

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des dritten mehrjährigen
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP3-IV)*

Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Instrumente zur Bedarfsabklärung

Forschungsbericht Nr. 11/22



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédéral 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/Autorinnen: Alan Canonica, René Stalder, Marina Abbas (HSLU), Pierre Margot-Cattin, Gaël Froidevaux (HES-SO Valais)
Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Dr. Alan Canonica
Werftstrasse 1
Postfach 2945 CH-6002 Luzern
Tel. +41 41 367 49 34
E-Mail: alan.canonica@hslu.ch
Internet: <https://www.hslu.ch/soziale-arbeit>

Auskünfte: Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern

Frédéric Widmer (Forschung und Evaluation)
Tel.: +41 58 464 79 75
E-mail: frederic.widmer@bsv.admin.ch

Maryka Lâamir (Geschäftsfeld Invalidenversicherung)
Tel.: +41 58 464 82 73
E-mail: maryka.laamir@bsv.admin.ch

ISSN: 1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion)

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, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer: 318.010.11/22D

Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Instrumente zur Bedarfsabklärung

Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Sozialversicherungen

9. Februar 2023

Alan Canonica, Pierre Margot-Cattin, René Stalder, Marina Abbas, Gaël Froidevaux

Kontakt

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit

Dr. Alan Canonica
Werftstrasse 1
Postfach 2945
CH-6002 Luzern

+41 41 367 49 34

alan.canonica@hslu.ch

www.hslu.ch/soziale-arbeit

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Das Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK) wurde am 13. Dezember 2006 verabschiedet. Die Schweiz hat es im Jahr 2014 ratifiziert. Die BRK brachte eine andere Sichtweise von Behinderung hervor und richtete den Fokus in der Behindertenpolitik auf die Chancengleichheit, Autonomie, Selbstbestimmung und Inklusion. Der Einbezug von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft muss in allen gesellschaftlichen Bereichen erfolgen. Ein zentraler Aspekt dabei ist, dass Betroffene die freie Wahl haben, wo, wie und mit wem sie leben möchten. In der Invalidenversicherung (IV) wurden bereits Anfang der 1960er-Jahre und damit lange vor der BRK Massnahmen zur Förderung der Autonomie von Menschen mit Behinderungen eingeführt, allen voran die Hilflosenentschädigung (HE). Um die Entwicklungsmöglichkeiten der Unterstützungsmassnahmen für das Wohnen zu Hause zu identifizieren, hat das BSV parallel zwei sich ergänzende Forschungsprojekte lanciert. Das eine Forschungsprojekt bestand in einer Vergleichsstudie von Unterstützungsmassnahmen für das Wohnen zu Hause zwischen der Schweiz und drei anderen Industrieländern, während sich das vorliegende Projekt mit den Instrumenten zur Bedarfsabklärung befasste.

Der vorliegende Bericht liefert Verbesserungsvorschläge für die Instrumente zur Bedarfsabklärung in der Invalidenversicherung und empfiehlt zudem dem BSV, allgemeine Überlegungen zum System anzustellen, welches diesen Instrumenten vorgelagert ist. Die Verbesserungsvorschläge basieren auf der Feststellung, dass das Unterstützungssystem für das Wohnen zu Hause sehr komplex und die Koordination – insbesondere zwischen der IV und den Kantonen – herausfordernd ist.

Die Empfehlungen, die direkt die Instrumente und Massnahmen der IV betreffen, hängen mit der BRK-Sichtweise von Behinderung zusammen. Die Perspektive, die den Instrumenten und Leistungen der IV (insbesondere der Hilflosenentschädigung) zugrunde liegt, unterscheidet sich fundamental von jener der BRK. Ebendiese Diskrepanz hat das BSV zu diesem Forschungsprojekt im Hinblick auf eine Modernisierung der IV-Instrumente und -Leistungen veranlasst. Die Empfehlungen umzusetzen, würde einen kompletten Paradigmenwechsel bedeuten und erfordert daher eingehende Analysen. Unter anderem geht es darum, unerwünschte Effekte zu vermeiden (z. B. kann die Berücksichtigung von Kompetenzen und vom Umfeld bei der Bedarfsabklärung dazu führen, dass ein geringerer Hilfebedarf anerkannt wird) und ein Gleichgewicht zwischen den versicherungstechnischen Anforderungen (insbesondere den formellen Anspruchsvoraussetzungen) und dem Empowerment der Versicherten zu finden.

Der Bericht zeigt verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten für die Unterstützung beim Wohnen zu Hause auf. Sie alle bedeuten erhebliche Veränderungen und stellen eine grosse Herausforderung dar. Das BSV ist bereit, diese in Zusammenarbeit mit den betroffenen Parteien, insbesondere den Kantonen und Behindertenorganisationen, anzugehen.

Florian Steinbacher, Vizedirektor des BSV
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

La convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) a été adoptée le 13 décembre 2006. En Suisse, elle a été ratifiée en 2014. Cette convention a amené un changement dans la vision du handicap : l'égalité des chances, l'autonomie, l'autodétermination et l'inclusion doivent désormais être au centre des politiques du handicap. L'inclusion des personnes handicapées dans la société doit se faire dans tous les domaines de la société et la possibilité de choisir librement où, comment et avec qui habiter en constitue un aspect central. Les mesures favorisant l'autonomie des personnes en situation de handicap de l'assurance-invalidité, en particulier l'allocation pour impotent (API), ont été conçues dès le début des années 1960 et donc bien avant ces développements. Afin d'identifier des pistes de développement des mesures de soutien au logement à domicile, l'OFAS a lancé parallèlement deux projets de recherche complémentaires. Alors que le premier consistait en une étude comparative des mesures de soutien au logement à domicile entre la Suisse et trois autres pays industrialisés, le présent rapport porte sur les instruments d'évaluation du besoin d'aide.

Le présent rapport présente des recommandations visant à améliorer les instruments pour évaluer le besoin d'aide de l'assurance-invalidité, et suggère également à l'OFAS de mener une réflexion d'ordre plus général concernant le système en amont de ces instruments. Ces conclusions se basent sur le constat de la grande complexité du système de soutien du logement à domicile et des défis de coordination – notamment entre l'AI et les cantons - qui y sont liés.

Les recommandations qui concernent directement les instruments ou les mesures de l'AI se basent sur la vision du handicap de la CDPH. La différence entre cette perspective et celle qui est à l'origine des instruments et prestations de l'AI (en particulier l'allocation pour impotent) est flagrante. C'est précisément la prise de conscience de cette divergence qui avait conduit l'OFAS à lancer ce projet de recherche afin de moderniser ses instruments et prestations. La mise en œuvre de ces recommandations signifierait un changement complet de paradigme et exige donc des analyses approfondies. Il s'agit par exemple d'éviter des effets indésirables (la prise en compte des compétences et du contexte lors de l'évaluation du besoin d'aide pourrait par exemple signifier une reconnaissance inférieure du besoin) et de trouver un équilibre entre les exigences du cadre assurantiel (notamment les conditions formelles exigibles pour l'octroi des prestations) et l'autonomisation des personnes assurées.

Le rapport ouvre plusieurs options pour améliorer le soutien au logement à domicile. Elles impliquent toutes des changements importants et constituent des défis de taille. L'OFAS est prêt à les relever en collaboration avec les parties concernées, en particulier les cantons et organisations représentant les personnes en situation de handicap.

Florian Steinbacher, vice-directeur de l'OFAS
Responsable du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

La Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), adottata il 13 dicembre 2006 e ratificata dalla Svizzera nel 2014, ha portato a un cambiamento importante nella concezione della disabilità: pari opportunità, autonomia, autodeterminazione e inclusione devono ormai essere al centro delle politiche in materia di disabilità. L'inclusione delle persone con disabilità nella società deve essere realizzata in tutti gli ambiti e la possibilità di scegliere liberamente dove, come e con chi abitare rappresenta un aspetto centrale in tal senso. Le misure dell'assicurazione invalidità (AI) tese a favorire l'autonomia delle persone con disabilità, in particolare l'assegno per grandi invalidi (AGI), sono state concepite a partire dall'inizio degli anni 1960, dunque molto prima di questi sviluppi. Per individuare prospettive di sviluppo delle misure di sostegno alla vita a domicilio, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) ha lanciato simultaneamente due progetti di ricerca complementari. Mentre il primo consisteva in uno studio comparativo delle misure di sostegno alla vita a domicilio in Svizzera e in altri tre Paesi industrializzati, il presente rapporto verte sugli strumenti di accertamento del bisogno di aiuto.

Nel presente rapporto sono formulate raccomandazioni per migliorare gli strumenti utilizzati dall'AI per accertare il bisogno di aiuto e al contempo si suggerisce all'UFAS di riflettere più in generale sul sistema a monte di questi strumenti. Queste conclusioni si basano sulla constatazione della grande complessità del sistema di sostegno alla vita a domicilio e delle difficoltà di coordinamento a essa connesse, in particolare tra l'AI e i Cantoni.

Le raccomandazioni che riguardano direttamente gli strumenti o le misure dell'AI si basano sulla concezione di disabilità della CRPD. La differenza tra questa prospettiva e quella alla base degli strumenti e delle prestazioni dell'AI (in particolare dell'AGI) è palese. È proprio la presa di coscienza di questa divergenza che aveva indotto l'UFAS a lanciare questo progetto di ricerca, allo scopo di modernizzare i propri strumenti e prestazioni. L'attuazione di queste raccomandazioni comporterebbe un cambiamento radicale di paradigma e richiede pertanto analisi approfondite. Si tratta ad esempio di evitare effetti indesiderati (p. es., dal fatto di tenere conto delle competenze e del contesto per l'accertamento del bisogno di aiuto potrebbe risultare il riconoscimento di un bisogno inferiore) e di trovare un equilibrio tra le esigenze del settore assicurativo (in particolare le condizioni formali per il diritto alle prestazioni) e l'autonomizzazione degli assicurati.

Il rapporto presenta diverse opzioni per migliorare il sostegno alla vita a domicilio; tutte implicano cambiamenti importanti e costituiscono sfide di rilievo. L'UFAS è pronto ad affrontarle in collaborazione con le parti coinvolte, in particolare i Cantoni e le organizzazioni che rappresentano le persone con disabilità.

Florian Steinbacher, vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN CRPD) was adopted on 13 December 2006, and ratified by Switzerland in 2014. The UN CRPD has changed how disability is viewed and approached. As a result, equal opportunities, autonomy, self-determination and inclusion must be focal points of any disability policy. Individuals with disabilities must be integrated in every aspect of life and a component of their inclusion in society is the freedom to choose where, how and with whom they want to live. Swiss Invalidity Insurance scheme (IV/AI) measures to empower people with disabilities, particularly the helplessness allowance (HA), date from the early 1960s onwards, and were therefore introduced long before these developments. The Federal Social Insurance Office (FSIO) launched two separate but complementary research projects that explore potential avenues for improving supported living measures. The first compared supported living measures in Switzerland and three other industrialised countries. The second – the present study – analysed the needs' assessment instruments that are currently in use.

The present report formulates recommendations for improving the needs-based instruments used by the IV/AI scheme. It also advises the FSIO to review the system upstream of these instruments. The conclusions are informed by the complex nature of the supported living system that the study observed, as well as by the associated coordination challenges, particularly between the IV and the cantons.

The recommendations which directly concern the IV/AI instruments and measures are based on UN CRPD model of disability. This view differs markedly from the view of disability which informed the design of existing IV/AI instruments and services/benefits (in particular, the helplessness allowance). It is precisely this realisation which prompted the FSIO to launch this research project in order to identify steps that could be taken to modernise IV/AI instruments and services/benefits. The adoption of these recommendations would constitute a paradigm shift. As such, these proposals must be analysed thoroughly beforehand. It is important that they do not lead to unwanted effects (for example, a needs assessment instrument that takes into account the applicant's abilities and skills and contextual factors might underestimate the person's effective need for support). Also, any measures must strike a balance between the requirements of the insurance framework (notably the formal conditions for the award of benefits) and the empowerment of the insured.

The report opens up several avenues for improving measures to support people with disabilities to live at home. At the same time, they all imply major changes and present considerable challenges. The FSIO is ready to tackle these problems head on and in concert with all parties concerned, particularly the cantons and disability advocacy organisations.

Florian Steinbacher, FSIO Deputy Director
Head of Invalidity Insurance

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
Zusammenfassung.....	VII
Résumé.....	XV
Riassunto.....	XXIII
Summary.....	XXXI
1. Projektbeschreibung.....	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Fragestellungen und Zielsetzungen.....	1
1.3 Projektdesign und Arbeitsschritte.....	3
2. Wohnen zu Hause: Zuständigkeiten und Leistungen.....	7
2.1 Zuständigkeiten und Kostenträger.....	7
2.2 Untersuchte IV-Leistungen.....	9
2.2.1 Hilflorenentschädigung.....	9
2.2.2 Intensivpflegezuschlag.....	11
2.2.3 Assistenzbeitrag.....	11
2.2.4 Revision.....	13
2.3 Grund- und Behandlungspflege – Leistungen der Krankenversicherung und der IV.....	13
3. Begriffsbestimmungen und Operationalisierung.....	17
3.1 Ressourcen und Bedarf.....	17
3.2 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	19
4. Entwicklungen in der Behindertenhilfe und normative Leitlinien.....	25
4.1 Modelle von Behinderung.....	25
4.2 UN-Behindertenrechtskonvention.....	26
4.3 Sozialpädagogischer Fachdiskurs.....	28
4.4 Bedarfserhebungen und Entwicklung der Unterstützungssysteme.....	30
4.5 Normative Leitlinien für die Abklärungsinstrumente.....	31
5. Abklärungsinstrumente für das Wohnen.....	33
5.1 IV-Abklärungsinstrumente.....	33
5.1.1 Hilflorenentschädigung.....	33
5.1.2 Intensivpflegezuschlag.....	35

5.1.3	Assistenzbeitrag.....	37
5.2	Abklärungsinstrumente für Menschen mit Behinderung	39
5.2.1	IBB	42
5.2.2	ROES.....	44
5.2.3	OLMIS.....	44
5.2.4	ELADEB	46
5.2.5	MHAVIE	48
5.2.6	IHP	49
5.2.7	BAI (Ursprünglich DDP)	51
5.2.8	Instrumente für das Begleitete Wohnen	52
5.2.9	Demande d'accompagnement par une institution spécialisée	52
5.2.10	Dispositif JUNORAH.....	53
5.3	Abklärungsinstrumente in den Bereichen Alter und Pflege.....	53
5.3.1	BESA.....	53
5.3.2	InterRAI HC	55
5.3.3	PLAISIR.....	57
5.4	Internationale Perspektive.....	59
5.5	Vergleich der Abklärungsinstrumente	60
5.5.1	Unterscheidungsmerkmale	60
5.5.2	Prüfung nach den normativen Leitlinien	67
6.	Praxiserfahrung und Wahrnehmung der involvierten Akteure	71
6.1	Komplexität und Koordinationsgrad innerhalb des Unterstützungssystems.....	71
6.2	Praxis der IV-Stellen.....	73
6.3	Ressourcenorientierung.....	75
6.4	Entwicklungsprozesse.....	78
6.5	Selbstbestimmung und Teilhabe	79
6.6	Rechtsgleichheit und Gleichbehandlung.....	81
7.	Weiterentwicklung der Abklärungsinstrumente der IV	83
7.1	Szenarien: Unterstützung für das Wohnen zu Hause.....	84
7.2	Entwicklungsperspektiven für die IV-Abklärungsinstrumente.....	88
8.	Fazit: Beantwortung der Forschungsfragen	93
9.	Empfehlungen	99
10.	Literaturverzeichnis	103

11. Abkürzungsverzeichnis	109
12. Anhang	111
12.1 Kriterienraster	111
12.2 Interviewliste.....	114
12.3 Fragebogen zur Bedarfsabklärung im Bereich Wohnen zuhanden der Kantone	115
12.4 Interviewleitfaden	116
12.5 Vorschläge zur Weiterentwicklung der IV-Leistungen	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kostenträger der Unterstützungsleistungen für das Wohnen zu Hause	9
Tabelle 2: Grund- und Behandlungspflege gemäss Art. 7 KLV	14
Tabelle 3: Vorgehensweise der Kantone bei der Abklärung und Finanzierung von Dienstleistungen	40
Tabelle 4: Bedarfsabklärungsinstrumente in den Kantonen.....	41
Tabelle 5: Abklärungsinstrumente (finanzierungsrelevant) nach Unterscheidungsmerkmalen.....	65
Tabelle 6: Abklärungsinstrumente nach den normativen Leitlinien	69
Tabelle 7: Szenarien für die Unterstützung beim Wohnen zu Hause (IV/Kantone)	87
Tabelle 8: Entwicklungsperspektiven für die IV-Abklärungsinstrumente.....	92

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über die Projektphasen und Arbeitsschritte	4
Abbildung 2: Zusammenhang der Wirkungsfaktoren im Rahmen der Funktionalen Gesundheit	21
Abbildung 3: Lebensbereiche im Sinne der ICF	22

Zusammenfassung

In den letzten Jahren wurde – nicht nur in der Schweiz – die Förderung des selbstbestimmten Wohnens für Menschen mit Behinderung zunehmend bedeutsam. Wichtige Impulse für diese Entwicklung hat die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gesetzt, die von der Schweiz im Jahr 2014 ratifiziert wurde. In der Schweiz bestehen unterschiedliche Leistungserbringende, Unterstützungsangebote und Finanzierungskanäle, die Menschen mit Behinderung das Wohnen zu Hause ermöglichen und erleichtern können.

Bedingt durch den Föderalismus bestehen in der Schweiz fragmentierte Zuständigkeiten und verschiedene Kostenträger. Auch die Invalidenversicherung (IV) fördert das Wohnen zu Hause mit der Hilflosenentschädigung (HE), dem Intensivpflegezuschlag (IPZ) für Minderjährige und dem Assistenzbeitrag (AB). Zusätzlich subventioniert das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) das Begleitete Wohnen durch Anbieter der privaten Behindertenhilfe. Die vorliegende Studie befasst sich mit den Abklärungsinstrumenten, die verwendet werden, um den Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderung für das Wohnen zu Hause zu ermitteln. Im Fokus stehen die Abklärungsinstrumente der IV: die Abklärungsberichte für die HE und den IPZ sowie das Instrument FAKT für den AB.

Mit dem Projekt werden drei Ziele verfolgt: 1) Erstellung eines Inventars und Vergleich der verwendeten Abklärungsinstrumente in der Schweiz in den Bereichen Behinderung und Pflege; 2) Erfassung des Optimierungspotenzials der IV-Abklärungsinstrumente für die HE, den IPZ und den AB; 3) Prüfung der Möglichkeiten der Koordination und Harmonisierung der verwendeten Abklärungsinstrumente und des Unterstützungssystems in der Schweiz. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Zielsetzungen zusammengefasst und anschliessend die davon abgeleiteten Empfehlungen dargestellt.

Ziel 1: Inventar und Vergleich der verwendeten Abklärungsinstrumente in der Schweiz

Bestandesaufnahme

Im Bereich Behinderung lassen sich auf der operativen Ebene grundsätzliche Unterschiede zwischen der deutschen und der lateinischen Schweiz beobachten. Während in der deutschen Schweiz die Abklärungsinstrumente, die für die Finanzierung angewendet werden, vom Kanton vorgegeben sind, wird die Aufgabe der Abklärung in der lateinischen Schweiz an private Organisationen (zum Beispiel Behindertenverbände) delegiert. Diese entscheiden über die Abklärungsinstrumente, die sie verwenden. Dies bedeutet auch, dass die verwendeten Abklärungsinstrumente in der Regel nicht direkt finanzierungsrelevant sind. Damit liegt eine weniger einheitliche Vorgehensweise als in der deutschen Schweiz vor. Schweizweit kommen eine Vielzahl von Abklärungsinstrumente zum Einsatz. In der deutschen Schweiz hat sich im stationären Bereich fast flächendeckend der Individuelle Betreuungsbedarf (IBB) durchgesetzt. Mit IBB geben Fachpersonen die Häufigkeit der erbrachten Dienstleistungen an. Die lateinischen Kantone haben mit dem Outil Latin de Mesure de l'Intensité des Soutiens (OLMIS) ein analoges Instrument für den stationären Bereich entwickelt, das sich aber nicht etabliert hat. Nur in einem Kanton wird das Instrument regelmässig verwendet. Es handelt sich jeweils um stark standardisierte Instrumente, die die gegenwärtige Situation der Menschen mit Unterstützungsbedarf erfassen. Dabei sind die erbrachten Fachleistungen der zentrale Messinhalt. Die Abklärung erfolgt jeweils durch eine Fremdeinschätzung des Fachpersonals. Im ambulanten Bereich etabliert sich in der deutschen Schweiz zunehmend die Individuelle Hilfeplanung (IHP); auch ein Westschweizer

Kanton plant die Einführung von IHP. In der Romandie ist die *Mesure des Habitudes de Vie* (MHAVIE) bedeutsam. Bei beiden Instrumenten stehen die Selbsteinschätzung und der individuelle Unterstützungsbedarf im Vordergrund. Die Verfahren beziehen (potenziell) auch die Zukunft und Entwicklungspotenziale mit ein. Nebst diesen populäreren Instrumenten werden in den Kantonen noch weitere Instrumente verwendet; manche ausschliesslich in einem Kanton.

Unterscheidungsmerkmale

Die untersuchten Abklärungsinstrumente können anhand von zentralen Unterscheidungsmerkmalen charakterisiert werden:

- *Merkmal 1: Modell von Behinderung*

Den Abklärungsinstrumenten liegt ein entweder explizit benanntes oder implizit angewendetes Modell von Behinderung zugrunde. Dabei lassen sich vor allem das medizinische und das bio-psycho-soziale Verständnis von Behinderung in Anlehnung an die oder mit direktem Bezug zur internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erkennen.

- *Merkmal 2: Grad der Standardisierung*

Besonders standardisiert sind Abklärungsinstrumente mit fixen (Themen-) Kategorien und Items, die überprüft werden. In der Regel erfolgt die Abklärung über geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Andere Instrumente operieren hauptsächlich oder ausschliesslich mit offenen Fragen und gewähren viel Freiraum bei der Beantwortung der Fragen.

- *Merkmal 3: Gewichtung von Fremd- und Selbsteinschätzung*

Manche Abklärungsinstrumente basieren einzig auf der Fremdeinschätzung. Bei anderen Instrumenten steht die Selbsteinschätzung im Vordergrund, während die Fremdeinschätzung als ergänzende Sicht erhoben wird.

- *Merkmal 4: Inhalt der Messung*

Grob können drei Messinhalte unterschieden werden: Erfassung der Fachleistungen, die für Menschen mit Behinderung erbracht werden; Erhebung des Unterstützungsbedarfs nach vorgegebenen Kriterien; Angabe des individuell empfundenen und eingeschätzten Unterstützungsbedarfs.

- *Merkmal 5: Gegenwartsbezug und/oder Ziel- und Zukunftsorientierung*

Die meisten Abklärungsinstrumente ermitteln den Unterstützungsbedarf in der Gegenwart zum Zeitpunkt des Verfahrens. Es gibt aber auch Instrumente, bei denen die Zukunft, Zielsetzungen und Entwicklungspotenziale berücksichtigt werden, wobei diese Dimension je nach Instrument eine unterschiedlich wichtige Rolle spielt.

- *Merkmal 6: Verhältnis von Ressourcen- und Defizitorientierung*

Viele Abklärungsinstrumente sind einzig defizitbasiert und erheben, was Menschen mit Behinderung nicht selbständig machen können. Wenige Abklärungsinstrumente erheben auch Ressourcen, wobei diese Instrumente Entwicklungsprozesse verfolgen und mit Zielsetzungen operieren.

- *Merkmal 7: Kontextsensitivität*

Kontextfaktoren wie das soziale Umfeld oder Umweltfaktoren werden von den Abklärungsinstrumenten unterschiedlich stark einbezogen. In der Tendenz blenden die Instrumente die

Kontextfaktoren mehrheitlich aus und fokussieren auf die Person und ihre behinderungsbedingten Beeinträchtigungen.

- *Merkmal 8: Berechnungsgrundlage für den Unterstützungsbedarf*

Bei den finanzierungsrelevanten Abklärungsinstrumenten unterscheidet sich die Art der erhobenen Werte. Je nach Instrument werden die Häufigkeit oder Intensität der Unterstützungsleistung, die Form der Unterstützungsleistung und/oder der zeitliche Aufwand der Unterstützungsleistung bestimmt, es können zudem Punkte verteilt werden oder es wird mit binären Codes operiert (Unterstützungsleistung notwendig ja/nein).

Ziel 2: Erfassung des Optimierungspotenzials der IV-Abklärungsinstrumente für die HE, den IPZ und den AB

Wird die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) als normativer Referenzrahmen für die Leistungen der IV beigezogen, dann kann zunächst festgestellt werden, dass die Finanzierungsmodelle der HE, des IPZ und des AB als UN-BRK-konform bezeichnet werden können. Die Abklärungsinstrumente für diese drei IV-Leistungen erfüllen die Bedingungen der Konvention und die Anforderungen, die der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung an die Abklärungsverfahren stellt, hingegen nur unzureichend. Die IV-Abklärungsinstrumente berücksichtigen den Willen und die subjektiven Präferenzen nur geringfügig. Durch die Fokussierung auf die persönliche Behinderung bleiben Kontextfaktoren, die als Hindernisse beeinträchtigend wirken können weitgehend unbeachtet. Entgegen dem standardisierten Vorgehen bei den IV-Instrumenten mit (geschlossenen) Fragen und Antwortvorgaben postuliert der UN-Fachausschuss einen individualisierten Zugang, der die subjektiven Bedarfe und Aktivitäten der Menschen mit Behinderung in den Vordergrund rückt.

Auf der Grundlage der Analyse der in der Schweiz verwendeten Abklärungsinstrumente und den Bestimmungen der UN-BRK empfiehlt das Projektteam eine Neuentwicklung der IV-Abklärungsinstrumente. Folgende Aspekte sollen dabei berücksichtigt werden:

- *Selbstbestimmung und soziale Teilhabe als normative Referenzpunkte*

Ausgangspunkt der Abklärung sollte nicht wie bis anhin ein Formular mit vordefinierten und in einzelne Items aufgegliederte (Themen-) Kategorien sein, sondern der Mensch mit Behinderung mit seinen subjektiv empfundenen Bedürfnissen. Diese subjektiven Bedürfnisse müssten in einem weiteren Schritt in einen sozialstaatlich anerkannten und legitimierten, individuellen behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf übersetzt werden.

- *Personenzentrierung*

Anstelle von (mehrheitlich) geschlossenen Fragen, sollte ein offenerer Zugang gewählt werden ausgehend von der Person mit seiner spezifischen Beeinträchtigung und ihrem individuellen Unterstützungsbedarf. Dafür sollte ein stärker qualitatives Verfahren gewählt werden. Mit offenen Fragen könnten die versicherten Personen ihre je eigene Sicht schildern und auch die spezifischen behinderungsbedingten Einschränkungen sowie Kontextfaktoren wie gesellschaftliche Hindernisse oder Barrieren in die Abklärungssituation einbringen.

- *Bio-psycho-soziales Modell von Behinderung*

Die IV-Abklärungsinstrumente beruhen auf einem defizitbasierten medizinischen Modell von Behinderung. Das ICF-Konzept der Funktionsfähigkeit mit dem bio-psycho-sozialen Modell von

Behinderung als Grundlage würde eine veränderte Werthaltung der IV gegenüber den versicherten Personen zum Ausdruck bringen. Fähigkeiten und Kompetenzen würden besser anerkannt. Zudem würde die Behinderung nicht «personalisiert», sondern als ein funktionaler Zusammenhang erfasst, wobei Kontextfaktoren förderlich oder beeinträchtigend einwirken können.

- *Berücksichtigung von Gegenwart und Zukunft*

Wünscht die versicherte Person eine Befähigung zu mehr Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe, dann sollte sie diese Ziele im Rahmen des Abklärungsverfahrens formulieren dürfen. Die IV soll Entwicklungsprozesse finanziell unterstützen. Für die Zusprache der dafür erforderlichen Leistungen sollten die dafür vorhandenen persönlichen und externen Ressourcen sowie der notwendige Unterstützungsbedarf erhoben werden.

- *Festlegung des Unterstützungsbedarfs*

Der Gesamtaufwand sollte am Ende des Verfahrens idealerweise in Unterstützungsstunden angegeben werden, wobei zwischen verschiedenen Leistungen unterschieden werden müsste (zum Beispiel professionelle Fachleistung, Assistenz, Haushalthilfe, lebenspraktische Begleitung). Die Transparenz bei der Berechnung des Unterstützungsbedarfs soll für die versicherten Personen gewährleistet sein.

- *Unabhängige Abklärungsstellen*

Organisatorisch sollte geprüft werden, die Abklärung von den IV-Stellen zu trennen, um die Unparteilichkeit sicherstellen zu können. Die Implementierung von unabhängigen Abklärungsstellen mit interdisziplinären Teams und spezifischen Fachexpertisen sollte in Betracht gezogen werden. Dies könnte auch durch die Auslagerung der Abklärungsabteilungen der IV-Stellen erfolgen.

Ziel 3: Prüfung der Möglichkeiten der Koordination und Harmonisierung der verwendeten Abklärungsinstrumente und des Unterstützungssystems in der Schweiz

Das Unterstützungssystem für das Wohnen zu Hause ist sehr komplex. Nebst der IV mit den Leistungen HE, IPZ und AB sowie den Beiträgen nach Artikel 74 IVG sind auch verschiedene Kantone mit Beiträgen für die Assistenz oder das Begleitete Wohnen involviert sowie die Ergänzungsleistungen und die Krankenkasse (mittels Spitex). Für Personen mit einem behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf ist das System kaum zu überblicken. Für Personen, die mit Unterstützung zu Hause leben möchten, ist es wahrscheinlich, dass sie mehrere und unterschiedliche Abklärungsverfahren durchlaufen müssen, um mehr oder weniger dieselbe Leistung zu erhalten. Dies erzeugt Doppelspurigkeiten. Für die Leistungsempfangenden können Abklärungen bei jedem neuen Verfahren Stress bedeuten und eine persönliche Belastung darstellen, weil es um die finanzielle Existenz und Selbständigkeit geht. Für die Sozialversicherungen und die kantonalen Verwaltungen ist das System aufwändig und ineffizient.

Das Projektteam empfiehlt eine Komplexitätsreduktion. Dafür hat es fünf denkbare Szenarien für die Unterstützung des Wohnens zu Hause entwickelt. Die Szenarien lauten: Weiterentwicklung bestehender Instrumente, Individueller Leistungsbeitrag, Kostenbeteiligung der IV, Kantonshoheit, Bundeshoheit. Für das Projektteam erscheinen insbesondere die Szenarien Individueller Leistungsbeitrag und Kostenbeteiligung der IV erstrebenswert. Beim Szenario Individueller Leistungsbeitrag werden die Leistungen HE, IPZ und AB zu einer einzigen Leistung zusammengeführt. Die Reform bedingt eine Neuentwicklung der IV-Abklärungsinstrumente. Die IV und die Kantone behalten bei diesem

Szenario ihre Zuständigkeiten und agieren (weiterhin) überwiegend unkoordiniert. Eine Komplexitätsreduktion erfolgt dadurch, dass die IV nur noch ein Abklärungserfahren anwendet. Beim Szenario Kostenbeteiligung der IV verlagert sich die Verantwortung stärker zu den Kantonen. Die IV beschränkt sich darauf, sich mit Individualbeiträgen oder kantonalen Pauschalbeträgen an der Unterstützung für das Wohnen zu Hause zu beteiligen, und führt keine Abklärungen mehr durch. Die Abklärungsverantwortung geht vollständig an die Kantone über. Es findet eine Koordination der IV- und kantonalen Leistungen statt. Dieses Modell trägt auch den Reformprozessen in zahlreichen Kantonen Rechnung, mit denen etwa das selbständige Wohnen gefördert, Subjektfinanzierungen eingeführt und/oder (unabhängige) Abklärungsstellen implementiert wurden. Dieses Szenario bedeutet eine starke Komplexitätsreduktion, und der Bezug zum Sozialraum und zur Lebenswelt der versicherten Personen wäre besser gewährleistet.

Empfehlungen

Die Ergebnisse der Studie führen zu den folgenden elf Empfehlungen:

1. *Komplexitätsreduktion:* Aufgrund der hohen Komplexität des Unterstützungssystems für das Wohnen zu Hause empfiehlt das Projektteam dem BSV, sich auf der Grundlage der in diesem Bericht entworfenen Szenarien (mit Fokus auf das Verhältnis IV und Kantone) intern festzulegen, ob und in welcher Form sich die IV an der Unterstützung für das Wohnen zu Hause beteiligen soll. Diese Haltung des Bundesamts kann im politischen Prozess zur Weiterentwicklung der Unterstützung für das Wohnen zu Hause für Menschen mit Behinderung vertreten werden. Eine Komplexitätsreduktion wird vor allem dadurch sichergestellt, dass die Leistungen der IV und der Kantone aufeinander abgestimmt und nicht getrennt erfolgen. Eine stärkere Koordination zwischen IV und Kantonen erleichtert die Orientierung im Unterstützungssystem für Menschen mit Behinderung und verringert den administrativen Aufwand bei den Verwaltungen, womit auch Kosteneinsparungen verbunden sind.
2. *Zusammenführung der IV-Leistungen:* Das Projektteam empfiehlt dem BSV eine Zusammenführung der IV-Leistungen HE, IPZ und AB zu einem individuellen Leistungsbeitrag für die Förderung der Selbstbestimmung und der sozialen Teilhabe gemäss den normativen Referenzpunkten der UN-BRK. Der IPZ soll durch ein zusätzliches Abklärungsmodul für Minderjährige, das bei Bedarf eine entsprechende Finanzierung ermöglicht, kompensiert werden. Mit diesem Vorgehen steht die versicherte Person mit ihrem behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf im Mittelpunkt. Ausgangspunkt sind nicht die einzelnen IV-Leistungen. Mit einer einzigen Abklärung wird die Zusprache der erforderlichen Leistungen sichergestellt.
3. *Neuentwicklung des Abklärungsverfahrens:* Das Projektteam empfiehlt dem BSV eine Neuentwicklung des Abklärungsverfahrens und keine Weiterentwicklung der bestehenden IV-Instrumente. Für die Erfassung der spezifischen und individuellen Unterstützungsbedarfe bietet sich ein stärker qualitativer Zugang mit offenen Fragen an, bei dem die Selbsteinschätzung der versicherten Personen im Mittelpunkt steht. Ausgangspunkt der Abklärung sollte nicht ein standardisiertes Formular mit Kategorien und Items sein, sondern die versicherten Personen mit ihrem individuellen behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf. So können individuelle Aktivitäten sowie Präferenzen besser zum Ausdruck gebracht werden. Damit wird ein Ausschluss von versicherten Personen verhindert, weil ihre spezifischen Bedarfe in den standardisierten Formularen nicht berücksichtigt werden. Auch in den Kantonen werden für den ambulanten Bereich zunehmend Abklärungsinstrumente verwendet, die die hier beschriebenen Eigenschaften aufweisen. Wichtig ist zudem die Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit bei der Übersetzung der

ermittelten Unterstützungsbedarfe in IV-Leistungen. Komplexe Berechnungsmodelle, wie sie verschiedene Abklärungsinstrumente kennen, sollten vermieden werden.

4. *Bio-psycho-soziales Modell von Behinderung*: Bislang lag den IV-Abklärungsinstrumenten ein defizitbasiertes medizinisches Modell von Behinderung zugrunde. Das neue Abklärungsinstrument sollte den Kompetenzen und Fähigkeiten der versicherten Personen mehr Achtsamkeit entgegenbringen und ihnen nicht die Beweislast der Unfähigkeit und Unselbständigkeit übertragen. Dafür eignet sich das ICF-Konzept der Funktionsfähigkeit basierend auf dem bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung, welches das Projektteam dem BSV als Grundlage für die Abklärungsinstrumente empfiehlt. Damit würde die IV den versicherten Personen im gesamten Abklärungsverfahren mit einer Werthaltung begegnen, die Wertschätzung für die vorhandenen Kompetenzen zum Ausdruck brächte. Ein solches Vorgehen würde einerseits die versicherten Personen von Druck in der Abklärungssituation befreien und es andererseits ermöglichen, durch den Bezug auf die volle (und anzustrebende) Funktionsfähigkeit den Umfang und die Art der Unterstützungsleistung präziser zu beschreiben.
5. *Berücksichtigung von Kontextfaktoren*: Kontextfaktoren sollen zukünftig verstärkt in die Bemessung des Unterstützungsbedarfs einfließen. Das bio-psycho-soziale Modell von Behinderung versteht gesellschaftliche Hindernisse und Barrieren als wichtige Determinanten für die Konstitution von Behinderung. Es handelt sich folglich um wichtige Indikatoren zur Bestimmung des behinderungsbedingten Unterstützungsbedarfs. Zudem erfordert ein Abklärungsverfahren, das sich an den Bestimmungen der UN-BRK orientiert, dass persönliche Präferenzen und Aktivitäten einbezogen werden. Dementsprechend empfiehlt das Projektteam dem BSV, Themen aus dem sozialen Kontext (zum Beispiel Freizeit oder Vereinsleben) und Umweltfaktoren (zum Beispiel Barrieren in der Umgebung oder Mobilitätsfragen) im Abklärungsverfahren stärker zu berücksichtigen.
6. *Zukunftsbezug und Zieldimension*: Bisher wurde mit den IV-Abklärungsinstrumenten einzig der IST-Bedarf der versicherten Personen ermittelt. Das Projektteam empfiehlt dem BSV im Abklärungsverfahren zusätzlich eine Zukunfts- und Zieldimension einzubauen. In anderen Leistungsbereichen, wie zum Beispiel bei der beruflichen Eingliederung, ist die IV bereits stark auf die Zukunft und Entwicklungsprozesse im Hinblick auf bessere Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt ausgerichtet. Im Abklärungsverfahren für das Wohnen zu Hause sollen auch individuelle «Projekte» vereinbart werden können (zum Beispiel lernen, eigenständig zu kochen), die von der IV finanziell unterstützt werden. Diese Unterstützungsform soll für die versicherten Personen fakultativ sein und nur auf eigenen Wunsch erfolgen. Das Ermöglichen von Projekten könnte einen zusätzlichen Anreiz für das Wohnen zu Hause schaffen. Die Projekte sollten zur Förderung der Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe beitragen. Dieser Aspekt ist vor allem für Minderjährige und junge Erwachsene bedeutsam. Die Projekte sollten allen versicherten Personen offenstehen und auch unterschiedliche Befähigungsniveaus zulassen. Das heisst, es sollten keine Schwellenwerte gesetzt werden, wie stark ein Projekt beispielsweise die Autonomie der versicherten Person erhöht. Für diese Projekte sollen die persönlichen und externalen Ressourcen der versicherten Personen angemessen berücksichtigt werden.
7. *Einheitliche und umfassende Informationspolitik*: In den Gesprächen mit den versicherten Personen und den Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung wurde deutlich, dass Personen mit potenziellem Leistungsanspruch und ihre Angehörigen häufig unzureichend oder gar nicht im Bilde sind über die Vielfalt an Leistungen für das Wohnen zu Hause. Dies trifft verschiedentlich auch auf Fachpersonen zu. Das Projektteam empfiehlt dem BSV und den kantonalen IV-Stellen, aber auch den Behindertenverbänden und den Kantonen, Personen mit Unterstützungsbedarf

frühzeitig und umfassend über die Unterstützungsmöglichkeiten für das Wohnen zu Hause zu informieren. Dies bezieht sich nicht nur auf die IV-Leistungen, sondern schliesst auch die Leistungen der Kantone, der Krankenversicherung (Spitex) und der Ergänzungsleistungen mit ein.

8. *Prüfung der Auslagerung des Abklärungsverfahrens von den IV-Stellen:* Die Doppelrolle der kantonalen IV-Stellen als Abklärungsorgan und Leistungsfinanzierer wurde von den Anspruchsgruppen wiederholt als problematisch bezeichnet, weil sie die Unparteilichkeit der abklärenden Personen anzweifeln und Entscheide im Interesse der IV vermuten. Das Projektteam empfiehlt dem BSV zu prüfen, ob die Auslagerung des Abklärungsverfahrens an spezialisierte und unabhängige Fachstellen durchführbar und zielführend sein könnte. Dies kann auch durch die Abkoppelung der Abklärungsabteilungen der IV-Stellen erfolgen. Die Abklärungsstellen können von den versicherten Personen auch als Anlaufstelle für Informationen und Beratung genutzt werden (siehe Empfehlung Nummer 7). Allenfalls könnten in diesem Zusammenhang Synergien mit den Kantonen entstehen, die in den letzten Jahren zunehmend solche Abklärungsstellen geschaffen haben.
9. *Mitbestimmung:* Das Projektteam empfiehlt dem BSV bei allen hier vorgeschlagenen Massnahmen den direkten Einbezug der Anspruchsgruppen und vor allem von Menschen mit Behinderung. Damit werden die Partizipation und Mitbestimmung in den Entwicklungsprozessen der IV sichergestellt.
10. *Barrierefreiheit der Abklärungsinstrumente:* Für die Abklärungsinstrumente muss die Barrierefreiheit sichergestellt werden. Mitbestimmung kann einzig gewährleistet werden, wenn die Abklärungsinstrumente den kommunikativen Möglichkeiten der Menschen mit Behinderung angepasst sind (Leichte Sprache, Unterstützte Kommunikation, Gebärdensprache, Audioversionen, digitale Applikationen usw.). Ein grosses Potenzial besteht im Rahmen von digitalen Lösungen, die auch für das BSV und die IV-Stellen zukunftsweisend sein sollen. Allerdings hat die Analyse der in der Schweiz verwendeten Abklärungsinstrumente gezeigt, dass in dieser Hinsicht für die Selbsteinschätzung des Unterstützungsbedarfs durch Menschen mit Behinderung noch viel Innovationspotenzial besteht – nicht nur aufseiten der IV, sondern auch der Kantone.
11. *Weiterentwicklung der bisherigen IV-Abklärungsinstrumente:* Werden die bisherigen Leistungen HE, IPZ und AB beibehalten, dann empfiehlt das Projektteam dem BSV eine Weiterentwicklung der IV-Abklärungsinstrumente – soweit dies umsetzbar ist – gemäss den Empfehlungen für die Neuentwicklung des Abklärungsverfahrens. Mit zusätzlichen offenen Fragen in den Formularen könnten die versicherten Personen ihre individuelle Sicht besser einbringen und ihre spezifischen Bedarfe erläutern. Die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs sollte sich an der Funktionsfähigkeit auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells von Behinderung ausrichten. Dies ermöglicht eine veränderte Wertehaltung und den Einbezug von Kontextfaktoren als die Behinderung (mit-) konstituierende Determinanten. Mit einem stärker qualitativ ausgestalteten Verfahren könnten die versicherten Personen auch behinderungsbedingte Kontextfaktoren, die als Hindernisse wirken und Unterstützungsbedarf hervorrufen, benennen. Die Transparenz der Abklärungsergebnisse sollte erhöht werden. Die Abklärungsberichte bei der HE und dem IPZ sollten den Menschen mit Behinderung zugänglich gemacht und bei Bedarf erklärt werden. Damit die Selbsteinschätzung ein höheres Gewicht bekommt, sollten die Abklärungsberichte von den versicherten Personen auch präzisiert oder ergänzt werden können. Auch die komplexe Berechnung im Rahmen des FAKT sollte für die versicherten Personen nachvollziehbar erklärt werden beziehungsweise das Berechnungsmodell reformiert werden. Denkbar wäre auch die Einführung von Entwicklungsprojekten gemäss Empfehlung 6. Zudem sollten die IV-Stellen die Informationen zu den bestehenden Unterstützungsangeboten für das Wohnen zu Hause umfassend und einheitlich kommunizieren.

Résumé

En Suisse et à l'étranger, la promotion du logement autonome pour personnes handicapées a pris de l'ampleur ces dernières années. C'est en particulier la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée par la Suisse en 2014, qui a donné à ce mouvement son impulsion. En Suisse, les personnes handicapées ont à leur disposition une variété de prestataires, d'offres de soutien et de moyens de financement leur permettant de rester à domicile ou le facilitant.

Cependant, en raison du fédéralisme de notre pays, les compétences se trouvent fragmentées et les frais sont pris en charge par diverses institutions. L'assurance-invalidité (AI) participe aussi à cet effort incitatif avec l'allocation pour impotent, le supplément pour soins intenses en faveur des mineurs et la contribution d'assistance. De plus, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) subventionne l'accompagnement à domicile par des prestataires d'aide privée aux personnes handicapées. La présente étude examine les instruments utilisés pour l'évaluation des besoins de soutien devant permettre aux personnes handicapées de rester à domicile. Elle se concentre sur les instruments d'évaluation de l'AI, c'est-à-dire sur les rapports d'enquête servant à l'attribution de l'allocation pour impotent et du supplément pour soins intenses, et sur le formulaire FAKT utilisé pour la contribution d'assistance.

Les trois objectifs du projet sont les suivants : 1) effectuer l'inventaire et la comparaison des instruments d'évaluation utilisés dans le domaine du handicap et des soins en Suisse, 2) déterminer le potentiel d'optimisation des instruments d'évaluation pour l'attribution de l'allocation pour impotent, du supplément pour soins intenses et de la contribution d'assistance, 3) examiner les possibilités de coordination et d'harmonisation des instruments d'évaluation utilisés et du système de soutien en Suisse. Le résultat de l'analyse de chacune de ces questions est résumé ci-après, accompagné des recommandations qui en découlent.

Objectif 1 : effectuer l'inventaire et la comparaison des instruments d'évaluation utilisés en Suisse

État des lieux

La prise en charge des personnes handicapées en Suisse varie considérablement entre les cantons alémaniques et les cantons latins. Tandis que les instruments d'évaluation utilisés en Suisse alémanique pour le financement des prestations sont dictés par les cantons, ils sont confiés à des organisations privées (telles que des associations de défense des personnes handicapées) dans les cantons latins. Ce sont elles qui décident des instruments à utiliser pour l'évaluation. Cela signifie également qu'en règle générale, il n'existe pas de lien direct entre les instruments d'évaluation et le financement des prestations et que la procédure est donc moins uniforme qu'en Suisse alémanique. Les instruments d'évaluation utilisés en Suisse sont donc très variés. Dans le domaine des soins hospitaliers, le critère utilisé dans la plus grande partie des cantons alémaniques est le besoin individuel d'accompagnement. Ce critère prévoit que la fréquence des soins prodigués aux personnes handicapées soit fixée par des spécialistes. Les cantons romands et tessinois ont quant à eux développé un Outil latin de mesure de l'intensité des soutiens (OLMIS) pour les soins hospitaliers, mais cet outil n'est pas déployé partout. Il n'est en effet utilisé de manière régulière que dans un seul canton. Ces deux outils sont des instruments hautement standardisés étudiés pour évaluer la situation des personnes ayant un besoin de soutien à un instant donné. Ils s'articulent autour de l'offre de prestations spécialisées. L'évaluation à

proprement parler est réalisée par une tierce personne spécialiste du domaine. Pour les soins ambulatoires, le plan d'aide individuel est de plus en plus utilisé en Suisse alémanique ; un canton de Suisse romande prévoit également d'introduire ce processus. La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) est la méthode d'évaluation la plus répandue en Suisse romande. Le fonctionnement de ces deux instruments repose en grande partie sur l'autoévaluation et le besoin de soutien individuel, tout en intégrant les perspectives futures et les potentielles évolutions. À ces deux instruments très répandus s'ajoutent d'autres instruments parfois exclusivement mis en œuvre dans un seul canton.

Caractéristiques distinctives

Les instruments d'évaluation examinés peuvent se distinguer par les caractéristiques suivantes :

- *Caractéristique n° 1 : modèle de classification*

Les instruments d'évaluation reposent sur un modèle implicite ou explicite de classification basé sur le type de handicap. Il s'agit en premier lieu d'une conception médicale ou bio-psycho-sociale du handicap inspirée de ou en lien direct avec la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

- *Caractéristique n° 2 : degré de standardisation*

Les instruments d'évaluation les plus standard sont ceux qui sont subdivisés en catégories et éléments faisant l'objet d'un examen. La plupart du temps, l'évaluation prend la forme d'un questionnaire à choix multiple avec des réponses prédéfinies ; toutefois, certains instruments utilisent principalement ou exclusivement des questions ouvertes et offrent ainsi beaucoup de liberté dans les réponses.

- *Caractéristique n° 3 : pondération entre autoévaluation et évaluation de tiers*

Certains instruments d'évaluation consistent uniquement en l'évaluation de tiers. D'autres instruments s'appuient principalement sur l'autoévaluation et ne se servent de l'évaluation de tiers que dans un but complémentaire.

- *Caractéristique n° 4 : objets de mesure*

Dans les grandes lignes, on distingue trois objets mesurables : le relevé des prestations spécialisées fournies aux personnes handicapées, l'estimation du besoin de soutien selon des critères prédéfinis et l'indication du besoin de soutien tel qu'il est ressenti individuellement.

- *Caractéristique n° 5 : temporalité (lien avec le présent, orientation vers l'avenir et objectif)*

La plupart des instruments évaluent le besoin de soutien au moment de la procédure. Cependant, il existe également des instruments permettant d'intégrer à des degrés divers les perspectives d'avenir, les objectifs et les potentielles évolutions.

- *Caractéristique n° 6 : rapport entre ressources et déficit à combler*

Un grand nombre d'instruments permettent uniquement d'évaluer le déficit à combler, c'est-à-dire qu'ils font uniquement état de ce que les personnes handicapées ne parviennent pas à faire. Peu d'instruments relèvent les ressources à disposition en soulignant les processus évolutifs et les objectifs poursuivis.

- *Caractéristique n° 7 : intégration dans le contexte*

Les facteurs tels que le contexte social ou environnemental sont pris en compte de manière très différente selon l'instrument. La tendance dominante des instruments d'évaluation est d'ignorer les facteurs liés au contexte pour se concentrer sur la personne et sur son handicap.

- *Caractéristique n° 8 : base pour le calcul du besoin de soutien*

Les données recueillies en vue du calcul du financement varient selon les instruments d'évaluation : suivant l'instrument utilisé, le besoin de soutien est déterminé en fonction de la fréquence ou de l'intensité des prestations de soutien et/ou du temps qu'elles prennent, grâce à un système de points ou un système binaire (des prestations d'entretien sont-elles nécessaires, oui/non).

Objectif 2 : déterminer le potentiel d'optimisation des instruments d'évaluation pour l'attribution de l'allocation pour impotent, du supplément pour soins intenses et de la contribution d'assistance

Si l'on prend la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées comme cadre normatif des prestations de l'AI, les modèles de financement de l'allocation pour impotent, du supplément pour soins intenses et de la contribution d'assistance peuvent être considérés comme conformes à la Convention. En revanche, les instruments d'évaluation de ces trois prestations de l'AI ne remplissent pas de manière satisfaisante les conditions de la convention et les exigences du Comité des droits des personnes handicapées concernant la procédure d'instruction. Les instruments d'évaluation de l'AI ne tiennent pas assez compte de la volonté ni des préférences propres à chaque personne. L'accent mis sur le handicap lui-même évince l'évaluation des facteurs contextuels pouvant représenter des obstacles. Le postulat du Comité met au premier plan les besoins subjectifs et les activités de chaque individu, par opposition à la procédure standardisée des instruments de l'AI avec ses questions fermées et ses réponses prédéfinies.

Sur la base de l'analyse des instruments d'évaluation de l'AI et des dispositions de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées, l'équipe de projet recommande une refonte des instruments d'évaluation de l'AI. Les points suivants seront notamment pris en compte :

- *L'autodétermination et la participation sociale sont des points de référence normatifs*

Le postulat de base ne doit pas reposer sur un formulaire avec des catégories prédéfinies en fonction d'éléments isolés, mais sur la réalité de la personne handicapée et de ses besoins subjectifs propres. Une fois définie, cette réalité doit se traduire en un besoin de soutien légitime et individuel, défini en fonction du handicap et reconnu par la politique sociale du pays.

- *Une approche centrée sur la personne*

Au lieu de questions (majoritairement) fermées, il faut adopter une approche plus ouverte centrée sur la personne, son handicap spécifique et son besoin de soutien individuel, et choisir une procédure plus développée sur le plan qualitatif. Les questions ouvertes permettent aux personnes assurées de décrire eux-mêmes leur situation et d'intégrer dans l'évaluation les restrictions spécifiques liées au handicap ainsi que les facteurs liés au contexte tels que les obstacles ou les barrières sociales.

- *Modèle bio-psycho-social*

Les instruments d'évaluation de l'AI reposent sur un modèle médical définissant le déficit à combler. La notion de fonctionnement présente dans la CIF, qui est fondée sur une conception bio-

psycho-sociale du handicap, signifierait pour l'AI un changement de paradigme avec une approche reconnaissant mieux les capacités et les compétences de la personne assurée. Par ailleurs, le handicap ne serait pas « personnalisé », mais perçu comme un ensemble fonctionnel dans lequel les facteurs liés au contexte peuvent également interagir de manière favorable ou défavorable avec le handicap.

- *Prise en compte de la temporalité (présent et avenir)*

Si la personne assurée souhaite disposer d'une plus grande autodétermination et accéder à une plus grande participation sociale, elle devrait alors pouvoir formuler ces objectifs dans le cadre de la procédure d'évaluation. L'AI doit donc apporter un soutien financier aux processus de développement. Pour l'octroi de prestations nécessaires au développement, il faut évaluer les ressources personnelles et externes disponibles ainsi que le besoin de soutien nécessaire.

- *Détermination du besoin de soutien*

À la fin de la procédure, la dépense totale devrait idéalement être indiquée en heures, en distinguant différentes prestations (par exemple, prestation professionnelle spécialisée, assistance, aide ménagère, accompagnement dans les gestes quotidiens). Le calcul du besoin de soutien doit se faire en toute transparence pour la personne assurée.

- *Centres d'évaluation indépendants*

D'un point de vue organisationnel, le processus d'évaluation devrait se faire indépendamment des offices AI si l'on veut garantir l'impartialité. La mise en place de centres d'évaluation indépendants avec des équipes interdisciplinaires et un service d'expertises spécialisé devrait faire l'objet d'un examen. Une alternative serait de sous-traiter les services d'évaluation des offices AI.

Objectif 3 : examiner le potentiel de coordination et d'harmonisation des instruments d'évaluation utilisés et du système de soutien en Suisse

Le système de soutien à des fins de maintien à domicile est très complexe. Outre l'AI, qui octroie les allocations pour impotent, les suppléments pour soins intenses, les contributions d'assistance ainsi que les subventions prévues à l'art. 74 LAI, plusieurs cantons allouent également des aides financières pour l'assistance ou l'accompagnement à domicile. Les prestations complémentaires et la caisse-maladie sont également partie prenante (par des services d'aide et de soins à domicile). Il est presque impossible d'avoir une vue complète de tous les mécanismes du système en place pour les personnes ayant besoin d'un soutien lié à leur handicap. Il est probable que celles qui souhaitent bénéficier d'un soutien pour vivre à domicile doivent passer par plusieurs procédures d'évaluation différentes pour obtenir plus ou moins la même prestation. Cela crée des doublons. Chaque procédure d'évaluation peut représenter une certaine charge personnelle et être une source de stress pour les bénéficiaires, car leur autonomie et leur équilibre financier est en jeu. Pour les assurances sociales et les administrations cantonales, le système est coûteux et inefficace.

L'équipe de projet recommande de réduire la complexité de la procédure. Pour ce faire, cinq scénarios ont été élaborés pour le soutien au maintien à domicile. Il s'agit du développement des outils existants, de la contribution individuelle, de la participation de l'AI aux coûts, de la souveraineté cantonale et de la souveraineté fédérale. Pour l'équipe de projet, le scénario de la contribution individuelle et celui de la participation de l'AI aux coûts sont les plus souhaitables. En effet, avec la contribution individuelle, l'allocation pour impotent, le supplément pour soins intenses et la contribution d'assistance

deviendraient une seule et même prestation. La réforme nécessiterait un remaniement des instruments d'évaluation. Dans ce scénario, l'AI et les cantons conserveraient leur compétence et leurs efforts ne nécessiteraient pas de coordination supplémentaire. La mise en place d'une procédure d'évaluation unique par l'AI permettrait de réduire la complexité. Le scénario de la participation de l'AI aux coûts transfère la plus grande part de la responsabilité aux cantons. Le rôle de l'AI se limiterait à participer aux prestations individuelles ou aux montants forfaitaires versés par les cantons pour le maintien à domicile, et ne comporterait plus aucune tâche d'évaluation. La responsabilité des examens serait intégralement transférée aux cantons. La coordination aurait lieu entre l'AI et les services cantonaux responsables des prestations. Ce modèle tient également compte des processus de réforme dans de nombreux cantons, qui ont par exemple encouragé le logement autonome, introduit le financement des personnes et/ou mis en place des centres d'évaluation (indépendants). Ce scénario permettrait de réduire considérablement la complexité et de garantir pour la personne assurée une meilleure intégration des prestations dans l'espace social et dans la réalité.

Recommandations

Les résultats de l'étude ont permis de formuler les onze recommandations suivantes :

1. *Réduction de la complexité* : en raison de la grande complexité du système de soutien au maintien à domicile, nous recommandons à l'OFAS de définir en premier lieu en interne et sur la base des scénarios ébauchés dans ce rapport (en se concentrant sur les interactions entre l'AI et les cantons) dans quelle mesure et sous quelle forme l'AI doit participer au soutien au maintien à domicile. Il sera alors possible de représenter la position de l'OFAS dans le processus politique de développement du soutien au maintien à domicile des personnes handicapées. Réduire la complexité permettra également à l'AI et aux cantons d'assurer des prestations concertées et coordonnées, et non indépendantes les unes des autres. Une coordination renforcée entre l'AI et les cantons permettrait une gestion allégée du système de soutien aux personnes handicapées et limiterait la charge de travail des administrations ainsi que les coûts qui y sont liés.
2. *Regroupement des prestations de l'AI* : nous recommandons également de regrouper l'allocation pour impotent, le supplément pour soins intenses et la contribution d'assistance versées par l'AI en une seule et unique contribution d'incitation à l'autodétermination et à la participation sociale, en référence à la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées et à son rôle normatif. Le supplément pour soins intenses doit être compensé par un module d'évaluation supplémentaire dédié aux mineurs, assorti, le cas échéant, du financement correspondant. Un tel processus recentre le besoin de soutien lié au handicap sur la personne assurée, et non sur les prestations de l'AI prises individuellement. Un seul processus d'évaluation doit permettre de définir les prestations à octroyer.
3. *Remaniement du processus d'évaluation* : nous recommandons à l'OFAS de remanier entièrement le processus d'évaluation au lieu de poursuivre le développement des prestations existantes de l'AI. Pour recenser les besoins de soutien spécifiques et individuels, une approche plus qualitative centrée sur l'autoévaluation des personnes assurées s'impose, sur la base de questions ouvertes. Le point de départ de la procédure ne doit pas être un formulaire standardisé structuré en catégories et items, mais la personne assurée elle-même et son besoin de soutien, ainsi que l'expression libre de ses activités individuelles et de ses préférences. Cette manière de procéder permet d'éviter l'exclusion de personnes assurées avec pour seul motif que leurs besoins spécifiques ne figurent pas dans le formulaire standard. Les cantons utilisent également de plus en plus d'instruments d'évaluation présentant les caractéristiques décrites ici dans le domaine ambulatoire. Par ailleurs,

le besoin de soutien identifié doit être transcrit en prestations AI de manière transparente, compréhensible et vérifiable. Les modèles de calcul complexes actuellement utilisés par certains instruments d'évaluation sont à éviter.

4. *Modèle bio-psycho-social* : le modèle d'identification du handicap utilisé dans les instruments d'évaluation existants est un modèle médical reposant sur le déficit. Le nouveau processus d'évaluation doit accorder une plus grande importance aux compétences et aux capacités des personnes assurées et ne pas faire peser sur elles la charge de la preuve de leur handicap et de leur manque d'autonomie. La conception du fonctionnement telle que la propose la CIF repose sur le modèle bio-psycho-social du handicap, que nous recommandons à l'OFAS d'utiliser comme base pour le développement des instruments d'évaluation. Ainsi, l'AI appréhenderait les personnes assurées à l'aide d'une nouvelle échelle de valeurs sur laquelle figureraient également les compétences présentes. Pour les personnes assurées, une telle approche permettrait, d'une part, de réduire le stress lié à l'évaluation et, d'autre part, de fournir une description plus précise de l'étendue et de la nature de la prestation de soutien en se référant à la capacité totale (visée).
5. *Prise en compte des facteurs liés au contexte* : les facteurs liés au contexte doivent être mieux intégrés dans l'évaluation du besoin de soutien à l'avenir. Dans le modèle bio-psycho-social, les obstacles et barrières sociales jouent un rôle déterminant dans l'appréciation du handicap. Ils sont donc considérés comme un indicateur important dans la détermination du besoin de soutien lié au handicap. Par ailleurs, un processus d'évaluation axé sur les dispositions de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées se doit d'intégrer les préférences et les activités de la personne. En vertu de cela, nous recommandons à l'OFAS de prendre en compte de manière plus significative les facteurs liés aux contextes social (comme les loisirs ou la participation à la vie associative) et environnemental (obstacles en lien avec l'environnement et les questions de mobilité).
6. *Temporalité et notion d'objectifs* : jusqu'à présent, les instruments d'évaluation de l'AI permettaient uniquement d'établir les besoins des personnes assurées au moment même de l'évaluation. Nous recommandons à l'OFAS d'intégrer la dimension de temporalité et la notion d'objectifs dans le processus d'évaluation. Dans d'autres domaines de prestations, comme la réadaptation professionnelle, l'AI est déjà orientée vers l'avenir et les processus de développement, en vue d'améliorer les chances d'intégration sur le marché du travail. Le processus d'évaluation pour le maintien à domicile doit également comporter des « projets » individuels (tels qu'apprendre à cuisiner seul) qui puissent bénéficier du soutien financier de l'AI. Cette forme de soutien doit être facultative, sur demande de la personne handicapée. La perspective de pouvoir initier ses propres projets peut être une incitation supplémentaire au maintien à domicile. En effet, de tels projets peuvent contribuer à l'autodétermination et à la participation sociale. Cet aspect est particulièrement important pour les mineurs et les jeunes adultes. Ces projets doivent être accessibles à toutes les personnes assurées et pour tous les niveaux de capacité. Cela signifie qu'il ne peut être fixé de valeur-seuil en deçà de laquelle un projet peut être refusé – par exemple parce qu'il n'augmenterait pas suffisamment l'autonomie de la personne assurée. Les ressources personnelles et externes de la personne assurée doivent être prises en compte dans la mise en œuvre de ces projets.
7. *Une politique d'information uniforme et complète* : il ressort des entretiens avec les personnes assurées et les services de conseil aux personnes handicapées que les potentiels bénéficiaires de prestations et leur famille sont souvent trop peu ou pas du tout informés de la variété de prestations auxquelles elles ont droit pour le maintien à domicile. Il arrive également que cela se produise pour le personnel spécialisé. Nous recommandons à l'OFAS et aux offices AI cantonaux, mais

aussi aux associations de personnes handicapées et aux cantons, d'informer les personnes ayant besoin de soutien suffisamment tôt et de manière complète sur leurs possibilités de soutien pour le maintien à domicile. Cette recommandation ne s'adresse pas seulement aux offices AI mais également aux cantons, aux assurances-maladies (aide et soins à domicile) et aux services de prestations complémentaires.

8. *Contrôle de l'indépendance du processus d'évaluation vis-à-vis des offices AI* : à plusieurs reprises, le double rôle des offices cantonaux de l'AI en tant qu'organe d'évaluation et de financement des prestations a été qualifié de problématique par les divers groupes de bénéficiaires, parce qu'il décrédibilise l'impartialité des responsables de l'évaluation ainsi que leurs décisions. Nous recommandons à l'OFAS d'examiner la faisabilité et l'efficacité de la sous-traitance du processus d'évaluation à des organes spécialisés indépendants. La mise en place de services d'évaluation détachés des offices AI peut représenter une alternative à cette solution. De tels centres d'évaluation pourraient également servir de centre d'information et de conseil aux personnes assurées (voir recommandation numéro 7). Dans ce cas, certaines synergies pourraient se dégager entre les cantons qui, en nombre croissant, ont créé de tels centres d'évaluation ces dernières années.
9. *Codécision* : nous recommandons à l'OFAS d'impliquer dans toutes les mesures proposées dans le présent rapport les groupes de bénéficiaires et en particulier, les personnes handicapées, afin de garantir la participation et la codécision dans les processus de développement de l'AI.
10. *Accessibilité des instruments d'évaluation* : l'accessibilité des instruments d'évaluation doit être garantie. La codécision ne peut être garantie que si les instruments d'évaluation sont adaptés aux possibilités de communication des personnes handicapées (langue facile à lire, communication assistée, langue des signes, versions audio, applications numériques, etc.). Les solutions digitales offrent un potentiel important dès à présent et à l'avenir, tant pour l'OFAS que pour les offices AI. Toutefois, l'analyse des instruments d'évaluation utilisés en Suisse a montré qu'il existe encore un grand potentiel d'innovation à cet égard pour l'autoévaluation du besoin de soutien par les personnes handicapées – non seulement du côté de l'AI, mais aussi de celui des cantons.
11. *Développement des instruments d'évaluation actuels de l'AI* : si les actuelles allocations pour impotent, suppléments pour soins intenses et contributions d'assistance sont maintenues, nous recommandons à l'OFAS de développer les instruments d'évaluation de l'AI conformément aux recommandations de remaniement de la procédure d'évaluation – dans la mesure du réalisable. En insérant des questions ouvertes dans les formulaires, les offices AI permettraient aux personnes assurées de mieux faire valoir leur point de vue et d'expliquer leurs besoins spécifiques. La détermination du besoin de soutien doit s'articuler autour des capacités définies selon le modèle biopsychosocial du handicap et ainsi permettre d'évaluer ce dernier selon une nouvelle échelle de valeurs et en intégrant les facteurs liés au contexte. Dans un processus d'évaluation intégrant mieux l'aspect qualitatif, les personnes assurées pourront citer dans la définition du handicap les facteurs liés au contexte représentant un obstacle à leur quotidien et les prendre en compte dans leur besoin de soutien. Le résultat des évaluations doit être communiqué de manière plus transparente. Les personnes handicapées doivent avoir accès aux rapports d'enquête de l'allocation pour impotent et du supplément pour soins intenses ainsi qu'à leur explication, au besoin. Pour accroître l'importance de l'autoévaluation, les rapports d'enquête doivent être soumis aux personnes assurées pour validation ou complément. Le modèle de calcul complexe utilisant le FAKT devrait être expliqué à la personne assurée ; à défaut, il doit faire l'objet d'une réforme. L'intégration de projets individuels tels que ceux décrits à la recommandation n° 6 est également envisageable. Par

ailleurs, les offices AI devraient communiquer aux personnes concernées les informations relatives au logement à domicile de manière exhaustive et harmonisée.

Riassunto

Negli ultimi anni la promozione dell'autonomia abitativa per le persone con disabilità è diventata sempre più importante, e non solo in Svizzera. Impulsi importanti in tal senso sono stati dati dalla Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), che la Svizzera ha ratificato nel 2014. Nel Paese esistono svariati fornitori di prestazioni, offerte di sostegno e canali di finanziamento che possono consentire e agevolare la permanenza delle persone con disabilità a casa propria.

Data la sua impostazione federalistica, la Svizzera presenta una frammentazione delle competenze e una pluralità di soggetti finanziatori. Anche l'assicurazione invalidità (AI) promuove l'alloggio a domicilio, mediante l'assegno per grandi invalidi (AGI), il supplemento per cure intensive (SCI) per minorenni e il contributo per l'assistenza (CA). Inoltre, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) sovvenziona l'accompagnamento a domicilio da parte di fornitori privati di aiuto ai disabili. Il presente studio esamina gli strumenti di accertamento utilizzati per determinare il sostegno di cui le persone con disabilità hanno bisogno per vivere a casa. L'accento è posto sugli strumenti di accertamento dell'AI: i rapporti di accertamento (per l'AGI e il SCI) e lo strumento FAKT (per il CA).

Il progetto perseguiva tre obiettivi: 1) allestire un inventario e un confronto degli strumenti di accertamento utilizzati in Svizzera negli ambiti della disabilità e delle cure; 2) rilevare il potenziale di ottimizzazione degli strumenti di accertamento dell'AI per l'AGI, il SCI e il CA; 3) vagliare le possibilità di coordinamento e armonizzazione degli strumenti di accertamento utilizzati e del sistema di sostegno in Svizzera. Di seguito vengono presentati i risultati relativi ai singoli obiettivi, cui seguono le raccomandazioni formulate su questa base.

Obiettivo 1: allestire un inventario e un confronto degli strumenti di accertamento utilizzati in Svizzera negli ambiti della disabilità e delle cure

Analisi della situazione

Nell'ambito della disabilità si rilevano, a livello operativo, differenze di fondo tra la Svizzera tedesca e quella latina. Se nella Svizzera tedesca gli strumenti di accertamento utilizzati per il finanziamento sono prescritti dai singoli Cantoni, nella Svizzera latina il compito dell'accertamento è delegato a organizzazioni private (p. es. associazioni dei disabili), le quali decidono quali strumenti utilizzare. Questo significa anche che di regola gli strumenti di accertamento utilizzati non sono direttamente rilevanti per il finanziamento, cosicché la procedura risulta meno uniforme rispetto a quella della Svizzera tedesca. Se si considera l'intero territorio nazionale, gli strumenti di accertamento utilizzati sono molteplici. Per quanto concerne il settore stazionario, nella Svizzera tedesca si è affermato quasi ovunque il «bisogno individuale di assistenza» (Individuelle Betreuungsbedarf, IBB), con il quale gli specialisti indicano la frequenza delle prestazioni fornite. Dal canto loro, i Cantoni latini hanno sviluppato uno strumento analogo per il settore stazionario, ovvero l'Outil Latin de Mesure de l'Intensité des Soutiens (OLMIS), che però non è riuscito a imporsi ed è utilizzato regolarmente soltanto in un Cantone. Si tratta di strumenti fortemente standardizzati che permettono di rilevare la situazione attuale delle persone con un bisogno di sostegno. L'accento è posto sulle prestazioni specializzate fornite. L'accertamento viene svolto tramite una valutazione di terzi effettuata dagli specialisti. Per quanto concerne il settore ambulatoriale, nella Svizzera tedesca sta prendendo sempre più piede la pianificazione dell'aiuto individuale (Individuelle Hilfeplanung, IHP), la cui introduzione è prevista anche in un Cantone della Svizzera romanda. In questa regione è particolarmente rilevante lo strumento della

Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE). In entrambi gli strumenti l'autovalutazione e il bisogno individuale di sostegno assumono un ruolo fondamentale. Le due procedure tengono (potenzialmente) conto anche del futuro e del potenziale di sviluppo. Oltre a questi strumenti particolarmente diffusi, ve ne sono anche altri, alcuni dei quali sono in uso in un solo Cantone.

Caratteristiche distintive

Gli strumenti di accertamento esaminati possono essere classificati in base ad alcune caratteristiche distintive fondamentali, esposte di seguito.

- *Caratteristica 1: modello di disabilità*

Gli strumenti di accertamento si basano su un modello di disabilità menzionato esplicitamente o applicato implicitamente. I modelli principali sono quello medico e quello biopsicosociale di disabilità, in applicazione della o in legame diretto con la Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (*International classification of functioning, disability and health [ICF]*).

- *Caratteristica 2: grado di standardizzazione*

Gli strumenti di accertamento con categorie (tematiche) e argomenti fissi oggetto di valutazione presentano un grado di standardizzazione particolarmente elevato. Di regola l'accertamento si svolge mediante domande chiuse con possibilità di risposta predefinite. Altri strumenti operano invece principalmente o esclusivamente con domande aperte, lasciando maggiore libertà nelle risposte.

- *Caratteristica 3: ponderazione dell'autovalutazione e della valutazione di terzi*

Alcuni strumenti di accertamento si basano esclusivamente sulla valutazione di terzi, mentre altri sono incentrati sull'autovalutazione e considerano la valutazione di terzi come una prospettiva complementare.

- *Caratteristica 4: oggetto della misurazione*

A grandi linee si può fare una distinzione tra tre oggetti di misurazione: registrazione delle prestazioni specialistiche fornite per le persone con disabilità, rilevazione del bisogno di sostegno in base a criteri predefiniti e indicazione del bisogno di sostegno percepito e stimato soggettivamente.

- *Caratteristica 5: legame con l'attualità e/o orientamento agli obiettivi e al futuro*

La maggior parte degli strumenti di accertamento determina il bisogno di sostegno presente al momento della procedura. Altri invece tengono conto del futuro, degli obiettivi e del potenziale di sviluppo, con un'importanza di questa dimensione che varia a seconda dello strumento.

- *Caratteristica 6: rapporto tra orientamento alle risorse e orientamento ai deficit*

Molti strumenti di accertamento sono basati unicamente sui deficit e rilevano ciò che le persone con disabilità non riescono a fare autonomamente. I pochi che rilevano anche le risorse seguono i processi di sviluppo e operano con obiettivi.

- *Caratteristica 7: sensibilità al contesto*

Gli strumenti di accertamento considerano in misura molto diversa i fattori contestuali, quali il contesto sociale o i fattori ambientali. Essi tendono perlopiù a escludere i fattori contestuali e si concentrano sulla persona e sui danni alla salute dovuti alla disabilità.

- *Caratteristica 8: base di calcolo per il bisogno di sostegno*

Gli strumenti di accertamento rilevanti in termini di finanziamento si distinguono in base al tipo dei valori rilevati. A seconda dello strumento, vengono determinati la frequenza o l'intensità delle prestazioni di sostegno, la loro forma e/o il relativo onere di tempo; inoltre, è possibile distribuire punti oppure assegnare codici binari (necessità di prestazioni di sostegno: sì o no).

Obiettivo 2: rilevare il potenziale di ottimizzazione degli strumenti di accertamento dell'AI per l'AGI, il SCI e il CA

Se si considera la CRPD come quadro di riferimento normativo per le prestazioni dell'AI, una prima constatazione è che i modelli di finanziamento di AGI, SCI e CA possono essere ritenuti conformi alla Convenzione. Per contro, gli strumenti di accertamento per queste tre prestazioni dell'AI adempiono soltanto in misura insufficiente le condizioni della CRPD e i requisiti posti dal Comitato dell'ONU per i diritti delle persone con disabilità in materia di procedura di accertamento, poiché tengono conto solo marginalmente della volontà e delle preferenze soggettive. Dato l'accento posto sulla disabilità personale, i fattori contestuali che pongono ostacoli limitanti vengono sostanzialmente ignorati. In opposizione alla procedura standardizzata degli strumenti dell'AI con domande (chiuse) e risposte predefinite, il Comitato dell'ONU per i diritti delle persone con disabilità chiede un accesso personalizzato, che tenga prioritariamente conto dei bisogni soggettivi e delle attività delle persone con disabilità.

Sulla base dell'analisi degli strumenti di accertamento utilizzati in Svizzera e delle disposizioni della CRPD, il Comitato raccomanda al gruppo di ricerca di ridefinire gli strumenti di accertamento dell'AI. Vanno considerati gli aspetti esposti di seguito.

- *Autodeterminazione e partecipazione alla vita sociale come punti di riferimento normativi*

L'accertamento non dovrebbe basarsi, come oggi, su un modulo con categorie tematiche predefinite, suddivise in singoli argomenti, bensì sulla persona con disabilità con i suoi bisogni percepiti soggettivamente. Tali bisogni devono poi tradursi in un bisogno di sostegno individuale dovuto alla disabilità riconosciuto e legittimato dallo Stato sociale.

- *Orientamento alla persona*

Al posto di domande (prevalentemente) chiuse, occorre optare per un approccio aperto, partendo dalla persona con il suo danno alla salute specifico e il suo bisogno di sostegno individuale. A tal fine occorre optare per una procedura maggiormente incentrata sulla qualità. Con domande aperte gli assicurati possono illustrare il proprio punto di vista e integrare nell'accertamento le proprie limitazioni specifiche dovute alla disabilità nonché fattori contestuali quali gli ostacoli o le barriere sociali.

- *Modello biopsicosociale di disabilità*

Gli strumenti di accertamento dell'AI si fondano su un modello medico di disabilità basato sui deficit. Adottando la nozione del «funzionamento» descritta nell'ICF, basata sul modello biopsicosociale di disabilità, l'AI attribuirebbe un nuovo valore agli assicurati, riconoscendo meglio le loro capacità e competenze. Inoltre, la disabilità non verrebbe più «personalizzata», bensì sarebbe considerata come un nesso funzionale, nel quale anche i fattori contestuali possono influire, in modo favorevole o sfavorevole, sulla disabilità.

- *Considerazione del presente e del futuro*

Se l'assicurato auspica di acquisire maggiore autodeterminazione e partecipazione alla vita sociale, dovrebbe poter formulare questi obiettivi nel quadro della procedura di accertamento. L'AI dovrebbe sostenere finanziariamente i processi di sviluppo. Per la concessione delle prestazioni necessarie a tal fine vanno rilevate le risorse personali ed esterne disponibili nonché il bisogno di sostegno individuato.

- *Determinazione del bisogno di sostegno*

Alla fine della procedura, l'onere complessivo dovrebbe idealmente essere espresso in ore di sostegno, distinguendo tra le varie prestazioni del caso (p. es. prestazioni fornite da specialisti, assistenza, aiuto domestico, accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana). Agli assicurati deve essere garantita la trasparenza del calcolo del bisogno di sostegno.

- *Organi di accertamento indipendenti*

A livello organizzativo andrebbe vagliata l'opportunità di scorporare l'accertamento dagli uffici AI, al fine di garantire l'imparzialità. L'implementazione di organi di accertamento indipendenti con gruppi interdisciplinari e specializzazioni specifiche dovrebbe essere oggetto di una valutazione. Essa potrebbe avvenire anche tramite lo scorporo delle divisioni degli uffici AI preposte all'accertamento.

Obiettivo 3: vagliare le possibilità di coordinamento e armonizzazione degli strumenti di accertamento utilizzati e del sistema di sostegno in Svizzera

Il sistema di sostegno all'alloggio a domicilio è molto complesso. Oltre all'AI (con l'AGI, il SCI e il CA nonché i sussidi secondo l'art. 74 LAI), vi sono anche le prestazioni complementari e le casse malati (tramite Spitex) nonché diversi Cantoni che versano contributi per finanziare l'assistenza o l'accompagnamento a domicilio. Per le persone con un bisogno di sostegno dovuto alla disabilità, il sistema è poco trasparente. È probabile che le persone che vorrebbero beneficiare di un sostegno a domicilio debbano affrontare più procedure di accertamento diverse per ricevere più o meno la stessa prestazione, il che genera doppioni. Per i beneficiari delle prestazioni gli accertamenti richiesti nel quadro di ogni nuova procedura possono comportare stress e risultare gravosi, dato che ne va della loro sussistenza economica e autonomia. Per le assicurazioni sociali e le amministrazioni cantonali il sistema è oneroso e inefficiente.

Il gruppo di lavoro raccomanda pertanto di ridurre la complessità. A tal fine sono stati elaborati cinque possibili scenari relativi al sostegno all'alloggio a domicilio, ovvero: sviluppo degli strumenti esistenti, contributo individuale, partecipazione ai costi da parte dell'AI, competenza esclusivamente cantonale, competenza esclusivamente federale. Il gruppo di ricerca ritiene auspicabili in particolare gli scenari del contributo individuale e della partecipazione ai costi da parte dell'AI. Nel primo caso, AGI, SCI e CA verrebbero fusi in un'unica prestazione. La riforma richiederebbe una ridefinizione degli strumenti di accertamento dell'AI. L'AI e i Cantoni manterrebbero le proprie competenze e continuerebbero ad agire prevalentemente senza coordinarsi. Una riduzione della complessità si otterrebbe grazie al fatto che l'AI effettuerebbe un'unica procedura di accertamento. Nello scenario della partecipazione ai costi da parte dell'AI la responsabilità verrebbe trasferita maggiormente ai Cantoni. L'AI si limiterebbe a partecipare al sostegno all'alloggio a domicilio con contributi individuali o importi forfettari cantonali, senza effettuare più alcun accertamento. La responsabilità per gli

accertamenti incomberebbe unicamente ai Cantoni. Le prestazioni dell'AI e quelle cantonali verrebbero coordinate. Questo modello tiene conto anche dei processi di riforma attuati in numerosi Cantoni, ad esempio con la promozione dell'alloggio autonomo, l'introduzione del finanziamento del soggetto e/o l'implementazione di organi di accertamento (indipendenti). Questo scenario genererebbe una notevole riduzione della complessità e permetterebbe di garantire meglio il legame con lo spazio sociale e la realtà degli assicurati.

Raccomandazioni

In base ai risultati dello studio sono state formulate le 11 raccomandazioni seguenti.

1. *Riduzione della complessità*: data l'elevata complessità del sistema di sostegno all'alloggio a domicilio, si raccomanda all'UFAS di definire internamente, sulla base degli scenari delineati nel presente rapporto (ponendo l'accento sulle relazioni tra AI e Cantoni), se e in che forma l'AI debba partecipare al sostegno all'alloggio a domicilio. La posizione dell'Ufficio dovrebbe poi essere rappresentata nel processo politico volto a sviluppare il sostegno all'alloggio a domicilio per le persone con disabilità. La riduzione della complessità sarebbe garantita principalmente dal coordinamento delle prestazioni dell'AI e dei Cantoni, che non sarebbero più separate. Un maggior coordinamento tra l'AI e i Cantoni permetterebbe alle persone con disabilità di orientarsi meglio nel sistema di sostegno e ridurrebbe l'onere amministrativo delle amministrazioni, generando quindi anche risparmi.
2. *Fusione delle prestazioni dell'AI*: si raccomanda all'UFAS di fondere l'AGI, il SCI e il CA dell'AI in un unico contributo individuale per promuovere l'autodeterminazione e la partecipazione alla vita sociale delle persone con disabilità conformemente ai punti di riferimento normativi della CRPD. Il SCI andrebbe compensato con un modulo di accertamento supplementare per i minorenni che permetta un finanziamento in caso di bisogno. In tal modo l'intero sistema sarebbe incentrato sull'assicurato con il suo bisogno di sostegno dovuto alla disabilità e non sulle singole prestazioni dell'AI. La concessione delle prestazioni necessarie sarebbe garantita con un unico accertamento.
3. *Ridefinizione della procedura di accertamento*: si raccomanda all'UFAS di ridefinire completamente la procedura di accertamento anziché sviluppare gli strumenti dell'AI esistenti. Per la rilevazione dei bisogni di sostegno individuali specifici si adotterebbe un approccio con domande aperte, maggiormente incentrato sulla qualità, che metterebbe al centro l'autovalutazione dell'assicurato. L'accertamento non dovrebbe basarsi su un modulo standardizzato, suddiviso in categorie e argomenti, bensì sull'assicurato con il suo bisogno di sostegno individuale dovuto alla disabilità. Questo permetterebbe di esprimere meglio le attività e le preferenze personali degli assicurati e, al contempo, di evitare l'eventuale esclusione di alcuni di loro a causa della mancata considerazione dei loro bisogni specifici nei moduli standardizzati. Nei Cantoni per il settore ambulatoriale vengono impiegati sempre più strumenti di accertamento che presentano le caratteristiche descritte. È inoltre importante garantire la trasparenza, la comprensibilità e la verificabilità al momento di concretizzare i bisogni di sostegno individuati in prestazioni AI. Andrebbero evitati modelli di calcolo complessi come quelli di vari strumenti di accertamento esistenti.
4. *Modello biopsicosociale di disabilità*: ad oggi gli strumenti di accertamento dell'AI si fondano su un modello medico di disabilità basato sui deficit. Il nuovo strumento di accertamento dovrebbe prestare maggiore attenzione alle competenze e alle capacità degli assicurati, che non avrebbero più l'onere di comprovare l'incapacità e la mancanza di autonomia. A tal fine si presta bene la nozione del funzionamento descritta nell'ICF, basata sul modello biopsicosociale di disabilità, che

si raccomanda all'UFAS di adottare quale base per gli strumenti di accertamento. L'AI attribuirebbe così un nuovo valore agli assicurati in tutta la procedura di accertamento, valorizzando le competenze a loro disposizione. Per quanto concerne gli assicurati, tale procedura ridurrebbe la pressione della situazione di accertamento e consentirebbe una descrizione più precisa del volume e del tipo di prestazioni di sostegno necessarie nell'ottica del pieno (e auspicato) funzionamento.

5. *Considerazione dei fattori contestuali:* in futuro i fattori contestuali dovrebbero essere maggiormente considerati nella determinazione del bisogno di sostegno. Nel modello biopsicosociale di disabilità gli ostacoli e le barriere sociali sono ritenuti come importanti elementi costitutivi della disabilità. Si tratta pertanto di indicatori fondamentali per determinare il bisogno di sostegno dovuto alla disabilità. Inoltre, una procedura di accertamento orientata alle disposizioni della CRPD impone che vengano considerate le attività e le preferenze personali degli assicurati. Di conseguenza, si raccomanda all'UFAS di tenere maggiormente conto, nella procedura di accertamento, del contesto sociale (p. es. tempo libero o vita associativa) e dei fattori ambientali (p. es. barriere nell'ambiente circostante o questioni legate alla mobilità).
6. *Considerazione del futuro e degli obiettivi:* gli strumenti di accertamento finora impiegati dall'AI determinano soltanto il bisogno attuale degli assicurati. Per l'avvenire si raccomanda all'UFAS di considerare nella procedura di accertamento anche una dimensione orientata al futuro e agli obiettivi. In altri settori di prestazioni, come ad esempio l'integrazione professionale, l'AI è già fortemente orientata al futuro e ai processi di sviluppo nell'ottica di accrescere le opportunità d'integrazione nel mercato del lavoro. Nella procedura di accertamento per l'alloggio a domicilio dovranno poter essere convenuti anche «progetti» individuali (p. es. imparare a cucinare autonomamente), che verrebbero sostenuti finanziariamente dall'AI. Questa forma di sostegno dovrebbe essere facoltativa e accordata soltanto su richiesta degli assicurati. La possibilità di realizzare progetti tesi a promuovere l'autodeterminazione e la partecipazione alla vita sociale potrebbe costituire un ulteriore incentivo a vivere a casa. Questo aspetto è rilevante soprattutto per i minorenni e i giovani adulti. I progetti dovrebbero essere accessibili a tutti gli assicurati, indipendentemente dal loro livello di capacità. Non bisognerebbe dunque fissare valori soglia, per esempio circa l'aumento dell'autonomia degli assicurati. Per questi progetti andrebbero inoltre adeguatamente considerate le risorse personali ed esterne degli assicurati.
7. *Politica informativa ampia e uniforme:* dai colloqui con gli assicurati e gli operatori dei consultori per le persone con disabilità è emerso che spesso le persone con un potenziale diritto a prestazioni e i loro familiari hanno informazioni insufficienti o nulle circa la molteplicità dell'offerta di sostegno esistente per l'alloggio a domicilio. Questo vale sovente anche per gli specialisti. Si raccomanda pertanto all'UFAS e agli uffici AI cantonali, come pure alle associazioni dei disabili e ai Cantoni, di impostare la propria politica informativa in modo tale che le persone con un bisogno di sostegno ricevano tempestivamente ampie informazioni sulle possibilità di sostegno all'alloggio a domicilio. Questo riguarda non soltanto le prestazioni dell'AI, ma anche quelle dei Cantoni, dell'assicurazione malattie (Spitex) e delle prestazioni complementari.
8. *Vaglio della possibilità di scorporre la procedura di accertamento dagli uffici AI:* il doppio ruolo degli uffici AI quali organi di accertamento e finanziatori delle prestazioni è stato ritenuto a più riprese problematico dai gruppi interessati, i quali mettono in dubbio l'imparzialità delle persone preposte agli accertamenti e presumono che le decisioni vengano prese nell'interesse dell'AI. Si raccomanda pertanto all'UFAS di valutare la fattibilità e l'opportunità di un'esternalizzazione della procedura di accertamento a organi specializzati indipendenti. Questa potrebbe essere attuata anche tramite lo scorporo delle divisioni degli uffici AI preposte all'accertamento. Gli organi di

accertamento potrebbero inoltre fungere da interlocutori per gli assicurati, per fornire loro informazioni e consulenza (v. raccomandazione 7). In questo contesto si potrebbero eventualmente creare sinergie con i Cantoni, che negli ultimi anni hanno istituito sempre più organi di questo genere.

9. *Partecipazione ai processi decisionali*: si raccomanda all'UFAS di coinvolgere direttamente i gruppi interessati, e in particolare le persone con disabilità, in tutte le misure proposte nel presente rapporto. Sarebbe così garantita la partecipazione ai processi di sviluppo dell'AI e ai relativi processi decisionali.
10. *Accessibilità senza barriere degli strumenti di accertamento*: va garantita l'accessibilità senza barriere degli strumenti di accertamento. La partecipazione ai processi decisionali può essere assicurata soltanto se tali strumenti sono adeguati alle possibilità comunicative delle persone con disabilità (lingua facile, comunicazione assistita, lingua dei segni, versioni audio, applicazioni digitali ecc.). Le soluzioni digitali presentano un potenziale elevato e in futuro anche l'UFAS e gli uffici AI dovrebbero considerarle in misura maggiore. Tuttavia, dall'analisi degli strumenti di accertamento utilizzati in Svizzera è emerso che in questo ambito vi è ancora un notevole potenziale d'innovazione per l'autovalutazione del bisogno di sostegno delle persone con disabilità, da parte non solo dell'AI, ma anche dei Cantoni.
11. *Sviluppo degli strumenti di accertamento dell'AI esistenti*: nel caso in cui si mantengano le attuali prestazioni (AGI, SCI e CA), si raccomanda all'UFAS di sviluppare gli strumenti di accertamento dell'AI, per quanto possibile, conformemente alla raccomandazione di ridefinizione della procedura di accertamento. L'aggiunta di domande aperte nei moduli permetterebbe agli assicurati di illustrare meglio il proprio punto di vista e i propri bisogni specifici. La determinazione del bisogno dovrebbe essere orientata alla nozione di funzionamento, basata sul modello biopsico-sociale di disabilità. Questo consentirebbe di attribuire un nuovo valore agli assicurati e di considerare i fattori contestuali quali elementi (co)costitutivi della disabilità. Una procedura maggiormente incentrata sulla qualità permetterebbe inoltre agli assicurati di indicare anche i fattori contestuali relativi alla disabilità che sono di ostacolo e generano un bisogno di sostegno. I risultati degli accertamenti andrebbero resi più trasparenti. I rapporti di accertamento per l'AGI e il SCI dovrebbero essere resi accessibili e, se del caso, spiegati alle persone con disabilità. Per dare maggior peso all'autovalutazione, questi dovrebbero inoltre poter essere precisati o completati dagli assicurati. Anche il complesso calcolo effettuato nell'ambito dello strumento FAKT andrebbe spiegato in modo comprensibile per gli assicurati oppure occorrerebbe rivedere il modello di calcolo. Sarebbe altresì ipotizzabile l'introduzione di progetti di sviluppo secondo la raccomandazione 6. Inoltre, gli uffici AI dovrebbero comunicare le informazioni sull'offerta di sostegno esistente per l'alloggio a domicilio in modo ampio e uniforme.

Summary

In recent years, the issue of supporting persons with disabilities to live independent lives has steadily gained traction in several countries, including Switzerland. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN CRPD), which Switzerland ratified in 2014, is a major driver behind this development.

Switzerland has multiple service providers, support programmes, support measures and funders that make it possible and easier for persons with disabilities to live at home. However, owing to the country's federalist structure, responsibilities are fragmented and funding agencies are many. The Swiss invalidity insurance scheme (IV), for example, provides helplessness allowances, intensive care supplements for minors and personal assistance allowances, while the Federal Social Insurance Office (FSIO) awards subsidies for assisted living services operated by private providers of assistance for the disabled. The present study examines the instruments that are currently used to assess the support that persons with disabilities need to continue to live independently. It focuses in particular on IV assessment instruments, specifically helplessness allowance and intensive care supplement assessment reports, and 'FAKT' forms used in personal assistance allowance assessments.

The project has three objectives: 1) to compile an inventory of disability- and care-related assessment instruments used in Switzerland, and compare them; 2) to identify how the helplessness allowance, intensive care supplement and personal assistance allowance assessment instruments could be improved; 3) to investigate if it would be possible to coordinate and harmonise not only assessment instruments but also the support system in Switzerland. What follows is an overview of the findings on the three research objectives, as well as the recommendations derived from them.

Objective 1: Inventory and comparison of assessment instruments in use in Switzerland

Inventory

The study found fundamental operational differences between German-speaking Switzerland and the French- and Italian-speaking regions of the country. In German-speaking Switzerland, the cantons stipulate the type of instrument to be used for funding-related assessments. In French- and Italian-speaking Switzerland, the assessment process is delegated to private organisations (e.g. associations for the disabled), who decide on the instruments they wish to use. In practice, this means that the assessment instruments tend not to have any direct relevance to funding. As a result, assessments are less standardised in French- and Italian-speaking Switzerland than in German-speaking cantons. An array of assessment instruments is deployed across the country. The 'Individual Care Needs' (IBB) instrument, which has been adopted almost universally for residential care settings, enables professionals to indicate how frequently they provide the services to the person concerned. The French-speaking cantons have developed a similar instrument, the *Outil Latin de Mesure de l'Intensité des Soutiens* (OLMIS). With the exception of one canton, it is widely or regularly used in residential care settings. Both instruments are highly standardised and collect information on the current situation of individuals with support needs. Their object of measurement is also the same: professional services provided to persons with disabilities. The assessment always involves a staff appraisal carried out by a third party. The 'Individual Assistance Planning' (IHP) instrument is increasingly used in residential care settings in German-speaking Switzerland; one canton in French-speaking Switzerland has plans to adopt it as well. In French-speaking Switzerland, the most commonly used instrument is the *Mesure*

des Habitudes de Vie (MHAVIE). The IHP and MHAVIE centre around self-assessments and the support needs of the individual concerned. Both procedures also (may) include future-related questions and consider the development potential of the person concerned. Other instruments exist; some are used in no more than one canton but all are not as widely used as the instruments detailed above.

Instrument characteristics

The study identified the main characteristics of the assessment instruments covered here:

- *Characteristic 1: Model of disability*

The assessment instruments are based on a model of disability that is either explicitly named or implicitly applied, and on a medical and biopsychosocial understanding of disability inspired by or with direct reference to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

- *Characteristic 2: Level of standardisation*

The assessment instruments are highly standardised and contain set (thematic) categories and items. They generally use closed-ended questions with a choice of predefined responses. Other instruments mostly or exclusively use open-ended questions which afford the person considerable freedom when formulating their response.

- *Characteristic 3: Weighting of external assessments and self-assessments*

Some instruments rely exclusively on external assessments. Others give greater weight to self-assessments but also use external assessments as a source of additional information.

- *Characteristic 4: Object of measurement*

Content falls into roughly three categories: recording of professional support services received by the disabled person; identification of support needs based on a set of predefined criteria; information on support needs drawn from the self-assessments and external assessments.

- *Characteristic 5: Current relevance and/or target-setting and future-oriented components*

Most assessment instruments identify the person's support needs as they present at the time of the assessment. However, others include questions related to future needs, goal-setting and the development potential of the person concerned.

- *Characteristic 6: Resource- versus deficit-based approaches*

Many assessment instruments are purely deficit-based. Their aim therefore is to assess what the disabled person is unable to do without the help of someone else. Few instruments include a resource-based approach which involves tracking development processes and target-setting.

- *Characteristic 7: Context sensitivity*

The inclusion of contextual factors such as social or environmental factors vary across assessment instruments. Most tend to overlook them and focus instead on the individual and their disability-related impairments.

- *Characteristic 8: Basis for calculating support needs*

The type of variables collected differ across funding-related assessment instruments. They may include the frequency or intensity of the support service provision; the form that the service takes,

and/or the time required to deliver the support. In some cases, these are quantified on a points scale. Alternatively, binary codes are used (need for support: yes/no).

Objective 2: Identification of how IV helplessness allowance, intensive care supplement and personal assistance allowance assessment instruments can be improved.

If the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN CRPD) is used as a normative frame of reference for IV benefits, then it can be said that the funding models for the IV helplessness allowance, intensive care supplement and personal assistance allowance are CRPD-compliant. However, the assessment instruments for each of these three benefits do not fully meet the terms of the Convention and the requirements that the UN Committee of Experts on the Rights of Persons with Disabilities have specified for assessment procedures. The IV assessment instruments take little account of will and subjective preferences. By focussing on the personal impairment, assessment instruments used in Switzerland largely ignore contextual factors that may constitute barriers for persons with disabilities and affect them adversely. In contrast to the standardised approach of the IV instruments with (closed-ended) questions and choice of pre-defined answers, the UN Committee of Experts calls for an individualised approach that focuses primarily on the subjective needs and activities of the disabled person.

Based on the findings of the analysis of the assessment instruments in use in Switzerland and the UN CRPD stipulations, the project team recommends a complete overhaul of IV assessment instruments based on the following points:

- *Self-determination and social participation as normative reference points*

The starting point of the assessment procedure should not be a form with predefined (thematic) categories that are broken down into individual items, as is currently the case. Instead, it should first consider the disabled person and their subjectively perceived needs. The next step is to ensure that these subjective needs are translated into an individual need for disability-related support, which is recognised and legitimised by the welfare state.

- *Person-centredness*

Rather than deploying (mostly) closed-ended questions, the assessment instrument should adopt a more open approach that begins with the individual, their specific impairment and their individual support needs. A more qualitative methodology should therefore be applied. Open-ended questions allow the insured to present their situation in their own words, and cite restrictions they face due to their disability as well as contextual factors like social obstacles or barriers.

- *Biopsychosocial model of disability*

The IV assessment instruments are based on a deficit-based, medical model of disability. The ICF concept of functional capacity that takes the biopsychosocial model of disability as its basis would express a change in values on the part of the IV towards the insured, whereby there is a greater acknowledgement of the person's abilities and competencies. In addition, disability would not be 'personalised', but would be recorded as a functional context whereby contextual factors may have a supporting/detrimental effect on the impairment.

- *Consideration of the present and the future*

If the insured person wishes to enjoy greater self-determination and social participation, they should be allowed to state these goals during the assessment. The IV should provide financial support for development processes. The award of benefits to this end must be the subject of a prior assessment of personal and external resources which are already at the disposal of the individual concerned and which could also support the achievement of the stated goals.

- *Determining the need for support*

At the end of the procedure, the total expenditure should ideally be stated in support hours, whereby a distinction would have to be made between different services (for example, professional specialist services, assistance, help in the home, practical everyday assistance). The method of calculation should be transparent for the insured.

- *Independent assessment centres*

In organisational terms and in the interests of impartiality, further investigation is needed into whether the assessment procedure should no longer be conducted within the IV offices. The possibility of creating independent assessment units comprising interdisciplinary teams with specific expertise should be examined. This could also be done by outsourcing the existing assessment departments of the IV offices.

Objective 3: Examine the possibilities of coordinating and harmonising the assessment instruments and the support system in Switzerland.

The system that supports persons with disabilities who wish to live at home is very complex. In addition to the helplessness allowance, the intensive care supplement and the personal assistance allowance provided by the IV, and the contributions provided under Article 74 InvIA, various cantons contribute towards the funding of support services or assisted/supported living accommodation, and may also provide supplementary benefits and health insurance benefits (through Spitex). For individuals who need support due to a disability, the system is hard to navigate and understand. Those who wish to live at home but need support to do so usually have to undergo multiple assessment procedures to receive more or less the same benefit. This creates overlaps. For claimants, every new assessment procedure can be stressful and lead to personal suffering because their financial security and independence are at stake. For the social insurance schemes and the cantonal administrations, the system is expensive and inefficient.

The project team recommends the introduction of streamlining measures. For this purpose, five conceivable scenarios were developed for living-at-home support: further development of existing instruments; individual contributions; IV cost sharing; cantonal sovereignty; federal sovereignty. For the project team, the individual contributions and IV cost-sharing scenarios appear particularly promising. In the first scenario, the helplessness allowance, the intensive care supplement and the personal assistance allowance are merged into a single benefit. The reform would necessitate a complete overhaul of the existing IV assessment instruments. In this scenario, the IV and the cantons retain their areas of responsibilities and (continue to) act separately rather in a coordinated way. The fact that there is only one IV assessment procedure simplifies matters. In the IV cost-sharing scenario, responsibility shifts more to the cantons. The IV limits itself to contributing to support for at-home living through the provision of individual contributions or a cantonal one-off payment and no longer carries out any assessments. The responsibility for assessments is completely transferred to the cantons. The IV and cantons coordinate the services and benefits they provide. This model also takes into account reforms

introduced in numerous cantons which promote independent living, and have led to the adoption of a direct payments funding model and/or the creation of (independent) assessment centres. This scenario would simplify the system considerably and ensure greater consideration of the social space and living environment of the insured.

Recommendations

The results of the study lead to the following 11 recommendations:

1. *Less complexity*: Due to the high complexity of the system for at-home living support, we recommend that the FSIO decides internally, on the basis of the scenarios drafted in this report (with a focus on the relationship between the IV and the cantons), whether and in what form the IV should participate in the provision of at-home living support. This position of the Federal Office could be included in the political deliberations on the further development of at-home living support for persons with disabilities. The system would be made less complex by steps to ensure that the IV and the cantons coordinate the support services and benefits they provide. Greater coordination would also make it easier for persons with disabilities to navigate the support system and reduce the workload borne by the administrations, which in turn could cut costs.
2. *Merging of IV benefits*: We recommend that the FSIO merge the helplessness allowance, intensive care supplement and personal assistance allowance provided by the IV into a single benefit that promotes self-determination and social participation in accordance with the normative reference points of the UN CRPD. The intensive care supplement could be replaced by an additional assessment module for minors, which would enable, where applicable, the award of the necessary funding. With this approach, the initial focus would be on the insured person and their disability-related support needs, not individual IV benefits. A single assessment would help ensure that the insured receive the benefits they need.
3. *Overhaul of the assessment procedure*: We recommend that the FSIO redesign the assessment procedure rather than refine the existing IV instruments. A more qualitative approach with open-ended questions, which focuses on the self-assessment by the insured, would make it possible to ascertain the specific, individual support needs of the person concerned. The starting point for the assessment should not be a standardised form with categories and items, but the insured person themselves and their specific disability-related support needs. Such an approach would better capture the insured's activities and preferences. This will in turn prevent their exclusion because, unlike with standardised forms, this approach considers the person's specific needs. The cantons are also increasingly using assessment tools for residential care settings that share these characteristics. It is also important to ensure transparency, traceability and verifiability when translating the identified support needs into IV benefits. Complex calculation models, such as those used in various assessment instruments, should be avoided.
4. *Biopsychosocial model of disability*: Until now, the IV assessment instruments were based on a deficit-oriented, medical model of disability. The new assessment instrument should pay more attention to the competencies and abilities of the insured and not place the burden of proof of incapacity and lack of independence on them. The application of the ICF concept of functional capacity, which is based on the biopsychosocial model of disability, would therefore be appropriate here. We recommend that the FSIO base the assessment instruments around this concept. In this way, the IV would apply different values to the insured person throughout the entire assessment procedure, and therefore take into account their existing competencies. For the insured, such an approach would make the assessment procedure less stressful and enable a more precise

description of the scope and type of support needed because the assessment would factor in their full (and desired) functional capacity.

5. *Consideration of contextual factors:* In the future, contextual factors should be increasingly included in the assessment of support needs. The biopsychosocial model of disability understands social obstacles and barriers as key determinants for the constitution of disability. Consequently, they are important indicators for determining disability-related support needs. Moreover, an assessment procedure that is oriented towards the provisions of the UN CRPD has to include personal preferences and activities. We therefore recommend that the FSIO give greater consideration to social factors (for example, leisure activities and participation in civic life) and environmental factors (for example, barriers in the person's physical environment and mobility issues) in the assessment process.
6. *Reference to the future and target- setting:* Up to now, the IV assessment instruments only consider the needs of the insured persons as they stand at the time of the assessment. We recommend that the FSIO include future-oriented and target-setting components in the assessment procedure. This is already the case for other IV benefits like occupational integration measures. Here, the aim of this stronger focus on the future and development processes is to increase the likelihood of the person concerned to successfully integrate in the labour market. As regards the assessment procedure for at-home living support, there should be the possibility of agreeing on individual 'projects' (for example, learning to cook on one's own) that the IV will support financially. This form of support should be optional for the insured and should only be provided at their request. Projects like these could also serve as a further incentive for the person concerned to live at home, and help promote their self-determination and social participation. This aspect is particularly important for minors and young adults. The projects should be open to all insured persons and accommodate different levels of ability. Consequently, no threshold values should be set that quantify the extent to which a given project should increase the autonomy of the recipient, for example. For these projects, the personal and external resources of the person concerned should also be taken into account, where appropriate.
7. *Uniform and comprehensive information policy:* In the discussions with the insured and the counselling centres for persons with disabilities, it became clear that individuals who are potentially entitled to benefits and their relatives are often unaware or poorly informed about the range of at-home living support benefits. This lack of knowledge was also observed among some professionals. We therefore recommend that the FSIO and the cantonal IV offices, as well as the associations for persons with disabilities and the cantons design their information policy in such a way that individuals with support needs are informed early and thoroughly about the at-home living support available to them: from benefits provided by the IV to supplementary benefits and benefits provided by the cantons and through the health insurance system (Spitex).
8. *Possible outsourcing of the assessment procedure:* Stakeholders have repeatedly found it problematic that the cantonal IV offices serve as both benefit assessors and funders. This raises doubts that the IV offices can be truly impartial assessors and leads to suspicions that they make decisions based on what best serves the interests of the IV. We recommend that the FSIO examine whether it would be feasible and sensible to outsource the assessment procedure to specialist, independent agencies, or relocate the existing assessment units outside the IV offices. These units could also function as a point of contact, information and advice for the insured (see Recommendation 7). This could in turn create synergies with the cantons, which have increasingly set up such assessment centres in recent years.

9. *Co-determination*: We recommend that the FSIO directly involve stakeholders and especially persons with disabilities in all the measures proposed here. This will ensure participation and co-determination in the IV development processes.
10. *Accessibility of the assessment instruments*: The assessment instruments must be accessible. Participation can only be ensured if the assessment instruments are adapted to the communication abilities of the person with disabilities (plain language, augmentative and alternative communication, sign language, audio versions, digital applications, etc.). Digital solutions are a source of great potential here, and the FSIO and IV offices should make greater use of them in the future. However, the analysis of the assessment instruments used in Switzerland has shown that regarding the self-assessments of persons with disabilities, there is considerable potential for innovation in this respect, both at IV and cantonal level.
11. *Further development of existing IV assessment instruments*: If the existing IV benefits, i.e. the helplessness allowance, intensive care supplement and personal assistance allowance, are retained, then we recommend that the FSIO redesign the IV assessment instruments as far as this is possible and in line with the recommendation on the complete overhaul of the assessment procedure. The inclusion of more open-ended questions in the assessment forms will make it easier for the insured to describe their situation and better present their specific needs. The determination of the need for support should be oriented towards the functional capacity of the person based on the biopsychosocial model of disability. This will make it possible to apply different values to the input provided by the disabled person and include contextual factors as determinants that (co-)constitute disability. A more qualitative procedure would afford the insured the possibility of naming the disability-related contextual factors that act as barriers and engender support needs. This should generate more transparent assessment conclusions. The helplessness allowance and intensive care supplement assessment reports should be made accessible to the person concerned, and explained if necessary. In order to give the self-assessment more weight, the insured persons should also be able to add clarifications and additional information to the assessment reports. The complex calculation model used within the framework of FAKT should also be explained in a way that the insured can understand. Alternatively, the model should be reformed. Another possibility would be the introduction of development projects in accordance with Recommendation 6. In addition, the information on existing in-home support services should be communicated comprehensively and uniformly by the IV offices.

1. Projektbeschreibung

1.1 Ausgangslage

In den letzten Jahren wurde – nicht nur in der Schweiz – die Förderung des selbstbestimmten Wohnens für Menschen mit Behinderung zunehmend bedeutsam. Wichtige Impulse für diese Entwicklung hat die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gesetzt, die von der Schweiz im Jahr 2014 ratifiziert wurde. In der Schweiz bestehen unterschiedliche Leistungserbringende, Unterstützungsangebote und Finanzierungskanäle, die Menschen mit Behinderung das Wohnen zu Hause ermöglichen und erleichtern können.

Bedingt durch den Föderalismus bestehen in der Schweiz fragmentierte Zuständigkeiten und verschiedene Kostenträger. Auch die Invalidenversicherung (IV) fördert das Wohnen zu Hause mit der Hilfenlosentschädigung (HE), dem Intensivpflegezuschlag (IPZ) für Minderjährige und dem Assistenzbeitrag (AB). Zusätzlich subventioniert das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) das Begleitete Wohnen durch Anbieter der privaten Behindertenhilfe gemäss Artikel 74 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG). Dabei werden Beratungsleistungen bei Menschen mit Behinderung, die zu Hause wohnen, erbracht (Fritschi et al. 2019, S. 9). Das BSV hat zwei zu koordinierende Projekte zur Optimierung der IV-Massnahmen und -Instrumente lanciert. Es handelt sich zum einen um das Projekt C21_02 «Soutien au logement à domicile: Modèles internationaux» (Veyre et al. 2023) und zum anderen um das vorliegende Projekt C21_03 «Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Instrumente zur Bedarfsabklärung».

Die Studie fokussiert die HE, den IPZ und den AB. Diese Leistungen der IV verfügen über je eigene Abklärungsinstrumente: die Abklärungsberichte für die HE und den IPZ sowie das Instrument FAKT für den AB. Für diese drei Abklärungsinstrumente soll zum einen das Entwicklungs- und Optimierungspotenzial geprüft werden und zum anderen ausgelotet werden, welche Möglichkeiten für eine verbesserte Koordination und Harmonisierung unter den verschiedenen Akteuren, die die Förderung des Wohnens zu Hause für Menschen mit Unterstützungsbedarf in der Schweiz begünstigen, bestehen.

1.2 Fragestellungen und Zielsetzungen

Der Projektauftrag lautet, die bestehenden Bedarfsabklärungsinstrumente in der Schweiz, die bei Menschen mit Behinderung und im Bereich Alter und Pflege eingesetzt werden, systematisch miteinander zu vergleichen und ihre Stärken und Schwächen zu ermitteln (Ziel 1). Prioritär sollen dabei diejenigen Instrumente behandelt werden, die den Bedarf für das Wohnen zu Hause erheben. Es werden aber auch Instrumente berücksichtigt, die für das stationäre Wohnen im Heim angewendet werden.

Die Analyse der in der Schweiz verwendeten Instrumente dient dazu, das Optimierungspotenzial der IV-Abklärungsinstrumente für die HE, den IPZ und den AB ermitteln. Vor dem Hintergrund des erstellten Inventars an Instrumenten soll in einem weiteren Schritt unter anderem die Zweckmässigkeit einer verstärkt ressourcenorientierten Ausgestaltung der IV-Instrumente geprüft werden (Ziel 2). Im Anschluss werden die Möglichkeiten einer stärkeren Koordination und Harmonisierung der Abklärungsinstrumente für verschiedene Zielgruppen und Angebote (verschiedene Arten von Behinderung, minderjährige und erwachsene Menschen mit Behinderung, ältere Menschen, Menschen mit Pflegebedarf, ambulante und stationäre Leistungen) und auf den unterschiedlichen politischen Ebenen (Bund und Kantone) reflektiert. Damit sollen Anstösse für eine einheitlichere Praxis gegeben werden (Ziel 3).

Ziel 1: Inventar und Vergleich der verwendeten Abklärungsinstrumente in der Schweiz

Ziel 2: Optimierungspotenzial der IV-Abklärungsinstrumente für die HE, den IPZ und den AB

Ziel 3: Möglichkeiten der Koordination und Harmonisierung der verwendeten Abklärungsinstrumente und des Unterstützungssystems in der Schweiz.

Für das Erreichen der Ziele werden gemäss Projektauftrag des BSV (2021, S. 3f.) die folgenden Fragen bearbeitet. Die Fragestellungen 1 bis 8 sind die Hauptfragestellungen, die Fragestellungen 9 bis 12 sollen Stossrichtungen für die Praxis aufzeigen.

Teil I: Hauptfragestellungen

1. *Bestandesaufnahme der verschiedenen Instrumente zur Bedarfsabklärung: Welcher Kanton und welche Institution verwendet welches Instrument für die Ermittlung des Unterstützungsbedarfes? Werden derzeit neue Instrumente entwickelt?*
2. *Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen zwischen diesen Instrumenten, insbesondere zwischen den drei Instrumenten der IV (HE, IPZ und FAKT) und den anderen Modellen?*
3. *Inwieweit berücksichtigen diese Instrumente die Ressourcen bei der Feststellung des Hilfebedarfs?*
4. *Welche Modelle orientieren sich am internationalen ICF-Modell, inwiefern und wie? Inwieweit kann das ICF-Modell bei der Ermittlung der Hilflösenentschädigung übernommen werden?*
5. *Inwieweit lässt sich das ressourcenbasierte ICF-Modell auf die Hilfe im häuslichen Wohnumfeld übertragen?*
6. *Inwieweit eignen sich die Instrumente für die verschiedenen Behinderungsarten?*
7. *Weshalb werden bestimmte Instrumente (BESA, RAI, PLAISIR) nur für ältere Menschen und nicht für Menschen mit Behinderungen verwendet?*
8. *Technische Aspekte: Wie sind die Instrumente programmiert, gibt es zum Beispiel eine App oder andere digitale Lösungen, die eine Beurteilung des Leistungsanspruchs vereinfachen?*

Teil II: Stossrichtungen für die Praxis

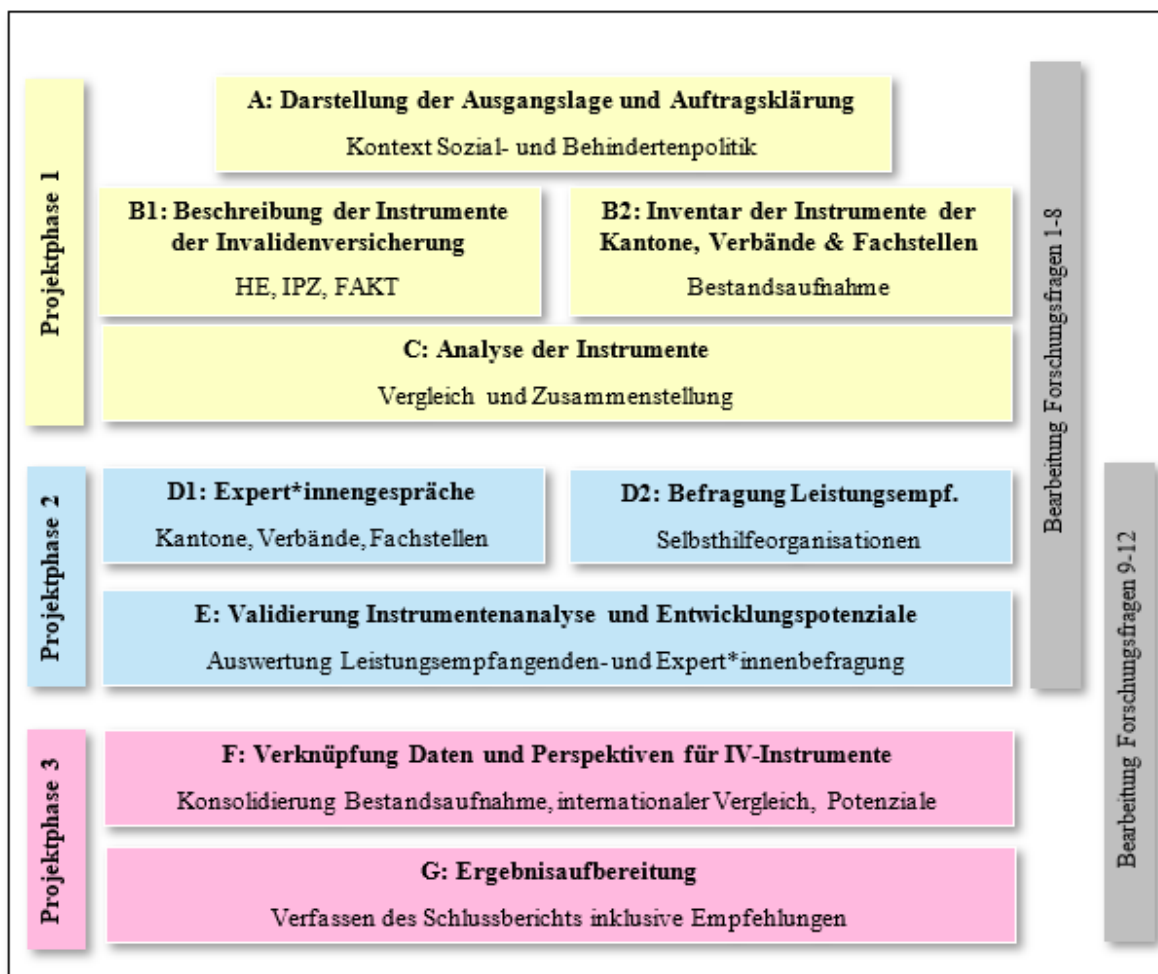
Die Fragestellungen 9 bis 12 leiten sich von der Beantwortung der Hauptfragestellungen ab und sollen mögliche Entwicklungslinien für die zukünftige Ausgestaltung der IV-Abklärungsinstrumente aufzeigen. Für die Beantwortung der Fragestellung 9 arbeitete das Projektteam mit den verantwortlichen Forschenden des Projekts C21_02 «Soutien au logement à domicile: Modèles internationaux» zusammen.

9. *Gibt es in anderen mit der Schweiz vergleichbaren Ländern Instrumente zur Ermittlung des Hilfebedarfs, die als Vorlage dienen könnten?*
10. *Inwiefern könnten die Pauschalen HE, IPZ und der FAKT mit einem verstärkt ressourcenorientierten Instrument optimiert werden?*
11. *Wie realistisch und zweckmässig ist es, dass alle beteiligten Akteure dasselbe Instrument nutzen?*
12. *Wie zweckmässig wäre ein bedarfsgerecht modulierbares Basisinstrument (angepasst an Kinder, Erwachsene, ältere Menschen, körperliche oder psychische Behinderung usw.)? Inwiefern sind die Bedürfnisse unterschiedlich?*

1.3 Projektdesign und Arbeitsschritte

Ausgehend von den Projektzielsetzungen und den leitenden Forschungsfragen wurde ein Projektdesign konzipiert, das sich in drei Projektphasen mit insgesamt neun Projektbausteinen respektive Arbeitsschritten gliedert.

Abbildung 1: Übersicht über die Projektphasen und Arbeitsschritte



Im Folgenden werden die drei Projektphasen mit den jeweiligen Arbeitsschritten und -inhalten erläutert.

Projektphase 1:

A: Darstellung der Ausgangslage und Auftragsklärung

In einem ersten Arbeitsschritt wurde das Projekt in den aktuellen sozial- und behindertenpolitischen Kontext verortet. Die Gesetzes- und Literaturrecherche bildete die Basis für die Entwicklung von normativen Leitlinien, die für die Bewertung der untersuchten Abklärungsinstrumente relevant und für die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der IV-Abklärungsinstrumente massgeblich sein werden. Daneben wurden Bewertungsgrössen bestimmt, die sich auf die Praktikabilität der Abklärungsinstrumente beziehen und ebenfalls zu deren Prüfung beigezogen werden. In diesem Arbeitsschritt wurde gleichzeitig das Detailkonzept des Projekts gemeinsam mit der vom BSV einberufenen Begleitgruppe, die das Forschungsteam während des gesamten Projekts beraten und unterstützt hat, verabschiedet.

B1: Beschreibung der Instrumente der Invalidenversicherung

Die Abklärungsinstrumente für die HE, den IPZ und den AB wurden gesichtet, verglichen und auf ihre jeweilige Funktionsweise nachvollzogen. Diese Untersuchung bildete die Basis für die induktive Erstellung des Kriterienrasters (siehe Anhang 12.1), der für den Vergleich mit anderen Abklärungsinstrumenten zur Anwendung kam. Die Kriterien wurden so ausgewählt, dass sie einerseits eine für die Weiterentwicklung der IV-Instrumente funktionale Grundlage bilden und andererseits als Referenzpunkte für die Identifizierung des Optimierungspotenzials der IV-Instrumente dienen. Das Kriterienraster wurde gemeinsam mit der Begleitgruppe geprüft und im Anschluss überarbeitet und finalisiert.

B2: Inventar der Instrumente der Kantone, Verbände & Fachstellen

Ziel dieses Projektbausteins war eine Bestandesaufnahme der in der Schweiz angewendeten Instrumente, inklusive der relevanten Instrumente für die Bereiche Pflege und Alter. Dazu wurden alle 26 Kantone mit einem standardisierten Fragebogen schriftlich befragt. Der Entwurf des Fragebogens wurde von der Begleitgruppe gesichtet und daraufhin vom Projektteam angepasst und finalisiert. Das Projektteam hat gebeten, die zur Anwendung kommenden Abklärungsinstrumente von den jeweiligen Kantonen sowie Fachstellen und Verbänden für die Analyse auszuhändigen.

C: Analyse der Instrumente

Mit den ausgefüllten Kriterienrastern wurden in diesem Arbeitsschritt die Abklärungsinstrumente analysiert und miteinander in Beziehung gesetzt. Besonders wurde nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden der IV-Instrumente und der weiteren Modelle gefahndet. Mit der Analyse wurden zentrale Unterscheidungsmerkmale identifiziert, die die Abklärungsinstrumente charakterisieren. Es handelte sich in diesem Stadium um eine provisorische und nicht abgeschlossene Auswertung. Die Validierung der Analyse der Instrumente erfolgte erst in Arbeitsschritt E nach der Auswertung der qualitativen Interviews mit Expertinnen und Experten sowie Leistungsempfangenden in den Arbeitsschritten D1 und D2.

Projektphase 2:

D1: Expertinnen- und Expertengespräche

Die Gespräche mit den Expertinnen und Experten¹ dienen zum einen der Validierung der Ergebnisse aus der Analyse der Bestandesaufnahme (Arbeitsschritt C) und zum anderen werden die Potenziale für die Weiterentwicklung der IV-Instrumente auf Basis der Erkenntnisse der Bestandesaufnahme reflektiert. Die leitfadengestützten Interviews wurden mit Vertretungen von Kantonen (n=5) und Fachstellen² (n=4) geführt. Weiter wurden Interviews mit Vertretungen von Verbänden vorgenommen (n=8). Zusätzlich wurden verantwortliche Personen beim BSV (n=2) befragt. In vier kantonalen IV-Stellen wurden jeweils Gruppengespräche mit Stellenleitenden und Mitarbeitenden, die Bedarfsabklärungen durchführen, geführt (n=4). Bei der Auswahl der Gesprächspartnerinnen und -partner wurde auf eine angemessene Berücksichtigung der Sprachregionen und von Kantonen aus unterschiedlichen

¹ Als Expertinnen und Experten gelten in diesem Zusammenhang nach dem Verständnis der sozialwissenschaftlichen Methode des Experten-Interviews Personen, die im «Hinblick auf einen interessierenden Sachverhalt als «Sachverständige» in besonderer Weise kompetent sind». In diesem Projekt sind dies vornehmlich Personen, die sich mit den Instrumenten befassen und diese in der Praxis anwenden (Hecke 1995 zitiert nach Flick 2010, S. 214).

² Unter Fachstellen verstehen wir privatrechtliche Organisationen, welche Bedarfsabklärungsinstrumente konzipieren und/oder anwenden.

Landesregionen geachtet sowie auf eine hohe Varianz der jeweils verwendeten Abklärungsinstrumente.

D2: Befragung Leistungsempfangende

Die Gesprächspartnerinnen und -partner wurden über die Organisationen der Selbstvertretung erreicht. Die Gespräche mit den Leistungsempfangenden dienen dazu, einerseits die Erfahrungen von Direktbetroffenen und ihren Angehörigen zu ermitteln und andererseits mögliche Entwicklungsperspektiven der IV-Instrumente aus Sicht der Leistungsempfangenden zu erfragen. In der deutschen und in der französischen Schweiz wurden jeweils zwei Fokusgruppengespräche geführt (n=4). In den beiden Sprachregionen wurde jeweils ein Fokusgruppengespräch mit Menschen mit Behinderung und eines mit Angehörigen durchgeführt. Gleichzeitig wurden leitfadengestützte Interviews mit Dienstleistungsanbietenden geführt, die für Menschen mit Behinderung Unterstützung beim selbstbestimmten Wohnen anbieten (n=2).

Folgende Organisationen wurden in den Arbeitsschritten D1 und D2 befragt (in alphabetischer Reihenfolge): Abklärungsstelle Aargau, Assistenzbüro Biel, Autisme Suisse Romande, BESA Care AG, Cap Contact, GRAAP, Insieme, Leben wie du und ich, Maraval, Nomad, Procap, Pro Infirmis (verschiedene Regionen), Stiftung Cerebral (siehe Anhang 11.2).

E: Validierung der Instrumentenanalyse und Entwicklungspotenziale

Die Leitfadeninterviews, Gruppengespräche und Fokusgruppengespräche wurden audioaufgezeichnet und transkribiert (Einzelinterviews) oder protokolliert (Gruppen- und Fokusgruppengespräche). Sämtliche Gespräche wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring/Fenzl 2014) ausgewertet. Die Auswertung diente einerseits der Ergänzung und Validierung der Ergebnisse aus der Bestandesaufnahme und andererseits wurden Entwicklungspotenziale für die IV-Instrumente aus Sicht der Fachpersonen und der Leistungsempfangenden eruiert. Mittels Triangulation wurden die Sichtweisen der relevanten Akteurinnen und Akteure miteinander in Beziehung gesetzt.

Projektphase 3:

F: Verknüpfung der Daten und Perspektiven für die IV-Instrumente

Im Projektbaustein F wurden die Resultate aus den Auswertungen verknüpft und konsolidiert. Beigezogen wurden dafür auch die Ergebnisse des Projekts C21_02. Es wurde geprüft, inwiefern die Erkenntnisse aus der internationalen Studie auf den Schweizer Kontext übertragen werden können. In einem nächsten Schritt wurden die fachlich und empirisch fundierten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der IV-Instrumente erarbeitet, wobei die Hauptfragestellungen 10 bis 12 zu den für die Praxis relevanten Stossrichtungen den Rahmen gebildet haben.

G: Ergebnisaufbereitung

Den Projektabschluss bildete die Erstellung des vorliegenden Schlussberichts sowie ein wissenschaftlicher Artikel für die Publikation der Ergebnisse und Schlussfolgerungen in der BSV-Reihe Soziale Sicherheit (CHSS).

2. Wohnen zu Hause: Zuständigkeiten und Leistungen

In diesem Kapitel werden Grundlagen zum Untersuchungsbereich diskutiert. In einem ersten Schritt werden die Zuständigkeiten und (potenziellen) Kostenträger bei der Unterstützung für das Wohnen zu Hause dargestellt. Im Anschluss werden die IV-Leistungen beschrieben, für die die Abklärungsinstrumente überprüft werden. Da im Rahmen dieser Studie auch die Abklärungsinstrumente für die Bereiche Alter und Pflege berücksichtigt werden, werden die Pflegeleistungen in den verschiedenen Gesetzgebungen bestimmt und es wird auf Abgrenzungen und Überschneidungen bei den Kostenträgern von Pflegeleistungen hingewiesen.

2.1 Zuständigkeiten und Kostenträger

Mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) von 2008 ging die Zuständigkeit für die Planung, Steuerung und Finanzierung von Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung vom Bundesamt für Sozialversicherungen und der eidgenössischen IV vollständig auf die Kantone über (Knecht 2019, S. 125). Im Zuge dieser Neuordnung wurde das IFEG eingeführt, das ebenfalls 2008 in Kraft trat. Jeder Kanton ist verpflichtet, ein bedarfsgerechtes Angebot an Institutionen für invalide Personen auf seinem Gebiet zu gewährleisten (Artikel 2). Im Bundesgesetz werden Wohnheime und weitere kollektive Wohnformen, Werkstätten und Tagesstätten als Institutionen bezeichnet (Artikel 3). Dieser Auftrag ist in Artikel 112b der Bundesverfassung (BV) zur «Förderung der Eingliederung Invaliden» verankert. Die Kantone fördern die Eingliederung «insbesondere durch Beiträge an den Bau und den Betrieb von Institutionen». Der vom Bund auferlegte Versorgungsauftrag wird in kantonalen Gesetzen genauer geregelt. Das Unterstützungssystem ist insgesamt massgeblich von der (kantonalen) öffentlichen Hand geprägt, wodurch «die Organisation der Wohnangebote in der Schweiz durch eine grosse Vielfalt gekennzeichnet ist» (Fritschi et al. 2019, S. 71).

Das IFEG fokussiert auf stationäre Einrichtungen, Bestimmungen für das Wohnen zu Hause fehlen weitgehend. Artikel 112c der BV bestimmt die Zuständigkeit der Kantone «für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause». Gleichzeitig unterstützt der Bund «gesamtschweizerische Bestrebungen zu Gunsten Betagter und Behinderter». Diese Bestimmungen sind aber in keiner weiteren gesetzlichen Grundlage konkretisiert. Die Ausgestaltung und Entwicklung der Angebotslandschaft für das Wohnen mit ambulanten Dienstleistungen obliegt den Kantonen und den Leistungserbringenden im Kantonsgebiet. Dementsprechend konstatieren Fritschi et al. (ebd., S. 72) im Rahmen ihrer Bestandaufnahme zum Wohnangebot für Menschen mit Behinderung in der Schweiz, dass der Markt bei den ambulanten Angeboten «deutlich weniger reguliert» sei als derjenige im stationären Bereich. Einige Kantone haben allerdings bereits gesetzliche Grundlagen für das Wohnen zu Hause geschaffen, andere befinden sich gegenwärtig in Reformprozessen oder planen in Zukunft entsprechende Anpassungen.

Insgesamt lässt sich für das Wohnen zu Hause ein komplexes Gesamtbild mit verschiedenen Kostenträgern und zuständigen Akteuren nachzeichnen. Als Leistungserbringende agieren Angehörige, die Spitex, Fachinstitutionen, Organisationen der Behindertenhilfe und Assistenzpersonen, wobei diese Akteure ihre Aufgaben «teilweise wenig aufeinander abgestimmt» erledigen (ebd., S. 72). Kostenträger sind zunächst die Menschen mit Behinderung und/oder ihre Angehörigen über das eigene Einkommen und Vermögen. Wesentlich sind weiter die Leistungen der IV: die HE, der IPZ und der AB (zu diesen Leistungen siehe Abschnitt 2.2) jeweils in Form einer Subjektfinanzierung zur Ermöglichung des Wohnens in den eigenen vier Wänden. Die IV gewährt zudem über Artikel 74 IVG Beiträge

an die private Invalidenhilfe. Mit diesen Beiträgen werden unter anderem Beratungsleistungen für das Begleitete Wohnen als Unterstützung für das selbständige Wohnen erbracht.

Ergänzend können Leistungen der Ergänzungsleistungen (EL) hinzukommen. Die EL werden vom Bund und den Kantonen finanziert. Die EL werden als monatliche Leistungen entrichtet und als Vergütung für Krankheits- und Behinderungskosten. Bei den Heim- und Pflegekosten sowie den Krankheits- und Behinderungskosten besteht für die Kantone ein gewisser Handlungsspielraum bei der Gestaltung der EL. Letztere werden vollständig, zum Teil gemeinsam mit den Gemeinden, von den Kantonen getragen (Avenir Suisse 2017, S. 41f.). Fritschi et al. (2019, S. 74) stellen im Hinblick auf die EL fest, dass sich die massgeblichen Kostenobergrenzen für die Berechnung der EL von Kanton zu Kanton «offenbar beträchtlich unterscheiden». Einige Kantone nutzen die vorhandenen Handlungsspielräume für die Förderung des Wohnens zu Hause.

Mehrere Kantone entrichten inzwischen finanzielle Leistungen für das Wohnen zu Hause oder beabsichtigen, solche Leistungen in Zukunft einzuführen. Es kann sich um Dienstleistungen des Begleiteten Wohnens oder um eine Assistenz handeln, die finanziert werden; zum Teil erfolgt dabei eine Subjektfinanzierung. Vereinzelt können auch Angehörige für erbrachte Leistungen entschädigt werden. Diese Unterstützung erfolgt subsidiär zu den Leistungen der IV und der EL. Pflegeleistungen können über die Krankenkasse verrechnet werden. Die Leistungen der Spitex werden entweder von den Gemeinden (Mehrheit der Deutschschweiz) oder dem Kanton (Lateinische Schweiz und wenige Deutschschweizer Kantone) mitfinanziert (ebd., S. 72). Die Gemeinden finanzieren in mehreren Kantonen folglich über die Leistungen der Spitex mit (ebd., S. 75).

Fritschi et al. (ebd., S. 75) folgern, dass beim selbständigen Wohnen eine «ausgeprägte Mischfinanzierung» zum Tragen kommt, bei der verschiedene Kostenträger aller Staatsebenen sowie die Privatpersonen involviert sind. Dies hat auch für die Abklärungsinstrumente eine erhebliche Bedeutung: Die jeweilige Anspruchsberechtigung auf die unterschiedlichen Leistungen sowie deren Höhe muss jeweils mit spezifischen Instrumenten geprüft werden.

Tabelle 1: Kostenträger der Unterstützungsleistungen für das Wohnen zu Hause

Kostenträger	Unterstützungsleistungen Wohnen zu Hause
Bund	Hilflosenentschädigung (HE)
	inklusive lebenspraktische Begleitung
	Intensivpflegezuschlag (IPZ)
	Assistenzbeitrag (AB)
	Leistungen nach Artikel 74 IVG
	Ergänzungsleistungen (EL)
Kantone	Kantonsbeiträge für Begleitetes Wohnen und Assistenz
	Kantonale EL; Krankheits- und Behinderungskosten
	Spitex
Gemeinden	Spitex
Krankenkasse	Spitex

Quelle: Tabelle erstellt in Anlehnung an Fritschi et al. 2019, S. 99

2.2 Untersuchte IV-Leistungen

In diesem Abschnitt werden die anspruchsberechtigten Personen für die IV-Leistungen HE, IPZ und AB bezeichnet. Es wird weiter aufgezeigt, welche Abstufungen bei den Unterstützungsleistungen bestehen und in welcher Form die Leistung entrichtet wird. Diese Ausführungen sind deshalb wichtig, weil die Anspruchsvoraussetzungen auch die Grundlage für die Abklärung eines potenziellen Leistungsbezugs bilden. Sie haben folglich einen direkten Einfluss auf die Abklärungsverfahren. Nach den drei IV-Leistungen werden im Anschluss die Bedingungen erläutert, die zu einer Revision der zugesprochenen Leistungen führen. Dieser Mechanismus gilt nebst der Erstbeantragung als weiterer Auslöser für Abklärungsprozesse.

2.2.1 Hilflosenentschädigung

Versicherte, die Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen benötigen, sind im Sinne der IV «hilflos» und können eine HE beantragen. Es handelt sich dabei um folgende sechs Lebensverrichtungen (Rz 2020 Kreisschreiben über Hilflosigkeit KSH) sowie die persönliche Überwachung (Rz 2075 KSH):

- Aufstehen, Absitzen, Abliegen
- Ankleiden, Auskleiden
- Essen (Nahrung zerkleinern, Nahrung zum Mund führen, Nahrung ans Bett bringen)
- Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen)
- Verrichten der Notdurft (Ordnen der Kleider, Körperreinigung, unübliche Art der Verrichtung der Notdurft)
- Fortbewegung (in der Wohnung, im Freien), Pflege gesellschaftlicher Kontakte.

Auch als Hilflose im Sinne der IV gelten volljährige versicherte Personen, die zu Hause leben und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit auf lebenspraktische Begleitung wie folgt angewiesen sind (Art. 38 Verordnung über die Invalidenversicherung IVV): wenn sie

- ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen können;
- für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen sind;
- ernsthaft gefährdet sind, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.

Die lebenspraktische Begleitung soll das selbständige Wohnen und die Bewältigung des Alltags ermöglichen. Diese ist gemäss dem KSH (Rz 2022, 2095 KSH) angezeigt, wenn die betroffene Person auf Hilfe bei mindestens einer der folgenden Tätigkeiten angewiesen ist:

- Hilfe bei der Tagesstrukturierung;
- Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen (z.B. Fragen der Gesundheit, Ernährung und Hygiene, einfache administrative Tätigkeiten etc.);
- Haushaltsführung.

Minderjährige haben keinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, wenn sie lediglich auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind (Art. 42^{bis} Abs. 5 IVG). Dies gilt auch für Personen im AHV-Alter (Art. 43 Abs. 1^{bis} AHVG).

Die HE wird frühestens ab der Geburt und spätestens bis Ende des Monats gewährt, in welchem vom Rentenvorbezug Gebrauch gemacht oder in welchem das Rentenalter erreicht wird (Art. 42 Abs. 4 IVG). Danach erhalten die Personen die HE mindestens in gleicher Höhe von der AHV (Art. 43 Abs. 4 AHVG).

Bei der HE wird bei der Bemessung zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit unterschieden (Art. 37 IVV):

- Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, wenn sie in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf.
- Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln:
 - a. in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
 - b. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; oder
 - c. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist.
- Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln:

- a. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- b. einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf;
- c. einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf;
- d. wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann; oder
- e. dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist.

Massgebend für die Höhe der monatlich als Pauschale ausbezahlten HE ist das Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit. Sie wird personenbezogen ausgerichtet und fungiert somit als Subjektfinanzierung. Die Höhe der HE für Versicherte, die sich in einem Heim aufhalten, entspricht einem Viertel der Ansätze.³ Die Entschädigung für minderjährige Versicherte berechnet sich pro Tag (vgl. Art 42^{ter} Absatz 1–2 IVG).

Die HE soll die Wahlfreiheit in den zentralen Lebensbereichen erleichtern (Art 42^{ter} Absatz 1 IVG) und Menschen mit einer Behinderung eine unabhängige Lebensführung ermöglichen (AHV/IV 2022).

2.2.2 Intensivpflegezuschlag

Bei Minderjährigen, die eine HE beziehen, zuhause leben und zusätzlich Betreuung benötigen, wird die HE um einen IPZ erhöht (vgl. Art 42^{ter} Abs. 3 IVG). Der IPZ wird gutgesprochen, wenn Minderjährige im Tagesdurchschnitt infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zusätzliche Betreuung in Form von Behandlungs- und Grundpflege von mindestens vier Stunden benötigen. Besteht zusätzlich infolge Beeinträchtigung der Gesundheit ein Bedarf einer dauernden Überwachung, kann diese als Betreuung von zwei Stunden angerechnet werden und bei einer besonders intensiven behinderungsbedingten Überwachung sind vier Stunden als Betreuung anrechenbar (vgl. Art 39 Absatz 1–3 IVV). Analog zur HE wird der IPZ als Subjektfinanzierung entrichtet, der den Leistungsempfangenden frei zur Verwendung steht, wenn kein AB bezogen wird.

Es gibt drei Grade für den Intensivpflegezuschlag. Der erste Grad wird gewährt, wenn der zusätzliche Betreuungs- und Überwachungsaufwand im Vergleich zu einem gleichaltrigen gesunden Kind im Tagesdurchschnitt mindestens vier Stunden beträgt. Der zweite Grad wird gewährt, wenn der Zusatzaufwand mindestens sechs Stunden beträgt, der dritte bei einem zusätzlichen Aufwand von mindestens acht Stunden pro Tag (Rz 5005 KSH).

2.2.3 Assistenzbeitrag

Voraussetzung für einen Anspruch auf einen AB sind der Bezug einer a. Hilflosenentschädigung, b. das Wohnen zu Hause und c. Volljährigkeit (vgl. Art. 42^{quater} IVG).

³ Minderjährige haben nur an den Tagen Anspruch auf eine HE, an denen sie sich nicht in einem Heim aufhalten. In Abweichung von Artikel 67 Absatz 2 ATSG haben Minderjährige, die sich zulasten einer Sozialversicherung in einer Heilanstalt aufhalten, auch nach Ablauf eines vollen Kalendermonats Anspruch auf eine HE, sofern die Heilanstalt alle 30 Tage bestätigt, dass die regelmässige Anwesenheit der Eltern oder eines Elternteils in der Heilanstalt notwendig ist und tatsächlich erfolgte (IVV, Art. 42^{bis} 252 Abs. 4).

Jedoch haben auch Minderjährige Anspruch auf den Assistenzbeitrag, wenn sie Folgendes erfüllen (Art. 39a IVV):

- a. regelmässig die obligatorische Schule in einer Regelklasse besuchen, eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt oder eine andere Ausbildung auf Sekundarstufe II absolvieren;
- b. während mindestens 10 Stunden pro Woche eine Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt ausüben; oder
- c. denen ein Intensivpflegezuschlag für einen Pflege- und Überwachungsbedarf nach Artikel 42^{ter} Absatz 3 IVG von mindestens 6 Stunden pro Tag ausgerichtet wird.

Volljährige Versicherte mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit haben Anspruch auf den AB, wenn sie die Voraussetzungen von Artikel 42^{quater} Absatz 1 Buchstaben a und b IVG erfüllen und Art. 39b IVV:

- a. einen eigenen Haushalt führen;
- b. regelmässig eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt oder eine Ausbildung auf der Sekundarstufe II oder der Tertiärstufe absolvieren;
- c. während mindestens 10 Stunden pro Woche eine Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt ausüben; oder
- d. bei Eintritt der Volljährigkeit einen Assistenzbeitrag nach Artikel 39a Buchstabe c bezogen haben.

Ein AB wird gewährt für Hilfeleistungen, die von der versicherten Person benötigt und regelmässig von einer natürlichen Person (Assistenzperson) erbracht werden (Art 42^{quinquies} Absatz 1–3 IVG), die:

- a. von der versicherten Person oder ihrer gesetzlichen Vertretung im Rahmen eines Arbeitsvertrages angestellt wird; und
- b. weder mit der versicherten Person verheiratet ist, mit ihr in eingetragener Partnerschaft lebt oder eine faktische Lebensgemeinschaft führt noch in gerader Linie mit ihr verwandt ist.

Grundlage für die Berechnung des Assistenzbeitrags ist die für die Hilfeleistungen benötigte Zeit. Davon abgezogen wird die Zeit, die folgenden Leistungen entspricht (Art 42^{sexies} Absatz 1 IVG):

- a. der Hilflosenentschädigung nach den Artikeln 42–42^{ter} IVG, mit Ausnahme des Intensivpflegezuschlags nach Artikel 42^{ter} Absatz 3 IVG;
- b. den Beiträgen für Dienstleistungen Dritter anstelle eines Hilfsmittels nach Artikel 21^{ter} Absatz 2;
- c. dem für die Grundpflege ausgerichteten Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG.

Bei einem Aufenthalt in stationären und teilstationären Institutionen wird der für Hilfeleistungen im Rahmen des AB anrechenbare Zeitbedarf entsprechend reduziert.⁴ In Abweichung von Artikel 64 Absätze 1 und 2 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)

⁴ Die Höchstansätze werden für jeden Tag und jede Nacht, die die versicherte Person pro Woche in einer Institution verbringt, um 10 Prozent gekürzt (Art. 39e Abs. 4 IVV)

gewährt die Invalidenversicherung zudem keinen AB für Hilfeleistungen, die durch den Pflegebeitrag nach Artikel 25a KVG gedeckt werden.

Die IV-Stelle bestimmt den anerkannten monatlichen Hilfebedarf in Stunden. Die Obergrenze des monatlichen AB ist abhängig von der Art der zu erbringenden Hilfeleistung und vom Grad der Hilflosigkeit der versicherten Person. Für einzelne Gruppen von Hilfeleistungen wurden monatliche Stunden-Höchstansätze festgelegt; beispielsweise in den Grundbereichen «alltägliche Lebensverrichtungen», «Haushaltführung» und «Freizeitgestaltung» (vgl. Art. 39e Absatz 1–2 IVV).⁵

2.2.4 Revision

Für eine von Amtes wegen durchgeführte Revision der HE oder des AB gibt es gemäss Art. 87 IVV zwei Gründe (vgl. Art. 87 Abs. 1):

- a. wenn sie im Hinblick auf eine mögliche erhebliche Änderung des Hilflosigkeitsgrades oder des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs bei der Festsetzung der Hilflosenentschädigung oder des Assistenzbeitrages auf einen bestimmten Termin in Aussicht genommen worden ist; oder
- b. wenn Tatsachen bekannt oder Massnahmen angeordnet werden, die eine erhebliche Änderung des Grades, der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs als möglich erscheinen lassen.

Im Falle, dass eine versicherte Person eine Revision einleiten möchte, sind folgende zwei Punkte zu beachten (Art. 87 IVV):

- Absatz 2: Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.
- Absatz 3: Wurde eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind.

2.3 Grund- und Behandlungspflege – Leistungen der Krankenversicherung und der IV

Sowohl die Krankenpflegeversicherung als auch die IV finanzieren Pflegeleistungen. Gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; Art 25a) leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund ärztlicher Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden. Gemäss Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) müssen die Pflegeleistungen entweder von Pflegefachpersonen, von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie von Pflegeheimen vorgenommen werden. Es kann unter Grund- und Behandlungspflege unterschieden werden (siehe Tabelle 2).

⁵ Es bestehen jedoch Ausnahmen, wie beispielsweise für gehörlose Personen, die blind oder hochgradig sehschwach sind.

Tabelle 2: Grund- und Behandlungspflege gemäss Art. 7 KLV

Grundpflege
<p>1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen - Betten, Lagern - Bewegungsübungen, Mobilisieren - Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; - Hilfe bei der Mund- und Körperpflege - Hilfe beim An- und Auskleiden - Hilfe beim Essen und Trinken
<p>2. Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur - Zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte - Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen

Behandlungspflege
1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
2. Einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin
3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken
4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O ₂ -Verabreichung, Inhalation, ein-fache Atemübungen, Absaugen)
5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen
6. Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse
7. Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten
8. Enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen
9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen
10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern
11. Pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz
12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen
13. Pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen
14. Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung

Quelle: Art. 7 KLV

HE und AB

Sowohl bei der HE als auch beim AB werden bei der Abklärung auch Elemente der Grundpflege⁶ berücksichtigt. Im Anmeldeformular der HE wird explizit mit «Medizinische-pflegerische Hilfe» auch nach der Behandlungspflege gefragt. Die Leistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c (Grundpflege) KLV werden vom AB abgezogen, wenn diese durch die Spitex erfolgen. Wird jedoch von den Leistungsempfängenden beispielweise keine Spitex in Anspruch genommen, übernimmt die IV die Leistungen für die Grundpflege (bei der HE auch für die Behandlungspflege). Beim AB wird die Behandlungspflege grundsätzlich nicht berücksichtigt, mit Ausnahme von der Behandlungspflege, die im täglichen Ablauf inbegriffen ist. So kommt es in der Praxis immer wieder zu Überschneidungen und es besteht nicht immer eine klare Abgrenzung zwischen der IV und der Krankenversicherung. Dies ist auch für den Abklärungsprozess relevant.

IPZ

Der IPZ rechnet den Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nichtbehinderten Minderjährigen gleichen Alters als Betreuung an. Nicht angerechnet werden bei der Behandlungspflege medizinische Massnahmen, welche durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen werden, sowie pädagogisch-therapeutische Massnahmen (vgl. Art. 39 Abs. 2 IVV). Massnahmen der Grundpflege müssen zweckmässig sein und dem üblichen Pflegestandard entsprechen, damit sie angerechnet werden können (vgl. Rz 2022, 5013-5021 KSH).

⁶ HE und AB: An- und Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Ablegen; Essen; Körperpflege, Verrichten der Notdurft; Fortbewegung Pflege der sozialen Kontakte, persönliche Überwachung; AB: zusätzlich Nachtassistenz.

3. Begriffsbestimmungen und Operationalisierung

In diesem Kapitel wird zum einen der Terminus Ressourcen, auch in Abgrenzung zu den Defiziten, definiert und für die Prüfung der Abklärungsverfahren operationalisiert. Die begriffliche Bestimmung von Ressourcen ist in einem weiteren Schritt zentral, um das Potenzial für ein stärker ressourcenbasiertes Vorgehen bei den IV-Abklärungsverfahren auszuloten (Forschungsfragen 3 und 10). Zum anderen wird die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) diskutiert. Dabei werden zentrale Elemente der ICF ausgearbeitet, die aus Sicht des Projektteams für die Analyse der Abklärungsinstrumente bedeutsam sind. Gemäss Projektauftrag des BSV werden die untersuchten Abklärungsinstrumente dahingehend untersucht, ob diese ICF-Elemente beinhalten und inwiefern diese für die Weiterentwicklung der IV-Abklärungsinstrumente bedeutsam sein könnten (Forschungsfragen 4 und 5).

3.1 Ressourcen und Bedarf

Im Hinblick auf die Hauptfragestellung 3 («Inwieweit berücksichtigen diese Instrumente [aus der Bestandesaufnahme] die Ressourcen bei der Feststellung des Hilfebedarfs?») werden Ressourcen und Bedarf als Konzepte für die Untersuchung operationalisiert. Letzterer Begriff wird in diesem Bericht als Unterstützungsbedarf verwendet, weil die Hilfe auf eine stellvertretende Handlung hindeutet, während die Unterstützung auch weitere potenzielle Leistungen erfasst. Eine begriffliche Klärung von Ressourcen und Bedarf ist auch deswegen wichtig, weil in der Praxis häufig keine trennscharfe Unterscheidung vollzogen wird. Zusätzlich wird der Terminus Defizite beschrieben, da er in der vorliegenden Studie den Ressourcen gegenübergestellt wird.

Ressourcen

Trotz seiner Aktualität und Popularität sei der Ressourcenbegriff «in der aktuellen Diskussion oft nur vage und wenig griffig gefasst», so Herringer (2020, S. 93). Dies hat sich auch im Rahmen dieses Projekts gezeigt: In den geführten Gesprächen wurde zwar wiederholt von ressourcen- und defizitbasierten Abklärungsinstrumenten gesprochen, bei genauerer Nachfrage fiel es den Gesprächspartnerinnen und -partnern allerdings wiederholt schwer, Ressourcen präziser zu umschreiben (siehe Abschnitt 6.3). Für verschiedene der interviewten Personen waren Bezugspunkte wie Unterstützungsbedarf, Entwicklungspotenzial oder Zielorientierung wichtiger und inhaltlich auch konkreter fassbar.

Die Bestimmung des Begriffs Ressource in dieser Studie erfolgt in Anlehnung an die Konzepte psychosozialer Handlungsfelder. Schubert und Knecht (2015, S. 2) definieren Ressourcen als «positive personale, soziale und materielle Gegebenheiten, Objekte, Mittel und Merkmale, die das Individuum nutzen kann, um die externen und internen Lebensanforderungen und Zielsetzungen zu bewältigen». Auf der Grundlage dieser Begriffsbestimmung sind für das vorliegende Projektvorhaben folgende inhaltliche Dimensionen dieser Definition relevant:

- Es besteht ein förderliches oder beeinträchtigendes Wechselverhältnis zwischen Mensch und Umwelt. Deswegen werden in der Regel mit Personenressourcen und Umweltressourcen im Fachdiskurs zwei Klassen von Ressourcen unterschieden (Herringer 2020, S. 95). Ressourcen können folglich sowohl personenbezogen als auch external, etwa als gesellschaftlich vorhandene Rahmenbedingungen oder Unterstützungssysteme, auftreten, sind aber stets als relational aufzufassen. Ressourcen beziehen sich auf das Individuum selbst, auf andere Menschen (zum Beispiel in Form von zwischenmenschlichen Hilfestellungen) und auf die Umwelt (zum Beispiel durch staatliche

Institutionen) (Schubert/Knecht 2015, S. 2). Davon abgeleitet wird in der Ressourcendiagnostik häufig eine viergliedrige Differenzierung unterteilt in persönlichen Ressourcen und Kompetenzen, sozialen Ressourcen, materiellen Ressourcen und infrastrukturellen/institutionellen Ressourcen verwendet (Buttner 2018a, S. 311).

- Ressourcen haben einen intentionalen Aspekt (Buttner 2018b, S. 77). Ihnen wohnt eine zeitliche, vornehmlich zukunftsgerichtete Komponente inne, denn sie «dienen dazu, bestimmbare Zwecke (Ziele, Zustände) zu erreichen». Ihre Funktion besteht folglich darin, Lebensanforderungen sowie persönliche Zielsetzungen zu erfüllen (Schubert/Knecht 2015, S. 3). Diese wiederum werden bedingt durch einerseits «zwischenmenschliche, gesellschaftliche und physikalisch-umweltliche Anforderungen» und andererseits sind sie abhängig von «biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen» sowie individuell gesetzten Zielen (ebd., S. 2).
- Subjekte müssen vorhandene Potenziale für das Erreichen von gesetzten Zielen erkennen und aktiv nutzen. Es ist die persönliche Zweckbestimmung, die aus bestehenden Potenzialen Ressourcen macht (Buttner 2018b, S. 77). «Erst der Bezug auf den Kontext, d.h. auf die konkrete Situation und Aufgabenkonstellation, auf die Wahrnehmung, Motive und Zielsetzung der Person macht es möglich, Potenziale als Ressource zu bestimmen.» (Schubert/Knecht 2015, S. 5) Aus ressourcen-diagnostischer Sicht wäre eine vollständige Erfassung der Ressourcen kaum bewältigbar und auch unsinnig. Ressourcen müssen im Hinblick auf die Lösung eines Problems, der Bewältigung einer Aufgabe, der Erfüllung einer Anforderung oder das Erreichen eines Ziels ermittelt werden (Buttner 2018c, S. 143).

Bedarf und Unterstützungsbedarf

Die Begriffe Bedarf und Unterstützungsbedarf werden hier als zu ermittelnde Grösse gedacht, die den Umfang (sozial-)staatlicher Leistungen begründet. Einfach ausgedrückt bezeichnet der Bedarf «eine Lücke zwischen dem, was aktuell ist, und dem, was sein muss, soll bzw. was gebraucht oder gewünscht wird» (Schäfers/Wansing 2016, S. 14). Der Bedarf ist eine Konkretisierung, zum Beispiel in Form von Gütern, eines subjektiv empfundenen Bedürfnisses, sei dieser ein physiologisches Grundbedürfnis oder ein soziokulturell geprägtes Bedürfnis (ebd., S. 15). Folglich verweist der Begriff sowohl auf Notwendiges als auch auf Erstrebtes. Analog zum Ressourcenbegriff ist auch die inhaltliche Bestimmung von Bedarf zukunftsgerichtet, da ein vorhandener Mangel von etwas mit Hilfe von sozialstaatlicher Unterstützung aufgewogen werden soll, um einen beabsichtigten oder erwünschten Zustand zu erreichen.

Die Ermittlung des Bedarfs benötigt einerseits einen bestimmten (normativen) Referenzpunkt, von dem ausgehend ein bestehender Bedarf abgeleitet werden kann und der die Finanzierung sozialstaatlicher Leistungen legitimiert. Zum anderen eröffnet sich ein Spannungsfeld zwischen Lebenswelt und Hilfesystem, weil «subjektive Bedürfnisse in sozialstaatliche Bedarfskategorien transformiert» werden müssen, «damit sie anschlussfähig an verobjektivierte sozialrechtliche Anspruchs- und Leistungskategorien werden» (ebd., S. 15f.). Der Unterstützungsbedarf unterscheidet sich so begrifflich vom Betreuungsbedarf, der als Messgrösse von einigen Abklärungsinstrumenten angewendet wird. Dieser bezieht sich nicht auf individuelle Bedürfnisse und den davon abgeleiteten Unterstützungsbedarf, sondern auf den Bedarf an (fachlichen) Betreuungsleistungen in einem bestimmten Betreuungssetting. Der Fokus wird folglich auf das Hilfesystem gerichtet.

Als Beispiel für die bisherigen Ausführungen kann das Bundesteilhabegesetz in Deutschland angeführt werden, bei dem die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als Referenzpunkt dient. In Deutschland hat sich für die Bedarfsermittlung der Begriff Teilhabebedarf etabliert, wobei sich der Terminus

«auf die Bestimmung der Leistungen» richtet, «die zur Vermittlung von Teilhabeoptionen als notwendig erscheinen» (ebd., S. 17). Die zuständigen Rehabilitationsträger (Reha-Träger)⁷ formulieren zusammen mit den Leistungsberechtigten Teilhabeziele, von denen dafür notwendige Leistungen abgeleitet werden (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR 2021). Im Grunde erscheint aber eine Bezeichnung wie Unterstützungsbedarf anstelle von Teilhabebedarf passender, weil es im sozialstaatlichen Kontext um eine «inhaltliche und mengenmässige Bestimmung» der Leistungen geht, die benötigt werden (Schäfers/Wahnsing 2016, S. 17). Das heisst, die Zusprache von Leistungen basiert auf den gesetzlich festgelegten Vorgaben und bezieht sich auf zukünftig bestellte Dienstleistungen.

Der Unterstützungsbedarf steht gegenüber den Ressourcen in einem übergeordneten Verhältnis, weil dieser anzeigt, wieviel und welche Unterstützung eine Person unter Berücksichtigung der eigenen Kompetenzen, Ressourcen und externen Rahmenbedingungen benötigt, beziehungsweise was ihr fehlt, um ein subjektiv empfundenes Bedürfnis zu befriedigen beziehungsweise einen bestimmten zukünftigen Zustand zu verfolgen und zu realisieren (vgl. ebd., S. 16f.). Der Unterstützungsbedarf verweist auf Dienstleistungen, Güter usw. die gewährt werden sollen oder müssen, während Ressourcen aktivierbare und einsetzbare Potenziale für die Bewältigung von Lebensanforderungen oder das Erreichen von erwünschten Zielen sind.

Defizite

Defizite werden den Ressourcen gegenübergestellt. Sie werden in dieser Studie begrifflich als «personalisierte», behinderungsbedingte Beeinträchtigungen verstanden, die durch eine gesundheitliche Problematik hervorgerufen werden. Diese Beeinträchtigungen schränken die Menschen in unterschiedlichen Lebensbereichen ein und es wird Unterstützung für die Bewältigung von Aufgaben erforderlich. Die Defizite sind im Sinne des medizinischen Modells von Behinderung zu verstehen (siehe Abschnitt 4.1). Sie sind folglich von gesellschaftlichen Hindernissen zu unterscheiden, die beeinträchtigende Auswirkungen verursachen können.

3.2 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die ICF ist ein von der Weltgesundheitsorganisation WHO entwickeltes Klassifikationsinstrument für Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung. Mit der ICF hat sich international ein Verständnis von Behinderung etabliert, bei dem gesellschaftliche Bedingungen ein massgeblicher Faktor sind. Gesellschaftliche Hindernisse und Barrieren können dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderung in ihrer Teilhabe («participation») an der Gesellschaft beeinträchtigt sind (vgl. Schäfers/Wahnsing 2016, S. 16). Die ICF verbindet folglich eine individuelle und eine gesellschaftliche Dimension von Behinderung, in anderen Worten, «beeinträchtigt zu sein und behindert zu werden» (Hirschberg 2016, S. 47).

Mit Blick auf die Hauptfragestellung 4 («Welche Modelle orientieren sich am internationalen ICF-Modell, inwiefern und wie? Inwieweit kann das ICF-Modell bei der Ermittlung der Hilfenentschädigung übernommen werden?») wird im Folgenden dargestellt, welche Aspekte der ICF aus Sicht des Projektteams bedeutsam erscheinen und als Elemente der ICF im Rahmen der analysierten Abklärungsinstrumente identifiziert werden können.

⁷ Als Reha-Träger gelten in Deutschland unterschiedliche Organisationen wie die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung oder Träger der Eingliederungshilfe.

- *Bio-psycho-soziales Modell von Gesundheit und Behinderung*: Mit diesem Modell wird die Lebenswirklichkeit der Menschen umfassender nachvollzogen. Behinderung ist demnach nicht primär ein individuelles Merkmal, sondern ein sich verändernder und veränderbarer Zustand, der sich aus einem komplexen Geflecht von gesellschaftlichen Bedingungen und personenbezogenen Elementen herausbildet (Schreiber/Giere 2014, S. 33).
- *Funktionale Gesundheit*: Im Mittelpunkt der ICF steht der klassifikationstechnische Begriff der Funktionsfähigkeit. Die Bezeichnung beinhaltet alle Aspekte, die für die Funktionale Gesundheit grundlegend sind. Sie bildet den Orientierungsrahmen für die Beobachtung und Einschätzung von Gesundheit und Behinderung. Unter Einbezug der erheblichen Kontextfaktoren gilt eine Person als funktional gesund, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind (WHO 2005, S. 4):
 - Die körperlichen Funktionen (einschliesslich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen entsprechen denen eines gesunden Menschen.
 - Die Person kann alles tun, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD)⁸ erwartet wird.
 - Die Person kann ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.

Die Beurteilungsmerkmale Leistung und Leistungsfähigkeit (siehe weiter unten) können unter Berücksichtigung von Hilfsmitteln oder Assistenz verwendet werden oder auch ohne deren Berücksichtigung. «Zwar können weder Hilfsmittel noch personelle Assistenz Schädigungen eliminieren, sie können aber Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit in bestimmten Domänen beseitigen.» Auf diese Weise kann auch festgestellt werden, wie stark die Funktionsfähigkeit einer Person ohne den Bezug von Hilfsmitteln oder einer Assistenz ausgeprägt wäre (ebd., S. 20f.).

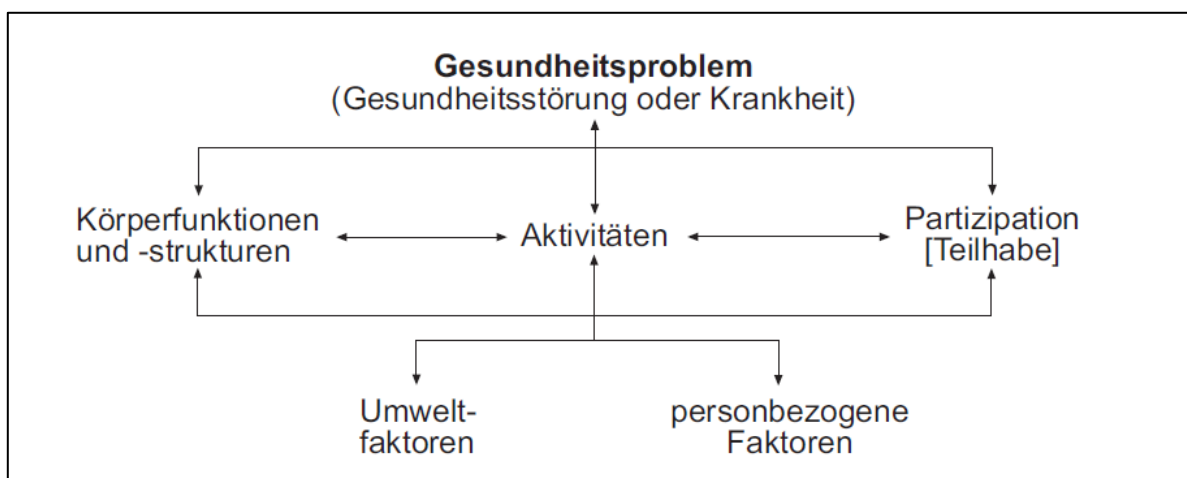
- *Wirkungsfaktoren*: Damit die Funktionale Gesundheit bestimmt werden kann, werden im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Behinderung vier Komponenten⁹ berücksichtigt, die in einem engen Wechsel- und Wirkungsverhältnis zueinanderstehen. Veränderungen bei einer dieser Komponenten können im Rahmen dieses Bezugsgeflechts auf eine oder mehrere der anderen Grössen Auswirkungen haben und die Funktionsfähigkeit erhöhen oder reduzieren (ebd., S. 23):
 - **Körperfunktionen**: Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschliesslich psychische Funktionen).
 - **Körperstrukturen**: Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmassen und ihre Bestandteile.
 - **Aktivitäten**: Aktivität bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch eine Person.

⁸ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).

⁹ Sowohl Körperfunktionen und Körperstrukturen als auch Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe gelten jeweils als eine Komponente, werden aber jeweils separat begrifflich bestimmt.

- Partizipation/Teilhabe: Teilhabe ist das Einbezogensein einer Person in einen Lebensbereich beziehungsweise einer Lebenssituation.
- Personenbezogene Faktoren: Personenbezogene Faktoren betreffen die betrachtete Person und beziehen sich auf Kontextfaktoren wie Geschlecht, Alter oder sozialer Status.
- Umweltfaktoren: Umweltfaktoren beziehen sich auf die physikalische, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten (WHO 2005, S. 16; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI 2012).

Abbildung 2: Zusammenhang der Wirkungsfaktoren im Rahmen der Funktionalen Gesundheit



Quelle: WHO 2005: S. 23

- *Förderfaktoren und Barrieren:* Bei der ICF wird häufig von einem ressourcenorientierten Klassifikationsmodell gesprochen, dabei spielen Ressourcen als Konzept nur eine zweitrangige Rolle. Im Vordergrund stehen die Beurteilungsmerkmale Förderfaktoren und Barrieren. Ressourcen werden in der Endfassung der ICF begrifflich nicht spezifisch expliziert und darin auch kaum erwähnt (vgl. WHO 2005). Die vier zuvor dargestellten Komponenten werden in der ICF in zwei Bereiche aufgeteilt. Teil 1 «Funktionsfähigkeit und Behinderung» beinhaltet die Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe, Teil 2 «Kontextfaktoren» umfasst die Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Bei den Kontextfaktoren kommen die Förderfaktoren und Barrieren als Beurteilungsmerkmale zum Tragen, mit denen förderliche und hinderliche Einflussgrößen auf den Wirkungszusammenhang der Funktionalen Gesundheit berücksichtigt werden. Es muss allerdings angemerkt werden, dass in der ICF nur die Umweltfaktoren, nicht aber die personenbezogenen Faktoren klassifiziert sind (ebd., S. 22). Bei der ICF handelt es sich folglich um ein ressourcen- und defizitbasiertes Klassifikationssystem von Behinderung (ebd., S. 5).
- *Lebensbereiche:* Die Komponente Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe ist in sogenannte «Domänen» aufgegliedert, die neun Lebensbereiche bezeichnen. Im Gesamten liefern diese ein anschauliches Bild über die individuellen Voraussetzungen und den Lebenskontext einer Person (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Lebensbereiche im Sinne der ICF

Lebensbereiche	Beispiele/Muster/Erläuterungen...
	Der Leistungsberechtigte ist beeinträchtigt,
Lernen und Wissensanwendung	z. B. bei der bewussten sinnlichen Wahrnehmung (hierzu zählen das Zuschauen und Zuhören, beim elementaren Lernen (Nachmachen, Nachahmen, Üben, Lesen, Schreiben, Rechnen lernen, sich Fertigkeiten anzueignen) und bei der Wissensanwendung (Denken, Lesen, Schreiben, Rechnen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen).
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	z. B. einfache und komplexe Aufgaben zu übernehmen, tägliche Routine durchzuführen oder mit Stress und psychischen Anforderungen umzugehen.
Kommunikation	z. B. bei der Kommunikation verbaler oder non-verbaler Mitteilungen, als Empfänger oder Sender, beim Umgang mit Zeichen und Symbolen, bei der Konversation und beim Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken.
Mobilität	z. B. die Körperposition zu ändern und aufrecht zu erhalten, Gegenstände zu tragen, zu bewegen und zu handhaben, zu gehen und sich fortzubewegen, sich mit Transportmitteln fortzubewegen, ein Fahrzeug fahren, usw.
Selbstversorgung	z. B. bei der Körperpflege (Waschen, Pflegen, An- und Auskleiden, die Toilette benutzen), beim Essen, beim Trinken, auf seine Gesundheit zu achten.
Häusliches Leben	z. B. bei der Ausführung von häuslichen und alltäglichen Handlungen und Aufgaben, in Bereichen des häuslichen Lebens, bei der Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, bei der Erledigung von Haushaltsaufgaben (Reinigung und Reparatur), die Pflege von persönlichen und anderen Haushaltsgegenständen zu übernehmen sowie anderen zu helfen.
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	z. B. beim Ausführen von Aufgaben und Handlungen, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen (Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern und Intimpartnern) in einer kontextuellen und sozial angemessenen Weise erforderlich sind.
Bedeutende Lebensbereiche	z. B. beim Ausführen von Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung sowie am wirtschaftlichen Leben erforderlich sind.
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	z. B. bei Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, in der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen (Gemeinschaftsleben (formelle, informelle Vereinigungen, Feierlichkeiten) bei Erholung und Freizeit, bei Religion und Spiritualität, im politischen Leben) erforderlich sind.

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (2021, S. 22)

Für die Klassifikation in der Komponente Aktivität und Partizipation/Teilhabe kommen zwei Beurteilungsmerkmale zur Anwendung:

- Leistung: Leistung beschreibt, was eine Person in seiner gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tut.
- Leistungsfähigkeit: Leistungsfähigkeit bezeichnet die Fähigkeit einer Person, eine Aufgabe oder eine Handlung durchzuführen.

Die Leistung beschreibt folglich, was eine Person unter Einbezug der Kontextfaktoren tut, und umfasst somit «alle Aspekte der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt» (WHO 2005, S. 20).

4. Entwicklungen in der Behindertenhilfe und normative Leitlinien

In diesem Kapitel werden normative Leitlinien aufgestellt. Die Leitlinien bilden einen praktikablen Bewertungsrahmen, mit dem zum einen die analysierten Abklärungsinstrumente geprüft und zum anderen auch Leitplanken für die Weiterentwicklung der IV-Instrumente gesetzt werden können. Für die Festlegung der normativen Leitlinien werden erstens konzeptionell-begrifflich die verschiedenen wissenschaftlichen Modelle von Behinderung beleuchtet, zweitens in einem normativ-juristischen Kontext die Bestimmungen der UN-BRK zum Wohnen diskutiert, drittens der fachlich-theoretische Diskurs im Bereich der Behindertenhilfe beziehungsweise der Sozialpädagogik zur Unterstützung von Menschen mit Behinderung betrachtet und viertens aktuelle (kantonale) Entwicklungen im Rahmen der Förderung des Wohnens zu Hause sowie kantonale erhobene Bedarfe von Menschen mit Behinderung zum Bereich Wohnen berücksichtigt.

4.1 Modelle von Behinderung

Die Vorstellung über Behinderungen hat historisch betrachtet verschiedene Wandlungsprozesse durchlaufen. Das jeweilige Verständnis von Behinderung hat sowohl den gesellschaftlichen Umgang als auch die Form der Unterstützung geprägt. Wissenschaftlich-konzeptionell lassen sich unterschiedliche Modelle von Behinderung beschreiben.¹⁰ Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts dominierte das *medizinische Modell* von Behinderung. Behinderung ist gemäss dieser Logik eng mit dem jeweiligen Individuum und seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden. Diese Beeinträchtigungen werden als medizinische Defizite und Abweichungen von der Norm beschrieben und klassiert. Da Behinderung als durch eine gesundheitliche Schädigung hervorgerufenen individuelles Problem aufgefasst wird, erfordert dieser Umstand Massnahmen in Form von Hilfsmitteln oder Pflege, «um die geschädigten biologischen Funktionen der betroffenen Person wiederherzustellen oder zu kompensieren» (Bundesamt für Statistik BfS 2009, S. 5).

Das *soziale Modell* von Behinderung ist in den 1960er und 1970er Jahren im Kontext der Behindertenbewegungen entstanden. Entgegen den Annahmen des medizinischen Modells wird Behinderung nicht als «Ergebnis medizinischer Pathologie» (Waldschmidt 2010, S. 17) verstanden, sie konstituiert sich vielmehr durch das soziale Umfeld. Die Ursache der Behinderung liegt folglich ausserhalb des Individuums (BfS 2020, S. 5). Nach diesem Verständnis sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (zum Beispiel fehlende Barrierefreiheit, Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt oder ungenügende Bildungsmöglichkeiten) dafür verantwortlich, dass Menschen in ihrer Lebensgestaltung beeinträchtigt sind. Es ist folglich Aufgabe des sozialen Umfelds, Strukturen zu schaffen, die eine vollumfängliche soziale Teilhabe ermöglichen (BfS 2009, S. 6).

Aus diesen gleichsam kontrastierenden Modellen sind mit der Zeit als Synthese sogenannte *interaktive Modelle* entstanden, die sowohl Elemente des medizinischen als auch des sozialen Modells berücksichtigen (BfS 2020, S. 6). Als besonders prominent gilt in diesem Zusammenhang die 2001 entstandene ICF. Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung konstituieren sich aus einem Wechselspiel von individuellen Beeinträchtigungen und personenbezogenen Merkmalen einerseits und dem Einfluss von Kontextfaktoren sowie dem Mass an sozialer Teilhabe andererseits (siehe Abschnitt 3.2). Die ICF beruht auf dem Konzept der Funktionalen Gesundheit. Der Bezugspunkt für dieses Konzept

¹⁰ In diesem Abschnitt werden nicht sämtliche Modelle von Behinderung thematisiert. Es bestehen weitere Modelle: das relationale Modell, das Minderheitenmodell, das affirmative Modell, das kulturelle Modell (vgl. Hirschberg 2022).

sind Gleichaltrigengruppen ohne Gesundheits- oder Integrationsproblematik. Als funktional gesund gilt demnach eine Person, «wenn sie möglichst kompetent mit einem möglichst gesunden Körper an möglichst normalisierten Lebensbereichen teilnimmt und teilhat» (INSOS 2009, S. 21).

Ein vergleichbares Verständnis von Behinderung wie die ICF weist das *Menschenrechtsmodell* auf, das aber eine stärkere normative Orientierung aufweist. Von herausragender Bedeutung für das Menschenrechtsmodell ist die 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedete UN-BRK (siehe Abschnitt 4.2). Auch für die UN-BRK entsteht Behinderung «aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren [...], die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern» (Präambel e). Die Anerkennung der Menschenrechte für Menschen mit Behinderung setzt eine Behindertenpolitik voraus, bei der «alle behinderten Menschen als Träger und Trägerinnen von Rechten und als Rechtssubjekte angesehen werden» und diese von jeglicher Form von Diskriminierung befreit sind (Hirschberg 2022, S. 103). In der UN-BRK wird ein Fokus auf die Vermeidung von intersektionalen Diskriminierungen gesetzt, da die Beseitigung von Nachteilen für Frauen und Kinder mit Behinderung sowie für Angehörige von ethnischen Minderheiten als zentrale Umsetzungsaufgabe bestimmt wird (ebd.).

Mit Blick auf die Gesetzgebung in der Schweiz lassen sich die Konzepte von Invalidität und Behinderung unterscheiden. Im Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) bedeutet Behinderung eine körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung, die es einem Menschen «erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und weiterzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben» (Artikel 2). Das Gesetz nimmt im selben Artikel nicht nur individuell-medizinische, sondern auch gesellschaftlich bedingte Benachteiligungen in den Blick, die etwa durch Diskriminierung, nicht barrierefreiem Zugang zu Bauten oder öffentlichen Verkehrsmitteln, erschwerte Inanspruchnahme von Dienstleistungen oder von Aus- und Weiterbildungsangeboten hervorgerufen werden. Dieses Konzept bezieht neben der individuellen gesundheitlichen Problematik den sozialen Kontext mit ein und kann deswegen in die Nähe der interaktiven Modelle situiert werden (vgl. Rochat 2008, S. 13).

Als Invalidität gilt gemäss dem ATSG «die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit». Erwerbsunfähigkeit meint dabei der durch eine «Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt» (Artikel 7 und 8 ATSG).¹¹ Invalidität im Sinne der Invalidenversicherung kann als eine administrative Kategorie bezeichnet werden (Tabin et al. 2016). Entsprechend wird auch im Fachdiskurs von *administrativen Modellen* von Behinderung gesprochen. Diese haben eine eher pragmatische Funktion für die Anerkennung von Leistungen durch öffentliche oder private Verwaltungsstellen bei einem dauerhaft bestehenden Gesundheitsschaden (BfS 2009, S. 7).

4.2 UN-Behindertenrechtskonvention

Wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Unterstützung von Menschen mit Behinderung setzte die UN-BRK, die 2014 von der Schweiz ratifiziert wurde. Die Konvention postuliert die Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Für den

¹¹ Dieser Aspekt ist vor allem deswegen relevant, weil Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung nur HE lebenspraktische Begleitung beziehen können, wenn sie eine IV-Rente beziehen. Für diese Gruppe von versicherten Personen ist die Invalidität als (Teil-) Erwerbsunfähigkeit in diesem konkreten Fall eine Voraussetzung für den Bezug von Leistungen für das Wohnen zu Hause.

Untersuchungsgegenstand dieser Studie erscheinen die Bestimmungen zur unabhängigen Lebensführung und Einbeziehung in die Gesellschaft (Artikel 19) besonders relevant. Menschen mit Behinderung stehen die gleichen Wahlmöglichkeiten in der Gemeinschaft zu leben wie anderen Menschen zu. Sie haben das Recht, ihren Aufenthaltsort frei zu wählen und eigenständig zu entscheiden, wo und mit wem sie leben wollen. Vor allem dürfen Menschen mit Behinderung nicht dazu verpflichtet werden, in besonderen Lebensformen zu leben. Damit sind primär stationäre Einrichtungen gemeint, die segregierenden Charakter aufweisen und dem Leitziel der UN-BRK, die Inklusion, widersprechen.

Im General comment No. 5 des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen werden diese Bestimmungen weiter präzisiert und konkretisiert. Der UN-Ausschuss kritisiert, dass Menschen mit Behinderungen historisch betrachtet, die Fähigkeit eigenverantwortlich in der Gemeinschaft zu leben, häufig abgesprochen wurde. Ressourcen wurden deswegen in erster Linie für institutionelle Lösungen investiert, während die Entwicklung und Förderung von Möglichkeiten für das selbstbestimmte Wohnen vernachlässigt wurden (UN-Ausschuss 2017, S. 1).

Die internationale Menschenrechtscharta fundiert Artikel 19, die grundsätzliche Bürgerechte sowie politische, ökonomische, soziale und kulturelle Rechte voraussetzt. Dabei bedingt unabhängiges oder selbstbestimmtes Leben und Wohnen die notwendigen gesellschaftlichen Massnahmen, damit freie Entscheidungen über die eigene Lebensgestaltung getroffen werden können und Kontrolle über die persönliche Lebensführung sichergestellt ist. Für den UN-Ausschuss (2017, S. 4f.) kann Inklusion und Selbstbestimmung einzig ausserhalb von institutionellen Kontexten erfolgen, da solche Lösungen neben dem Aspekt der Absonderung auch stets Elemente der Fremdbestimmung beinhalten. Das Recht der freien Wahl der Lebensweise ist dabei universell gültig, unabhängig davon, wie hoch der Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ist (ebd., S. 6). Das Arbeitgebermodell mit persönlicher Assistenz wird dabei als wünschbares Unterstützungsverhältnis bezeichnet (ebd., S. 5).

Im Hinblick auf die zuvor dargelegten Maximen benennt der UN-Ausschuss (2017, S. 12) Richtlinien für den Abklärungsprozess und die Festlegung des Leistungs- und Unterstützungsanspruchs: «[...] the assessment should be based on a human rights approach to disability; focus on the requirements of the person that exist because of barriers within society rather than the impairment; take into account, and follow, a person's will and preferences; and ensure the full involvement of persons with disabilities in the decision-making process.» Für den UN-Ausschuss ist es zentral, dass primär die Umweltfaktoren beziehungsweise Hindernisse und erst nachgelagert, die individuellen Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. Damit geht das Gremium von einem sozialen und interaktiven Modell von Behinderung aus. Zudem wird die Partizipation hervorgehoben, indem Menschen mit Behinderung ihren Willen und ihre Präferenzen formulieren dürfen und in die Entscheidungsprozesse eingebunden werden sollen. Zudem soll die Erhebung des Bedarfs individualisiert erfolgen, die persönlichen Aktivitäten fokussieren und beeinträchtigende Kontextfaktoren erfassen: «Support for persons with disabilities should be assessed using a personalized approach and tailored to the specific activities and actual barriers to inclusion in the community that persons with disabilities face.» Ressourcen als möglicher Baustein eines Abklärungsverfahrens werden im General comment No. 5 nicht explizit thematisiert. Der Fokus wird argumentativ stärker auf die gesellschaftlichen Hindernisse und Barrieren gestellt.

Wichtig ist zu betonen, dass Artikel 19 der UN-BRK nicht nur das Wohnen thematisiert, sondern dieses als Element der sozialen Teilhabe versteht. Das Wohnen wird vom UN-Ausschuss (2017, S. 6) als wichtiger Faktor für die soziale Teilhabe bestimmt: «To choose and decide how, where and with whom to live is the central idea of the right to live independently and be included in the community.» Dabei wird das Wohnen in einen breiteren Rahmen gefasst, sodass der gesamte Kontext einbezogen wird: «Individual choice, therefore, is not limited to the place of residence but includes all aspects of

a person's living arrangements: the daily schedule and routine as well as the way of life and lifestyle of a person, covering the private and public spheres, every day and in the long term.» Im Hinblick auf die Abklärung für das Wohnen ist es deswegen wichtig, die Lebenssituation zu erfassen, die die soziale Teilhabe begründet.

Der Dachverband der Behindertenorganisationen Inclusion Handicap kritisiert in seinem «Schattenbericht» zur Umsetzung der UN-BRK in der Schweiz, dass insbesondere Wohnplätze in Institutionen finanziert werden, während «die Finanzierung von alternativen Wohnformen sehr beschränkt» sei. Dies führe dazu, dass der Wunsch zum selbstbestimmten Leben für Menschen mit Behinderung häufig unerfüllt bleibe. Weiter urteilt der Dachverband, dass der Zugang zum AB «mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden» sei. Einen AB beziehen vorwiegend Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung. Voraussetzung für einen AB ist der Erhalt einer HE, wobei die Kriterien für die Anspruchsberechtigung zu einer HE mehrheitlich auf körperlich bedingte Hilfestellungen ausgerichtet seien (Inclusion Handicap 2017, S. 84f.). Inclusion Handicap fordert im Hinblick auf die Umsetzung der UN-BRK in der Schweiz, dass anstelle von defizit- und rein leistungsorientierten vielmehr «subjekt- und teilhabebezogene Bedarfserfassungsinstrumente» zum Einsatz kommen müssten. Die geforderten Instrumente sollten Selbsteinschätzungen sowie Mitsprache- und Entscheidungsbefugnisse der Menschen mit Behinderung ermöglichen. Zudem müsse der Zugang zum AB für nicht-körperliche Beeinträchtigungen vereinfacht werden (ebd., S. 88). Inclusion Handicap betont somit den engen Zusammenhang von Wohnen und sozialer Teilhabe, wie er auch im Artikel 19 der UN-BRK hergestellt wird, und postuliert einen personenzentrierten Abklärungsansatz. Analog zu den Ausführungen des UN-Fachausschusses spielen Ressourcen auch in der Argumentation von Inclusion Handicap keine besondere Rolle.

Der Nationale Dialog Sozialpolitik Schweiz (NDS) hat für die Periode 2018 bis 2021 das Programm «Selbstbestimmtes Leben» im Rahmen der Behindertenpolitik verabschiedet (Eidgenössisches Departement des Innern EDI 2018). Das ausgewählte Schwerpunktthema basiert auf Artikel 19 der UN-BRK. In Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen soll eine konsequentere Umsetzung der Postulate von Artikel 19 vorangetrieben werden. Mit Blick auf die Ausgestaltung der Abklärungsinstrumente ist es für eine UN-BRK-konforme Umsetzung wichtig, dass diese zur Förderung einer selbstbestimmten Lebensgestaltung beitragen können und den Willen und die Präferenzen der Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt stellen. Die Instrumente sollten zum einen subjekt- und nicht leistungsorientiert ausgestaltet sein und zum anderen die individuelle Lebenssituation und die persönlichen Aktivitäten fokussieren, wobei dies nur unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren vollumfänglich erfolgen kann, da die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wichtige Einflussgrößen für den Grad an sozialer Teilhabe sind.

4.3 Sozialpädagogischer Fachdiskurs

Der fachlich-theoretische Diskurs der Behindertenhilfe respektive der Sozialpädagogik hat in den letzten Jahrzehnten tiefgreifende Wandlungsprozesse durchlaufen. Seit den 1950er Jahren war der Fachdiskurs in der Behindertenhilfe durch die Entwicklung von unterschiedlichen Leitkonzepten oder Zielperspektiven geprägt. Ziel all dieser Leitkonzepte ist und war es, eine theoretische Grundlage zu schaffen, an der sich die Behindertenhilfe orientieren und ausrichten kann. Die zentrale Veränderung betrifft den Übergang von einem Konzept der Hilfe und Betreuung von Menschen mit Behinderung hin zu einer Haltung der Begleitung sowie der Ermittlung und Einsetzung von Mitteln zum Ausgleich der Auswirkungen der Beeinträchtigung und zur Förderung der sozialen Teilhabe.

In der Literatur werden eine Vielzahl von Leitkonzepten unterschieden (vgl. Loeken/Windisch 2013; Falk 2016; Hoyningen-Süess/Oberholzer/Stalder 2007). Sie alle sind in einem historischen, sozialpolitischen Kontext entstanden, wurden durch den gesellschaftlichen Diskurs geprägt oder entwickelten sich auf der Grundlage von Eltern- oder Selbstvertretendeninitiativen. Zu den wesentlichsten Leitprinzipien gehören unter anderem das Normalisierungskonzept, das in den 1960er Jahren in Skandinavien mit dem Ziel entstand, die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung zu normalisieren (Wolfensberger 1972).

Die Verbreitung dieses Konzepts in Europa und auf dem amerikanischen Kontinent stellte die Basis für die Integrationsbewegungen dar und inspirierte die Bewegungen zur Deinstitutionalisierung, insbesondere im Bereich der Psychiatrie in den 1970er Jahren. Auch in der Schweiz führte das Enthusiasmatisierungs-Prinzip Mitte der 1970er Jahre zu einem umfassenden Wandel der Psychiatrien. Das Paradigma der Selbstbestimmung gründet auf demselben Konzept der Normalisierung und hatte seinen Ursprung in der US-amerikanischen Behinderten-Selbsthilfebewegung («independent living»). In Europa fand das Paradigma vor allem mit dem Empowerment-Ansatz Verbreitung, wobei damit neue Impulse für die Behindertenhilfe gesetzt wurden. Das Konzept der Normalisierung wurde darüber hinaus seit den frühen 1980er Jahren in Form der «Aufwertung sozialer Rollen» (Wolfensberger/Thomas 1983) weiter ausdifferenziert.

Zu den neueren sozialpädagogischen Ansätzen und Leitprinzipien gehören der Ansatz der Integration und später der Inklusion, die sich zunächst vor allem im schulischen Bereich etabliert haben. Parallel dazu hat die Anerkennung eines ökologischen Verständnisses des Begriffs Behinderung auf der Grundlage des systemischen Ansatzes und des ökologischen Modells der menschlichen Entwicklung (Bronfenbrenner 2011 [1979]) wesentlich zur Entstehung eines neuen Paradigmas der Behinderung beigetragen, das die Tür zur Entwicklung der beiden wichtigsten interaktiven Modelle der Behinderung geöffnet hat, die die Determinanten der sozialen Teilhabe hervorheben (ICF und MDH-PPH2¹²).

Seit der Jahrtausendwende finden sozialraum- und gemeinschaftsbezogene Ansätze (Community Care-Konzepte) zunehmend Eingang in die fachlichen und theoretischen Diskussionen der Behindertenhilfe. Der personenzentrierte Ansatz, zum Beispiel in Form des Lebensqualitätszugangs, ist ein weiteres relevantes Leitkonzept bei der Entwicklung einer auf die soziale Teilhabe ausgerichteten Optik der Behindertenhilfe.

Gemeinsam ist all diesen Leitprinzipien, dass sie während den letzten Jahrzehnten den sozialpädagogischen Fachdiskurs stark geprägt haben. Viele dieser Prinzipien fanden in den Konzepten, Leitbildern und teilweise auch agogischen Grundsätzen der Behindertenhilfe Einzug. Zu einem umfassenden Paradigmenwechsel und zu einer sozialpolitischen, strukturellen und inhaltlichen Neuorientierung vermochte aber keiner diese Ansätze zu führen. Eine tiefgreifende Neuorientierung für mehr Normalisierung, Selbstbestimmung, Empowerment, Inklusion, gesellschaftliche Teilhabe und Lebensqualität von Menschen mit Behinderung begann sich in der Schweiz erst während den letzten Jahren mit der Ratifizierung der UN-BRK abzuzeichnen. Diese Neuorientierung stellt einen grundlegenden Wertewandel in der sozialen und pädagogischen Arbeit dar, weg von der karitativen Fürsorge und dem biomedizinischen Verständnis von Behinderung hin zu einem garantierten Rechtsanspruch.

Die beschriebenen Ansätze stellen relevante Leitlinien für die Umsetzung der UN-BRK auf. Für die Entwicklung zukünftiger Abklärungsinstrumente erscheinen Aspekte wie Empowerment oder

¹² Im französischsprachigen Raum ist das Modell MDH-PPH2 (Modèle de développement humain – Processus de production du handicap) populär und dient auch als Grundlage des Abklärungsinstruments MHAVIE (siehe Abschnitt 5.2.5).

Befähigung, die Forderung nach Normalisierung, die Aufwertung der sozialen Rolle oder die Personenzentrierung und Sozialraumorientierung als konstitutive Elemente einer inklusiven Lebensgestaltung besonders bedeutsam.

4.4 Bedarfserhebungen und Entwicklung der Unterstützungssysteme

In diesem Abschnitt werden vor allem die kantonalen Entwicklungen in der Schweiz fokussiert, die nicht zuletzt durch die Bestimmungen der UN-BRK ausgelöst wurden. In verschiedenen Kantonen wurden Reformprozesse angestoßen, kantonale Gesetzgebungen revidiert, Überarbeitungen oder Neuentwicklungen von Konzepten der Behindertenpolitik in Angriff genommen, neue Finanzierungsmodelle implementiert und neue Abklärungsinstrumente für den Unterstützungsbedarf eingeführt. Zu diesen Entwicklungsprozessen gehört auch die stärkere Einbindung von Menschen mit Behinderung: Zum einen sollen die Bedarfe von Menschen mit Behinderung individueller erfasst und zum anderen sollen sie partizipativ besser in die kantonalen Planungsprozesse des Unterstützungssystems eingebunden werden.

Verschiedene Kantone haben begonnen, mittels Befragungen die Erwartungen von Menschen mit Behinderung an das Unterstützungssystem zu erheben. Die Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass die Mehrheit der Menschen mit Behinderung eine selbständige und autonome Lebens- und Wohnform bevorzugt. Der Wunsch, in einer stationären Einrichtung zu leben, fällt bei den befragten Personen deutlich geringer aus (exemplarisch: Kanton Zug 2022, S. 11; Kanton Glarus 2021, S. 30). Die Resultate bestätigen die behindertenpolitischen Postulate nach einer stärkeren Differenzierung der Unterstützungsangebote im Bereich Wohnen und der zunehmenden Deinstitutionalisierung zugunsten von ambulanten Dienstleistungen für das Wohnen zu Hause.

Für den Leistungsbereich Wohnen für erwachsene Menschen mit Behinderung sind gemäss Artikel 2 des Bundesgesetzes über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) die Kantone zuständig. Sie sind mit der Aufgabe betraut, ein bedarfsgerechtes Angebot an Institutionen auf ihrem Kantonsgebiet bereitzustellen (siehe Abschnitt 2.1). Das IFEG bezieht sich auf die Bereitstellung von stationären Angeboten und wirkt im Hinblick auf die gegenwärtigen Entwicklungen der Behindertenhilfe obsolet. Verschiedene Kantone haben deswegen begonnen, zusätzlich zu den Anforderungen des IFEG, spezifische Angebote für das selbstbestimmte Wohnen mit ambulanter Unterstützung zu schaffen beziehungsweise zu finanzieren.

Diese Entwicklung hat in den Kantonen zu einer stärkeren Diversifikation der Angebote im Leistungsbereich Wohnen und zu einer stärkeren Durchlässigkeit zwischen Angeboten mit höherer und geringerer Betreuungsintensität geführt. In einigen Kantonen sind grundlegende Systemumstellungen geplant oder bereits vollzogen worden, was einem Paradigmenwechsel gleichkommt. Anstelle einer sogenannten Objektfinanzierung, bei der die stationären Einrichtungen für ihre Dienstleistungen entschädigt werden, gehen Kantone vermehrt dazu über, den Menschen mit Unterstützungsbedarf im Rahmen einer Subjektfinanzierung finanzielle Mittel oder Gutscheine direkt zur Verfügung zu stellen, mit denen die Personen die individuell gewünschten Dienstleistungen erwerben können. Mit diesem Verfahren soll die Wahlfreiheit und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung gesteigert werden und Konformität mit den Anforderungen der UN-BRK angestrebt werden. Basel-Landschaft und Basel-Stadt haben als erste Kantone die Subjektfinanzierung bereits 2017 in ihren Gesetzgebungen zur Behindertenhilfe integriert (Pro Infirmis 2022).

Die Subjektfinanzierung, die in erster Linie für das selbstbestimmte Wohnen mit ambulanter Unterstützung eingesetzt wird, bedingt ein Abklärungsverfahren, bei dem der individuelle Unterstützungsbedarf erfasst wird. In verschiedenen Kantonen wurden oder werden dafür – teils direkt beim Kanton,

teils als unabhängige Organisationen – Abklärungsstellen geschaffen, die mit der Erhebung des Bedarfs von Menschen mit Behinderung betraut werden. Vornehmlich in der deutschen Schweiz setzt sich dabei zunehmend die Individuelle Hilfeplanung (IHP) als Abklärungsinstrument durch (siehe Abschnitt 5.2.6), wobei es in unterschiedlichen Ausprägungen den jeweiligen kantonalen Bedürfnissen angepasst wird. Es handelt sich um ein personenzentriertes Instrument, das dazu dient, den spezifischen Bedarf und die benötigten Dienstleistungen für die erwünschte Lebensführung zu erheben.

Exemplarisch soll diese Entwicklung am Beispiel des Kantons Zürich aufgezeigt werden.¹³ Ausgangspunkt der Reformprozesse bildete die 2017 im Kantonsrat eingereichte Motion «Selbstbestimmung ermöglichen durch Subjektfinanzierung».¹⁴ Anstelle des geltenden kantonalen Gesetzes über soziale Einrichtungen (SEG), das auf stationäre Angebote fokussierte, entsteht das neue Gesetz über den selbstbestimmten Leistungsbezug durch Menschen mit Behinderung (SLBG), das vom Kantonsparlament im Februar 2022 einstimmig verabschiedet wurde. Eine zentrale Reform stellt das Finanzierungssystem dar. Mit der Subjektfinanzierung soll sichergestellt werden, dass Menschen mit Behinderung selbstbestimmt die Leistungserbringenden und den Leistungsbezug wählen können (Artikel 28). Die Subjektfinanzierung umfasst denjenigen Finanzierungsbereich, bei dem Menschen mit Behinderung über den Einsatz der ihnen individuell zugesprochenen und vom Kanton abgegoltenen Leistungen selbständig entscheiden können (Artikel 6). Für die dafür notwendige individuelle Bedarfsermittlung und die Bemessung des Leistungsanspruchs beauftragt der Kanton eine fachlich unabhängige Abklärungsstelle (Artikel 11). In diesem Zusammenhang gilt es allerdings zu betonen, dass die Ausführungen auf die vorgesehene Gesetzgebung basieren und damit exemplarisch die Entwicklungsprozesse im Rahmen der kantonalen Behindertenpolitik aufgezeigt werden sollen. Es kann nichts dazu gesagt werden, wie zukünftig im Kanton Zürich die Umsetzung des Gesetzes in der Praxis ausgestaltet sein wird.

Zahlreiche Kantone entwickeln ihre Unterstützungssysteme nach den Postulaten der UN-BRK weiter. Mit diesen Prozessen soll die Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und soziale Teilhabe gezielter gefördert werden. Entsprechend führen die Kantone auch neue Abklärungsinstrumente und -verfahren ein, um den entsprechenden individuellen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderung für die jeweils erwünschte Lebensführung zu ermitteln.

4.5 Normative Leitlinien für die Abklärungsinstrumente

Ausgehendend von den Ausführungen dieses Kapitels werden normative Leitlinien abgeleitet. Sie dienen einerseits als Orientierungsrahmen für die Analyse der verwendeten Abklärungsinstrumente und andererseits sollen sie als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der IV-Abklärungsinstrumente verwendet werden.

- *Selbstbestimmung und soziale Teilhabe:* Die Förderung von Selbstbestimmung und die Ermöglichung der individuell erwünschten sozialen Teilhabe sind für das Unterstützungssystem und somit auch für die Ausgestaltung der Abklärungsinstrumente die zentralen Bezugspunkte.
- *Wahlfreiheit:* Menschen mit Behinderung dürfen autonom über ihre Lebensgestaltung bestimmen und frei wählen, wie sie leben möchten. Das Abklärungsinstrument darf entsprechend keine Einschränkungen bei der Wahl der Wohn- und Lebensform sowie des dafür notwendigen Unterstützungsbedarfs machen.

¹³ URL: <https://www.zh.ch/de/soziales/leben-mit-behinderung.html#-564737222> [Zugriff: 08.11.2022].

¹⁴ URL: <https://insos-zh.ch/assets/Uploads/170410-Motion-Selbstbestimmung-def.pdf> [Zugriff: 08.11.2022].

- *Personenzentrierung*: Die Selbsteinschätzung steht im Mittelpunkt des Abklärungsverfahrens. Selbstbestimmung und Wahlfreiheit kann einzig sichergestellt werden, wenn Menschen mit Behinderung ihren individuellen Unterstützungsbedarf frei äussern können. Auf die jeweiligen Aktivitäten und subjektiven Präferenzen ist gebührend Rücksicht zu nehmen.
- *Einbezug von umweltbezogenen Faktoren*: Die Möglichkeit zur Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe hängt von individuellen und Kontextfaktoren ab. Die Abklärung darf nicht auf die Person mit ihren Beeinträchtigungen reduziert werden, sondern muss im Sinne der interaktiven Modelle von Behinderung und der ICF die Umweltfaktoren als Determinanten für die Behinderung einbeziehen.
- *Befähigung*: Befähigung soll nach dem Willen der Menschen mit Behinderung in das Abklärungsverfahren einbezogen werden. Wenn der normative Bezugspunkt die Selbstbestimmung und die soziale Teilhabe sind, dann müssen Menschen mit Behinderung unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren sowie der persönlichen und externalen Ressourcen zum Ausdruck bringen dürfen, welche Form der Unterstützung sie bei einer individuell wahrgenommenen ungenügenden Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe für eine entsprechende Förderung benötigen. Damit wird auch ein Beitrag an die Verwirklichung von Chancengerechtigkeit geleistet.
- *Partizipation*: Die Mitbestimmung von Menschen mit Behinderung wird gewährleistet, indem nicht nur die Selbsteinschätzung im Abklärungsprozess im Mittelpunkt steht, sondern sie auch bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Abklärungsinstrumente einbezogen werden.
- *Barrierefreiheit*: Die Abklärungsinstrumente müssen für alle Arten von Behinderung verständlich und zugänglich sein (Leichte Sprache, Gebärdensprache, Unterstützte Kommunikation usw.) und die spezifischen Bedarfe erfassen können, da sie primär die Selbsteinschätzung fokussieren sollen. Der Aufwand für die Menschen mit Behinderung muss sich in einem angemessenen Rahmen halten und Überforderungen und Belastungen vermeiden. Grundsätzlich soll in der prozessualen Gestaltung Chancengerechtigkeit sichergestellt werden.

5. Abklärungsinstrumente für das Wohnen

In diesem Kapitel wird eine Bestandesaufnahme der Abklärungsinstrumente für Menschen mit Behinderung und aus dem Bereich Alter und Pflege erstellt und die einzelnen Instrumente analysiert und miteinander verglichen. Als Analyserahmen dient ein eigens erstelltes Kriterienraster (siehe Anhang 12.1). Die Gliederung der Beschreibung der einzelnen Abklärungsinstrumente (allgemeine Informationen, theoretische Grundlagen, Zielperspektive und Unterstützungsbereich, Verfahren und methodische Aspekte, inhaltliche Aspekte, Diverses) bezieht sich auf die Themenbereiche des Kriterienrasters. Nicht alle Abklärungsinstrumente werden in diesem Kapitel gleich ausführlich behandelt: Einige Instrumente sind Abwandlungen oder Anpassungen von bereits bestehenden Instrumenten, andere weisen eine hohe Ähnlichkeit in Struktur und Inhalt auf, sodass kein Erkenntnismehrwert durch eine vertiefte Analyse sämtlicher Instrumente bestünde. Die Begutachtung der Abklärungsinstrumente erfolgt in vier Schritten. Zunächst werden die IV-Abklärungsinstrumente für die HE, den IPZ und den AB thematisiert. Es folgen die Instrumente, die in den Kantonen bei Menschen mit Behinderung für den ambulanten und stationären Bereich angewendet werden. Im Anschluss werden die Instrumente im Bereich Alter und Pflege diskutiert. Dann werden die Erkenntnisse aus dem Kooperationsprojekt zu den internationalen Modellen im Hinblick auf die Abklärungsverfahren dargestellt. Abschliessend erfolgt eine Einschätzung der analysierten Abklärungsinstrumente.

5.1 IV-Abklärungsinstrumente

In einem ersten Schritt werden die Abklärungsinstrumente für die HE, den IPZ und den AB untersucht. Die Abklärungsinstrumente für die HE, den IPZ und den AB weisen in ihrer Grundstruktur verschiedene Gemeinsamkeiten auf. Sie sind etwa grundsätzlich defizitorientiert ausgerichtet, fokussieren die Gegenwart und dienen der Beurteilung, was eine Person aufgrund seiner Beeinträchtigungen nicht selbstständig leisten kann. Die Instrumente beinhalten aber auch spezifische Eigenheiten, mit denen sie sich voneinander unterscheiden. Diese Feststellung weist bereits auf eine gewisse Komplexität hin, wenn die IV für die Unterstützung für das Wohnen zu Hause allein drei voneinander abweichende Abklärungsinstrumente mit durchaus unterschiedlichen Funktionslogiken verwendet. Die finanziellen Leistungen werden den versicherten Personen bei der HE und IPZ zur freien Verwendung im Hinblick auf den Unterstützungsbedarf bereitgestellt und tragen zur Förderung des selbstbestimmten Wohnens und Lebens bei. Dies trifft auch auf den AB zu, der die Möglichkeit eröffnet, im Arbeitgebermodell Assistenzpersonen anzustellen.

5.1.1 Hilfflosenentschädigung

Allgemeine Informationen

Mit dem Erlass des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 wurden die Grundsätze der HE in Artikel 42 IVG festgehalten. Im Zuge der 4. IVG-Revision 2004 wurde die HE für versicherte Personen im erwerbsfähigen Alter, die nicht in einem Heim wohnen, verdoppelt. Mit der 6. IVG-Revision wurde 2012 die HE für Erwachsene, die in einem Heim leben, halbiert. Damit wurden zusätzliche finanzielle Anreize für das Wohnen zu Hause geschaffen.

Theoretische Grundlagen

Es liegen keine theoretischen Grundlagen zum Abklärungsverfahren für die HE vor.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

Die HE soll Menschen mit einer Behinderung eine unabhängige Lebensführung ermöglichen. Sie entschädigt versicherte Personen, die wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung für alltägliche Lebensverrichtungen beziehungsweise um soziale Kontakte zu pflegen, die direkte oder indirekte Hilfe Dritter benötigen oder auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind.

Entsprechend der gesetzlichen Ausgestaltung der Leistung werden folgende Lebensbereiche mit dem Anmeldeformular abgefragt: Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichten der Notdurft; Fortbewegung, Pflege gesellschaftliche Kontakte; medizinisch-pflegerische Hilfe; persönliche Überwachung; Bettlägerigkeit; Hilfsmittel; lebenspraktische Begleitung (letzteres für Erwachsene, die nicht in einem Heim wohnen). Bei der HE wird zwischen direkter und indirekter Hilfe unterschieden. Die Hilfe ist direkt, wenn die versicherte Person eine alltägliche Lebensverrichtung nicht mehr oder nur noch teilweise selbst ausführen kann. Indirekte Hilfe liegt vor, wenn die versicherte Person funktionell in der Lage ist, eine Lebensverrichtung selbst auszuführen, dies aber nicht, nur unvollständig oder in unangemessener Weise tun würde, wenn sie auf sich allein gestellt wäre. Die HE ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Kontext finanzierungsrelevant.

Verfahren und methodische Aspekte

Beim Ausfüllen des Anmeldeformulars (PDF-Onlineformular) nimmt die versicherte Person eine Selbsteinschätzung ihres Hilfebedarfs vor. Das Anmeldeformular besteht aus einem schlanken Fragebogen mit quantitativen und qualitativen Elementen. Mit der Selbstdeklaration geben die versicherten Personen an, ob sie in den verschiedenen Lebensbereichen eine direkte oder indirekte Hilfe benötigen. Sie müssen zusätzlich präzisieren, seit wann sie die Hilfe benötigen sowie die Art und Häufigkeit der Hilfe möglichst genau beschreiben. In einem nächsten Schritt folgt eine Fremdeinschätzung durch eine Abklärungsperson der zuständigen IV-Stelle zu Hause bei der gesuchstellenden Person. Die Abklärungsperson verwendet dabei einen Abklärungsbogen mit einem ähnlichen Aufbau wie der Fragebogen im Anmeldeformular, wobei die einzelnen Lebensverrichtungen weiter in einzelne Tätigkeiten aufgegliedert sind, die überprüft werden. Für die Abklärung besteht kein digitales Tool. Die Daten werden in einem Worddokument erfasst.

Inhaltliche Aspekte

Mit der Abklärung für die HE werden die notwendigen Unterstützungsleistungen in den Bereichen alltägliche Lebensverrichtungen, Pflege und Überwachung¹⁵ ermittelt. Das Verfahren ist defizitbasiert. Ressourcen werden einzig im Sinne der Schadensminderungspflicht erhoben: Die Unterstützung von Angehörigen oder die Verwendung von Hilfsmitteln können zu einer Reduktion des feststellbaren Hilfebedarfs führen. Das Instrument weist keine ICF-Orientierung auf. Umweltfaktoren oder der soziale Kontext werden – mit Ausnahme der Schadensminderungspflicht – nicht berücksichtigt. Für die lebenspraktische Begleitung wird aber auch nach der Begleitung für Kontakte ausserhalb der Wohnung sowie der benötigten Anwesenheit von Drittpersonen zur Vermeidung von Isolation gefragt.

Diverses

Die Abklärung vor Ort dauert gemäss Erfahrungswerten ungefähr eineinhalb Stunden; im Rahmen der lebenspraktischen Begleitung etwa eine Stunde. Es erfolgt keine Kombination mit weiteren Abklärungsinstrumenten. Der Grad der Hilflosigkeit und somit auch die Höhe der Leistungen wird daran

¹⁵ Bei der lebenspraktischen Begleitung werden auch die notwendigen Unterstützungsleistungen im Bereich der Haushaltshilfe abgeklärt.

bemessen, bei wie vielen Verrichtungen die versicherte Person auf Hilfe angewiesen ist. Für die lebenspraktische Begleitung wird der zeitliche Bedarf an Unterstützung angegeben. Die Auszahlung wird als Monatspauschale entrichtet, unabhängig davon wer die nötige Hilfe, Begleitung und Überwachung leistet. Massgebend ist einzig der objektive Bedarf an Dritthilfe.

Fazit

Das Abklärungsinstrument für die HE ist ein standardisiertes, vergleichsweise einfach anwendbares Instrument, das mit einem geringen Zeitaufwand verbunden ist. Das Ziel ist es, den Leistungsbeziehenden eine unabhängige Lebensführung zu ermöglichen. Das Instrument kann den Hilfebedarf von Personen zu Hause wie auch für in einem Heim wohnhafte Personen abklären, wenn auch nicht mit denselben finanziellen Ansätzen. Es handelt sich um ein defizitorientiertes Abklärungsinstrument, das aufgrund des Standardisierungsgrads und seiner Fokussierung auf bestimmte Verrichtungen die Gefahr in sich birgt, spezifische Unterstützungsbedarfe von Menschen mit Behinderung auszuklammern. Umweltfaktoren und der soziale Kontext der versicherten Personen werden nicht berücksichtigt. Abgeklärt wird der IST-Zustand ohne Bezug zur Zukunft.

5.1.2 Intensivpflegezuschlag

Allgemeine Informationen

Bei Minderjährigen, die zu Hause leben und eine besonders intensive Betreuung benötigen, gewährt die IV zusätzlich zur HE einen IPZ. Der IPZ beruht auf Art 42ter Absatz 3 IVG und wurde im Zuge der 4. IVG-Revision 2004 eingeführt.

Theoretische Grundlagen

Es liegen keine theoretischen Grundlagen zum Abklärungsverfahren für den IPZ vor.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

Der IPZ entschädigt die Angehörigen und/oder externe Betreuungspersonen für ihren zeitlichen Mehraufwand im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege. Er ist für Minderjährige vorgesehen, die zu Hause leben, eine besonders intensive Betreuung benötigen und einen Anspruch auf eine HE haben. Eine intensive Betreuung ist gegeben, wenn täglich eine behinderungsbedingte Betreuung von durchschnittlich mindestens vier Stunden benötigt wird. Zudem wird bei Minderjährigen eine infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zusätzlich dauernde Überwachung als Betreuung von zwei Stunden angerechnet. Eine besonders intensive behinderungsbedingte Überwachung (überdurchschnittlich hohe Aufmerksamkeit und ständige Interventionsbereitschaft) wird als Betreuung von vier Stunden angerechnet. Für die Beurteilung des Betreuungsaufwands werden dieselben sechs Lebensverrichtungen wie bei der HE überprüft (siehe Abschnitt 5.1.1). Die Tätigkeiten einer Lebensverrichtung werden detailliert und in einzelne Tätigkeiten aufgegliedert berücksichtigt. Zudem werden der Bedarf an Behandlungspflege, die Häufigkeit von Arzt- und Therapiebesuchen sowie bestimmte Sonderfälle (zum Beispiel besonders aufwändige Pflege) erhoben.

Verfahren und methodische Aspekte

Für die Gutsprache eines IPZ muss die versicherte Person keinen Antrag stellen. Die zuständige IV-Stelle klärt im Rahmen der Abklärung der HE ab, ob ein Anspruch für einen IPZ vorliegt. Die Abklärung erfolgt im Rahmen eines gemeinsamen Gesprächs. Mitarbeitende der IV-Stelle ermitteln den Betreuungsaufwand bei einem Besuch vor Ort bei der betroffenen Familie. Die Abklärungsperson verwendet dabei einen quantitativen Fragebogen zum Ankreuzen mit jeweils einem freien Feld, um

die Art und den Umfang der Hilfe zu beschreiben. Zudem wird der von den Eltern angegebene Mehraufwand pro Tätigkeiten einer Lebensverrichtung (zum Beispiel Kämmen im Kontext der Körperpflege) in Minuten angegeben. Der Fragebogen beinhaltet zudem offene Felder für eine qualitative Beschreibung der allgemeinen Angaben, der gesundheitlichen Situation sowie des Tagesablaufs. Es besteht kein digitales Tool für die Abklärung. Der Fragebogen besteht aus einem Excel-Dokument, wobei der gesamte Mehraufwand in Stunden und Minuten berechnet wird.

Inhaltliche Aspekte

Mit dem Abklärungsinstrument IPZ wird der Umfang der Pflege und der Betreuungsleistungen durch die Eltern erhoben. Der IPZ ist ein defizitbasiertes Abklärungsinstrument und fragt nach Art und Umfang der benötigten Hilfe. Die potenzielle Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, etwa im Hinblick auf eine erhöhte Selbständigkeit, wird nicht berücksichtigt. Es wird einzig anhand einer Tabelle eine Orientierung über die übliche Dritthilfe für Minderjährige ohne Behinderung je nach Alter bei den einzelnen Tätigkeiten gegeben. Das Verfahren bezieht sich nicht auf die ICF. Umweltfaktoren und der soziale Kontext sind nicht Bestandteil der Abklärung, wobei gewisse Aspekte sozialer Teilhabe erhoben werden, wie der Bedarf an Hilfe für die Fortbewegung im Freien oder für die Pflege gesellschaftlicher Kontakte.

Diverses

Der Zeitaufwand für die Abklärung vor Ort beträgt gemäss Erfahrungswerten etwa eineinhalb Stunden. Beim IPZ handelt es sich um eine indirekte Subjektfinanzierung. Er wird in Form einer Pauschale ausbezahlt, unabhängig davon, wer die besonders intensive Betreuung leistet und ob dafür effektiv Betreuungskosten entstanden sind. Die Pauschale richtet sich nach drei Betreuungsaufwandsstufen (mindestens vier, sechs oder acht Stunden). Für die einzelnen Verrichtungen ist ein Maximalaufwand vorgegeben. Der Maximalaufwand kann jedoch durch Zusätze wie zum Beispiel Oppositionsverhalten übertroffen werden. Der Bezug einer HE wird für den Erhalt eines IPZ vorausgesetzt. Es sind sämtliche Kombinationen der HE und des IPZ denkbar. Der HE-Grad hat folglich keinen unmittelbaren Einfluss auf die Höhe des IPZ.

Fazit

Der IPZ ist ein standardisiertes Abklärungstool, mit dem der Betreuungsaufwand für zuhause lebende Minderjährige mit einem intensiven Betreuungsbedarf ermittelt werden kann. Er dient als Entschädigung für den zusätzlichen Betreuungsaufwand. Der IPZ ähnelt konzeptionell der HE und ist als Zusatz der HE für Minderjährige zu verstehen. Allerdings ist die Abklärung für den IPZ komplexer, weil einerseits mehr Items¹⁶ überprüft werden müssen und andererseits der Mehraufwand in Minutenwerten festgehalten und summiert werden muss. Wie die HE ist der IPZ defizitorientiert, richtet sich nicht nach der ICF und berücksichtigt den sozialen Kontext nur geringfügig. Es besteht, wie bei der HE, die Gefahr, dass aufgrund des Standardisierungsgrads spezifische behinderungsbedingte Bedarfe unberücksichtigt bleiben, wobei gewisse Maximalaufwände durch Zusätze übertroffen werden können. Die Abklärung bezieht sich auf die Gegenwart – mit Ausnahme des Toilettentrainings, das als Entwicklungsförderung angesehen werden kann.

¹⁶ Mit Item sind in dieser Studie einzelne Aspekte, zum Beispiel Tätigkeiten, gemeint, die im Rahmen der Abklärung abgefragt werden. In der Regel bestehen thematische Kategorien, denen mehrere Items zugeordnet sind. So ist beim IPZ beispielsweise der Kategorie «An- und Auskleiden» – nebst anderen – das Item «Kleider auswählen und bereitlegen» zugeordnet.

5.1.3 Assistenzbeitrag

Allgemeine Informationen

Der AB wurde 2012 anlässlich der 6. IVG-Revision eingeführt. Den AB können ausschliesslich Personen beanspruchen, die zu Hause leben. Für die Ermittlung des Assistenzbeitrags wurde das Abklärungsinstrument FAKT entwickelt, das in seiner aktuellen Version überarbeitet wurde (FAKT2).

Theoretische Grundlagen

Es liegen keine theoretischen Grundlagen zum Abklärungsverfahren für den AB vor.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

Das primäre Ziel des AB ist die Förderung der Selbständigkeit von Menschen mit Behinderung, die auf eine Assistenz angewiesen sind. Die Lebensqualität der versicherten Personen soll verbessert und es soll die Möglichkeit, eigenständig zu Hause zu wohnen, erhöhen. Zudem kann der AB günstige Voraussetzungen schaffen, damit sich die Personen besser in die Gesellschaft und ins Berufsleben integrieren können. Der AB trägt auch zu einer Entlastung von Angehörigen bei. Der AB ist für Bezügerinnen und Bezüger der HE, die auf regelmässige Hilfe angewiesen sind und zu Hause leben möchten, konzipiert. Auch Minderjährige haben, wenn sie gewisse Bedingungen erfüllen, Anspruch auf einen AB (siehe Abschnitt 2.2.3). AB-Beziehende müssen ihre Unterstützungsleistungen selbst organisieren und abrechnen (Arbeitgeber-Modell).

Im Gegensatz zur HE und dem IPZ werden im FAKT entsprechend der gesetzlichen Ausgestaltung der Leistung mehr Lebensbereiche berücksichtigt: alltägliche Lebensverrichtungen, Haushalt, gesellschaftliche Aktivitäten und Freizeitgestaltung, Kinderbetreuung, gemeinnütziges Engagement, Bildung, Arbeit, Überwachung, Nachtassistenz sowie akute Phasen bei stark schwankendem Hilfebedarf. Folglich wird ein ausgedehnter Blick auf die Lebenssituation der versicherten Personen gerichtet. Der AB ist primär für das Wohnen zu Hause entwickelt worden. Bei einem teilweisen Aufenthalt in einer stationären Einrichtung wird der für Hilfeleistungen anrechenbare Zeitbedarf nach einem festgelegten Berechnungsschlüssel reduziert.

Verfahren und methodische Aspekte

Die Abklärung besteht aus einer Selbst- und einer Fremdeinschätzung. Sind die Voraussetzungen erfüllt, bekommt die antragstellende Person nach der Anmeldung eine Selbstdeklaration zum Ausfüllen. Zunächst geben die versicherten Personen bereits vorhandene Unterstützungsleistungen an und sie werden aufgefordert, ihre Behinderung sowie die Art der benötigten Hilfe in eigenen Worten zu beschreiben. Anschliessend gibt die antragstellende Person pro Lebensbereich für drei bis fünf Tätigkeiten ihren jeweiligen Hilfebedarf an. Dazu verwendet sie ein fünfstufiges System: Stufe 0 bedeutet keinen Bedarf, die versicherte Person ist vollumfänglich selbstständig; Stufe 4 bedeutet die Person ist umfassend und ständig bei allem auf Hilfe angewiesen.

Anschliessend findet bei der versicherten Person zu Hause ein Gespräch mit einer Abklärungsperson der kantonalen IV-Stelle statt (Fremdeinschätzung). Die so gesammelten Informationen werden in das Abklärungsinstrument FAKT eingetragen, das stark standardisiert ist. Das ausgefüllte FAKT dient als Grundlage für die Berechnung der benötigten Assistenzstunden. Erhoben wird auch ein schwankender Hilfebedarf bei auftretenden akuten Phasen. Für die einzelnen Items sind je nach Stufe der Minutenaufwand pro Tag hinterlegt. Mit einer komplexen Berechnung, die für die versicherten Personen kaum nachvollziehbar ist, wird anhand des zeitlichen Gesamtaufwands abzüglich von festgelegten Reduktionen pro Item der monatliche Maximalbetrag für die Assistenz berechnet, wobei sowohl die einzelnen

Tätigkeiten als auch der AB als Gesamtes plafoniert sind. Die Selbstdeklaration kann online ausgefüllt werden und der FAKT ist eine onlinebasierte Webapplikation, die den monatlichen Assistenzbeitrag automatisch anhand der Angaben berechnet.

Inhaltliche Aspekte

Der AB erhebt den individuellen Bedarf an Unterstützungsleistungen einer Person. Das FAKT ist ein defizitbasiertes Abklärungsinstrument. Der individuelle Unterstützungsbedarf in Form von Assistenzleistungen wird anhand von Fragen nach der Art und Häufigkeit der benötigten Hilfe ermittelt. Bei der Bedarfsermessung lehnt sich der AB an gewisse Kategorien der ICF an (Aktivitäten und Partizipation) und zieht den sozialen Kontext einer Person im Vergleich zur HE und dem IPZ stärker mit ein. So werden Fragen nach allfälliger Hilfe in den Bereichen Kinderbetreuung, Arbeit, Aus- und Weiterbildung, gemeinnütziges Engagement, gesellschaftliche Aktivitäten und Freizeitgestaltung gestellt.

Diverses

Der Zeitaufwand für die Selbstdeklaration wird von Person zu Person als sehr unterschiedlich bewertet. Insgesamt wird er aber von unterschiedlichen Quellen als relativ hoch beschrieben. Für die Abklärung vor Ort wird ein Erfahrungswert von etwa eineinhalb bis zwei Stunden angegeben.

Beim AB handelt es sich um eine Subjektfinanzierung. Er wird als pauschaler Stundenansatz (unabhängig der tatsächlich ausbezahlten Löhne) pro anrechenbare Assistenzstunde ausbezahlt, nachdem die versicherte Person monatlich mit einem Formular Rechnung gestellt und die bezogene Assistenz nachgewiesen hat. Für die Berechnung der Assistenzstunden werden nach der Ermittlung des gesamten Hilfebedarfs einer Person Reduktionen (zum Beispiel wegen Aufenthalt in Institutionen, Beistand und Erwachsene im selben Haushalt) sowie Zuschläge (zum Beispiel häufige Begleitung bei Arzt- und Therapiebesuchen) vorgenommen. Auch werden die vom Bundesrat festgelegten Höchstansätze pro Hilfebereich angewendet und die Leistungen der IV (HE, IPZ für minderjährige Versicherte) und der Krankenversicherung abgezogen.

Fazit

Mit dem AB soll Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden. Es handelt sich um ein defizitorientiertes Abklärungsinstrument, das sowohl aus einer Selbst- als auch einer Fremdeinschätzung besteht. Die zahlreichen Lebensbereiche im Haushalt, bei der Erziehung, bei der Arbeit und in der Freizeit ermöglichen ein umfangreiches Gesamtbild der Lebenssituation. Gemäss verschiedenen Quellen ist die Selbstdeklaration teilweise mit einem grösseren Aufwand für die antragstellende Person verbunden. Das Instrument ist insgesamt eher komplex und für die versicherten Personen nur bedingt nachvollziehbar. Der AB weist in Ansätzen eine ICF-Orientierung auf und berücksichtigt teilweise den sozialen Kontext der Personen. Umweltfaktoren spielen für die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs keine Rolle. Erhoben wird mit dem FAKT der IST-Zustand.

Das *abgeänderte FAKT (Assistenzbudget)* (siehe Tabelle 4 weiter unten), das in einigen Kantonen eingesetzt wird, unterscheidet sich nur geringfügig vom FAKT, den die IV-Stellen anwenden. Es wird lediglich an die jeweiligen kantonalen Gesetzgebungen angepasst; zum Beispiel bei zusätzlichen Leistungen, die durch die kantonale Gesetzgebung vergütet werden können.

5.2 Abklärungsinstrumente für Menschen mit Behinderung

Bei den Abklärungsinstrumenten für Menschen mit Behinderung, die nicht von der IV angewendet werden, spielt die Kantonebene eine zentrale Rolle. Es zeigt sich dabei, dass in der Praxis zwischen den Deutschschweizer Kantonen und den Kantonen der lateinischen Schweiz im Rahmen der Verantwortlichkeiten und operativen Umsetzung der Abklärungsverfahren sichtbare Unterschiede bestehen. Während in der deutschen Schweiz Vorgaben darüber bestehen, welche Instrumente für die Finanzierung angewendet werden dürfen, wird in der lateinischen Schweiz die Aufgabe der Abklärung an private Organisationen delegiert (zum Beispiel Behindertenverbände). In einem Kanton können folglich mehrere Akteure auftreten und verschiedene Abklärungsinstrumente zum Einsatz kommen, was Fragen bezüglich der Gleichbehandlung gegenüber Leistungsnutzenden aufwirft. Zudem sind die Abklärungsinstrumente in der lateinischen Schweiz nur bedingt oder gar nicht finanzierungsrelevant. Im letzteren Fall werden Leistungserbringende mit Pauschalfinanzierungen entgolten oder sie beantragen Beiträge für unterstützte Einzelpersonen. In der deutschen Schweiz hat sich für den stationären Bereich beinahe flächendeckend das Instrument Individueller Betreuungsbedarf (IBB) durchgesetzt (siehe Abschnitt 5.2.1) beziehungsweise die Weiterentwicklung IBBplus. Mit dem Verfahren wird standardisiert die Häufigkeit der erbrachten Dienstleistungen in sozialen Einrichtungen erfasst und IBB dient den Kostenträgern als Orientierungsrahmen. Die lateinischen Kantone haben mit OLMIS ein analoges Instrument für den stationären Bereich entwickelt (siehe Abschnitt 5.2.3). Dieses hat sich aber nicht durchgesetzt. Nur in einem Kanton wird OLMIS regelmässig verwendet und ist auch für die Finanzierung bedeutsam.

Im ambulanten Bereich etabliert sich in der deutschen Schweiz zunehmend das ursprünglich aus Deutschland stammende Abklärungsinstrument Individuelle Hilfeplanung (IHP); auch ein Westschweizer Kanton plant die Einführung der IHP (siehe Abschnitt 5.2.6). Einige Kantone sehen vor, zukünftig IHP auch im stationären Bereich zu verwenden. In der Romandie kommen aufgrund des Delegationsverhältnisses unterschiedliche Abklärungsinstrumente zum Einsatz. Bemerkenswert ist zudem, dass wenige kleinere Kantone in der deutschen Schweiz autonom Lösungen im Hinblick auf die Abklärung und Finanzierung von ambulanten Leistungen entwickelt haben. In einem Kanton wurden im Rahmen des kantonalen EL-Gesetzes Finanzierungsmöglichkeiten für Unterstützungsleistungen zu Hause geschaffen, wobei Fachstellen den Bedarf im Auftrag der EL-Stelle abklären.

Insgesamt ist die Verantwortung für die Verwendung der Abklärungsinstrumente in den Kantonen unterschiedlich gelagert: Abklärungen führen soziale Einrichtungen durch, die die Dienstleistungen selbst erbringen; private Behindertenorganisationen, die in der Regel auch die (ambulanten) Angebote anbieten; vom Kanton beauftragte Stellen; vom Kanton neu eingerichtete unabhängige Abklärungsstellen; in einem Kanton ist eine Abklärungsstelle innerhalb der kantonalen Strukturen geplant.

Summarisch sind in Tabelle 3 die verschiedenen Vorgehensweisen der Kantone im stationären und ambulanten Bereich aufgelistet. Die Reihenfolge ist nicht nach Relevanz geordnet und die Vorgehensweisen im stationären und ambulanten Bereich sind in der Tabelle nicht als direkte Gegenüberstellung zu verstehen.

Tabelle 3: Vorgehensweise der Kantone bei der Abklärung und Finanzierung von Dienstleistungen

Stationärer Bereich	Ambulanter Bereich
Kantonale Pauschalfinanzierung ohne Einsatz von Abklärungsinstrumenten	Auf den individuellen Unterstützungsbedarf ausgerichtetes Abklärungsinstrument (Fokus Selbsteinschätzung)
Einsatz von Abklärungsinstrumenten für die Messung der erbrachten Dienstleistungen (Fremdeinschätzung)	Abklärungsinstrumente für die Messung der erbrachten Dienstleistungen (Fremdeinschätzung)
Einsatz von Abklärungsinstrumenten für die Messung der erbrachten Dienstleistungen (Selbst- und Fremdeinschätzung)	Abklärungsinstrumente für die Messung der erbrachten Dienstleistungen (Selbst- und Fremdeinschätzung)
Zukünftig: auf den individuellen Unterstützungsbedarf ausgerichtetes Abklärungsinstrument (Fokus Selbsteinschätzung)	Delegation an private Organisationen ohne Vorgabe der anzuwendenden Abklärungsinstrumente
	Kantonale EL-Finanzierung; Abklärungsinstrumente für die Messung der erbrachten Dienstleistungen (Selbst- und Fremdeinschätzung)

Quelle: Eigene Darstellung

Die Rückmeldungen der Kantone im Rahmen der schriftlichen Befragung zeigen, dass die für den Bereich Behinderung zuständigen kantonalen Abteilungen ihre Praxis mit Blick auf die aktuellen Entwicklungen in der Behindertenhilfe einordnen. Die eigenen Abklärungsinstrumente werden etwa im Hinblick auf die Anforderungen der UN-BRK kritisch beurteilt.

In der folgenden Tabelle 4 werden die in den Kantonen zur Anwendung kommenden Abklärungsinstrumente dargestellt. Anschliessend werden die zum Einsatz kommenden Abklärungsinstrumente analysiert. Nicht alle Verfahren werden im selben Detailgrad beschrieben. Einige Abklärungsinstrumente sind sehr ähnlich, sodass es ausreichend ist, komplementär die spezifischen Merkmale dieser Instrumente zu benennen. Zudem werden die Abklärungsinstrumente teilweise an die kantonspezifischen Bedürfnisse angepasst. Dies trifft insbesondere auf IHP zu. Die jeweiligen kantonalen Eigenheiten werden entsprechend thematisiert.

Tabelle 4: Bedarfsabklärungsinstrumente in den Kantonen

	stationär										ambulanz					
	IBB	IBBplus	ROES	ELADEB	OLMIS	Dispositif JUNORAH	Demande d'accompagnement	IHP	IBB-Wohnbegleitung*	Abgeändertes FAKT	IHP	AmWoBe	MHAVIE	Pro Infirmis BAI		
AG	X										X					
AI	X															
AR	X									X						
BE			X					X ⁺			X ⁺					
BL		X						X ⁺			X					
BS		X						X ⁺			X					
FR				X												
GE																
GL	X															
GR	X	X [^]							X				X	X		
JU						X							X			
LU	X									X						
NE						X							X	X		
NW	X															
OW	X															
SG	X															
SH	X															
SO	X															
SZ	X															
TG	X									X						
TI																
UR	X											X				
VD				X						X			X	X		
VS							X				X ⁺					
ZG	X							X ⁺			X					
ZH	X										X ⁺					

* Bezeichnung von Kanton Graubünden: teilstationär; ⁺ in Planung; [^] Pilotprojekt; Legende: Grau = keine Bedarfsabklärungsinstrumente; Quelle: eigene Darstellung

5.2.1 IBB

Allgemeine Informationen

Das System Individueller Betreuungsbedarf (IBB) wurde vom Kanton Thurgau entwickelt und 2012 in allen Ostschweizer Kantonen eingeführt. Das Instrument kommt in der deutschen Schweiz mittlerweile beinahe flächendeckend zum Einsatz. Beim IBB geht es um die Ermittlung der finanzrelevanten, individuellen Betreuungsleistungen in einer Einrichtung. Das Abklärungsinstrument ist folglich spezifisch für den stationären Bereich entwickelt worden. In zwei Kantonen kommt IBBplus zum Einsatz. In einem Kanton wird eine Weiterentwicklung von IBB für die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs im ambulanten Bereich verwendet.

Theoretische Grundlagen

Es liegen keine theoretischen Grundlagen zum IBB vor.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

Das Abklärungsinstrument dient der Erfassung des aktuell notwendigen, individuellen Betreuungsbedarfs eines Menschen mit Behinderung. Die Grundleistungen einer Einrichtung (Grundbetreuung und Infrastruktur) werden mit IBB nicht erfasst. Diese Elemente werden als Objektfinanzierung entgolten. Das Instrument fokussiert auf die individuellen Betreuungsleistungen, die in stationären Einrichtungen geleistet werden. «Als individuelle Betreuungsleistungen gelten klar benennbare, aktive Tätigkeiten und Handlungen, die stellvertretend für oder gemeinsam mit zu betreuenden Personen ausgeführt werden und die nicht von der betreuten Person allein oder durch Dritte erbracht werden können.» (SODK Ost + ZH 2019, S. 18). Für den Leistungsbereich Wohnen werden mit dem Indikatorenraster die Kategorien Pflege und Ernährung, Bekleidung und Mobilität, Lebenspraktiken, Sicherheit und Stabilität, psychische Beeinträchtigungen und herausfordernde Verhaltensweisen abgedeckt.

Verfahren und methodische Aspekte

Bei IBB stehen vier unterschiedliche und standardisierte Bögen für die Erfassung des individuellen Betreuungsbedarfs zur Verfügung. Von der Angebotsseite her werden Wohnen und Tagesstruktur (Arbeit/Tagesgestaltung) unterschieden. Von der Seite der Klientinnen und Klienten her werden Personen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung sowie Personen mit psychischer und/oder Suchtbehinderung unterschieden. Der individuelle Betreuungsaufwand wird in verschiedenen Items mit Punkten nach Häufigkeiten quantifiziert. Dafür kommen fünf Stufen zur Anwendung (Stufe 0: selten, 1 bis 2 mal pro Monat; Stufe 4: sehr oft, mehrmals täglich). Die Werte können nicht in absolute Stundenwerte übersetzt werden. Im Bereich Wohnen findet eine Einstufung in fünf und im Bereich Tagesstruktur in sieben Themenbereichen statt. Besucht die Person neben dem Wohnen noch eine Tagesstruktur, dann müssen zwei getrennte Bögen ausgefüllt werden.

Mit IBB wird der IST-Zustand erhoben. Eine Zukunftsperspektive besteht nicht. Vielmehr ist die Beurteilung rückwärtsgewandt, da sie auf die bisherigen Erfahrungen der Fachpersonen bei der Betreuung der jeweiligen Klientinnen und Klienten basiert. Das Verfahren für die Anpassung sowie Überprüfung der IBB-Einstufung wird von den Kantonen festgelegt. Dieses kann etwa durch die zuständige kantonale Behörde sowie mittels Prüfungen vor Ort bei den sozialen Einrichtungen durch unabhängige Überprüfungsstellen erfolgen (Kanton Zug 2021, S. 6). Die einzelnen Punkte für die Items führen zu einer IBB-Gesamtstufe zwischen 0 und 4. In den Kantonen werden unterschiedliche Anwendungen für die Erfassung der Leistungen eingesetzt. So bestehen etwa Webtools für die sozialen Einrichtungen oder es werden Excel-Tabellen verwendet.

Inhaltliche Aspekte

Da IBB die erbrachten Dienstleistungen misst, ist es ein defizitbasiertes Instrument. Ressourcen oder Entwicklungspotenziale der Klientinnen und Klienten werden nicht erfasst. Umweltfaktoren bleiben unberücksichtigt. Der soziale Kontext wird im Bogen für das Wohnen mit dem Themenbereich «Lebenspraktiken» geringfügig berücksichtigt. So können die Aspekte soziale Integration oder Freizeitaktivitäten erhoben werden. Zudem wird der Bogen von den Fachpersonen ausgefüllt (Fremdeinschätzung). Die Klientinnen und Klienten haben keine Mitsprache. Eine Orientierung an die ICF findet nicht statt.

Diverses

Der IBB-Bogen ist eher unkompliziert und kann mit relativ geringem zeitlichem Aufwand ausgefüllt werden. Massgebend für die Gesamteinstufung des Betreuungsbedarfs ist die ermittelte IBB-Stufe in Kombination mit dem Grad der Hilflosigkeit nach der HE. So führt eine IBB-Einstufung 3 in Kombination mit einer Stude schwer bei der Hilflosigkeit zu einer Gesamteinstufung 4 gemäss IBB.

Fazit

Der IBB ist ein einfach anwendbares und breit abgestütztes Instrument, welches die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Einrichtungen und Leistungsfinanzieren ermöglicht. Problematisch ist, dass das Instrument defizit- sowie leistungsorientiert ist und auf Fremdeinschätzungen basiert. Zudem stellt sich die Frage, ob die Angabe der Häufigkeit die fachliche Leistung angemessen abbilden kann, da die Intensität und Dauer der Intervention nicht erfasst wird. Aufseiten der Menschen mit Behinderung werden weder Fähigkeiten noch der individuelle Bedarf von einzelnen Klientinnen und Klienten berücksichtigt. Gegenwärtige und künftige Lebenssituationen für eine Bedarfsplanung können mit dem IBB deshalb nicht eingeschätzt und erfasst werden.

IBBplus, IBB-Wohnbegleitung

Es werden noch zwei weitere IBB-Varianten in der Schweiz verwendet: einerseits IBBplus und andererseits IBB-Wohnbegleitung.

Mit IBBplus wurde das Abklärungsinstrument IBB um eine Selbsteinschätzung erweitert. IBBplus wird für den stationären Bereich eingesetzt. Es wird bei der Anwendung zuerst eine Fremdeinschätzung vorgenommen und im Anschluss wird diese den abgeklärten Personen zur Verfügung gestellt. Die Person mit Behinderung kann den Fragebogen und das Ergebnis der Bedarfsermittlung einsehen und die Fremdeinschätzung mit einer Selbsteinschätzung ergänzen. Die verschiedenen Fragebogentypen werden für die Selbsteinschätzung auch in Leichter Sprache zur Verfügung gestellt.

IBB-Wohnbegleitung ist ein kurzer Abklärungsfragebogen, der in Form einer Fremdeinschätzung zum Einsatz kommt. Das Instrument dient zur Abklärung der benötigten ambulanten Dienstleistungen beim Wohnen zu Hause. Folgende fünf «Indikatoren für Unterstützung» werden berücksichtigt: Körperpflege, Haushalt, Ernährung; individuelle Anforderungen; Lebenstechniken; Umgang mit Behinderung, Krankheit; Verhalten, Sucht und psychische Beeinträchtigung. Der soziale Kontext wird teilweise erhoben, indem zum einen die Anforderungen am Arbeitsplatz und zum anderen Themen wie soziale Kontakte oder Freizeitgestaltung berücksichtigt werden. Das Instrument hat auch einen Zukunftsaspekt: Ein Item bezieht sich auf die individuelle Förderplanung und deren Umsetzung. Wie bei IBB wird bei den einzelnen Items eine Punktevergabe nach der Häufigkeit der benötigten Unterstützungsleistung zwischen 0 und 4 vollzogen. Fakultativ kann auch ein «Kommentar zum Fall» verfasst werden. Dafür steht ein offenes Feld im Abklärungsbogen zur Verfügung.

5.2.2 ROES

ROES steht für Ressourcenorientiertes Einschätzungssystem für die Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit von erwachsenen Behinderten im Wohnbereich. Das Instrument wird in einem Kanton im stationären Bereich angewendet. Es deckt folgende Lebensbereiche ab: Grundpflege und hygienische Massnahmen, Ergänzende Gesundheitspflege; Essen, Trinken; Bekleidung; Mobilität; Lebenspraktische Fähigkeiten; Freizeit; Selbstkompetenz und Sozialkompetenz. Anders als der IBB geht ROES von einem abweichenden konzeptionellen Ausgangspunkt aus: Im Fokus sollen die Ressourcen und Fähigkeiten der Menschen mit Behinderung stehen. Dafür wird eine Beurteilungspraxis nach dem Normalisierungsprinzip postuliert: Was kann (Fähigkeit) der Mensch mit Behinderung, wenn die bestehende Betreuung durch das Heimpersonal wegfällt? Damit weist das Instrument Parallelen zu OLMIS auf (siehe Abschnitt 5.2.3). Für die Abklärung wird kein definiertes Zeitraster beigezogen, da der Zeitaufwand je nach Zusammensetzung der Wohngruppe und der Art der zu leistenden Betreuung als sehr unterschiedlich beurteilt wird. Der effektive Abklärungsprozess unterscheidet sich aber kaum von IBB: Bei ähnlichen Verrichtungen werden als Fremdeinschätzung Punkte von 0 (zum Beispiel: keinerlei Hilfestellung/selbständig) bis 4 (zum Beispiel: umfassende Hilfe/unmöglich) vergeben.

5.2.3 OLMIS

Allgemeine Informationen

OLMIS (Outil Latin de Mesure de l'Intensité des Soutiens) wurde 2010 als Folge einer Evaluation der Instrumente EFEBA (Evaluation Fribourgeoise En Besoin d'Accompagnement) und ARBA (Analyse des Besoins d'Aide) durch die folgenden lateinischen Kantone erstellt: Freiburg, Jura, Neuenburg, Wallis und Tessin. Als Ergebnis der vorangehenden Evaluation sollte der Fokus vom Bedarf auf die Unterstützung übergehen. Die Instrumente EFEBA und ARBA bemessen das Ausmass des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung, die in Institutionen leben (Pomini/Gebel 2010). Mit OLMIS wird hingegen die Intensität der zu leistenden Unterstützung bestimmt, die für eine Person aufgrund der Schwere der Behinderung, den Anforderungen ihres jeweiligen Umfelds und ihrer Präsenz in diesem Umfeld erforderlich wird (Capelli et al. 2019, S. 5). Eine Version 2.0 wurde 2019 eingeführt. OLMIS ist auf Französisch und Italienisch verfügbar.

Theoretische Grundlagen

OLMIS orientiert sich am Diskurs der Normalisierung und stützt sich auf die Grundsätze der 10. Revision zur Definition der mentalen Retardierung durch die American Association on Mental Retardation (AAMR). Zudem wurden Elemente des von Greenspan (1981) entwickelten Modells zu den sozial-kognitiven Fähigkeiten beigezogen. Wie im OLMIS-Handbuch beschrieben, soll gemäss dem Normalisierungsprinzip «jede Person Zugang zu Lebensweisen und -bedingungen haben, die so nahe wie möglich bei den gesellschaftlich üblichen Lebensnormen und -weisen liegen» (Capelli et al., S. 5). Das Ziel des Normalisierungsprozesses ist es, allen Menschen zu ermöglichen, eine vollständige Unabhängigkeit und soziale Integration zu erreichen. Dabei wird das Funktionieren der Person in Bezug auf ihre Beziehung zu ihrer eigenen Umwelt betrachtet.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

Mit den standardisierten OLMIS-Rastern soll die Intensität der Unterstützungsmassnahmen, die der Person bei der Grundpflege, der sozialpädagogischen und/oder der sozialberuflichen Begleitung gewährt wird, erfasst werden. Folglich unterscheidet sich OLMIS von IBB, das ebenfalls für den stationären Bereich konzipiert wurde, aber die Häufigkeit der erbrachten Dienstleistungen misst. Für die Kostenträger ist OLMIS vor allem ein Instrument, das Indikatoren für die Mittelzuweisung an die

Einrichtungen liefert, dass die Überprüfung der Zweckmässigkeit der erbrachten Leistungen ermöglicht sowie einen Überblick über die Angebotslandschaft verschafft und somit auch als Grundlage für die Versorgungsplanung dienen kann (ebd., S. 6). Es bestehen drei unterschiedliche standardisierte Bögen für die Leistungsbereiche Wohnen, Werkstatt und Tagesstätte.

Das Raster für das Wohnen ist in vier Bereiche unterteilt: praktische Umsetzungskompetenzen, emotionale und soziale Kompetenzen, kognitive und kommunikative Kompetenzen, physische und Handlungskompetenzen. Diese vier Bereiche sind wiederum jeweils in fünf Items aufgegliedert. Alle Items orientieren sich am Normalisierungsprinzip, der als Bewertungsrahmen für die Erfassung der Intensität der fachlichen Intervention dient.

Verfahren und methodische Aspekte

OLMIS misst die Intensität der Unterstützung, wobei die Einstufung durch die Fachpersonen erfolgt (Fremdeinschätzung). Die Einschätzung der Intensität der Unterstützungsleistungen soll sich am Normalisierungsprinzip ausrichten: Es geht darum zu beurteilen, wie stark die Intervention ausgeprägt sein muss und effektiv geleistet wird, um das Normalisierungsprinzip zu erreichen. Dafür besteht eine Skala von 0 bis 4 (0 Punkte: keine Unterstützung; 1 Punkt: Anstoss und/oder Schlusskontrolle; 2 Punkte: Anweisung und Überwachung des Ablaufs; 3 Punkte: Anleitung und/oder partielle physische Hilfe; 4 Punkte: ständige Betreuung und/oder Vertretung). Jedes Item in den vier Themenbereichen besitzt eine Definition des jeweiligen Normalisierungsprinzips, das als Bezugspunkt für die Bewertung dient. Die Definition bezieht sich grundsätzlich auf die Aktivität beziehungsweise die Kompetenz und abstrahiert vom stationären oder ambulanten Kontext. So lautet exemplarisch eine Bestimmung: «Kann seine Bedürfnisse und Emotionen über eine oder mehrere angemessene verbale und/oder non-verbale Mittel ausdrücken.» (ebd., S. 19). Zudem können die Items je nach den spezifischen Unterstützungsbedürfnissen gewichtet und mit den Faktoren 1, 2 oder 3 multipliziert werden. Die beurteilende Person muss die Klientin oder den Klienten mindestens seit drei Monaten kennen. Um die Unparteilichkeit der Ergebnisse zu fördern, wird empfohlen, dass auch eine zweite Fachkraft, die den Menschen mit Behinderung ebenfalls gut kennt, die OLMIS-Bewertung durchführt. Besucht die Person neben dem Wohnen noch eine Tagesstruktur, dann müssen zwei getrennte Bögen ausgefüllt werden.

Zum Schluss werden die gewichteten Punkte in einer komplexen Berechnung mit gewichteten Betreuungstagen zusammengerechnet. Dabei werden sowohl die Phasen des Aufenthalts in einer Einrichtung (zum Beispiel intensivere Integrationsphase bei einem Neueintritt in eine Einrichtung) als auch die Tageszeiten unterschiedlich gewichtet. Die ermittelte Zahl ist der OLMIS-Endscore. Die OLMIS-Bewertung wird in der Regel alle drei Jahre durchgeführt. Eine Bewertung wird bei jeder Neuaufnahme nach drei Monaten ab Beginn der Unterbringung durchgeführt oder wenn sich die Situation einer Person mit Behinderung wesentlich ändert. Ein digitales Tool besteht nicht.

Inhaltliche Aspekte

Grundsätzlich ist das Abklärungsinstrument defizitorientiert, weil es die Unterstützungsleistungen bemisst. Allerdings wird mit dem Normalisierungsprinzip ein Bezugspunkt angewendet, der von der vollständig autonomen Kompetenz ausgeht. Entsprechend beziehen sich die Themenbereiche auf Fähigkeiten, wobei angegeben wird, welche behinderungsbedingte Unterstützungsleistung notwendig ist, um eine Kompetenz im Sinne der Normalisierung auszuführen. OLMIS orientiert sich nicht explizit an der ICF, aber die Werthaltung, die dem Abklärungsinstrument zugrunde liegt, weist Parallelen zum Konzept der Funktionsfähigkeit auf.

Ressourcen oder Entwicklungspotenziale spielen bei OLMIS keine Rolle. Umweltfaktoren ausserhalb der stationären Einrichtung werden nicht einbezogen. Mit dem «Bereich der emotionalen und sozialen Kompetenzen» wird geringfügig auf den sozialen Kontext eingegangen, wobei insbesondere die Kompetenz «Beziehungen», die Fähigkeiten, soziale Kontakte zu knüpfen und Beziehungen einzugehen und zu pflegen fokussiert. Da der Bogen von den Fachpersonen ausgefüllt wird, besteht für die Menschen mit Behinderung keine Möglichkeit der Selbsteinschätzung und Mitbestimmung. Es wird der IST-Zustand anhand der in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen bei der Unterstützung bemessen.

Diverses

OLMIS ist ein relativ einfach anwendbares Instrument für Fachpersonen, wobei die Berechnung des Endscores anspruchsvoll ist.

Fazit

OLMIS wurde für den stationären Bereich konzipiert und hat sich in mehreren Kantonen, in denen es entwickelt wurde, nicht etabliert. Das Instrument fokussiert auf die fachliche Unterstützung und nicht auf die individuellen Bedürfnisse der Leistungsempfängenden. Zudem beruht OLMIS auf die Fremdeinschätzung der Fachpersonen. Fähigkeiten oder Entwicklungspotenziale der Klientinnen und Klienten werden nicht erfasst. Für die Durchführung der Abklärung müssen die beurteilenden Personen mit dem Konzept der Normalisierung vertraut sein.

5.2.4 ELADEB

Allgemeine Informationen

ELADEB (Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins) ist das Ergebnis einer mehrjährigen Entwicklungsarbeit der Psychologen der Rehabilitationsabteilung des Departements für Psychiatrie der Universität Lausanne. Es kann in einer Vielzahl von klinischen Umgebungen eingesetzt werden. Derzeit wird ELADEB in der französischsprachigen Schweiz und insbesondere in Frankreich angewendet. Es ist kein direkt finanzierungsrelevantes Instrument, es wird aber in einigen Kantonen zur Erhebung des Bedarfs von Menschen mit psychischer Behinderung verwendet. Das Instrument ist interessant, weil es einen innovativen partizipativen Ansatz verwendet.

Theoretische Grundlagen

Das Instrument baut auf die Instrumente Need For Care Assessment Schedule (NFCAS) (Brewin et al. 1987) und dem Camberwell Assessment of Need (CAN) (Phelan et al. 1995) auf. Das Abklärungsinstrument orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung und weist somit Bezüge zur ICF auf.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

Das Abklärungsinstrument wird bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung am Anfang eines Rehabilitationsprozesses angewendet. Es dient der Entwicklung einer gezielten psychosozialen Behandlung. Es eignet sich zudem für Personen mit geringen verbalen Fähigkeiten. Mit ELADEB können Probleme und Bedürfnisse von Klientinnen und Klienten in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche erfasst werden, für die sie sich (zusätzliche) Unterstützung wünschen.

Das Abklärungsinstrument deckt verschiedene Lebensbereiche ab. Sie lassen sich in vier Domänen unterteilen: Lebensbedingungen (zum Beispiel Finanzen oder Arbeit), alltägliche Handlungen (zum Beispiel Haushalt oder Freizeit), Beziehungen (zum Beispiel Familie oder Bekanntschaften),

Gesundheit (zum Beispiel Ernährung oder körperliche und psychische Gesundheit). Die Themen Religion und Sexualität können optional abgefragt werden. Das Abklärungsinstrument kann sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich angewendet werden.

Verfahren und methodische Aspekte

Das Abklärungsverfahren erfolgt mit einem Kartenset. Das ELADEB-Kit enthält einen Satz von 20 Karten, mit denen die 20 zu bewertenden Lebensbereiche illustriert werden. Dazu kommen zwei Sätze von Etiketten: Mit dem einen Set können Problembereiche angegeben werden, mit dem anderen entsprechende Bedarfe.

Die Abklärung findet anhand einer Selbst- und Fremdeinschätzung in Form eines Gesprächs beziehungsweise eines halbdirektiven Interviews statt. In einem ersten Schritt werden die bebilderten Karten zu den Lebensbereichen sortiert. Auf die eine Seite kommen die Lebensbereiche, in denen für die Personen aus eigener Sicht ein Problem beziehungsweise ein Unterstützungsbedarf besteht, auf die andere Seite werden die Karten mit den Lebensbereichen abgelegt, bei denen aus Sicht der befragten Personen keine Schwierigkeiten bestehen. In einem zweiten Schritt werden die Lebensbereiche, die als problematisch eingestuft wurden, bewertet. Hier kommen die Etiketten zum Einsatz. Mit dem einen Set kann mit drei Stufen angegeben werden, wie schwerwiegend das Problem ist (wenig bedeutsam, bedeutsam, sehr bedeutsam). Mit dem anderen Set kann die Dringlichkeit der Unterstützung mit einem zeitlichen Bezug angegeben werden (nicht dringlich, mehr als drei Monate; mittlere Dringlichkeit, ein bis drei Monate; dringend, innerhalb von 30 Tagen). Während der Bewertung kann eine Diskussion zwischen der Fachperson und der Klientin oder dem Klienten entstehen. Bei dem Gespräch geht es darum, den Kontext, motivationale Ressourcen sowie die Ziele der betroffenen Person besser nachvollziehen zu können. Die Abklärungsperson füllt dabei den Bewertungsbogen aus und nimmt eine quantitative Bewertung der Intensität, des Schweregrads und der Dringlichkeit des Problems mit den Stufen 0 bis 3 sowie eine qualitative Bewertung in Form von Notizen vor. Das Gespräch ist jedoch nicht zwingend. Das Sortieren der thematischen Karten ermöglicht eine Erfassung der Schwierigkeiten und des gewünschten Unterstützungsbedarfs aus Sicht der abzuklärenden Person.

Bei ELADEB kommen neben dem Bewertungsbogen für die digitale Übertragung der Ergebnisse Excel-Dateien zum Einsatz.

Inhaltliche Aspekte

Mit ELADEB wird der Unterstützungsbedarf aus der Perspektive der Personen erhoben. Die Selbsteinschätzung spielt eine bedeutende Rolle. Das Abklärungsinstrument weist insgesamt eine Defizitorientierung auf, da der Fokus auf den Problemen und deren Dringlichkeit gerichtet wird. Der soziale Kontext wird durch einige Lebensbereiche einbezogen. Umweltfaktoren und Entwicklungspotenziale spielen im Rahmen der Bewertung keine Rolle. Sie können aber im Gespräch mit der Fachperson thematisiert werden. Eine Orientierung an den Inhalten der ICF ist im Rahmen des Modells von Behinderung erkennbar.

Diverses

Der Zeitaufwand ist grundsätzlich gering. Das Sortieren der Karten dauert zwischen fünf und zehn Minuten. Die Abklärungsdauer kann allerdings je nach Gesprächsverlauf variieren und bis zu einer Stunde oder länger dauern. Trotz der scheinbaren Einfachheit von ELADEB erfordert die korrekte Anwendung ein Mindestmass an Schulung.

Fazit

ELADEB ist durch die Karten illustrativ und aktivierend. Das Instrument ist einfach in der Anwendung, der Zeitaufwand ist gering und wird vornehmlich zu Beginn einer psychosozialen Behandlung eingesetzt (ohne Finanzierungsrelevanz). Es bezieht sich primär auf die Probleme einer Person und will in Erfahrung bringen, wo aus Sicht der abgeklärten Person (zusätzliche) Unterstützung benötigt wird. Im Unterschied zu den anderen analysierten Abklärungsinstrumenten dient ELADEB einer ersten Situationsanalyse und ist nicht direkt an Leistungen geknüpft. Aufgrund seines innovativen Ansatzes ist es aber auch im Sinne eines eigenständigen Zugangs für die Selbsteinschätzung beachtenswert.

5.2.5 MHAVIE

Allgemeine Informationen

MHAVIE (Mesure des Habitudes de VIE) ist Ende der 1990er Jahre entstanden und wird vom kanadischen Réseau international sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH) betreut. Mittlerweile besteht die vierte Version des Instruments MHAVIE 4.0. Das Instrument wird in mehreren Kantonen der Romandie für die Bedarfserhebung im ambulanten Bereich angewendet und dient der Erhebung der Lebensgewohnheiten. Das Instrument liegt in französischer und englischer Sprache vor.

Theoretische Grundlagen

MHAVIE ist im Zuge eines Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe entstanden. Das Instrument basiert auf dem Modell MDH-PPH2 (Modèle de développement humain – Processus de production du handicap), das Behinderung als das Ergebnis einer Situation, die sich aus der Interaktion zwischen persönlichen und umweltbezogenen Faktoren ergibt, versteht (Fougeyrollas et al. 1998). Die ICF fundiert dieses Konzept. Bezugsrahmen für das Instrument ist die soziale Teilhabe. Soziale Teilhabe ist dann gegeben, wenn die volle Verwirklichung der Lebensgewohnheiten, die sich aus der Interaktion zwischen persönlichen Faktoren (Beeinträchtigungen und andere persönliche Merkmale) und Umweltfaktoren (Ermöglichung und Hindernisse) ergibt, erfüllt ist. Für die Bewertung der sozialen Teilhabe werden sowohl die alltäglichen Aktivitäten als auch die sozialen Rollen von Menschen mit Behinderung betrachtet.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

MHAVIE ermöglicht die Bestimmung des Grads der Verwirklichung und die damit verbundene Zufriedenheit bei der Durchführung von Lebensgewohnheiten. Ziel ist es, eine Reihe von potenziellen Behinderungssituationen zu erfassen und in personalisierte Projekte zu übersetzen, um die eigenen Kompetenzen zu erweitern sowie die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu fördern. Dazu wird zu den einzelnen Items entsprechend der Grad der Realisation erfasst. MHAVIE bezieht sich nicht allein auf das Wohnen, sondern umfasst verschiedene Elemente der Teilhabe mit Blick auf den Sozialraum und den sozialen Kontext der Personen. Verschiedene Kategorien decken diese Dimensionen ab (Verantwortung, Gemeinschaftsleben, zwischenmenschliche Beziehungen, Ausbildung, Arbeit, Freizeit). Die Lebensgewohnheiten werden dabei unterteilt in alltägliche Aktivitäten (zum Beispiel kommunizieren, sich fortbewegen) und soziale Rollen (zum Beispiel einer Arbeit nachgehen oder studieren).

Verfahren und methodische Aspekte

MHAVIE wird von den Menschen mit Behinderung selbst beantwortet (Selbsteinschätzung), wobei sie bei Bedarf dabei unterstützt werden können. Es gibt einen Bogen für Erwachsene, einen Bogen für

Kinder und Jugendliche bis 13 Jahre und einen Bogen für Kinder bis 4 Jahre. Die Bögen orientieren sich an der Lebenssituation der jeweiligen Zielgruppe. Der Erhebungsbogen für Erwachsene basiert auf 12 Kategorien mit mehreren Items: Ernährung, Körperkondition, Körperpflege, Kommunikation, Wohnen, Mobilität, Verantwortung, zwischenmenschliche Beziehungen, Gemeinschaftsleben, Bildung, Arbeit und Freizeit. Zunächst gibt die Person an, ob eine Lebensgewohnheit erfüllt ist, diese nicht realisiert ist oder für die Person nicht relevant ist. Dann wird mit einer Skala angegeben, ob und welche Unterstützung bei der Lebensgewohnheit benötigt wird. Das Gelingen der Lebensgewohnheit reicht von optimaler Fähigkeit bis hin zu vollständiger Unterstützung. Dann wird der Grad der Leichtigkeit oder Schwierigkeit bei der Durchführung der Lebensgewohnheit angegeben. Bei diesen Bewertungen sollen sowohl die persönlichen Beeinträchtigungen als auch Umweltfaktoren, wie Barrieren, berücksichtigt werden. Die Items werden auch nach dem Grad der persönlichen Zufriedenheit bei der Realisierung der Lebensgewohnheit bewertet. Hinter jeder Antwort verbirgt sich eine Nummer zwischen 0 und 10, wobei 10 einen sehr hohen Unterstützungsbedarf angibt. Für die Kalkulation des Endscores bietet die RIPPH eine digitale Applikation an. Bei den einzelnen Themen im Fragebogen bestehen auch freie Räume, um zusätzliche Kommentare anbringen zu können.

Inhaltliche Aspekte

MHAVIE kann dazu verwendet werden, um die individuellen Unterstützungsbedarfe in verschiedenen Lebensbereichen zu erheben und im Sinne einer Zielorientierung die Ermöglichung einer besseren Realisierung der Lebensgewohnheiten zu fördern. Entsprechend können mit der Anwendung des Instruments auch individuelle (Entwicklungs-) Projekte geplant werden. Das Instrument ist ressourcenbasiert, da es die Bewältigung von Lebensgewohnheiten prüft und dabei sowohl persönliche als auch Umweltfaktoren berücksichtigt, die förderlich oder hinderlich sind bei der Ausübung. Folglich nimmt MHAVIE den sozialen Kontext in den Blick und interessiert sich für die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderung in unterschiedlichen sozialen Rollen. MDH-PPH2 gründet auf die ICF, sodass bei MHAVIE Bezüge zum ICF bestehen, die sich vor allem im Konzept von Behinderung zeigen.

Diverses

Das Instrument ist relativ umfangreich, weil es viele Items besitzt. Es ist aber einfach auszufüllen, sodass der Aufwand für die Menschen mit Behinderung nicht sonderlich hoch sein dürfte.

Fazit

MHAVIE ist ein Messinstrument zur Verwirklichung von Lebensgewohnheiten, das nicht direkt mit einer Finanzierung in Zusammenhang steht. Für ambulante Dienstleistungen eignet es sich sehr gut, weil es vor allem auf Veränderungen abzielt, um Menschen mit Behinderung zu befähigen und/oder das Lebensumfeld von Menschen mit Behinderungen an deren Plänen und Bedürfnissen anzupassen. MHAVIE beruht auf die Selbsteinschätzung. Es bezieht Umweltfaktoren und den sozialen Kontext mit ein und versteht diese auch als potenzielle Determinanten für die Behinderung.

5.2.6 IHP

Allgemeine Informationen

Die Individuelle Hilfeplanung (IHP) stammt aus dem deutschen Bundesland Rheinland-Pfalz, in welchem das Instrument bereits seit 2004 eingesetzt wird. In Deutschland kommen mittlerweile verschiedene Instrumente flächendeckend zum Einsatz, die mit der IHP verwandt sind und diesem stark ähneln. Nebst der IHP Rheinland ist insbesondere auch der Integrierte Teilhabeplan (ITP) verbreitet.

In der Schweiz wird die IHP seit 2017 in einer adaptierten Version in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft eingesetzt. Inzwischen wurde das Instrument in weiteren Kantonen eingeführt und weitere Kantone, vornehmlich in der deutschen Schweiz, planen zukünftig die Einführung der IHP.

Theoretische Grundlagen

Die IHP orientiert sich an der ICF und basiert auf dem Konzept der Funktionalen Gesundheit. Zudem berücksichtigt das Instrument die UN-BRK. In Anlehnung an die Methode der persönlichen Zukunftsplanung entspricht die IHP einem personenzentrierten Ansatz.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

Die IHP kann für alle Menschen mit einer Behinderung eingesetzt werden. Mit dem Instrument wird das Ziel, die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung zu fördern, verfolgt. Im Rahmen einer Planung können individuelle Ziele anvisiert werden. Das Instrument rückt die Selbstbestimmung, die Ziele und Wünsche sowie den Kontext des Menschen mit Behinderung in den Fokus. Es geht davon aus, dass ein Mensch je nach Lebensumständen respektive Kontext unterschiedliche Unterstützung benötigt.

Das Instrument ist vor allem für den ambulanten Bereich konzipiert, zukünftig soll es in einigen Kantonen auch im stationären Bereich zur Anwendung kommen. Es erfasst auf der einen Seite die momentane Bedarfs- und Betreuungssituation, schaut auf der anderen Seite aber auch in die Zukunft. Im Rahmen der Abklärung setzt sich die Person mit einer Behinderung zusammen mit Unterstützungspersonen persönliche Ziele, um ihre Lebensform selbstbestimmt und (bei Bedarf) teilhabeorientiert zu gestalten. In einer gemeinsamen Planung werden Unterstützungsmassnahmen definiert, die den Zielen entsprechen. So können der Person mit Behinderung von Beginn an die individuell passenden Unterstützungsformen vermittelt werden.

Die IHP (Rheinland) fragt nach Lern- und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben. Das Instrument orientiert sich folglich an den neun Lebensbereichen im Sinne der ICF.

Verfahren und methodische Aspekte

Es handelt sich um ein qualitatives Instrument, das heisst, aufgrund von qualitativen Beschreibungen wird die Unterstützung zeitlich quantifiziert. Damit kommt den Abklärungsfachleuten eine grosse Bedeutung zu. Sie müssen interpretieren, beurteilen und Schlüsse ziehen. Das Instrument besteht aus einem mehrteiligen Bogen. Dieser wird von der Person mit Behinderung zusammen mit allfälligen Unterstützungspersonen ausgefüllt. Die konkreten Massnahmen oder Leistungen zur Deckung des Bedarfs (respektive der Lebensziele der Person) und ihre Quantität werden, wenn möglich, von der Person mit Behinderung selbst eingeschätzt und dann von der Abklärungsfachperson überprüft, respektive von der Abklärungsfachperson zusammen mit der Person mit Behinderung eingeschätzt. Die Massnahmen müssen weder durch einen professionellen Anbieter erbracht werden, noch müssen sie zwingend finanziell abgegolten werden.

Inhaltliche Aspekte

Die IHP beinhaltet die Erfassung der aktuellen Lebenssituation (momentane Bedarfs- und Betreuungssituation) sowie die Leitziele, die sich darauf beziehen, wie die Person ihr Leben führen möchte. Die erbrachte Dienstleistung ist nach Einsatzbereich unterschiedlich (CH und D). In der Schweiz wird in der Regel zwischen Assistenzleistungen und Fachleistungen unterschieden. Mit Blick auf die

formulierten Ziele spielen auch die persönlichen und externalen Ressourcen eine wichtige Rolle. Im Fokus steht dabei, was die Person möchte und welche Anteile sie selbst, respektive mit Unterstützung erreichen kann. Der bereits bestehende fachliche sowie der persönliche Kontext wird berücksichtigt. Die vorhandenen Unterstützungsleistungen des Umfeldes werden in die Abklärung einbezogen. Mit der IHP wird letztlich der individuelle Unterstützungsbedarf erfasst, den die Person braucht, um das Leben zu führen, das sie möchte.

Diverses

Der Aufwand für das Abklärungsverfahren kann als mittel bis hoch eingeschätzt werden, da die Beurteilung aus drei unterschiedlichen Perspektiven erfolgt (Mensch mit Behinderung, eventuell Person aus dem betreuenden Umfeld und Abklärungsperson). Für die Einstufung werden keine weiteren Instrumente beigezogen.

Fazit

Die IHP ist ein zukunftsorientiertes, qualitativ-methodisches, sozialpädagogisches Instrument, das die wichtigsten Grundsätze der UN-BRK aufnimmt und vorwiegend für eine ambulante Hilfe- und Teilhabeplanung eingesetzt wird. Die Selbstbestimmung und der individuelle Bedarf von Menschen mit einer Behinderung stehen bei diesem Instrument an erster Stelle. Die Abklärungsperson oder -stelle nimmt bei der Anwendung des IHP eine zentrale und wichtige Rolle ein. Bei der IHP stellt sich die Frage, inwiefern es angebracht ist, Menschen nach ihren persönlichen Wünschen und Zielen zu befragen. Dies kann auch als unangemessener Eingriff in die Privatsphäre gedeutet werden.

Unterscheidungsmerkmale der in der Schweiz verwendeten IHP

Die von den Kantonen verwendeten IHP unterscheiden sich teilweise. Ein Unterscheidungsmerkmal ist der Anteil an offenen Fragen. In drei Kantonen werden im Fragebogen vornehmlich offene Fragen gestellt. In zwei anderen Kantonen werden hingegen auch viele geschlossene Fragen gestellt, wobei diese mehr der Erfassung des Kontexts dienen und nicht in die konkrete Bedarfsermittlung miteinfließen. In einem Kanton richtet sich die IHP stark an den Lebensbereichen der ICF aus. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal ist die Anzahl Fragebogen. Ein Kanton verwendet beispielsweise zwei Fragebogen, einen für den Bereich Wohnen und einen weiteren für den Bereich Arbeit. Beide Fragebogen stehen in Leichter Sprache zur Verfügung; ein Angebot, das nicht in jedem Kanton vorliegt. Unterschiedlich fällt auch die Länge der verwendeten IHP aus. Sie umfassen acht bis 20 Seiten. Die kürzeren IHP beinhalten vor allem offene Fragen, die längeren auch viele geschlossene, detailliertere Fragen.

5.2.7 BAI (Ursprünglich DDP)

Mit BAI (Arbeitsinstrument zur Bedarfsabklärung) kann der benötigte Unterstützungsbedarf von Erwachsenen und Minderjährigen (separates Abklärungsinstrument), die zu Hause selbständig wohnen möchten, abgeklärt werden. Es deckt folgende sechs Lebensbereiche ab: Ernährung, Körper, Wohnen, Pflichten, Ausbildung und Arbeit sowie soziale Teilhabe. Je nach Item wird im standardisierten Selbstevaluationsbogen (Vorabklärung) angegeben, ob die Person die Tätigkeit selbst erfüllen kann, ob bei einer Tätigkeit Schwierigkeiten bestehen, Hilfe benötigt wird und wie hoch der Zeitaufwand ist beziehungsweise wie häufig der Bedarf auftritt. Zudem wird der Lernwunsch der Menschen mit Behinderung berücksichtigt. Personen, die sich eine tägliche Verrichtung aneignen möchten, erhalten dafür die benötigten Stunden. Das Instrument hat folglich eine Zukunfts- und Entwicklungsperspektive eingebaut.

Das Abklärungsinstrument besteht aus einer Selbsteinschätzung in Form eines Selbstevaluationsfragebogens und einer Fremdeinschätzung in Form eines Gesprächs. Für das Abklärungsgespräch wird ein Abklärungsformular zu den sechs Lebensbereichen sowie ein Fragebogen mit persönlichen Informationen zur Eruiierung des Autonomiegrades der Person verwendet. Die Fremdeinschätzung findet bei der leistungsbeziehenden Person zu Hause statt. Auch Betreuungspersonen sind bei der Fremdeinschätzung erwünscht.

5.2.8 Instrumente für das Begleitete Wohnen

Situationsanalyse Begleitetes Wohnen

Die Situationsanalyse Begleitetes Wohnen¹⁷ dient dazu, Aufgaben im täglichen Leben zu eruieren, bei der die Person mit Behinderung Unterstützung benötigt. Der Fragebogen umfasst neun Lebensbereiche: Haushalt, Finanzen und Administration, Arbeit, Freizeit, Umgang mit anderen, Umgang mit sich selbst, Wohnung und Wohnungswechsel, Notfälle und Sonstiges (freies Feld). Für jedes Item, wie beispielweise «Aufräumen und putzen» wird angekreuzt, ob die Person mit Behinderung die Tätigkeit selbst erledigen kann oder ob diese von einer Begleitperson, dem Beistand oder von einer anderen Person vorgenommen wird. Zudem besteht immer ein Bemerkungsfeld zum jeweiligen Unterstützungsbedarf. Die Einschätzungen sollen von der Person mit Behinderung vorgenommen werden. In der Praxis dient der Fragebogen jedoch vielmehr als Grundlage und die Abklärung findet in Form eines freien Gesprächs bei der Person mit Behinderung zu Hause statt.

AmWoBe

Das AmWoBe (Bedarfsermittlung Ambulante Wohnbegleitung) dient dazu, den Unterstützungsbedarf beim ambulanten Wohnen zu bestimmen. Folgende Lebensbereiche werden abgefragt: Haushaltsführung, Ernährung, Körperpflege, Gesundheit, Soziales Umfeld, Freizeit, Arbeit und Mobilität. Es bestehen für die einzelnen Items drei Spalten zur Verfügung: Klient oder Klientin, AmWoBe und diverse Personen. So kann angegeben werden, wer die jeweilige Tätigkeit verrichtet, beziehungsweise verrichten soll. Bei der Bezeichnung Klient oder Klientin kann der Mensch mit Behinderung ankreuzen, ob er die abgefragte Tätigkeit selbständig erledigen kann oder diese mit Unterstützung durchgeführt wird. Er kann die Tätigkeiten auch als Lernziele markieren. Damit hat AmWoBe auch eine Zukunfts- und Entwicklungsperspektive eingebaut. In der Spalte AmWoBe wird angegeben, ob die Person mit Behinderung für die abgefragte Tätigkeit Unterstützung benötigt oder ob ein Nachfragen ausreicht. Mit der Spalte diverse Personen kann angegeben werden, ob sonstige Personen bei der abgefragten Tätigkeit Unterstützung leisten: Beistand, Familie oder Bekannte. Zudem besteht für jedes abgefragte Item ein freies Feld für Bemerkungen.

5.2.9 Demande d'accompagnement par une institution spécialisée

Für den stationären Bereich verwendet der Kanton Wallis ein Abklärungsinstrument, das primär zur passenden Unterbringung einer Person in einer Einrichtung führen soll. Es beinhaltet offene wie auch geschlossene Fragen. Nach dem administrativen Abschnitt folgen zwei offene Felder. Zunächst sollen von den Personen mit Behinderung (oder von der gesetzlichen Vertretung) die Lebensplanung und danach die Ziele für die Begleitung beschrieben werden. Anschliessend wird die Art der vorgesehenen institutionellen Unterbringung und Betreuung ausgewählt und in einem weiteren Schritt wird in

¹⁷ Dieses Abklärungsinstrument steht nicht in Zusammenhang mit einzelnen Kantonen, sondern dient als Abklärung für das Begleitete Wohnen durch private Dienstleister. Deswegen erscheint es auch nicht in der Tabelle 4.

offenen Feldern die Gesundheitssituation näher beschrieben. Es folgt sowohl eine Selbst- als auch eine Fremdeinschätzung (kann auch von den Institutionen ausgefüllt werden) zu folgenden Lebensverrichtungen: Grundpflege, Hygienemassnahmen; zusätzliche Pflege; Essen und Trinken; Bekleidung; Mobilität; Kommunikationsfähigkeiten; Praktische Fähigkeiten; Autonomie; Psychische Gesundheit, Beziehung zu sich selbst; Sicherheit; Arbeitshaltung; Kognitive Kompetenzen. Zu jedem Item der Lebensverrichtungen besteht Platz für Bemerkungen. Danach soll (nach Möglichkeit) von der betroffenen Person wie auch von ihrem Umfeld beziehungsweise Angehörigen Erwartungen an die Unterkunft und Erwartungen an die Betreuung umschrieben werden.

5.2.10 Dispositif JUNORAH

Wie die Demande d'accompagnement par une institution spécialisée dient auch JUNORAH (Jura et Neuchâtel Orientent les Adultes Handicapés) der Zuteilung in ein passendes stationäres Angebot. In einem offenen Verfahren werden die Bedarfe der Menschen mit Behinderung ermittelt und nach einem passenden Angebot gefahndet. Die Menschen mit Behinderung erhalten im Rahmen von JUNORAH Auskunft und Orientierung über das Angebot der sozialen Einrichtungen. Im Anschluss wird mit dem Einverständnis des Menschen mit Behinderung eine Anfrage für Leistungen beim Kanton eingereicht.

5.3 Abklärungsinstrumente in den Bereichen Alter und Pflege

In der Schweiz kommen für die Ermittlung des Pflegebedarfs in Pflegeheimen drei unterschiedliche Instrumente für die Ermittlung des Bedarfs zum Einsatz: BESA, RAI und PLAISIR. BESA und RAI haben grössere Marktanteile. In einigen Kantonen kommt ausschliesslich BESA zum Einsatz (VS, GR, UR, AI, SZ, SH) und in anderen RAI (TI, FR, BS). PLAISIR kommt nur in der französischen Schweiz zum Einsatz (GE, JU, NE, VD) (Santé Suisse 2020). Obschon alle drei Instrumente den Pflegebedarf nach Artikel 25a des KVG ermitteln, wird der Pflegebedarf jeweils unterschiedlich gemessen (BAG 2018, S. 23). Kritisiert wird zuweilen, dass der Einsatz von unterschiedlichen Instrumenten dazu führen kann, dass Personen mit demselben Pflegebedarf, je nach eingesetztem Instrument, in unterschiedlichen Bedarfsstufen eingeteilt werden (Santé Suisse 2020). Die KLV wurde angepasst, um Mindestanforderungen an die Instrumente zu stellen (BAG 2018).

5.3.1 BESA

Allgemeine Informationen

BESA (Bewohner/innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) wurde 1996 eingeführt und mehrfach weiterentwickelt. Seit 2012 ging die Verantwortung des Abklärungsinstruments an die BESA Care AG über, die zu Curaviva gehört. Es handelt sich um ein schweizerisches Produkt, das für Pflegeleistungen nach KVG eingesetzt wird. BESA wird als «System für Ressourcenklärung, Zielvereinbarung, Leistungsverrechnung und Qualitätsförderung» bezeichnet. Das Instrument ist lange erprobt und etabliert. Es wird beinahe schweizweit angewendet – einzelne Kantone schliessen die Anwendung von BESA allerdings aus.

Theoretische Grundlagen

Die theoretische Grundlage von BESA bildet das Ressourcentransaktionsmodell von Hornung und Gutscher (1994). Handlungsressourcen und Umweltressourcen stehen in diesem Modell miteinander in Beziehung und wirken aufeinander ein. Für das Individuum geht es um eine ressourcenbezogene angemessene Regulierung zwischen individuellen Fähigkeiten und Umweltfaktoren. Als Vorlage für das Klassifikationssystem gilt die ICF, wobei für den Kontext des Pflegebereichs die Gliederung nach den «Aktivitäten des alltäglichen Lebens» gemäss Juchli (1997) verwendet wird. Die

Ressourcenmodelle von Hornung und Gutscher und die ICF sind miteinander anschlussfähig, weil sie beide die individuelle Ebene als auch die Umweltfaktoren sowie die Interaktion zwischen diesen zwei Dimensionen berücksichtigen.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

BESA ist ein Instrument, das zum einen den aktuellen Bedarf abklärt und zum anderen als zielorientiertes Tool auch auf die Zukunft ausgerichtet ist. Es wird nicht nur der Unterstützungsbedarf erhoben, sondern auch Pflegeziele mit den Bewohnenden bestimmt und in einer Vereinbarung festgehalten. Die vereinbarten Pflegeziele dienen dazu, die Selbstständigkeit der Bewohnenden zu erhalten und zu fördern beziehungsweise deren Abbau zu verhindern oder zu verlangsamen. Die beschlossenen Pflegemaßnahmen orientieren sich folglich an den vereinbarten Zielen. BESA wurde für Bewohnende in Alters- und Pflegeheimen konzipiert. Verschiedene soziale Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung verwenden das Instrument ebenfalls, um ihre Pflegeleistungen nach KVG abrechnen zu können. BESA bezieht sich auf den stationären Bereich. 2020 wurde aber mit BESA SPITEX neu ein Abklärungsinstrument und Leistungskatalog für die Pflege zu Hause beziehungsweise in betreuten Wohnungen eingeführt.

BESA fragt zum einen nach alltäglichen Verrichtungen und dem konkreten Pflegebedarf (zum Beispiel Essen und Trinken oder Körperpflege), zum anderen werden aber auch Einschätzungen über Wohlbefinden, Erwartungen sowie körperliche und kognitive Fähigkeiten der Bewohnenden erfasst. Die Fragen sind grundsätzlich auf den Heimkontext ausgerichtet. Einzig der Fragenblock «Beschäftigung/Alltagsgestaltung, Energiehaushalt» fragt nach Interessen und Aktivitäten, die nicht zwingend im stationären Setting stattfinden müssen. Im Rahmen von BESA SPITEX, das auf das Wohnen zu Hause ausgerichtet ist, wird zusätzlich gefragt, ob Angehörige in spezifische pflegerische Leistungen eingeführt werden möchten.

Verfahren und methodische Aspekte

Der Unterstützungsbedarf wird mittels Fragebogen erhoben, wobei sowohl die Selbst- als auch die Fremdeinschätzung relevant sind. Es besteht jeweils ein Fragebogen für die Bewohnenden, die Pflegefachpersonen sowie Angehörige oder andere nahestehende Personen. Die Fragebögen beinhalten offene und geschlossene Fragen. Bei den geschlossenen Fragen werden im Rahmen der Selbsteinschätzung entweder mehrere Antwortmöglichkeiten angeboten oder es wird die Häufigkeit ermittelt; in der Regel mit den Antwortmöglichkeiten «Immer», «Teilweise», «Nicht» (zum Beispiel auf die Frage «Fühlen Sie sich gesund?»). Der Beobachtungsbogen für Fachpersonen enthält hingegen fünf Antwortmöglichkeiten und ist dementsprechend differenzierter: «Immer», «Eher häufig», «Teilweise», «Eher weniger» «Nicht». BESA SPITEX unterscheidet sich nicht grundlegend vom Abklärungsinstrument für Heimbewohnende.

Der Fragebogen erfasst in erster Linie die gegenwärtige Situation. Es werden aber auch Fragen gestellt, die sich auf die Zukunft beziehen (zum Beispiel «Wenn Sie an Ihre Zukunft denken, was ist Ihnen da besonders wertvoll, was gibt Ihrem Leben Sinn?»). Wie bereits erläutert, weist der Abklärungsprozess insgesamt eine Zukunftsorientierung auf, weil mit den Bewohnenden Pflegeziele und eine entsprechende Pflegestrategie entwickelt werden. Ein vereinbartes Ziel könnte lauten: «BW [Bewohner/in] ist in den Verhaltensauffälligkeiten aufgefangen und möglichst stabil, Krisen sind vermieden, die kognitiven Ressourcen können erhalten werden.»¹⁸ Die vereinbarte Pflegestrategie ist in der

¹⁸ https://www.besacare.ch/files/QL7FQ3G/leitlinie_pflegeprozess.pdf [Stand: 08.11.22].

Regel für die kommenden sechs Monate massgeblich. Nach einem halben Jahr erfolgt eine Zwischen-erhebung, nach einem Jahr eine erneute Vollerhebung. Anhand dieses Verfahrens wird auch die Wirkung der Massnahmen messbar.

Für die Erfassung der Ressourcen, Leistungen, Pflegedokumentationen, Evaluation der Pflegeleistungen und Verrechnung der erbrachten Dienstleistungen wurde die Software BESA System entwickelt. Die erforderlichen Pflegeleistungen für die Erfüllung der formulierten Pflegeziele können mittels eines Leistungskatalogs in Minutenaufwand quantifiziert werden. Dieser Aufwand wird dann in Tarifstufen übersetzt.

Inhaltliche Aspekte

Primär wird der individuelle Bedarf an Behandlung und Pflege erhoben. BESA erhebt aber auch den Anspruch, eine möglichst ganzheitliche Situationsanalyse zu erstellen, und fragt deswegen auch nach Erwartungen und Wünschen der Bewohnenden. BESA versteht sich als ressourcenorientiertes Instrument, wobei die Ressourcen als vorhandene Fähigkeiten der Bewohnenden verstanden werden. Diese Ressourcen sollen im Rahmen der Zielsetzungen berücksichtigt werden und belegen umgekehrt den Bedarf an notwendigen Pflegeleistungen. BESA orientiert sich an der ICF und an deren Konzept der Funktionalen Gesundheit. Entsprechend liegt dem Instrument die Annahme zugrunde, dass Behinderung nicht ein Zustand, sondern ein Prozess ist, der von der Person aktiv mitgestaltet werden kann. Umweltfaktoren, die für die ICF bedeutsam sind, spielen für die Abklärung bei BESA aber eine untergeordnete Rolle, da sich die Abklärung primär auf die Wohnsituation bezieht. Die sozialen Kontextfaktoren werden ebenfalls nur geringfügig berücksichtigt. So besteht der Frageblock «Rollenbeziehungen», mit dem Familienbeziehungen oder soziale Interaktionen erhoben werden, nur im Beobachtungsbogen für Fachpersonen. Diese Items werden folglich allein als Fremdeinschätzung erfasst.

Diverses

Der Aufwand für die Abklärung erscheint nicht sonderlich hoch. Der Fragebogen für Bewohnende ist nicht kurz, aber auch nicht sonderlich lang. Es wird mit einem Aufwand von etwa zwei Stunden für die Abklärung inklusive Formulierung der Pflegeziele gerechnet. BESA wird im Abklärungsprozess nicht mit weiteren Abklärungsinstrumenten kombiniert.

Fazit

BESA ist ein eher unkompliziertes Instrument, mit dem der individuelle Unterstützungsbedarf von Bewohnenden in Heimen erfasst werden kann. Das Instrument ist ICF-kompatibel und ressourcenorientiert gestaltet. Das Ziel ist die höchstmögliche Selbständigkeit der Klientinnen und Klienten zu ermöglichen. Zwischen Fachkräften und Bewohnenden werden Pflegeziele formuliert. Die Pflegemasnahmen beziehen sich auf die Ziele und können deswegen nach ihrer Wirksamkeit überprüft werden. Die mit BESA angewendete digitale Lösung ist umfassend. Allerdings orientiert sich das Instrument – mit Ausnahme von BESA Spitex – auf das Leben in einer stationären Einrichtung. Das Abklärungsinstrument ist nicht darauf ausgerichtet, die gewünschte Lebensweise zu erfassen, sondern die benötigte Unterstützung zu erheben, um im Heim möglichst selbständig leben zu können.

5.3.2 InterRAI HC

Allgemeine Informationen

InterRAI HC gehört zu einer Reihe neuer integrierter Bewertungsinstrumente, die von InterRAI entwickelt wurden, um den Zustand pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen langfristig zu

beurteilen und zu überwachen. Die heutige Version kam 2019 auf den Markt. Das Abklärungsinstrument wird weltweit und in verschiedenen Sprachen¹⁹ von öffentlichen und privaten Spitex-Organisationen verwendet; entweder in seiner Gesamtheit, unter Berücksichtigung landesspezifischer Items oder in leicht abgeänderter Form. Forschende und Fachpersonen aus über 35 Ländern beteiligen sich an dem Kooperationsnetzwerk. Im Fokus stehen die Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität der Person.

Theoretische Grundlagen

Die erste Version von InterRAI-Home-Care (InterRAI HC) für die Beurteilung und Dokumentation in der häuslichen Versorgung wurde 1993 von einer Gruppe von wissenschaftlichen und medizinischen Fachpersonen entwickelt. Sie ist aus dem Resident Assessment Instrument (RAI) hervorgegangen, einem in den USA in den 1980er Jahren entwickelten System für die Bedarfsabklärung von Heimbewohnenden. Das Abklärungsinstrument orientiert sich bei gewissen Bereichen an die ICF. So werden die körperliche Funktionsfähigkeit, das psychosoziale Wohlbefinden, die informelle Unterstützung und auch der Kontextfaktor Wohnumgebung abgefragt.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

Mit InterRAI HC sollen die Kosten von Fachleistungen erhoben werden. Im Fokus stehen dabei die Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität der Person. Das Abklärungsinstrument ist für Menschen, die zuhause von (Spitex-) Pflegefachpersonen gepflegt und betreut werden, konzipiert. Es erhebt den (medizinischen) Pflegebedarf einer Person. 20 verschiedene Bereiche werden berücksichtigt, wie beispielsweise die kognitiven Fähigkeiten, die körperliche Funktionsfähigkeit oder auch die informelle Unterstützung. InterRAI HC wird im ambulanten Bereich eingesetzt. Das Abklärungsinstrument ist sowohl für die Abklärung langfristig pflegebedürftiger Menschen als auch für die Akutnachsorge und die Rehabilitationspflege (wie zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt) geeignet. Zudem eignet es sich für Einrichtungen des betreuten Wohnens (inhouse-Spitex).

Verfahren und methodische Aspekte

Die Bedarfsermittlung erfolgt durch die Fremdeinschätzung einer (Spitex-) Pflegefachperson. InterRAI HC Schweiz besteht aus einem siebenseitigen Beobachtungs-/Fragebogen mit einer 110-seitigen Punkt-für-Punkt-Anleitung und jeweils einem Vorgehens-Beispiel für die Abklärungsperson. Es werden auch Tests (zum Beispiel Gedächtnistests) durchgeführt. Der Beobachtungs-/Fragebogen ist standardisiert und quantitativ. Das Bewertungssystem besteht aus einer Kodierung (0=Nein; 1=Ja). Die Abklärung wird, wenn möglich, zu Hause bei der abzuklärenden Person durchgeführt, da bestimmte Items, insbesondere umgebungsrelevante Faktoren, besser im häuslichen Wohnumfeld der Person bewertet werden können. Mit Einverständnis der Person werden auch Angehörige oder Drittpersonen befragt. Die Berechnung der Fachleistungskosten wird digital mit der Software Logos 3.X Feld vollzogen.

Inhaltliche Aspekte

Mit InterRAI HC werden die medizinische Pflegefachleistungen erhoben. InterRAI HC Schweiz versteht sich unter anderem als pflegerisches Assessment der Ressourcen und Defizite der Klientel und des relevanten Umfeldes.

¹⁹ Englisch, Französisch, Italienisch, Estnisch, Deutsch, Hongkong Chinesisch, Chinesisch, Spanisch, Niederländisch, Norwegisch, Isländisch.

Diverses

Für eine von einer geschulten (Spitex-) Pflegefachperson durchgeführten Abklärung wird der zeitliche Aufwand als nicht allzu hoch eingeschätzt, wobei keine konkreten zeitlichen Angaben vorliegen.

InterRAI HC ist weltweit kompatibel mit allen übrigen InterRAI Assessment-Instrumenten, das heisst mit Instrumenten für die Langzeit- und Akutpflege, die ambulante und stationäre psychiatrische Pflege, die Übergang- und Rehabilitationspflege sowie die Palliativpflege.

Fazit

InterRAI HC ist ein weltweit angewendetes Abklärungsinstrument für (medizinische) Pflegeleistungen im ambulanten Bereich. Es fragt nach den Ressourcen sowie Defiziten einer Person und des relevanten Umfelds. InterRAI HC ist ein hochstandardisiertes Abklärungstool mit einer Software zur Berechnung der Fachleistungskosten. Der Abklärungsaufwand hält sich aufgrund seiner quantitativen Konzeption in Grenzen. Die Anlehnung an die ICF zeigt sich in bestimmten Bereichen wie beispielsweise im Rahmen des psychosozialen Wohlbefindens. Auch der soziale Kontext einer Person wird etwa mit dem Bereich informelle Unterstützung berücksichtigt.

5.3.3 PLAISIR

Allgemeine Informationen

PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis (PLAISIR) ist ein Abklärungsinstrument für die Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der stationären Langzeitversorgung von Altenpflegeheimbewohnenden und setzt beim individuellen Pflegebedarf der Bewohnenden an. PLAISIR wurde 1983/84 am kanadischen Institut Equipe de Recherche Opérationelle en Santé (EROS) unter der Leitung von Prof. Charles Tilquin entwickelt und 1997 in der Westschweiz eingeführt (vgl. INF-RAS 2007, Commission technique intercantonal PLAISIR 2021). Die aktuelle Version besteht seit der Revision 2010. Auch in Deutschland und Belgien wird das Tool angewendet.

Theoretische Grundlagen

Es sind keine theoretischen Grundlagen bekannt.

Zielperspektive und Unterstützungsbereich

Das Hauptziel von PLAISIR ist es, die Lebensqualität der Bewohnenden zu verbessern oder zu erhalten (Tilquin 2004). Es werden Fragen zu erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen (Rehabilitationstherapie, Massnahmen der aktivierenden Pflege, spezielle Behandlungen, Arztvisiten usw.) und Fragen zu psycho-sozialen Bereichen wie zum Beispiel Kontakte zur Aussenwelt, soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können, psychische und sensorische Funktionen, psychische Probleme, Fähigkeit zur Interaktion mit der Umgebung gestellt. Insgesamt werden 19 Bereiche abgeklärt. Das Abklärungsinstrument wird im stationären Bereich eingesetzt.

Verfahren und methodische Aspekte

Für die Erhebung des individuellen Pflegebedarfs wird eine Fremdeinschätzung einer Pflegefachperson der stationären Einrichtung vorgenommen. Sie verwendet dafür einen Fragebogen (FRAN, digital: eFRAN). Der FRAN ist ein quantitativer Fragebogen mit verschiedenen Arten von Fragen (Ja/Nein, Kategorien, Minutenwerten). Mit dem FRAN werden Informationen zum bio-psycho-sozialen Gesundheitszustand einer Person gesammelt, um damit dann anhand eines Pflegeplans die psycho-sozialen Bedürfnisse zu befriedigen. Auch das für die Person verantwortliche Personal wird befragt, falls

nötig auch das übrige Fachpersonal. Zudem werden weitere Informationsquellen beigezogen, wie der aktuelle Pflegeplan und die Akte der Bewohnenden.

In einem zweiten Schritt werden die Angaben des FRAN mittels einem EDV-Programm validiert. Dieses ist so programmiert, dass es fehlende Angaben, unmögliche, inkohärente und unwahrscheinliche Antworten registriert. Das Programm erstellt einen Output, den IMPFRAN, der auf Angaben hinweist, die einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Dieser IMPFRAN wird dann wiederum von einer Spezialistin oder einem Spezialisten überprüft. Danach werden die Korrekturen und Änderungen auf dem Original-FRAN vermerkt und die verschiedenen Computeroutputs des Systems PLAISIR können hergestellt werden.

Inhaltliche Aspekte

Mit PLAISIR werden die erforderlichen Leistungen erhoben. Die Pflege- und Unterstützungsleistungen stellen 80 bis 90 Prozent der Personalressourcen dar, die für die unterstützungsbedürftigen Bewohnenden in den Einrichtungen erforderlich sind. Die anderen Leistungen (Rehabilitation, Arzt usw.) werden abgefragt, um ein globales Bild von den Bedürfnissen der Bewohnenden machen zu können. Für den medizinischen Bereich sowie die Rehabilitation werden die von Bewohnenden erhaltenen Leistungen dokumentiert.

PLAISIR orientiert sich mit seinem Fokus auf das bio-psycho-soziale Profil der Bewohnenden an der ICF. Auch der soziale Kontext einer Person wird mit den Bereichen Kontakte mit der Aussenwelt, soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können, soziale Integration und Fähigkeit zur Interaktion mit der Umgebung berücksichtigt. Es ist kein ressourcenorientiertes Abklärungsinstrument, sondern es eruiert die gesundheitlichen Defizite einer Person, beispielsweise mit der Frage nach der Verringerung oder dem Verlust der Funktionsfähigkeit einer oder mehreren Extremitäten.

Diverses

Der Aufwand für die Abklärung wird gemäss Handbuch wie folgt festgehalten: Die evaluierende Pflegefachkraft kann, je nach der Komplexität der Fälle, fünf bis acht Bewohnende pro Tag evaluieren. Prüfende können, je nach der Komplexität der Fälle, zwei bis sechs IMPFRANs pro Stunde bearbeiten.

Die erfassten Angaben werden in den Computer eingegeben und dieser berechnet dann die erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen für die Bewohnenden, indem er einerseits das Profil der erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen für die Bewohnenden erstellt und andererseits von einer Gewichtung jeder Pflegeaktion, gemessen in der zu ihrer Ausführung erforderlichen Zeit, ausgeht. PLAISIR wird nicht mit weiteren Abklärungsinstrumenten kombiniert.

Fazit

PLAISIR ist ein Abklärungsinstrument, das das bio-psycho-soziale Profil von Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen erfasst. Es wird nicht in sozialen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung verwendet. Es handelt sich um ein defizitorientiertes Instrument, welches den sozialen Kontext einer Person teilweise mitberücksichtigt und eine gewisse ICF-Orientierung aufweist. PLAISIR ist als digitales Abklärungstool verwendbar. Gemäss einer älteren wissenschaftlichen Begleitung (Gennrich 2000) beurteilten die Abklärungspersonen die Kategorien von PLAISIR überwiegend als sehr genau und umfassend.

5.4 Internationale Perspektive

In diesem Abschnitt werden Erkenntnisse aus dem Projekt Nummer C21_02 «Soutien au logement à domicile: Modèles internationaux» wiedergegeben (Veyre et al. 2023). Das Projektteam untersuchte Modelle der Unterstützung für das Wohnen zu Hause in verschiedenen Ländern, die mit der Schweiz vergleichbar sind. Der internationale Vergleich erfolgte mit Belgien, den Niederlanden und Schweden.

In allen drei Ländern sind je spezifische Formen der Subjektfinanzierung bekannt, deswegen sind sie bezüglich der Abklärung des Unterstützungsbedarfs für das Wohnen zu Hause auch für die vorliegende Studie relevant. Grundsätzlich lässt sich urteilen, dass die Instrumente zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs Parallelen zu den in der Schweiz verwendeten Verfahren aufweisen. Es lassen sich folglich weder besonders abweichende Verfahren noch besonders innovative Abklärungsmodelle identifizieren. In der Regel wird in allen drei Ländern der durch die Beeinträchtigung verursachte Unterstützungsbedarf erhoben, wobei im Abklärungsverfahren die Menschen mit Behinderung unter anderem mittels Selbsteinschätzung ihre persönliche Sicht zum Bedarf angeben können.

In Belgien erfolgt die Abklärung in zwei Schritten. Zuerst erfasst der Mensch mit Behinderung seine gedeckten und seine ungedeckten Bedarfe. Dieser erste Zugang kann als relativ offen bezeichnet werden. In einem zweiten Schritt beschreibt ein interdisziplinäres Fachteam die Behinderungssituation und analysiert den Unterstützungsbedarf. Die relevante Erhebungssituation ist der IST-Zustand. Das Fachteam erstattet dem Kostenträger Bericht über das Abklärungsergebnis. Das Verfahren wird als langandauernd und komplex beurteilt. Dass primär die erforderlichen Leistungen im Vordergrund stehen, zeigt sich darin, dass die Menschen mit Behinderung schon im ersten Abklärungsschritt darlegen müssen, welche Unterstützungsleistungen bereits geleistet werden.

In den Niederlanden werden unterschiedliche Instrumente verwendet, je nach dem, welche Gesetzgebung für das personalisierte Budget zum Tragen kommt. Die Abklärung erfolgt durch ein Gespräch zu Hause. Ähnlich zur Erhebung in Belgien geht es auch hier um die Erfassung des Unterstützungsbedarfs und die Anzahl der benötigten Interventionen. Das Projektteam bezeichnet das Vorgehen als sehr personalisiert, was damit zu begründen ist, dass der soziale Kontext und Umweltfaktoren mitberücksichtigt werden. So geht es thematisch nicht nur um die Autonomie im Alltag, sondern auch um die Unterstützung des sozialen Umfelds, aber auch die Verfügbarkeit von sozialen Dienstleistungen im Sozialraum. Die Berücksichtigung von Kontextfaktoren dient dazu zu prüfen, ob gewisse Unterstützungsbedarfe bereits anderweitig gedeckt sind. Potenzielle Ressourcen werden folglich nicht im Sinne eines Förderfaktors für eine Entwicklung zu einem selbstbestimmteren Leben erhoben, sondern eher um den Umfang der Finanzierungsleistungen zu reduzieren. Sowohl in Belgien als auch in den Niederlanden – aber nicht in Schweden – wird auch die finanzielle Situation begutachtet, um die Höhe der finanziellen Leistungen zu bestimmen. Der Mensch mit Behinderung muss zusätzlich einen Fragebogen ausfüllen und medizinische Unterlagen zur Beeinträchtigung vorlegen. Auch in den Niederlanden ist der IST-Zustand die relevante Erhebungssituation.

In Schweden ist das System stark fragmentiert und analog zu Belgien multidisziplinär aufgebaut. Nach einer Anmeldung durch die Person mit Behinderung, bei der auch medizinische Unterlagen beigelegt werden müssen, erfolgt eine Abklärung der Grundbedürfnisse, die etwa mit der in der Schweiz als Grundpflege bezeichnete Unterstützung vergleichbar sind (Ernährung, Körperpflege usw.). Die Prüfung findet zu Hause statt und mittels Bogen wird die benötigte Zeit an Unterstützung für die Grundbedürfnisse ermittelt. Ausserdem wird der Bedarf bei weiteren alltäglichen Verrichtungen und bei Themen der sozialen Teilhabe erhoben (Freizeit, Kursbesuche usw.). Die Zuständigkeit wird dann den

Kommunen übertragen. Auf dieser Ebene werden unterschiedliche Abklärungsverfahren verwendet, was die Gefahr von ungleicher Behandlung der Menschen mit Behinderung mit sich bringt.

Zusammenfassend lässt sich folgern, dass die Form der Abklärung in den drei Ländern den Verfahren der IV in ihren Grundzügen ähnlich ist. Einerseits besteht eine Analogie bei der Form der Erhebung durch Fragebögen und Besuche bei den antragstellenden Personen zu Hause, wobei in verschiedenen Lebensbereichen der Unterstützungsbedarf erhoben wird. Dabei kann auch der soziale Kontext oder Umweltfaktoren miteinbezogen werden, so in Schweden, wo Themen wie Freizeit, Hobbies und soziale Kontakte miteinfließen. Zudem wird in Schweden im Rahmen der Abklärung auch die Unterstützungssituation im Quartier beziehungsweise im Sozialraum erfasst. In ihrer Ausgestaltung sind die Verfahren aber überwiegend defizitbasiert und fokussieren auf den IST-Zustand der Personen. Ressourcen spielen keine besondere Rolle; sie werden höchstens – wie im Fall von den Niederlanden – berücksichtigt, um bestimmte Unterstützungsleistungen durch das private Umfeld als gedeckt zu werten. In Schweden wird aber die Unterstützungssituation in der Wohnumgebung geprüft. Entwicklungspotenziale haben bei den Abklärungsverfahren keine besondere Bedeutung. Der Fokus liegt auf die Erfassung der behinderungsbedingt benötigten Leistungen. Die geleisteten Beiträge für die Assistenz in Schweden und Belgien sind – analog zur HE in der Schweiz – frei nutzbar, das heisst, die Leistungen können zum Beispiel auch von Familienangehörigen erbracht werden. Mit Blick auf die Berücksichtigung von verschiedenen Arten von Behinderung zeigt sich, dass mit dem universalistischen Modell Schwedens sämtliche Arten von Beeinträchtigung von den Unterstützungen profitieren können, hingegen beziehen in Belgien vor allem Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen die Leistungen und in den Niederlanden profitieren vergleichsweise wenige Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung von den Beiträgen. Aus Sicht des Projektteams zur Untersuchung der internationalen Modelle wurden insbesondere Verfahren, bei denen Personen mit Behinderung ihre persönliche Sicht in einem offenen Setting zum Ausdruck bringen können, wie im ersten Abklärungsschritt in Belgien, als beachtenswert beurteilt. Zudem wurde auch die Berücksichtigung von Umweltfaktoren, wie im Rahmen der sozialräumlichen Erfassung der Unterstützungsmöglichkeiten in Schweden, besonders hervorgehoben.

5.5 Vergleich der Abklärungsinstrumente

Der Vergleich der Abklärungsinstrumente soll auf zwei Ebenen erfolgen: Zum einen werden die charakteristischen Unterscheidungsmerkmale der Instrumente ausgearbeitet und deren Vor- und Nachteile beurteilt. Zum anderen werden die Instrumente mit den normativen Leitlinien (siehe Abschnitt 4.5) in Beziehung gesetzt und auf die Erfüllung der darin ausformulierten Anforderungen überprüft.

5.5.1 Unterscheidungsmerkmale

Bei den Abklärungsinstrumenten lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede feststellen. Für den Vergleich der Abklärungsinstrumente wurden induktiv anhand der Analyse zentrale Charakterisierungs- und Unterscheidungsmerkmale definiert. Diese werden im Folgenden dargestellt und die Abklärungsinstrumente den verschiedenen Dimensionen dieser Merkmale zugeordnet.

- Merkmal 1: Modell von Behinderung

Den Abklärungsinstrumenten liegt ein entweder explizit benanntes oder implizit angewendetes Modell von Behinderung zugrunde. Dabei lassen sich vor allem das medizinische und das biopsychosoziale Verständnis von Behinderung in Anlehnung an die oder mit direktem Bezug zur ICF erkennen. Beim medizinischen Modell von Behinderung wird anhand der individuell vorhandenen Beeinträchtigungen geprüft, welche Unterstützungsleistungen der Mensch mit Behinderung

benötigt. Es geht folglich primär darum zu ermitteln, was eine Person, zum Beispiel in Bezug auf alltägliche Verrichtungen, nicht eigenständig erledigen kann. Es soll in der Folge eine kompensatorische Handlung durch Dritte oder ein Ausgleich durch Hilfsmittel ermöglicht werden. Dieses Konzept vertreten die IV-Abklärungsinstrumente sowie diejenigen aus dem stationären Bereich (IBB, OLMIS, ROES). Das bio-psycho-soziale Modell nach ICF beziehungsweise MDH-PPH2 berücksichtigen ELADEB, IHP, MHAVIE. Zusätzlich beziehen sich auch die Abklärungsinstrumente aus dem Pflegebereich auf die ICF (BESA, InterRAI HC und PLAISIR). Bei den Instrumenten, die in erster Linie für das Begleitete Wohnen konzipiert wurden (AmWoBe, IBB-Wohnbegleitung, Situationsanalyse Begleitetes Wohnen, IBB-Wohnbegleitung und BAI), ist die Zuordnung nicht so ersichtlich, weil eher von Mischformen gesprochen werden muss. Insgesamt kann geurteilt werden, dass die Instrumente, die auf einem medizinischen Modell von Behinderung basieren, nicht in der Lage sind, ein genügend umfassendes Bild des behinderungsbedingten Unterstützungsbedarfs zu erzeugen. Allerdings ist der Zugang mit einem bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung, etwa durch den Einbezug von Umweltfaktoren, anspruchsvoller, während mit einem medizinischen Modell gezielt die benötigten Leistungen abgefragt werden können und in einen direkten Zusammenhang mit der persönlichen Beeinträchtigung gesetzt werden können.

- *Merkmal 2: Grad der Standardisierung*

Ein Mindestmass an Standardisierung weisen alle Abklärungsinstrumente auf. In irgendeiner Form sind stets entweder Fragen, Kategorien, Items usw. vorgegeben, die die Abklärungsperson abarbeiten muss. Allerdings gibt es beim Grad der Standardisierung beobachtbare Unterschiede. Besonders standardisiert sind Abklärungsinstrumente mit fixen Kategorien und Items, die überprüft werden müssen. In der Regel erfolgt die Abklärung über geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Sie lassen nur geringen zusätzlichen Handlungsspielraum in Bezug auf die Erfassung von Besonderheiten. Zum Teil wird diesem Aspekt Rechnung getragen, indem Felder für zusätzliche Bemerkungen oder Kommentare angebracht werden. In der Regel dienen diese aber nur der Beschreibung der Gesamtsituation, ohne dass damit (zusätzliche) Leistungen gesprochen werden könnten. Zu den stark standardisierten Instrumenten gehören IBB, OLMIS und ROES. Andere Instrumente mit klar vorgegebenen Kriterien schaffen ein umfassenderes Bild, indem die Abklärung in einem Gespräch erfolgt, sodass Ergänzungen diskutiert oder zusätzliche Themen eingebracht werden können. Dazu gehören vor allem die Instrumente ELADEB und MHAVIE sowie die meisten Verfahren zum Begleiteten Wohnen. Auch die IV-Instrumente bestehen aus einer Mischung von standardisiertem Bogen und Gespräch, wobei aufgrund der klar vorgegebenen Kategorien und Items, welche der gesetzlichen Ausgestaltung der jeweiligen Leistung entsprechen, bei den IV-Instrumenten das Gespräch eher der Klärung dieser vordefinierten Elemente dient. Mit der Klärung der Elemente wird schlussendlich der Leistungsanspruch festgelegt. Einen ähnlich starken Grad der Standardisierung weisen die Instrumente im Pflegebereich auf. BESA bietet aber einen gewissen Gestaltungsspielraum durch gewisse offen gehaltene Fragen im Rahmen der Selbsteinschätzung. Einen anderen Zugang verwendet IHP: Der Fragebogen ist zwar standardisiert, besteht aber, je nach Ausgestaltung, mehrheitlich oder ausschliesslich aus offenen Fragen, die den Menschen mit Behinderung viel Freiraum für die Beantwortung bieten. Dies ermöglicht den Menschen, die Situation aus ihrer persönlichen Sicht zu schildern. Ein offener Zugang, wie ihn die IHP anwendet, eröffnet die Möglichkeit, die spezifischen Unterstützungsbedarfe der Personen zu ermitteln. Sie lassen aber völlig offen, was thematisiert wird und was nicht. Stärker standardisierte Instrumente ermöglichen eine hohe Vergleichbarkeit und erheben stets

dieselben Bedarfe. Durch eine hohe Standardisierung besteht allerdings die Gefahr, dass bestimmte behinderungsbedingte Bedarfe nicht angemessen erfasst werden können.

- *Merkmal 3: Gewichtung von Selbst- und Fremdeinschätzung*

Die Bedeutung der Selbsteinschätzung beziehungsweise der Einfluss der Menschen mit Behinderung auf das Abklärungsverfahren unterscheiden sich in den verschiedenen Verfahren deutlich. IBB (mit Ausnahme von IBBplus), OLMIS, ROES im stationären Bereich sowie IBB-Wohnbegleitung beim Begleiteten Wohnen bestehen einzig aus einer Fremdeinschätzung. Dies trifft auch auf InterRAI HC und PLAISIR zu. Bei den übrigen Instrumenten zum Begleiteten Wohnen sowie ELADEB und BESA, und vor allem IHP und MHAVIE steht die Selbsteinschätzung beziehungsweise die persönliche Sicht des Menschen mit Behinderung im Vordergrund. Auch die Instrumente der IV berücksichtigen die Selbsteinschätzung, wobei die definitive Einstufung jeweils durch die Abklärungspersonen der IV-Stellen im Abklärungsbericht erfolgen. Die IV-Stelle entscheidet aufgrund des Abklärungsberichts und der übrigen Aktenlage über den Leistungsanspruch. Im Sinne der Selbstbestimmung und Partizipation ist es zentral, dass die Menschen mit Behinderung ihre persönliche Sicht einbringen können und diese bei der Einschätzung des Unterstützungsbedarfes angemessen gewichtet wird. Aus dieser Perspektive sind die Abklärungsinstrumente, die entweder allein mit Fremdeinschätzungen operieren oder bei denen die Fremdeinschätzung überwiegt als problematisch zu beurteilen.

- *Merkmal 4: Inhalt der Messung*

Grob können drei unterschiedliche Messinhalte unterschieden werden. Erstens werden bei einigen Instrumenten die Fachleistungen gemessen, die für die Menschen mit Behinderung erbracht werden. Es handelt sich um die Instrumente für den stationären Bereich IBB, OLMIS und ROES sowie IBB-Wohnbegleitung im teilstationären Bereich, die den Aufwand der Einrichtungen für die Klientinnen und Klienten nachweisen. Die gleiche Funktion haben auch die Instrumente aus dem Pflegebereich. Ähnlich funktionieren zweitens auch die Abklärungsinstrumente, die den Unterstützungsbedarf der Menschen mit Behinderung nach vorgegebenen Kriterien und Items ermitteln. Diese stehen zwar nicht in direktem Zusammenhang mit dem Dienstleistungsangebot einer Einrichtung, sie erheben aber auch die benötigten Unterstützungsleistungen nach vorgegebenen Rastern. Dazu gehören die Instrumente der IV sowie ELADEB und die Instrumente für das Begleitete Wohnen. MHAVIE und vor allem IHP fokussieren drittens den individuell empfundenen Unterstützungsbedarf, weil die Instrumente nicht von den Dienstleistungen ausgehen und insbesondere bei IHP mit einem offenen Zugang die Einschätzung des Menschen mit Behinderung eruiert wird. Bei MHAVIE ist dieser Aspekt weniger stark ausgeprägt, weil die untersuchten Lebensgewohnheiten vorgegeben sind. Dennoch wird genügend Raum für eine Selbsteinschätzung des Bedarfs eingeräumt.

- *Merkmal 5: Gegenwartsbezug und/oder Ziel- und Zukunftsorientierung*

Die meisten Abklärungsinstrumente ermitteln den Unterstützungsbedarf in der Gegenwart zum Zeitpunkt des Verfahrens. Dazu gehören auch die IV-Instrumente. Es gibt aber auch Instrumente, bei denen die Zukunft, Zielsetzungen und Entwicklungspotenziale berücksichtigt werden, wobei diese eine unterschiedlich wichtige Rolle spielen. Bei einigen Instrumenten des Begleiteten Wohnens können zusätzliche Leistungen für das Erlernen von Tätigkeiten erfasst werden. BESA arbeitet explizit mit Pflegezielen, die die Personen zusammen mit den Fachkräften vereinbaren. Daraus folgen Massnahmen, die im Anschluss auf ihre Wirksamkeit überprüft werden können. Mit MHAVIE können individuelle Projekte zur Förderung der sozialen Teilhabe vereinbart werden.

Besonders ausgeprägt ist die Zukunfts- und Zielorientierung bei der IHP. Für den benötigten Unterstützungsbedarf stehen bei der IHP die ausformulierten Ziele im Mittelpunkt, wobei die davon abgeleiteten Massnahmen für die Zusprache von Leistungen bedeutsam sind.

- *Merkmal 6: Verhältnis von Ressourcen- und Defizitorientierung*

Es bestehen keine Abklärungsverfahren, die sich einzig auf die Ressourcen fokussieren. Viele der analysierten Instrumente sind hingegen einzig defizitbasiert. Neben den Instrumenten der IV sind dies IBB, OLMIS, ROES, ELADEB, InterRAI HC, PLAISIR sowie die Instrumente zum Begleiteten Wohnen. Allerdings unterscheiden sich die Instrumente darin, auf welche konzeptionelle Grundlage sie sich beziehen. So orientieren sich etwa OLMIS, ELADEB oder ROES an den persönlichen Fähigkeiten, am Normalisierungsprinzip oder am bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung, womit zumindest konzeptionell eine Abschwächung der Defizitorientierung stattfindet. Als Instrumente mit expliziter Ressourcenorientierung sind BESA und IHP zu nennen, aber auch MHAVIE weist eine solche Ausrichtung auf. Bei BESA werden die Ressourcen standardisiert erhoben und fliessen in die Pflegeziele mit ein. Bei der IHP werden die Ressourcen offen und themenbezogen ermittelt im Hinblick auf die Ziele, die der Mensch mit Behinderung verfolgen will. Ressourcen, gleichgültig ob standardisiert oder offen erhoben, kommen dann zum Einsatz, wenn damit im Rahmen der Verfahren ein Entwicklungsprozess bei der Person verfolgt wird. Sowohl BESA als auch IHP sind Instrumente, die mit Zielsetzungen operieren. Beide Instrumente weisen aber auch eine Defizitorientierung auf, weil letztlich der Unterstützungsbedarf aus einem – wie auch immer ausgestalteten – Mangel abgeleitet wird.

- *Merkmal 7: Kontextsensitivität*

Hinsichtlich des Einbezugs von sozialen und Umweltfaktoren kann im Prinzip von Abstufungen zwischen den Instrumenten gesprochen werden. In der Tendenz sind die Instrumente auf die einzelne Person ausgerichtet und blenden den Gesamtkontext mehrheitlich aus. Verschiedene Instrumente, zum Beispiel IBB und OLMIS, beziehen die soziale Komponenten minimal ein, indem etwa nach der Fähigkeit zu sozialen Kontakten oder Beziehungen gefragt wird. Die Lebenssituation spielt bei diesen Instrumenten aber insgesamt eine untergeordnete Rolle. Dies gilt auch für Instrumente aus dem Pflegebereich und der IV, wobei auch hier unterschieden werden kann: FAKT bezieht verschiedene Aspekte des Lebens mit ein und ermöglicht so ein umfassenderes Bild als die Abklärungsverfahren für die HE und den IPZ. Allerdings trifft auch beim FAKT nicht zu, dass etwa Umweltfaktoren einen Einfluss auf die Bemessung des Unterstützungsbedarfs hätten. Hingegen spielt der Kontext bei MHAVIE eine wichtige Rolle, da in Bezug auf die Realisierung von Lebensgewohnheiten Förderfaktoren und Barrieren thematisiert werden. Auch die IHP mit seinem Bezug zur ICF behält die sozialen und Umweltfaktoren im Blick, wobei der offene Zugang auch diesbezüglich Spielraum darüber lässt, was thematisiert wird. Besonders bedeutsam werden die Kontextfaktoren bei denjenigen Versionen der IHP, die sich stark an der ICF und am bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung ausrichten.

- *Merkmal 8: Berechnungsgrundlage für den Unterstützungsbedarf*

Bei denjenigen Abklärungsinstrumenten, die direkt finanzierungsrelevant sind, unterscheidet sich die Art der erhobenen Werte, die zu einer Zusprache von Leistungen führen. Es kann sich um die Häufigkeit oder Intensität einer Unterstützungsleistung handeln, es wird die Form unterschieden (direkte oder indirekte Hilfe), es wird mit dem zeitlichen Aufwand gerechnet, es werden Punkte verteilt, die nur bedingt mit realen Handlungen in Verbindung stehen, oder es wird mit binären Codes operiert (Unterstützungsleistung bei einer Tätigkeit: ja/nein). Eine genau Unterscheidung

der Abklärungsinstrumente ist in diesem Zusammenhang aber nicht umsetzbar, weil verschiedene Instrumente mehrere Formen der Wertahebung kombinieren. Bei der IHP ist aufgrund des offenen Zugangs eine grössere Interpretationsleistung der Abklärungsperson notwendig, um einzuschätzen, wie hoch der – in der Regel in Stunden angegebene – Unterstützungsbedarf gemessen an den vereinbarten Zielen und Massnahmen sein wird.

In der folgenden Tabelle 5 werden die unmittelbar finanzierungsrelevanten Abklärungsinstrumente nach den Unterscheidungsmerkmalen dargestellt. Theoretisch ist es allerdings bei allen Abklärungsinstrumenten denkbar, dass sie mit einer Finanzierung verbunden werden. Es müsste dafür aber jeweils ein Übersetzungsmodus in finanzierte Leistungen erarbeitet werden.

Tabelle 5: Abklärungsinstrumente (finanzierungsrelevant) nach Unterscheidungsmerkmalen

Unterscheidungsmerkmale	HE	IPZ	AB	IBB	OLMIS	ROES	AmWoBe	IBB-Wohnbegleitung	IBB-Plus	IHP	BESA	Inter-RAI HC	PLAISIR
Modell von Behinderung	Medizinisches Modell	Medizinisches Modell	Medizinisches Modell	Medizinisches Modell	Medizinisches Modell	Medizinisches Modell	Mischform	Mischform	Mischform	Bio-psycho-soziales Modell	Bio-psycho-soziales Modell	Bio-psycho-soziales Modell	Bio-psycho-soziales Modell
Grad der Standardisierung	mittel	mittel	mittel	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	hoch	tief	mittel	hoch	hoch
Selbst- und Fremdeinschätzung	Selbst- und Fremdeinschätzung	Selbst- und Fremdeinschätzung	Selbst- und Fremdeinschätzung	Fremdeinschätzung	Fremdeinschätzung	Fremdeinschätzung	Selbst- und Fremdeinschätzung	Fremdeinschätzung	Selbst- und Fremdeinschätzung	Selbst- und Fremdeinschätzung steht im Vordergrund	Fremdeinschätzung	Fremdeinschätzung	Fremdeinschätzung
Inhalt der Messung	Unterstützungsbedarf	Unterstützungsbedarf	Unterstützungsbedarf	Fachleistungen	Fachleistungen	Fachleistungen	Unterstützungsbedarf	Unterstützungsbedarf	Fachleistungen	Ind. empf. Unterstützungsbedarf	Fachleistungen	Fachleistungen	Fachleistungen

Unterscheidungsmerkmale	HE	IPZ	AB	IBB	OLMIS	ROES	AmWoBe	IBB-Wohnbegleitung	IBB-Plus	IHP	BESA	Inter-RAI HC	PLAISIR
Gegenwartsbezug und/oder Ziel- und Zukunftsorientierung	Gegenwartszug	Gegenwartszug	Gegenwartszug	Gegenwartszug	Gegenwartszug	Gegenwartszug	Gegenwartszug und Ziel- und Zukunftsorientierung	Gegenwartszug	Gegenwartszug	Gegenwartszug und Ziel- und Zukunftsorientierung	Gegenwartszug und Ziel- und Zukunftsorientierung	Gegenwartszug	Gegenwartszug
Verhältnis von Ressourcen und Defizientorientierung	Defizientorientierung	Defizientorientierung	Defizientorientierung	Defizientorientierung	Defizientorientierung	Defizientorientierung	Defizientorientierung	Defizientorientierung	Defizientorientierung	Ressourcenorientierung	Ressourcenorientierung	Defizientorientierung	Defizientorientierung
Kontextsensitivität	gering	gering	mittel	gering	gering	gering	gering	gering	gering	hoch	gering	gering	gering

Quelle: eigene Darstellung

5.5.2 Prüfung nach den normativen Leitlinien

In Abschnitt 4.5 wurden sieben normative Leitlinien definiert, an denen die bestehenden Abklärungsinstrumente bemessen werden und die auch als Richtlinien für die Weiterentwicklung der IV-Instrumente dienen sollen. Es sind dies die Dimensionen Selbstbestimmung und Teilhabe, Wahlfreiheit, Personenzentrierung, Einbezug von umweltbezogenen Faktoren, Befähigung, Partizipation, Barrierefreiheit. In diesem Abschnitt sollen nur die finanzierungsrelevanten Abklärungsinstrumente für Menschen mit Behinderung thematisiert werden. Dabei handelt es sich, nebst den IV-Instrumenten für die HE, den IPZ und den AB, um IBB (inklusive IBBplus und IBB-Wohnbegleitung), um OLMIS, ROES, IHP und AmWoBe. Die Abklärungsinstrumente aus dem Pflegebereich bleiben hier ausgeklammert. Dieses Vorgehen ist damit zu begründen, dass sich die normativen Leitlinien stark auf die Bestimmungen der UN-BRK beziehen, womit ein Zusammenhang mit den Fachleistungen der Pflege, wenn überhaupt, nur partiell gegeben ist.

Insgesamt lässt sich urteilen, dass vor allem das besonders personenzentrierte Abklärungsinstrument IHP den Anforderungen der aufgestellten Leitlinien am nächsten kommt. Die Selbstbestimmung und die soziale Teilhabe stehen beim Verfahren im Vordergrund. Die IHP gewichtet das Postulat der Wahlfreiheit und den damit verbundenen individuellen Bedarf hoch und vor allem ist sie funktional auf die Personenzentrierung ausgerichtet. Die Wahlfreiheit wird insbesondere dadurch berücksichtigt, dass die Menschen mit Behinderung ihre Präferenzen formulieren dürfen und sollen. Einschränkend muss hier allerdings angemerkt werden, dass die Kantone in der Regel (finanzielle) Obergrenzen setzen, womit die Wahlfreiheit auch wieder Einschränkungen erfährt. Durch die Orientierung an der ICF spielen auch die Kontextfaktoren im Sinne von Ressourcen und Hindernissen eine wichtige Rolle. Die Befähigung zur sozialen Teilhabe ist ein wichtiges Element der IHP, da durch die Zukunfts- und Zielorientierung entsprechende Entwicklungsprozesse angestossen werden sollen. Diese Prozesse beziehen sich auf die geäußerten Ziele und Wünsche der Menschen mit Behinderung und stehen in der Regel mit Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe in Zusammenhang (zum Beispiel Kompetenzerwerb, Übertritt in eine andere Wohnform oder Aktivitäten im Sozialraum). In diesem Zusammenhang sind aber auch kritische Anmerkungen anzubringen. So stellt sich die Frage, ob es angemessen erscheint, Ziele und Entwicklungen quasi als Voraussetzung für die Zusprache von Leistungen zu machen. Dies könnte als aufdringlich und die Privatsphäre verletzend aufgefasst werden; wobei in den Gesprächen zu IHP jeweils betont wurde, dass keinerlei Zwangskontext bestünde. Zudem benötigt die Anrechnung der effektiven Leistung beim offenen Verfahren von IHP eine Interpretationsleistung, die den Abklärungspersonen auch beachtlichen Ermessensspielraum belässt. Mitbestimmung bei der Festlegung des Unterstützungsbedarfs ist deswegen kaum möglich und die Nachvollziehbarkeit der Entscheide dürfte eher intransparent sein. IHP weist des Weiteren zwar eine hohe Zugänglichkeit durch das offene und personenzentrierte Vorgehen auf, dieser könnte bei einigen Personen aber auch Überforderung bewirken und es besteht die Gefahr, dass Personen, die ihren Bedarf besser artikulieren können, womöglich auch mehr Leistungen erhalten könnten. Zudem könnten bei einem offenen Verfahren wichtige Themen zum Bedarf ausgeblendet bleiben, weil sie von den Menschen mit Behinderung, aus welchen Gründen auch immer, nicht benannt werden.

Auf der anderen Seite der Skala befinden sich die Instrumente IBB, OLMIS und ROES. Das Hauptproblem dieser Verfahren ist, dass die abzuklärende Person – mit Ausnahme von IBBplus – nicht in den Prozess eingebunden wird. Damit fallen per se sämtliche aufgestellten normativen Richtlinien in sich zusammen.

Zwischen diesen beiden Polen lassen sich die Instrumente der IV und AmWoBe verorten. Durch ihren Zielhorizont sind die Leistungen der IV mit den Postulaten der Selbstbestimmung und sozialen

Teilhabe sowie in Bezug auf die Wahlfreiheit vereinbar. Dies trifft insbesondere auf die HE mit ihrem zur freien Nutzung gewährten Budget zu. Im Abklärungsverfahren werden diese Aspekte jedoch nur bedingt abgebildet. Zwar kann die Person mit Behinderung die eigene Einschätzung im Rahmen der Selbstdeklaration und der Gespräche einbringen, die Mitbestimmung ist aber insofern nicht ausreichend als die Entscheidung über den Bedarf letztlich der Abklärungsperson übertragen wird und andererseits die stark standardisierten Instrumente kaum Freiraum für die individuelle Sicht auf die Lebenssituation ermöglichen. Umweltfaktoren werden teilweise – vor allem beim FAKT – berücksichtigt, wobei diese wiederum defizitbasiert auf die persönlichen behinderungsbedingten Unterstützungen bezogen sind. Die Umweltfaktoren werden nicht nach als die Behinderung (mit-) konstituierende Determinanten gedeutet. Die Befähigung beziehungsweise die Förderung der Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe spielen bei den IV-Instrumenten keine Rolle. Die Beurteilung von AmWoBe fällt ähnlich aus wie diejenige der IV-Instrumente mit all den zuvor genannten Vorbehalten in Bezug auf die normativen Leitlinien. Allerdings ist bei AmWoBe einerseits die einfache Handhabung für die Personen mit Behinderung hervorzuheben und andererseits die Möglichkeit, Themen zu benennen, bei denen die den Bogen ausfüllende Person einen Entwicklungsprozess wünscht.

Bezüglich der Mitwirkung der Menschen mit Behinderung bei den Abklärungsinstrumenten kann festgestellt werden, dass diese bei der IHP am stärksten zum Tragen kommt. Die persönliche Sicht nimmt eine zentrale Stellung ein und die Ziele und die davon abgeleiteten Massnahmen werden in Absprache mit den Menschen mit Behinderung formuliert und festgelegt. Die Übersetzung in einen Unterstützungsbedarf bleibt aber ausserhalb des Einflussbereichs der abgeklärten Person. Bei den Instrumenten der IV bilden die Angaben der Menschen mit Behinderung die Grundlage des Abklärungsprozesses, weil sie gleich zu Beginn im Rahmen der Selbstdeklaration erhoben werden. Die Entscheidung über den Bedarf zu den einzelnen Items basiert aber auf die Einschätzung der abklärenden Person der IV-Stelle. Darauf hat der Mensch mit Behinderung keinen Einfluss mehr. Analog verhält es sich beim Instrument AmWoBe.

Tabelle 6: Abklärungsinstrumente nach den normativen Leitlinien

Normative Leitlinien	HE	IPZ	AB	IBB	OLMIS	ROES	AmWoBe	IBB-Wohnbegleitung	IBB-Plus	IHP
Selbstbestimmung und soziale Teilhabe	✓	(✓)	(✓)	X	X	X	(✓)	X	(✓)	✓
Wahlfreiheit	✓	(✓)	(✓)	X	X	X	(✓)	X	X	✓
Personenzentrierung	(✓)	(✓)	(✓)	X	X	X	(✓)	X	(✓)	✓
Einbezug von umweltbezogenen Faktoren	X	X	(✓)	X	X	X	(✓)	X	X	✓
Befähigung	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	✓
Partizipation	(✓)	(✓)	(✓)	X	X	X	(✓)	X	X	(✓)
Barrierefreiheit	X	X	X	X	X	X	X	X	X	(✓)

Quelle: eigene Darstellung

6. Praxiserfahrung und Wahrnehmung der involvierten Akteure

In diesem Kapitel werden zentrale Erkenntnisse, die sich einerseits aus der Analyse der Abklärungsinstrumente und andererseits aus den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten sowie Leistungsempfängenden ableiten lassen, gegliedert nach relevanten Themen dargestellt. Diese Erkenntnisse dienen als Reflexionsgrundlage für die Weiterentwicklung der IV-Instrumente. Fokussiert werden die Komplexität und der Koordinationsgrad innerhalb des Unterstützungssystems für das Wohnen zu Hause, die Praxis der IV-Stellen, die Ressourcenorientierung, die Entwicklungsperspektive der Leistungsempfängenden, die Selbstbestimmung und Teilhabe, die Rechtsgleichheit und Gleichbehandlung der versicherten Personen. Im Anhang 12.5 werden zudem Vorschläge zur Weiterentwicklung der IV-Leistungen angeführt, die in den Gesprächen formuliert wurden. Diese Vorschläge bilden die Meinung der befragten Personen ab und sind nicht Bestandteil des Projektauftrags.

6.1 Komplexität und Koordinationsgrad innerhalb des Unterstützungssystems

Das Unterstützungssystem wird von allen befragten Personen als zu kompliziert bezeichnet. Ein Vertreter einer IV-Stelle sagt dazu exemplarisch: «Es ist sehr komplex. Jede Bemühung, die darauf ausgerichtet ist, das System besser zu koordinieren und zu vereinfachen und noch den gleichen Zweck erfüllt, wäre extrem sinnvoll. Es besteht ein unendliches Potenzial.» In verschiedenen Kantonen wird inzwischen das Wohnen zu Hause subsidiär zu den IV-Leistungen mitfinanziert, wobei jeder Kanton eigene Lösungen entwickelt, was die Komplexität weiter steigert. Wie in Abschnitt 2.1 beschrieben, sind gemäss BV Artikel 112c die Kantone «für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause» zuständig, wobei diese Bestimmung in keiner gesetzlichen Grundlage konkretisiert wird. Nebst den Kantonen können mit der KV und den EL noch weitere Kostenträger auftreten. In diesem Abschnitt wird primär das Verhältnis von IV-Stellen und Kantonen diskutiert, weil es die zentralen abklärenden Akteure sind. Von den Gesprächspartnerinnen und -partnern werden unterschiedliche Problemfelder thematisiert, die die Menschen mit Behinderung selbst, aber auch die Verwaltungen betreffen.

Für die Personen mit einem behinderungsbedingtem Unterstützungsbedarf ist das System kaum zu überblicken. Zudem ist es wahrscheinlich, dass Personen, die mit Unterstützung zu Hause leben möchten, mehrere und unterschiedliche Abklärungsverfahren passieren müssen, um mehr oder weniger dieselbe Leistung zu erhalten. Eine versicherte Person kann etwa zunächst eine Abklärung für die HE durchlaufen und anschliessend eine für den AB. Bietet der Wohnortkanton zum Beispiel Zusatzfinanzierungen für eine Assistenz an, in Fällen, in denen die Beiträge der IV den effektiven Bedarf nicht decken, dann kommt die Person erneut in ein kantonales Abklärungsverfahren. Beim Begleiteten Wohnen gibt es ebenfalls Kantone, die nebst den Beiträgen nach Artikel 74 IVG zusätzliche Beiträge für das Begleitete Wohnen leisten. Dabei sind die EL noch gar nicht berücksichtigt, wobei auch hier in den kantonalen Gesetzgebungen Unterschiede bestehen.

Wie die Gespräche mit den Leistungsempfängenden gezeigt haben, kann eine Abklärung bei jedem neuen Verfahren Stress bedeuten und eine persönliche Belastung darstellen, weil es um die finanzielle Existenz und Selbständigkeit geht. Zudem ist es höchst anspruchsvoll, sich in diesem komplexen Feld von Unterstützungsmöglichkeiten überhaupt zu orientieren und zurechtzufinden. Es ist für die Leistungsempfängenden schwer nachvollziehbar, weshalb für dieselbe Leistung derart unterschiedliche Abklärungsmethoden angewendet werden. So könnte eine Person mit Assistenz zunächst von der IV-Stelle mit FAKT abgeklärt werden und anschliessend beim Kanton mit dem Instrument IHP, das sich grundlegend vom FAKT unterscheidet, um ebenfalls Assistenzleistungen zu erhalten. Der Vertreter

eines Kantons moniert diesbezüglich, dass die Menschen mit Behinderung aufgrund der verschiedenen Abklärungsverfahren gar nicht mehr richtig zuordnen könnten, welche Abklärung zu welcher Organisation gehört. Er selbst sei einmal gefragt worden, ob er von der IV-Stelle sei.

Aus Sicht der Sozialversicherungen und kantonalen Verwaltungen ist das komplexe System aufwändig und wenig effizient. Die verschiedenen Abklärungsverfahren erzeugen Doppelspurigkeiten, da der jeweils ermittelte individuelle Bedarf der Personen im Kern der gleiche bleibt. Kommt hinzu, dass die Leistungen der Kantone bei der ambulanten Unterstützung beim Wohnen subsidiär zu den Leistungen der Sozialversicherungen entrichtet werden. Seit der NFA 2008 sind eigentlich die Kantone für den Leistungsbereich Wohnen zuständig, mit der Einführung des Assistenzbeitrags 2012 hat die IV aber selbst eine solche Leistung implementiert. Die Vertretung einer Behindertenorganisation sagt dazu: «Eigentlich kann man sagen, der Assistenzbeitrag ist nachher einfach quer reingekommen. Das ist eigentlich Kantonsaufgabe. Und deshalb ist es jetzt so kompliziert, weil jeder Kanton natürlich die Leistungen abholen will, vorgängig.»

Wie mehrere Kantonsvertreterinnen und -vertreter berichtet haben, muss bei Menschen mit Behinderung bei Neueintritten ins kantonale Unterstützungssystem häufig vorgängig geprüft werden, ob die Person allfällige Ansprüche bei der IV und den EL geltend machen kann. Diese Subsidiaritätsprüfungen sind nicht nur für die Kantone aufwändig, sondern auch für die Sozialversicherungen. Wiederholt – so die Aussage der Kantonsvertreterinnen und -vertreter – weisen die Kantone die Menschen mit Behinderung an, sich bei den Sozialversicherungen anzumelden, um einen potenziellen Anspruch bei der IV oder den EL zu prüfen. Dies führt dann auch bei den Sozialversicherungen zu einem zusätzlichen Abklärungsaufwand, der durch die fehlende Koordination zwischen den Leistungen der IV und der Kantone entsteht. Da es zudem Überschneidungen bei den Leistungen gibt (siehe zum Beispiel die Pflegeleistungen in Abschnitt 2.3) wird auch die Subsidiaritätsprüfung an sich zu einer Herausforderung, wie die Vertretung eines Kantons anmerkt: «Wie macht man eine klare Subsidiaritätsprüfung? Also, das hat vielleicht weniger mit dem Instrument an sich zu tun, aber einfach so grundsätzlich mit den Leistungen. Weil es einfach extrem viele, eben, ähnliche Leistungen gibt von verschiedenen Erbringern und Finanzierern.»

Eine Kantonsvertretung fasst die Gesamtsituation für die potenziellen Leistungsempfangenden und die Behörden folgendermassen zusammen: «Also, gerade raus gesagt, es ist mega mühsam. Ich finde, gerade für die betroffenen Leute ist es hochanspruchsvoll. Und nicht nur für die betroffenen Leute, sondern auch die Professionellen. Wir sehen, dass die Leute manchmal gar nicht wissen, auf was habe ich überhaupt alles noch Anspruch? Wir merken manchmal, wir können gar nichts sprechen, weil da wäre wahrscheinlich das und das und das, was vorher kommen könnte. Also ich glaube das, so der ganze Dschungel in diesen Leistungen, die es alle gibt und eben, auf verschiedenen Stufen und Ebenen, und Finanzierer, ich finde es extrem komplex.» Für die Menschen mit Behinderung kommt als zusätzliche Erschwernis hinzu, dass bei einem Wohnortwechsel in einen anderen Kanton aufgrund der unterschiedlichen kantonalen Lösungen existenzielle Fragen auftreten: Welcher Kanton ist für die Finanzierung der Leistungen für das Wohnen zu Hause zuständig? Welche Leistungen im ambulanten Bereich bietet der Kanton im neuen Wohnsitz an? Wie wird der Unterstützungsbedarf im neuen Kanton ermittelt? In einer solchen Situation könnte für den Menschen mit Behinderung wiederum ein neues Abklärungsverfahren anstehen, bei dem potenziell ein abweichender Unterstützungsbedarf ermittelt werden könnte.

Ein Leistungsempfangender formuliert folgenden Wunsch: «Grundsätzlich wäre es sehr nützlich, wenn man irgendeine Harmonisierung hinkriegen würde und die IV und die Kantone zusammen reden würden. Das wäre ein Endziel. Mit dem neuen Finanzausgleich ist es halt so und dass der IV-

Assistenzbeitrag da fast irgendwie quersteht. Aber längerfristig müssen sie auf eine Harmonisierung hinarbeiten.» Es kann gefolgert werden, dass eine Reduktion der Komplexität im Unterstützungssystem sowie eine verstärkte Koordination zwischen IV-Stellen und Kantonen anzustreben sind. Dies wäre nicht nur im Sinne der Menschen mit Behinderung, sondern auch der kantonalen Verwaltungen und Sozialversicherungen, die ihre Abläufe effizienter und kostengünstiger ausgestalten könnten.

6.2 Praxis der IV-Stellen

Die Defizitorientierung der IV-Instrumente war in den Gesprächen ein stets wiederkehrendes Thema. Positiv hervorgehoben wird, nicht nur von den IV-Stellen, dass die Erhebung von Defiziten gut messbar und nachvollziehbar sei sowie Vergleichbarkeit erlaube. Dies bestätigt auch ein Leistungsempfänger: «Ich sehe es als grossen Vorteil an, dass beim FAKT mit einem Zahlensystem quantifiziert wird. Damit man dies auch nachvollziehen kann. Man hat einen klaren Wert vor sich und sieht, da bin ich im Maximum, mehr gibt es nicht. Und beim IHP ist man ein wenig im luftleeren Raum.»

Gleichzeitig wird von den befragten IV-Stellen aber auch bestätigt, dass die Defizitorientierung in den Abklärungssituationen ein belastender Faktor sein kann. Eine verantwortliche Person für die Abklärung bei einer IV-Stelle sagt dazu: «C'est vrai que ce n'est pas toujours facile quand on va faire des évaluations, on relève que ce qui ne va pas, on relève absolument ce qui ne va pas, on parle pratiquement pas de ce qui va bien.» In solchen Situationen wird bedauert, dass diese Haltung auch dem Wohlbefinden der versicherten Personen schaden könne, wie es eine weitere verantwortliche Person für die Abklärung ausdrückt: «Es tut mir manchmal leid, müssen wir uns immer auf das fokussieren, was nicht geht. Das tut den Menschen nicht gut. Es wäre schöner, könnte man die Abklärung ressourcenorientierter machen, aber die Überlegung, wie könnte man das gestalten, dass es eine Gleichbehandlung von allen Menschen gibt, das ist schwierig.» Der Blick auf die Defizite wird vor allem bei der Abklärung von Kindern als problematisch beurteilt. Eine IV-Abklärungsperson fragt vorgängig die Eltern, bis wann das Kind in der Schule sei, «dann komme ich schon eine halbe Stunde früher, dann können wir die heiklen Themen besprechen und wenn das Kind kommt, kann ich es dann kurz kennenlernen und ein paar Fragen stellen: Was habt ihr in der Schule gemacht? Was hast du für Hobbies?». Eine weitere Abklärungsperson teilt mit, dass sie veranlasst, dass das Kind den Raum, in dem das Gespräch stattfindet, verlassen soll, «weil es für ein Kind negativ ist zu hören, was es alles nicht kann».

Wiederholt wurde in den Gesprächen kritisiert, dass die IV-Instrumente nicht für alle Arten von Behinderung gleichgut geeignet seien. Eine Vertretung des BSV betont, dass der effektive Bedarf einzig angemessen erfasst werden könne, wenn der Mensch mit Behinderung in den Mittelpunkt gestellt würde und gleichzeitig eine Gleichbehandlung garantiert werden könne: «Alors idéalement ça devrait être quelque chose qui permette vraiment de prendre en compte la situation individuelle, avec tous les éléments qui peuvent jouer un rôle, qui garantissent justement une égalité de traitement chez toutes les personnes.» Die Eltern von Kindern mit Behinderung kritisieren, dass die Abklärungsinstrumente den Bedarf von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder mit Autismus nicht ausreichend erfassen könnten. Die Vertretung einer Behindertenorganisation meint dazu, dass die Instrumente und die Leistungen für die HE und den AB zu stark auf funktionelle Aspekte ausgerichtet seien, während die indirekte Hilfe weniger erheblich gewertet werde. Die IV solle die lebenspraktische Begleitung stärker gewichten als bisher. Für Menschen mit psychischen Behinderungen sei die Hürde zum Bezug von Leistungen noch höher, weil diese HE lebenspraktische Begleitung nur mit einer IV-Rente beziehen könnten.

Weiter weist die befragte Person darauf hin, dass die Instrumente auf Regelmässigkeiten ausgerichtet seien, was für Personen mit schwankendem Unterstützungsbedarf problematisch sei: «Es braucht immer diese Regelmässigkeit und das ist bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft eben nicht der Punkt, sondern bei Borderline-Erkrankung, Persönlichkeitsstörungen und so weiter ist es oft sehr wechselhaft, wo es heisst, ja, ich kann mich eigentlich schon an einem guten Tag selbst anziehen, aber ich bin an schlechten Tagen drei Tage hintereinander im Bett.» Ein ähnliches Urteil fällt auch eine für Abklärungen verantwortliche Person einer kantonalen IV-Stelle: «Mit dem Abklärungsformular für HE Minderjährige stossen wir bei psychisch kranken Kindern oft an unsere Grenzen, weil die Beeinträchtigung nicht berücksichtigt wird. Es ist mehr für Kinder mit einer körperlichen Behinderung konzipiert. Und wir haben immer mehr Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und auch mit Autismus-Spektrum-Störungen und man kann diese Einschränkungen nicht bei den täglichen Lebensverrichtungen unterbringen. Es bräuchte eine lebenspraktische Begleitung für Kinder, wo man die Tagesstruktur etc. unterbringen könnte.» Mit Blick auf den FAKT urteilt die Vertretung einer Beratungsorganisation, dass mit dem Abklärungsinstrument weder die Lebensgestaltung der Menschen noch komplexe Behinderungsformen genügend abgebildet würden. Eine Mitarbeiterin einer IV-Stelle resümiert, dass das FAKT «sehr auf Personen mit körperlicher Behinderung ausgerichtet» sei.

Diese Engführung hat vor allem damit zu tun, dass mit den vorgegebenen Kategorien und Items, wie sie etwa der FAKT verwendet, Beeinträchtigungen, Funktionen oder Verrichtungen ausgeklammert bleiben, die als Kategorie oder Items auf dem Formular nicht vorkommen, wobei diese Elemente der gesetzlichen Ausgestaltung der Leistung entsprechen. Dies führt dazu, dass bestimmte behinderungsbedingte Bedarfe gedeckt werden können über den AB, andere wiederum nicht, weil sie erst gar nicht erhoben werden. Zudem verhindern die vordefinierten Items und die dafür hinterlegten Minutenwerte eine genaue Erfassung der berücksichtigten Bedarfe. Eine Abklärungsperson einer IV-Stelle schildert die Problematik bei der HE: «Bei der Körperpflege gehört Waschen, Kämmen, Duschen und Rasieren dazu. Wenn jemand bei einer dieser Verrichtungen eine Einschränkung hat, ist der Punkt schon erfüllt. Wenn aber jemand bei allen vier Hilfe braucht, also viel mehr Hilfe braucht, ist es auch erfüllt, aber er bekommt wegen dem nicht mehr. Die Leistung wird nicht höher, je mehr eine Person bei einer Lebensverrichtung Hilfe benötigt.» Die Vertretung einer Behindertenorganisation kritisiert die «Scheingenaugigkeit», die das FAKT vermittelt: «Also Assistenzbeitrag macht vieles richtig. Ich finde die Knacknuss ist, dass der Bedarf so erfasst wird, wie er schlussendlich nicht eingesetzt wird. Das heisst, der Bedarf wird ja minutengenau, auf eine schwindlige Art und Weise, drei Minuten für Zähne putzen, sieben Minuten für Windeln wechseln, mal sechs, gibt, und so weiter. Aber verwenden tue ich den Assistenzbeitrag, indem ich Leute einsetze für Stunden [...]. Im Prinzip ist die simple Frage, wie viele Stunden braucht es jemanden zu Hause, nicht was macht diese Person. Der Grossteil ist sowieso Präsenz, die Präsenz wird gar nicht erfasst.» Hier wird auf eine weitere Problematik hingewiesen: Die Beaufsichtigung wird geringer bewertet als die direkte Hilfe, obschon die zeitliche Präsenz in beiden Fällen identisch ist.

Für die abklärenden Personen der IV-Stelle besteht im Rahmen des Abklärungsverfahrens ein gewisser Ermessensspielraum. Leistungsempfangende, die bereits mehrere Verfahren mit unterschiedlichen Personen durchlaufen haben, berichten, dass die Abklärungsperson ein wichtiger Faktor für das Abklärungsergebnis sei. Es gebe strengere und wohlwollendere IV-Stellen-Mitarbeitende. Die Mutter eines Kindes mit Behinderung sagt: «Ich denke, es steht und fällt mit der Abklärungsperson, habe ich jetzt die Erfahrung gemacht.» In der Wahrnehmung einer Behindertenorganisation sind einige Abklärungspersonen der kantonalen IV-Stelle immer wieder in Streitfälle involviert, andere gar nicht: «Es ist manchmal auffällig, dass wir ehrlich gesagt, immer ein bisschen mit den gleichen

Abklärungspersonen zu tun haben. Die Teams sind grösser. Gewisse Namen sehen wir nie und andere Namen immer wieder. Und das belegt schon, oder, das grosse Ermessen, wo halt die einen einfach grosszügiger sind.» In diesem Zusammenhang wäre es wichtig, dass aufseiten der IV-Stellen eine möglichst einheitliche Handhabung der Instrumente sichergestellt würde.

Wiederholt haben Leistungsempfänger sowie Eltern von Kindern mit Behinderung moniert, dass sie nur unzureichend zum einen über potenzielle Unterstützungsleistungen informiert und zum anderen auch nicht genügend in Kenntnis gesetzt worden seien, wie sie die Selbstdeklarationen für die HE und den AB ausfüllen und wie sie sich bei den Abklärungsgesprächen verhalten sollten. Es sei wichtig zu wissen, was man bei den Fragen der Selbstdeklaration angeben müsse beziehungsweise was die IV-Stelle «lesen wolle». Verschiedene Leistungsempfänger berichten vom hohen Aufwand, den sie betreiben hätten, um an die benötigten Informationen zu gelangen – entweder durch Beratung von Dritten oder das Selbststudium von Unterlagen (Kreisschreiben usw.). Menschen mit Behinderung, die dazu nicht in der Lage seien, so die geäusserten Bedenken, und auch keine Beratung von einer Fachstelle erhalten hätten, würden Gefahr laufen, dass sie aufgrund ihrer Selbstdeklaration und ihrer Aussagen im Abklärungsgespräch potenziell benötigte Leistungen nicht zugesprochen erhalten, weil sie die Unterlagen nicht «richtig» ausgefüllt hätten. Das Elternteil eines Kindes mit Behinderung schätzt die Situation folgendermassen ein: «Negativ ist, dass wenn man sich nicht total in die Materie einarbeitet und sich nicht optimal vorbereitet, dann läuft die Abklärung, zumindest in unserem Wohnkanton, klar zugunsten der IV und nicht zugunsten des Versicherten.»

In diesem Zusammenhang wäre es wichtig, dass die IV-Stellen oder weitere Organisationen die versicherten Personen ausreichend und transparent beraten und informieren. Aus den Gesprächen kann abgeleitet werden, dass der Informationsfluss nicht in allen Kantonen beziehungsweise den jeweiligen IV-Stellen gleich gut funktioniert. Die zuvor zitierte Person sagt dazu: «Wir wurden seitens der IV-Stelle nicht auf den IPZ aufmerksam gemacht, wie wir grundsätzlich auf gar nie etwas aufmerksam gemacht wurden.» Auch die Vertretung einer Behindertenorganisation verortet bei der Thematik Handlungsbedarf bei den IV-Stellen: «Ich frage mich halt eben, wo startet eigentlich die Beratungspflicht der Versicherung? Sollten sie eben schon zu dem Zeitpunkt, an dem jemand anruft, sagen, kommen Sie vorbei, wir erklären es Ihnen.» Im Hinblick auf die Informationspolitik bestünde Handlungsbedarf, um eine möglichst einheitliche Informationspraxis zu gewährleisten.

6.3 Ressourcenorientierung

Im Rahmen dieses Projekts war ein besonderes Anliegen des BSV zu prüfen, ob und in welcher Form die Abklärungsinstrumente der IV stärker ressourcenorientiert ausgestaltet werden könnten. Die Gespräche mit Personen, die Abklärungen durchführen, aber auch die Gespräche mit Leistungsempfängern haben gezeigt, dass der Begriff Ressourcen insgesamt schwer fassbar ist. Sämtliche Interviewpartnerinnen und -partner haben Mühe bekundet, auf Anhieb zu bestimmen, was mit Ressourcen eigentlich gemeint ist – dies betrifft auch Abklärungsverantwortliche, die nach eigenem Verständnis ressourcenorientierte Instrumente anwenden. Dies kann dadurch begründet werden, dass letztlich auch Instrumente, die Ressourcen berücksichtigen, den Unterstützungsbedarf bemessen müssen. Dieser steht im Zentrum des Verfahrens und ist für die Finanzierung von staatlich anerkannten und individuell benötigten Dienstleistungen relevant.

Aufseiten der kantonalen IV-Stellen sind generelle Vorbehalte gegenüber einer stärkeren Ressourcenorientierung vorgebracht worden. Nebst der eben beschriebenen Unklarheit über den Inhalt von Ressourcen beziehungsweise das begriffliche (Un-)Verständnis sind vor allem zwei weitere Gründe genannt worden: Zum einen wurde argumentiert, dass die Berücksichtigung von Ressourcen den

Bewertungsspielraum der Abklärungsperson erweitern würde, weil diese nicht gleichgütig messbar seien wie Defizite. Die Feststellung von Defiziten im Abklärungsverfahren vermittele den Abklärungspersonen Sicherheit im Prozess sowie Vergleichbarkeit bei der Zusprache von Leistungen. Zum anderen könne der erweiterte Bewertungsspielraum, so die geäußerte Befürchtung, zu Ungleichbehandlungen im Abklärungsverfahren führen, womit die Frage der rechtsgleichen Anwendung der Instrumente und Zusprache von Leistungen aufgeworfen wurde.

Obschon die Abklärungsverfahren der IV, wie bereits im vorherigen Abschnitt dargestellt, defizitbasiert sind, hebt eine der befragten IV-Stellen allerdings explizit hervor, dass ihre Mitarbeitenden auch nach den Fähigkeiten und Kompetenzen fragen und diese in die Abklärungsgespräche einbinden: «Dans nos évaluations c'est vrai qu'on parle aussi: Est-ce que vous pouvez faire ça? Qu'est-ce que vous pouvez faire? Ce n'est pas que: Qu'est-ce que vous ne pouvez pas faire? On va aussi décrire tout ce que la personne peut faire, bien entendu. Donc cet aspect il est quand même présent.»

Die Behindertenorganisationen stellen fest, dass sie aufgrund ihrer sozialpädagogisch-professionellen Haltung die Ressourcen, die Befähigung und die Entwicklung zu einer autonomen Lebensführung in den Mittelpunkt stellen. Im Rahmen der IV-Leistungen für das Wohnen zu Hause müssen sie ihren Klientinnen und Klienten aber raten, ihre Defizite in den Vordergrund zu rücken. Eine beratende Person hat es so formuliert: «Also es ist schon eigentlich absurd, wir sagen in der Beratung, Sie müssen dann schon schauen, wenn die Person von der IV-Stelle kommt für die Abklärung, dass Sie den Fokus darauf richten, was nicht geht. Sonst beraten wir eigentlich immer anders.» Grundsätzlich wird ein Abklärungsinstrument, das die Ressourcen berücksichtigt, von den Behindertenorganisationen begrüßt. Allerdings werden auch gewisse Vorbehalte oder Bedenken geäußert. Ein solches Verfahren dürfe nicht dazu führen, dass die Sozialversicherung die Ressourcen erhebt und dann in der Folge die Leistungen kürzt, weil Fähigkeiten und Kompetenzen beziehungsweise Entwicklungspotenziale ermittelt würden, die zu einer Herabsetzung des Unterstützungsbedarfs führten.

Für die befragten Leistungsempfänger ist es schwer vorstellbar, wie ein ressourcenorientiertes Instrument ausgestaltet werden könnte. Gleichzeitig wird die Defizitorientierung bei der IV vor allem von den Eltern von Kindern mit einer Behinderung bedauert. So erzählt ein Vater, dass er Fachpersonen explizit darum bitten würde, ihre Berichte defizitär zu verfassen: «Die Lehrer, die Ärzte und die Therapeuten schauen mich manchmal ein bisschen verwundert an, weil ich so einen defizitären Bericht brauche. Aber ich sage, ich möchte nicht, dass ihr lügt, gar nicht, sondern einfach wirklich nur seine Defizite beschreiben. Und nicht die Ressourcen, weil wenn die Ressourcen beschrieben werden, dann heisst es von der IV, aha, das kann er, also kriegt er dort nichts.» Als Vater tue ihm das weh, die negativen Aspekte hervorheben zu müssen. «Irgendwann kriegt es mein Sohn auch mit, wenn ich so negativ über ihn spreche. Das ist nicht toll für ihn. Das finde ich schwierig.» Eine Mutter betont, dass die Eltern die Entwicklung des Kindes im Auge hätten und nicht die Defizite. Im Abklärungsgespräch müsse man dann aber allein thematisieren, was das Kind nicht könne. Das sei nicht leicht zu ertragen: «Die positiven Sachen, die Entwicklungsschritte hat man als Eltern mehr im Kopf. Und dann kommt die IV und möchte im Prinzip alles defizitorientiert haben. Hier muss ein Umdenken der Eltern stattfinden, dass man das Kind von einer anderen Seite her betrachtet, dass die Herausforderungen immer so sind, dass es keine Entwicklungsschritte gibt. Ich habe selbst im Gespräch festgestellt, als ich es negativ formulieren musste, dass es mich fast ein wenig geschmerzt hat. Aber es hat den Tatsachen entsprochen. Nur so hat man die Möglichkeit zu den Leistungen zu kommen, auf die man ein Anrecht hat.»

Aufgrund der Analyse der Abklärungsinstrumente und der geführten Gespräche erscheint ein reiner Ressourcen-Ansatz wenig praktikabel und wird in der Schweiz weder im Bereich Behinderung noch

im Bereich Pflege und Alter angewendet. Im Grunde erheben die ressourcenbasierten Abklärungsinstrumente sowohl Ressourcen als auch Defizite. Für die IV ist ein ressourcenbasiertes Vorgehen aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen (gesetzliche Ausgestaltung der Leistungen) nicht umsetzbar, weil die verwendeten Abklärungsinstrumente den IST-Zustand erheben. Ressourcen sind in psychosozialen Handlungsfeldern aber per definitionem zukunftsgerichtet (siehe Abschnitt 3.1). In der Gegenwart bestehen persönliche und externale Potenziale, die in Bezug auf eine Absicht oder ein zukünftiges Ziel von den Individuen erkannt und aktiviert werden können. Entsprechend diesem Verständnis von Ressourcen haben sämtliche Instrumente aus der Bestandesaufnahme, die Ressourcen erfassen, eine Zukunfts- und Zielorientierung.

Würde zum Beispiel das Instrument FAKT ressourcenbasiert ausgestaltet bei gleichzeitiger Erfassung des IST-Zustands, dann könnte die Identifikation von Ressourcen dazu führen, dass die IV-Stellen Leistungen bei versicherten Personen reduzieren oder gar streichen würden. Aufgrund der erfassten Potenziale auf individueller Ebene, im sozialen Umfeld oder auf Ebene der Infrastrukturen könnten bestimmte Bedarfe als gedeckt gelten oder in Zukunft durch die Aktivierung bestehender Ressourcen prospektiv als nicht mehr unterstützungsrelevant beurteilt werden. Diese Befürchtung wurde in den Gesprächen wiederholt von Dienstleistungsnutzenden sowie Organisationen der Selbstvertretung und der Behindertenverbände geäußert. Zudem könnte ein solches Vorgehen zu einem Aktivierungszwang der Ressourcen führen, die durch die Schadenminderungspflicht der versicherten Personen legitimiert würde.

Abklärungstechnisch wäre es theoretisch vorstellbar, dass beim Wohnen zu Hause förderliche und hinderliche Faktoren im Rahmen einer Mischrechnung in Beziehung gesetzt würden. Mit einem Plus-Minus-Bewertungssystem könnten Ressourcen mit Pluspunkten und Defizite mit Minuspunkten hinterlegt werden.²⁰ In einem solchen Fall müsste aber jeweils fachlich nachvollziehbar begründet werden, weshalb ein als Ressource bewertetes Item zum Beispiel eine als Defizit bewertete Lebensverrichtung abschwächen oder sogar aufheben würde. Dies ist im Rahmen einer solchen Abklärung kaum bewältigbar. Der Bedarf bei gewissen Items bleibt in der Regel auch nach der Identifikation von Ressourcen bei anderen Items bestehen. Erst wenn eine Zukunftsperspektive einbezogen wird, könnte der Einsatz einer Ressource im Rahmen eines Entwicklungsprozesses dazu führen, dass ein festgestelltes Defizit durch den Einsatz der vorhandenen Ressourcen abgeschwächt oder behoben werden könnte. Zudem ist das Spektrum an potenziellen Ressourcen so gross, dass es unmöglich ist, mit einem standardisierten Instrument Ressourcen als solche für die Bemessung des Unterstützungsbedarfs zu erfassen. Die Erfassung von Ressourcen muss gezielt im Hinblick auf eine bestimmte Absicht oder einen bestimmten Zweck erfolgen.

Wichtig erscheinen für die IV insbesondere zwei Aspekte: Erstens sollte ein Wertewandel vollzogen werden. Bei der Unterstützung für das Wohnen zu Hause dominiert das medizinische Modell von Behinderung und der Fokus wird auf die Defizite gesetzt. Versicherte Personen beziehungsweise ihre Eltern sollten ohne Bedenken ihre Fähigkeiten und Kompetenzen beziehungsweise diejenigen ihrer Kinder zum Ausdruck bringen dürfen. Offensichtlich müssen die versicherten Personen gemäss den geschilderten Erfahrungen sehr vorsichtig sein, was sie sagen und was sie nicht sagen. Zudem kann die Defizitorientierung bei versicherten Personen und den Eltern negative Gefühle auslösen und das

²⁰ Ein reines Plus-System im Sinne einer Förderung und Verstärkung vorhandener Ressourcen scheint wenig praktikabel, da die behinderungsbedingten Unterstützungsbedarfe nicht angemessen erfasst werden könnten. Dies zeigt sich auch darin, dass keines der analysierten Abklärungsinstrumente als reiner Ressourcenansatz konzipiert ist (siehe Abschnitt 5.5.1).

Wohlbefinden beeinträchtigen. Bereits eine gewandelte Grundhaltung kann die Abklärungsatmosphäre massgeblich verändern.

Eine versicherte Person, die bereits mehrmals einen Abklärungsprozess durchlaufen hat, hebt die Vorgehensweise einer Abklärungsperson besonders positiv hervor. Diese habe nachgefragt: «Wie würden Sie es machen, wenn Sie jetzt nicht behindert wären? Und auf Basis dieser Vergleiche konnte man dann nachvollziehen, was ich eigentlich brauche». Dieses Vorgehen gründet auf dem ICF-Konzept der Funktionsfähigkeit. Die funktionale Beschreibung der Beeinträchtigung könnte ein wichtiger Orientierungsrahmen für eine veränderte Grundhaltung der IV sein. So wird auch in der Fachliteratur konstatiert, dass dieses Modell die Zwickmühle der Defizit- und Ressourcenorientierung konstruktiv auflösen kann: «Beschreibungen auf Grundlage der ICF lösen teilweise das Dilemma, dass für eine genaue Einschätzung von Teilhabebedarfen bestehende Beeinträchtigungen und Probleme notwendig mit benannt werden müssen («Defizitorientierung»), auch wenn die Zielorientierung Teilhabe an Fähigkeiten und Ressourcen ansetzt (Empowerment- und Ressourcenprinzip). Die funktionale und nicht normative Beschreibung von Körperfunktionen, Körperstrukturen sowie Aktivitäten (Leistung/Leistungsfähigkeit) und Teilhabe sowie die Berücksichtigung von Umweltfaktoren (Ressourcen/Barrieren) und persönlichem Lebensstil macht deutlich, dass hier kein bloss «defizitorientierter» Blick vorliegt.» (Gromann 2016, S. 156).

Zweitens macht der Einbezug von Ressourcen in einem Abklärungsverfahren nur Sinn, wenn damit ein auf ausformulierte Ziele ausgerichteter Entwicklungsprozess vorgesehen ist. Deswegen bietet es sich an, ein defizit- und ressourcenbasiertes Verfahren zu verwenden, mit dem sowohl ein Grund- als auch ein (subjektiv erwünschter) Entwicklungsbedarf erhoben werden kann. Einerseits ginge es darum, konkrete Unterstützungsbedarfe zu erheben, wie bei den alltäglichen Verrichtungen oder der Grundpflege, aber gleichzeitig auch darum, Einwicklungsziele der Menschen mit Behinderung zu diskutieren. Im Rahmen von Entwicklungszielen können nebst Barrieren spezifisch die dafür vorhandenen persönlichen und externalen Ressourcen erhoben werden, die zur Überwindung der Hindernisse und zur Erreichung des Ziels eingesetzt und genutzt werden können.

6.4 Entwicklungsprozesse

Im vorherigen Abschnitt wurde darauf hingewiesen, dass ein ressourcenbasiertes Instrument nur sinnvoll erscheint, wenn Entwicklungsprozesse angestossen werden sollen, da Ressourcen immer einen Zukunftsbezug haben. Der Vertreter einer Behindertenorganisation hat das so formuliert: «Am Anfang steht die Frage, welche Kompetenzen und Fähigkeiten hat eine Person. Erst nachgelagert sollen diese als Ressourcen verstanden werden, mit denen eine Entwicklung stattfinden kann. Was brauchen Sie an Unterstützung, um dahin zu kommen? Wir müssen entwicklungs- und teilhabeorientiert denken und handeln. Der Umgang mit Ressourcen hat eine Ziel- und Zukunftsdimension. Das ist im Sinn der Normalisierung, des Inklusionsdenkens.»

Eine Vertretung des BSV urteilt, dass die IV-Instrumente Entwicklungsprozesse in keiner Weise berücksichtigen: «Il n'y a aucun instrument qui prend en compte, par exemple, si on a besoin d'aide pour apprendre à faire certains actes. Donc cette aide pour apprendre à être indépendant n'est pas prise en compte.» Gewisse versicherte Personen könnten aufgrund dieses Vorgehens geradezu animiert werden, sich nicht zu entwickeln, folgert die BSV-Vertretung. Eine Fachperson aus einer Behindertenorganisation bedauert, dass der Blick in die Zukunft fehlt: «Ce qui est évalué c'est qu'est-ce que la personne ne peut pas faire, ce n'est pas qu'est-ce qu'elle aurait besoin pour pouvoir faire.»

Wiederholt wurde die Frage aufgeworfen, ob es denn Aufgabe der IV sei, Förderelemente bei der Unterstützung für das Wohnen zu Hause einzubauen. Mit Blick auf die Kernthemen der IV

Bildung/Ausbildung, berufliche Eingliederung und Rehabilitation bilden die Entwicklungsprozesse zentrale Elemente. Bei der medizinischen Beurteilung und Begutachtung seitens der IV wird explizit ein «ressourcenorientiertes Abklärungsverfahren» (Hermelink 2017) angewendet. Bei der beruflichen Eingliederung hat die IV den gesetzlichen Auftrag, bei versicherten Personen «die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern» (BSV 2022, S. 2). Sowohl medizinische als auch berufliche Massnahmen weisen eine Zukunftsperspektive auf: Erstere sollen den Gesundheitsschaden mindern, letztere die Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt erhöhen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, weshalb die IV diese Haltung nicht auch auf den Leistungsbereich Wohnen zu Hause überträgt. Einerseits brauchen die versicherten Personen dauerhafte Unterstützung beziehungsweise Assistenz, andererseits könnte die IV aber auch Entwicklungsprozesse zu mehr Selbstbestimmung sowie zu verstärkter sozialer Teilhabe finanziell unterstützen. Damit kann das Sozialwerk einen Beitrag zum Wohlbefinden und der Lebensqualität der versicherten Personen leisten.

Die Vertretung des BSV gibt zu bedenken, dass ein erfolgreich verlaufener Entwicklungsprozess damit enden könnte, dass durch die erworbenen Fähigkeiten, die Leistungen zukünftig gekürzt würden. Damit würden ausgerechnet diejenigen «bestraft», die besonders motiviert und aktiv sind. Dieses Argument kann dadurch entkräftet werden, dass grundsätzlich keine finanzielle Einbusse besteht, wenn zum Beispiel für eine bestimmte alltägliche Verrichtung keine Assistenz mehr benötigt wird, die entlohnt werden muss. Wichtig ist zudem, dass die Entwicklungsprozesse stets als optional ohne jeglichen Zwang und Druck vollzogen werden können.

6.5 Selbstbestimmung und Teilhabe

Wird Artikel 19 der UN-BRK «Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft» als wichtige Grundlage für die Finanzierung der IV-Leistungen HE, IPZ und AB betrachtet, dann steht die Förderung des Wohnens zu Hause in engem Zusammenhang mit der Ermöglichung von sozialer Teilhabe. Artikel 19 verlangt von den Vertragsstaaten nicht nur Wahlfreiheit bei der Wohnform, sondern auch das Treffen von Massnahmen um die «volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern». Der normative Bezugspunkt für die IV sollte folglich die soziale Teilhabe sein. Dementsprechend erscheint es wichtig, den sozialen Kontext und die Umweltfaktoren angemessen in das Abklärungsverfahren einzubinden. Im Ansatz werden Unterstützungsbedarfe zur sozialen Teilhabe bei der HE dem IPZ und dem AB bereits erhoben, wenn auch nur in geringem Masse.

Zunächst erscheint es wichtig, Umweltfaktoren aus rein handlungspraktischen Überlegungen stärker in die Abklärung zu integrieren. Der Wohnort, das Quartier oder die unmittelbare Wohnumgebung können allesamt einen Einfluss auf den Unterstützungsbedarf haben. Angenommen eine Person mit einer körperlichen Beeinträchtigung zieht aus einem urbanen Gebiet in ein Bergdorf, dann wird sich ihr Unterstützungsbedarf sehr wahrscheinlich erhöhen, weil am neuen Wohnort die Gegend weniger barrierefrei gestaltet und die Mobilität in der Wohnumgebung anspruchsvoller ist. Eine IV-Abklärungsperson berichtet, dass sie diese Aspekte bei Abklärungsbesuchen bewusst wahrnehme: «Wir haben das inzwischen mit der Erfahrung ein wenig intus, schon wenn ich zu einer Wohnung oder an ein Haus hinlaufe, schaue ich wie viele Treppen sind es bis zur Türe, hat es ein Geländer? Man nimmt schon sehr viele Sachen bereits wahr.» In ihrem Kanton hat die IV-Stelle ein «Beiblatt» entwickelt, das die IV-Mitarbeitenden zusätzlich zum FAKT ausfüllen und mit dem etwa die Wohnverhältnisse beschrieben werden können. Das Beiblatt diene dazu, die «Gesamtsituation» zu erfassen, weil das FAKT nur das Textfeld «Bemerkungen» aufweise. «Das Beiblatt hat keinen Einfluss auf den Hilfebedarf, aber ganz viel Einfluss auf die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit, von dem, was im

FAKT ausgefüllt wird.» Der FAKT operiert vollkommen dekontextualisiert. Für die Erfassung des unmittelbaren behinderungsbedingten Unterstützungsbedarfs wäre es angebracht, diese Aspekte stärker einzubeziehen im Abklärungsverfahren. Wird die soziale Teilhabe als normativer Bezugspunkt gesetzt, dann sollen der soziale Kontext (zum Beispiel nachbarschaftliche Unterstützung) und die Umweltfaktoren (zum Beispiel Förderangebote im Quartier) aber auch im Hinblick auf Entwicklungsprozesse zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe berücksichtigt werden.

Eine Abklärungsperson einer IV-Stelle gibt zu bedenken, dass, insbesondere beim FAKT, der soziale Kontext bewusst ausgeblendet bleibe, weil Menschen, die bereits Hilfe bekommen in ihrem Umfeld nicht anders behandelt werden sollen als Menschen, die keine Hilfe erhalten. Ansonsten würde eine Rechtsungleichheit hergestellt. Der Einbezug des sozialen Kontexts soll aber nicht dazu dienen, Leistungen zu kürzen. Der soziale Kontext soll vielmehr erhoben werden, um nachvollziehen zu können, welche behinderungsbedingten Bedarfe die versicherten Personen aufweisen, um die von ihnen gewünschte soziale Teilhabe zu realisieren. Es geht folglich nicht um personenunabhängige Faktoren, sondern um persönliche Bedürfnisse, die sich von Mensch zu Mensch unterscheiden. Eine Beratungsperson thematisiert die unterschiedlichen Bedarfe im Hinblick auf die individuell gewünschte Lebensführung: «Also, wie möchte der leben? Wie lebt dem seine Familie? Wie lebt das Umfeld? Also da gibt es Leute, die sind vielleicht eher, die dann halt zu Hause sind, viel Fernsehen gucken und die nicht so in die Welt rausgehen. Die brauchen sicherlich weniger Unterstützungsbedarf als jemand, der sagt, aber ich geh eigentlich, ich will schon in Vereine, ich will meinen Rollstuhlsport machen und ich will, und ich bin da, da, da aktiv.» Der behinderungsbedingte Unterstützungsbedarf unterscheidet sich je nach persönlichen Präferenzen im Hinblick auf die gewünschte Lebensgestaltung. Deswegen kann sich der Unterstützungsbedarf bezogen auf den Referenzpunkt soziale Teilhabe auch unterscheiden, ohne dass damit eine Ungleichbehandlung besteht, weil nicht alle versicherten Personen dasselbe wollen und brauchen. Diese individuellen Bedarfe können etwa im Rahmen der Entwicklungsprozesse berücksichtigt werden.

Ein Abklärungsverfahren, das den zuvor genannten Vorstellungen gerecht wird, müsste personenzentriert ausgestaltet sein und die Selbsteinschätzung höher gewichten als die Fremdeinschätzung. Nach Aussage verschiedener Leistungsempfängerinnen und von Behindertenorganisationen sei bei der IV nicht genügend transparent, wie viel von der Selbsteinschätzung und wie viel von der Fremdeinschätzung einfließt. Die Vertretung einer Behindertenorganisation äussert die Vermutung, dass die Selbsteinschätzung nur einen geringen Einfluss auf den von der IV festgelegten Bedarf haben dürfte. Hingegen ist die Selbsteinschätzung etwa beim Instrument IHP zentral. Dies unterstreicht die Vertretung eines Kantons, das IHP anwendet: «Ich glaube, dieser Unterstützungsplan da ist schon sehr, die Person steht im Zentrum, und die Person mit dem Bedarf, die sie für sich sieht und in diesen Bereichen, in denen sie in ihrem Leben weiterkommen möchte, oder wo sie Hilfe braucht.» Die Vertretung eines anderen Kantons erklärt, dass es beim IHP um eine persönliche Sicht und um eine ergänzende fachliche Sicht gehe. Charakteristisch für die IHP ist dabei der gewährte Beschreibungsraum für die Menschen mit Behinderung. Es wird grundsätzlich mit offenen Fragen operiert. Dies ermöglicht es den Menschen mit Behinderung ihre persönliche Sicht zum Ausdruck zu bringen. Bei Verfahren der IV wurde zudem von Leistungsempfängerinnen und Behindertenorganisationen wiederholt kritisiert, dass die abklärende und finanzierende Stelle dieselbe Organisation sei. In verschiedenen Kantonen werden inzwischen unabhängige Abklärungsstellen eingerichtet, die den Bedarf der Menschen mit Behinderung abgekoppelt vom Kostenträger ermitteln.

Für die Förderung der Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe erscheint die Subjektfinanzierung besonders geeignet. Dabei sollte das zugesprochene Budget den versicherten Personen für die von ihnen

gewünschte Lebensgestaltung zur freien Verfügung stehen. Als Vorbild kann das Finanzierungsmodell der HE dienen. Diese Auffassung wird von verschiedenen befragten Personen geteilt. Eine Vertretung des BSV schätzt die Funktion der HE ein: «Das ist ja eben gerade der Charme der HE, dass man das nicht irgend an ein Wohnen bindet oder wie auch immer, sondern dass man sagt, okay, die Person hat die und die und die Einschränkung und mit diesen und diesen Mitteln hat sie sich aufgrund von ihren Möglichkeiten, respektive ihren Ressourcen auch, entsprechend einzurichten und Unterstützung auf diesem Weg einzukaufen oder eben, halt auch allenfalls etwas an die Miete auf diesem Weg finanziert zu bekommen.» Die Vertretung einer Behindertenorganisation hebt die Freiheiten bei der HE hervor: «Ich glaube das funktioniert, dort ist die Freiheit die höchste. Es ist eine ganz entscheidende Leistung.» Diese Freiheit wird auch von den Leistungsempfängenden geschätzt, wie ein Elternteil von einem Kind mit Behinderung verdeutlicht: «Das Finanzierungsmodell, das frei wählbar ist, macht Sinn, es ist entlastend. Die HE gibt die Möglichkeit, dass man mit einem Teil dieser Gelder etwas finanziert, das auch die Familie entlastet. Wir haben beispielsweise, als wir noch keinen Assistenzbeitrag erhielten, damit schon Personen finanziert, die mit unserem Sohn etwas unternommen und ihn begleitet haben. Uns gab das auch Luft.»

Die freie Nutzung des zur Verfügung gestellten Budgets würde auch die Hürden beseitigen, die mit dem Arbeitgebermodell beim AB gesetzt werden. Denn nicht alle Personen, die Anrecht auf einen AB hätten, können oder wollen als Arbeitgebende agieren. Eine Abklärungsperson einer IV-Stelle konstatiert, dass viele Menschen keinen AB möchten wegen des Arbeitgebermodells. Sie bezeichnet die Aufgaben, die auf die versicherten Personen zukommen als «sehr komplex». Die gleiche Folgerung zieht auch die Vertretung einer Behindertenorganisation: «Also, wenn sie dann sagen, ich mache das und ich traue mir das zu. Vorher fallen eben schon viele raus, weil die Hürde geht nur mit dem Arbeitgebermodell. Das ist die grosse Hürde, wo viele sagen, das will ich nicht, das mach ich nicht.» Mit einem Budget zur freien Nutzung könnten die benötigten Dienstleistungen für die versicherten Personen im Rahmen des Arbeitgebermodells erbracht werden oder in einem Auftragsverhältnis, ohne dass die versicherten Personen wie beim AB der IV-Stelle Rechenschaft ablegen müssten über die Form der Anstellung und der Ausgaben. Dies könnte etwa durch Organisationen erfolgen, bei denen die Dienstleistungen eingekauft werden.

6.6 Rechtsgleichheit und Gleichbehandlung

Die befragten Vertreterinnen und Vertreter des BSV und der kantonalen IV-Stellen haben wiederholt ihre Bedenken zum Ausdruck gebracht, dass die Verwendung eines nicht ausschliesslich auf Defizite ausgerichteten Abklärungsinstruments Rechtsungleichheit schaffen könnte und die Gleichbehandlung zur Disposition stünde. Die bisherige Vorgehensweise der IV mag juristisch gesehen korrekt sein, weil bei allen versicherten Personen dieselben Verrichtungen erhoben werden und diese – im Rahmen der vorhandenen Ermessensspielräume – auch gleich bewertet werden. Auch stark standardisierte und komplex ausgearbeitete Instrumente können aber nur annähernd den realen Unterstützungsbedarf ermitteln, wie auch in der Fachliteratur moniert wird. So seien Bemühungen feststellbar, die Berechnungen von Leistungen «kausal-deterministisch herleitbar zu machen». Kritisch wird dazu angemerkt: «Am Ende dieser Bemühungen stehen differenziert berechnete Entgelte, Pauschalen bzw. Fachleistungsminuten/-stunden, also Leistungspreise in Euro und Cent, die den Eindruck von wissenschaftlicher Genauigkeit und Rationalität erwecken.» (Schäfers/Wansing 2016, S. 19) So stellt sich etwa die Frage, ob minutenhinterlegte Items auch tatsächlich den für die einzelne Person beziehungsweise ihre Assistenz realen Aufwand abbilden. Die im Rahmen des Projekts geführten Gespräche legen die Vermutung nahe, dass dies nicht vollumfänglich gelingt. Zum anderen bestimmen die standardisierten Abklärungsformulare bereits, was abgeklärt wird. Bestehen aufgrund der vorhandenen

Beeinträchtigung der versicherten Personen anderweitige Bedarfe, werden diese nicht gedeckt. Eine Mutter schildert ihre Erfahrungen dazu: «Mon fils a des diarrhées chroniques, il faut le doucher, nettoyer et désinfecter la douche, le changer, l'aider à s'habiller et faire la lessive, le Monsieur de l'AI m'a compté que la douche.» Insgesamt kann aus den Interviews resümiert werden, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder mit noch relativ unbekanntem Arten von Behinderungen benachteiligt sind, weil ihre spezifischen Unterstützungsbedarfe nicht oder ungenügend berücksichtigt werden.

Die Rechtsgleichheit und Gleichbehandlung sollte aber nicht nur im Rahmen der alltäglichen Lebensverrichtungen, sondern auch unter dem Bezugspunkt der sozialen Teilhabe behandelt werden. Dabei könnte anstelle der Gleichbehandlung die Chancengerechtigkeit in den Mittelpunkt gestellt werden; und zwar nicht nur in Bezug auf die Leistungszusprache, sondern auch im Rahmen des Abklärungsverfahrens (zum Beispiel zur Formulierung der individuellen Bedürfnisse). Geht man vom subjektiven behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf der Personen aus, dann kann Chancengerechtigkeit erreicht werden, wenn alle die von ihnen benötigte Unterstützung erhalten, um das Leben zu führen, das sie möchten. Das heisst, (kompensierende) Ungleichbehandlung sollte für die IV bei den Leistungen für das Wohnen zu Hause möglich sein. Die Vertretung einer Behindertenorganisation schätzt die Thematik so ein: «Es ist so ein bisschen, wo ich wie das Gefühl habe, auf die Zukunft raus, dass wirklich jeder die gleiche Chance hat, oder, für das was er möchte, dass du das wirklich so abklären musst. Wenn jemand sagt, ich gehe fünf Mal am Abend fort, dass das sein Recht ist und die behinderungsbedingten Aufwände wie gezahlt werden.»

Für eine allfällige Neukonzeption der Abklärungsinstrumente und der damit verbundenen IV-Leistungen sowie einer (kompensatorischen) Ungleichbehandlung von versicherten Personen könnte die ständige Formel des Bundesgerichts betreffend Artikel 8 der Bundesverfassung zur Rechtsgleichheit, dass «Gleiches nach Massgabe seiner Gleichheit gleich und Ungleiches nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich behandelt wird» (Hausammann 2008, S. 4; BGE 136 | 17, E. 5.3), als Richtschnur dienen.

7. Weiterentwicklung der Abklärungsinstrumente der IV

In diesem Kapitel werden die Forschungsfragen beantwortet und vor allem Entwicklungspfade für die Abklärungsinstrumente der IV diskutiert. Die Forschungsfragen sind spezifisch gestellt und befassen sich mit konkreten Aspekten der Abklärungsinstrumente. Für das BSV stellt sich aus Sicht des Projektteams aber vorgelagert bereits eine Grundsatzfrage, die zwingend erörtert werden muss und in der Projektausschreibung auch aufgeworfen wird, wenn auch nicht als Forschungsfrage im engeren Sinn. Im Kontext der IV sollte ein grundlegender Entscheid getroffen werden, ob die bestehenden Leistungen (HE, IPZ und AB) in dieser Form fortgeführt werden und die Weiterentwicklung der Abklärungsinstrumente in der Tendenz eher punktuell für die einzelnen Leistungsbereiche erfolgen oder ob mittelfristig ein grösserer (politischer) Reformprozess für die Förderung des Wohnens zu Hause angestossen werden soll. In letzterem Fall müsste das oder die Abklärungsverfahren von Grund auf neu konzipiert werden. In diese Richtung weist Forschungsfrage 11 («Wie realistisch und zweckmässig ist es, dass alle beteiligten Akteure dasselbe Instrument nutzen?»). Es steht zudem die Frage im Raum, ob die Leistungen der IV für das Wohnen zu Hause UN-BRK-konform sind. Mit Blick auf die Finanzierungsmodelle sind sie es zweifellos: Die Subjektfinanzierung der IV-Leistungen HE, IPZ sowie AB und das Arbeitgebermodell des AB erfüllen diese Bedingungen – wenn auch die Obergrenzen das eigenständige Wohnen für manche versicherte Personen mit hohem Unterstützungsbedarf verunmöglichen und versicherte Personen zum Teil nicht in der Lage oder nicht gewillt sind, das Arbeitgebermodell beim AB umzusetzen.

Die Abklärungsinstrumente der IV erfüllen die Bedingungen der UN-BRK hingegen nur unzureichend. Dies lässt sich anhand der Anforderungen aufzeigen, die der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen an die Abklärungsverfahren stellt (siehe Abschnitt 4.2). Die IV-Instrumente berücksichtigen den Willen und die Präferenzen der Individuen nur geringfügig. Durch das medizinische Modell von Behinderung bleiben Kontextfaktoren, die als Hindernisse oder Barrieren beeinträchtigend wirken können, unbeachtet. Entgegen dem standardisierten Vorgehen der IV postuliert der Fachausschuss einen individualisierten Zugang, der die spezifischen Bedarfe und Aktivitäten der Menschen mit Behinderung in den Vordergrund rückt. Diese Vorbehalte haben auch mit den historisch bedingten Pfadabhängigkeiten der IV zu tun: Die HE wurde als Leistung 1960 bei der Entstehung des Sozialwerks eingeführt. Allein die Begrifflichkeit «Hilflosenentschädigung» wirkt anachronistisch, weil sie den versicherten Personen Unselbständigkeit und Unfähigkeit unterstellt und sie grundsätzlich als «hilflos» bezeichnet, obschon sich der Unterstützungsbedarf durch Dritte auch nur auf wenige Lebensverrichtungen beziehen könnte. Bei der HE sind aber auch Teilreformen erfolgt. So wurde im Zuge der 4. IVG-Revision 2004 die HE für Personen, die zu Hause leben verdoppelt (Bollier 2010, S.10f.). Damit wurden Anreize für das selbständige Wohnen gesetzt.

In der Projektausschreibung des BSV wird zum Ausdruck gebracht, dass die Studie Grundlagen schaffen sollte, «damit IV und Kantone ihre Instrumente optimieren und harmonisieren können». Zudem sollte sie «zur Vereinheitlichung der Praxis beitragen und für mehr Gleichbehandlung sorgen» (BSV 2021, S. 3). Diese Vorgabe bedingt eine Berücksichtigung des Gesamtkontextes des Unterstützungssystems über die verschiedenen Staatsebenen. Die zuständigen Stellen des Bundes müssten, wie weiter oben formuliert, einen Grundsatzentscheid fällen, ob punktuelle Weiterentwicklungen der Abklärungsinstrumente unter Beibehaltung der bekannten Leistungsbereiche verfolgt werden sollen oder ob umfassendere Reformprozesse bei der Förderung des Wohnens zu Hause angezeigt sind, was eine Neukonzipierung der Abklärungsinstrumente bedingen würde. Als Basis für diese Überlegungen werden im nächsten Abschnitt Szenarien zur Unterstützung für das Wohnen zu Hause konzipiert.

7.1 Szenarien: Unterstützung für das Wohnen zu Hause

Das Projektteam hat insgesamt fünf Szenarien zur zukünftigen Unterstützung für das Wohnen zu Hause entwickelt. Sie weisen keine aus der Studie abgeleitete empirische Fundierung auf. Sie sind vielmehr aus der empirischen Erkenntnis gebildet worden, dass das gegenwärtige Unterstützungssystem eine hohe Komplexität aufweist und potenzielle Reformprozesse geprüft werden sollten. Diese Szenarien beziehen sich gemäss Projektauftrag zum einen auf die Frage zu den jeweils angemessenen Abklärungsinstrumenten und zum anderen auf die Koordination unter den involvierten Akteuren sowie die potenzielle Harmonisierung der Abklärungsprozesse. Der Fokus liegt auf der IV und den Kantonen, weil diese Akteure die zentralen Abklärungsinstanzen für die Unterstützung für das Wohnen zu Hause für Menschen mit Behinderung sind (bei den Kantonen wird die Aufgabe zum Teil delegiert). Die EL und die KV werden in den Modellen nicht einbezogen. Je nach Szenario verändert sich die Verantwortlichkeit der IV und somit auch der spezifische Handlungsbedarf der Sozialversicherung. Deswegen werden zunächst die Szenarien besprochen und erst in einem weiteren Schritt die Entwicklungsmöglichkeiten der IV-Instrumente. Die Szenarien lauten: «Weiterentwicklung bestehender Instrumente», «Individueller Leistungsbeitrag», «Kostenbeteiligung der IV», «Kantonshoheit», «Bundeshoheit». Im Folgenden werden die fünf Modelle genauer beschrieben:

- *Weiterentwicklung bestehender Instrumente:* Die IV behält die Leistungsbereiche HE, IPZ und AB wie bisher bei. Die jeweiligen Abklärungsinstrumente werden spezifisch und punktuell weiterentwickelt. Denkbar sind auch Reformen bei den Leistungen selbst. Je nach Form der Veränderung sind Anpassungen auf Gesetzes- und Verordnungsstufe sowie innerhalb der Kreisschreiben notwendig. Die Verantwortlichkeiten zwischen IV und Kantonen im Bereich Wohnen zu Hause bleiben unverändert und sie handeln, wie bisher, mehrheitlich unkoordiniert. Die Leistungen der Kantone werden subsidiär finanziert. Die Komplexität des (Abklärungs-) Systems bleibt bestehen und versicherte Personen müssen, je nach Unterstützungsbedarf, mehrere Abklärungsverfahren zur Festlegung der jeweiligen Leistungsansprüche durchlaufen.
- *Individueller Leistungsbeitrag:* Die IV führt die HE, den IPZ und den AB zu einem einzigen Angebot als individuellen Leistungsbeitrag²¹, der nach dem Vorbild der HE ausgestaltet werden könnte. Dieser Beitrag steht den anspruchsberechtigten versicherten Personen gemäss dem erhobenen individuellen Unterstützungsbedarf zur freien Verfügung.²² Denkbar wären aber auch Lösungen mit einheitlicher Abklärung und Leistungszusprache, aber unterschiedlichen Finanzierungsmodi analog der heutigen Finanzierungspraxis der IV. Eine solche Reform bedingte eine Neuentwicklung der Abklärungsinstrumente. Notwendig wäre eine Revision auf Gesetzes- und Verordnungsstufe. Die IV und die Kantone behalten ihre bisherigen Zuständigkeiten beim Wohnen zu Hause bei und agieren überwiegend autonom. Analog zum Modell Weiterentwicklung besteht keine direkte Zusammenarbeit zwischen IV und Kantonen, wobei die Leistungen der Kantone subsidiär entrichtet werden. Das Unterstützungs- und Abklärungssystem erfährt aufseiten der IV eine Komplexitätsreduktion, da nur noch ein Abklärungsverfahren angewendet wird. Dies würde auch die Subsidiaritätsprüfung durch die Kantone erleichtern. Denkbar wäre in diesem Szenario eine Revision des IFEG im Hinblick auf eine gesetzliche Verpflichtung zur Unterstützung beim Wohnen zu Hause durch die Kantone, wie dies von der BV mit Artikel 112c bestimmt wird.

²¹ Die Bezeichnung der Leistung könnte selbstredend auch anders lauten.

²² Das würde etwa bedeuten, dass die versicherte Person selbst entscheiden kann, ob sie mit den bezogenen Leistungen eine Assistenz im Arbeitgebermodell anstellen möchte.

Die Kantone könnten nebst dem stationären Bereich zukünftig mittels Bundesgesetzes verpflichtet werden, Leistungen für das selbständige Wohnen bereitzustellen und zu finanzieren.

- *Kostenbeteiligung der IV:* Entsprechend der Verantwortungsverschiebung im Bereich Wohnen im Zuge der NFA gehen mehr Verantwortlichkeiten an die Kantone über. Die IV beschränkt sich bei diesem Szenario darauf, sich mit – zum Beispiel nach Vorbild der HE abgestuften – Individualbeiträgen an den Kosten für das selbständige Wohnen zu beteiligen. Denkbar wäre aber auch ein pauschales Finanzierungsmodell durch die IV: Die Kantone erhalten Gelder von der IV und verteilen diese für das Wohnen zu Hause in Eigenregie gemäss bundesgesetzlichen Richtlinien. Die Abklärungsverantwortung geht vollständig an die Kantone über. Es findet eine Koordination der IV- und kantonalen Leistungen statt. Dieses Modell trägt auch den Reformprozessen in zahlreichen Kantonen Rechnung, mit denen etwa das selbständige Wohnen gefördert, Subjektfinanzierungen eingeführt und/oder (unabhängige) Abklärungsstellen implementiert wurden. Dieses Szenario bedeutete eine starke Komplexitätsreduktion und der Bezug zum Sozialraum und zur Lebenswelt der versicherten Personen wäre besser gewährleistet. Der individuelle Unterstützungsbedarf würde einmalig erhoben. Die Subsidiaritätsprüfung entfällt, da die Kantone die IV-Ansprüche mitabklären und die zusätzlich notwendige Finanzierung bereitstellen. Ein gemeinsamer Assistenzfonds stellt eine weitere denkbare, aber politisch tendenziell eher schwierig umsetzbare Variante dieses Modells dar. Schon seit Längerem wurde die Idee eines Assistenzfonds formuliert.²³ Die Schnittstellen (nebst IV, EL und KV auch Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Unfallversicherung, Kantone und Gemeinden) würden koordiniert und in einem Finanzierungsträger zusammengefasst, wobei auch in dieser Variante die Kantone den Abklärungsauftrag umsetzen könnten.

Im IVG müsste die Kostenbeteiligung konkretisiert und die Anspruchsvoraussetzungen dafür definiert werden. Denkbar wäre ein einfaches Verfahren, wie bei der Abklärung der HE, mit dem die Leistungen der IV überprüft werden könnten. Oder die Abklärung würde gesamthaft den Kantonen überlassen. Das IFEG müsste reformiert werden: Die Kantone werden zu Leistungen für das Wohnen zu Hause sowie zur Schaffung von professionellen Abklärungsstellen verpflichtet. Dieses Szenario würde folglich auch Möglichkeiten einer schweizweiten Gesamtsteuerung der Unterstützung für das Wohnen zu Hause ermöglichen, ohne dass die Kantonsautonomie ausserordentlich eingeschränkt würde. Spezifische Richtlinien zum Abklärungsverfahren würden nebst dem finanziellen Beitrag der IV auch ein Mindestmass an einheitlicher Praxis unter den Kantonen gewährleisten. Eine Harmonisierung der Abklärungsverfahren wäre wünschenswert, verbleibt aber in der Verantwortung der Kantone oder der einzelnen SODK-Regionen. Die Problematik eines Wohnsitzwechsels in einen anderen Kanton ist ebenfalls nicht gelöst. Die Kantone müssten sich über den Finanzierungsmodus bei einem Kantonswechsel einigen und eine einheitliche Praxis verfolgen.

- *Kantonshoheit:* Bei diesem Szenario findet eine Entflechtung der Zuständigkeiten gemäss NFA statt. Die Kantone sind eigenständig für den Leistungsbereich Wohnen verantwortlich, was einer starken Reduktion der Komplexität gleichkommt. Der Bund zieht sich als Kostenträger zurück. Entsprechend müsste die NFA neu ausgehandelt und den Kantonen mehr finanzielle Mittel für die Umsetzung des Leistungsbereichs Wohnen bereitgestellt werden. Dieses Modell ist durch eine hohe Gestaltungsautonomie der Kantone bestimmt und führt zu einer grundlegenden Komplexitätsreduktion im Abklärungsverfahren. Das IFEG würde mit einer Neudefinition der kantonalen

²³ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=19993611> [Stand: 08.11.22].

Aufgaben im Wohnbereich nach Artikel 112c der BV revidiert. Per Bundesgesetz werden die notwendigen Anforderungen an die Kantone bezüglich Finanzierung, Versorgungssystem, Abklärungsverfahren usw. bestimmt, um ein Mindestmass an einheitlicher Praxis bundesweit zu garantieren.

- *Bundeshoheit*: Bei diesem Szenario würde die NFA teilreformiert und die Zuständigkeit für den Wohnbereich ginge erneut an den Bund über; mitsamt Neuformulierung der Zuständigkeiten in der BV. Insgesamt ist dieses Szenario als unwahrscheinlich zu bezeichnen, da es den Entwicklungen der letzten Jahre kaum Rechnung trägt. Es müsste zudem geklärt werden, ob nur die Verantwortung für das Wohnen zu Hause oder auch für das stationäre Wohnen an den Bund überginge. Die IV könnte analog zum Szenario 2 einen individuellen Leistungsbeitrag einführen. Eine komplette Neuentwicklung der Abklärungsinstrumente wäre dafür notwendig und eine Auslagerung der Abklärung an professionalisierte Abklärungsstellen beziehungsweise die Auslagerung der Abklärungsabteilungen aus den IV-Stellen denkbar. Dieses Verfahren würde eine starke Komplexitätsreduktion bedeuten, da einerseits die Kantone nicht mehr involviert sind und andererseits die Leistungen der IV zusammengeführt würden. Im Gegensatz zum Modell Kantonshoheit könnte über die IV eine Vereinheitlichung der Abklärungspraxis sichergestellt werden. Reformen müssten auf Gesetzes- und Verordnungsstufe erfolgen. Eine Bundeszuständigkeit würde allerdings den Eigenheiten der einzelnen Kantone nur geringfügig Rechnung tragen und die Nähe an den Sozialraum und die Lebenswelt der Menschen mit Behinderung wäre kaum gegeben.

Für das Projektteam erscheinen vor allem Szenario 2 und Szenario 3 als realistisch umsetzbar und erstrebenswert. Beide Modelle würden zu einer Komplexitätsreduktion beitragen, wobei Szenario 3 eine stärkere Koordination zwischen IV und Kantonen begünstigen würde und Menschen mit Behinderung nur ein Abklärungsverfahren durchlaufen müssten.

Tabelle 7: Szenarien für die Unterstützung beim Wohnen zu Hause (IV/Kantone)

	Weiterentwicklung best. Instrumente	Individueller Leistungsbeitrag	Kostenbeteiligung der IV	Kantonshoheit	Bundeshoheit
IV-Leistungen	HE / IPZ / AB	Individueller Leistungsbeitrag	Individualbeiträge	keine	Individueller Leistungsbeitrag
Kantonale Leistungen	unterschiedlich	unterschiedlich	unterschiedlich mit ge- setzlichen Mindestvor- gaben	Gestaltungsautonomie im Rahmen der gesetz- lichen Vorgaben	keine
Abklärungsverantwortung	IV-Stellen + Kantone (oder Mandat)	IV-Stellen + Kantone (oder Mandat)	Kantone (unabhängige Abklärungsstelle)	Kantone (unabhängige Abklärungsstelle)	IV (unabhängige Ab- klärungsstelle prüfen)
Anzahl Abklärungen	potenziell mehrere	zwei	eine	eine	eine
Systemkomplexität	hoch	mittel	gering	tief	tief
Koordination Bund und Kantone	gering	gering	hoch	nicht notwendig	nicht notwendig
Subsidiaritätsprüfung	Kantone	Kantone	keine	keine	keine
Berücksichtigung des loka- len Unterstützungssystems	gering	mittel	hoch	hoch	gering
Gesetz	ev. Anpassungen IVG/IVV	Reformen IVG/IVV + ev. IFEG + ev. kanto- nale Gesetzgebung	Reformen IVG/IVV + IFEG + kantonale Ge- setzgebung	Reformen IFEG + NFA + kantonale Gesetzge- bung + ev. BV	Reformen BV + IVG/IVV + NFA



Quelle: eigene Darstellung

7.2 Entwicklungsperspektiven für die IV-Abklärungsinstrumente

Auf der Basis der thematischen Erkenntnisse aus Kapitel 6 werden in diesem Abschnitt Entwicklungsperspektiven für die IV-Abklärungsinstrumente dargelegt. Diese Entwicklungsperspektiven entsprechen den Szenarien 1, 2 und 5 aus Abschnitt 7.1. Obschon es sich bei der HE, dem IPZ und dem AB um etablierte und grundsätzlich verlässliche Abklärungsverfahren handelt, erscheinen sie nicht mehr zeitgemäss. Deswegen empfiehlt das Projektteam nicht nur eine neue Form der IV-Leistungen für das Wohnen zu Hause, sondern auch eine Neuentwicklung der Abklärungsinstrumente.

Selbstbestimmung und soziale Teilhabe als normative Referenzpunkte

Mit Blick auf Artikel 19 der UN-BRK sollte die Selbstbestimmung und soziale Teilhabe den normativen Referenzpunkt für die IV-Leistungen bilden. Das Wohnen stellt einen elementaren Bestandteil dieses Referenzpunktes dar. Im Mittelpunkt sollte die von den versicherten Personen erwünschte Lebensgestaltung und angestrebte soziale Teilhabe stehen. Entsprechend sollte der Ausgangspunkt der Abklärung nicht wie bislang ein Formular mit vordefinierten Kategorien und Items sein, welche (einzig) die gesetzliche Ausgestaltung der Leistung entsprechen, sondern der Mensch mit Behinderung mit seinen subjektiv empfundenen Bedürfnissen, seien dies physiologische Grundbedürfnisse und/oder soziokulturell geprägte Bedürfnisse (siehe Abschnitt 3.1). Diese subjektiven Bedürfnisse müssen in einem weiteren Schritt in einen sozialstaatlich anerkannten und legitimierten individuellen behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf übersetzt werden. Das heisst, nicht jedes Bedürfnis berechtigt zu Leistungen und in Bezug auf die leistungsberechtigten Bedürfnisse wird allein der durch die Behinderung bestehende Unterstützungsbedarf gedeckt.

Personenzentrierung

Für das Abklärungsverfahren drängt sich ein Paradigmenwechsel auf: Anstelle der (mehrheitlich) geschlossenen Fragen, wie sie in den aktuellen IV-Abklärungsinstrumenten zur Anwendung kommen, soll ein offener(er) Abklärungszugang gewählt werden ausgehend von der Person mit seiner spezifischen Beeinträchtigung und ihrem individuellen Unterstützungsbedarf. Methodisch bedeutet dies, dass primär qualitativ und weniger quantitativ vorgegangen werden sollte. Offene Fragen ermöglichen es den versicherten Personen, ihre je eigene Sicht zum Ausdruck zu bringen und auch die durch die Behinderung bedingten Einschränkungen und die daraus resultierenden (gesellschaftlichen) Hindernisse mitzuteilen. Auf diese Weise werden Ausschlussmechanismen reduziert, die mit standardisierten Formularen unvermeidlich sind, weil nicht sämtliche individuellen Unterstützungsbedarfe abgebildet werden können.

Der Ablauf des Abklärungsverfahrens wäre deckungsgleich mit dem bisherigen Vorgehen bei der HE und dem AB: Die versicherte Person füllt einen Fragebogen schriftlich aus, im Anschluss findet ein Gespräch mit der Abklärungsperson zu Hause statt. In diesem Gespräch werden die Angaben der versicherten Person vertieft, ergänzt und präzisiert. Offene Fragen könnten etwa lauten:

- Beschreiben Sie einen gewöhnlichen Tag. Was können Sie dabei selbst erledigen? Bei welchen Tätigkeiten brauchen Sie Unterstützung? Als Orientierungsrahmen könnten der ausfüllenden Person exemplarische alltägliche Tätigkeiten im Tagesablauf (Aufstehen, Körperpflege, Arbeit, Freizeit usw.) bereitgestellt werden.
- Wie wollen Sie wohnen?
- Wie möchten Sie Ihre Tage verbringen?
- Was möchten Sie in Ihrer Freizeit tun?

Versicherte Personen, die beim Ausfüllen Unterstützung brauchen, können den Fragebogen mit Angehörigen, professionellen Bezugspersonen oder einer Beistandschaft ausfüllen. Es gilt hier anzumerken, dass das Verfahren für gewisse Personen (zum Beispiel mit kognitiven Beeinträchtigungen) anspruchsvoll sein kann und Massnahmen ergriffen werden müssen, um die höchstmögliche Selbst- und Mitbestimmung zu gewährleisten. Wichtig ist, dass die Unterstützung dem Willen der versicherten Person entspricht und bei der Beantwortung der Fragen stets die Perspektive der versicherten Person zum Ausdruck kommt. Im Abklärungsgespräch können mit gezielten Kontrollfragen die Unterstützungsbedarfe nochmals konkretisiert werden. Die Sicht der versicherten Person mit ihrer Selbsteinschätzung steht dabei im Zentrum der Abklärung. Die Aussenansicht bleibt stets ergänzend. Barrierefreie Dokumente können diesen Anspruch unterstützen (zum Beispiel Übersetzungen in Leichte Sprache oder Unterstützte Kommunikation).

Ein überwiegend offener Zugang ermöglicht es, die Gesamtsituation sowie den Kontext inklusive relevanter Umweltfaktoren zu erheben, was zum Beispiel beim FAKT nicht vorgesehen ist. Ausserdem können so auch die Präferenzen der versicherten Personen ermittelt werden: Mit einem standardisierten Formular werden unterschiedliche Lebensbereiche und Verrichtungen abgeklärt, unabhängig davon, welche Relevanz diese für die jeweilige Person haben. Für die einzelne Person sind aber einige Aspekte wichtiger, andere weniger wichtig und wiederum andere völlig irrelevant. Ein offener Zugang trägt diesem Umstand am besten Rechnung, denn nicht alles braucht zwingend eine Lösung. Den Abklärungspersonen kommt die herausfordernde Aufgabe zu, den gegenüber stärker standardisierten Zugängen grossen Gestaltungsspielraum im Verfahren so zu steuern, dass die Menschen mit Behinderung ihre Interessen und Bedürfnisse angemessen zum Ausdruck bringen können.

Insgesamt ist das hier beschriebene Vorgehen demjenigen der IHP sehr ähnlich. Ergänzende geschlossene Fragen, analog etwa zum FAKT, könnten den Bedarf bei einer Auswahl von alltäglichen Lebensverrichtungen und bei der Pflege, die als essenziell gelten, erfassen. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang, dass aber von Fähigkeiten und Kompetenzen ausgegangen wird und nicht von den Defiziten. In diesem Sinne kann ermittelt werden, was die Person selbstständig kann und bei welchen Tätigkeiten Unterstützung notwendig ist. Empfohlen wird aber nicht zu detailliert vorzugehen, sondern zum Beispiel die tägliche Dauer und die benötigte Form der Hilfe für eine Verrichtung zu erheben. So können für die versicherten Personen zum Beispiel bei der Körperpflege allzu detaillierte, intime und unangenehme Fragen vermieden werden («Notdurft» im FAKT) und der Bedarf wird in toto angegeben.

Alternativ wäre theoretisch ein zielgruppenspezifisch modulierbares Instrument mit zusammensetzbaren Bausteinen denkbar. Diese Module könnten etwa in Anlehnung an die Domänen der ICF erstellt und bedarfsspezifisch eingesetzt werden. Von einem solchen Vorgehen wird aber abgeraten: Zum einen bleibt dieses Vorgehen der Formularlogik verhaftet. Eine Vielzahl von weiterhin standardisierten Formularen gibt noch keine Garantie, dass die individuellen Unterstützungsbedarfe tatsächlich erfasst werden können. Der offene Zugang verspricht weiterhin die besseren Erfolgsaussichten. Zum anderen würden modulierbare Instrumente die Komplexität der Abklärungsverfahren noch weiter erhöhen. Sinnvoll könnten aber grobe Unterscheidungen der Zielgruppen sein. Es erscheint etwa angebracht, einen Fragebogen für Erwachsene und einen für Minderjährige zu erstellen. Diese Unterscheidung ist damit zu begründen, dass einerseits die Haushaltskonstellation (Leben bei den Eltern) in der Regel unterschiedlich ist und die Kontextfaktoren eine andere Dimension haben (zum Beispiel Schule). Zudem soll der Bedarf für den heutigen IPZ angemessen erfasst werden können.

Bio-psycho-soziales Modell von Behinderung

Eine zentrale Problematik der IV-Abklärungsinstrumente ist das defizitbasierte medizinische Modell von Behinderung, das sämtlichen Verfahren zugrunde liegt. Ein solches Verständnis von Behinderung ist zum einen im Fachdiskurs nicht mehr zeitgemäss und zum anderen widerspricht es der Haltung und dem Denken der versicherten Personen oder ihrer Eltern, die in erster Linie die Fähigkeiten und Kompetenzen im Blick haben. Wie in Kapitel 6 dargelegt, bringt die Fokussierung auf Defizite auf der einen Seite Verfahrenssicherheit und Klarheit in der Abklärung, auf der anderen Seite wird die Defizitorientierung allerdings aus unterschiedlichen Gründen als problematisch aufgefasst. Das ICF-Konzept der Funktionsfähigkeit mit dem bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung als Basis würde seitens der IV eine veränderte Werthaltung gegenüber den versicherten Personen zum Ausdruck bringen. Fähigkeiten und Kompetenzen wird Wertschätzung entgegengebracht und die Behinderung nicht (personalisiert), sondern als funktionaler Zusammenhang einschliesslich von Kontextfaktoren aufgefasst. Ausgehend von einer vollen Funktionsfähigkeit kann bei einzelnen Verrichtungen oder in Lebensbereichen bestimmt werden, welche Unterstützung eine Person im Hinblick auf die volle Funktionsfähigkeit benötigt, wobei auch gesellschaftliche Hindernisse einbezogen werden. Für die versicherten Personen entfällt die gegenwärtige Beweislast der Unfähigkeit und Unselbstständigkeit. Die Partizipation ist bei der ICF eine wesentliche Determinante zur Beschreibung von Behinderung. Entsprechend wird empfohlen, der sozialen Teilhabe genügend Gewicht im Abklärungsverfahren einzuräumen. Dazu gehören Aspekte wie politische Partizipation, Freizeit und Hobbies, soziale Kontakte, Freiwilligenarbeit usw. Auch bei dieser thematischen Kategorie stehen die individuellen Präferenzen der versicherten Personen im Vordergrund, da sich die Bedarfe zur sozialen Teilhabe von einer Person zur anderen wesentlich unterscheiden können.

Berücksichtigung von Gegenwart und Zukunft

Die aktuellen IV-Abklärungsinstrumente erheben den IST-Zustand. Das Projektteam empfiehlt die Berücksichtigung der Gegenwart und der Zukunft. Die Erfassung von Ressourcen macht, wie bereits mehrfach deutlich gemacht, nur Sinn, wenn damit eine zukünftige Absicht verbunden ist. Die benötigten Ressourcen sollten zweckgerichtet auf ein formuliertes zukünftiges Ziel (oder mehrere Ziele) bestimmt werden. Im Sinne einer persönlichen Entwicklung zu einer gesteigerten Selbständigkeit und Selbstbestimmung sowie zur Förderung von sozialer Teilhabe sollen «Projekte» festgelegt werden können (zum Beispiel: «Ich möchte eigenständig kochen können.»). Diese Projekte sind fakultativ auszugestalten. Sie sollen auf eigenen Wunsch der versicherten Personen erfolgen, es soll keinerlei (Entwicklungszwang) bestehen. Denn Selbstbestimmung und soziale Teilhabe sind auch im Rahmen der Erfassung des IST-Zustands die zentralen Bezugspunkte. Die Projekte bedeuten einen zusätzlichen Unterstützungsaufwand, der entsprechend durch eine zusätzliche Finanzierung gedeckt wird. Sie dienen folglich als ein positives und freiwilliges Anreizmodell. In diesem Zusammenhang führt die Bestimmung und Berücksichtigung der Ressourcen, wie die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, nicht zu einer Leistungskürzung, weil es sich um eine Zusatzleistung der IV handelt. Der Revisionsprozess würde im Hinblick auf das Projekt auch das Element der Wirksamkeitsprüfung beinhalten im Hinblick auf die Erreichung der Ziele. Wurde das Ziel erreicht («Die Person kann eigenständig kochen.»), dann könnten (fakultativ) neue Ziele formuliert werden. Wurde das Ziel nicht erreicht, dann gilt es zu prüfen, weshalb dem so ist und was die versicherten Personen allenfalls noch bräuchten, um das Ziel zu realisieren.

Eine Person könnte auch sagen: «Ich bin total zufrieden mit meiner Wohnsituation. Ich habe ein tolles soziales Umfeld. Meine Arbeit macht mir Spass. Das Einzige, was ich brauche, ist eine Assistenz, damit ich das Leben führen kann, das ich möchte.» Diese Haltung ist absolut legitim und würde

entsprechend zu Unterstützungsleistungen für eine Assistenz führen. Das Ziel würde dann lauten, Weiterführung und Aufrechterhaltung der gegenwärtigen Lebenssituation, ohne dass damit ein bestimmtes Projekt verbunden wäre. Wichtig ist, dass die Fragen zur Zukunft und zu den Zielen nicht übergreifend sind. Es geht nicht darum, persönliche oder gar intime Ziele in Erfahrung zu bringen. Das geht die Sozialversicherung nichts an. Mit den offenen Fragen soll einzig ermittelt werden, welche Unterstützung eine versicherte Person von der IV benötigt, um das Leben führen zu können, dass sie führen möchte und welche Förderung sie sich allenfalls wünscht, um dieser Vorstellung möglichst selbstbestimmt zu entsprechen.

Festlegung des Unterstützungsbedarfs

Am Ende der Abklärung sollte ein Gesamtaufwand beziffert werden, idealerweise in Unterstützungsstunden, ohne dass jede einzelne Verrichtung, wie dies etwa für das FAKT charakteristisch ist, mit Minutenwerten hinterlegt ist. Die Stunden müssten allerdings je nach Leistung (professionelle Fachleistung, Assistenz, Haushaltshilfe, lebenspraktische Begleitung) einen anderen Betrag auslösen, wobei einer versicherten Person selbstredend auch eine Kombination an Stunden der unterschiedlichen Leistungen zugesprochen werden kann (zum Beispiel professionelle Fachleistung und Haushaltshilfe). Besonders wichtig ist dabei, dass die Abklärungsergebnisse validiert und auch für die versicherten Personen nachvollziehbar in eine finanzielle Leistung übersetzt werden. In diesem Zusammenhang ist eine höchstmögliche Transparenz gegenüber den potenziellen Leistungsempfängern sicherzustellen.

Unabhängige Abklärungsstellen

Es ist problematisch, dass die abklärende Organisation gleichzeitig Kostenträger ist. Bei den Leistungsempfängenden kommt deswegen der Verdacht auf, dass die Abklärungen im Sinne der IV durchgeführt werden. Die Unparteilichkeit wurde von den versicherten Personen in den Gesprächen wiederholt angezweifelt. Es wird empfohlen, eine Auslagerung der Abklärung aus den IV-Stellen zu prüfen. Verschiedene Kantone haben bereits unabhängige Abklärungsstellen mit interdisziplinären Teams und spezifischen Fachexpertisen für die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs eingerichtet. Es könnte auch eine Auslagerung der Abklärungsabteilungen der IV-Stellen in Betracht gezogen werden. Es bestünde allenfalls die Möglichkeit, mit den Kantonen zusammenzuarbeiten und Synergien zu nutzen (siehe die koordinativen Szenarien in Abschnitt 7.1). Das vorgeschlagene Abklärungsverfahren für die IV ist nicht komplexer, aber fachlich anspruchsvoller als das aktuelle Vorgehen.

Harmonisierung des Unterstützungssystems

Eine Zusammenarbeit zwischen IV und Kantonen im Rahmen der Abklärungsverfahren könnte auch einer stärkeren Harmonisierung im Unterstützungssystem zuträglich sein. Komplexe und hochstandardisierte Instrumente erschweren eine Koordination. Eine Harmonisierung wird erleichtert, wenn die Instrumente nicht zu spezifisch ausgestaltet sind. Dies ist mit einem überwiegend qualitativen Verfahren eher möglich. Je komplexer die Instrumente ausgestaltet sind, desto schwieriger wird es, eine entsprechende Harmonisierung zwischen unterschiedlichen Akteuren anzustreben. Aufgrund der hohen Komplexität des Unterstützungssystems sind Bemühungen um eine bessere Koordination auf alle Fälle empfehlenswert. Allerdings sollten sich die Bemühungen auf den Bereich Behinderung beschränken. Der Alters- und Pflegebereich sollte nicht eingebunden werden, weil zum einen die Bedarfe zu unterschiedlich sind und zum anderen im Bereich Behinderung die UN-BRK als normativer Bezugspunkt gilt und somit als gemeinsamer Nenner für die involvierten Akteure dienen kann. Hingegen sollten Menschen mit Behinderung im AHV-Alter Unterstützungsleistungen gemäss ihrem behinderungsbedingten Bedarf erhalten; auch im Sinne der Besitzstandswahrung.

Tabelle 8: Entwicklungsperspektiven für die IV-Abklärungsinstrumente

Abklärungsdimensionen	IST-Situation	Entwicklungsperspektive
Referenzpunkt	selbständiges Wohnen, zum Teil Lebensgestaltung	erwünschte Lebensgestaltung und Teilhabe
Ausgangspunkt	vordefinierte Kategorien und Items gemäss gesetzlicher Ausgestaltung der Leistung	individueller behinderungsbedingter Unterstützungsbedarf
Modell von Behinderung	medizinisch	bio-psycho-sozial
Fokussierung	Defizite	Ressourcen und Defizite
Erhebung	vordefinierte Themen, überwiegend geschlossene Fragen	überwiegend offene Fragen
methodisches Vorgehen	überwiegend quantitativ	überwiegend qualitativ
Verfahren	Selbst- und Fremdeinschätzung	Fokus Selbsteinschätzung + Fremdeinschätzung
Umwelt- und soziale Faktoren	geringe Berücksichtigung	Einbezug von Umwelt- und sozialen Faktoren
zeitliche Dimension	Gegenwart	Gegenwart und Zukunft
Entwicklungspotenziale und Zielsetzungen	keine Berücksichtigung	Förderung von Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe
Revision	regelmässige Bedarfsprüfung	regelmässige Bedarfs- und Wirksamkeitsprüfung
UN-BRK-Konformität des Abklärungsverfahrens	unzureichend	gegeben

Quelle: eigene Darstellung

8. Fazit: Beantwortung der Forschungsfragen

In diesem Kapitel werden die 12 Forschungsfragen aus der Projektausschreibung des BSV beantwortet.

Teil I: Hauptfragestellungen

1. *Bestandesaufnahme der verschiedenen Instrumente zur Bedarfsabklärung: Welcher Kanton und welche Institution verwendet welches Instrument für die Ermittlung des Unterstützungsbedarfes? Werden derzeit neue Instrumente entwickelt?*

Zunächst hat sich gezeigt, dass insgesamt eher wenige (finanzierungsrelevante) Instrumente verwendet werden beziehungsweise diese wenigen Instrumente an die jeweiligen kantonalen Bedürfnisse angepasst werden. Es gibt dabei deutliche Unterschiede zwischen der deutschen und der lateinischen Schweiz. In der deutschen Schweiz geben die Kantone in der Regel vor, welche Instrumente die Leistungserbringenden verwenden müssen, um eine kantonale Finanzierung zu erhalten. Im stationären Bereich hat sich beinahe flächendeckend das Instrument IBB durchgesetzt. Im ambulanten Bereich wird die IHP immer populärer; inzwischen zum Teil auch in der französischen Schweiz. Einige Deutschschweizer Kantone planen in Zukunft, IHP sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich einzusetzen. Zum Teil wird für das Wohnen zu Hause ein angepasstes FAKT verwendet.

In der französischen Schweiz wird die Aufgabe der Abklärung an private (Behinderten-) Organisationen delegiert. Es gibt mit wenigen Ausnahmen keine Vorgaben, welche Instrumente angewendet werden sollen. Die Organisationen ermitteln den jeweiligen Unterstützungsbedarf der unterstützten Menschen mit Behinderung autonom. Die Kantone finanzieren die Organisationen pauschal oder über die zu unterstützenden Einzelpersonen als subsidiärer Beitrag zu den IV-Leistungen. Deswegen ist die Situation in der Romandie weniger gut überschaubar. Für das Wohnen zu Hause werden aber vor allem die Instrumente MHAVIE, BAI oder ein angepasstes FAKT verwendet.

Neue Instrumente werden in der Schweiz aktuell nicht entwickelt, aber bestehende Instrumente weiterhin an die kantonalen Bedürfnisse angepasst. In einem Kanton wird ein angepasstes IBB für das Begleitete Wohnen im Rahmen eines Pilotprojekts angewendet, ein anderer Kanton hat bereits ein eigenes Instrument für das Wohnen zu Hause entwickelt.

2. *Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen zwischen diesen Instrumenten, insbesondere zwischen den drei Instrumenten der IV (HE, IPZ und FAKT) und den anderen Modellen?*

Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Abklärungsinstrumente lassen sich vor allem an folgenden Merkmalen festmachen:

- Modell von Behinderung
- Grad der Standardisierung
- Gewichtung von Selbst- und Fremdeinschätzung
- Inhalt der Messung

- Gegenwartsbezug und/oder Ziel- und Zukunftsorientierung
- Verhältnis von Ressourcen- und Defizitorientierung
- Kontextsensitivität
- Berechnungsgrundlage für den Unterstützungsbedarf.

Die IV-Instrumente lassen sich nach diesen Kriterien folgendermassen charakterisieren: Sie basieren auf einem medizinischen Modell von Behinderung. Die Fremdeinschätzung ist für die Abklärung entscheidend, wobei die Selbsteinschätzung berücksichtigt wird. Primär wird der Unterstützungsbedarf anhand von festgelegten Kriterien und Items bemessen, welche der gesetzlichen Ausgestaltung der Leistung entsprechen. Die Ressourcen der versicherten Personen spielen keine Rolle im Abklärungsverfahren. Der Standardisierungsgrad ist hoch, wobei in der Regel geschlossene Fragen zum Einsatz kommen und beim IPZ und dem AB werden bei den Items Minuten hinterlegt. Der Zugang bei der HE ist etwas offener und führt zu einem zeitlichen Gesamtaufwand, der aus der Beantwortung der Fragen des Abklärungsformulars resultiert. Die IV-Stelle erhebt den IST-Zustand, eine Ziel- oder Zukunftsorientierung liegt nicht vor. Mehrheitlich erfolgt die Erhebung dekontextualisiert von sozialen und Umweltfaktoren.

3. *Inwieweit berücksichtigen diese Instrumente die Ressourcen bei der Feststellung des Hilfebedarfs?*

Eine explizite Ressourcenorientierung weisen nur wenige Instrumente auf. Dies betrifft im Bereich Behinderung primär die IHP und im Bereich der Pflege BESA. Diese Instrumente weisen eine Ziel- und Zukunftsorientierung auf. Die Ressourcen werden bei beiden Instrumenten erhoben, um Entwicklungsprozesse zu planen und anzustossen, wobei die Ziele gemeinsam mit den Leistungsempfängenden formuliert werden. Der Unterschied zwischen diesen beiden Instrumenten ist, dass BESA Ressourcen standardisiert erhebt, während IHP mit seinem offeneren Zugang die Ressourcen gezielt im Hinblick auf die beabsichtigten Entwicklungsprozesse ermittelt.

4. *Welche Modelle orientieren sich am internationalen ICF-Modell, inwiefern und wie? Inwieweit kann das ICF-Modell bei der Ermittlung der Hilflosenentschädigung übernommen werden?*

Im Bereich Behinderung orientieren sich vor allem IHP und MHAVIE an die ICF. Auch die Instrumente aus dem Pflegebereich basieren auf die ICF. Die in Abschnitt 3.2 bezeichneten Elemente der ICF, die aus Sicht des Projektteams für die Analyse der Abklärungsinstrumente relevant sind, sind allesamt mindestens in einem Abklärungsinstrument aufgetreten: bio-psycho-soziales Modell von Gesundheit und Behinderung; Funktionale Gesundheit; Wirkungsfaktoren; Förderfaktoren und Barrieren; Lebensbereiche. Folglich können diese Elemente allesamt potenziell für die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs angewendet werden.

Die ICF kann nicht nur für die HE eine wichtige Grundlage bilden, sondern auch für den IPZ und den AB. Besonders wichtig wäre, dass die IV sich vom defizitbasierten medizinischen Modell von Behinderung verabschiedet. Gegenüber den versicherten Personen wird durch eine funktionelle Beschreibung der Beeinträchtigung eine andere Werthaltung vertreten, die den Fähigkeiten und Kompetenzen der versicherten Personen Rechnung trägt. Dies ist auch für die Prozessgestaltung relevant. Zudem ermöglicht das ICF-Modell, Behinderung sowohl durch personenbezogene Faktoren als auch durch Umweltfaktoren zu beschreiben. Im Gegensatz zum medizinischen Modell

wird Behinderung nicht einzig auf die persönliche Behinderung bezogen. Vielmehr können etwa auch (gesellschaftliche) Hindernisse erfasst und in die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs eingebunden werden.

5. *Inwieweit lässt sich das ressourcenbasierte ICF-Modell auf die Hilfe im häuslichen Wohnumfeld übertragen?*

Zunächst muss festgestellt werden, dass Ressourcen an sich im ICF-Modell keine besondere Rolle spielen. Es geht im Rahmen der Funktionalen Gesundheit vor allem um Förderfaktoren und Barrieren. Dieser Aspekt ist für das häusliche Wohnumfeld gut anwendbar. Durch den Einbezug der Kontextfaktoren kann der Unterstützungsbedarf genauer erfasst werden (zum Beispiel barrierefreie Wohnumgebung). Zudem ist die Verflechtung der Wirkungsfaktoren im ICF-Modell relevant. Dazu gehören auch die Aktivitäten und die soziale Teilhabe. Entsprechend sollte die Perspektive nicht allein auf das häusliche Wohnumfeld beschränkt bleiben, sondern den Lebenskontext der Menschen mit Behinderung erfassen. Dies entspricht auch den Bestimmungen von Artikel 19 der UN-BRK, der das Wohnen als ein zentrales Element der übergeordneten Dimension der sozialen Teilhabe versteht.

6. *Inwieweit eignen sich die Instrumente für die verschiedenen Behinderungsarten?*

Besonders geeignet erscheinen insbesondere Instrumente, die überwiegend mit qualitativen Elementen operieren. Offene Fragen ermöglichen es, dass die Menschen mit Behinderung ihren spezifischen Unterstützungsbedarf zum Ausdruck bringen können. Stark standardisierte Verfahren bergen stets die Gefahr, dass sie für bestimmte Zielgruppen die «falschen» Fragen stellen. Eigentlich ist die Forschungsfrage 6 nicht zielführend gestellt, weil es nicht um die Behinderungsarten an sich gehen müsste, sondern um den individuellen behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf – unabhängig von der Art der Behinderung. Dieser sollte im Mittelpunkt stehen und angemessen ermittelt werden.

7. *Weshalb werden bestimmte Instrumente (BESA, RAI, PLAISIR) nur für ältere Menschen und nicht für Menschen mit Behinderungen verwendet?*

Diese Instrumente werden nicht angewendet, weil sie nicht für den Bedarf von Menschen mit Behinderung ausgelegt und deswegen für diese Zielgruppe ungeeignet sind. Sie werden im Bereich Behinderung einzig angewendet, um Pflegeleistungen nach KVG zu verrechnen. Dies kann etwa der Fall sein, wenn eine soziale Einrichtung für erwachsene Menschen mit Behinderung auf der Pflegeheimliste steht oder im stationären oder ambulanten Setting Spitex-Leistungen in Anspruch genommen werden. Der Bezugspunkt für die Abklärungsinstrumente für Menschen mit Behinderung muss die UN-BRK sein, deswegen erscheint eine Übertragung der Instrumente aus dem Pflegebereich auf den Bereich Behinderung nicht ratsam. Zudem erscheint es fragwürdig, Behinderung und Krankheit in ein engeres Verhältnis zu rücken. Dies würde wiederum das medizinische Modell von Behinderung in den Vordergrund stellen, welches überwunden werden sollte. Deswegen ist eine engere Verknüpfung von Behinderung und Pflege nicht empfehlenswert. Dennoch kann vor allem BESA mit seinem ressourcenbasierten Vorgehen, dem Einbezug der

Klientinnen und Klienten sowie der Festlegung von Pflegezielen interessante Impulse für die Weiterentwicklung der Abklärungsinstrumente im Bereich Behinderung geben.

8. *Technische Aspekte: Wie sind die Instrumente programmiert, gibt es zum Beispiel eine App oder andere digitale Lösungen, die eine Beurteilung des Leistungsanspruchs vereinfachen?*

Es gibt bislang keine innovativen technischen Lösungen oder Apps, die die Beurteilung des Leistungsanspruchs – vor allem im Rahmen der Selbsteinschätzung von Menschen mit Behinderung – erleichtern würden. Hier besteht aus Sicht des Projektteams insgesamt Handlungsbedarf. Dieser Bedarf kann allgemeiner formuliert im Kontext der Barrierefreiheit diskutiert werden. In diesem Zusammenhang bestünde noch viel Innovationspotenzial.

Teil II: Stossrichtungen für die Praxis

Die Fragestellungen 9 bis 12 leiten sich von der Beantwortung der Hauptfragestellungen ab und sollen mögliche Entwicklungslinien für die zukünftige Ausgestaltung der IV-Abklärungsinstrumente aufzeigen. Für die Beantwortung der Fragestellung 9 hat das Projektteam mit den verantwortlichen Forschenden des Projekts C21_02 «Soutien au logement à domicile: Modèles internationaux» zusammengearbeitet.

9. *Gibt es in anderen mit der Schweiz vergleichbaren Ländern Instrumente zur Ermittlung des Hilfebedarfs, die als Vorlage dienen könnten?*

Der Blick auf die Länder Belgien, Niederlande und Schweden zeigt, dass das Vorgehen insgesamt als ähnlich mit demjenigen in der Schweiz zu bezeichnen ist. Besonders innovative Ansätze oder stark abweichende Praktiken sind nicht beobachtet worden. Vielmehr zeigt sich, dass in diesen Ländern ähnliche Fragen zur Praktikabilität der Abklärungsverfahren auftreten, wie sie auch im Rahmen dieser Studie besprochen wurden.

10. *Inwiefern könnten die Pauschalen HE, IPZ und der FAKT mit einem verstärkt ressourcenorientierten Instrument optimiert werden?*

Wie bereits bei Frage 3 hervorgehoben wurde, machen ressourcenorientierte Instrumente nur Sinn, wenn sie zukünftige Ziele und Entwicklungsprozesse berücksichtigen. Die IV-Abklärungsinstrumente fokussieren den IST-Zustand, was bedeutet, dass eine stärkere Ressourcenorientierung bei den bestehenden Verfahren nicht zielführend ist. Im Sinne der Förderung von Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe wäre es wünschenswert, dass die IV im Leistungsbereich Wohnen zu Hause – analog zu anderen Leistungsbereichen – Unterstützung für Entwicklungen finanzieren würde. Entsprechend müssten für das Erreichen von gesteckten Zielen die persönlichen und externalen Ressourcen erfasst werden.

11. Wie realistisch und zweckmässig ist es, dass alle beteiligten Akteure dasselbe Instrument nutzen?

Das Unterstützungssystem ist sehr komplex. Eine allgemeine Komplexitätsreduktion wäre wünschenswert. Im Prinzip könnten die Leistungen für das Wohnen zu Hause der IV und der Kantone so koordiniert werden, dass ein einziges Abklärungsverfahren genügen würde, um den Unterstützungsbedarf festzulegen, wobei die Aufteilung der finanziellen Unterstützung unter den beiden Kostenträgern zu konkretisieren wäre. Umsetzbar wäre diese Vision mit dem Szenario 3 «Kostenbeteiligung» (siehe Abschnitt 7.1), das vom Forschungsteam skizziert wurde.

12. Wie zweckmässig wäre ein bedarfsgerecht modulierbares Basisinstrument (angepasst an Kinder, Erwachsene, ältere Menschen, körperliche oder psychische Behinderung usw.)? Inwiefern sind die Bedürfnisse unterschiedlich?

Modulierbare Basisinstrumente erhöhen die Komplexität der Abklärungsverfahren. Da mit zusammensetzbaren Modulen weiterhin mit vorbestimmten Kategorien und Items operiert wird, besteht weiterhin die Gefahr, dass spezifische Bedarfe der Menschen mit Behinderung nicht berücksichtigt werden. Offene Fragen sind der erfolgversprechendste Weg, um die individuellen behinderungsbedingten Unterstützungsbedarfe in Erfahrung zu bringen. Allenfalls könnten gewisse altersbedingte Anpassungen sinnvoll sein (Jugendliche: Schule und Ausbildung; Erwachsene: Arbeit und Beschäftigung zum Beispiel). Die überwiegend qualitative Dimension der Verfahren sollte aber beibehalten werden.

9. Empfehlungen

Die Ergebnisse der Studie führen zu den folgenden elf Empfehlungen:

1. *Komplexitätsreduktion*: Aufgrund der hohen Komplexität des Unterstützungssystems für das Wohnen zu Hause empfiehlt das Projektteam dem BSV, sich auf der Grundlage der in diesem Bericht entworfenen Szenarien (mit Fokus auf das Verhältnis IV und Kantone) intern festzulegen, ob und in welcher Form sich die IV an der Unterstützung für das Wohnen zu Hause beteiligen soll. Diese Haltung des Bundesamts kann im politischen Prozess zur Weiterentwicklung der Unterstützung für das Wohnen zu Hause für Menschen mit Behinderung vertreten werden. Eine Komplexitätsreduktion wird vor allem dadurch sichergestellt, dass die Leistungen der IV und der Kantone aufeinander abgestimmt und nicht getrennt erfolgen. Eine stärkere Koordination zwischen IV und Kantonen erleichtert die Orientierung im Unterstützungssystem für Menschen mit Behinderung und verringert den administrativen Aufwand bei den Verwaltungen, womit auch Kosteneinsparungen verbunden sind.
2. *Zusammenführung der IV-Leistungen*: Das Projektteam empfiehlt dem BSV eine Zusammenführung der IV-Leistungen HE, IPZ und AB zu einem individuellen Leistungsbeitrag für die Förderung der Selbstbestimmung und der sozialen Teilhabe gemäss den normativen Referenzpunkten der UN-BRK. Der IPZ soll durch ein zusätzliches Abklärungsmodul für Minderjährige, das bei Bedarf eine entsprechende Finanzierung ermöglicht, kompensiert werden. Mit diesem Vorgehen steht die versicherte Person mit ihrem behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf im Mittelpunkt. Ausgangspunkt sind nicht die einzelnen IV-Leistungen. Mit einer einzigen Abklärung wird die Zusprache der erforderlichen Leistungen sichergestellt.
3. *Neuentwicklung des Abklärungsverfahrens*: Das Projektteam empfiehlt dem BSV eine Neuentwicklung des Abklärungsverfahrens und keine Weiterentwicklung der bestehenden IV-Instrumente. Für die Erfassung der spezifischen und individuellen Unterstützungsbedarfe bietet sich ein stärker qualitativer Zugang mit offenen Fragen an, bei dem die Selbsteinschätzung der versicherten Personen im Mittelpunkt steht. Ausgangspunkt der Abklärung sollte nicht ein standardisiertes Formular mit Kategorien und Items sein, sondern die versicherten Personen mit ihrem individuellen behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf. So können individuelle Aktivitäten sowie Präferenzen besser zum Ausdruck gebracht werden. Damit wird ein Ausschluss von versicherten Personen verhindert, weil ihre spezifischen Bedarfe in den standardisierten Formularen nicht berücksichtigt werden. Auch in den Kantonen werden für den ambulanten Bereich zunehmend Abklärungsinstrumente verwendet, die die hier beschriebenen Eigenschaften aufweisen. Wichtig ist zudem die Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit bei der Übersetzung der ermittelten Unterstützungsbedarfe in IV-Leistungen. Komplexe Berechnungsmodelle, wie sie verschiedene Abklärungsinstrumente kennen, sollten vermieden werden.
4. *Bio-psycho-soziales Modell von Behinderung*: Bisher lag den IV-Abklärungsinstrumenten ein defizitbasiertes medizinisches Modell von Behinderung zugrunde. Das neue Abklärungsinstrument sollte den Kompetenzen und Fähigkeiten der versicherten Personen mehr Achtsamkeit entgegenbringen und ihnen nicht die Beweislast der Unfähigkeit und Unselbständigkeit übertragen. Dafür eignet sich das ICF-Konzept der Funktionsfähigkeit basierend auf dem bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung, welches das Projektteam dem BSV als Grundlage für die Abklärungsinstrumente empfiehlt. Damit würde die IV den versicherten Personen im gesamten

Abklärungsverfahren mit einer Werthaltung begegnen, die Wertschätzung für die vorhandenen Kompetenzen zum Ausdruck brächte. Ein solches Vorgehen würde einerseits die versicherten Personen von Druck in der Abklärungssituation befreien und es andererseits ermöglichen, durch den Bezug auf die volle (und anzustrebende) Funktionsfähigkeit den Umfang und die Art der Unterstützungsleistung präziser zu beschreiben.

5. *Berücksichtigung von Kontextfaktoren:* Kontextfaktoren sollen zukünftig verstärkt in die Bemessung des Unterstützungsbedarfs einfließen. Das bio-psycho-soziale Modell von Behinderung versteht gesellschaftliche Hindernisse und Barrieren als wichtige Determinanten für die Konstitution von Behinderung. Es handelt sich folglich um wichtige Indikatoren zur Bestimmung des behinderungsbedingten Unterstützungsbedarfs. Zudem erfordert ein Abklärungsverfahren, das sich an den Bestimmungen der UN-BRK orientiert, dass persönliche Präferenzen und Aktivitäten einbezogen werden. Dementsprechend empfiehlt das Projektteam dem BSV, Themen aus dem sozialen Kontext (zum Beispiel Freizeit oder Vereinsleben) und Umweltfaktoren (zum Beispiel Barrieren in der Umgebung oder Mobilitätsfragen) im Abklärungsverfahren stärker zu berücksichtigen.
6. *Zukunftsbezug und Zieldimension:* Bisher wurde mit den IV-Abklärungsinstrumenten einzig der IST-Bedarf der versicherten Personen ermittelt. Das Projektteam empfiehlt dem BSV im Abklärungsverfahren zusätzlich eine Zukunfts- und Zieldimension einzubauen. In anderen Leistungsbereichen, wie zum Beispiel bei der beruflichen Eingliederung, ist die IV bereits stark auf die Zukunft und Entwicklungsprozesse im Hinblick auf bessere Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt ausgerichtet. Im Abklärungsverfahren für das Wohnen zu Hause sollen auch individuelle «Projekte» vereinbart werden können (zum Beispiel lernen, eigenständig zu kochen), die von der IV finanziell unterstützt werden. Diese Unterstützungsform soll für die versicherten Personen fakultativ sein und nur auf eigenen Wunsch erfolgen. Das Ermöglichen von Projekten könnte einen zusätzlichen Anreiz für das Wohnen zu Hause schaffen. Die Projekte sollten zur Förderung der Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe beitragen. Dieser Aspekt ist vor allem für Minderjährige und junge Erwachsene bedeutsam. Die Projekte sollten allen versicherten Personen offenstehen und auch unterschiedliche Befähigungsniveaus zulassen. Das heisst, es sollten keine Schwellenwerte gesetzt werden, wie stark ein Projekt beispielsweise die Autonomie der versicherten Person erhöht. Für diese Projekte sollen die persönlichen und externalen Ressourcen der versicherten Personen angemessen berücksichtigt werden.
7. *Einheitliche und umfassende Informationspolitik:* In den Gesprächen mit den versicherten Personen und den Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung wurde deutlich, dass Personen mit potenziellem Leistungsanspruch und ihre Angehörigen häufig unzureichend oder gar nicht im Bilde sind über die Vielfalt an Leistungen für das Wohnen zu Hause. Dies trifft verschiedentlich auch auf Fachpersonen zu. Das Projektteam empfiehlt dem BSV und den kantonalen IV-Stellen, aber auch den Behindertenverbänden und den Kantonen, Personen mit Unterstützungsbedarf frühzeitig und umfassend über die Unterstützungsmöglichkeiten für das Wohnen zu Hause zu informieren. Dies bezieht sich nicht nur auf die IV-Leistungen, sondern schliesst auch die Leistungen der Kantone, der Krankenversicherung (Spitex) und der Ergänzungsleistungen mit ein.
8. *Prüfung der Auslagerung des Abklärungsverfahrens von den IV-Stellen:* Die Doppelrolle der kantonalen IV-Stellen als Abklärungsorgan und Leistungsfinanzierer wurde von den Anspruchsgruppen wiederholt als problematisch bezeichnet, weil sie die Unparteilichkeit der abklärenden Personen anzweifeln und Entscheide im Interesse der IV vermuten. Das Projektteam empfiehlt dem BSV zu prüfen, ob die Auslagerung des Abklärungsverfahrens an spezialisierte und unabhängige Fachstellen durchführbar und zielführend sein könnte. Dies kann auch durch die Abkoppelung der

Abklärungsabteilungen der IV-Stellen erfolgen. Die Abklärungsstellen können von den versicherten Personen auch als Anlaufstelle für Informationen und Beratung genutzt werden (siehe Empfehlung Nummer 7). Allenfalls könnten in diesem Zusammenhang Synergien mit den Kantonen entstehen, die in den letzten Jahren zunehmend solche Abklärungsstellen geschaffen haben.

9. *Mitbestimmung*: Das Projektteam empfiehlt dem BSV bei allen hier vorgeschlagenen Massnahmen den direkten Einbezug der Anspruchsgruppen und vor allem von Menschen mit Behinderung. Damit werden die Partizipation und Mitbestimmung in den Entwicklungsprozessen der IV sichergestellt.
10. *Barrierefreiheit der Abklärungsinstrumente*: Für die Abklärungsinstrumente muss die Barrierefreiheit sichergestellt werden. Mitbestimmung kann einzig gewährleistet werden, wenn die Abklärungsinstrumente den kommunikativen Möglichkeiten der Menschen mit Behinderung angepasst sind (Leichte Sprache, Unterstützte Kommunikation, Gebärdensprache, Audioversionen, digitale Applikationen usw.). Ein grosses Potenzial besteht im Rahmen von digitalen Lösungen, die auch für das BSV und die IV-Stellen zukunftsweisend sein sollen. Allerdings hat die Analyse der in der Schweiz verwendeten Abklärungsinstrumente gezeigt, dass in dieser Hinsicht für die Selbsteinschätzung des Unterstützungsbedarfs durch Menschen mit Behinderung noch viel Innovationspotenzial besteht – nicht nur aufseiten der IV, sondern auch der Kantone.
11. *Weiterentwicklung der bisherigen IV-Abklärungsinstrumente*: Werden die bisherigen Leistungen HE, IPZ und AB beibehalten, dann empfiehlt das Projektteam dem BSV eine Weiterentwicklung der IV-Abklärungsinstrumente – soweit dies umsetzbar ist – gemäss den Empfehlungen für die Neuentwicklung des Abklärungsverfahrens. Mit zusätzlichen offenen Fragen in den Formularen könnten die versicherten Personen ihre individuelle Sicht besser einbringen und ihre spezifischen Bedarfe erläutern. Die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs sollte sich an der Funktionsfähigkeit auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells von Behinderung ausrichten. Dies ermöglicht eine veränderte Werthaltung und den Einbezug von Kontextfaktoren als die Behinderung (mit-) konstituierende Determinanten. Mit einem stärker qualitativ ausgestalteten Verfahren könnten die versicherten Personen auch behinderungsbedingte Kontextfaktoren, die als Hindernisse wirken und Unterstützungsbedarf hervorrufen, benennen. Die Transparenz der Abklärungsergebnisse sollte erhöht werden. Die Abklärungsberichte bei der HE und dem IPZ sollten den Menschen mit Behinderung zugänglich gemacht und bei Bedarf erklärt werden. Damit die Selbsteinschätzung ein höheres Gewicht bekommt, sollten die Abklärungsberichte von den versicherten Personen auch präzisiert oder ergänzt werden können. Auch die komplexe Berechnung im Rahmen des FAKT sollte für die versicherten Personen nachvollziehbar erklärt werden beziehungsweise das Berechnungsmodell reformiert werden. Denkbar wäre auch die Einführung von Entwicklungsprojekten gemäss Empfehlung 6. Zudem sollten die IV-Stellen die Informationen zu den bestehenden Unterstützungsangeboten für das Wohnen zu Hause umfassend und einheitlich kommunizieren.

10. Literaturverzeichnis

AHV/IV (2022). Hilflosenentschädigung der IV.
<https://www.ahv-iv.ch/p/4.13.d> [Stand: 08.11.22].

Avenir Suisse (2017). NFA 2. Für die Revitalisierung des Schweizer Föderalismus.
<https://www.avenir-suisse.ch/publication/nfa-2/> [Stand: 08.11.22].

Bollier, Getrud E. (2010). Eingliederung vor Rente – mehr als ein Leitsatz. In Soziale Sicherheit CHSS 1, S. 9–14.

Brewin, C. R.; Wing, J. K.; Mangen, S. P.; Brugha T. S.; MaxXarthy, B. (1987). Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC needs for care assessment. In Psychological Med. 4, S. 971–981.

Bronfenbrenner, Urie (2011 [1979]). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge: Harvard University Press.

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2018). Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung). Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV, 2021). Projektausschreibung (C21_03). Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Instrumente zur Bedarfsabklärung. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV, 2022). Berufliche Eingliederung durch Invalidenversicherung: Entwicklung 2021.
<https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/iv/faktenblaetter/Reporting-IV-Eingliederung-Renten-BVM/zahlen-fakten-2020-berufliche-eingliederung.pdf.download.pdf/22020628%20d%20HiGru%20Berufl%20Eingliederung%202021.pdf> [Stand: 08.11.22].

Bundesamt für Statistik (BfS, 2009). Behinderung hat viele Gesichter. Definitionen und Statistiken zum Thema Menschen mit Behinderungen. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik (BfS, 2020). Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen. Taschenstatistik. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, 2021). Bedarfsermittlung nach dem SGB IX.
https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_grundlagen/pdfs/BTHGKompaktBedarfsermittlung.pdf [Stand: 08.11.22].

Buttner, Peter (2018a). Ressourceninstrumente. In Gahlheitner, Silke, Brigitta; Hochuli Freud, Ursula; Röh, Dieter (Hrsg.), Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit (S. 310–314). Freiburg, Berlin, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Buttner, Peter (2018b). Ressourcen. In Gahlheitner, Silke, Brigitta; Hochuli Freud, Ursula; Röh, Dieter (Hrsg.), Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit (S. 76–84). Freiburg, Berlin, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Buttner, Peter (2018c). Ressourcendiagnostik. In Gahlheitner, Silke, Brigitta; Hochuli Freud, Ursula; Röh, Dieter (Hrsg.), Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit (S. 142–151). Freiburg, Berlin, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Capelli, Marinella; Bourquenoud, Thierry; Waeber, Alexandre; Wolf, Danièle; Demund, Catrina (2019). OLMIS Handbuch. Version 2.0.

https://www.fr.ch/sites/default/files/2019-01/6_Manuel%20OLMIS%20D%20v2%2018%2001%202019_0.pdf [Stand: 08.11.22].

Commission technique intercantonale PLAISIR (2021). Rapport Annuel 2020.

<http://www.ctPLAISIR.ch/ct-rapports.html> [Stand: 08.11.22].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, 2012). ICF Version 2005.

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/zusatz-05-anh-1-taxonomie-und-terminologie.htm> [Stand: 08.11.22].

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI, 2018). Programm «Selbstbestimmtes Leben» (2018–2021). Konzept. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern.

Falk, Wiebke (2016). Deinstitutionalisieren durch organisationalen Wandel. Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen als Herausforderung für Veränderungsprozesse in Organisationen. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Flick, Uwe (2010). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt, 3. Auflage.

Fougeyrollas, P.; Bergeron, H.; Cloutier, R.; Côté, J.; St. Michel, G. (1998). Classification québécoise: Processus de production du handicap. Quebec: International Network on the Processus of Production of Disability.

Fritschi, Tobias; von Bergen, Matthias; Müller, Franziska; Bucher, Noëlle; Ostrowski, Gaspard; Kraus Simonina; Luchsinger, Larissa (2019). Bestandesaufnahme des Wohnangebots für Menschen mit Behinderungen. Forschungsbericht Nr. 7/19. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Gennrich, Rolf (2000). Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Verfahrens PLAISIR. <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-4-2000-Gennrich.pdf>
[Stand: 08.11.22].

Greenspan, Stephen (1981). Defining childhood social competence: A proposed working model. In *Advances in special education* 3, S. 1–39.

Gromann, Petra (2016). Bedarfsfeststellung und Integrierte Teilhabeplanung. In Markus Schäfers & Gudrun Wansing (Hrsg.), *Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderung* (S. 149–164). Stuttgart: Kohlhammer.

Hausammann, Christina (2008). Instrumente gegen Diskriminierung im schweizerischen Recht – ein Überblick. Im Auftrag des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen EBGB und der Fachstelle für Rassismusbekämpfung FRB. Bern.

Hermelink, Monika (2017). Medizinische Beurteilung und Begutachtung in der IV. In *Soziale Sicherheit CHSS*.

<https://soziale-sicherheit-chss.ch/de/medizinische-beurteilungen-und-begutachtungen-in-der-iv/>
[Stand: 08.11.22].

Herringer, Nobert (2022). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer, 6. und erweiterte Auflage.

Hirschberg, Marianne (2016). Welche Bedeutung hat das Behinderungsverständnis der ICF für die Erhebung von Teilhabebedarfen? In Markus Schäfers & Gudrun Wansing (Hrsg.), *Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderung* (S. 46–56). Stuttgart: Kohlhammer.

Hirschberg, Marianne (2022). Modelle von Behinderung in den Disability Studies. In Anne Waldschmidt (Hrsg.), *Handbuch Disability Studies* (S. 93–108). Wiesbaden: Springer.

Hornung, Rainer; Gutscher, Heinz (1994). *Gesundheitspsychologie – Die sozialpsychologische Perspektive*. Lehrbuch Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke Verlag.

Hoyningen-Süess, Ursula; Oberholzer, David; Stalder, René (2007). Lebensqualität als Zielperspektive sonderpädagogischen Handelns: Das Modell «sensiQoL». In *Heilpädagogische Forschung* 2, S. 88–96.

Inclusion Handicap (2017). *Schattenbericht*. Bericht der Zivilgesellschaft anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bern: Inclusion Handicap.

INFRAS (2007). Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten. Schlussbericht, Zürich, 16. Mai 2007. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

<https://biblio.parlament.ch/e-docs/148726.pdf> [Stand: 08.11.22].

INSOS (2009). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe. INSOS Schweiz.

Juchli, Liliane (1997). Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankheitspflege. Stuttgart: G. Thieme Verlag. Glarus: Hauptabteilung Soziales.

Kanton Glarus (2021). Angebotsentwicklung für Menschen mit Behinderung im Kanton Glarus. Standortbestimmung und Empfehlungen. Glarus: Kanton Glarus, Hauptabteilung Soziales.

https://www.gl.ch/public/upload/assets/37837/Angebotsentwicklung%20Menschen%20Behinderung_Bericht_def.pdf?fp= [Stand: 08.11.22].

Kanton Zug (2021). Richtlinien zur Einstufung und Überprüfung des individuellen Betreuungsbedarfs (IBB). Zug: Kanton Zug, Kantonales Sozialamt.

<https://www.zg.ch/behoerden/direktion-des-innern/kantonales-sozialamt/abteilung-soziale-einrichtungen/downloads/ibb-richtlinien-fuer-einrichtungen-des-ivse-bereichs-b.pdf/@@download/file/IBB-Richtlinien%20unterzeichnet.pdf> [Stand: 08.11.22].

Kanton Zug (2022). Leistungen für erwachsene Menschen mit Behinderung: Bedarfsanalyse und Angebotsplanung des Kantons Zug für die Periode 2023 bis 2025. Planungsbericht der Direktion des Innern. Zug: Kanton Zug, Kantonales Sozialamt.

<https://www.zg.ch/behoerden/direktion-des-innern/kantonales-sozialamt/abteilung-soziale-einrichtungen/downloads/bedarfsanalyse-und-angebotsplanung-2023-2025/@@download/file/Bedarfsanalyse%20und%20Angebotsplanung%202023-2025.pdf> [Stand: 08.11.22].

Knecht, Donat (2019). Übergabe der Behindertenhilfe vom Bund an den Kanton Zug. In Jürgen Strem-low; Werner Riedweg & Herbert Bürgisser (Hrsg.), Gestaltung sozialer Versorgung (S. 125–136). Ein Planungs- und Steuerungsmodell. Wiesbaden: Springer.

Konferenz der Sozialdirektorinnen und der -direktoren der Ostschweizer Kantone (SODK Ost + ZH, 2019). Der Individuelle Betreuungsbedarf (IBB). Wegleitung.

https://www.ar.ch/fileadmin/user_upload/Departement_Gesundheit_Soziales/Amt_fuer_Soziales/ASE/Behinderung/IBB_Wegleitung_SODK_Ost_2019.pdf [Stand: 08.11.22].

Loeken, Hiltrud; Windisch, Matthias (2013). Behinderung und Soziale Arbeit: beruflicher Wandel, Arbeitsfelder, Kompetenzen. Stuttgart: Kohlhammer.

Mayring, Philipp; Fenzl, Thomas (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Nina Baur, Jörg Blasius (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 543–556). Wiesbaden: Springer VS.

Phelan, M.; Slade, M.; Thornicroft, G.; Dunn G.; Holloway, F.; Wykes, T.; Strathdee, G.; Loftus L.; McCrone P.; Hayward P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. In *Br J Psychiatry*, 5, S. 589–595.

Pomini, V.; Gebel, S. (2010). Test latin ARBA-EFEBA 2009. Comparaison de quatre outils d'évaluation du besoin d'aide des personnes en situation de handicap. Rapport. Unité de Réhabilitation, Service de Psychiatrie Communautaire, Département de Psychiatrie, CHUV.

Pro Infirmis (2022). Subjektfinanzierung: Selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit Behinderungen.

<https://www.proinfirmis.ch/ueber-uns/aktuelles/detail/news/subjektfinanzierung-selbstbestimmtes-wohnen-fuer-menschen-mit-behinderungen.html> [Stand: 08.11.22].

Rochat, Lysiane (2008). Les conceptions et modèles principaux concernant le handicap. Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen.

Santé Suisse (2020). Kostentreibende Ungleichbehandlung. Informatiklösungen zur Erfassung des Pflegebedarfs.

<https://www.santesuisse.ch/details/content/kostentreibende-ungleichbehandlung> [Stand: 08.11.22].

Schäfers, Markus; Wansing, Gudrun (2016). Zur Einführung: Teilhabebedarfe – zwischen Lebenswelt und Hilfesystem. In Markus Schäfers & Gudrun Wansing (Hrsg.), *Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderung. Zwischen Lebenswelt und Hilfesystem* (S. 13–23). Stuttgart: Kohlhammer.

Schreiber, Thomas; Giere, Christiane (2014). *Individuelle Hilfeplanung in der Praxis*. Köln: BALANCE Buch.

Schubert, Franz-Christian; Knecht, Alban (2015). Ressourcen - Merkmale, Theorien und Konzeptionen im Überblick: eine Übersicht über Ressourcenansätze in Soziologie, Psychologie und Sozialpolitik.

https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/50698/ssoar-2015-schubert_et_al-Ressourcen_Merkmale_Theorien_und.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2015-schubert_et_al-Ressourcen_Merkmale_Theorien_und.pdf [Stand: 08.11.22].

Tabin, Jean-Pierre; Piecek-Riondel, Monika; Perrin, Céline; Probst, Isabelle (2016). L'invalidité comme catégorie administrative. In *Revue suisse de pédagogie spécialisée* 3, S. 13–19.

Tilquin, Charles (2004). Allgemeine Einführung in das PLAISIR-System.

<http://www.erosinfo.com/Produits/PLAISIR/PLAISIRPRA/SystGeneralPLAISIR-EUR-QUE-GR.pdf> [Stand: 08.11.22].

UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2017). General comment No. 5 on living independently and being included in the community.

Veyre, Aline; Lequet, Marie; Pestoni, Amélie; Kühr, Judith (2023). Soutien au logement à domicile: comparaison de modèles internationaux. Rapport de recherche n° 10/22F. Berne: Office fédéral des assurances sociales OFAS.

Waldschmidt, Anne (2010). Warum und wozu brauchen die Disability Studies die Disability History? In Elsbeth Bösl, Anne Klein & Anne Waldschmidt (Hrsg.), Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte (S. 13–27). Bielefeld: transcript.

Wolfensberger, Wolf (1972). The principle of normalization in human services. Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Wolfensberger, Wolf; Thomas, Susan (1983). PASSING: Program Analysis of Service Systems' Implementation of Normalization Goals. Normalization criteria and ratings manual. Toronto: National Institute on Mental Retardation, 2. Auflage.

World Health Organisation (WHO, 2005). Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

11. Abkürzungsverzeichnis

AB	Assistenzbeitrag
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BehiG	Behindertengleichstellungsgesetz
BESA	BewohnerInnen-Einstufungs- und -Abrechnungssystem
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
DDP	Détermination du Droit aux Prestations
EL	Ergänzungsleistungen
ELADEB	Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins
HE	Hilflosenentschädigung
IBB	Individueller Betreuungsbedarf
ICD	Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFEG	Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen
IHP	Individuelle Hilfeplanung
InterRAI HC	Inter-Resident Assessment Instrument-Home Care
IPZ	Intensivpflegezuschlag
ITP	Integrierte Teilhabeplanung
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KSH	Kreisschreiben über Hilflosigkeit (KSH)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MDH-PPH2	Modèle de développement humain – Processus de production du handicap
MHAVIE	Mesure des Habitudes de Vie
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

OLMIS	Outil Latin de Mesure de l'Intensité des Soutiens
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
RIPPH	Réseau international sur le Processus de Production du Handicap
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WHO	Weltgesundheitsorganisation

12. Anhang

12.1 Kriterienraster

Nr.	Themenbereich	Thema	Ausprägungen	Fragen
1	Allgemeine Informationen	Entwickler	Entwickler des Abklärungsinstrumentes	Wer hat das Abklärungsinstrument entwickelt?
2		Entwicklungsjahr	Entwicklungsjahr; Versionen; aktuelle Version	Wann wurde das Abklärungsinstrument entwickelt? Wann wurde die aktuelle Version erstellt? Sind neue Versionen / Überarbeitungen in Planung?
3		Sprache	Deutsch, Französisch, Italienisch / Leichte Sprache	In welcher/n Sprache/n liegt das Abklärungsinstrument vor? Ist das Instrument in leichter Sprache vorhanden?
4		Einsatzbereich	Kommunen; Kantone; Regionen; Bund; international	Geografisch: Wo kommt das Abklärungsinstrument zum Einsatz?

5	Theoretische Grundlagen	Theorien / Modelle / Konzepte	Theoretische und disziplinenbezogene Grundlagen; Modelle; Konzepte	Welche theoretisch-disziplinäre Grundlagen weist das Abklärungsinstrument auf? Basiert das Abklärungsinstrument auf einem eigenständigen Modell/Konzept?
6		ICF	Orientierung an der ICF (funktionale Gesundheit, bio-psycho-soziales Modell); keine Orientierung an ICF	Orientiert sich das Abklärungsmodell an der ICF? In welcher Form berücksichtigt das Abklärungsinstrument die ICF?

7	Zielperspektive und Unterstützungsbereich	Zielsetzung	Förderung der Selbstbestimmung; Klärung des fachlichen Unterstützungsbedarfs; Klärung der Kosten von Fachleistungen usw.	Welches Ziel wird mit der Abklärung/dem Abklärungsinstrument verfolgt?
8		Zielgruppe	Menschen mit Behinderung (körperlich, psychisch, kognitiv); ältere Menschen; alle Menschen usw.	Für welche Personen eignet sich das Abklärungsinstrument bzw. für welche Personen wurde dieses konzipiert? Warum werden bestimmte Abklärungsinstrumente nur für bestimmte Bevölkerungsgruppen (z.B. ältere Menschen) angewendet? Gehören Minderjährige zur Zielgruppe?
9		Lebensbereiche	Wohnen; Erwerbsarbeit; Care- und Haushaltsarbeit; Ausbildung; Freizeit	Welche Lebensbereiche berücksichtigt das Instrument?
10		Ort der Leistungserbringung	stationärer Bereich; ambulanter Bereich; institutionelles Setting (Heim/Tagesstruktur/Werkstätte) und/oder nicht-institutionelles Setting (zu Hause/regulärer Arbeitsmarkt)	Für welche Leistungsbereiche wird das Abklärungsinstrument eingesetzt?

11	Verfahren und methodische Aspekte	Form	Fragebogen; Tabelle; Online-Tool usw.	In welcher Form wird das Abklärungsinstrument eingesetzt? Gibt es eine digitale Lösung für den Fragebogen oder die Datenerfassung?
12		Anwendung	Selbsteinschätzung; Fremdeinschätzung; Selbst- und Fremdeinschätzung	Wer wendet das Abklärungsinstrument an? Wie werden Selbst- und Fremdeinschätzung gewichtet? Welche Form der Unterstützung wird bei der Selbsteinschätzung angeboten?

13		Datenerhebung	quantitativ; qualitativ; quantitativ und qualitativ; schriftlich; mündlich	Wie werden die Daten erhoben?
14		Massgebliche Situation	Stichtagerfassung; zukünftige Situation (Zielorientierung); Entwicklungsprozess; Berücksichtigung von Schwankungen des Bedarfs	Auf welche Situation bezieht sich das Abklärungsinstrument? Werden Schwankungen des Bedarfs erhoben? Welche Art von Schwankungen wird erhoben? Werden unregelmässige Bedarfe erhoben? Welche unregelmässigen Bedarfe?
15		Revision	Dauer bis zur Revision; Gründe für 'ausserplanmässige' Revisionen	In welchen Zeitabständen findet erneut eine Abklärung statt? Aus welchen Gründen kann bereits zuvor eine neuerliche Abklärung erfolgen? Wer kann eine ausserplanmässige Revision beantragen?
16		Methodik	Stufen; Punkte; Zeitaufwand der Intervention (Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung, Dokumentation); Häufigkeit der Intervention; interpretationsbedürftige (qualitative) Angaben	Wie wird bei der Abklärung gemessen?

17	Inhaltliche Aspekte	Erhebungsgegenstand	Individueller Bedarf; Umfang Leistungen der Fachpersonen; individuell gewünschte Leistungen	Wird der individuelle Bedarf erhoben? Werden die notwendigen (fachlichen) Leistungen erhoben?
18		Art der Dienstleistung	Pflege; Assistenz; Betreuung; Begleitetes Wohnen; Haushaltshilfe; notwendige Infrastruktur	Welcher Dienstleistungsbedarf wird mit dem Abklärungsinstrument erhoben?

19		Ressourcenorientierung	ressourcenorientiert; defizitorientiert; ressourcen- und defizitorientiert	Worauf fokussiert das Abklärungsinstrument? Weist das Abklärungsinstrument eine Ressourcenorientierung auf? In welcher Form bzw. inwiefern weist das Abklärungsinstrument eine Ressourcen- oder Defizitorientierung auf?
20		Kontext	persönliche Situation; soziales Umfeld; Umweltfaktoren; Partizipation	Wird der (soziale) Kontext bei der Erhebung des Bedarfs berücksichtigt? Welche Aspekte des Kontextes werden berücksichtigt?

21	Diverses	Zeitaufwand	sehr geringer bis sehr hoher Zeitaufwand für die Abklärung	Wie gross ist der Zeitaufwand für die Abklärung?
22		Finanzierung und Art der Berechnung	Subjektfinanzierung; fachliche Leistungen; Assistenzleistungen; ambulante Begleitung usw. Berechnung der Kosten; des Minutenaufwands; Unterstützung zu Entwicklungszielen usw.	Wie wird die Finanzierung anhand des Abklärungsinstruments berechnet? Was wird konkret finanziert? Wer beschliesst den Bedarf? Wer bestimmt die Finanzierung? Gibt es ein Maximum bzw. eine Limite bezüglich der Stufen/Kosten/Zeitaufwand etc.?
23		Kombination mit anderen Instrumenten	mit anderen Instrumenten kombiniert (z.B. mit HE-Stufe); keine weiteren Instrumente	Werden weitere Instrumente für die Einstufung beigezogen?

12.2 Interviewliste

Mit folgenden Vertretungen wurden in der französischen sowie in der Deutschschweiz Interviews geführt:

- Vertretungen des BSV

Vizedirektor, Bereich Medizin und Geldleistungen

- | | |
|--|--|
| - Vertretungen von 5 Kantonen | Luzern, Bern, Graubünden, Waadt, Wallis |
| - Vertretungen von 4 kantonalen IV-Stellen | Bern, Schaffhausen, Wallis, Genf |
| - Vertretungen von 4 Abklärungsstellen/Fachstellen | Abklärungsstelle Aargau, Assistenzbüro
Biel, Pro Infirmis Jura/Neuenburg, Nomad |
| - Vertretungen von 8 Verbänden | Pro Infirmis Ostschweiz, Pro Infirmis Ost-
Schweiz Begleitetes Wohnen, Pro Infirmis
Zentralschweiz, ProCap Bern, BESA Cu-
raviva, Stiftung Cerebral, Autisme Suisse
Romande, GRAAP |
| - Vertretungen von 2 Praxisstellen | Leben wie du und ich, Assistenzbüro Biel |
| - 2 Fokusgruppen mit Leistungsbeziehenden
(HE, AB) | Procap, Cap Contact |
| - 2 Fokusgruppen mit Leistungsbeziehenden
(HE, IPZ, AB) | Insieme, Maraval |

12.3 Fragebogen zur Bedarfsabklärung im Bereich Wohnen zuhause der Kantone

Das Ziel dieses Fragebogens ist eine Bestandesaufnahme der in der Schweiz verwendeten Abklärungsinstrumente des Wohnhilfebedarfs.

Der Fragebogen beinhaltet sieben Themenblöcke sowie einen Hinweis zu den gewünschten Unterlagen:

1. Instrumente
 2. Einschätzung
 3. Erfassung
 4. Digitalisierung
 5. UN-Behindertenrechtskonvention
 6. Entwicklung
 7. Zuständigkeit
 8. Unterlagen
-
1. Instrumente
 - 1.1 Welche Instrumente zur Bedarfsabklärung für den stationären und den ambulanten Bereich bei erwachsenen Menschen mit Behinderung wenden Sie im Kanton an?
 - 1.2 Was sind die Gründe, weshalb dieses/diese Instrument/e in Ihrem Kanton angewendet wird/werden?
 - 1.3 Werden vom Kanton auch Unterstützungsleistungen im Bereich Wohnen für Minderjährige beziehungsweise deren Eltern geleistet?
Falls ja: Wie wird der Bedarf erhoben?
-
2. Einschätzung
 - 2.1 Wo sehen Sie die Stärken des/r in Ihrem Kanton verwendeten Abklärungsinstrument/s/e?
Erkennen Sie auch Schwächen oder Optimierungspotenzial/e?
-
3. Erfassung

- 3.1 Wer führt die Bedarfsermittlungen /-abklärung durch (z.B. Kanton/Amt/Abteilung, externe Fachstellen, Selbsteinschätzung)?
- 3.2 Wer ist in Ihrem Kanton für die Leistungszusprache und die Leistungsfinanzierung zuständig?
4. Digitalisierung
 - 4.1 Verwenden Sie digitale Lösungen für die Erfassung und/oder Berechnung des Bedarfs?
Falls ja: Um welche digitalen Lösungen handelt es sich? Wozu wird das digitale Tool verwendet?
5. UN-Behindertenrechtskonvention
 - 5.1 Welche Postulate der UN-Behindertenrechtskonvention (z.B. Teilhabe, Selbstbestimmung, Wahlfreiheit, Zugänglichkeit, Chancengleichheit) setzen Sie nach Ihrer Einschätzung mit dem/den verwendeten Abklärungsinstrument/en um?
6. Entwicklung
 - 6.1 Wurde/n das/die von Ihnen verwendete/n Abklärungsinstrument/e kürzlich (in den letzten zwei Jahren) neu eingeführt?
Falls ja: Aus welchen Gründen?
 - 6.2 Oder planen Sie in Zukunft die Einführung neuer Instrumente für die Bedarfsabklärung?
Falls ja: Um welche Instrumente zur Bedarfsabklärung handelt es sich? Aus welchen Gründen haben Sie sich für die Einführung dieser Instrumente zur Bedarfsabklärung entschieden?
7. Zuständigkeit
 - 7.1 Bitte teilen Sie uns mit, wer in Ihrer Behörde / Organisation thematisch für den Bereich der Bedarfsabklärung zuständig ist (Name, Funktion, Mail-Adresse, Telefonnummer).
Bei weiteren Fragen nehmen wir gerne mit Ihnen Kontakt auf.
8. Unterlagen
Bitte lassen Sie uns in Ihrem Antwortmail im Anhang Grundlagendokumente (z.B. Abklärungsunterlagen, Wegleitung zur Anwendung) sowie allenfalls bereits durchgeführte Evaluationen der in Ihrem Kanton verwendeten Abklärungsinstrumente zukommen.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Bemühungen. Bei Fragen, Rückmeldungen oder weiteren Hinweisen können Sie sich gerne an Alan Canonica (alan.canonica@hslu.ch) wenden.

12.4 Interviewleitfaden

Für die Interviews mit Vertretungen von den verschiedenen Stellen wurde der Interviewleitfaden jeweils angepasst. Im Folgenden wird exemplarisch der Fragebogen für die kantonalen IV-Stellen aufgezeigt.

Leitfaden kantonale IV-Stellen: Abklärungsinstrumente Hilflosenentschädigung (HE), Intensivpflegezuschlag (IPZ) und Assistenzbeitrag (AB)/FAKT.

Einstieg: Informationen Projekt; Gespräch wird aufgenommen für die Protokollierung, dann wieder gelöscht; keine Namen und direkten Zitate im Schlussbericht.

IV-Abklärungsinstrumente: Prozess

- Bitte schildern Sie die Abläufe des Abklärungsprozesses von der Anmeldung bis zur Zusprache (Anmeldung, Abklärung / Selbst- und Fremdeinschätzung, Prüfung, Entscheid, involvierte Akteur*innen) für die drei Finanzierungsmöglichkeiten HE, IPZ und AB in ihrer IV-Stelle.
- Wie gross ist der jeweilige Zeitaufwand für die Abklärung je nach Instrument (versicherte Person, IV-Stelle)?
- Gibt es häufig Abweichungen zum Unterstützungsbedarf zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung? Wie wird das gelöst?
- Wie, wann und warum werden erneute Abklärungen durchgeführt bei Leistungsempfängenden?

IV-Abklärungsinstrumente: Einschätzungen

- Wie schätzen Sie die «Messgenauigkeit» der Instrumente ein? Bilden Sie den realen Unterstützungsbedarf der versicherten Personen korrekt ab?
- Eignen sich die IV-Abklärungsinstrumente für alle Arten von Behinderung?
- Inwiefern können Schwankungen beim Unterstützungsbedarf durch die Abklärungsinstrumente berücksichtigt werden?
- Wie schätzen Sie die Abklärungsinstrumente zu HE, IPZ und AB insgesamt ein? Wo sehen Sie Gemeinsamkeiten und Unterschiede? Welches sind die Stärken und Schwächen der Instrumente? Wo sehen Sie Optimierungspotenzial?

Entwicklungsmöglichkeiten in Zukunft

- Ist das ICF ein Thema? Wie schätzen Sie das ein: Orientieren sich die IV-Abklärungsinstrumente am ICF? Was denken Sie, kann das ICF-Modell bei der HE, IPZ, AB übernommen werden?
- Grundsätzlich handelt es sich bei den drei IV-Abklärungsinstrumenten um «defizitorientierte» Instrumente, da sie danach fragen, was versicherte Personen nicht allein machen können (medizinisches Modell von Behinderung). Wäre aus ihrer Sicht auch ein stärker ressourcenorientierter Ansatz bei den Abklärungen denkbar? Wie könnte dieser umgesetzt werden?
- Der (soziale) Kontext und die Lebenswelt der versicherten Personen werden – wenn überhaupt – nur minimal erhoben mit den Abklärungsinstrumenten: Wäre es aus ihrer Sicht denkbar, diesen Aspekt im Abklärungsverfahren stärker zu berücksichtigen? Wie könnte das umgesetzt werden?
- Die IV-Abklärungsinstrumente erfassen den IST-Zustand. Auf kantonaler Ebene werden mit der Individuellen Hilfeplanung (IHP) zunehmend Abklärungsinstrumente eingeführt, die den

Unterstützungsbedarf ziel- und zukunftsorientiert erheben. Könnten Sie sich eine solche Ausrichtung auch für die IV-Abklärungsinstrumente vorstellen?

Finanzierung und Kontext

- HE, IPZ und AB haben jeweils ein eigenes Abklärungsinstrument und unterschiedliche Finanzierungsmodi (HE und IPZ: Finanzierung zur freien Verfügung; AB: Arbeitgebermodell): Wie schätzen Sie das ein: Ist diese Differenzierung notwendig? Weshalb wird das unterschiedlich gelöst? Wie schätzen Sie das Potenzial eines modulierbaren Basismodells ein?
- Wäre aus Ihrer Sicht stattdessen ein einheitliches Abklärungsmodell denkbar? Wie müsste dieses ausgestaltet sein?
- Die Grenzen zwischen sozialarbeiterischer Betreuung, Pflege und Assistenz sind nicht immer klar voneinander zu trennen: Wie setzen Sie bei der IV-Stelle diese Grenze? Wo sehen Sie die Rolle der Krankenversicherungen?
- Kantone sind primär für den Bereich Wohnen bei erwachsenen Menschen mit Behinderung zuständig, die IV finanziert in diesem Bereich aber auch (HE, IPZ, AB, Begleitetes Wohnen nach Art. 74 IVG). Wie schätzen Sie diese Situation ein: Müsste es eine stärkere Harmonisierung bei der Abklärung und Finanzierung geben? Oder müssten die Zuständigkeiten klar getrennt werden (z.B. nur die Kantone finanzieren das Wohnen)?

12.5 Vorschläge zur Weiterentwicklung der IV-Leistungen

In den Gesprächen mit den unterschiedlichen Anspruchsgruppen standen die Abklärungsinstrumente und -verfahren im Vordergrund. Die Interviewpartnerinnen und -partner haben aber auch wiederholt Optimierungsvorschläge für die IV-Leistungen HE, IPZ und AB formuliert. Die Weiterentwicklung dieser IV-Leistungen gehört nicht zum Projektauftrag. Das BSV soll aber dennoch über diese Vorschläge in Kenntnis gesetzt werden. Sie sind allerdings nicht als Empfehlungen des Projektteams zu verstehen. Im Folgenden werden die Anregungen aufgelistet:

- Die HE sollte nicht vom AB abgezogen werden.
- Die Kürzung des AB von 12 auf 11 Monate pro Jahr bei Paarhaushalten sowie bei Minderjährigen sollte aufgehoben werden.
- Die Abklärungsberichte sollten nach Erstellung den versicherten Personen zur Kenntnisnahme zukommen und bei Einverständnis unterschrieben werden.
- Die Bezugsvoraussetzungen für einen AB bei Minderjährigen sollten überdacht werden. Sie sind hochschwellig.
- Die Kürzung des AB im Bereich Haushalt bei jungen Erwachsenen bis 25 Jahre, die bei Angehörigen leben, sollte aufgehoben werden.
- Die HE lebenspraktische Begleitung soll insgesamt wichtiger und für versicherte Personen besser zugänglich gemacht werden.
- Menschen mit einer psychischen Behinderung sollen auch ohne IV-Rente die Möglichkeit haben, HE lebenspraktische Begleitung zu beziehen.

- Die lebenspraktische Begleitung sollte als Leistung auch für Minderjährige eingeführt werden.
- Die Beratungsmöglichkeiten zum Arbeitgebermodell des AB sollten ausgebaut beziehungsweise die Finanzierung für die Erledigung der administrativen Aufgaben durch Drittpersonen ermöglicht werden.
- Von der IV sollten Beratungen bei der Selbstdeklaration für die HE und den AB angeboten werden.
- Bei einer HE der Unfallversicherung oder der Militärversicherung sollte der Bezug eines AB möglich sein.

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana «Aspetti
della sicurezza sociale»**

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**