



HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

„Trägerübergreifende Aspekte bei der
Ausführung von Leistungen durch ein
Persönliches Budget“

vom 1. April 2009



HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

„Trägerübergreifende Aspekte bei der
Ausführung von Leistungen durch ein
Persönliches Budget“

vom 1. April 2009

Herausgeber: BAR e.V. – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt am Main

ab 01.12.2009:
Solmsstraße 18
60486 Frankfurt am Main
Telefon 069.605018-0
Telefax 069.605018-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main – April 2009

INHALT

EINLEITUNG		5	
KAPITEL	1	Was ist ein Persönliches Budget?	6
KAPITEL	2	Wer hat einen Anspruch auf ein Persönliches Budget?	7
KAPITEL	3	Beteiligte Leistungsträger	8
KAPITEL	4	Budgetfähige Leistungen	9
	4.1	Definition von budgetfähigen Leistungen	9
	4.1.1	nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX	9
	4.1.2	nach § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX	9
	4.2	Erbringung durch Geldleistungen oder durch Gutscheine	9
	4.3	Beispielhafte Aufzählung budgetfähiger Leistungen einzelner Leistungsträger	10
	4.3.1	Gesetzliche Krankenversicherung	10
	4.3.2	Bundesagentur für Arbeit	18
	4.3.3	Unfallversicherung	19
	4.3.4	Rentenversicherung	21
	4.3.5	Soziales Entschädigungsrecht	26
	4.3.5.1	Heil- und Krankenbehandlung in der Kriegsopferversorgung	26
	4.3.5.2	Kriegsopferfürsorge	27
	4.3.6	Sozialhilfe	28
	4.3.7	Öffentliche Jugendhilfe	32
	4.3.8	Pflegeversicherung	33
	4.3.8.1	Soziale Pflegeversicherung	33
	4.3.8.2	Private Pflegepflichtversicherung	36
	4.3.9	Integrationsämter	37
KAPITEL	5	Antragstellung	42
KAPITEL	6	Bestimmung und Rolle des Beauftragten	43
KAPITEL	7	Unterrichtung der beteiligten Leistungsträger/Einholung der Stellungnahmen	45
KAPITEL	8	Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren	46
	8.1	Vereinfachtes Verfahren	47
	8.2	Ausführliches Verfahren	47
KAPITEL	9	Anforderungen an die Zielvereinbarung	48
	9.1	Individuelle Förder- und Leistungsziele	48
	9.2	Nachweiserbringung	49
	9.3	Qualitätssicherung	49
	9.4	Beratung und Unterstützung	50
KAPITEL	10	Erlass des Gesamtverwaltungsaktes	51
	10.1	Bindung an die Auffassung der beteiligten Leistungsträger	51
	10.2	Zielvereinbarung als Voraussetzung des Gesamtverwaltungsaktes	51
	10.3	Mindestinhalt des Gesamtverwaltungsaktes	51
KAPITEL	11	Aufhebung/Widerruf des Gesamtverwaltungsaktes	52
KAPITEL	12	Widerspruchs- und Klageverfahren	53
KAPITEL	13	Leistungserbringung durch den Beauftragten	54
MITARBEIT			55

ANHANG:

I.	Stellungnahme	56
II.	Gesetzliche Grundlagen	59
	SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	59
	SGB III – Arbeitsförderung	61
	SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung	61
	SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung	62
	SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung	62
	SGB VIII – Kinder – und Jugendhilfe	62
	SGB XI – Soziale Pflegeversicherung	63
	SGB XII – Sozialhilfe	63
	Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte	64
	Budgetverordnung	64
III.	Mustervordrucke	66
	1. Muster-Antragsformular für Leistungen durch ein trägerübergreifendes Persönliches Budget	66
	2. Muster-Gesamtbescheide	70
IV.	Graphische Darstellungen	76
	1. Ablaufschema zur Umsetzung des Persönlichen Budgets	76
	2. Gesetzliche Mindestvoraussetzungen und Empfehlungen für das trägerübergreifende Bedarfsfeststellungsverfahren	77
	3. Teilnehmer am trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren (Budgetkonferenz)	77
V.	Literaturverzeichnis	78
VI.	Links und Quellen im Internet	78



Mit dem Persönlichen Budget wird behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Möglichkeit gegeben, ihren Bedarf an Teilhabeleistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Seit dem 1. Januar 2008 besteht auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets ein Rechtsanspruch. Das Persönliche Budget ist ein Angebot für alle Menschen mit Behinderungen, von dem niemand aufgrund der Art und Schwere seiner Behinderung oder wegen des Umfanges der benötigten Leistungen (zur Teilhabe) ausgegrenzt wird. Es bietet den behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Möglichkeit die Leistungen ganz am individuellen Bedarf auszurichten und die Wunsch- und Wahlrechte potentieller Budgetnehmer umfassend zu berücksichtigen. Für die Leistungsträger stellt insbesondere das trägerübergreifende Persönliche Budget eine Herausforderung dar, mit dem die beteiligten Träger verstärkt zur Zusammenarbeit verpflichtet werden.

Vor allem im Hinblick auf die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen und die in den verschiedenen Modellprojekten gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse wurden die vorläufigen Handlungsempfehlungen vom 1. November 2004 (mit Stand 1. November 2006) weiterentwickelt und fortgeschrieben. Diese aktualisierten Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ vom 1. April 2009 hat eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der Verbände behinderter Menschen, der Leistungserbringer, der Rehabilitationsträger, der privaten und sozialen Pflegeversicherung und der Integrationsämter auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeitet. In ihnen werden einerseits offene Fragen zur Umsetzung und Ausgestaltung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets aufgegriffen, andererseits aber auch ein besonderes Augenmerk auf die daraus resultierenden Anforderungen an die Praxis gelegt und im Sinne einer einheitlichen Ausgestaltung Hilfestellungen für die Umsetzung im Alltag gegeben. Ihren Rahmen und damit auch ihre Grenzen finden die Handlungsempfehlungen in den derzeitigen gesetzlichen Grundlagen. Ein besonderer Hinweis gilt der Stellungnahme zum Thema „Beratung und Unterstützung“ im Anhang.

Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass diese Handlungsempfehlungen auch für Schulungszwecke eingesetzt werden können, um Informationen über das trägerübergreifende Persönliche Budget weiterzugeben und dadurch dessen Akzeptanz zu erhöhen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Es sind aber immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

Die Geschäftsführung der BAR dankt allen Beteiligten, die an der Erarbeitung der Handlungsempfehlung mitgewirkt haben.

B. Petri
Geschäftsführer der BAR e.V. –
Bundesarbeitsgemeinschaft für
Rehabilitation



1 Was ist ein Persönliches Budget?

Ein Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX setzt einen Anspruch auf Teilhabeleistungen bzw. andere budgetfähige Sozialleistungen voraus. Der behinderte Mensch hat die Möglichkeit und das Recht, diese Leistungsansprüche in Form von Geldleistungen (ggf. auch Gutscheinen) als Alternative zu Sachleistungen zu verwirklichen. Das Persönliche Budget ist also keine neue Leistung, sondern eine neue Form der Leistungserbringung. Als Budgetnehmer erhält der behinderte Mensch die ihm bewilligten Leistungen als Geldbetrag und kann damit auf Grundlage der Zielvereinbarung selbst darüber entscheiden, wann, wo, wie und durch wen er seine der Leistung zu Grunde liegenden Bedarfe deckt und wie und wodurch die vereinbarten Ziele erreicht werden. Damit soll für behinderte Menschen die Grundlage dafür geschaffen werden, im stärkeren Maße ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben in eigener Verantwortung zu führen. Dies gilt auch bei einer Vertretung durch einen rechtlichen Betreuer oder einen Erziehungsberechtigten.

Auch für die Leistungsträger stellt das Persönliche Budget eine neue Form der Leistungserbringung dar, die es erforderlich macht, in einem Bedarfsfeststellungsverfahren zuvor festgestellte Leistungsansprüche in Geld zu beziffern (Kalkulation) und zur Verfügung zu stellen.

Sind dabei mehrere Leistungsträger beteiligt, handelt es sich um ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, welches als Komplexleistung und „wie aus einer Hand“ erbracht wird. Mit dem im Wesentlichen in der Budgetverordnung (siehe Anhang II) verankerten und in den Kapiteln 5 ff. näher erläuterten Verfahren wird ein Rehabilitationsträger zum Beauftragten, der dem Budgetnehmer als Ansprechpartner in allen Fragen zu seinem Persönlichen Budget zur Verfügung steht, alle daran beteiligten Leistungen koordiniert und im Auftrag der beteiligten Leistungsträger handelt.

Seit dem 1. Januar 2008 besteht nach § 17 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 159 Abs. 5 SGB IX ein Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget.



2 Wer hat einen Anspruch auf ein Persönliches Budget?

Anspruch auf ein Persönliches Budget haben Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX, die leistungsberechtigt im Sinne des SGB IX sind. Dies gilt unabhängig vom Alter des Leistungsberechtigten und unabhängig von der Art, der Schwere und der Ursache der Behinderung. Anspruchsberechtigt sind somit auch Kinder und Jugendliche. Die Notwendigkeit bei der Verwendung bzw. der Verwaltung des Persönlichen Budgets auf Beratung und Unterstützung durch Dritte (z. B. Familienangehörige oder rechtliche Betreuer) angewiesen zu sein, steht diesem Anspruch nicht entgegen.



3 Beteiligte Leistungsträger

An einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget können nach § 17 Abs. 2 Satz 2 SGB IX i.V.m. § 2 BudgetV folgende Leistungsträger mit einer oder mehreren Leistungen beteiligt sein:

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Alterssicherung der Landwirte
- Kriegsopferversorgung
- Kriegsopferfürsorge
- Öffentliche Jugendhilfe
- Sozialhilfe (auch für Hilfen zur Pflege)
- Soziale Pflegeversicherung
- Integrationsämter.

Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen sind im Anhang II – Gesetzliche Grundlagen – aufgeführt.



4 Budgetfähige Leistungen

■ 4.1 Definition von budgetfähigen Leistungen

■ 4.1.1 nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX

Nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sind alle Leistungen zur Teilhabe budgetfähig. Dies gilt für alle in § 5 SGB IX genannten Leistungsgruppen und damit für

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

■ 4.1.2 nach § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX

Neben den Leistungen zur Teilhabe sind nach § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX auch die weiteren erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe budgetfähig, wenn sie sich auf

- alltägliche und
- regelmäßig wiederkehrende

Bedarfe beziehen und als

- Geldleistungen oder durch
- Gutscheine

erbracht werden können.

Die folgenden Definitionen einzelner Kriterien für budgetfähige Leistungen gelten nicht für Teilhabeleistungen und beziehen sich nur auf die in § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX aufgeführten weiteren Leistungen.

Alltäglich

„Alltäglich“ bezieht sich auf die Anforderungen in Arbeit, Familie, Privatleben und Gesellschaft sowie die Gestaltung des eigenen Lebensumfeldes. Hilfebedarf kann darin bestehen, diese Anforderungen individuell zu bewältigen und die eigenen Ressourcen (persönlich, sozial, umweltbezogen) zu erweitern. Dabei soll von einer Dauer des Bedarfs von sechs Monaten oder länger ausgegangen werden, wobei in Einzelfällen und im Interesse des Budgetnehmers bei einzelnen Teilbudgets auch kürzere Zeiträume möglich sein können.

Regelmäßig wiederkehrend

„Regelmäßig wiederkehrend“ ist ein Bedarf, der entweder in feststellbaren Zeitabständen (z. B. täglich, wöchentlich, monatlich, jährlich) anfällt und einen erkennbaren Rhythmus aufweist oder innerhalb eines vorab feststehenden Zeitraums dauerhaft, zumindest aber wiederholt gegeben ist.

Mit diesen Kriterien können weitere potentiell budgetfähige Leistungen bestimmt und ggf. auch von anderen, das Persönliche Budget ergänzenden Leistungen wie regelmäßige Geldleistungen (z. B. Entgelt oder Entgeltersatzleistungen, Hilfe zum Lebensunterhalt) bzw. einmalige Geldleistungen oder Sachleistungen unterschieden und ggf. damit parallel erbracht werden.

■ 4.2 Erbringung durch Geldleistungen oder durch Gutscheine

Für die Ausführung von Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets ist grundsätzlich die Auszahlung in Geld vorzusehen. Die Verwendung von Gutscheinen sollte nur in begründeten Einzelfällen und in Absprache mit dem Budgetnehmer erfolgen. Bestimmte Leistungen z. B. der sozialen Pflegeversicherung sind durch gesetzliche Regelungen auf die Erbringung durch Gutscheine beschränkt (vgl. Übersicht in Kapitel 4.3).

■ 4.3 Beispielhafte Aufzählung budgetfähiger Leistungen einzelner Leistungsträger¹

Die vorliegenden Leistungsübersichten stellen eine Orientierungshilfe dar. Dabei wird dem Grundsatz gefolgt, dass zum einen alle Teilhabeleistungen und zum anderen weitere Leistungen unter Berücksichtigung der aufgeführten Kriterien (siehe 4.1) budgetfähig sind. Insofern handelt es sich um eine beispielhafte, nicht abschließende Aufzählung von Leistungen, die auch in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden können.

Auf der Grundlage dieser offenen und vorausschauenden Interpretation der Definition budgetfähiger Leistungen ist die Weiterentwicklung und -verwendung der einzelnen Leistungsübersichten auch zukünftig möglich.

■ 4.3.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Gebärdensprach-Dolmetscher	<ul style="list-style-type: none"> ● §§ 17 Abs. 1, 2 SGB I, 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X, §§ 5 Abs. 1 bis 3, 8 Abs. 1-3, 9 Abs. 3 Satz 1 JVEG, Kommunikationshilfenverordnung, Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen ● Anspruch auf barrierefreie Verwaltungs- und Leistungsorte sowie Erstattung der Kosten, die durch Verwendung der Gebärdensprache anderer Kommunikationshilfen entstehen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Leistungshöhe ist in regionalen und überregionalen Vereinbarungen festgelegt
Heilmittel	<ul style="list-style-type: none"> ● § 32 SGB V ● § 34 SGB V (ausgeschlossene Heilmittel) ● Voraussetzung: ärztliche Verordnung ● Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> ● Leistungsumfang gemäß Heilmittel-Richtlinie ● Leistungserbringer werden gemäß § 124 SGB V zugelassen ● Vereinbarungen zur Vergütung, zum Leistungsinhalt und -umfang werden auf Bundes- und Landesebene geschlossen ● Zuzahlung für über 18-jährige: 10,00 € je Verordnung und 10% der Kosten

¹ Im Folgenden wird auf die ausdrückliche Nennung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, der landwirtschaftlichen Alterskassen und der landwirtschaftlichen Krankenkassen verzichtet. Es gelten grundsätzlich die Regelungen für den jeweiligen Sozialversicherungszweig; die Besonderheiten des landwirtschaftlichen Sozialversicherungsrechts bleiben davon unberührt.

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Blindenführhund – Aufwendersersatz	<ul style="list-style-type: none"> ● § 33 Abs. 1 SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> ● Zahlung der Pauschale nach § 14 BVG
Hilfsmittel – Betriebskosten	<ul style="list-style-type: none"> ● § 33 Abs. 1 SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> ● Einzelfallbezogene Ermittlung der entstehenden Kosten (z. B. für Strom)
Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> ● § 33 Abs. 1 SGB V ● Voraussetzung: ärztliche Verordnung ● Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Die Dauer der Benutzung ist dabei unerheblich. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Leistungshöhe ist in regionalen Vereinbarungen bzw. in Festbetragsgruppensystemen festgelegt. ● Zuzahlung für über 18-jährige: 10% des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10,00 € für den gesamten Monatsbedarf je Indikation. Die Zuzahlung wird auf einen maximalen Monatsbetrag von 10,00 € für alle zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel begrenzt. Dies gilt unabhängig davon, ob die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel aufgrund einer oder mehrerer Indikationen benötigt werden bzw. ob sie verschiedenen Produktgruppen zuzuordnen sind.
Häusliche Krankenpflege	<ul style="list-style-type: none"> ● § 37 SGB V ● Anspruch besteht nur, wenn eine im Haushalt lebende Person die Pflege nicht erbringen kann ● als zeitlich befristete Krankenhausvermeidungspflege umfassender Anspruch (Grundpflege, Behandlungspflege, Hauswirtschaft) ● als Pflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung nur in Form der Behandlungspflege; Erweiterung um Grundpflege und Hauswirtschaft durch Satzung möglich, jedoch nicht bei bestehender Pflegebedürftigkeit ● Kostenerstattung für selbst beschaffte Pflegekraft möglich ● Voraussetzung: ärztliche Verordnung; Grundlage sind Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> ● Verträge werden auf Krankenkassenebene geschlossen; die Vergütungsmodelle sehen insbesondere Einzelleistungsvergütungen, Pauschal- (Komplex-) vergütungen, Zeitvergütungen oder Einsatzvergütungen ggf. mit Zuschlägen bei besonders geforderter Qualifikation des Leistungserbringers vor ● Zuzahlung für über 18-jährige: 10,00 € je Verordnung und 10% der Kosten für die ersten 28 Tage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Soziotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ● § 37a SGB V ● Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Näheres (u.a. Indikationen, Genehmigungsverfahren) festgelegt in Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ● Die Leistung umfasst die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme ● Höchstens 120 Std. innerhalb von je 3 Jahren je Krankheitsfall ● Zuzahlung für über 18-jährige: 10% der kalendertäglichen Kosten, jedoch mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €.
Haushaltshilfe	<ul style="list-style-type: none"> ● § 38 Abs. 1 SGB V, § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. §§ 44 Abs. 1 Nr. 6, 54 SGB IX ● Anspruch besteht nur, wenn eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann ● Voraussetzungen: Weiterführung des Haushaltes wegen medizinischer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen, Krankenhausbehandlung oder häuslicher Krankenpflege nicht möglich und im Haushalt lebt ein Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist ● Kostenübernahme für Mitaufnahme des Kindes anstelle der Haushaltshilfe möglich ● Übernahme der Kinderbetreuungskosten anstelle der Haushaltshilfe möglich (§ 54 Abs. 3 SGB IX) ● weiter gehende Ansprüche möglich auf der Grundlage von Satzungsregelungen der jeweiligen Krankenkasse (§ 38 Abs. 2 SGB V, § 10 KVLG 1989) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Haushaltshilfe als Sachleistung wird über Verträge nach § 132 SGB V einzelvertraglich geregelt ● Regelfall ist Erstattung der Kosten für selbstbeschaffte Haushaltshilfe; unterschiedliche Höchstsätze je Stunde/Tag; bei Verwandten oder Verschwägerten bis 2. Grad keine Erstattung, es können aber Fahrtkosten oder Verdienstaussfall ersetzt werden ● Zuzahlung für über 18-jährige (nicht bei medizinischer Rehabilitation): 10%, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen; ambulante mobile Rehabilitationsmaßnahmen; ambulante Anschlussrehabilitationen	<ul style="list-style-type: none"> ● § 40 Abs. 1 SGB V ● Subsidiäre Leistungserbringung: nur dann von der Krankenkasse zu erbringen, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können (§ 40 Abs. 4 SGB V) ● Rehabilitations-Richtlinie ● Rehabilitation nur indiziert bei <ul style="list-style-type: none"> – Rehabilitationsbedürftigkeit – Rehabilitationsfähigkeit, – positiver Rehabilitationsprognose ● Voraussetzung: ärztliche Verordnung (Muster 61) ● Antrag des Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> ● Krankenkasse bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall ● Dauer: längstens 20 Behandlungstage ● Verlängerung möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen zur Erreichung des Rehabilitationsziels erforderlich ist ● Erneuter Anspruch besteht nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung vergleichbarer Leistungen, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ● Zuzahlung für über 18-jährige: 10,00 € je Behandlungstag, längstens für 42 Tage; bei Anschlussrehabilitation längstens 28 Tage ● Anrechnung von bereits im Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI und §§ 39 Abs. 4 und 40 Abs. 5 und 6 SGB V ● Durchführung der Maßnahmen nur in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, die von den Krankenkassen zugelassen sind (Vertrags-einrichtungen) ● Vergütung richtet sich nach den Verträgen zwischen den Verbänden/Krankenkassen und der Rehabilitationseinrichtung ● Kostenübernahme der erforderlichen Fahrkosten zur nächst erreichbaren geeigneten Rehabilitationseinrichtung ohne Zuzahlung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Anschlussrehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> ● § 40 Abs. 2 SGB V ● Subsidiäre Leistungserbringung: nur dann von der Krankenkasse zu erbringen, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können (§ 40 Abs. 4 SGB V) ● Rehabilitations-Richtlinie ● Rehabilitation nur indiziert bei <ul style="list-style-type: none"> – Rehabilitationsbedürftigkeit – Rehabilitationsfähigkeit – positiver Rehabilitationsprognose ● Voraussetzung: ärztliche Verordnung (Muster 61) ● Antrag des Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> ● Krankenkasse bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall ● Dauer: längstens 3 Wochen; bei Maßnahmen für Kinder bis 14 Jahre 4-6 Wochen ● Verlängerung möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen zur Erreichung des Rehabilitationsziels erforderlich ist ● Erneuter Anspruch besteht nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung vergleichbarer Leistungen, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ● Zuzahlung für über 18-jährige: 10,00 € je Kalendertag, längstens für 42 Tage; bei Anschlussrehabilitation längstens 28 Tage ● Anrechnung von bereits im Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI und §§ 39 Abs. 4 und 40 Abs. 5 und 6 SGB V ● Durchführung der Maßnahmen nur in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht ● Vergütung richtet sich nach den Verträgen zwischen den Verbänden/Krankenkassen und der Rehabilitationseinrichtung ● Kostenübernahme der erforderlichen Reisekosten (Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten) zur nächst erreichbaren geeigneten Rehabilitationseinrichtung ohne Zuzahlung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter; Mutter-Kind-Maßnahmen; Vater-Kind-Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ● § 41 Abs. 1 SGB V ● Subsidiäre Leistungserbringung: nur dann von der Krankenkasse zu erbringen, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können (§ 40 Abs. 4 SGB V) ● Rehabilitations-Richtlinie ● Rehabilitation nur indiziert bei <ul style="list-style-type: none"> – Rehabilitationsbedürftigkeit – Rehabilitationsfähigkeit – positiver Rehabilitationsprognose ● Voraussetzung: ärztliche Verordnung (Muster 61) ● Antrag des Versicherten 	<ul style="list-style-type: none"> ● Krankenkasse bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall ● Dauer: längstens 3 Wochen ● Verlängerung möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen zur Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich ist ● Erneuter Anspruch besteht nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung vergleichbarer Leistungen, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ● Zuzahlung für über 18-jährige: 10,00 € je Kalendertag, längstens für 42 Tage (§ 41 Abs. 3 SGB V) ● Anrechnung von bereits im Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI und §§ 39 Abs. 4 und 40 Abs. 5 und 6 SGB V ● Durchführung der Maßnahmen nur in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht bzw. mit Bestandschutz ● Vergütung richtet sich nach den Verträgen zwischen den Verbänden/Krankenkassen und der Rehabilitationseinrichtung ● Kostenübernahme der erforderlichen Reisekosten (Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten) zur nächst erreichbaren geeigneten Rehabilitationseinrichtung ohne Zuzahlung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Rehabilitationssport und Funktionstraining	<ul style="list-style-type: none"> ● § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX ● Voraussetzung: ärztliche Verordnung und vorherige/parallele Leistung der Krankenkasse im Rahmen der Krankenbehandlung ● Sonstige Grundlage: BAR-Rahmenvereinbarung vom 01.10.2003 i.d.F. vom 01.01.2007 	<ul style="list-style-type: none"> ● Leistungsumfang siehe BAR-Rahmenvereinbarung Ziffer 4.4.1 und 4.4.2 (Rehabilitationssport) und Ziffer 4.4.3 (Funktionstraining) ● Keine kassenartenübergreifend vereinbarte Vergütungen
Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ● § 43 Abs. 2 SGB V ● Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen vom 01.07.2005 in der jeweils aktuellen Fassung ● Voraussetzung: ärztliche Verordnung ● In unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme 	<ul style="list-style-type: none"> ● Chronisch kranke und schwerst-kranke Kinder, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegen-den Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben ● Mindestens 6, max. 20 Nachsorgeeinheiten in einem Zeitraum von 6-12 Wochen; Verlängerung um bis zu 10 Nachsorgeeinheiten möglich ● Zugelassene Leistungserbringer ● Höhe der Vergütungen ist in regio-nalen Vereinbarungen geregelt
Fahrkosten	<ul style="list-style-type: none"> ● § 60 SGB V ● Voraussetzung: ärztliche Verordnung ● ggf. Genehmigung der Krankenkasse ● Krankentransport-Richtlinien 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bei öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgt Fahrpreiserstattung ● Bei Taxi oder Krankenkraftwagen werden die Vertragspreise nach § 133 SGB V übernommen ● Bei Nutzung privater Kraftfahrzeuge Erstattung der Kilometerpau-schale nach Bundesreisekosten-recht (0,20 € je Kilometer) ● Zuzahlung (altersunabhängig): 10% der Kosten, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Reisekosten als ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> ● § 60 SGB V, §§ 44 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. 53 Abs. 1 bis 3 SGB IX ● Fahr-, Verpflegungs-, Übernachtungs- und Gepäckkosten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation; Familienheimfahrten bei Maßnahmen über 8 Wochen ● Verkehrsmittel nach medizinischer Notwendigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bei öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgt Fahrpreiserstattung ● Bei Taxi oder Krankenkraftwagen werden die Vertragspreise nach § 133 SGB V übernommen ● Bei Nutzung privater Kraftfahrzeuge Erstattung der Kilometerpauschale nach Bundesreisekostenrecht (0,20 € je Kilometer) ● Keine Zuzahlung
Frühförderung	<ul style="list-style-type: none"> ● § 30 Abs. 1 und 2 SGB IX ● Frühförderungsverordnung ● Leistungserbringung als ganzheitliche Komplexleistung i.V.m. heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX ● Rahmenvereinbarungen auf Landesebene 	<ul style="list-style-type: none"> ● Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung noch nicht eingeschulter behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ● Leistungserbringung durch interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren ● Leistungsumfang siehe Frühförderungsverordnung ● Von der Einrichtung vor Beginn der Maßnahme zu erstellender Förder- und Behandlungsplan ● Auf Landesebene vereinbarte Vergütungen

■ 4.3.2 Bundesagentur für Arbeit

Zur Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form eines Persönlichen Budgets durch die Bundesagentur für Arbeit (BA) wird auf die Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung 05/2008 der BA „Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Persönliches Budget“ verwiesen (s. www.arbeitsagentur.de). Dort (vgl. TZ 5) ist u.a. ausgeführt, dass alle Leistungen (an Arbeitnehmer) zur Teilhabe am Arbeitsleben budgetfähig sind.

Nach den bisherigen Erfahrungen werden in nennenswerten Umfang insbesondere folgende Teilhabeleistungen durch Persönliche Budgets ausgeführt:

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich	§§ 39, 40 SGB IX	
Berufsvorbereitung	§ 33 Abs. 3 Nr. 2 SGB IX	
berufliche Ausbildung	§ 33 Abs. 3 Nr. 4 SGB IX	
berufliche Anpassung und Weiterbildung	§ 33 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX	
Kraftfahrzeughilfe	§ 33 Abs. 8 Nr. 1 SGB IX	
Arbeitsassistenz	§ 33 Abs. 8 Nr. 3 SGB IX	

Dabei waren in Persönlichen Budgets für Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich, Berufsvorbereitung, berufliche Ausbildung und berufliche Anpassung und Weiterbildung vielfach Leistungen für Haushaltshilfe/Kinderbetreuungskosten (§§ 44 Abs. 1 Nr. 6, 54 SGB IX) und Reisekosten (§§ 44 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. 53 Abs. 4 SGB IX) enthalten.

■ 4.3.3 Unfallversicherung

Das Persönliche Budget sowie das Instrument einer Zielvereinbarung sind für die Gesetzliche Unfallversicherung (UV) nicht neu (z. B. Teilförderung nach § 35 Abs. 3 SGB VII, erhöhtes Pflegegeld nach § 44 Abs. 2 Satz 4 SGB VII).

Wegen der umfassenden Leistungsverantwortung des UV-Trägers für alle Bereiche der Teilhabe, der medizinischen Rehabilitation und der Pflege wird dessen Beteiligung an einem trägerübergreifenden Gesamtbudget nur in wenigen Fällen vorkommen. Durch das Prinzip „alles aus einer Hand“ werden dennoch z. T. sehr komplexe Persönliche Budgets erbracht, obwohl kein anderer Reha-Träger beteiligt ist.

Für einen detaillierten Überblick der Umsetzung Persönlicher Budgets in der Gesetzlichen Unfallversicherung wird auf die aktuelle Handlungshilfe der Träger der Unfallversicherung verwiesen (s. www.dguv.de). Reha-Manager und Berufshelfer der UV-Träger beraten Sie gerne auch persönlich über die Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets.

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen stellen nur einen kleinen Ausschnitt der budgetfähigen Teilhabeleistungen der Unfallversicherung dar. Mit Ausnahme der „Teilförderung“ handelt es sich dabei um überschaubare und gut kalkulierbare Leistungen. Deshalb sind sie als Einstieg in ein Persönliches Budget besonders geeignet.

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation	§ 39 SGB VII i.V. mit § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX; Gemeinsame Richtlinien der UV-Träger; Abkommen der UV-Verbände mit dem Deutschen Behindertensport-Verband; Rahmenvereinbarung der BAR	Allgemein 4,47 € pro Übungsveranstaltung; für Rollstuhlfahrer, Blinde, Doppelbeinamputierte, Hirnverletzte oder Beschädigte mit schweren Lähmungen werden 6,14 € vergütet
Reisekosten als ergänzende Leistung zur Heilbehandlung, zur medizinischen Rehabilitation und zur beruflichen Teilhabe	§ 43 SGB VII i.V. mit §§ 33 Abs. 7, 44 Abs. 1 Nr: 5, 53 SGB IX; Gemeinsame Richtlinien der UV-Verbände	Entfernungspauschale gem. § 53 Abs. 4 SGB IX oder Übernahme der ggf. höheren Kosten für ein benutztes öffentliches Verkehrsmittel
Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten	§§ 42, 54 SGB VII i.V. mit § 54 SGB IX (§ 54 SGB VII gilt nur für landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften)	Die Kosten der Haushaltshilfe werden in angemessener Höhe als Sachleistung übernommen. Bei selbstbeschaffter Haushaltshilfe werden die nachgewiesenen Aufwendungen bis zu einem kalendertäglichen Höchstbetrag von 2,5 v.H. der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV erstattet. Kinderbetreuungskosten können bis zur Höhe von 130,00 € je Kind und Monat übernommen werden.

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Hauswirtschaftliche Versorgung	§ 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII	Individuelle Feststellung (z. B. Kostenübernahme analog der Haushalts-hilfe)
Sonstige Leistungen zur Erreichung und zur Sicherstellung des Erfolgs der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe	§ 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII, § 33 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX	Individuelle Feststellung
Arbeitsassistenz	§ 35 SGB VII i.V. mit § 33 Abs. 8 Nr. 3 SGB IX; Verfahrensabsprache zwischen Rehabilitationsträgern und BIH	Die Bemessung und Ausführung der Leistung erfolgt durch das Integra-tionsamt
Gebärdensprachdol-metscher als Kommuni-kationshilfe	§ 17 Abs. 2 SGB I i.V. mit § 19 Abs. 1 SGB X	Im Rahmen der bestehenden Vergü-tungsregelungen
Aufwendungen für Lern-, Unterrichts- und Arbeitsmittel	§ 35 Abs. 2 SGB VII, § 33 Abs. 7 Nr. 2 SGB IX	Ermessensentscheidung
Mietkostenzuschuss	§ 41 SGB VII, § 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX; Gemeinsame Wohnungshilfericht-linien der UV-Verbände	Ermessensentscheidung
Verpflegungskosten	§ 43 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII, § 33 Abs. 7 Nr. 1 SGB IX; Gemeinsame Richtlinien „Reiseko-sten“ der UV-Verbände	Zeitlich abgestufte Pauschalbeträge in Höhe von 6,00/12,00/24,00 €; Pendler, denen eine Mittagsmahlzeit in der Einrichtung nicht angeboten wird, erhalten eine Monatspauschale von 70,30 € oder pro Tag von 3,80 €
Teilförderung der beruflichen Wiederein-gliederung	§ 35 Abs. 3 SGB VII, § 33 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX	Bis zur Höhe des Regelaufwands für eine angemessene (Referenz-) Maß-nahme
Existenzgründung	§ 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII, §§ 33 Abs. 3 Nr. 5 und 6 SGB IX, § 57 SGB III	Bis zur Höhe des Gründungszuschus-ses nach § 57 SGB III; im Übrigen Ermessensentscheidung

■ 4.3.4 Rentenversicherung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Leistungen der Berufsvorbereitung sowie der beruflichen Anpassung und Weiterbildung	§ 33 Abs. 3 Nr. 2 und 3 SGB IX	<p>Bedarf und Umfang der erforderlichen Leistungen werden im Einzelfall unter angemessener Berücksichtigung der Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit des Versicherten sowie der Lage auf dem Arbeitsmarkt festgestellt.</p> <p>In der Regel wird ein Beratungsgespräch mit dem Reha-Fachberatungsdienst durchgeführt. Bei Bedarf kann die berufliche Eignung abgeklärt, eine Arbeitserprobung durchgeführt und die BA nach § 38 SGB IX beteiligt werden.</p> <p>Leistungen der Berufsvorbereitung dauern in der Regel bis zu 3 Monate, Leistungen der beruflichen Anpassung und Weiterbildung können im Einzelfall grundsätzlich bis zu 2 Jahre dauern.</p>
Kfz-Hilfe in Form der Erstattung der Kosten für die Beschaffung eines behinderungsgeeigneten Kfz bzw. für eine Zusatzausstattung und Fahrerlaubnis	§ 33 Abs. 8 Nr. 1 SGB IX i.V.m. der KfzHV	<p>Die persönlichen Voraussetzungen für die behinderungsbedingt zwingende Kfz-Benutzung zur Erreichung der Arbeitsstätte ergibt sich aus § 3 KfzHV.</p> <p>Die Art und Höhe der Förderung der Beschaffung eines Kfz ergibt sich aus §§ 5 und 6 KfzHV.</p> <p>In bestimmten Fällen erfolgt die behinderungsbedingt erforderliche Bedarfsfeststellung unter Mitwirkung des technischen Beraters der Arbeitsverwaltung oder eines Kfz-Sachverständigen.</p>

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Beförderungskosten i.R. von Kfz-Hilfeleistungen	<ul style="list-style-type: none"> ● § 33 Abs. 8 Nr. 1 SGB IX i.V.m. § 9 Abs. 1 Satz 2 KfzHV ● Beförderungskosten kommen anstelle der Förderung einer Kfz-Beschaffung in Betracht wenn <ul style="list-style-type: none"> – der behinderte Mensch aus gesundheitlichen Gründen ein Kfz nicht selbst führen kann oder nicht gewährleistet, dass ein Dritter das Kfz für ihn führt. – Beförderungskosten wirtschaftlicher sind und Beförderungsdienste für den behinderten Menschen zumutbar sind. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sachabklärung der zweckmäßigsten Kfz-Hilfeleistungsform unter angemessener Würdigung der Gesamtumstände des Einzelfalls ● Die Förderung von Beförderungskosten ist einkommensabhängig zu prüfen. Die Einkommensverhältnisse vor Antragstellung sind maßgeblich und festzustellen. ● Daneben sind die Kosten der Beförderungsdienste durch Einholen von Kostenvoranschlägen zu ermitteln. ● Berechnung/Ermittlung des materiell-rechtlich vorgesehenen Eigenanteils des behinderten Menschen, den er bei einer angenommenen Kfz-Beschaffung und für die berufliche Nutzung selbst aufzubringen hätte.
Arbeitsassistenz	<ul style="list-style-type: none"> ● § 33 Abs. 8 Nr. 3 i.V.m. Satz 2 bis 4 SGB IX ● Die Arbeitsassistenz bietet regelmäßig wiederkehrende Hilfestellung für den behinderten Menschen bei seiner Arbeitsausführung; von ihm selbst sind die wesentlichen und prägenden inhaltlichen Kernbereiche der Tätigkeit vorzunehmen. ● Die Leistungsverpflichtung für eine notwendige Arbeitsassistenz ergibt sich nur zur Erlangung eines Arbeitsplatzes und ist dabei auf drei Jahre begrenzt. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Eine Arbeitsassistenz wird subsidiär notwendig, um die geschuldeten Arbeitsleistung zu erbringen, wenn vorrangige betriebliche Unterstützung (z. B. durch Kollegen) oder arbeitsplatzausgestaltende Hilfen nicht greifen. Das macht eine umfassende Einzelfallprüfung erforderlich. ● Die Ausführung der Leistung und die Bemessung der Förderung liegt ausschließlich bei den Integrationsämtern (§ 33 Abs. 8 Satz 2 SGB IX).

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang						
Wohnungshilfe	<p>§ 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX Bei einer berufsbezogenen Notwendigkeit können die Rentenversicherungsträger die Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang übernehmen.</p>	<p>Die Bedarfsfeststellung erfolgt in der Regel unter Beteiligung des technischen Beraters der Arbeitsverwaltung. Der Versicherte bringt grundsätzlich mehrere Kostenvoranschläge bei, auf deren Grundlage bislang der zuständige Rentenversicherungsträger eine Firma auswählt und mit der erforderlichen Maßnahme beauftragt.</p>						
Rehabilitationssport und Funktionstraining	<p>§ 28 SGB VI i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX</p> <p>Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Feststellung der Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining während einer vom Rentenversicherungsträger erbrachten Leistung zur medizinischen Rehabilitation ● Beachtung der BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.10.2003 i.d.F. vom 01.01.2007 	<p>Vereinbarte Vergütungen der Deutschen Rentenversicherung Bund für das gesamte Bundesgebiet beim Rehabilitationssport sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Rehabilitationssport 5,00 € ● Rehabilitationssport in Herzgruppen 6,00 € je Übungsveranstaltung ● Funktionstraining <table> <tr> <td>Warmwasser-</td> <td>5,40 €</td> </tr> <tr> <td>gymnastik</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trockengymnastik</td> <td>3,95 €</td> </tr> </table> <p>Für die Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung gelten zum Teil abweichende Vergütungssätze für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining.</p>	Warmwasser-	5,40 €	gymnastik		Trockengymnastik	3,95 €
Warmwasser-	5,40 €							
gymnastik								
Trockengymnastik	3,95 €							

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Reisekosten	<p>§ 28 SGB VI i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 5 und 6, § 53 SGB IX</p> <p>Zu den Reisekosten gehören die erforderlichen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fahr- und Transportkosten, ● Verpflegungs- und Übernachtungskosten, ● Kosten des Gepäcktransports (gilt nicht bei Pkw-Nutzung) für die Versicherten und für eine wegen deren Behinderung erforderliche Begleitperson sowie für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Unterbringung nicht sichergestellt ist. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Erforderliche Reisekosten werden in Höhe öffentlicher Verkehrsmittel übernommen. ● Wird bei der Fahrt zur Rehabilitationseinrichtung ein privater Pkw benutzt, wird eine Entfernungspauschale in Höhe von 0,36 € bzw. 0,40 € gezahlt. ● Erforderliche Taxikosten bzw. Fahrten mit dem Krankenwagen werden übernommen.
Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten	<p>§ 28 SGB VI i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 6, § 54 SGB IX</p> <p>Haushaltshilfe wird geleistet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> ● den Leistungsberechtigten die Weiterführung des eigenen Haushalts nicht möglich ist, ● eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und ● im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist. <p>Anstelle der Haushaltshilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> ● werden die Kosten für die Mitaufnahme des Kindes in der Rehabilitationseinrichtung übernommen, ● können die Kosten für die Betreuung der Kinder des Leistungsberechtigten, wenn sie durch die Ausführung einer Leistung zur Teilhabe unvermeidbar entstehen, übernommen werden. 	<p>Haushaltshilfe als Sachleistung in angemessener Höhe. Als angemessen werden grundsätzlich die nachgewiesenen Aufwendungen bis zu einem täglichen Höchstbetrag von 2,5% der sich aus § 18 SGB IV ergebenden monatlichen Bezugsgröße angesehen. Pro Tag 64,00 €, stündlich 8,00 €.</p> <p>Für Verwandte oder verschwägerte Ersatzkräfte bis zum 2. Grad ist eine Kostenerstattung grundsätzlich ausgeschlossen (§ 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Sind in diesen Fällen tatsächlich Kosten in Form von Verdienstausschluss und/oder Fahrkosten entstanden, kann sie der Rentenversicherungsträger angemessen erstatten.</p> <p>Kinderbetreuungskosten können von den Rentenversicherungsträgern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes übernommen werden. Sie werden nicht übernommen, wenn</p>

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
		für das Kind bereits Leistungen für eine Haushalthilfe erbracht wurden. Kinderbetreuungskosten können bis zu einem Betrag von 130,00 € je Kind und Monat übernommen werden.
Gebärdensprach-Dolmetscher	§ 17 Abs. 2 SGB I und § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X Anspruch auf Erstattung der Kosten, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehen.	Die Kostenerstattung für Gebärdensprachdolmetscher erfolgt nach Maßgabe des JVEG. Je Einsatzstunde werden bis zu 55,00 €, je angefangene (halbe) Stunde 27,50 € gezahlt. Fahrkosten werden bis zur Höhe des benutzten preisgünstigsten öffentlichen Beförderungsmittels übernommen. Kosten für Fahren mit dem Pkw werden in Höhe von 0,30 € für jeden gefahrenen Kilometer zuzüglich ggf. anfallender Auslagen für Parkgebühren erstattet (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 5 JVEG). Die Deutsche Rentenversicherung Bund stellt im Internet einen entsprechenden Mustervertrag zur Verfügung sowie eine Übersicht möglicher Kommunikationshilfen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung im Sinne der §§ 15 SGB VI, 26 SGB IX sind nach der Gesetzeskonzeption ebenfalls grundsätzlich budgetfähig. Insbesondere bei den regelhaften 3-wöchigen Leistungen wird jedoch genau zu prüfen sein, ob durch die Leistungserbringung in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ein Zugewinn an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung über das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten hinaus erzielt werden kann.

■ 4.3.5 Soziales Entschädigungsrecht

Die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge sind im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und der Nebengesetze, insbesondere des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG), des Zivildienstgesetzes (ZDG) und des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG), aber auch des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) nur in Einzelfällen Rehabilitationsträger mit einer umfassenden Zuständigkeit, bei der sie alle Leistungen i. S. d. § 5 SGB IX zu erbringen haben. Leistungen der Kriegsopferversorgung erhalten Beschädigte und ihre Angehörigen, sofern die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Leistungen der Kriegsopferfürsorge erhalten nur Personen, die wegen einer Schädigung im Sinne des BVG und der o. a. Nebengesetze auf die verschiedenen Rehabilitationsleistungen angewiesen sind.

Für den überwiegenden Teil der Leistungsberechtigten nach dem Sozialen Entschädigungsrecht, vornehmlich die Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen, kommen im Hinblick auf das hohe Alter und in Ermangelung entsprechender Bedarfssituationen Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets eher nicht in Betracht. Für versorgungsberechtigte lebensjüngere Berechtigte, etwa (beschädigte) Halb- oder Vollwaisen, sind allerdings Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets in der Praxis ohne weiteres möglich, z. B. im Rahmen der Eingliederungshilfe, die in Anlehnung an sozialhilferechtliche Bestimmungen durchgeführt wird.

Soweit (lebensjüngere) Berechtigte nach dem SVG bzw. nach dem ZDG Anspruch auf Leistungen haben, bestehen Unterschiede zu den Leistungen anderer Rehabilitationsträger vor allem bei der Berechnung der Entgeltersatzleistungen, nämlich dem Versorgungskrankengeld und dem Übergangsgeld sowie der Unterhaltsbeihilfe. Ansonsten kann weitgehend auf die Leistungskataloge der anderen vergleichbaren Rehabilitationsträger verwiesen werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit z. B. nach dem OEG anerkannten Schädigungen vorrangig mit der Besonderheit durchgeführt, dass entsprechende Leistungen von den in der Regel zuerst angegangenen Trägern der Jugendhilfe nach dem SGB VIII erbracht und mit dem Träger der Kriegsopferfürsorge im Wege der Kostenerstattung abgerechnet werden. Für erwachsene OEG-Berechtigte gelten die obigen Ausführungen zu den SVG-Berechtigten entsprechend.

Impfgeschädigte sind infolge des Impfschadens zumeist so schwer betroffen, dass sie an teilstationären Maßnahmen (z. B. Beschäftigung in einer WfbM) teilnehmen und zusätzlich auf eine stationäre Heimbetreuung angewiesen sind. Die Kosten hierfür werden im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem BVG in Anlehnung an das Sozialhilferecht übernommen. Diese Leistungen sind somit budgetfähig.

■ 4.3.5.1 Heil- und Krankenbehandlung in der Kriegsopferversorgung

Im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) werden für Beschädigte mit Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigung verursacht sind – für Schwerbeschädigte auch für Nichtschädigungsfolgen, sofern keine Ausschlussgründe vorliegen – und für die anspruchsberechtigten Angehörigen Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht (§ 11 BVG). Da ein großer Teil der Leistungen in die Durchführungszuständigkeit der Krankenkassen fällt (§ 18c Abs. 1 BVG), wird im Hinblick auf die Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets vorrangig auf den Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen (siehe Punkt 4.3.1). Die Krankenkassen treten i.d.R. als Budgetbeauftragte auf.

In Fällen der Zuständigkeit der Versorgungsverwaltung nach § 18c Abs. 1 Satz 2 BVG sind z. B. folgende Leistungen für ein Persönliches Budget geeignet:

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
spezielle Verbrauchsartikel – soweit nicht eine überregionale einheitliche Versorgung durch das Prüf- und Beschaffungsamt für Heil- und Hilfsmittel (PBHH) sichergestellt wird	§ 13 BVG i.V.m. OrthV	
Laufende Kosten für die Nutzung von Hilfsmitteln, z. B. Stromkosten	§ 13 BVG	
Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie	§ 11 Abs. 1 BVG	nicht im Rahmen stationärer Behandlung

■ 4.3.5.2 Kriegsofferfürsorge

Bei den zuständigen örtlichen und überörtlichen Trägern der Kriegsofferfürsorge dürften – bezogen auf die Nebengesetze wie SVG, OEG usw. – Anträge auf Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets zahlenmäßig überschaubar sein. In diesen Einzelfällen ist es möglich, auf die für vergleichbare Bedarfssituationen von anderen Rehabilitationsträgern aufgestellten Kataloge budgetfähiger Leistungen zurückzugreifen.

In der Kriegsofferfürsorge ist die Hilfe zur Pflege gem. § 26c BVG nicht ausdrücklich als Leistung in Form des Persönlichen Budgets vorgesehen. § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX und § 2 der BudgetV führen nur die Träger der Sozialhilfe auf. Die Auslegung des Gesetzes und das Schlechterstellungsverbot der Kriegsofferfürsorge gegenüber der Sozialhilfe ergeben aber, dass es sich bei der Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG (ggf. unter Einbeziehung der hauswirtschaftlichen Versorgung) um eine budgetfähige Leistung handeln muss. Es ist in diesen Fällen in erster Linie an Opfer von Gewalttaten im Sinne des OEG mit schweren psychischen Schädigungsfolgen zu denken.

Die Rechtsgrundlagen für die Budgetierung von Leistungen der Kriegsofferfürsorge im Einzelnen:

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

■ 4.3.6 Sozialhilfe

Allgemeines:

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
<ul style="list-style-type: none"> ● Je nach Bundesland ist die sachliche Zuständigkeit des örtlichen und überörtlichen Trägers der Sozialhilfe unterschiedlich geregelt (§§ 97, 98 SGB XII, Landeausführungsgesetze). ● Die Zuständigkeitsverteilung zwischen den örtlichen und den überörtlichen Trägern in den einzelnen Bundesländern kann aktuell 	<p>Für alle Leistungen gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nachrang der Sozialhilfe ● Anspruchsberechtigt sind gem. § 53 SGB XII i.V.m. § 2 SGB IX alle wesentlich behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ● Schulische Maßnahmen sind im folgenden Katalog nicht aufgeführt, da sie im Rahmen der gesetzlichen Schulpflicht in der Regel vollständig durch den Schulträger erbracht werden. Eine Ausnahme können Schulassistenten bilden, die bei Bedarf vom Sozialhilfeträger zu erbringen und dann auch budgetfähig sind. 	<p>Für alle Leistungen gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Es gibt keine bundeseinheitlichen Leistungen. Die Leistungen richten sich nach der Besonderheit des Einzelfalls (§ 9 SGB XII) ● Für ein Persönliches Budget kommen vor allem in Betracht alle alltäglichen, regelmäßig wiederkehrenden Bedarfe, die bisher mit Hilfe von individuell zuordenbaren, zeitbezogenen (Stunde, Tag, Woche, Monat) Leistungen gedeckt wurden. Da die Sozialhilfe ihre Leistungen in der Regel als Geldleistung erbringt, ist für sie die Umwandlung der Leistung in

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
auf der Internetseite der BAGüS (www.bagues.de/ Mitglieder/Zustandigkeiten) eingesehen werden.	<ul style="list-style-type: none"> ● Vorrang ambulanter vor stationärer Leistungen (§ 13 Abs. 1 SGB XII) ● Vorrang der Geldleistung vor Sachleistung (§ 10 Abs. 3 SGB XII) 	<p>ein Persönliches Budget nicht problematisch.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Die laufenden ambulanten, teilstationären und stationären Eingliederungshilfen werden bei der „klassischen“ Leistungserbringung in der Regel auf der Grundlage von Vereinbarungen nach § 75 SGB XII mit den Leistungserbringern erbracht. Dies „sozialhilfrechtliche Dreiecksverhältnis“ wird beim Persönlichen Budget aufgelöst.

Die Leistungen im Einzelnen:

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
<ul style="list-style-type: none"> ● ambulante und stationäre Eingliederungshilfeleistungen zu einem selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnformen (ambulantes Einzelwohnen, Paarwohnen und Gruppenwohnen, stat. Behinderteneinrichtungen mit Außenwohn- und Trainingswohngruppen) 	<p>§§ 53, 54 SGB XII i.V.m. §§ 55 Abs. 2, Nr. 6 SGB IX</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Die individuell notwendigen Leistungen werden in der Regel in einem Bedarfsfeststellungsverfahren (Gesamtplan/Teilhabepan) erhoben. ● Ambulante Leistungen werden in der Regel durch Fachleistungsstunden oder durch Monatspauschalen, die von den Hilfebedarfsgruppen abgeleitet werden, erbracht. ● Für die stationären Leistungen gelten die Vereinbarungen mit den Leistungserbringern nach §§ 75 ff SGB XII. Die Leistungen umfassen auch die notwendige Pflege (§ 55 SGB XII).

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Leistungen zur Mobilität <ul style="list-style-type: none"> ● Assistenz ● Begleitung ● Fahrtkosten ● Mobilitätshilfen 	§§ 53, 54 SGB XII i.V.m. §§ 55, 58 SGB IX	Individuelle Bedarfsermittlung
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft <ul style="list-style-type: none"> ● Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fertigkeiten ● Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben 	§§ 53, 54 SGB XII i.V.m. §§ 55 Abs. 2 Nrn. 3 und 7, 58 SGB IX	Individuelle Bedarfsermittlung
Hilfen zur Kommunikation und Information <ul style="list-style-type: none"> ● Gebärdendolmetscher ● Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt 	§ 17 SGB I, § 19 SGB X, §§ 53, 54 SGB XII i.V.m. §§ 55 Abs. 2 Nrn. 4 und 57 SGB IX	Individuelle Bedarfsermittlung
Hilfe zum Besuch einer Hochschule	§§ 53, 54 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII	Individuelle Bedarfsermittlung
Entlastung von Familien <ul style="list-style-type: none"> ● Familienentlastende Dienste (ambulante Betreuung im Haushalt, Gruppenarbeit, Ferienbetreuung) 	Freiwillige Leistungen	Individuelle Bedarfsermittlung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ● Frühförderung	§§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX	Individuelle Bedarfsermittlung; Leistungen nur, soweit Krankenversicherung nicht zuständig ist.
Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben ● Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM	§§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 41 SGB IX	Individuelles Bedarfsfeststellungsverfahren in Verbindung mit der Empfehlung des Fachausschusses der WfbM (§ 2 WVO).
● Leistungen in einer Tagesförderstätte	§§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 136 Abs. 3 SGB IX	Leistungen sind nachrangig, deshalb nur, wenn keine Werkstattfähigkeit vorliegt, dann Prüfung der Werkstatavoraussetzungen, ggf. unter Nutzung des Eingangsverfahrens der WfbM und auf der Grundlage der Stellungnahme des Fachausschusses.
● Leistungen in einer sonstigen Beschäftigungsstätte	§§ 53, 54, 56 SGB XII	Bei allen 3 Formen: Leistungserbringung durch Vereinbarungen nach § 75 SGB XII, bei WfbM in Verbindung mit § 41 Abs. 3 SGB IX
● Leistungen zur häuslichen Pflege	§§ 61, 63 SGB XII	Budgetfähig sind alle alltäglichen, regelmäßig wiederkehrenden Bedarfe; individuelle Bedarfsermittlung; Leistungen nur, soweit Pflegeversicherung keine ausreichenden Leistungen erbringt.
Einmalige Geldpauschalen ● Einmalige Leistungen zur Erstausrüstung der Wohnung ● Einmalige Beihilfen zur Beschaffung von Hilfsmitteln	§§ 31, 54 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX § 54 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX	Individuelle Bedarfsermittlung

■ 4.3.7 Öffentliche Jugendhilfe

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
<ul style="list-style-type: none"> ● Eingliederungshilfe für seelisch behinderte sowie von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche 	<ul style="list-style-type: none"> ● § 35a SGB VIII 	<ul style="list-style-type: none"> ● Der Entscheidung über die Hilfe durch den Jugendhilfeträger geht das Hilfeplanverfahren nach § 36 Abs. 2 SGB VIII voraus. Als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe sollen Fachkräfte der Jugendhilfe zusammen mit dem Personensorgeberechtigten und dem Kinder oder dem Jugendlichen einen Hilfeplan aufstellen, der Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthält (§ 36 Abs. 2 Satz 2 SGB VIII). ● Zusätzlich ist bei Hilfen nach § 35a SGB VIII zu beachten, dass nach § 36 Abs. 3 SGB VIII bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie bei der Durchführung der Hilfe nach § 35a SGB VIII die Person, die eine Stellungnahme nach § 35a Abs. 1a SGB VIII abgegeben hat, zu beteiligen ist. ● Voraussetzung für eine Leistung ist, dass bei den Betroffenen die seelische Gesundheit des Kindes oder Jugendlichen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für sein Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 35a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII). ● Bei der Beurteilung der seelischen Gesundheit ist nach § 35a Abs. 1a SGB VIII vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eines Kinder- und Jugend-

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
----------	--------------------	-----------------------------

psychotherapeuten oder eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrung auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen.

- Die Finanzierung der ermittelten Hilfe erfolgt je nach den jeweiligen Finanzierungsgrundlagen der Hilfe, beispielsweise als Fachleistungsstunde oder als vereinbarter Pauschalsatz.

■ 4.3.8 Pflegeversicherung

■ 4.3.8.1 Soziale Pflegeversicherung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
----------	--------------------	-----------------------------

Häusliche Pflege
● Pflegesachleistung

- § 36 SGB XI
- Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
- in Form von Gutscheinen
- häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte (in der Regel von Pflegediensten) mit Versorgungsvertrag erbracht
- Anspruch besteht bei Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI
- ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich

- Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK gemäß den Begutachtungs-Richtlinien (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI)
- Entscheidung durch die Pflegekasse
- monatlich in Form von Gutscheinen (§ 36 Abs. 3 und 4 SGB XI):
 - in der Pflegestufe I
seit 01.07.2008: bis zu 420,00 €,
ab 01.01.2010: bis zu 440,00 €,
ab 01.01.2012: bis zu 450,00 €
 - in der Pflegestufe II
seit 01.07.2008: bis zu 980,00 €
ab 01.01.2010: bis zu 1.040,00 €
ab 01.01.2012: bis zu 1.100,00 €
 - in der Pflegestufe III
seit 01.07.2008: bis zu 1.470,00 €
ab 01.01.2010: bis zu 1.510,00 €
ab 01.01.2012: bis zu 1.550,00 €
 - Härtefälle bis zu 1.918,00 €

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
<p>Häusliche Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pflegegeld 	<ul style="list-style-type: none"> ● § 37 Abs. 1 SGB XI ● Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ● anstelle der Pflegesachleistung kann bei selbst sichergestellter Pflege (z. B. durch Angehörige) Pflegegeld beansprucht werden ● Anspruch besteht bei Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI ● ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> ● Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK gemäß den Begutachtungs-Richtlinien (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI) ● Entscheidung durch die Pflegekasse ● monatlich in Höhe von: <ul style="list-style-type: none"> – in der Pflegestufe I <ul style="list-style-type: none"> seit 01.07.2008: 215,00 € ab 01.01.2010: 225,00 € ab 01.01.2012: 235,00 € – in der Pflegestufe II <ul style="list-style-type: none"> seit 01.07.2008: 420,00 € ab 01.01.2010: 430,00 € ab 01.01.2012: 440,00 € – in der Pflegestufe III <ul style="list-style-type: none"> seit 01.07.2008: 675,00 € ab 01.01.2010: 685,00 € ab 01.01.2012: 700,00 €
<p>Häusliche Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kombination von Geld- und Sachleistung 	<ul style="list-style-type: none"> ● § 38 SGB XI ● anteilige Pflegesachleistung (§ 36 Abs. 3 und 4 SGB XI) in Form von Gutscheinen und ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI ● Pflegesachleistung wird durch geeignete Pflegekräfte (in der Regel von Pflegediensten) mit Versorgungsvertrag erbracht ● der Pflegebedürftige hat zu entscheiden, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen möchte ● Entscheidungsbindung für mindestens 6 Monate ● Anspruch besteht bei Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI ● ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> ● Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK gemäß den Begutachtungs-Richtlinien (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI) ● Entscheidung durch die Pflegekasse ● Berechnung des Anteils erfolgt nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag. Entsprechend diesem Verhältnis wird das Pflegegeld anteilig ausbezahlt.

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	<ul style="list-style-type: none"> ● § 40 Abs. 2 SGB XI ● zur Erleichterung der Pflege (z. B. Angehörige) oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen (nicht für den Pflegedienst im Rahmen der Erbringung der Pflegesachleistung) ● Produktgruppe 54 „Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“ des Pflegehilfsmittelverzeichnisses gemäß § 78 Abs. 2 Satz 2 SGB IX (Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzschürzen, Desinfektionsmittel, Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch) ● es müssen keine bestimmten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden ● Pflegebedürftigkeit besteht nach §§ 14, 15 SGB XI ● ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> ● die Pflegekasse prüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des MDK ● monatlich in Höhe bis zu 31,00 €
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> ● § 41 SGB XI ● teilstationäre Pflege kann in Anspruch genommen werden, wenn häusliche Pflege nicht ausreichend sicher gestellt ist oder zur Ergänzung/Stärkung der häuslichen Pflege ● in Form von Gutscheinen ● teilstationäre Pflege wird durch Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag erbracht ● zu den Leistungsinhalten gehören insbesondere Hilfen bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege ● Anspruch besteht bei Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI ● ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> ● Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK gemäß Begutachtungs-Richtlinien (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI) ● Entscheidung durch die Pflegekasse ● monatlich in Form von Gutscheinen: <ul style="list-style-type: none"> – in Pflegestufe I <ul style="list-style-type: none"> seit 01.07.2008: bis zu 420,00 € ab 01.01.2010: bis zu 440,00 € ab 01.01.2012: bis zu 450,00 € – in der Pflegestufe II <ul style="list-style-type: none"> seit 01.07.2008: bis zu 980,00 € ab 01.01.2010: bis zu 1.040,00 € ab 01.01.2012: bis zu 1.100,00 € – in der Pflegestufe III <ul style="list-style-type: none"> seit 01.07.2008: bis zu 1.470,00 € ab 01.01.2010: bis zu 1.510,00 € ab 01.01.2012: bis zu 1.550,00 €

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
		<ul style="list-style-type: none"> ● Treffen Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit der Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI), dem Pflegegeld (§ 37 SGB XI) oder mit der Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI) zusammen, sind die Leistungen miteinander zu verrechnen. Der Gesamtanspruch erhöht sich hierbei auf das 1,5-fache des Sachleistungshöchstbetrages. Wird bspw. 50% der Leistung der Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen, besteht daneben noch ein 100%-iger Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung. Der Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung erhöht sich jedoch nicht, wenn weniger als 50% der Leistung für die Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden.

■ 4.3.8.2 Private Pflegepflichtversicherung

Leistungen der privaten Pflegeversicherung können ebenfalls als Persönliches Budget erbracht werden, auch wenn die Regelungen des SGB IX dies für private Versicherungsunternehmen nicht vorsehen. Bei privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, kann jedoch kein rechtswirksamer Antrag auf ein trägerübergreifendes Persönliches Budget gestellt werden und sie können auch nicht die Rolle des Beauftragten übernehmen (vgl. Kapitel 6 ff).

Unter Berücksichtigung dieser formalen Besonderheiten empfiehlt es sich gleichwohl, das gesamte Verfahren inhaltlich so zu gestalten, dass der individuelle Bedarf gemeinsam festgestellt und die dazu erforderlichen Leistungen koordiniert werden. Die damit verbundenen Verfahrensfragen sind im Einzelfall zu klären.

Die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung werden jedoch nach den gleichen Anspruchsgrundlagen erbracht und entsprechen dem unter 4.3.8.1 aufgeführten Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung. Im Unterschied zur sozialen Pflegeversicherung werden die Leistungen nicht als Sachleistungen, sondern in Form der Kostenerstattung zur Verfügung gestellt. Aus diesem Grund ist in der privaten Pflegepflichtversicherung eine Leistungsanspruchnahme durch Gutscheine nicht notwendig.

■ 4.3.9 Integrationsämter

Potentiell budgetfähige Leistungen der Integrationsämter (IntÄ) an schwerbehinderte Menschen (sbM) im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach § 102 Abs. 2-5 SGB IX

Allgemeines zum Adressatenkreis sowie den Leistungsvoraussetzungen, -arten und -höhen

Berechtigter Personenkreis

Menschen mit Schwerbehindertenstatus (§ 2 Abs. 2 SGB IX) und ihnen gleichgestellte Menschen (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

Beschäftigungs- und Arbeitsplatzbegriff der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben

- Arbeitnehmer, Beamte, Richter sowie Auszubildende und andere zur beruflichen Bildung Eingestellte (vgl. § 73 Abs. 1 SGB IX) sowie
- vergleichbare Tätigkeiten auf dem Gebiet des Arbeits- und Berufslebens (Geistliche, s. Bundesverwaltungsgericht vom 14. November 2003 – 5 C 13.02 – Behindertenrecht (br) 2004, 79; Soldaten/Soldatinnen, s. Oberverwaltungsgericht Schleswig-Holstein vom 3. Mai 2001 – 2 L 35/01)
- in unbefristeter oder befristeter Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung mit mindestens 15 Arbeitsstunden wöchentlich (s. § 102 Abs. 2 Satz 3 SGB IX) sowie
- Selbstständige (s. § 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 c SGB IX und § 21 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV)).

Leistungszweck

Nur Leistungen an sbM in unmittelbarem Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit, Arbeitsplatzbezug (§ 102 Abs. 2 Satz 2 SGB IX, § 17 Abs. 2 Satz 1 und § 18 Abs. 2 Nr. 1 SchwbAV); keine medizinischen, Urlaubs- oder Freizeitmaßnahmen (§ 17 Abs. 2 Satz 2 SchwbAV).

Nachrang der Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben

- gegenüber Leistungen der Rehabilitationsträger zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX (§ 102 Abs. 5 SGB IX und § 18 Abs. 1 Satz 1 SchwbAV) sowie
- gegenüber Leistungen und Leistungsverpflichtungen des Arbeitgebers oder Dritter (§ 102 Abs. 5 Satz 1 SGB IX und § 18 Abs. 1 Satz 1 SchwbAV sowie § 81 Abs. 4 SGB IX)

Ermessen

Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben sind Ermessensleistungen (§ 102 Abs. 3 Satz 1 SGB IX, § 17 Abs. 1 Satz 1 SchwbAV-„Kann-Leistung“); Ausnahme: Rechtsanspruch auf Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz (vgl. § 102 Abs. 4 SGB IX, § 17 Abs. 1 a SchwbAV).

Die Leistungserbringung/-verpflichtung der IntÄ ist stets beschränkt auf die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel der Ausgleichsabgabe (§ 102 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 SGB IX, § 17 Abs. 1 a SchwbAV).

Leistungsarten

- Zuschüsse und/oder Darlehen
- einmalige oder laufende Leistungen (letztere i.d.R. nur befristet, § 18 Abs. 3 Sätze 1 und 2 SchwbAV)
- wiederholte Leistungserbringung möglich (§ 18 Abs. 3 Satz 3 SchwbAV).

Leistungshöhe

- Bei behinderungsbedingtem Mehraufwand i.d.R. volle Kostenübernahme, einkommens- und vermögensunabhängig (vg. § 18 Abs. 2 Nr. 2 Satz 1 SchwbAV),
- im Übrigen anteilige Bezuschussung und/oder Darlehensgewährung nach den Umständen des Einzelfalls, dabei u. a. Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse (vgl. § 18 Abs. 2 Nr. 2 Satz 2 SchwbAV).

Die Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben an sbM im Einzelnen:

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Technische Arbeitshilfen (Beschaffung, Wartung, Instandsetzung, Ausbildung im Gebrauch, Ersatzbeschaffung, Anpassung an die techn. Weiterentwicklung)	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1a SGB IX, § 19 SchwbAV	<ul style="list-style-type: none"> ● Individuelle, behinderungsspezifische Geräte usw. (z. B. mobile Braillezeile u. Laptop für blinden Außendienstmitarbeiter) ● Vielfach fachtechnische Stellungnahme der Beratenden Ingenieure der IntÄ, Arbeitsplatzbesichtigung, Einholen von Angeboten verschiedener Lieferanten
Zum Erreichen des Arbeitsplatzes (Beschaffung eines Kfz, behinderungsbedingte Zusatzausstattung, Erlangung einer Fahrerlaubnis)	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1b SGB IX, § 20 SchwbAV i.V.m. den Vorschriften der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (KfzHV) (grds. nur Beamte/innen und Selbstständige)	<ul style="list-style-type: none"> ● I.d.R. behinderungsbedingte Notwendigkeit der Kfz-Nutzung zum Erreichen des Arbeitsplatzes (Merkzeichen „aG/G“ gem. § 3 Abs. 1 Nr. 1 (auch Nrn. 2 u. 3) und Abs. 2 Nr. 2 SchwbAwVO) ● Leistungsart und -höhe s. §§ 4-8 KfzHV
Zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsge-rechten Wohnung	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1d SGB IX, § 22 SchwbAV (grds. nur Beamte/innen und Selbstständige, s. § 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX), z. T. in Verbindung mit Ministerialerlassen der Bundesländer	<ul style="list-style-type: none"> ● Leistungen nur bei Zusammenhang mit Arbeitsplatz (Betreten/Verlassen der Wohnung, Mobilität in der Wohnung, ansonsten s. zur Wohnungsausstattung § 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX) ● Vielfach fachtechnische Begutachtung durch Beratende Ingenieure der IntÄ
Zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung berufl. Kenntnisse und Fertigkeiten	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1e SGB IX, § 24 SchwbAV	<ul style="list-style-type: none"> ● I.d.R. konkreter Bezug zur derzeit ausgeübten oder alsbald auszuübenden Tätigkeit erforderlich ● Primär Übernahme behinderungsspezifischer Kosten (z. B. Gebärdensprach-Dolmetscher)

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
In besonderen Lebenslagen	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1f SGB IX, § 25 SchwbAV	<ul style="list-style-type: none"> ● Auffangtatbestand für individuelle, arbeitsplatzbezogene, aber nicht spezialrechtlich bereits in den §§ 19-24 SchwbAV geregelten Hilfen und Maßnahmen ● Einzelfallabhängige Bestimmung der Leistungsart und -höhe
Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz (zur Sicherung bestehender Beschäftigungsverhältnisse)	§ 102 Abs. 4 u. Abs. 7 SGB IX, § 17 Abs. 1a SchwbAV (Rechtsanspruch) i.V.m. den „Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) zur Erbringung finanzieller Leistungen zur Arbeitsassistenz schwerbehinderter Menschen gemäß § 102 Abs. 4 SGB IX“ (in der jeweils geltenden Fassung)	<ul style="list-style-type: none"> ● Behinderungsbedingt erforderliche, regelmäßig wiederkehrende Unterstützung und Hilfestellung am Arbeitsplatz = bei der Arbeitsausführung (z. B. keine Assistenz beim Weg zur/von der Arbeit, Verwaltungsgericht Meiningen vom 18. September 2003, Br 2004, 85) ● Arbeitsvertraglich geschuldete (Kern)Tätigkeit muss im Übrigen vom sbM selbst geleistet werden (vgl. § 613 BGB) ● Keine pflegerischen Dienstleistungen ● Ermittlung des tagesbezogenen Assistenzstundenbedarfs und entsprechend gestaffelte Bewilligungshöhe (mtl. Zuschuss) ● Grundsätzlich mtl. Höchstbetrag (wegen Verhältnis der Leistung zum erzielten Arbeitseinkommen), jedoch mit Öffnungsklausel für besondere Einzelfälle ● Arbeitsassistenz wird vom sbM selbst beauftragt (Arbeitgeber- oder Dienstleistermodell, dafür Regiekostenzuschuss)

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
nachrichtlich: Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für sbM zur Erlangung eines Arbeitsplatzes	§ 33 Abs. 8 Satz 1 Nr. 3 und Sätze 2-4 SGB IX § 33 Abs. 8 Satz 2 SGB IX § 33 Abs. 8 Sätze 2 und 3 SGB IX §§ 33 Abs. 8 Satz 4 und 102 Abs. 4 SGB IX	<ul style="list-style-type: none"> ● Reha-Träger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-5 SGB IX (also nicht Jugend- und Sozialhilfe) ● Die Leistung wird bis zu 3 Jahren erbracht und ● Wird für die Reha-Träger durch die IntÄ nach den in der o.g. BIH-Empfehlung geregelten Kriterien gegen Kostenerstattung ausgeführt. ● Daran kann sich eine Weiterbewilligung durch die IntÄ anschließen.
Zur Gründung und Erhaltung einer selbst- ständigen beruflichen Existenz	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1c SGB IX § 21 SchwbAV § 21 Abs. 1 SchwbAV § 21 Abs. 4 SchwbAV	<p>Gründungsdarlehen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● i.d.R. für arbeitslose sbM, die die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für die angestrebte Tätigkeit erfüllen ● günstige betriebswirtschaftliche Prognose zur Tragfähigkeit der Existenzgründung, prognostiziertes Einkommen über Sozialhilfeniveau (Hilfe zum Lebensunterhalt) ● Sicherstellung des Lebensunterhalts voraussichtlich auf Dauer im Wesentlichen durch die selbstständige Tätigkeit (prognostiziertes Einkommen über der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII) <p>Zusätzliche individuelle begleitende Hilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● entsprechende Leistungen wie bei abhängig beschäftigten sbM (z. B. technische Arbeitshilfen, Arbeitsassistenz) i.d.R. als Zuschuss ● i.d.R. als Zuschuss

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Gebärdensprachdolmetscher-/ Kommunikationshelfer-Einsätze im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben (außerhalb längerfristiger Einsätze im Rahmen der o.g. Arbeitsassistenz)	§ 102 Abs. 2 Sätze 2 und 6 Halbsatz 1 SGB IX i.V.m §§ 17 Abs. 2 Satz 2 SGB I und 19 Abs. 2 Satz 4 SGB X	a) Bei ausgebildeten Gebärdensprachdolmetschern: Kostenerstattung nach Maßgabe des JVEG (vgl. insbes. § 8 Abs. 1 u. 2 i.V.m. §§ 5, 9 Abs. 3 sowie 12 Abs. 1 Satz 1 u. Satz 2 Nr. 4; ggf. § 14) b) Kommunikationshelfer (z. B. Schriftmittler für hochgradig Hörschädigte): Kostenerstattung nach Landesrecht oder behördeninternen Vergütungsrichtlinien



5 Antragstellung

Anträge auf Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets kann die Antrag stellende Person bei allen unter Kapitel 3 genannten Leistungsträgern oder den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation schriftlich oder durch sonstige Willenserklärung stellen.

Die Antrag aufnehmende Stelle (i.d.R. der Beauftragte, siehe Kapitel 6) informiert und berät die Antrag stellende Person umfassend über die Leistungsvoraussetzungen und Zielbestimmungen des Persönlichen Budgets sowie über die damit verbundenen Verfahrensabläufe (siehe auch Anhang IV). Sie weist auf die Mitwirkungspflicht der Antrag stellenden Person hin und holt deren Einverständniserklärung für die Weiterleitung der personenbezogenen Daten an die beteiligten Leistungsträger ein.

Die BAR-Arbeitsgruppe hat ein Musterantragsformular für ein trägerübergreifendes Persönliches Budget entwickelt (siehe Anhang III, Ziffer 1) und schlägt vor, die dort aufgeführten Inhalte bereits bei der Beantragung zu dokumentieren. Dazu zählen z. B. Informationen über:

- die Antragsituation mit Aussagen zu eventuell notwendiger Unterstützung der Antrag stellenden Person und zur Einbeziehung weiterer Personen,
- die unter trägerübergreifenden Aspekten notwendigen persönlichen Daten,
- beantragte Leistungen, die als Persönliches Budget erbracht werden sollen, möglichst mit Angaben zu Art, Umfang und Form der Ausführung und unterteilt nach den jeweiligen Leistungsbereichen,
- mögliche beteiligte Leistungsträger, konkret benannt mit Adresse und Ansprechpartner,
- bereits vorliegende Leistungsbescheide, die möglichst auch in Kopie dem Antrag beigefügt werden sollten,
- die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechtes (z. B. in Bezug auf die Form der Leistungsbeschaffung) durch die Antrag stellende Person und Hinweise zu weiteren Leistungsansprüchen, die neben dem Persönlichen Budget bestehen,
- das weitere Procedere und
- die Einverständniserklärung und das Widerspruchsrecht der Antrag stellenden Person im Zusammenhang mit dem Sozialdatenschutz.

Der Antrag auf Leistungen durch ein Persönliches Budget verbleibt beim Beauftragten, die beteiligten Leistungsträger und die Antrag stellende Person erhalten eine Kopie.



6 Bestimmung und Rolle des Beauftragten

Nach § 17 Abs. 4 SGB IX ist der nach § 14 SGB IX zuständige der beteiligten Leistungsträger grundsätzlich Beauftragter und damit für die trägerübergreifende Koordination der Leistungserbringung verantwortlich. Mit der Budgetverordnung stehen die Grundzüge des dazu vorgesehenen Verfahrens fest.

Diese Regelung gilt auch für Anträge auf Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets, die bei einer Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation gestellt werden. Hier ist im Grundsatz der Rehabilitationsträger der Beauftragte, dem die Gemeinsame Servicestelle zugeordnet ist. Dies gilt aber nur dann, wenn dieser Rehabilitationsträger nach § 14 SGB IX zuständig und mit einer Teilleistung am Persönlichen Budget beteiligt ist. Ist dies nicht der Fall, leitet der Rehabilitationsträger bzw. die Gemeinsame Servicestelle den Antrag nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX innerhalb von zwei Wochen an den aus seiner/ihrer Sicht zuständigen Leistungsträger weiter mit der Folge, dass dieser zweitangegangene Träger Beauftragter wird, das Bedarfsfeststellungsverfahren durchführt, den Gesamtverwaltungsakt erlässt und die Leistung erbringt. Hingewiesen wird auf die mit § 14 Abs. 2 Satz 5 SGB IX neu geschaffene Möglichkeit einer abgestimmten, erneuten Weiterleitung in den Fällen, in denen der Zweitangegangene nach § 6 Abs. 1 SGB IX nicht Träger der beantragten Leistung sein kann. Eine Weiterleitung sollte an den Träger erfolgen, der voraussichtlich die Hauptleistung übernimmt.

Nach § 17 Abs. 4 Satz 2 SGB IX können die beteiligten Leistungsträger in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten Abweichendes von dem Grundsatz des § 17 Abs. 4 Satz 1 SGB IX vereinbaren, nach dem stets der nach § 14 SGB IX zuständige der beteiligten Leistungsträger als Beauftragter den Gesamtverwaltungsakt erlässt. Auch in diesem Fall gelten die Regeln über den gesetzlichen Auftrag.

Diese abweichende Vereinbarung macht überall dort Sinn, wo der im Wege des § 14 SGB IX bestimmte Träger nur mit einer nach Volumen oder Leistungsdauer geringen Teilleistung an dem Persönlichen Budget beteiligt ist. In diesen Fällen empfiehlt es sich regelmäßig zu vereinbaren, dass derjenige der beteiligten Leistungsträger die Aufgaben des Beauftragten übernimmt, der voraussichtlich den „Hauptteil“ an dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget trägt, um Kontinuität und Verlässlichkeit zu gewährleisten und einen Wechsel des Beauftragten während des Bewilligungszeitraums möglichst zu vermeiden.

Die Rolle des Beauftragten umfasst im gesamten Verfahren von der Beantragung bis zum Bescheid und ggf. einschließlich Widerspruch und Klage sowohl die Erstellung des Bescheides (auf der Grundlage der Stellungnahmen der beteiligten Träger; vgl. auch § 89 Abs. 5 SGB X) über noch festzustellende Grundansprüche auf Leistungen (das „ob“ der Leistungen) als auch die Funktion der Ermittlung, Ausführung und Koordination der Leistungsform des Persönlichen Budgets (das „wie“ der Leistung). Ausgenommen davon sind insbesondere Statusfeststellungen durch Dritte (z. B. bei einem Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung). Hier berät und unterstützt der Beauftragte die Antrag stellende Person.

Im Sinne einer Handlungsorientierung für die Praxis regt die Arbeitsgruppe an, im Einzelfall ggf. dem potentiellen Budgetnehmer zu empfehlen, das Verfahren so zu gestalten, dass sich ein Widerspruch gegen einen abgelehnten Grundanspruch auf eine Leistung nicht gegen den Beauftragten, sondern gegen den zuständigen Leistungsträger richten sollte. Die Arbeitsgruppe empfiehlt dann, die Feststellung über das „ob“ der Leistung in einem Bescheid des zuständigen Leistungsträgers zu treffen, während der Gesamtbescheid durch den Beauftragten Feststellungen über das „wie“ der Leistung enthält.

Hierfür spricht auch, da die Feststellung von Grundansprüchen durch den zuständigen Träger erfolgen sollte, dass dieses Vorgehen in der Praxis insbesondere dann zielführend sein kann, wenn sich im Einzelfall ansonsten Tatbestände abzeichnen, die den zügigen Erlass eines umfassenden Gesamtbescheides verzögern. Dann empfiehlt die Arbeitsgruppe dem Beauftragten zu prüfen, ob eine Entscheidung über noch festzustellende Grundansprüche durch den jeweiligen beteiligten Träger erfolgen sollte.

Diese Vorgehensweise setzt das Einverständnis des Budgetnehmers voraus und empfiehlt sich z. B. dann, wenn:

- Leistungen betroffen sind, für die die Regelungen des § 14 SGB IX nicht gelten und bei denen längere Bearbeitungsfristen häufig nicht zu vermeiden sind (z. B. bei Leistungen der Pflegeversicherung),
- eine Ablehnung bzw. nicht im vollen Umfang erfolgende Bewilligung der beantragten Leistung z. B. durch die Stellungnahme des beteiligten Trägers absehbar und auf diese Weise dem Budgetnehmer das Einlegen der ihm zur Verfügung stehenden Rechtsmittel zum frühestmöglichen Zeitpunkt ermöglicht wird.

Für alle anderen Leistungen aus dem Persönlichen Budget, bei denen die Leistungsansprüche unstrittig sind, kann der Beauftragte in der Zwischenzeit bereits den Bewilligungsbescheid erteilen. Dieses Vorgehen setzt das vorliegende Einverständnis aller Beteiligten voraus und zielt auf eine wirksamere, wirtschaftlichere und zügigere Erreichung der Teilhabeziele.

Eine solche pragmatisch ausgerichtete Vorgehensweise bietet insgesamt den Vorteil, dem Budgetnehmer unstrittige Leistungen direkt und ohne Verzögerungen in Form eines Persönlichen Budgets zur Verfügung stellen zu können. Diese Leistungsform kann für die bereits bewilligten Leistungen auch dann gewählt werden, wenn Grundansprüche auf weitere Leistungen noch nicht abschließend geklärt sind und daher auch über deren Form der Leistungserbringung nicht entschieden werden kann. Für den Fall einer späteren Bewilligung dieser Leistungen ist deren umgehende Einbeziehung in das Persönliche Budget sicherzustellen.

Unter diesen Aspekten setzt das Tätigwerden als Beauftragter voraus, dass es unstrittige Grundansprüche gibt und es in der Folge zur Rolle des Beauftragten gehört, über die Leistungsform zu entscheiden.



7 Unterrichtung der beteiligten Leistungsträger/ Einholung der Stellungnahmen

Nach § 3 Abs. 1 der Budgetverordnung (BudgetV) unterrichtet der Beauftragte unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten Leistungsträger über die Beantragung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets.

Im gesamten Verfahren ist darauf zu achten, dass unnötige Belastungen für die Antrag stellende Person (z. B. durch unkoordinierte Verfahren der Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung sowie durch Mehrfachbegutachtungen bzw. Begutachtungen auf Vorrat) vermieden werden. Dies kann insbesondere dadurch erreicht werden, dass die Unterrichtung Kopien des Antragsformulars und aller bereits vorliegenden und für die Entscheidung über das jeweilige Teilbudget notwendigen Informationen (z. B. Leistungsbescheide, Untersuchungsbefunde und -berichte) beinhaltet. Darüber hinaus ist die Durchführung sozialmedizinischer Begutachtungen (z. B. durch Ärzte oder Psychologen) trägerübergreifend so auszurichten, dass die dort getroffenen Feststellungen möglichst auch für die Prüfung der Voraussetzungen für Leistungen der anderen beteiligten Leistungsträger verwendet werden können.

Weiterhin regelt § 3 Abs. 1 BudgetV, dass die Stellungnahmen der beteiligten Leistungsträger Aussagen zu folgenden Aspekten enthalten müssen:

- dem Bedarf, der durch budgetfähige Leistungen gedeckt werden kann, unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts,
- der Höhe des Persönlichen Budgets als Geldleistung oder durch Gutscheine,
- dem Inhalt der Zielvereinbarung und
- einem Beratungs- und Unterstützungsbedarf.

Darüber hinaus soll die Stellungnahme Aussagen treffen zu

- der Frage, ob die Leistung(en) in Form eines Persönlichen Budgets gewährt werden kann (können),
- den Voraussetzungen, die an die Leistungsgewährung geknüpft sind und
- dem Ansprechpartner des beteiligten Leistungsträgers.

Der auf diese Weise individuell ermittelte (Teil-)Bedarf ist in Verbindung mit dem individuellen Teilhabepotential Grundlage für die Ausgestaltung des Persönlichen Budgets.

Die beteiligten Leistungsträger sollen ihre Stellungnahmen innerhalb von zwei Wochen abgeben.

Im gesamten Verfahren ist der Datenschutz zu wahren, insbesondere sind das Einwilligungserfordernis und der Grundsatz der Erforderlichkeit der Datenerhebung und -übermittlung zu beachten.



8 Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren

Trägerübergreifende Bedarfsfeststellungsverfahren sind so zu gestalten, dass sie eine umfassende, nahtlose, zügige, einheitliche und wirtschaftliche Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets ermöglichen.

Die abzuschließende Zielvereinbarung ist dabei Ausdruck einer Prognose der Entwicklung, die bei einer bestmöglichen Förderung und Nutzung aller Ressourcen und Kompetenzen der Antrag stellenden Person erreichbar ist.

Für die Bedarfsfeststellung und das dazu notwendige Verfahren im Rahmen eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets empfiehlt die Arbeitsgruppe eine konzeptionelle Ausrichtung an der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF).

Das Modell der ICF zielt auf ein besseres Verständnis von Behinderungen und Gesundheit auf der Grundlage der bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen. Eine solche Konzeption („Philosophie“) markiert einen Wechsel weg von einer nur diagnose- und defizitorientierten Sicht hin zu einer Betrachtung des Menschen in seinen biografischen und sozialen Bezügen. Die ICF stellt dafür eine Systematik und definierte Begriffe zur Verfügung.

Für die konkrete Ausgestaltung des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens empfiehlt sich eine Orientierung an folgenden, beispielhaft benannten Kriterien:

- Anzahl der beteiligten Leistungsträger,
- Anzahl der beantragten Leistungen/der Leistungsgruppen,
- Mögliche Leistungsschnittmengen,
- Umfang des Bedarfs, der durch budgetfähige Leistungen gedeckt werden kann,
- Umfang des Persönlichen Budgets in Geld,
- Umfang der notwendigen Beratung und Unterstützung.

Das trägerübergreifende Bedarfsfeststellungsverfahren kann in unterschiedlicher Art und Weise stattfinden. Es bietet sich eine abgestufte Vorgehensweise an, und zwar

- eine vereinfachte Form, die im Wesentlichen auf die mündlichen, telefonischen und schriftlichen Möglichkeiten der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung zurückgreift („vereinfachtes Verfahren“) (8.1) und
- eine ausführliche Form, die (darüber hinaus) eine Zusammenkunft aller Teilnehmer (Budgetkonferenz) beinhaltet („ausführliches Verfahren“) (8.2).

Für alle Formen der Durchführung gelten die genannten Grundsätze einer umfassenden Berücksichtigung des geltend gemachten Bedarfs. Dies gilt auch für die berechtigten Interessen an einer zügigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung und für die damit verbundenen Qualitätsanforderungen.

Sind Unterschiede zwischen den beantragten und den in den Stellungnahmen der einzelnen Leistungsträger vorgesehenen Leistungen abzusehen, bietet sich ein trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren in Form einer gemeinsamen Beratung durch die Budgetkonferenz an. Eine Beratung findet auch dann statt, wenn dies entweder von der Antrag stellenden Person oder einem Leistungsträger für notwendig gehalten und schriftlich beantragt wird.

Zu den gesetzlichen Mindestvoraussetzungen und den Empfehlungen der BAR-Arbeitsgruppe sowie zur Zusammensetzung der Budgetkonferenz im trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren liegen Übersichten vor (siehe Anhang IV, Ziffer 2 und 3).

■ 8.1 Vereinfachtes Verfahren

Die Bewilligung und Ausführung eines Persönlichen Budgets nach einem vereinfachten Verfahren unter Nutzung moderner, barrierefreier Kommunikationsmittel und ohne Einberufung der Budgetkonferenz ist dann zu bevorzugen, wenn die vorhandenen Unterlagen und Stellungnahmen der beteiligten Leistungsträger für eine abschließende Festsetzung des Persönlichen Budgets ausreichen und den vereinbarten qualitativen Anforderungen an die Bedarfsermittlung und -feststellung entsprechen.

Diese vereinfachte Form des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens sollte regelhaft immer dann zum Tragen kommen, wenn ein wesentlicher Beratungs- und Abstimmungsbedarf nicht (mehr) besteht und mit der Einberufung der Budgetkonferenz eine zügige Leistungserbringung unnötig erschwert würde.

■ 8.2 Ausführliches Verfahren

Kann unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ein trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren nicht im vereinfachten Verfahren durchgeführt werden, werden die Anträge und sonstige Unterlagen zusammen mit den Stellungnahmen der beteiligten Leistungsträger im ausführlichen Verfahren Gegenstand der Beratungen der Budgetkonferenz. Dabei ist zu gewährleisten, dass alle Beteiligten rechtzeitig vor der Beratung über alle wesentlichen Informationen verfügen und auf die zu beratenden Punkte (die abweichenden Feststellungen) besonders hingewiesen werden.

Die Vertretung eines beteiligten Leistungsträgers durch einen anderen Leistungsträger kann vereinbart werden. Dies bietet sich insbesondere dann an, wenn dessen Teilbudget unstrittig ist und nicht die Hauptleistung darstellt. Der Budgetnehmer ist rechtzeitig über die Vertretung zu informieren.

Die Beratungsergebnisse der Budgetkonferenz werden schriftlich festgehalten. Die Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets und insbesondere die Mitarbeit in der Budgetkonferenz erfordert von allen Vertretern der Leistungsträger ein besonders hohes Maß an fachlicher und sozialer Kompetenz. Sollte es in den Beratungen zu unterschiedlichen Auslegungen oder Meinungsverschiedenheiten kommen, ist eine einvernehmliche Lösung anzustreben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Akzeptanz und das Gelingen von Persönlichen Budgets eng verknüpft sind mit der umfassenden Berücksichtigung des Bedarfs der Antrag stellenden Person und mit Verhandlungen über noch offene oder strittige Fragen, die auf gleicher Augenhöhe stattfinden.



9 Anforderungen an die Zielvereinbarung

Die Budgetverordnung sieht in § 4 als inhaltliche Mindestvoraussetzung für eine abzuschließende Zielvereinbarung Regelungen über die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele (9.1), die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs (9.2) und über die Qualitätssicherung (9.3) vor. Die BAR-Arbeitsgruppe empfiehlt darüber hinaus auch Regelungen zum Bedarf an Beratung und Unterstützung (9.4) als grundsätzlichen Bestandteil einer Zielvereinbarung aufzunehmen.

Regelungen zu einzelnen Leistungsbereichen bzw. einzelnen Leistungen bleiben den jeweiligen Leistungsträgern, ggf. unter Berücksichtigung des SGB IX und der vereinbarten Gemeinsamen Empfehlungen vorbehalten.

Für die Festlegung und Vereinbarung der individuellen Förder- und Leistungsziele sollte die sog. „SMART“-Regel Anwendung finden; d.h. Zielformulierungen sollten folgende Kriterien erfüllen:

- **Specific/Passend:** Welche spezielle Leistung/welche konkrete Teilhabesituation eines Menschen mit Behinderung soll verbessert werden? Ist das Ziel für alle Beteiligten verständlich formuliert?
- **Measurable/Messbar:** Wie kann das Ausmaß der verbesserten Leistung festgestellt werden? Nach welchen Kriterien kann eine veränderte/verbesserte Teilhabesituation erkannt werden?
- **Achievable/Erreichbar:** Ist ein tatsächlich erreichbares Ziel formuliert worden?
- **Relevant/Bedeutsam:** Stimmt das formulierte Ziel mit den Zielen/Wünschen des Menschen mit Behinderung/des Rehabilitanden überein? Ist es auch für ihn wichtig?
- **Timed/Zeitlich bestimmt:** In welchem Zeitraum kann das Ziel erreicht werden?

(nach: BAR, ICF Praxisleitfaden 2, Frankfurt 2008, S. 26)

So sollte zum Beispiel nicht vereinbart werden „Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft soll gefördert werden“, sondern: „Bis zum 31. März 2009 will Herr S. das Einkaufen von Grundnahrungsmitteln selbstständiger, d.h. mit weniger Unterstützung erledigen können“.

■ 9.1 Individuelle Förder- und Leistungsziele

Die individuellen Förder- und Leistungsziele sind Bestandteil der Zielvereinbarung nach § 4 BudgetV und damit nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 BudgetV auch Teil der Stellungnahme der beteiligten Leistungsträger.

In den einzelnen Stellungnahmen wird der durch budgetfähige Leistungen des jeweiligen Leistungsträgers zu deckende Teil des individuellen Bedarfs festgestellt und im Hinblick auf die individuellen Förder- und Leistungsziele schriftlich zusammengefasst. Sie können z. B. Aussagen zu der Funktionsfähigkeit und deren Beeinträchtigung auf den Ebenen der Körperfunktionen und Körperstrukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe an Lebensbereichen vor dem gesamten individuellen Lebenshintergrund (beschrieben durch umwelt- und personbezogene Faktoren), zu den Gründen für die Notwendigkeit der Leistungen, zum Ziel und zur Art der vorgesehenen Leistungen, zum voraussichtlichen Beginn und zur Dauer der Leistungen sowie zum Ort ihrer Durchführung enthalten.

Die sich aus den einzelnen Stellungnahmen im Hinblick auf die individuellen Förder- und Leistungsziele ergebenden Einschätzungen werden im Zuge des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens zusammengeführt und als Teil der abzuschließenden Zielvereinbarung gemeinsam mit der Antrag stellenden Person (und ggf. gesetzlicher Betreuer und/oder Person ihrer Wahl) vereinbart.

Eine regelhafte Überprüfung der (erreichten) Förder- und Leistungsziele erfolgt im Rahmen des nach § 3 Abs. 6 BudgetV im Abstand von zwei Jahren vorgesehenen trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens. Darüber hinaus kann eine Anpassung u.a. dann angezeigt sein, wenn sich

- aus der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets oder im jeweiligen Verlauf neue Erkenntnisse ergeben,
- die individuellen Verhältnisse geändert haben oder
- neue, für die Rehabilitation und Teilhabe wesentliche Entwicklungen (z. B. Gesetzliche Grundlagen, Forschungsergebnisse, Leitlinien, Handlungsempfehlungen) ergeben haben.

Nach einem erstmalig durchgeführten trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren wird eine Überprüfung der Förder- und Leistungsziele nach sechs Monaten empfohlen. Damit soll nach einem überschaubaren Zeitraum z. B. eine Möglichkeit geschaffen werden, die bis dahin gewonnenen Erfahrungen auszuwerten, die Zusammensetzung der Komplexeistung Persönliches Budget zu überprüfen und ggf. zu verändern, um auf diese Weise die vereinbarten Förder- und Leistungsziele besser erreichen zu können. Auf das beschriebene „vereinfachte Verfahren“ kann dabei zurückgegriffen werden.

■ 9.2 Nachweiserbringung

Als eine der inhaltlichen Mindestvoraussetzungen für die Zielvereinbarung werden mit der Budgetverordnung Regelungen über „die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs“ (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 2 BudgetV) genannt.

Um sicherzustellen, dass mit der Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets die zur Verfügung gestellten Geldleistungen bzw. Gutscheine für die Erreichung der Teilhabeziele des SGB IX verwendet werden, sind Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern und dem Budgetnehmer darüber zu treffen, ob und wie die Nachweiserbringung erfolgen soll. Dabei soll sich der Nachweis auf die Leistung beziehen, nicht auf den Preis.

Ausgehend von einer für die Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget notwendigen vertrauensvollen Zusammenarbeit aller Beteiligten sollte eine Ausgestaltung der Nachweiserbringung in einer vereinfachten und unbürokratischen Form („so wenig wie möglich, so viel wie nötig“) in Abhängigkeit von der Art der Leistung und dem Bedarf stattfinden. Auf diese Weise soll auch die Bereitschaft des Budgetnehmers zur Eigenverantwortung und Selbstbestimmung gestärkt und dessen Eigeninteresse an einer hochwertigen Leistungsausführung unterstützt werden.

Im Rahmen der Zielvereinbarung wird eine Verfahrensregelung zum Umgang mit nicht ausgeschöpften Budgetmitteln empfohlen.

■ 9.3 Qualitätssicherung

Ein weiterer obligatorischer Bestandteil der Zielvereinbarung sind Regelungen über die Qualitätssicherung (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 3 BudgetV).

Sind mit der Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets bestimmte Bedingungen zu erfüllen (z. B. deren Erbringung durch eine bestimmte Profession), ist dies ebenfalls in der Zielvereinbarung zu regeln.

Der Schwerpunkt der Qualitätssicherung sollte auf der Überprüfung der Ergebnisqualität liegen, insbesondere darauf, ob und in welchem Umfang die mit Persönlichen Budget beabsichtigten Ziele erreicht wurden.

Einrichtungen und Dienste gelten als qualitätsgesichert, wenn diese einen Vertrag mit dem jeweiligen Leistungsträger geschlossen haben (z. B. nach § 21 SGB IX oder mit Zulassung nach §§ 84, 85 SGB III). In diesen Fällen ist kein weiterer Nachweis durch den Budgetnehmer vorzusehen. Werden Leistungen durch Angehörige des Budgetnehmers oder in Verbindung mit einem Arbeitgebermodell erbracht, gilt die Leistung dann als qualitätsgesichert, wenn der Budgetnehmer mit der Leistung zufrieden ist (Nutzerzufriedenheit) und die Ziele des Persönlichen Budgets erreicht werden können (Zielerreichung).

■ 9.4 Beratung und Unterstützung

Empfohlen wird, Aussagen in die Zielvereinbarung aufzunehmen, die sich mit dem Bedarf an Beratung und Unterstützung befassen.

Beratung bezieht sich auf alle im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets bestehenden leistungsrechtlichen Fragen (**Budgetberatung**). Die Koordinierungsfunktion des Beauftragten beinhaltet auch das Angebot an den Budgetnehmer, diese Beratung für den Zeitraum des Persönlichen Budgets umfassend und aus einer Hand zu leisten. Die Entscheidung ob, wo und wie er sich im Zusammenhang mit Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets beraten lässt, trifft der Budgetnehmer selbst.

Für die Budgetberatung können z. B. folgende Angebote genutzt werden:

- Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation
- Auskunft- und Beratungsstellen der Leistungsträger
- Beratungsangebote von Wohlfahrtsverbänden u.ä. Organisationen.

Unterstützung bezieht sich in diesem Zusammenhang vor allem auf den Verwaltungs-/Regiebedarf bei der Umsetzung des Persönlichen Budgets (**Budgetunterstützung**) und den damit verbundenen Maßnahmen. Dazu gehören beispielsweise der Abschluss von Arbeits-, Dienstleistungs- und Beschaffungsverträgen zur Bedarfsdeckung, die Gestaltung von Dienstplänen für persönliche Assistenten bzw. Lohnabrechnungen im Arbeitgebermodell, die Unterstützung bei der Gestaltung von Aktivitäten in der Freizeit oder bei der Organisation des eigenständigen Wohnens.

Für die Budgetunterstützung können z. B. die Angebote von Verbänden der Selbsthilfe bzw. behinderter Menschen (auch in Form eines Peer-Counseling) in Anspruch genommen werden. Der Beauftragte und die beteiligten Leistungsträger leisten keine Budgetunterstützung.

Die Budgetberatung durch die beteiligten Leistungsträger ist für den Budgetnehmer kostenfrei. Sofern der Budgetnehmer kostenpflichtige Budgetberatung durch einen anderen Anbieter in Anspruch nimmt bzw. Kosten für Budgetunterstützung anfallen, sind diese Aufwendungen aus den Geldleistungen des Persönlichen Budgets zu finanzieren (§ 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX).



10 Erlass des Gesamtverwaltungsaktes

Der zuständige und nach § 17 Abs. 4 SGB IX Beauftragte der am Persönlichen Budget beteiligten Leistungsträger, erlässt den Gesamtverwaltungsakt im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger und erbringt die Leistung (§ 17 Abs. 4 SGB IX). Die BAR-Arbeitsgruppe hat Muster für einen Gesamtbescheid entwickelt (siehe Anhang III, Ziffer 2).

Dabei gelten die Regelungen über den gesetzlichen Auftrag in § 93 i.V.m. § 89 Abs. 3 und 5 sowie § 91 Abs. 1 und 3 SGB X.

■ 10.1 Bindung an die Auffassung der beteiligten Leistungsträger

Die Auftraggeber sind nach § 89 Abs. 5 SGB X berechtigt, den Beauftragten an ihre Auffassung zu binden. Es wird aus Gründen der Rechtssicherheit empfohlen, dass die beteiligten Leistungsträger von dieser Berechtigung im Rahmen des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens bzw. der anschließenden Feststellung des auf sie entfallenden Teilbudgets Gebrauch machen. Dazu sprechen sie eine ausdrückliche Bindung des Auftragnehmers (Beauftragter), insbesondere zu den getroffenen Feststellungen zum Bedarf, zur Höhe des Teilbudgets, zur Qualitätssicherung und Nachweiserbringung im Hinblick auf die von ihnen jeweils erbrachte Teilleistung aus.

■ 10.2 Zielvereinbarung als Voraussetzung des Gesamtverwaltungsaktes

Zwingende Voraussetzung für den Erlass des Gesamtverwaltungsaktes durch den Beauftragten ist nach § 3 Abs. 5 Satz 1 BudgetV der Abschluss einer Zielvereinbarung im Sinne des § 4 BudgetV (vgl. Kapitel 7).

Erlässt der Beauftragte den Gesamtverwaltungsakt im Ausnahmefall, ohne dass zuvor eine Zielvereinbarung abgeschlossen wurde, handelt es sich um einen rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsakt (nicht etwa um einen nichtigen nach § 40 SGB X), der nach Maßgabe der Vorschriften des § 45 SGB X zurückzunehmen ist.

■ 10.3 Mindestinhalt des Gesamtverwaltungsaktes

Der Gesamtverwaltungsakt enthält neben den persönlichen Daten mindestens

- die im Rahmen des Persönlichen Budgets bewilligten Leistungen,
- die Angabe der beteiligten Leistungsträger,
- die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen,
- die Höhe des monatlichen Zahlbetrages,
- den (jeweiligen) Leistungs-/Zahlungsbeginn,
- die Dauer der Zahlung (ggf. Befristung bzw. unterschiedliche Leistungsdauer einzelner Leistungen),
- die Bankverbindung,
- den Hinweis, dass mit der Auszahlung oder Ausgabe des Gutscheins an den Budgetnehmer dessen Anspruch gegen die beteiligten Leistungsträger insoweit erfüllt ist,
- die Auflage, die Maßnahmen der Zielvereinbarung einzuhalten,
- Hinweise zum Recht auf Kündigung der Zielvereinbarung,
- Hinweise zum Leistungsende bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses und Ende von Grundansprüchen,
- die Rechtsbehelfsbelehrung.



11 Aufhebung/Widerruf des Gesamtverwaltungsaktes

Der Budgetnehmer und der Beauftragte können die Zielvereinbarung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung schriftlich kündigen, wenn ihnen die Fortsetzung nicht zumutbar ist. Ein wichtiger Grund kann für den Budgetnehmer insbesondere in der persönlichen Lebenssituation liegen. Für den Beauftragten kann ein wichtiger Grund dann vorliegen, wenn der Budgetnehmer die Vereinbarung, insbesondere hinsichtlich des Nachweises der Bedarfsdeckung und der Qualitätssicherung, nicht einhält. Im Falle der Kündigung wird der Verwaltungsakt – regelmäßig nach Maßgabe der Vorschriften des § 48 SGB X – aufgehoben (vgl. § 4 Abs. 2 BudgetV).

Daneben kann der Beauftragte auch ohne Kündigung den anfangs rechtmäßigen Verwaltungsakt gemäß § 47 SGB X widerrufen, wenn der Budgetnehmer die Auflagen der Zielvereinbarung nicht beachtet. Die Rechtsgrundlage für den Widerruf kann § 47 Abs. 2 SGB X sein, wenn der Budgetnehmer den ihm im Rahmen des Persönlichen Budgets zur Verfügung gestellten Geldbetrag zweckfremd verwendet.

Unabhängig von der Kündigung der Zielvereinbarung durch einen Vereinbarungspartner und damit der Beendigung der Leistungsform Persönliches Budget besteht der Leistungsanspruch weiter und wird dann in der Regel als Sachleistung erfüllt.



12 Widerspruchs- und Klageverfahren

Nach § 3 Abs. 5 Satz 2 BudgetV richten sich Widerspruch und Klage gegen den Gesamtverwaltungsakt des Beauftragten. Hilft der Beauftragte dem Widerspruch nicht ab, erlässt seine zuständige Widerspruchsstelle (sofern vorhanden) den Widerspruchsbescheid. Die einzelnen Feststellungen und Stellungnahmen der beteiligten Träger sind, da nicht als Verwaltungsakt zu qualifizieren, dagegen nicht im Wege des Widerspruchs anfechtbar.

Die Verpflichtung des Beauftragten aus § 10 SGB IX zur Koordinierung und Durchführung des Verfahrens erstreckt sich damit auch auf das Widerspruchsverfahren. Die Widerspruchsstelle des Beauftragten hat unter umfassender Ermittlung des Sachverhaltes zu entscheiden. Dabei ist auch erneut eine Stellungnahme des ursprünglich für das Teilbudget zuständigen beteiligten Leistungsträgers einzuholen. Der beteiligte Träger ist als Auftraggeber wiederum berechtigt, den Beauftragten an seine Auffassung zu binden.

Die Bekanntgabe der Entscheidung durch formalen Widerspruchsbescheid erfolgt durch den Beauftragten. Auf diesem Wege wird einerseits die vom Gesetz gewollte Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ gewährleistet, andererseits aber auch die Entscheidungsbefugnis des für die Teilleistung zuständigen Trägers durch das Auftragsverhältnis nicht beschnitten.

Diese Regelungen verdeutlichen, dass es als pragmatisches Vorgehen bei einem Widerspruch sinnvoll sein kann, für alle eindeutigen Leistungen aus dem Persönlichen Budget einen Bewilligungsbescheid zu erteilen und strittige Leistungen zunächst mit dem zuständigen Leistungsträger zu klären (siehe hierzu auch Kapitel 6).



13 Leistungserbringung durch den Beauftragten

§ 3 Abs. 4 BudgetV regelt, dass die beteiligten Leistungsträger ihre in der Zielvereinbarung festgelegten Teilbudgets innerhalb einer Woche nach Abschluss des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens feststellen; sofern nicht bereits eine abschließende Feststellung in der Budgetkonferenz getroffen wurde. Darüber hinaus bestimmt § 3 Abs. 5 BudgetV, dass diese Teilbudgets dem beauftragten Leistungsträger rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden müssen.

Daraus können für den finanziellen Ausgleich zwischen den beteiligten Leistungsträgern Vorgehensweisen abgeleitet werden, die den berechtigten Interessen sowohl des Beauftragten als auch der beteiligten Leistungsträger entsprechen und die Basis für die Sicherstellung der Ansprüche des Budgetnehmers bilden. Dabei muss insbesondere der Beauftragte in die Lage versetzt werden, seinen Auftrag (auch im Namen aller anderen) so zu erfüllen, dass mit rechtzeitig zur Verfügung gestellten Teilbudgets Vorleistungen² und entsprechende Kostenerstattungsverfahren gegen einen säumigen Leistungsträger vermieden werden.

Die Leistungsträger empfehlen Vereinbarungen, die bei vergleichsweise geringen Beträgen (...Betrag bis zu 2.400,00 €/Jahr...) in Verbindung mit einer kürzeren Leistungsdauer (...Dauer bis 12 Monate...) eine einmalige Zahlung zu Beginn und bei höheren Beträgen in Verbindung mit einer längeren Leistungsdauer einen festen Zahlungsrhythmus (monatlich, vierteljährlich im Voraus) vorsehen. Diese Vereinbarungen gelten für alle Kombinationen von Leistungen (Teilbudgets), aus denen sich die Komplexleistung Persönliches Budget zusammen setzen kann. Auf dieser Grundlage werden zwischen den Leistungsträgern vor Ort einvernehmliche Regelungen über die Art und Weise und die jeweiligen Zeitpunkte der Zahlungen vereinbart.

Eine Erstattung der jeweiligen Verwaltungskosten erfolgt nicht. Dies ist in der Gestaltung des Auftragsverhältnisses begründet.

² Der Bundesagentur für Arbeit sind solche Vorleistungen haushaltsrechtlich nicht möglich.



In der Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) waren folgende Verbände und Institutionen vertreten:

- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, Herr Nestmann
- Bundesagentur für Arbeit, Herr Simon
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, Herr Adlhoch
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter, Herr Krug
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Herr Finke
- Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen, Herr Dr. Kasper
- Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung, Frau Thielicke
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Frau Mayer
- Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte, Herr Müller-Fehling
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Herr Lachwitz
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation, Herr Dr. Heine
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Frau Habekost
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Herr Lewerenz
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Frau Zinke
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frau Dr. Rasch
- Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“, Universität Tübingen, Frau Dr. Metzler
- Forum selbstbestimmte Assistenz, Frau Bartz (†)
- GKV-Spitzenverband, Herr Dumeier, Herr Kukla
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben, Frau Vieweg, Herr Chatzievgeniou
- Verband der Ersatzkassen, Herr Blatt
- Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit, Frau Krause-Trapp
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Herr Scholl

Leitung der Arbeitsgruppe: Herr Giraud, Frau Labisch (BAR)



Anhang

I. Stellungnahme:

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung, die Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen, der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte, die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig behinderte Menschen, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, das Forum selbstbestimmte Assistenz, die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben und der Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit haben zu Punkt 9.4 „Beratung und Unterstützung“ folgende Stellungnahme abgegeben:

Beratung und Unterstützung

Gemäß § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX werden Persönliche Budgets „im Verfahren nach § 10 Abs. 1 so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird **und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann.**“

Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen Beratung und Unterstützung, ohne im Einzelnen zu definieren, was mit Beratung gemeint ist und worin Unterstützungsleistungen bestehen. Aus der Sicht der Praxis ist zu konstatieren, dass behinderte Menschen im Regelfall auf umfassende **Beratung** vor Beantragung eines Persönlichen Budgets, während des Bedarfsfeststellungsverfahrens nach § 3 BudgetV und nach Erlass des Verwaltungsakts, mit dem das Persönliche Budget bewilligt wird, angewiesen sind. Schon die Frage, ob es sich für einen behinderten Menschen „lohnt“, ein Persönliches Budget zu beantragen, löst einen komplexen Beratungsbedarf aus. Aber auch vor und nach Abschluss einer Zielvereinbarung gemäß § 4 BudgetV und nach der Bewilligung des Persönlichen Budgets können sich viele Fragen ergeben, die vor allem Menschen mit Lernschwierigkeiten und Menschen mit einer so genannten geistigen Behinderung, aber auch Personen mit körperlichen oder seelischen Behinderungen nur beantworten können, wenn es ihnen möglich ist, sich adäquat beraten zu lassen.

Im Unterschied zur Beratung dürften **Unterstützungsleistungen** vor allem dann notwendig sein, wenn behinderte Menschen bei dem eigenverantwortlichen Einsatz des Persönlichen Budgets auf die Hilfe Dritter angewiesen sind.

Der Übergang zwischen Beratung und Unterstützung dürfte oft fließend sein. Häufig wird deshalb auch von einem **Assistenzbedarf** bei der Ausführung von Leistungen durch Persönliche Budgets gesprochen, der sowohl Beratung als auch Unterstützung umfasst.

Die Vorschrift des § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX zielt auf den Bedarf des Budgetnehmers nach Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit dem **Einsatz des bewilligten Geldbetrages** (Gutscheins) nach Erlass des Verwaltungsaktes. Dies ergibt sich daraus, dass die Bemessung des Persönlichen Budgets im Verfahren nach § 10 SGB IX gerade darauf zielt, den Geldbetrag festzulegen, der als Geldleistung oder Gutschein nach Abschluss des Verfahrens durch Verwaltungsakt bewilligt wird.

Unbestritten haben Menschen mit Behinderungen, die sich für die neue Leistungsform interessieren, Bedarf nach Beratung und Unterstützung aber bereits zum Zeitpunkt der **Beantragung eines Persönlichen Budgets**. Dieser Beratungs- und Unterstützungsbedarf besteht bis zum Abschluss der das nachfolgende Bedarfsfeststellungsverfahren beendenden Zielvereinbarung fort.

Ausgehend von der Feststellung, dass in den einzelnen Phasen der Begegnung mit einem Persönlichen Budget durchaus unterschiedliche Assistenzbedarfe auftreten werden, ist zu fragen, welche Stelle oder Person die erforderliche Beratung und Unterstützung leisten soll.

Das Teilhaberecht des SGB IX und die Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger sehen umfangreiche Beratungs- und Unterstützungsaufgaben der Rehabilitationsträger und ihrer Gemeinsamen Servicestellen vor. Z. B. umfasst die von den Trägern der Sozialhilfe zu leistende Beratung auch eine gebotene Budgetberatung (§ 11 Abs. 2 Satz 4 SGB XII); zu den originären Aufgaben einer Gemeinsamen Servicestelle gehört die Beratung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets (§ 22 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IX).

Solcherlei Aufgabenzuweisung zielt im Schwerpunkt auf die Beratung und Unterstützung „**von der Beantragung eines Persönlichen Budgets bis zu seiner Bewilligung**“. Mit Blick auf die Fachlichkeit des in der Anwendung des umfangreichen und verzweigten Rehabilitationsrechts geschulten Personals von Leistungsträgern und Gemeinsamen Servicestellen erscheint dies begründet und sinnvoll. Beratung und Auskunft gehören im übrigen zu den zentralen Aufgaben der Leistungsträger (§§ 14, 15 SGB I).

Allerdings ist solcherlei Aufgabenzuweisung nicht abschließend zu verstehen. Auch Verbände der Behindertenhilfe und Selbsthilfe, die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und ihre einschlägigen Mitgliedsorganisationen leisten u. a. Beratung und Unterstützung rund um die Beantragung eines Persönlichen Budgets.

In Einzelfällen werden die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger oder die Gemeinsamen Servicestellen möglicherweise künftig auch Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit dem **Einsatz von Persönlichen Budgets** nach Erlass eines bewilligenden Verwaltungsakts leisten können. In der ganz überwiegenden Anzahl der Fälle werden sie mit einer solchen Aufgabe jedoch fachlich und personell überfordert sein. Dies gilt in besonderer Weise dann, wenn die Aufgabe darin besteht, Menschen mit Lernschwierigkeiten und Menschen mit einer so genannten geistigen Behinderung beim Einkauf von Leistungen zur Deckung ihres individuellen Hilfebedarfs auf dem Markt der Dienstleistungen kontinuierlich und angemessen zu beraten und zu unterstützen. Auch Verbände der Behindertenhilfe und Selbsthilfe, die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und ihre einschlägigen Mitgliedsorganisationen werden eine solche Begleitungs Aufgabe in der Regel nicht kostenlos übernehmen können.

Hier werden es Einzelpersonen sein, die diese beständige Beratung und Unterstützung leisten werden. Zu denken ist an Angehörige, Personen aus dem sozialen Umfeld des Budgetnehmers, gesetzliche Betreuungspersonen u. a. In vielen Fällen sind Angehörige indes nicht vorhanden oder stehen für eine solche Aufgabe aus persönlichen Gründen nicht zur Verfügung. Und nicht zuletzt zeigt die Umsetzung des Rechts der gesetzlichen Betreuung, dass Nachbarschaftshilfe und bürgerschaftliches Engagement Grenzen haben. In Ermangelung ehrenamtlicher Ressourcen wird es eine Vielzahl von Fällen geben, in denen Beratung und Unterstützung im Umgang mit dem Persönlichen Budget nur entgeltlich zu erhalten sein wird.

Die auf diese Weise entstehenden **Kosten** (Vergütungen, Honorare, Sachkosten) muss der Budgetnehmer aus seinem Persönlichen Budget bestreiten (§ 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX).

Dies setzt eine entsprechende Bemessung des Budgets im Rahmen des Bedarfsfeststellungsverfahrens voraus. So ist es gemeinsame Aufgabe der an diesem Verfahren Beteiligten, Möglichkeiten und Grenzen ehrenamtlicher Assistenz im Einzelfall auszuloten und bei Bedarf die erforderlichen Assistenzkosten in die Bemessung des Persönlichen Budgets einzubeziehen.

BEI DER BEMESSUNG DES PERSÖNLICHEN BUDGETS MÜSSEN ASSISTENZKOSTEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN.

Das Persönliche Budget ist der Höhe nach limitiert. Die Höhe des Persönlichen Budgets soll die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten (§ 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX).

Von Seiten der Leistungsträger wird verschiedentlich die Auffassung vertreten, dass im System der Sachleistung keine Assistenzkosten anfielen und dementsprechend auch bei der Bemessung eines Persönlichen Budgets keine Berücksichtigung finden könnten. Dem ist zu widersprechen. Zum einen sind Kosten für Verwaltung, Regie und Beratung stets integrierter Bestandteil z. B. von Leistungsentgelten, die im System der §§ 75 ff. SGB XII an Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe ausgeschüttet werden. Zum anderen bedeutet die Verknüpfung der Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger mit dem Teilhaberecht des SGB IX an vielen Stellen die erweiterte Pflicht der Leistungsträger, Beratung und Unterstützung von Budgetnehmern sicherzustellen (z. B. § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V i. V. m. § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX). Dabei kann es nicht darum gehen, den Budgetnehmer verpflichtend auf die kostenlosen Beratungs- und Unterstützungsangebote der Leistungsträger und/oder ihrer Gemeinsamen Servicestellen zu verweisen. Dies widerspräche dem von den Leistungsträgern gemäß § 9 Abs. 1 SGB IX zu berücksichtigenden Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten und damit der Zielsetzung des SGB IX, die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen zu stärken.

Führt die Berücksichtigung von Assistenzkosten bei der Bemessung des Persönlichen Budgets im Einzelfall zu einer Überschreitung der im Sachleistungssystem zu veranschlagenden Kosten, so darf das Persönliche Budget nicht mit Hinweis hierauf versagt werden.

Dies widerspräche dem Willen des Gesetzgebers, der die Vorschrift über die Begrenzung des Persönlichen Budgets der Höhe nach als Soll-Vorschrift gefasst und damit Überschreitungen vorausgeschaut und ausdrücklich ermöglicht hat. Soll das Ziel des SGB IX, die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu stärken, u. a. dadurch erreicht werden, dass der Grundsatz des Vorranges offener Hilfen („ambulant vor stationär“) offensiv umgesetzt wird, so müssen – zumindest für einen Übergangszeitraum im Einzelfall – erhöhte Kosten z. B. dann in Kauf genommen werden, wenn ein Leistungsberechtigter seinen Lebensrahmen grundständig verändert und aufgrund seiner Behinderung hierbei auf vermehrte Beratung und Unterstützung angewiesen ist. Würde in solchen Fällen von Seiten der Leistungsträger auf die Limitierung des Persönlichen Budgets verwiesen, so bedeutete dies eine Ausgrenzung von Menschen mit Assistenzbedarf im Umgang mit dem Persönlichen Budget aus dieser zukunftsweisenden Leistungsform.

II. Gesetzliche Grundlagen

SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

§ 10 Koordinierung der Leistungen

(1) Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der nach § 14 leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Leistungen werden entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls die den Zielen der §§ 1 und 4 Abs. 1 entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf und gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt.

(...)

§ 14 Zuständigkeitsklärung

(1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 des Fünften Buches. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt. Wird der Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt, werden bei der Prüfung nach den Sätzen 1 und 2 Feststellungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 des Sechsten Buches und § 22 Abs. 2 des Dritten Buches nicht getroffen.

(2) Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Muss für diese Feststellung ein Gutachten nicht eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die in Satz 2 genannte Frist beginnt mit dem Eingang bei diesem Rehabilitationsträger. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Kann der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 sein, klärt er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der Fristen nach den Sätzen 2 und 4 entschieden wird und unterrichtet hierüber den Antragsteller.

(...)

§ 17 Ausführung von Leistungen, Persönliches Budget

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe

1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,
2. durch andere Leistungsträger oder

3. unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (§ 19) ausführen. Er bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. Satz 1 gilt insbesondere dann, wenn der Rehabilitationsträger die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann.

(2) Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt. Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Budgetfähig sind auch die neben den Leistungen nach Satz 1 erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. An die Entscheidung ist der Antragsteller für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(3) Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung ausgeführt, bei laufenden Leistungen monatlich. In begründeten Fällen sind Gutscheine auszugeben. Persönliche Budgets werden auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 getroffenen Feststellungen so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. Dabei soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten.

(4) Enthält das Persönliche Budget Leistungen mehrerer Leistungsträger, erlässt der nach § 14 zuständige der beteiligten Leistungsträger im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger den Verwaltungsakt und führt das weitere Verfahren durch. Ein anderer der beteiligten Leistungsträger kann mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragt werden, wenn die beteiligten Leistungsträger dies in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten vereinbaren; in diesem Fall gilt § 93 des Zehnten Buches entsprechend. Die für den handelnden Leistungsträger zuständige Widerspruchsstelle erlässt auch den Widerspruchsbescheid.

(5) § 17 Abs. 3 in der am 30. Juni 2004 geltenden Fassung findet auf Modellvorhaben zur Erprobung der Einführung Persönlicher Budgets weiter Anwendung, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen haben.

(6) In der Zeit vom 1. Juli 2004 bis zum 31. Dezember 2007 werden Persönliche Budgets erprobt. Dabei sollen insbesondere modellhaft Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erprobt werden.

§ 21a Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres zum Inhalt und Ausführung des Persönlichen Budgets, zum Verfahren sowie zur Zuständigkeit bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger zu regeln.

§ 22 Aufgaben

(1) Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere,

1. (...)

2. bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie die Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,

3. (...)

§ 102 Aufgaben des Integrationsamtes

(...)

(7) Das Integrationsamt kann seine Leistungen zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben auch als Persönliches Budget ausführen. § 17 gilt entsprechend.

§ 159 Übergangsregelung

(...)

(5) § 17 Abs. 2 Satz 1 ist vom 1. Januar 2008 an mit der Maßgabe anzuwenden, dass auf Antrag Leistungen durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden.

SGB III – Arbeitsförderung

§ 103 Leistungen

Die besonderen Leistungen umfassen

1. das Übergangsgeld nach den §§ 160 bis 162,
2. das Ausbildungsgeld, wenn ein Übergangsgeld nicht erbracht werden kann,
3. die Übernahme der Teilnahmekosten für eine Maßnahme
4. (weggefallen).

Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden; § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches finden Anwendung.

SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

§ 2 Leistungen

(...)

(2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden; § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches finden Anwendung.

(...)

§ 11 Leistungsarten

(1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen

1. (weggefallen)

2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
3. zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.

(...)

(2) Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. (...)

SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung

§ 13 Leistungsumfang

(1) Der Träger der Rentenversicherung bestimmt im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden; § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Budgets in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches finden Anwendung.

(...)

SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung

§ 26 Grundsatz

(1) Versicherte haben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des Neunten Buches Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen. Sie können einen Anspruch auf Ausführung der Leistungen durch ein Persönliches Budget nach

§ 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches haben; dies gilt im Rahmen des Anspruchs auf Heilbehandlung nur für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

(...)

SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe

§ 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

(...)

(3) Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 des Zwölften Buches, soweit diese auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohten Personen Anwendung finden. (...)

SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

§ 28 Leistungsarten, Grundsätze

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

(...)

12. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.

§ 35a Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 – 4 des Neunten Buches

Pflegebedürftige können auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41 auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches erhalten; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. Der beauftragte Leistungsträger nach § 17 Abs. 4 des Neunten Buches hat sicherzustellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.

SGB XII – Sozialhilfe

§ 11 Beratung und Unterstützung, Aktivierung

(...)

(2) Die Beratung betrifft die persönliche Situation, den Bedarf sowie die eigenen Kräfte und Mittel sowie die mögliche Stärkung der Selbsthilfe zur aktiven Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und zur Überwindung der Notlage. Die aktive Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft umfasst auch ein gesellschaftliches Engagement. Zur Überwindung der Notlage gehört auch, die Leistungsberechtigten für den Erhalt von Sozialleistungen zu befähigen. Die Beratung umfasst auch eine gebotene Budgetberatung.

§ 57 Trägerübergreifendes Persönliches Budget

Leistungsberechtigte nach § 53 können auf Antrag Leistungen der Eingliederungshilfe auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erhalten. § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches sind insoweit anzuwenden.

§ 61 Leistungsberechtigte und Leistungen

(...)

(4) Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Der Inhalt der Leistungen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches aufgeführten Leistungen; § 28 Abs. 4 des Elften Buches gilt entsprechend. Die Hilfe zur Pflege kann auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden. § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches sind insoweit anzuwenden.

(...)

Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte

§ 10 Umfang und Ort der Leistungen

(1) Für Umfang und Ort der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie der sonstigen und ergänzenden Leistungen gelten vorbehaltlich von § 58 Nr. 1 §§ 13 und 15, § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 3 bis 5, § 31 Abs. 1 Satz 2, § 31 Abs. 2 Satz 1 und § 32 Abs. 1, 2, 4 und 5 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sowie §§ 18, 44 Abs. 1 Nr. 3 bis 6 und § 53 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

Budgetverordnung

Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung – Budget V) vom 27. Mai 2004

Auf Grund des § 21a des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Mensch – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), der durch Artikel 8 Nr. 4 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

§ 1 Anwendungsbereich

Die Ausführung von Leistungen in Form Persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, der Inhalt Persönlicher Budgets sowie das Verfahren und die Zuständigkeit der beteiligten Leistungsträger richten sich nach den folgenden Vorschriften.

§ 2 Beteiligte Leistungsträger

Leistungen in Form Persönlicher Budgets werden von den Rehabilitationsträgern, den Pflegekassen und den Integrationsämtern erbracht, von den Krankenkassen auch Leistungen, die nicht Leistungen zur Teilhabe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch sind, von den Trägern der Sozialhilfe auch Leistungen der Hilfe zur Pflege. Sind an einem Persönlichen Budget mehrere Leistungsträger beteiligt, wird es als trägerübergreifende Komplexleistung erbracht.

§ 3 Verfahren

(1) Der nach § 17 Abs. 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zuständige Leistungsträger (Beauftragter) unterrichtet unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten Leistungsträger und holt von diesen Stellungnahmen ein, insbesondere zu

1. dem Bedarf, der durch budgetfähige Leistungen gedeckt werden kann, unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch,
2. der Höhe des Persönlichen Budgets als Geldleistung oder durch Gutscheine,
3. dem Inhalt der Zielvereinbarung nach § 4,
4. einem Beratungs- und Unterstützungsbedarf.

Die beteiligten Leistungsträger sollen ihre Stellungnahmen innerhalb von zwei Wochen abgeben.

(2) Wird ein Antrag auf Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets bei einer gemeinsamen Servicestelle gestellt, ist Beauftragter im Sinne des Absatzes 1 der Rehabilitationsträger, dem die gemeinsamen Servicestelle zugeordnet ist.

(3) Der Beauftragte und, soweit erforderlich, die beteiligten Leistungsträger beraten gemeinsam mit der Antrag stellenden Person in einem trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren die Ergebnisse der von ihnen getroffenen Feststellungen sowie die gemäß § 4 abzuschließende Zielvereinbarung. An dem Verfahren wird auf Verlangen der Antrag stellenden Person eine Person ihrer Wahl beteiligt.

(4) Die beteiligten Leistungsträger stellen nach dem für sie geltenden Leistungsgesetz auf der Grundlage der Ergebnisse des Bedarfsfeststellungsverfahrens das auf sie entfallende Teilbudget innerhalb einer Woche nach Abschluss des Verfahrens fest.

(5) Der Beauftragte erlässt den Verwaltungsakt, wenn eine Zielvereinbarung nach § 4 abgeschlossen ist, und erbringt die Leistung. Widerspruch und Klage richten sich gegen den Beauftragten. Laufende Geldleistungen werden monatlich im Voraus ausgezahlt; die beteiligten Leistungsträger stellen dem Beauftragten das auf sie entfallende Teilbudget rechtzeitig zur Verfügung. Mit der Auszahlung oder der Ausgabe von Gutscheinen an die Antrag stellende Person gilt deren Anspruch gegen die beteiligten Leistungsträger insoweit als erfüllt.

(6) Das Bedarfsfeststellungsverfahren für laufende Leistungen wird in der Regel im Abstand von zwei Jahren wiederholt. In begründeten Fällen kann davon abgewichen werden.

§ 4 Zielvereinbarung

(1) Die Zielvereinbarung wird zwischen der Antrag stellenden Person und dem Beauftragten abgeschlossen. Sie enthält mindestens Regelungen über

1. die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele,
2. die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie
3. die Qualitätssicherung.

(2) Die Antrag stellende Person und der Beauftragte können die Zielvereinbarung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung schriftlich kündigen, wenn ihnen die Fortsetzung nicht zumutbar ist. Ein wichtiger Grund kann für die Antrag stellende Person insbesondere in der persönlichen Lebenssituation liegen. Für den Beauftragten kann ein wichtiger Grund dann vorliegen, wenn die Antrag stellende Person die Vereinbarung, insbesondere hinsichtlich des Nachweises zur Bedarfsdeckung und der Qualitätssicherung nicht einhält. Im Falle der Kündigung wird der Verwaltungsakt aufgehoben.

(3) Die Zielvereinbarung wird im Rahmen des Bedarfsfeststellungsverfahrens für die Dauer des Bewilligungszeitraumes der Leistungen des Persönlichen Budgets abgeschlossen, soweit sich aus ihr nichts Abweichendes ergibt.

§ 5 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 01. Juli 2004 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

III. Mustervordrucke

1. Muster-Antragsformular für Leistungen durch ein trägerübergreifendes Persönliches Budget

Antrag auf Leistungen durch ein Persönliches Budget

(Original bei Beauftragtem, Kopien an beteiligte Leistungsträger und an Antrag stellende Person)

1. Antrag aufnehmende Stelle und Person _____

Erste Beratung am: _____ Folgeberatung am: _____

Falls notwendig, Unterstützung vorhanden?

ja, durch _____

nein

Einbeziehung weiterer Personen (z. B. rechtlicher Betreuer, Bezugspersonen, behandelnder Arzt): _____

2. Persönliche Daten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

evtl. Telefon/Fax/E-Mail

Kreditinstitut (Name, Ort)

Bankleitzahl

Kontonummer

Geschlecht: männlich weiblich Rentenversicherungs-Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Krankenversicherten-Nr.: _____

Pflegestufe: _____ Kundennummer Agentur für Arbeit: _____

Anerkennung nach dem BVG: ja nein Hilfebedarfsgruppe: _____

MdE/GdB: _____ Gleichstellung: ja nein

**3. Beantragte Leistungen aus folgenden Leistungsbereichen
(möglichst mit Angaben zu Art, Umfang und Form der Ausführung):**

Medizinische Rehabilitation

Teilhabe am Arbeitsleben

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Ergänzende Leistungen

Leistungen zur Pflege

Weitere Leistungen

4. Mögliche beteiligte Leistungsträger mit Adresse und Ansprechpartner:

- Krankenkasse _____
- Bundesagentur für Arbeit _____
- Unfallversicherung _____
- Rentenversicherung _____
- Kriegsopferversorgung _____
- Kriegsopferfürsorge _____
- Öffentliche Jugendhilfe _____
- Sozialhilfe _____
- Pflegekasse _____
- Integrationsamt _____

5. Bereits vorliegende Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheide mit Angaben zum Leistungsträger, zur betreffenden Leistung und zum Datum des Bescheides und Untersuchungsbefunde und -berichte (möglichst Kopien beifügen):

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

6. Hinweis:

- Hinweise der Antrag stellenden Person z. B. in Bezug auf ihr Wunsch- und Wahlrecht, auf die Form der Leistungsbeschaffung, zu Leistungen in Geld oder durch Gutscheine, zu weiteren Leistungen als Sachleistung bzw. einmaligen oder regelmäßigen Geldleistungen

7. Einverständniserklärung / Widerspruchsrecht:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Bewilligung und Vergabe eines Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2-4 SGB IX i.V.m. der Budgetverordnung an mich erforderlicherweise erhoben werden, zu diesem Zweck an die beteiligten Leistungsträger übermittelt werden dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben z. B. einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger auch für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§§ 69 Abs. 1, Nr. 1, 76 Abs. 2 SGB X); ich dem widersprechen kann; ein Widerspruch zur Versagung oder Entziehung der beantragten Leistung führen kann, nachdem ich auf diese Frage schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte angemessene Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person/
des rechtlichen Vertreters

8. Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person/
des rechtlichen Vertreters

9. Bestätigung der Antragsaufnahme:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Antrag aufnehmenden Person

10. Ergebnis/Wiedervorlage:

Antragsaufnahme am: _____ Weiterleitung des Antrages an: _____

Verlauf der Beratung/Ergebnis : _____

Stellungnahmen einholen von: _____

Voraussichtliche Form des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens:

vereinfachtes Verfahren

ausführliches Verfahren, weil _____

Wiedervorlage/Weiteres Procedere _____

2. Muster-Gesamtbescheide

Integrationsamt

Behinderte Menschen im Beruf

Landschaftsverband Westfalen-Lippe · 48133 Münster

Herrn
Peter Mustermann
Piusallee 44
48147 Münster

Servicezeiten: Montag-Donnerstag 08:30 - 12:30 Uhr, 14:00 - 15:30 Uhr
Freitag 08:30 - 12:30 Uhr

Ansprechpartner:

Tel.:
Fax:
E-Mail:

Az.: 61L-142215-3

Münster, den

Gesamtbescheid Persönliches Budget

Sehr geehrter Herr Mustermann,

auf Ihren Antrag vom ..., Teilhabeleistungen in Form eines Persönlichen Budgets zu erbringen, ergeht auf der Grundlage des § 17 des Sozialgesetzbuchs IX (SGB IX) nachfolgender Gesamtbescheid über ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben und der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben.

1. Das Integrationsamt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) ist als beteiligter und gemäß § 14 SGB IX zuständiger Leistungsträger zuständig für den Erlass dieses Gesamtbescheides.
2. Der Gesamtbescheid ergeht im eigenen Namen des Integrationsamtes des LWL sowie im Auftrag der AOK Westfalen-Lippe als Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung und der LVA Westfalen als Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung.
 - 2.1 Die Höhe des Ihnen nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen zur Verfügung stehenden Gesamtbudgets beträgt ... €.
 - 2.2 Das Gesamtbudget umfasst als Teilbudgets
 - Leistungen der AOK Westfalen-Lippe (Az....) als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX-Rehabilitationssport in Herzsportgruppen (s. Ziffer 2.4) in Höhe von ... €,
 - Leistungen der LVA Westfalen (Az....) zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 33 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX – Weiterbildung zum Qualitätsprüfer (s. Ziffer 2.5) in Höhe von ...€ und
 - Leistungen des Integrationsamtes des LWL zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben gemäß § 102 Abs. 4 SGB IX (s. Ziffer 2.6) – Arbeitsassistenz in Höhe von ...€.

LWL Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Warendorfer Str. 21-23
48145 Münster, Telefon: 0251 591-01
Öffentliche Verkehrsmittel: ab Hbf Bussteig A,
Linien 2 und 10 bis Zumsandstraße
Parken: LWL-Parkplätze am Haus

Konto der Hauptkasse des
Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe:
WestLB AG Münster
BLZ 400 500 00, Konto-Nr. 60 129
IBAN: DE35 4005 0000 0000 0601 29
BIC: WELADE3M

- 2.3 Die Feststellung der einzelnen leistungsbegründenden Bedarfe erfolgte aufgrund
- der Stellungnahme der AOK Westfalen-Lippe vom ...,
 - der Stellungnahme der LVA Westfalen vom ...,
 - der Stellungnahme des Ingenieur-Fachdienstes des LWL-Integrationsamtes vom ...
- sowie des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens (ausführliches Verfahren) mit Ihnen am ...
- 2.4 Rehabilitationssport in Herzsportgruppen
- 2.4.1 Bewilligt werden Ihnen ... € für 90 Übungseinheiten Rehabilitationssport in Herzsportgruppen die im Zeitraum 01.09.2008 bis 31.08.2010 in Anspruch genommen werden können.
- 2.4.2 Der Rehabilitationssport dient der Stärkung Ihrer Ausdauer und Kraft, der Verbesserung Ihrer Koordination und Flexibilität und der Hilfe zur Selbsthilfe und ist unter ständiger ärztlicher Betreuung und Überwachung durchzuführen.
- 2.4.3 Zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung legen Sie dem Integrationsamt bitte spätestens bis zum 30.09.2009 eine Zwischenbestätigung und bis zum 30.09. 2010 eine Abschlussbestätigung über Ihre Teilnahme am Rehabilitationssport im bewilligten Umfang sowie über die ständige ärztliche Betreuung und Überwachung der Übungsstunden vor.
- 2.5 Weiterbildung zum Qualitätsprüfer
- 2.5.1 Zur Erhaltung Ihrer Erwerbsfähigkeit werden Ihnen ... € zum Besuch einer beruflichen Weiterbildungsmaßnahme zum Qualitätsprüfer bewilligt.
- 2.5.2 Die Qualifizierungsmaßnahme ist in einer von der LVA Westfalen bzw. von der örtlichen Agentur für Arbeit zertifizierten Einrichtung der beruflichen Weiterbildung in berufsbegleitender Form durchzuführen. Die Dauer der Qualifizierungsmaßnahme soll ein Jahr ab Maßnahmebeginn nicht überschreiten.
- 2.5.3 Zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung und zur Überprüfung der Zielerreichung legen Sie dem Integrationsamt des LWL bitte folgende Unterlagen vor:
- Vereinbarung mit einem Bildungsträger im Sinne der Ziffer 2.5.2 über Art, Dauer, Inhalt und Zwischenprüfungen der Weiterbildung zum Qualitätsprüfer,
 - vierteljährliche Zwischenberichte des Bildungsträgers über Ihre Kursteilnahme und den von Ihnen erreichten Fortbildungsstand sowie
 - Zwischenzeugnis(se) und Abschlusszeugnis.
- 2.6 Arbeitsassistenz
- 2.6.1 Zur Ausübung Ihrer derzeitigen Tätigkeit als Dreher bei der Firma ... benötigen Sie aufgrund der Folgen Ihres Herzinfarktes eine Arbeitsplatzassistenz von 2 bis 3 Stunden arbeitstäglich. Hierfür werden Ihnen vom Integrationsamt des LWL ... € monatlich zur Verfügung gestellt. Als Aufwandspauschale für Regiekosten (z. B. Lohnabrechnung und Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen für die Assistenzkraft durch einen Steuerberater) erhalten Sie zusätzlich ... € monatlich.
- 2.6.2 Der Einsatz der Assistenzkraft dient
- der Vermeidung von regelmäßig an Ihrem Arbeitsplatz anfallenden Hebe- und Tragearbeiten sowie
 - zur Übernahme innerbetrieblicher Wege im Rahmen der Ihnen obliegenden Maschinenbedienung und -kontrolle.

- 2.6.3 Zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung legen Sie dem Integrationsamt des LWL bitte
- eine Kopie des Arbeitsvertrages mit Ihrer Assistenzkraft sowie
 - der Beauftragung eines Dritten hinsichtlich der Lohnabrechnung usw. vor.
- Hinsichtlich der Vorlage des Arbeitsvertrages mit der Assistenzkraft wird auf die Übersendung des den Arbeitslohn betreffenden Teils verzichtet.
- 2.7 Die näheren Einzelheiten zu den individuellen Förder- und Teilhabezielen, zur Qualitätssicherung, zur Nachweiserbringung und zum Bedarf an Beratung und Unterstützung sind der mit Ihnen abgeschlossenen Zielvereinbarung vom ... (Anlage 1) zu entnehmen. Diese Zielvereinbarung ist verbindlicher Bestandteil dieses Gesamtbescheids.
3. Das Persönliche Budget wird Ihnen jeweils zum Monatsersten in monatlichen Teilraten in Höhe von auf Ihr Konto mit der Nummer ... bei der Volksbank Münster (BLZ: ...) ausbezahlt. Die Auszahlung der ersten Rate erfolgt zum 01.09.2008.
4. Die gemeinsame Überprüfung der in der Zielvereinbarung vom ... vereinbarten individuellen Förder- und Leistungsziele erfolgt erstmals 6 Monate nach der Auszahlung der ersten Teilrate des Persönlichen Budgets, das heißt im März 2009.
5. Sie sind verpflichtet, das Integrationsamt des LWL zu benachrichtigen, wenn
- gegen die Durchführung des Rehabilitationssports im Verlauf des Bewilligungszeitraums ärztliche Bedenken erhoben werden,
 - die Teilnahme bzw. die Erreichung des Qualifikationsziels bei der beruflichen Weiterbildung zum Qualitätsprüfer nicht mehr möglich bzw. ernsthaft gefährdet ist,
 - Ihr Arbeitsverhältnis mit der Firma ZZ konkret gefährdet ist.
6. Dieser Bescheid kann ganz oder teilweise aufgehoben oder widerrufen werden, wenn
- Sie unrichtige Angaben über wesentliche Tatsachen gemacht oder wesentliche Tatsachen verschwiegen haben
 - Sie gegen Ihre Mitteilungspflicht nach Ziffer 5 dieses Bescheides verstoßen,
 - Sie die Förderungsbeträge nicht für die angegebenen Zwecke verwenden.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe **schriftlich oder zur Niederschrift** beim Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe Widerspruch erheben. Gegenstand Ihres Widerspruches können sein

- der Gesamtbescheid als solcher,
- die mit den Teilbudgets im Sinne der Ziffern 2.4 – 2.6 verbundenen Leistungen.

Briefadresse: Der Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, 48133 Münster (Nachbriefkasten am Verwaltungsgebäude Freiherr-vom-Stein-Platz 1)

Hausanschrift: Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Integrationsamt, Warendorfer Straße 21 – 23, 48145 Münster

Die Frist wird auch durch Einlegung des Widerspruchs bei dem Widerspruchsausschuss beim Integrationsamt gewahrt.

Sollte die Frist durch das Verschulden eines von Ihnen Bevollmächtigten versäumt werden, wird dieses Verschulden Ihnen zugerechnet.

Mit freundlichem Gruß
Der Direktor des Landschaftsverbandes
Im Auftrag

Musterbescheid (Überörtlicher Träger der Sozialhilfe als Beauftragter)

Gesamtbescheid über die Gewährung des Persönlichen Budgets

Sehr geehrter Herr Mustermann,

auf Ihren Antrag vom ..., Teilhabeleistungen in Form eines Persönlichen Budgets zu erhalten, ergeht auf der Grundlage des § 17 des Sozialgesetzbuchs IX (SGB IX) nachfolgender Gesamtbescheid über Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, der häuslichen Pflege und Grundsicherung.

1. Der ... als überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist als beteiligter und gemäß § 14 SGB IX zuständiger Leistungsträger zuständig für den Erlass dieses Gesamtbescheides (Beauftragter).
2. Der Gesamtbescheid ergeht im eigenen Namen des ... als Beauftragter sowie im Auftrag des Landkreises ... als örtlichen Träger der Sozialhilfe und der AOK ... als Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung.
3. Die Höhe des Ihnen nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen zur Verfügung stehenden Gesamtbudgets beträgt ... € monatlich. Die Bewilligung gilt für den Zeitraum vom 01.09.2008 bis 31.08.2010.
4. Das Gesamtbudgets umfasst als Teilbudgets
 - Leistungen des Beauftragten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemäß §§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 55 Ziffer 3, 6 und 7 SGB IX – für körperlich behinderte Menschen in der Hilfebedarfsgruppe 3 in Höhe von ... €.
 - Leistungen der AOK ... zur häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI – Pflegesachleistung in Form von Gutscheinen – für die Pflegestufe II in Höhe von ... €.
 - Aufstockende Leistungen des Landkreises ... zur häuslichen Pflege gemäß §§ 61, 63 SGB XII in Höhe von ... €.
5. Die Feststellung der einzelnen leistungsbegründenden Bedarfe erfolgte aufgrund
 - der Stellungnahme des Landkreises ... vom ... und der AOK ... vom ...,
 - sowie des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens im Rahmen des Hilfeplangespraches mit Ihnen am ... (vereinfachtes Verfahren).
6. Leistungen des ... als überörtlichen Träger der Sozialhilfe
 - 6.1 Die bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beinhalten:
 - Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fertigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, die Selbstversorgung zu ermöglichen, z. B. beim Einkaufen oder bei der Haushaltsführung;

- Hilfen zu selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten in Form von ambulanten Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich für die hauswirtschaftliche Versorgung, sozialpädagogische Betreuung und Begleitung;
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben. Dazu zählen z. B. Hilfen bei der Förderung und Vermittlung von sozialen Beziehungen, Beschaffung von Informationen, Ermöglichung von Kommunikation, Freizeitgestaltung.

6.2 Die bewilligten Leistungen müssen zielgerecht zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verwendet werden. Sie können flexibel entsprechend den individuellen Wünschen eingesetzt werden. Ein Nachweis ist darüber zu erbringen, dass die vereinbarten Leistungen auch tatsächlich in Anspruch genommen worden sind.

7. Leistungen des Landkreises ... als örtlichen Träger der Sozialhilfe zur häuslichen Pflege durch den Sozialhilfeträger

Die Leistungen der häuslichen Pflege werden durch den Sozialhilfeträger übernommen, soweit Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen.

Der Inhalt der Leistungen bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung (s. Ziffer 8).

Ein Nachweis ist darüber zu erbringen, dass die vereinbarten Pflegeleistungen auch tatsächlich in vereinbarter Anzahl und Qualität in Anspruch genommen worden sind.

8. Leistungen der AOK ... als Pflegekasse zur häuslichen Pflege

Die Häusliche Pflegehilfe – Pflegesachleistung in Form von Gutscheinen – wird Ihnen gewährt, um Ihre Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Anspruch besteht nur bei Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI.

9. Die näheren Einzelheiten zu den individuellen Förder- und Teilhabezielen, zur Qualitätssicherung, zur Nachweiserbringung und zum Bedarf an Beratung und Unterstützung sind der mit Ihnen abgeschlossenen Zielvereinbarung vom ... (Anlage 1) zu entnehmen. Diese Zielvereinbarung ist verbindlicher Bestandteil dieses Gesamtbescheids.

10. Das Persönliche Budget wird Ihnen jeweils zum Monatsersten in monatlichen Teilraten in Höhe von ... € auf Ihr Konto mit der Nummer ... bei der Volksbank ... (BLZ: ...) ausgezahlt. Die Auszahlung der ersten Rate erfolgt zum 01.09.2008.

11. Die gemeinsame Überprüfung der in der Zielvereinbarung vom vereinbarten individuellen Förder- und Leistungsziele erfolgt erstmals 6 Monate nach der Auszahlung der ersten Teilrate des Persönlichen Budgets, das heißt im März 2009.

12. Sie sind verpflichtet den Beauftragten zu benachrichtigen, wenn

- sich Ihre wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse geändert haben, z. B. Einkommens- und Vermögensverhältnisse, Umzug, Familienstand,
- sich Ihre Behinderung oder Pflegebedürftigkeit verändert haben.

13. Dieser Bescheid kann ganz oder teilweise aufgehoben oder widerrufen werden, wenn

- Sie unrichtige Angaben über wesentliche Tatsachen gemacht oder wesentliche Tatsachen verschwiegen haben,
- Sie gegen Ihre Mitteilungspflicht nach Ziffer 11 dieses Bescheides verstoßen oder
- Sie die Teilbudgets nicht für die angegebenen Zwecke verwenden.

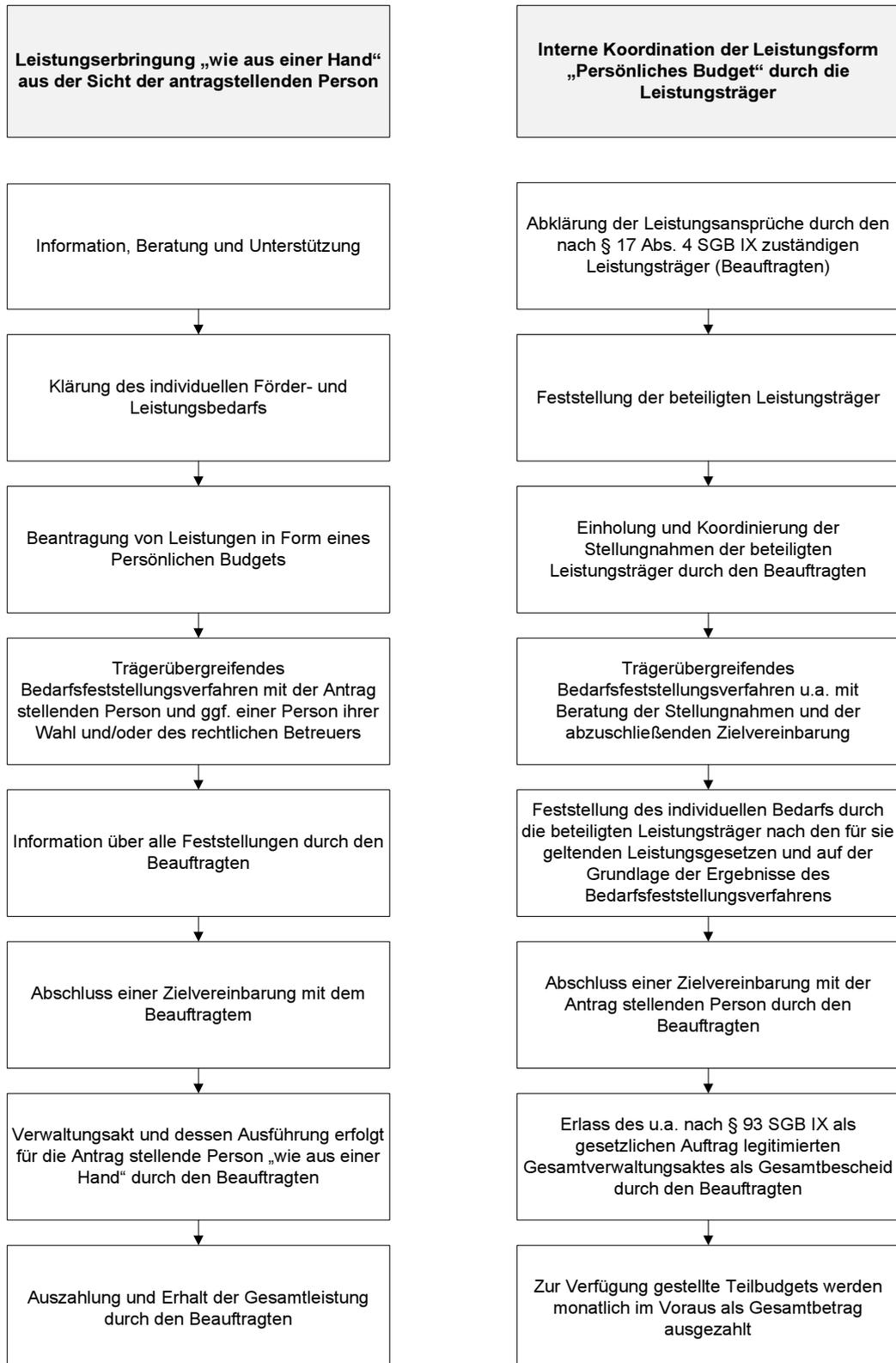
Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann Widerspruch erhoben werden. Dieser muss innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe dieses Bescheides beim ... als Beauftragten – Anschrift siehe oben – schriftlich oder mündlich zur Niederschrift eingelegt werden. Der schriftlich eingelegte Widerspruch muss vor Ablauf der Rechtsmittelfrist beim Landeswohlfahrtsverband eingegangen sein.

Mit freundlichen Grüßen

IV. Graphische Darstellungen

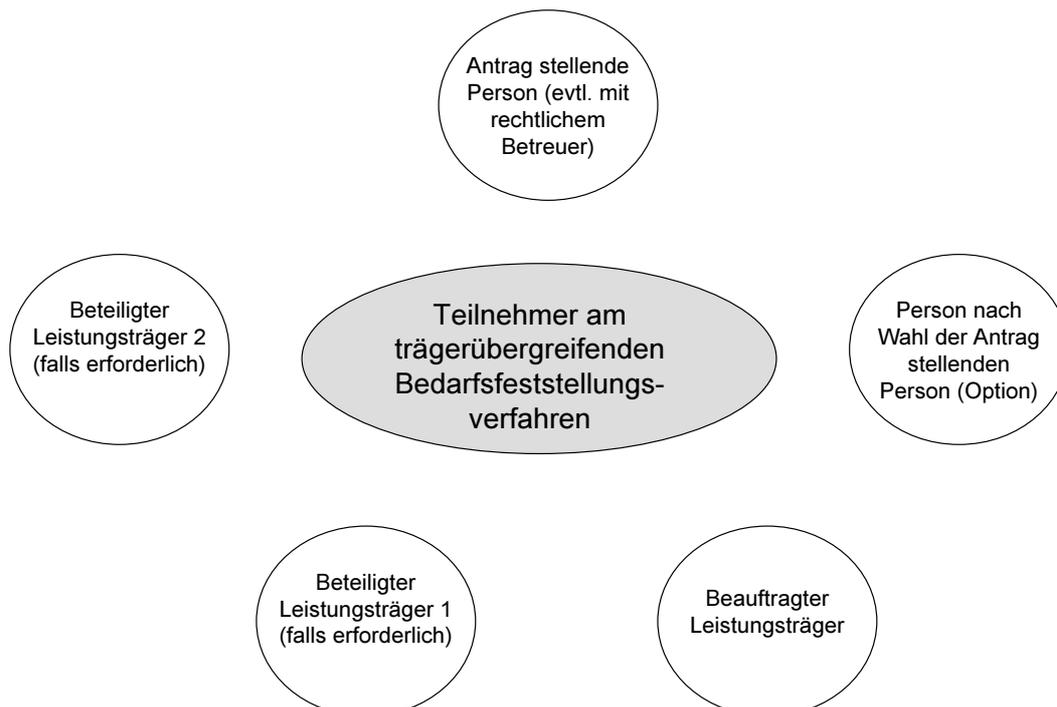
1. Ablaufschema zur Umsetzung des Persönlichen Budgets



2. Gesetzliche Mindestvoraussetzungen und Empfehlungen für das trägerübergreifende Bedarfsfeststellungsverfahren



3. Teilnehmer am trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren (Budgetkonferenz)



V. Literaturverzeichnis

Zum Persönlichen Budget liegt eine Vielzahl von Veröffentlichungen vor. Eine gute Möglichkeit der Recherche bietet z. B. das Verzeichnis von REHADAT unter www.rehadat.de.

VI. Links und Quellen im Internet

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation - Informationen zum Persönlichen Budget
<http://www.bar-frankfurt.de>

Bundesagentur für Arbeit (BA): Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung 05/2008
„Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Persönliches Budget“
<http://www.arbeitsagentur.de>

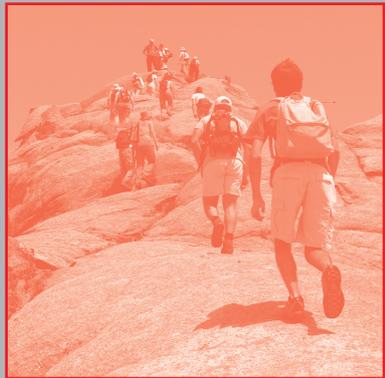
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): „Das Persönliche Budget – Handlungshilfe für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“
<http://www.dguv.de>

„Fragen und Antworten zum Persönlichen Budget“, nachzulesen auf der Website des Bundesministerium für Arbeit und Soziales
<http://www.budget.bmas.de>

Paritätischer Wohlfahrtsverband: Kompetenzzentrum Persönliches Budget
<http://www.budget.paritaet.org>

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL) – Beratungstelefon zum Persönlichen Budget
<http://www.isl-ev.de>

JobBudget – Übergänge für Menschen mit Behinderungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt
<http://www.JobBudget.org>



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. – Wer wir sind

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.