit einem veränderten Spektrum an Hilfeleistungen stehen (siehe z.B. Dale & Brown 2007)

- Ein Kostenvergleich muss transparent machen, aus welcher Perspektive diese erfolgt. Ein Kostenvergleich kann für einzelne Kostenträger, für die Zielgruppe oder gesamtgesellschaftlich unterschiedlich ausfallen.
- Ein Kostenvergleich muss dynamische Momente, d.h. Übergänge zwischen Versorgungssystemen, berücksichtigen.
- Unter den Wirkungen sind nicht nur Wirkungen bei den Nutzer/innen, sondern auch gesellschaftliche Effekte wie etwa die Generierung von Arbeitsplätzen, Steuereinkommen usw. zu thematisieren.

Diese methodischen Herausforderungen konnte dem hier dokumentierten Kenntnisstand zufolge bislang in keinem untersuchten Land gelöst werden. Dies erstaunt angesichts der Komplexität nicht, die sich aus vielfältigen Kostenträgern, unterschiedlichen Leistungssystemen oder der Thematik der „Monetarisierung informeller Hilfe“ ergibt. Auch ein breit angelegtes, aktuelles Literatur-Review (Hurstfield et al. 2007) bestätigt, dass es vor allem punktuelle Studien sind, welche Assistenzmodelle untersucht haben, denen zudem statische Vergleiche zwischen einer Versorgung mit Direct Payments und andern Versorgungssystemen zugrunde liegen.

Als Beispiele kann die (ältere) Studie von Zarb und Nadash (1994) angeführt werden, welche auf einem Vergleich von Direct Payments mit einem System der Versorgung mit konventionellen Dienstleistungen basiert. Die Studie berechnet die Kosten, die eine Stunde in jedem System für Leistungen kostet, und zeigt, dass die Versorgung mit Direct Payments um 30 bis 40% günstiger als mit herkömmlichen Diensten ist. Auch zu Schweden liegt ein Kostenvergleich vor, der Persönliche Budgets und die Unterbringung in Wohngruppen vergleicht (vgl. Blanck et al. 2006a). Die Autorinnen kommen zum Schluss, dass kein Unterschied bezüglich der Kosten der beiden Versorgungsformen feststellbar ist. Zu Deutschland liegt eine Analyse zum Modellprojekt in Baden-Württemberg vor, die bei jenen Budgetnehmer/innen von einem Einspareffekt ausgeht, die von einer stationären Einrichtung in eine ambulant betreute Wohnform wechseln und einen niedrigen oder mittleren Assistenzbedarf aufweisen (vgl. Kastl & Metzler 2005, 183).

5.6.4. *Andere Wirkungen*

Die weiteren untersuchten Wirkungen von Assistenzmodellen nehmen vor allem Bezug auf die Situation jener, die unter den neuen Bedingungen Leistungen erbringen. Dabei rücken unterschiedliche Gruppen in den Vordergrund. Zunächst kann festgestellt werden, dass Angehörige unter Modellbedingungen häufig als Persönliche Assistenten und Assistentinnen eingebunden sind. Sie werden damit also selten aus ihrer Rolle als Pflegende entlassen, doch die bisher in der Regel unentgeltlich geleistete Hilfe erfährt eine Anerkennung (vgl. Ungerson 2004). Doch die Monetarisierung von informeller Hilfe bei nahestehenden Personen, die häufig im gleichen Haushalt wie die Budgetnehmenden leben, ist auch mit Problemen verbunden (vgl. Leece 2004). Zu erwähnen ist etwa, dass die Abgrenzung zwischen Hilfe und Nicht-Hilfe schwieriger geworden ist, da die moralische Verpflichtung zur Hilfeleistung durch eine formale Verpflichtung abgelöst wird (vgl. Ungerson 2004). Die Stellung dieser informellen Helfer/innen hat sich somit eher verschlechtert (vgl. Kremer 2006, 397) und eine hohe Belastung und Überforderung sind die Folgen (vgl. auch Nemeth & Pochobradsky 2004). Generell sind jedoch die Arbeitsbedingungen als problematisch zu beurteilen, da sie vielfach prekär

und durch Teilzeit, tiefe Entlohnung, schlechte berufliche Perspektiven oder mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der Tätigkeit gekennzeichnet sind (vgl. Kremer 2006, 397; Waterplas & Samoy 2005; Ungerson 2004). Auch wenn nicht wie in Österreich Probleme mit Schwarzarbeit eine zwingend Folge sind, so bleibt die Arbeit als Persönlicher Assistent oder Persönliche Assistentin bislang vor allem ein „Job“, der noch keine gemeinsame Interessenvertretung kennt und aus ganz unterschiedlichen Gründen ausgeübt wird (vgl. Waterplas & Samoy 2005, 95).

Der Einführung der Assistenzmodelle ist von Seiten von Professionellen in verschiedenen Ländern mit Skepsis oder Widerstand begegnet worden. Es gibt jedoch Hinweise, dass jene Professionelle, die in den Dienst von Budgetnehmenden treten, durchaus positive Erfahrungen machen (vgl. Ungerson 2004; Sting 2004; Baarveld et al. 1999). Als Gründe für die Zufriedenheit der Professionellen werden die Unabhängigkeit und die Möglichkeit, eigene Sichtweisen und Standards in der eigenen Arbeit zu entwickeln, genannt.

6. Schlussfolgerungen

Mit dem Pilotversuch Assistenzbudget begibt sich die Schweiz auf einen Weg, der in andern Ländern bereits seit einigen Jahren begangen wird. In keinem der hier berücksichtigten Länder ist eine prinzipielle Abkehr von der Möglichkeit, Personen mit einer Behinderung über Persönliche Budgets mehr Wahlfreiheiten in der Hilfeversorgung zu ermöglichen und damit auch mehr Teilhabe in der Gesellschaft zu eröffnen, in Diskussion. Vielmehr zeigt sich, dass die Zahl der Budgetnehmenden in allen Ländern, in denen die entsprechende Option auf nationaler Ebene eingeräumt ist, in den vergangenen Jahren gewachsen ist. Dies lässt sich als Indiz werten, dass sich Assistenzmodelle in der Praxis grundsätzlich bewähren und vor allem – wie verschiedene Studien in den untersuchten Ländern zeigen – auch von Personen mit einer Behinderung positiv beurteilt werden.

Die einzelnen Assistenzmodelle in den untersuchten Ländern unterscheiden sich teilweise stark von einander. Dies unterstreicht, dass Persönliche Budgets nicht nach einem einheitlichen Modell auszugestalten sind, sondern wandlungsfähig bleiben müssen, um an sich verändernde Rahmenbedingungen sowie eine sich entwickelnde Praxis in der Umsetzung angepasst zu werden. In diesem Sinn soll im Folgenden nicht der Evaluation vorgegriffen werden, die derzeit zum Pilotversuch Assistenzbudget realisiert wird. Es gilt vielmehr abschliessend, im Hinblick auf die Ausgestaltung eines Assistenzmodells mögliche Optionen aufzuzeigen, die sich auf die Erfahrungen aus andern Ländern stützen. In den Blick rücken jene Elemente, die in der vorliegenden Arbeit im Vordergrund standen, namentlich Fragen zu Anspruchsvoraussetzungen, zur Vollzugsstruktur, zur Bedarfsabklärung, zu Art und Höhe der Leistungen, zur Ermöglichung einer Wahlfreiheit, zur Qualitätssicherung und zu Unterstützungsleistungen.

A Anspruchsvoraussetzungen

Der Pilotversuch Assistenzbudget sieht wie alle anderen untersuchten Assistenzmodelle vor, dass Personen mit allen Behinderungsformen Zugang zum Assistenzbudget erhalten. Mit dieser Offenheit ist zugleich verbunden, dass einzelne Personengruppen die personalen Voraussetzungen nicht oder nur eingeschränkt aufweisen, um mit Erfolg und selbstständig den Ausgleich ihres Assistenzbedarfs zu organisieren. Es zeigt sich in anderen Ländern, dass insbesondere für Personen mit einer geistigen bzw. psychischen Behinderung oder einer Lernbehinderung die Hürden für die Partizipation an einem Assistenzmodell hoch sind (vgl. z.B. Priestley et al. 2006, 2; Spandler & Vick 2006, 108). Dies macht es notwendig, mögliche Anpassungen am Modell für einzelne Gruppen zu prüfen bzw. die notwendige Unterstützung für die Umsetzung bereitzustellen.

- **An Kompetenzen der Budgetnehmenden ausgerichtete unterschiedliche Unterstützungsangebote oder Optionen in der Nutzung von Persönlichen Budgets entwickeln**

Mögliche Selektionseffekte gegenüber einzelnen Personen(-gruppen) sind nicht nur in Bezug auf Behinderungsart und -ausprägung zu erwarten. Ohne ergänzende Vorkehrungen droht, dass Personen mit einer Behinderung nur qua ihrer Einbindung in soziale Netzwerke oder dank besonderer Fähigkeiten faktisch einen Zugang zu einem Modell erhalten (vgl. auch Baumgartner 2002a, 295ff.). Aus diesem Grund ist zu gewährleisten, dass mit entsprechender Unterstützung auch individuell der

Zugang ermöglicht werden kann und grundsätzlich die unterschiedlichen Voraussetzungen auf Seiten der Nutzer/innen (vgl. Carmichael & Brown 2002, 806) berücksichtigt werden.

- **Gewährleistung von Unterstützung für Personengruppen, die Schwierigkeiten in der Organisation ihrer Hilfeversorgung haben**

Die Statistiken in Grossbritannien und den Niederlanden zeigen, dass nur ein kleiner Teil (10% oder weniger) der Anspruchsberechtigten von einem Persönlichen Budget Gebrauch machen. Bei allen Bemühungen um einen Zugang für breite Gruppen ist dennoch zu konstatieren, dass ein Teil der Personen mit einer Behinderung auf institutionelle Leistungen nicht verzichten möchte. Entsprechend folgenreich ist die Regelung im Pilotversuch Assistenzbudget (wie in Assistenzmodellen im Ausland auch), dass Personen in stationären Einrichtungen von der Teilnahme ausgeschlossen sind. Auch wenn die Förderung selbstständiger Wohnformen Teil der Zielsetzungen eines Assistenzmodells bilden kann, ist dieses Ausschlusskriterium doch zu überdenken. Nicht nur wird damit ein grosser Teil von Personen ausgeschlossen, sondern es wird auch auf Entwicklungsmöglichkeiten im stationären Bereich verzichtet. Erste Versuche zeigen, dass auch im stationären Bereich Persönliche Budgets eingesetzt werden können (vgl. Schäfers et al. 2007).

- **Erweiterung des Assistenzmodells auf stationäre Angebote prüfen**

Wie in Schweden schliesst der Pilotversuch Assistenzbudget Menschen ab 65 Jahren von einer Teilnahme aus. In anderen Ländern ist diese Personengruppe eingeschlossen und damit eine Verknüpfung mit der sozialpolitischen Herausforderung des Pflegerisikos im Alter gegeben. Der Ausschluss älterer Personen dürfte zunächst durchaus sinnvoll sein, da sonst ein Assistenzmodell in sozialpolitischen Debatten unter die Frage der Finanzierung der Pflege im Alter subsumiert wird (wie z.B. in Österreich). Gleichwohl ist zu bedenken, dass Personen mit einer Behinderung diese Altersgrenze auch überschreiten und es unzumutbar erscheint, dass nunmehr Hilfeleistungen (wieder) unentgeltlich von Angehörigen zu leisten sind. Schweden hat die Regelung eingeführt, dass vor dem 65. Altersjahr bezogene Persönliche Budgets über diese Altersgrenze hinaus weitergeführt werden.

- **Regelungen für das Alter bzw. für den Übergang in eine Altersphase ab 65 Jahren treffen**

B Vollzugsstruktur

Grossbritannien kennt in der Organisation und Finanzierung von Direct Payments eine ausgeprägt föderalistische Struktur. Allgemeine nationale Regelungen sind dezentral in den einzelnen Regionen und Gemeinden umzusetzen. Die Folgen hiervon sind, dass die Unterschiede im Vollzug bzw. in der effektiven Ausgestaltung der Assistenzmodelle enorm sind. Der Pilotversuch Assistenzbudget ist – wie in den Niederlanden – so angelegt, dass die grundlegenden Elemente des Modells national bzw. zentral geregelt sind. Damit ist gewährleistet, dass Personen mit einer Behinderung ihre Persönlichen Budgets auch transferieren können und folglich mobil sind; zugleich nimmt eine grundsätzliche Rechtsgleichheit einen hohen Stellenwert ein.

- **Nationale Regelungen zur Gewährleistung einer einheitlichen Praxis und der Freizügigkeit der Budgetnehmenden sichern**

C Abklärung des Assistenzbedarfs

Die Teilnehmenden am Pilotversuch können mit der Selbstdeklaration ihres Assistenzbedarfs – innerhalb gewisser Kontrolllimiten – einen grossen Einfluss auf die Bemessung der Assistenzgelder ausüben. Die Mitbestimmung der Betroffenen ist folglich stark gewichtet und gewährleistet, dass insbesondere die individuelle Bedarfslage nicht durch fachliche Blickwinkel nur selektiv eingeschätzt wird.

- **Gewähr der Mitbestimmung der Betroffenen in der Abklärung des Bedarfs erhalten bzw. stärken**

Die Bereiche, in denen Personen mit einer Behinderung einen Bedarf an persönlicher Hilfe geltend machen können, sind breit angelegt. Analog wie in Deutschland manifestiert sich der Bezugspunkt der Teilhabe in der Gesellschaft gleichsam im Abklärungsinstrument. Diesen Bezugspunkt gilt es aufrechtzuerhalten und das Persönliche Budget nicht auf eine Entschädigung von Unterstützung in Pflege und Haushalt zu reduzieren, wie sie in anderen Ländern unter dem Druck der Finanzen droht (vgl. Waterplas & Samoy 2005, 96).

- **Teilhabe in der Gesellschaft als Bezugspunkt bei der Festlegung der Assistenzbereiche verankern**

Das Verfahren zur Anerkennung des Assistenzbedarfs kann unterschiedlich geregelt sein, indem diese Aufgabe primär an Fachpersonen und deren Ermessen delegiert oder die Abklärungspraxis so ausgestaltet wird, dass eine formelle Entscheidungsinstanz primär die Übereinstimmung der Abklärung des Bedarfs mit festgelegten Normen prüft. Der Pilotversuch ist eher ein Beispiel für Letzteres und besitzt damit den Vorteil, dass für Budgetnehmende Transparenz über Entscheidungsprämissen herrscht und eher eine einheitliche Praxis der Abklärung zu erwarten ist. Der weitgehende Verzicht auf fachliche Gesichtspunkte in der Abklärung des Assistenzbedarfs sollte jedoch nicht ausschliessen, dass Budgetnehmende Unterstützung bei ihrer Hilfeplanung bzw. der Organisation ihrer Hilfeversorgung insgesamt erhalten. Welche Unterstützung hierzu notwendig ist, bedarf wiederum einer Abklärung, die jedoch nur als fachliche Aufgabe denkbar ist (vgl. Baumgartner 2002a, 321f.).

- **Eine formalisierte und weitgehend standardisierte Abklärung des Assistenzbedarfs schafft Transparenz und eine tendenzielle Gleichbehandlung unter der Prämisse einer Hilfe nach Mass. Die Abklärung eines möglichen Unterstützungsbedarfs, die Hilfe selbstständig organisieren zu können, sollte jedoch eine fachliche Aufgabe sein**

D Leistungen

Neben der Festlegung der anspruchsberechtigten Assistenzbereiche sind die Regelungen zur Höhe der Assistenzgelder ein weiterer zentraler Eingriffspunkt, um die Kosten von Assistenzmodellen zu steuern. Der Ländervergleich zeigt beträchtliche Unterschiede, wie viel monetäre Mittel Budgetnehmende durchschnittlich erhalten. Doch die Bemessung der Höhe der Assistenzgelder – über Stundensätze oder Maximalgrenzen – ist nicht nur eine ökonomische Frage, sondern legt zunächst entscheidend fest, wie viel Spielraum Budgetnehmende in der Ausgestaltung ihrer Hilfeleistungen und insbesondere bei der Realisierung eines Arbeitgebermodells erhalten. Darüber hinaus bilden die finanziellen Mittel auch eine entscheidende Rahmenbedingung, wie weit sich ein ausreichendes Angebot bzw. ein Markt an Persönlichen Assistenten und Assistentinnen entwickelt. Denn das Assistenzmodell sieht vor, dass die moralische Verpflichtung zur Hilfeleistung durch monetäre Anreize abgelöst wird. Zu tiefe Persönliche Budgets wie in Österreich oder Grossbritannien verringern die Chancen auf einen entsprechenden Markt, was in unterbezahlten Arbeitsverhältnissen (bzw. Schwarzarbeit wie in Österreich) oder im zwingenden Rückgriff auf (bisherige) informelle Helfer/innen oder Dienstleistungsorganisationen mündet.

- **Ausreichende Höhe der Persönlichen Budgets gewährleisten**

E Einschränkung der Verwendung des Persönlichen Budgets

Mit Ausnahme von Grossbritannien (nur eingeschränkt möglich) sind in allen Assistenzmodellen Angehörige als Persönliche Assistenten und Assistentinnen – wenngleich in Schweden mit Auflagen – analog wie im Pilotversuch Assistenzbudget (innerhalb gewisser Grenzen) zugelassen. Die Ergebnisse zeigen, dass Budgetnehmende diese Möglichkeit faktisch auch in Anspruch nehmen. Zum einen ist dies ein Rückgriff auf ein Potenzial an Hilfe, das gegenüber der Rekrutierung von Helfern und Helferinnen auf dem freien Arbeitsmarkt besser zugänglich ist. Zum andern ist es auch Ausdruck einer persönlichen Wahl, die sich häufig an Kriterien wie Vertrauen in Helfer/innen orientiert. Der Ausschluss von Angehörigen wäre in dieser Perspektive eine Eingrenzung von Wahlmöglichkeiten. Damit ist jedoch auch eine Monetarisierung bisher teilweise unentgeltlicher Hilfe verbunden, deren Beurteilung eine gesellschaftspolitische Frage ist und zugleich die tatsächlichen (oftmals stark belasteten) Situationen von informellen Helfern und Helferinnen berücksichtigen muss.

- **Die Zulassung von Angehörige als Persönliche Assistenten/Persönliche Assistentinnen ist wichtig**

Die Erfahrung aus andern Ländern zeigen, dass der Anspruch, wonach Personen mit einer Behinderung ihre Hilfeversorgung ausschliesslich über individuell angestellte Persönliche Assistenten und Assistentinnen abdecken (Arbeitgebermodell), nur teilweise erfüllt wird. Wesentlich häufiger ist eine Kombination mit Leistungen von Organisationen festzustellen. Entsprechend bedeutsam ist es, dass jenseits von Arbeitsverhältnissen zwischen Budgetnehmenden und Assistenten und Assistentinnen formelle Leistungsangebote in Anspruch genommen werden dürfen. Dies bedeutet, dass entsprechende Regelungen, welche die Inanspruchnahme von organisationaler Hilfe ausschliessen,

möglichst gering zu halten sind und gleichzeitig Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ein solches Angebot gewährleisten.

- **Wahlfreiheit in der Leistungserbringung auch in Bezug auf Hilfe von Organisationen gewährleisten**

F Nachweis über die Verwendung des Persönlichen Budgets

Die Regelungen bezüglich des Nachweises, den Budgetnehmende über die Verwendung erhaltener Gelder führen müssen, sind in den einzelnen Assistenzmodellen sehr unterschiedlich. Dies kann von einer Befreiung von einer Rechenschaftspflicht (Österreich) bis zum schriftlichen Nachweis der Verwendung über Originalbelege (Schweden, bei grossen Budgets) reichen. Wie das Beispiel der Niederlande zeigt, geht die Entwicklung in Richtung einer Reduktion der Kontrolle. Damit verringert sich nicht nur der Verwaltungsaufwand von Kontrollinstanzen, sondern zugleich sind damit auch sinkende bürokratische Anforderungen für Budgetnehmende verbunden. Es gilt daher den Aufwand für Verwendungsnachweise möglichst gering zu halten, was etwa auch durch eine Ausweitung von nicht rechenschaftspflichtigen Beträgen (wie in Schweden) einzulösen ist. Vor dem Hintergrund einer drohenden „Missbrauchsdebatte“ ist das rechtlich in Deutschland mögliche Modell, im je einzelnen Fall Vereinbarungen über Nachweise zu treffen, zumindest ebenfalls erwägenswert.

- **Aufwand des Verwendungsnachweises auf ein Minimum reduzieren**

Das Beispiel Österreich mahnt, dass der Verzicht auf einen Verwendungsnachweis mit negativen Folgen, etwa einer Abwanderung der Arbeitsverhältnisse in die Schwarzarbeit, verbunden sein kann (in Kombination mit tiefen Persönlichen Budgets, vgl. Pijl 2007). Auch wenn das Missbrauchspotenzial insgesamt als gering einzustufen ist (vgl. Wacker et al. 2005, 61), so drohen jedoch solche Entwicklungen den Assistenzmodellen ihre Legitimität zu rauben. Gefordert ist damit eine Balance zwischen einer Gewährleistung der Legalität und Zweckmässigkeit der eingesetzten Gelder und der Zielsetzung, den Aufwand für die notwendigen Kontrollen gering zu halten.

- **Eine angemessene Kontrolle über Verwendung des Persönlichen Budgets sichert die Legitimität des Assistenzmodells**

G Qualitätssicherung

In allen untersuchten Assistenzmodellen wie auch im Pilotversuch Assistenzbudget sind keine Auflagen zur Qualifikation jener Personen vorhanden, die Assistenzleistungen für Personen mit einer Behinderung erbringen. Die Frage der Qualität in der Versorgung ist damit den Budgetnehmenden überlassen. Diese Verantwortung mag zunächst problematisch erscheinen, schafft jedoch in der Praxis kaum Schwierigkeiten. Denn den Budgetnehmenden ist zum einen die Qualifikation der Helfer/innen ein wichtiges Kriterium (vgl. Metzler et al. 2007), zum anderen werden Assistenzleistungen, die spezifische Qualifikationen voraussetzen, bei Fachorganisationen bzw. -diensten bezogen.

- **Ein Verzicht auf Auflagen an die Qualifikation von Leistungsanbietern ist verantwortbar**

Auch bei einem Verzicht auf Auflagen an Leistungserbringer ist die Frage der Qualitätssicherung jedoch nicht erledigt. Sie stellt sich dahingehend, wie ein ausreichendes Angebot an geeigneten und ausreichend qualifizierten Helfern und Helferinnen gesichert werden kann. Eine entscheidende Voraussetzung hierfür ist die Gewährleistung attraktiver Arbeitsbedingungen, die über die Frage der Entlohnung hinausreichen und mit der Attraktivität der Tätigkeit des bezahlten Helfens oder dem Angebot an Vollzeit-/Teilzeitstellen verbunden sind (vgl. Baarveld et al. 1999). In diesem Sinn sind auch Überlegungen angezeigt, wie weit Professionelle im Feld der Assistenzleistungen Perspektiven für eine Beschäftigung eröffnet werden können. Denn solche Qualifikationen (oder auch mögliche Akkreditierungen) von Persönlichen Assistenten und Assistentinnen können für Budgetnehmende Orientierung bei der Rekrutierung von Helfern und Helferinnen bieten.

- **Attraktive Arbeitsbedingungen für Persönliche Assistenten/Assistentinnen gewährleisten**

H Unterstützungsleistungen

Es scheint – wie bereits ausgeführt – notwendig, dass der Bedarf an Unterstützungsmassnahmen einen Teil der Bedarfsabklärung bildet. Ein weiterer Punkt ist mit der Frage tangiert, wie weit Unterstützungsleistungen bzw. Budgetassistenz zusätzlich zu finanzieren sind. Auch wenn verschiedene Assistenzmodelle die Verwendung der Assistenzgelder zu diesem Zweck erlauben, ist die Entschädigung dieser Aufgaben vor allem in Schweden als Teil des Persönlichen Budgets verankert.

- **Kosten für Unterstützungsleistungen als Teil des Persönlichen Budgets vorsehen oder einen kostenlosen Zugang zu entsprechenden Angeboten ermöglichen**

Budgetnehmende darin zu unterstützen, dass sie mit dem Persönlichen Budget auch die angestrebte Form der Hilfeversorgung umsetzen können, ist ein entscheidender Erfolgsfaktor in Assistenzmodellen (vgl. Wacker et al. 2005, 60). Folglich ist nicht nur ein Zugang zu diesem Angebot sicherzustellen, sondern sind auch Spielräume für die Entwicklung unabhängiger Beratungs- und Unterstützungsstrukturen bedeutsam. Das Beispiel von Schweden zeigt, dass gerade in diesem Bereich eine hohe Dynamik festzustellen ist (z.B. Entwicklung von Software für Abrechnungen) und auch in den Niederlanden haben viele Budgetnehmende administrative Aufgaben delegiert. Mit der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen im Assistenzmodell besteht zugleich die Möglichkeit, den Bedarf an solchen Leistungen einzudämmen und die Gefahr der Abhängigkeit von einem neuen Typ von Professionellen (vgl. Kremer 2006, 391) zu begrenzen.

- **Spielräume für die Entwicklung vielfältiger Unterstützungsstrukturen ermöglichen**

Diese Überlegungen können neben den Ergebnissen der Evaluation als Grundlage dienen, notwendige Anpassungen am Pilotversuch Assistenzbudget im Hinblick auf eine nationale Einführung vorzunehmen. Damit wäre für Personen mit einer Behinderung die Chance eröffnet, über mehr Wahlfreiheit in der Gestaltung der Hilfeversorgung zu verfügen. Wie weit daraus auch mehr Teilhabe in der Gesellschaft entstehen kann, dies kann nicht an die Personen mit einer Behinderung delegiert werden, sondern bedingt – dies sei abschliessend erwähnt – eine für Menschen mit Behinderung zugeschnittene Ausgestaltung gesellschaftlicher Räume und Bereiche.

Literaturverzeichnis

- AHA e.V.; Windisch, Matthias (Hg.) (2006). *Persönliches Budget. Neue Form sozialer Leistung in der Behindertenhilfe und Pflege. Nutzerorientierung oder Sparzwang?* Neu-Ulm: Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise.
- Askheim, O. P. (2005). Personal assistance - direct payments or alternative public service. Does it matter for the promotion of user control? *Disability & Society*, 20 (3), 247-260.
- Baarveld, Fransje; Miltenburg, Theo; Ramakers, Clarie (1999). *Personal budgets for nursing and care services. The labour market position of care providers*. Nijmegen: Institute for Applied Social Sciences.
- Badelt, Christoph; Holzmann-Jenkins, Andrea; Matul, Andreas; Österle, August (1997). *Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- BAGüS - Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2006). *Entwicklung der Fallzahlen in der Eingliederungshilfe*. <http://www.beb-ev.de/files/pdf/2007/sonstige/2007-01-29FallzahlpapierBAGueS.pdf>. Zugriff: 20.7.2007
- Balthaser, Andreas; Müller, Franziska (2005). *Pilotversuch Assistenzbudget: Evaluationskonzept*. Luzern: Interface.
- Batavia, Andrew I.; DeJong, Gerben; McKnew, Louise B. (1991). Toward a national personal assistance program: The independent living model of long-term care for persons with disabilities. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16, 523-545.
- Baumgartner, Edgar (2002a). *Assistenzdienste für behinderte Personen. Sozialpolitische Folgerungen aus einem Pilotprojekt*. Bern: Lang.
- Baumgartner, Edgar (2002b). Mehr Selbstbestimmung für Behinderte durch subjektorientierte Direktzahlungen. Folgerungen aus einem Pilotprojekt zu Assistenzdiensten. *Zeitschrift für Forschung & Wissenschaft Soziale Arbeit*, 7 (2), 19-33.
- Baumgartner, Edgar (2003). Mehr Selbstbestimmung und Teilhabe – Herausforderungen der Sozialpolitik. *SozialAktuell*, 35 (19), 13-17.
- Baumgartner, Edgar; Greiwe, Stephanie; Schwarb, Thomas (2004). *Die berufliche Integration von behinderten Personen in der Schweiz. Studie zur Beschäftigungssituation und zu Eingliederungsbemühungen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Beatty, Phillip W.; Richmond, Gordon W.; Tepper, Sherri; DeJong, Gerben (1998). Personal assistance for people with physical disabilities: consumer-direction and satisfaction with services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79 (6), 674-677.
- Berg, Susanne (2003). *Personal Assistance in Sweden*. <http://www.independentliving.org/docs6/berg20030520.html>. Zugriff: 15.5.2007.
- Bewley, Catherine; McCulloch, Lindsay (2004). *Helping ourselves: Direct payments and the development of peer support*. London: Values into action.
- Blanck, Cecilia (2004). *Europäische Beispiele personenzentrierter Finanzierung. Schweden*. http://www2.uni-siegen.de/~zpe/Europ_Konferenz/Konferenz_Programm_15-16-03-2004.htm. Zugriff: 14.6.2007.
- Blanck, Cecilia; Scherman, Agneta; Sellin, Kerstin (2006a). *The price of freedom of choice, self-determination and integrity. A report from the Knowledge Project. A cost analysis of different forms of support and service to people with extensive functional impairments*. Stockholm: JAG.
- Blanck, Cecilia; Scherman, Agneta; Sellin, Kerstin (2006b). *Ten years of personal assistance. A report from the Knowledge Project*. Stockholm: JAG.
- Blickkontakt (2007). *Pflegegeldinfo*. <http://www.service4u.at/blickkontakt/pflege.html>. Zugriff: 6.6.2007.
- bmsk.gv.at (2007). *Förderungen / Richtlinien*. <http://www.gleichundgleich.gv.at/cms/gleich/thema.html?channel=CH0661>. Zugriff: 3.7.2007.

- bmsk: Arbeitskreis für Pflegevorsorge (2007a). *Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1995, 2000, 2002 und 2005*.
[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/1/3/CH0356/CMS1078922496642/pflegegeldbezieherinnen_\(bund_und_laender\)1995_2005.pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/1/3/CH0356/CMS1078922496642/pflegegeldbezieherinnen_(bund_und_laender)1995_2005.pdf). Zugriff: 20.8.2007
- bmsk: Arbeitskreis für Pflegevorsorge (2007b). *Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2005*.
<http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/7/1/9/CH0690/CMS1182342360545/pflegevorsorge2005internet.pdf>. Zugriff: 20.6.2007
- bmsk: Richtlinie (2003). *Richtlinien zur Förderung der Persönlichen Assistenz am Arbeitsplatz (PAA)*.
http://www.gleichundgleich.gv.at/cms/gleich/attachments/7/3/7/CH0651/CMS1153395551613/rl_paa.pdf. Zugriff: 15.6.2007.
- Bourne, S.; May, C.; Swain, P. (2000). *Direct Payments in Devon: monitoring the implementation from a user perspective*. Devon: Devon County Council.
- Bright, Andrew; Drake, Mark (1999). *People with learning difficulties and their access to direct payments schemes. Findings*.
<http://www.jrf.org.uk/Knowledge/findings/socialcare/pdf/F649.pdf>. Zugriff: 20.7.2007
- Brock, Dan R. (2003). Personal Budget - a method to acquire equal opportunities the danish way. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). *Persönliches Budget - von den Nachbarn lernen. Dokumentation*. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 26-33.
- Brozek, Dorothea (2004a). *Die österreichische Pflegevorsorge*.
<http://www.independentliving.org/docs7/brozek200409a-de.html>. Zugriff: 15.5.2007.
- Brozek, Dorothea (2004b). *Richtlinien zur Förderung der Persönlichen Assistenz am Arbeitsplatz*.
<http://www.independentliving.org/docs7/brozek200409b-de.html>. Zugriff: 16.5.2007.
- Brussel, Van (1998). *Die Niederlande*.
http://www.socialeurope.com/onfile/country_profiles/payments_netherlands_d.htm. Zugriff: 20.7.2007.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2005a). *Pilotversuch Assistenzbudget: Grobkonzept Bedarfsabklärungen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2005b). *Pilotversuch Assistenzbudget: Projektbeschreibung*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2005c). *Pilotversuch Assistenzbudget: Umsetzungskonzept*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2005d). *Statistischer Bericht zur Erhebung "Assistenzbudget"*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2007a). *Pilotversuch Assistenzbudget: das erste Jahr der Durchführung*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2007b). *Pilotversuch Assistenzbudget: Stand per 30. Juni 2007*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (1999). *Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz (EinstV)*. BGBl.II Nr. 37/1999.
<http://www.ris.bka.gv.at/bgbl/>. Zugriff: 20.7.2007.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2003). *Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich*.
<http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/5/3/2/CH0055/CMS1057914735913/behindertenbericht310703b1.pdf>. Zugriff: 16.5.2007.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2005). *Pflegevorsorge in Österreich*.
http://www.eu2006.bmsg.gv.at/cms/eu2006EN/attachments/4/6/2/CH0580/CMS1133946383574/provision_for_long_term_care.pdf. Zugriff: 16.5.2007.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2002). *Sozialschutzsysteme*.
<http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/9/5/4/CH0338/CMS1106046724569/sozialschutzsysteme.pdf>. Zugriff: 16.5.2007

- Bundesrat (2005). Verordnung vom 10. Juni 2005 über den Pilotversuch „Assistenzbudget“. SR 831.203. *AS 2005 3529-3536*.
- Bundesregierung (1993). *Bundespflegegesetz*. BGBl.Nr. 110/1993. <http://www.ris.bka.gv.at/bgbl/>. Zugriff: 3.7.2007.
- Bundesregierung (2001). *Bundespflegegesetznovelle*. BGBl.Nr. 69/2001. <http://www.ris.bka.gv.at/bgbl/>. Zugriff: 3.7.2007.
- Bussmann, Werner; Klöti, Ulrich; Knoepfel, Peter (Hg.) (1997). *Einführung in die Politikevaluation*. Basel: Helbing & Lichtenhahn.
- Carlson, Barbara Lepidus; Foster, Leslie; Dale, Stacy B.; Brown, Randall (2007). Effects of Cash and Counseling on Personal Care and Well-Being. *Health Services Research* 42 (1-2), 467-487.
- Carmichael, A.; Brown, L. (2002). The Future Challenge for Direct Payments. *Disability & Society*, 17 (7), 797-808.
- Carmichael, A.; Evans, C.; Brown, L. (2001). *A user led best value review of direct payments. A report Wiltshire county council*. Wiltshire: Wiltshire County Council.
- Centrum indicatiestelling zorg (2007). *Centrum indicatiestelling zorg*. www.ciz.nl. Zugriff: 10.7.2007.
- Clark, Heather; Spafford, Jan (2001). *Piloting choice and control for older people. An evaluation*. Bristol: Policy Press.
- Clevnert, Ulla (2004). *Personal Assistance - a way to achieve full participation and equality*. Paper presented an der Tagung "Von der Hilfestellung zur Gleichstellung - Schwedische und Schweizerische Erfahrungen". Bern 19.10.2004.
- Clevnert, Ulla; Johansson, Lennarth (2007). Personal Assistance in Sweden. *Journal of Aging & Social Policy*, 19 (3), 65-80.
- College voor zorgverzekeringen (2006). *Persoonsgebonden Budget AWBZ. Informatiebulletin voor de budgethouders (november/december)*. <http://www.ewoud-gasthuis.nl/htdocs/PDF/pgb%20awbz%2007.pdf>. Zugriff: 21.6.2007
- Dale, Stacy B.; Brown, Randall S. (2007). How Does Cash and Counseling Affect Costs? *Health Services Research*, 42 (1-2), 488-509.
- Davey, Vanessa; Fernandez, José-Luis; Knapp, Martin; Vick, Nicola; Jolly, Debbie; Swift, Paul; Tobin, Roseanne; Kendall, Jeremy; Ferrie, Jo; Pearson, Charlotte; Mercer, Geoff; Priestley, Mark (2007). *Direct Payments Survey: A National Survey of Direct Payments Policy and Practice*. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science.
- Dawson, Carol (1995). *Employing personal assistants*. <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/socialcare/SC61.asp>. Zugriff: 15.7.2007.
- Department of Health (2003). *Direct Payments Guidance: Community Care, Services for Carers and Children's Services (Direct Payments) Guidance England 2003*. London: Department of Health.
- Department of Health (2005). *Community Care Statistics 2003–04: referrals, assessments and packages of care, England – national summary*. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/80/58/04098058.pdf>. Zugriff: 29.6.2007
- Der Paritätische Gesamtverband - Kompetenzzentrum Persönliches Budget (2006). *Modellregionen. Niederlande*. <http://www.infothek.paritaet.org/pid/pers-bud-get.nsf/c05095b30888af24c1256f830042ca52/77d58127fc06ba91c12570e5002eb740!OpenDocument>. Zugriff: 20.7.2007.
- Dowson, Steve (1995). *Increasing user control in social services: The value of the service brokerage model. Social Care summary 4*. Joseph Rowntree Foundation. <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/socialcare/pdf/sc4.pdf>. Zugriff: 20.7.2007
- Dragt, W.; Hoeksma, B.H.; Pansier-Mast, M.L. (2006). *Kwaliteit van zorg ingekocht met een Persoonsgebonden Budget*. Enschede: HHM.

- Dreyer-Weik, Heidemarie (2005). *Persönliches Budget - Persönliche Assistenz - Selbstbestimmung. Bericht einer Studienreise der Paritätischen Akademie Berlin nach Stockholm vom 26. bis 30. April 2005*. http://www.assistenzbudget.ch/images/Pdf/bericht_stockholmreise.pdf. Zugriff: 9.5.2007.
- EQUAL, Arbeitsgruppe der transnationalen Partnerschaft (2005). *Persönliche Assistenz in Mitteleuropa*. http://www.tsw-equal.info/pdf/Broschuere_PersAssistenzMai05.pdf. Zugriff: 18.6.2007.
- Evans, J.; Hasler, F. (1996). *Direct Payments Campaign in the UK. Presentation for the European Network on Independent Living Seminar, Stockholm: 9-11 June*. Stockholm.
- Fachstelle Assistenz Schweiz (FAssiS) (2005a). *Konzept Heimaustritt und Heimrückkehr*. Hinterkappelen: Fachstelle Assistenz Schweiz.
- Fachstelle Assistenz Schweiz (FAssiS) (2005b). *Konzept Unterstützung und Beratung*. Hinterkappelen: Fachstelle Assistenz Schweiz.
- FAssiS (2002). *Assistenzmodelle in anderen europäischen Staaten*. FAssiS. <http://www.fassis.net/images/Pdf/assistenzmodelle-international.pdf>. Zugriff: 18.6.2007
- Fernandez, José-Luis; Kendall, Jeremy; Davey, Vanessa; Knapp, Martin (2007). Direct payments in England: Factors linked to variations in local provision. *Journal of Social Policy*, 36, 97-121.
- Flanagan, Susan A. ; Green, Pamela S. (1997). *Consumer-directed personal assistance services: Key operational issues for state CD-PAS programs using intermediary service organizations. Prepared under contract for U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation*. Cambridge: The MEDSTAT Group.
- Forsakringkassan (2006). *Assistansersättning*. <http://www.forsakringkassan.se/omfk/analys/barnfamilj/assistans/#anordnare>. Zugriff: 17.7.2007.
- Frevert, Uwe (2006). Persönliches Budget aus Sicht des Bundesverbandes Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland (ISL e.V.). In: AHA e.V.; Windisch, Matthias (Hg.). *Persönliches Budget. Neue Form sozialer Leistung in der Behindertenhilfe und Pflege. Nutzerorientierung oder Sparzwang?* Neu-Ulm: Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise, 92-98.
- Glendinning, Caroline; Halliwell, Shirley; Jacobs, Sally; Rummery, Kerstein; Tyrer, Jane (2000). Bridging the gap: using direct payments to purchase integrated care. *Health & Social Care in the Community*, 8 (3), 192-200.
- Gruber, Gerd; Pallinger, Manfred (2003). 10 Jahre Pflegevorsorge - Rückblick und Standortbestimmung. *Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung*, (5), 209-215.
- HELP.gv.at (2007). *Pflegevorsorge*. <http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360000.html>. Zugriff: 16.6.2007.
- Hoeksma, Homans & Menting (HHM) (2004). *Het PGB nieuwe stijl in beeld. Eindrapport*. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting (HHM).
- Huguenin, Catherine (2005). *Assistenzmodell für Menschen mit Behinderungen: Erfahrungen aus dem Ausland und Implikationen für die Schweiz*. St.Gallen: Bachelor-Arbeit, Universität St.Gallen.
- Hurstfield, Hennifer; Parshar, Urvashi; Schofield, Kerry (2007). *The costs and benefits of independent living*. London: Office for Disability Issues.
- Huys, J. (2002). Revolutie in het Vlaams beleid ten aanzien van personen met een handicap? Een commentaar bij de nieuwe regeling van het persoonlijk assistentiebudget en bij de voorstellen tot invoering van een persoonsgebonden budget. In: Donceel, P.; Masschelein, R. (Hg.). *Arbeid in gezondheid en ziekte. Liber Amicorum Prof. Dr. Dirk Lahaye*. Leuven: Acco, 443-473.
- Independent Living Fund (2007). *User Profile Analysis at 30 June 2007*. <http://www.ilf.org.uk/>. Zugriff: 18.8.2007
- Jansson, Lars-Göran (2002). *Neue Rechte in Schweden für Personen mit Funktionsschwächen*. http://www.socialeurope.com/onfile/country_profiles/payments_sweden_d.htm. Zugriff: 15.5.07.

- Jolly, Debbie (2004). *Working Paper on Direct Payment Pattern in the UK: Preliminary Analysis of Quantitative Mapping and Potential Research Issues*. <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/projects/UKdirectpayments/Initial%20Quant%20Analysis.pdf>. Zugriff: 3.5.2007.
- Kaas, Susanne (2002). *Persönliches Budget für behinderte Menschen. Evaluation des Modellprojektes „Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen“ in Rheinland-Pfalz*. Baden-Baden: Nomos.
- Kastl, Jörg; Metzler, Heidrun (2005). *Modellprojekt Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung*. Stuttgart: Hrsg. vom Ministerium für Arbeit und Soziales Baden Württemberg.
- Kennedy, Jae (1993). Policy and program issues in providing personal assistance services. *Journal of rehabilitation*, 59 (3), 17-23.
- Kestenbaum, A. (1995). *An opportunity lost? Social Services use of the Independent Living*. London: Disability Income Group.
- Knollema, Johan (2006a). *Uitvoeringsverslag PGB nieuwe stijl. Juli 2005 - 2006*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Knollema, Johan (2005). *Fachreferat am Symposium "Das persönliche Pflegebudget am Start", München, 29. Januar 2005*. http://www.pflegebudget.de/veroeffentlichungen/0501_Knollema_Skript.pdf. Zugriff: 28.6.2007.
- Knollema, Johan (2006b). *Fachreferat: Erfahrungen mit Zielvereinbarungen und Leistungskontrollen in den Niederlanden*. Fulda:
- Kremer, Monique (2006). Consumers in charge of care: the Dutch personal budget and its impact on the market, professionals and the family. *European societies*, 8 (3), 385-401.
- Leece, David; Leece, Janet (2006). Direct Payments: Creating a Two-Tiered System in Social Care? *British Journal of Social Work*, 36 (8), 1379-1393.
- Leece, Janet (2004). Money Talks, but What Does it say? Direct Payments and the Commodification of Care. *Practice*, 16 (3), 211 - 221.
- Leuenberger, Simone (2004). *Persönliche Assistenz: Organisation und Finanzierung in europäischen Ländern*. <http://www.agile.ch/t3/agile/index.php?id=275>. Zugriff: 20.7.2007.
- Loeken, Hiltrud (2006). Persönliches Budget für behinderte und pflegebedürftige Menschen im europäischen Vergleich. In: AHA e.V.; Windisch, Matthias (Hg.). *Persönliches Budget. Neue Form sozialer Leistung in der Behindertenhilfe und Pflege. Nutzerorientierung oder Sparzwang?* Neu-Ulm: Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise, 30-41.
- Lundsgaard, Jens (2005). *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and fiscal Sustainability?* Paris: OECD.
- Lyon, Jane (2005). A systems approach to direct payments: a response to 'Friend or foe? Towards a critical assessment of direct payments'. *Critical Social Policy*, 25 (2), 240-252.
- MASFG – Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2001). *Selbst bestimmen. Hilfe nach Maß für Behinderte. Abschlussbericht zum Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz*. Mainz: MASFG.
- MASFG – Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz (2004). *Bericht an den Landtag*. <http://www.masfg.rlp.de/Soziales/Dokumente/>. Zugriff: 20.6.2007
- Mattson Prince, Jane (1997). A rational approach to long term care: comparing the independent living model with agency-based care for persons with spinal cord injuries. *Spinal Cord*, 35, 326-331.
- Mazal, Wolfgang (2000). *Erhöhung der Treffsicherheit des Sozialsystems. Endbericht*. http://www.nachhaltigkeit.at/bibliothek/pdf/soz_treffsich.pdf. Zugriff: 29.6.2007
- Metzler, Heidrun; Meyer, Thomas; Rauscher, Christine; Schäfers, Markus; Wansing, Gudrun (2007). *Modellprojekte trägerübergreifendes Persönliches Budget. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung (in Vorbereitung)*. Berlin: Hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

- Metzler, Heidrun; Meyer, Thomas; Rauscher, Christine; Schäfers, Markus; Wansing, Gudrun (2006). *Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Zwischenbericht*. http://www.projekt-persoennes-budget.de/cms/?download=TPB-Zwischenbericht_Oktober_2006.pdf. Zugriff: 25.6.2007
- MGSIS - Ministerium für Gesundheit und Soziales, Internationales Sekretariat (2004). *Gesetz über Unterstützung und Dienstleistungen für gewisse Funktionsbehinderte und das Gesetz über Fürsorgeleistungen*. <http://www.behinderte.de/ejmb2003/schwed-assistenzgesetz.htm>. Zugriff: 20.6.2007.
- Miles-Paul, Ottmar; Frehse, Uwe (1994). Persönliche Assistenz: Ein Schlüssel zum selbstbestimmten Leben Behinderter. „*Gemeinsam leben*“, 2, 12-16.
- Miltenburg, Theo; Ramakers, Clarie; Mensink, Jos A. (1996). *Personal budget for clients: summary of an experiment with cash benefits in home care in the Netherlands*. Nijmegen: Institute for Applied Social Sciences.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002a). *Krankenversicherungen in den Niederlanden*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002b). *Zorgnota 2003*. The Hague: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Fact sheet on the personal budget in the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)*. http://www.minvws.nl/en/folders/zzoude_directies/dvvo/2005/fact-sheet-personal-budget-awbz.asp. Zugriff: 2.8.2007.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007). *Persoonsgebonden budget (pgb)*. <http://www.minvws.nl/>. Zugriff: 14.7.2007.
- Nemeth, Claudia; Pochobradsky, Elisabeth (2004). *Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- Nydegger Lory, Bruno; Eberhard, Peter (2006). Erste Ergebnisse aus dem Pilotversuch Assistenzbudget. *Soziale Sicherheit*, (5), 278-282.
- O'Brien, Connie Lyle; O'Brien, John (1993). *A checklist for evaluating personal assistance services (PAS) policies and programs*. Syracuse: Center on Human Policy, Syracuse University.
- ÖBIG (2002). *Beschäftigte im Bereich der Pflege und Betreuung. Entwicklung 1993-1999*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Österle, August; Hammer, Elisabeth (2004). *Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Rahmenbedingungen - Politikansätze - Entwicklungsperspektiven*. Wien: Kardinal König Akademie.
- Österwitz, Ingolf (1996). Erfahrungen in den nordischen Ländern. In: LAGH "Hilfe für Behinderte" in Bayern e.V. (Hg.). *Dokumentation der LAGH-Fachtagung Europäische Behindertenpolitik*. München, 13-16.
- Pearson, Charlotte (2000). Money talks? Competing discourses in the implementation of direct payments. *Critical Social Policy*, 20(4), 44 - 77.
- Per Saldo (2007). *Taking control. The personal budget*. <http://www.pgb.nl/showpage.php?pa=234>. Zugriff: 10.7.07.
- Persönliche Assistenz GmbH (2005). *Informationsbroschüre für Auftraggeber/innen der Persönlichen Assistenz GmbH*. http://www.persoennes-assistenz.net/download/Broschuere_AG.pdf. Zugriff: 19.7.2007
- Persönliche Assistenz GmbH (2007). *Persönliche Assistenz*. http://www.persoennes-assistenz.net/pa_auftrag_UuK.htm. Zugriff: 15.7.07.
- Pfeil, Walter (1998). Die Pflegevorsorge in Österreich. In: Sieveking, Klaus (Hg.). *Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in der Europäischen Union*. Baden-Baden: Nomos, 51-64.
- Pfeuffer, Frank; Engel, Heike; Engels, Dietrich (2004). *Einrichtung und Arbeitsweise Gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation. Wissenschaftliche Begleitforschung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Integrierter Abschlussbericht*. <http://www.isg-institut.de/download/ISG-Gemeinsame%20Servicestellen.pdf>. Zugriff: 21.6.2007.

- Pijl, Marja (2007). *Zelfzorg inkopen: hoe gaat dat in het buitenland?* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Poole, Teresa (2006). *Direct payments and older people (Appendix for the Wanless Social Care Review)*. London: Kings Fund.
- Prerost, Ruedi (1999). Vom Objekt zum Subjekt: Behindertenemanzipation in der Schweiz. In: Caritas (Hg.). *Sozialalmanach 1999. Existenzsicherung in der Schweiz*. Luzern: Caritas Verlag, 147-165.
- Priestley, Mark; Jolly, Debbie; Pearson, Charlotte; Riddell, Sheila; Barnes, Colin; Mercer, Geof (2006). *Direct Payments and Disabled People in the UK: Supply, Demand and Devolution*. <http://bjsw.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/bcl063v1> Zugriff: 19.7.2007.
- Ramakers, C; Van den Wijngaart, Marie (2006). *Reductie administratieve lasten persoonsgebonden budget*. Nijmegen: ITS.
- Ramakers, Clarie (1998). *Clientgebonden budget. Een experimenteel onderzoek*. Nijmegen: ITS.
- Ramakers, Clarie; de Graauw, K. (2006). *Risico's van afschaffing bestedingsverantwoording PGB*. Nijmegen: ITS.
- Ramakers, Clarie; Miederna, Frank (2006). *Betekenis van vouchersystemen voor reductie van administratieve lasten* Nijmegen: ITS.
- Ramakers, Clarie; Van den Wijngaart, Mary (2005). *Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg*. Nijmegen: ITS.
- Ratzka, Adolf (1996). *Betreuung oder Selbstbestimmung: Zur Lage von Menschen mit Behinderung in Schweden*. <http://www.independentliving.org/docs4/ratzka96a.html>. Zugriff: 15.5.07.
- Ratzka, Adolf (2002). *Die Schwedische Assistenzreform von 1994. Beitrag zur Panel Discussion on Personal Assistance, Würzburg, 21. November 2002*. Würzburg.
- Ratzka, Adolf (2003). Schweden. Vorbild in Europa? *Behinderte*, 6, 55-65.
- Ratzka, Adolf (2004a). *Die schwedische Assistenzreform von 1994. Vortrag anlässlich der Eröffnung des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen in Magdeburg 21.2.2003*. <http://www.independentliving.org/docs6/ratzka200302.html>. Zugriff: 15.5.07
- Ratzka, Adolf (2004b). Sweden. www.ecepa.org/results/Sweden%20WP%201.doc. Zugriff: 15.5.07
- Ratzka, Adolf (2004c). *The Swedish Personal Assistance Act of 1994*. www.independentliving.org/docs6/ratzka20040623.html. Zugriff: 15.5.2007.
- Reitsma, Liesbeth (2001). *Das niederländische Fürsorgesystem und das Persönliche Budget*. <http://www.fassis.net/Archiv/PGB-NL-Vortrag-PerSaldo.doc>. Zugriff: 20.7.07
- Riddell, S.; Pearson, C.; Jolly, D.; Barnes, C.; Priestley, M.; Mercer, G. (2005). The development of direct payments in the UK: implications for social justice. *Journal of Social Policy and Society*, 4 (1), 75 - 86.
- Riddell, S.; Priestley, M.; Pearson, C.; Mercer, G.; Barnes, C.; Jolly, D.; Williams, V. (2006). *Disabled People and Direct Payments: a UK comparative study*. Swindon: Economic and Social Research Council.
- Ritter, Maria (2005). Mehr Selbstbestimmung für Behinderte. Pilotversuch "Assistenzbudget". *Soziale Sicherheit*, (4), 229-231.
- Rizzi, Elisabeth (2006). Assistenzmodelle in anderen Ländern. Am besten leben Behinderte in Dänemark. *Curaviva*, (10), 6-11.
- Rudda, Johannes (2006). Neue Wege „24-Stunden-Betreuung“. Reform der Pflegevorsorge in Österreich. *Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung*, (11), 445-453.
- Sabatino, Charles P.; Litvak, Simi (1992). Consumer-directed homecare: What makes it possible? *Generations*, 16 (1), 53-58.
- Schäfers, Markus; Wacker, Elisabeth; Wansing, Gudrun (2004). Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität – Modellversuch „PerLe“. Zur Einführung eines Persönlichen Budgets. *Fachdienst der Lebenshilfe*, (2), 23-27.
- Schäfers, Markus; Wacker, Elisabeth; Wansing, Gudrun (2007). *Persönliches Budget im Wohnheim. Leben gestalten durch Menschen mit geistiger Behinderung (in Vorbereitung)*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

- Schaffenberg, Eva; Pochobradsky, Elisabeth (2004). *Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich*. Wien: Österreichisches Institut für Gesundheitswesen.
- Schneider, Ulrike; Österle, August; Schober, Doris; Schober, Christian (2006). *Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung*. Wien: Institut für Sozialpolitik.
- Schwedisches Institut (2001). *Tatsachen über Schweden. Die schwedische Behindertenpolitik*. http://www.swedengate.de/allgemeines/pdf_soz_behinderte.pdf. Zugriff: 17.5.2007.
- Scottish Executive (2007). *Direct Payments Scotland 2006*. <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/149651/0039854.pdf>. Zugriff: 3.7.2007
- Scourfield, Peter (2005). Implementing the community care (Direct payments) act: Will the supply of personal assistants meet the demand and at what price? *Journal of Social Policy*, 34, 469-488.
- Socialdepartementet (2005). *På den assistansberättigades uppdrag. God kvalitet i personlig assistans - ändamålsenlig användning av assistansersättning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen - National Board of Health and Welfare (2002). *Social Services in Sweden 1999. Needs - Interventions - Development*. Stockholm.
- Sozialversicherungsbank (2007). *Sociale Verzekeringsbank*. <http://www.svb.nl/internet/nl/index.jsp>. Zugriff: 15.7.2007.
- Spandler, Helen (2004). Friend or foe? Towards a critical assessment of direct payments. *Critical Social Policy*, 24 (2), 187-209.
- Spandler, Helen; Vick, Nicola (2006). Opportunities for independent living using direct payments in mental health. *Health and Social Care in the Community*, 14 (2), 107-115.
- Stainton, T.; Boyce, S. (Hg.) (2002). *An Evaluation of the Cardiff and Vale Independent Living Scheme and the Implementation of direct Payments*.
- Stainton, T.; Boyce, S. (2004). I have got my life back: users experience of direct payments. *Disability & Society*, 19 (5), 443-454.
- Statistik Austria (2006). *Bundespflegegeldbezieher nach Geschlecht, 1995-2005*. http://www.statistik.at/web_de/static/bundespflegegeldbezieher_nach_geschlecht_1995-2005_020067.pdf. Zugriff: 31.7.2007
- Sting (2004). *Ervaringen van PGB zorgverleners met het PGB*. Utrecht: Sting.
- Tilly, Jane; Wiener, Joshua M. ; Cuellar, Alison Evans (2000). *Consumer-directed home and community services programs in five countries: Policy issues for older people and government*. Washington: The Urban Institute.
- Timonen, V.; Convery, J.; Cahill, S. (2006). Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries. *Ageing & Society*, 26, 455-474.
- TK - Tweede Kamer (2004/2005). *Persoonsgebonden Budgetten. Modernisering AWBZ. Nr. 25657/26631/nr. 29*. Den Haag.
- Türk, Erik (1997). Pflegevorsorge in Österreich *Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung* (6), 582-602.
- Ungerson, C. (2004). Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on 'cash for care' schemes. *Ageing and Society*, 24, 189-212.
- Urban, Wolfgang (2006). Persönliches Budget für Menschen mit so genannter geistiger Behinderung aus Sicht der Landesarbeitsgemeinschaft Freier Ambulanter Dienste in Hessen (LAGFAD e.V.). In: AHA e.V.; Windisch, Matthias (Hg.). *Persönliches Budget. Neue Form sozialer Leistung in der Behindertenhilfe und Pflege. Nutzerorientierung oder Sparzwang?* Neu-Ulm: Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise, 99-104.
- Van den Berg, Bernard; Van Exel, Job; Van den Bos, Trudi; Koopmanschap, Marc; Brouwer, Werner (2003). *Mantelzorg en persoonsgebonden budget*. Bilthoven: RIVM.
- Van den Wijngaart, Mary; Ramakers, Clarie (2004). *Monitor budgethouders PGB nieuwe stijl*. Nijmegen: ITS.
- Wacker, Elisabeth; Wansing, Gudrun; Schäfers, Markus (2005). *Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität. Teilhabe mit einem persönlichen Budget*. Wiesbaden: DUV.

- Wagner, Gerhard (2006). *Zur Situation behinderter Menschen in Österreich*.
<http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=6607>. Zugriff: 20.6.2007
- Waldschmidt, Anne (1999). *Selbstbestimmung als Konstruktion. Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer*. Opladen: Leske und Budrich.
- Wansing, Gudrun (2004). Kontrolle über das eigene Leben. Förderliche und hinderliche Bedingungen für die Umsetzung Persönlicher Budgets im Kontext europäischer Modelle und Erfahrungen. *Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie*, (2), 31-33.
- Wansing, Gudrun (2005). *Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wansing, Gudrun (2007). Persönliches Budget. In: Greving, Heinrich (Hg.). *Kompendium Heilpädagogik. Band 2*. Troisdorf: Bildungsverlag Eins, 165-175.
- Wansing, Gudrun; Hölscher, Petra; Wacker, Elisabeth (2004). Mass nehmen und Mass halten - in einer Gesellschaft für alle III: Personenbezogene Leistungen (PerLe) für alle – Budgetfähigkeit und Klientenklassifikation in der Diskussion. In: Klie, Thomas; Spermann, Alexander (Hg.). *Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg? Ein Werkbuch zu Budgets in der Pflege und für Menschen mit Behinderungen*. Hannover: Vincentz, 318-339.
- Waterplas, Lina; Samoy, Erik (2005). L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique. *Revue française des affaires sociales*, (2), 61-101.
- Windheuser, Jochen; Ammann, Wiebke; Warnke, Wiebke (2006). *Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens zur Einführung Persönlicher Budgets für Menschen mit Behinderung in Niedersachsen*. http://www.behindertenbeauftragteniedersachsen.de/budget_bblni/pics/Abschlussbericht_pers-budget.pdf. Zugriff: 29.6.2007
- Windisch, Matthias (2006). Persönliches Budget als neue Form sozialer Leistungen - Einführung. In: AHA e.V.; Windisch, Matthias (Hg.). *Persönliches Budget. Neue Form sozialer Leistung in der Behindertenhilfe und Pflege. Nutzerorientierung oder Sparzwang?* Neu-Ulm: Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise, 9-14.
- Wirz, Claudia (2004). *Mit Assistenz zur Autonomie. Schweizer Einblicke in Schwedens Behindertenpolitik*. Zürich: Neue Zürcher Zeitung.
- Witcher, S.; Stalker, K.; Roadburg, M.; Jones, C. (2000). *Direct payments: the impact on choice and control for disabled people*. Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit.
- Woldringh, Claartje; Baarveld, Fransje; Ramakers, Clarie (1998). *Persoonsgebonden budget. Verstandelijk gehandicapten. Ervaringen van budgethouders en kwaliteit van zorg*. Nijmegen: ITS.
- Zarb, G.; Nadash, P. (1994). *Cashing in on independence: Comparing the costs and benefits of cash and services*. London: BCODP.
- Zolle, C. (2007). *Wir wollen Freiheit*. <http://www.forsea.de/projekte/Europa/Alicante%202007.pdf>. Zugriff: 7.6.2007

Anhang

A	Liste der Experten / Expertinnen	
B	Befragungsleitfaden	

Anhang A**Liste der Experten / Expertinnen**

Land	Befragung	Experte / Expertin
Schweden	Interview 20. Juni 2007	Dr. Adolf Ratzka, Director, The Independent Living Institute, Stockholm
Österreich	Interview 11. Juli 2007	Mag. Dorothea Brozek, Geschäftsführerin der Wiener Assistenzgenossenschaft, Wien
	Schriftliche Befragung 16. Juli 2007	Dr. Johannes Ruddy, Referatsleiter o, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
Grossbritannien	Schriftliche Befragung 8. August 2007	Charlotte Pearson, Lektorin im Department of Urban Studies, Universität von Glasgow, Glasgow
Niederlande	Schriftliche Befragung 11. Juli 2007	Johan Knollema. Koordinator für die Ausführung Personengebundener Budgets, College voor zorgverzekeringen (dt.: Kollegium für Krankenversicherungen), Diemen

Anhang B

Leitfaden für die Befragung der Experten und Expertinnen

(Allgemeine Version, modellbezogen angepasst)

Teil 1 Fragen zu einzelnen Aspekten des Assistenzmodells

Aufgrund von Recherchen und der bisherigen Analyse von verschiedenen Unterlagen ist ein Bild über die Konzeption und die Umsetzung des Assistenzmodells in Ihrem Land entstanden. Einzelne Punkte sind jedoch noch offen bzw. nicht ganz klar. Gerne möchte ich Ihnen dazu einige Fragen stellen

<i>Liste von Fragen zu offenen, nicht ganz klaren Punkten aufführen</i>	
<i>auch nach möglichen Materialien fragen (Bedarfsabklärungsinstrumente), die noch fehlen</i>	

Teil 2 Fragen zur Umsetzung

Welche Gruppen unter den Personen mit Behinderung profitieren besonders vom Assistenzmodell in Ihrem Land?	
Gibt es Gruppen von Personen mit Behinderung, für welche der Zugang zum Assistenzmodell besonders hoch ist bzw. mit Schwierigkeiten verbunden ist?	
Wie beurteilen sie, wie weit mit diesem Modell eine angemessene Versorgung der Personen mit Behinderung sichergestellt ist? Was sind in der Praxis Elemente zur Sicherung der Qualität der Hilfe?	
Welche Leistungen zur Unterstützung der Personen, welche am Modell teilnehmen, haben sich etabliert? Wie weit haben sich Unterstützungsstrukturen (z.B. Assistenzgenossenschaften) entwickelt?	

Gab es in den vergangenen Jahren Veränderungen – sei in den gesetzlichen Grundlagen, in der Umsetzung oder im Umfeld des Modells -, welche zu einer anderen Praxis geführt haben?	

Teil 3 Beurteilung des Assistenzmodells in Ihrem Land

Wo liegen aus Ihrer Sicht Stärken und Schwächen des Assistenzmodells in Ihrem Land?	
Wo sind aus Ihrer Sicht die Wirkungen des Modells? Welche sind allgemein eher unbestritten, welche sind eher offen bzw. umstritten?	
Was sind die Erfahrungen der Betroffenen d.h. der Nutzer und Nutzerinnen und ihrer Vertretungen? Welche Probleme aber auch Stärken werden genannt?	
Wie wird das Modell von jenen Personen und Institutionen beurteilt, welche Leistungen für Personen mit Behinderung erbringen?	
Wie wird das Modell in der Politik beurteilt? Welche Stärken und Schwächen werden aus Sicht der Politik und der Behörden mit dem Modell in Verbindung gebracht?	
Wo sehen sie Handlungsbedarf? Was ist in der Konzeption und der Umsetzung des Modells in Zukunft noch zu verbessern?	
Welche Faktoren beurteilen Sie als entscheidend, dass ein Assistenzmodell erfolgreich sein kann?	

Welche Rolle haben Ihrer Meinung nach Massnahmen wie auch Strukturen zur Unterstützung der Personen mit Behinderung, damit das Modell angemessen umgesetzt wird?	
--	--

Teil 4 Forschungsstand

In unserem Bericht werden wir auch auf den Forschungsstand zum Assistenzmodell in Ihrem Land Bezug nehmen. Wir haben versucht, die relevanten Studien, die über die Praxis, die Wirkungen oder Kosten-Nutzen-Relationen des Modells Auskunft geben, zu recherchieren.

Können Sie prüfen, wie weit die folgende Liste vollständig ist oder wichtige Studien fehlen?

Liste der Studien einfügen

Abschluss

Sind Sie einverstanden, dass wir einzelne Aussagen mit Verweis auf Sie in unserem Schlussbericht verwenden?

Antwort bzw. allfällige Anmerkungen

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de>

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr>

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana
«Aspetti della sicurezza sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=it>

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=en>