

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION

Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main
Telefon (069) 60 50 18-0, Telefax (069) 60 50 18-29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>



Vorläufige Handlungsempfehlungen

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

vom 01. November 2004

(Redaktionell angepasst an das Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht vom 21. März 2005)

Stand: 29. März 2005

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

	Seite
1. Beteiligte Leistungsträger	5
2. Budgetfähige Leistungen	5
2.1 Definition von budgetfähigen Leistungen	5
2.2 Beispielhafte Aufzählung budgetfähiger Leistungen einzelner Leistungsträger	8
2.2.1 Krankenversicherung	8
2.2.2 Bundesagentur für Arbeit	14
2.2.3 Unfallversicherung	15
2.2.4 Rentenversicherung	17
2.2.5 Kriegsopferfürsorge	21
2.2.6 Sozialhilfe	23
2.2.7 Pflegeversicherung	25
2.2.8 Integrationsämter	27
3. Antragsstellung	30
4. Bestimmung und Rolle des Beauftragten	31
5. Unterrichtung der beteiligten Leistungsträger / Einholung der Stellungnahmen	33
6. Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren	34
7. Anforderungen an die Zielvereinbarung	36
7.1 Individuelle Förder- und Leistungsziele	37
7.2 Nachweiserbringung	38
7.3 Qualitätssicherung	39
7.4 Beratung und Unterstützung	39
8. Erlass des Gesamtverwaltungsaktes	40
8.1 Bindung an die Auffassung der beteiligten Leistungsträger	40
8.2 Zielvereinbarung als Voraussetzung des Gesamtverwaltungsaktes	41
8.3 Mindestinhalt des Gesamtverwaltungsaktes	41
9. Aufhebung / Widerruf des Gesamtverwaltungsaktes	42
10. Widerspruchs- und Klageverfahren	42
11. Leistungserbringung durch den Beauftragten	43

Anhang:

	Seite
Stellungnahme	44
I Gesetzliche Grundlagen	49
1. SGB IX	
2. SGB III	
3. SGB V	
4. SGB VI	
5. SGB VII	
6. SGB VIII	
7. SGB XI	
8. SGB XII	
9. Gesetz zur Alterssicherung der Landwirte	
10. Budgetverordnung	
II Mustervordrucke	59
1. Muster-Antragsformular für Leistungen durchein trägerübergreifendes Persönliches Budget	
2. Muster-Gesamtbescheide	
III Graphische Darstellungen	69
1. Ablaufschema	
2. Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren – Gesetzliche Mindestvoraussetzungen und Empfehlungen	
3. Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren – Zusammensetzung	
4. Zielvereinbarung – Inhalte	
5. Zielvereinbarung	

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. Hiermit wird in Deutschland weitgehend Neuland betreten, insbesondere dann, wenn das Persönliche Budget trägerübergreifend, d.h. durch mehrere Leistungsträger gemeinsam und als Komplexleistung erbracht wird. Nachdem durch das SGB IX 2001 erste Möglichkeiten für diese Form der Leistung eröffnet wurden, führen die zum 01. Juli 2004 wirksam gewordenen Konkretisierungen dieser Regelungen im SGB IX in Verbindung mit der zur gleichen Zeit in Kraft getretenen Budgetverordnung zu einer deutlichen Aufwertung des Persönlichen Budgets.

Die Erwartungen beruhen dabei auf der stärkeren Ausrichtung am individuellen Bedarf (Bedarfsgerechtigkeit), der umfassenden Berücksichtigung der Wunsch- und Wahlrechte potentieller Budgetnehmer (Selbstbestimmung und Teilhabe) und der Weiterentwicklung tradierter Angebotsstrukturen (Vorrang ambulanter Versorgungsstrukturen).

Die vorläufigen Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ vom 01. November 2004 hat eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der Verbände behinderter Menschen, der Verbände der Leistungserbringer und der Rehabilitationsträger, der Pflegeversicherung und der Integrationsämter auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeitet. In ihr werden einerseits offene Fragen zur Umsetzung und Ausgestaltung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets aufgegriffen, andererseits aber ein besonderes Augenmerk auf die daraus resultierenden Anforderungen an die Praxis gelegt und für eine einheitliche Ausgestaltung Hilfestellungen für die Umsetzung im Alltag gegeben. Zu diesem Zweck beinhalten die Handlungsempfehlungen z.B. Übersichten über die voraussichtlich für ein Persönliches Budget geeigneten Leistungen, Anregungen für die Ausgestaltung des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens und verschiedene Mustervordrucke.

Alle Beteiligten knüpfen an die Einführung trägerübergreifender Persönlicher Budgets Erwartungen. Es besteht aber auch Skepsis. Für den beabsichtigten Erfolg wesentlich wird dabei die auf möglichst breiter Basis erfolgte Klärung noch offener Fragen und deren Handhabbarkeit durch alle Beteiligten vor Ort sein. Die Arbeitsgruppe will mit den vorliegenden Empfehlungen zu diesem Erfolg beitragen.

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

Geschäftsführer

B. Steinke

1. Beteiligte Leistungsträger

An einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget können folgende Leistungsträger mit einer oder mehreren Leistungen beteiligt sein:

- Gesetzliche Krankenversicherung (als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX und darüber hinaus auch für Leistungen nach dem SGB V)
- Bundesagentur für Arbeit
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Alterssicherung der Landwirte
- Kriegsopferversorgung
- Kriegsopferfürsorge
- Öffentliche Jugendhilfe
- Sozialhilfe (auch für Hilfen zur Pflege)
- Soziale Pflegeversicherung
- Integrationsämter.

Die gesetzlichen Grundlagen wurden mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 und den damit verbundenen Änderungen in weiteren Gesetzen, z.B. dem SGB IX und weiteren Büchern des Sozialgesetzbuches, geschaffen, die überwiegend zum 01. Juli 2004 in Kraft traten und teilweise mit dem Verwaltungsvereinfachungsgesetz vom 21. März 2005 modifiziert wurden (siehe auch **Anhang I**).

2. Budgetfähige Leistungen

2.1 Definition von budgetfähigen Leistungen

Neben den Leistungen zur Teilhabe sind die in § 17 Abs. 2 SGB IX genannten weiteren Leistungen budgetfähig, wenn sie sich auf

- alltägliche und
- regelmäßig wiederkehrende

Bedarfe beziehen und als

- Geldleistungen oder durch
- Gutscheine

erbracht werden können.

Die Ausführung von Persönlichen Budgets auf Antrag und im Ermessen der Leistungsträger bezieht sich u.a. auf die Identifikation, welche Leistungen aus den einzelnen Leistungsbereichen unter welchen Voraussetzungen budgetfähig sein können.

Dabei wird dem Grundsatz gefolgt, dass alle Teilhabeleistungen budgetfähig sind. Die vorliegenden Leistungsübersichten (**siehe 2.2**) sind vorläufig und stellen eine erste Orientierungshilfe dar. Sie sind somit als nicht abschließend zu betrachten und bedürfen der ständigen Anpassung.

Mit dieser „Öffnungsklausel“ soll erreicht werden, auch solche Leistungen für budgetfähig zu erklären, bei denen sich entweder eine grundsätzliche Eignung als möglich herausstellt oder bezogen auf den jeweiligen Einzelfall die Erreichung der Teilhabeziele sich dadurch als voraussichtlich mindestens gleich wirksam und wirtschaftlich darstellt.

Auf der Grundlage dieser offenen und vorausschauenden Interpretation der Definition budgetfähiger Leistungen ist die Weiterentwicklung und -verwendung der einzelnen Leistungsübersichten auch im Zusammenhang mit den Änderungen durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz (VVG) vom 21. März 2005 möglich. Die dort vollzogene Ausweitung auf alle Teilhabeleistungen und auf alle weiteren Sozialleistungen, die den Kriterien „alltäglich“ und „regelmäßig wiederkehrend“ entsprechen, stellt zum einen klar gestellt, dass der Grundsatz der Budgetfähigkeit für (fast) alle der genannten Leistungen gilt, zum anderen entfällt der bis dahin verwendete Begriff der „Regiefähigkeit“ ersatzlos.

Die folgenden Definitionen einzelner Kriterien budgetfähiger Leistungen außerhalb des SGB IX sind daher vor den oben gemachten Ausführungen zu sehen.

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 6 Monaten oder länger ausgegangen werden, wobei in Einzelfällen und im Interesse des Budgetnehmers¹ bei einzelnen Teilbudgets auch kürzere Zeiträume möglich sein können.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Rahmen dieser Handlungsempfehlungen, abgesehen von geschlechtsneutralen Bezeichnungen, jeweils die männliche Form verwendet. Eine Diskriminierung weiblicher Personen ist damit nicht beabsichtigt.

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.

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 Pflegeversicherung sind durch gesetzliche Regelungen auf die Erbringung durch Gutscheine beschränkt (**vgl. Übersicht in 2.2**).

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 (z.B. Kfz-Hilfe, Arbeitsplatzausstattung) oder Sachleistungen (z.B. Hilfsmittel) unterschieden und ggf. damit parallel erbracht werden.

2.2 Beispielhafte Aufzählung budgetfähiger Leistungen einzelner Leistungsträger²

2.2.1 Krankenversicherung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
<p>Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen*; ambulante Anschlussrehabilitationen*</p>	<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-Richtlinien • Rehabilitation nur indiziert bei <ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitationsbedürftigkeit - Rehabilitationsfähigkeit, - positive Rehabilitationsprognose • 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 18jährige beträgt 10 EURO 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 (Vertragseinrichtungen) • Vergütung richtet sich nach den Verträgen zwischen den Verbänden/Krankenkassen und der Rehabilitationseinrichtung • Kostenübernahme der erforderlichen Fahrkosten zur nächstreichbaren geeigneten Rehabilitationseinrichtung ohne Zuzahlung

² 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.

* Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V sind nur im Zusammenhang mit weiteren budgetfähigen Leistungen budgetfähig.

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-Richtlinien • Rehabilitation nur indiziert bei <ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitationsbedürftigkeit - Rehabilitationsfähigkeit, - positive Rehabilitationsprognose • 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 18jährige beträgt 10 EURO 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 nächsterreichbaren geeigneten Rehabilitationseinrichtung ohne Zuzahlung

* Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V sind nur im Zusammenhang mit weiteren budgetfähigen Leistungen budgetfähig.

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-Richtlinien • Rehabilitation nur indiziert bei <ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitationsbedürftigkeit - Rehabilitationsfähigkeit, - positive Rehabilitationsprognose • 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 18jährige beträgt 10 EURO 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 nächsterreichbaren geeigneten Rehabilitationseinrichtung ohne Zuzahlung

* Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V sind nur im Zusammenhang mit weiteren budgetfähigen Leistungen budgetfähig.

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
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 18jährige: 10% je Packung, höchstens jedoch 10,00 € für den Monatsbedarf je Indikation. Die Zuzahlung wird auf einen maximalen Monatsbetrag von 10 € 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.
Blindenführhund -Aufwendungsersatz	<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)
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 Kraft möglich • Ärztliche Verordnung erforderlich; Grundlage sind Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V 	<ul style="list-style-type: none"> • Verträge werden auf Kassenebene 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 18jährige: 10,00 € je Verordnung und 10% der Kosten für die ersten 28 Tage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
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 Fahrkosten oder Verdienstausfall ersetzt werden • Zuzahlung für über 18jährige (nicht bei medizinischer Rehabilitation): 10%, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €
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 Kilometerpauschale nach Bundesreisekostenrecht (22 Cent je Kilometer) • Zuzahlung (altersunabhängig): 10% der Kosten, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €
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 (22 Cent je Kilometer) • keine 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine kassenartenübergreifend vereinbarte Vergütungen
Gebärdensprach-Dolmetscher	<ul style="list-style-type: none"> • §§ 17 Abs. 1, 2 SGB I, 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X, Kommunikationshilfenverordnung • 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

2.2.2 Bundesagentur für Arbeit

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Kraftfahrzeughilfe/ Beförderungskosten	§ 33 Abs. 8 SGB IX i.V.m. § 9 KfzHV	Individuelle Festlegung
Haushaltshilfe	§ 54 SGB IX i.V.m. § 18 Abs. 1 SGB IV	DA zu § 54 SGB IX
Kinderbetreuung	Gilt sowohl für § 83 SGB III als auch für § 54 Abs. 3 SGB IX	130,00 Euro monatlich
Reisekosten/Pendel- fahrten	§ 53 Abs. 4 SGB IX	Entfernungspauschale
Familienheim- fahrten	§ 53 Abs. 2 SGB IX	Entfernungspauschale
Fahrkostenhilfe	§ 53 Abs. 2 i.V.m. § 54 Abs. 4 SGB III	DA zu § 46 SGB III
Trennungskosten- beihilfe	§ 53 Abs. 2 i.V.m. § 54 Abs. 5 SGB III	260,00 Euro monatlich
Arbeitsassistenz	§ 33 Abs. 8 Nr. 3 i.V.m. Satz 2 bis 4 SGB IX	Zuständigkeit für die Ausführung der Leistung und die Bemessung der Förderung liegt beim Integrationsamt

2.2.3 Unfallversicherung

In der gesetzlichen Unfallversicherung kommen im Wesentlichen die nachstehend aufgeführten Leistungen für ein Persönliches Budget in Betracht. Sie werden vorzugsweise im Wege eines öffentlich-rechtlichen Vertrages mit dem Versicherten vereinbart. Wegen der kausal umfassenden Leistungsverantwortung des Unfallversicherungsträgers wird seine Beteiligung an einem trägerübergreifenden Gesamtbudget (Komplexleistung) voraussichtlich in nur wenigen Fällen vorkommen.

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation	§ 39 SGB VII i.V. mit § 44 Abs. 1 Ziff. 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	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: Im Jahre 2004 pro Tag höchstens 60 € und pro Stunde höchstens 7,50 € Kinderbetreuungskosten können bis zur Höhe von 130 € je Kind und Monat übernommen werden
Haushaltswirtschaftliche Versorgung	§ 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII	Individuelle Feststellung
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

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
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 Integrationsamt
Gebärdensprachdolmetscher als Kommunikationshilfe	§ 17 Abs. 2 SGB I i.V. mit § 19 Abs. 1 SGB X	Im Rahmen der bestehenden Vergütungsregelungen
Aufwendungen für Lern-, Unterrichts- und Arbeitsmittel	§ 35 Abs. 2 SGB VII, § 33 Abs. 7 Nr. 2 SGB IX	Ermessensentscheidung
Mietkostenzuschuss	§ 41 SGB VII, § 3 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX; Gemeinsame Wohnungshilferichtlinien der UV-Verbände	Ermessensentscheidung
Verpflegungskosten	§ 43 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII, § 33 Abs. 7 Nr. 1 SGB IX; Gemeinsame Richtlinien „Reisekosten“ 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 Wiedereingliederung	§ 35 Abs. 3 SGB VII, § 33 Abs. 6 Nr. 6 SGB IX	Bis zur Höhe des Regelaufwands für eine angemessene (Referenz-) Maßnahme
Existenzgründung	§ 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII, §§ 33 Abs. 3 Nr. 5 und 6 SGB IX, § 57 SGB III	Bis zur Höhe des Überbrückungsgeldes nach § 57 SGB III; im Übrigen Ermessensentscheidung

2.2.4 Rentenversicherung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Leistungen der Berufsvorbereitung sowie der beruflichen Anpassung und Weiterbildung	§ 33 Abs. 3 Nr. 2 und 3 SGB IX	<p>Der Bedarf und der Umfang der erforderlichen Leistungen wird 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 behinderungsgerechten Kfz bzw. für eine Zusatzausstattung und Fahrerlaubnis	§ 33 Abs. 8 Nr. 1 SGB IX i.V.m. §§ 4 ff. KfzHV	<p>Die Bedarfsstellung erfolgt regelmäßig unter Mitwirkung des technischen Beraters der Arbeitsverwaltung.</p> <p>Die Art und Höhe der Förderung der Beschaffung eines Kfz. ergibt sich aus §§ 5 und 6 KfzHV.</p> <p>Die entstandenen Kosten für die Zusatzausstattung werden gegen Vorlage der Rechnung durch den Versicherten in vollem Umfang übernommen.</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. • Die Leistung ist abhängig vom Einkommen des behinderten Menschen. Er hat einen Eigenanteil zu leisten. 	<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 Hilfeleistung 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. <p>Die Ausführung der Leistung und die Bemessung der Förderung liegt ausschließlich bei den Integrationsämtern (§ 33 Abs. 8 Satz 2 SGB IX).</p>
Wohnungshilfe	§ 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX Bei einer durch die Berufsausübung bzw. durch die Erreichung des Arbeitsplatzes ausgelösten Bedarfslage erstatten die Rentenversicherungsträger die Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.	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.

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang									
Rehabilitationssport und Funktionstraining	§ 28 SGB VI i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX Voraussetzung: <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 (in Kraft getreten am 01.10.2003). 	Vereinbarte Vergütung für das gesamte Bundesgebiet beim Rehabilitationssport. Rehabilitationssport 5,00 € Rehabilitationssport in Herzgruppen 6,00 € je Übungsveranstaltung. Vereinbarte Vergütung für das Funktionstraining, z.Z. noch getrennt nach alten und neuen Bundesländern (BL): <table border="1" data-bbox="959 573 1442 913"> <thead> <tr> <th></th> <th>alte BL</th> <th>neue BL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Warmwassergymnastik</td> <td>3,40 €</td> <td>3,10 €</td> </tr> <tr> <td>Trockengymnastik</td> <td>2,30 €</td> <td>2,20 €</td> </tr> </tbody> </table> <p>Zum Teil gelten regional abweichende Vergütungssätze für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining.</p>		alte BL	neue BL	Warmwassergymnastik	3,40 €	3,10 €	Trockengymnastik	2,30 €	2,20 €
	alte BL	neue BL									
Warmwassergymnastik	3,40 €	3,10 €									
Trockengymnastik	2,30 €	2,20 €									
Reisekosten	§ 28 SGB VI i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 5 und 6 § 53 SGB IX Zu den Reisekosten gehören die erforderlichen <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 Rehabilitationsort 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. 									

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Haushaltshilfe und Kinderbetreuungs-kosten	<p>§ 28 SGB VI i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 6 und § 54 SGB IX</p> <p>Haushaltshilfe wird geleistet, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • den Leistungsberechtigten die Weiterführung des 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 auf Hilfe angewiesen ist. <p>Anstelle der Haushaltshilfe ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kostenübernahme für die Mit-aufnahme des Kindes in der Rehabilitationseinrichtung, • Kostenübernahme für die Betreuung der Kinder des Leistungsberechtigten, wenn sie durch die Ausführung einer Leistung zur Teilhabe unvermeidbar entstehen möglich. 	<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 60,00 €, stündlich 7,50 €.</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 Verdienstaufschlag und/oder Fahrkosten entstanden, kann sie der Rentenversicherungsträger erstatten.</p> <p>Kinderbetreuungs-kosten werden von den Rentenversicherungsträgern grundsätzlich nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes übernommen. Sie werden nicht neben Leistungen für eine Haushaltshilfe erbracht. Kinderbetreuungs-kosten können bis zu einem Betrag von 130,00 € je Kind und Monat übernommen werden.</p>
Gebärdensprach-Dolmetscher	<p>§ 17 Abs. 2 SGB I i.V.m. § 19 Abs. 1 SGB X</p> <p>Anspruch auf Erstattung der Kosten, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehen.</p>	<p>Hauptberuflich tätige Gebärdensprachdolmetscher werden wie ein Sachverständiger im Sinne von § 17 ZSEG behandelt. Je Einsatzstunde werden bis zu 40,00 €, je angefangene halbe Stunde 20,00 € gezahlt.</p> <p>Fahrkosten werden bis zur Höhe des benutzten preisgünstigsten öffentlichen Beförderungsmittels übernommen.</p> <p>Kosten für Fahren mit dem Pkw werden in Höhe von 0,27 € für jeden gefahrenen Kilometer zuzüglich ggf. anfallender Auslagen für Parkgebühren erstattet.</p>

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 Maßnahmen wird jedoch genau zu prüfen sein, ob durch die Leis-

tungserbringung in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ein Zugewinn an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung über das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten hinaus erzielt werden kann. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - evtl. auch ergänzt um Leistungen nach § 44 SGB IX - die nicht im Rahmen eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets beantragt werden, gilt § 9 Abs. 2 SGB IX.

2.2.5 Kriegsopferfürsorge

Die Träger der Kriegsopferfürsorge sind im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und der Nebengesetze [insbesondere Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)] nur in Einzelfällen Rehabilitationsträger mit einer umfassenden Zuständigkeit, d.h., sie haben alle Leistungen i.S.d. § 5 SGB IX zu erbringen. 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. Bei bestimmten Leistungen (z.B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) muss zusätzlich ein medizinischer Zusammenhang zwischen der Schädigung und der Notwendigkeit der Leistung bestehen.

Für den überwiegenden Teil der Leistungsberechtigten nach dem BVG, nämlich die Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen, kommen in Ermangelung entsprechender Bedarfssituationen budgetierte Leistungen nicht in Betracht. Lediglich für versorgungsberechtigte lebensjüngere behinderte Halb- oder Vollwaisen sind Leistungen im Form eines Persönlichen Budgets im Rahmen der Eingliederungshilfe, die in Anlehnung an sozialhilferechtliche Bestimmungen durchgeführt wird, möglich.

Soweit z.B. beschädigte Soldaten nach dem SVG bzw. beschädigte Zivildienstleistende nach dem ZDG Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben, bestehen Unterschiede zu den Leistungen anderer Rehabilitationsträger lediglich bei der Berechnung der nicht budgetfähigen Entgeltersatzleistungen, nämlich dem Übergangsgeld und der Unterhaltsbeihilfe.

Rehabilitationsleistungen an Geschädigte nach dem OEG werden vorrangig für Jugendliche oder junge Erwachsene erforderlich mit der Besonderheit, dass entsprechende Teilhabeleistungen von den in der Regel zu erst angegangenen Trägern der Jugendhilfe nach dem SGB VIII erbracht und mit dem Träger der Kriegsopferfürsorge im Wege der Erstattung abgerechnet werden.

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 Heim-

betreuung angewiesen sind. Die Kosten hierfür werden im Rahmen der Eingliederungshilfe in Anlehnung an das Sozialhilferecht übernommen.

Wegen der in der Regel bestehenden vorrangigen Ansprüche nach dem SGB V bzw. auf Heil- und Krankenbehandlung nach §§ 10 ff. BVG sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Kriegsopferfürsorge grundsätzlich nicht zu erbringen, sodass auch budgetfähige Leistungen ebenfalls nicht zu erbringen sind. Es ist daher nicht angezeigt, für die Träger der Kriegsopferfürsorge einen eigenständigen Katalog budgetfähiger Leistungen aufzustellen.

Bei den zuständigen örtlichen und überörtlichen Trägern der Kriegsopferfürsorge kann es sich nur um Einzelfälle handeln, in denen Anträge auf Leistungsgewährung in Form eines Persönlichen Budgets gestellt werden. In diesen Einzelfällen ist es möglich, auf die für vergleichbare Bedarfssituationen von anderen Rehabilitationsträgern aufgestellten Kataloge budgetfähiger Leistungen zurückzugreifen. Die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern wird hierdurch nicht erschwert, weil Leistungen der Kriegsopferfürsorge grundsätzlich bedarfsdeckend zu erbringen sind, so dass Leistungen der Kriegsopferfürsorge als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets grundsätzlich nicht in Betracht kommen.

Artikel 58 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch – SGB XII – vom 27. Dezember 2003 sieht keine Ergänzung des § 26 c BVG vor, so dass Hilfe zur Pflege nicht als Komplexleistung eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden kann.

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

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

2.2.6 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, Landesausführungsgesetze). • Lediglich die Sozialhilfeträger der Stadtstaaten Bremen und Hamburg verfügen über eine ungeteilte Gesamtzuständigkeit, so dass alle Eingliederungshilfeleistungen aus einer Hand gegeben sind. 	<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 Menschen • Schulische Maßnahmen sind vom Persönlichen Budget ausgeschlossen, weil es die gesetzliche Schulpflicht gibt, die von den Ländern sichergestellt wird. • Vorrang ambulanter vor stationärer Leistungen (§ 13 Abs. 1 SGB XII) • Vorrang der Geldleistung vor Sachleistung (§ 10 Abs. 3 SGB XII) 	<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) • Budgetfähig sind alle alltäglichen, regelmäßig wiederkehrenden Bedarfe, die bisher mit Hilfe von individuell zuordnenbaren, zeitbezogenen (Stunde, Tag, Woche, Monat) verpreisten Sachleistungen gedeckt wurden, so dass diese Bedarfe auch als (pauschalierter) individueller Geldbetrag benennbar sind. • Dies gilt für alle laufenden ambulanten, teilstationären und stationären Eingliederungshilfen, die nach § 75 SGB XII vereinbart sind und einer Person bewilligt werden.

Die Leistungen im Einzelnen:

<p>Ambulante Eingliederungshilfen im häuslichen Bereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauswirtschaftliche Versorgung • sozialpädagogische Betreuung • Begleitung 	§§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2, Ziffer 6 SGB IX	
<p>Teilstationäre Eingliederungshilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förder- und Betreuungsgruppen 	§§ 53, 54 Abs. 1 Ziffer 4, 56 SGB XII	
<p>Stationäre Eingliederungshilfen</p>	§§ 53, 55 SGB XII	Es muss sich um Teilleistungen des stationären Wohnens handeln, die dem Wunsch- und Wahlrecht des Budgetnehmers gerecht werden.
<p>Leistungen zur Mobilität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenz • Begleitung • Fahrtkosten • Mobilitätshilfen 	§§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 55, 58 SGB IX	

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
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 Ziffern 3 und 7, 58 SGB IX	
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 Ziffern 4 und 57 SGB IX	
Hilfe zum Besuch einer Hochschule	§§ 53, 54 Abs. 1 Ziffer 2 SGB XII	
Entlastung von Familien <ul style="list-style-type: none"> • Familienentlastende Dienste (ambulante Betreuung im Haushalt, Gruppenarbeit, Ferienbetreuung) 	Freiwillige Leistungen	
Leistungen der medizinischen Rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> • Frühförderung 	§§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 26 Abs. 2 Ziffer 2 SGB IX	Soweit Kranken- und Pflegeversicherung nicht zuständig.
Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben <ul style="list-style-type: none"> • Besuch einer WfbM • Besuch einer Tagesförderstätte 	§§ 53, 54, 56 SGB XII i.V.m. § 41 SGB IX	
Ergänzende Leistungen <ul style="list-style-type: none"> • Hilfe zum Lebensunterhalt • Grundsicherungsleistungen • Leistungen zur häuslichen Pflege 	§ 27 SGB XII §§ 41, 42 SGB XII §§ 61, 63 SGB XII	Anrechnung von Einkommen und Vermögen. Soweit Leistungen der Pflegekassen nicht ausreichend.
Einmalige Geldpauschalen <ul style="list-style-type: none"> • Einmalige Leistungen zur Erstausrüstung der Wohnung • Einmalige Beihilfen zur Beschaffung von Hilfsmitteln 	§§ 31, 54 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Ziffer 5 SGB IX § 54 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Ziffer 1 SGB IX	

2.2.7 Pflegeversicherung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Häusliche Pflege <ul style="list-style-type: none"> • Pflegesachleistung 	<ul style="list-style-type: none"> • § 36 SGB XI • Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung • In Form von <u>Gutscheinen</u> • 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 	<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 Form von <u>Gutscheinen</u> (§ 36 Abs. 3 und 4 SGB XI) in <ul style="list-style-type: none"> -Pflegestufe I bis zu 384,00 € -Pflegestufe II bis zu 921,00 € -Pflegestufe III bis zu 1.432,00 € -Härtefälle bis zu 1.918,00 €
Häusliche Pflege <ul style="list-style-type: none"> • Pflegegeld 	<ul style="list-style-type: none"> • § 37 Abs. 1 SGB XI • Anstelle der häuslichen Pflegehilfe 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"> -Pflegestufe I 205,00 € -Pflegestufe II 410,00 € -Pflegestufe III 665,00 €
Häusliche Pflege <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 <u>Gutscheinen</u> und ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI • Pflegesachleistung wird durch geeignete Pflegekräfte (in der Regel von Pflegediensten) mit Versorgungsvertrag erbracht • Es muss entschieden werden, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung in Anspruch genommen werden soll • 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 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
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> • § 41 SGB XI • Zur Sicherstellung, Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege kann teilstationäre Pflege in Anspruch genommen werden • In Form von <u>Gutscheinen</u> • 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 - <u>Gutscheinen</u> in <ul style="list-style-type: none"> -Pflegestufe I bis zu 384,00 € -Pflegestufe II bis zu 921,00 € -Pflegestufe III bis zu 1.432,00 € • Treffen Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit der Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) oder dem Pflegegeld (§ 37 SGB XI) zusammen, sind diese miteinander zu verrechnen. Die Leistungen dürfen insgesamt die Sachleistungshöchstbeträge (§ 36 Abs. 3 und 4 SGB XI) nicht überschreiten.
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	<ul style="list-style-type: none"> • § 40 Abs. 2 SGB XI • Zum Schutz der Pflegeperson (z.B. Angehörige) bei der Durchführung der häuslichen Pflege; nicht für den Pflegedienst im Rahmen der Erbringung der Pflegesachleistung • Pflegehilfsmittelverzeichnis gemäß § 78 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 128 SGB V – Produktgruppe 54 „Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“ (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 überprüft die Notwendigkeit ggf. unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des MDK • Monatlich in Höhe bis zu 31,00 €

2.2.8 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 03. 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 Buchst. c) SGB IX und § 21 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (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 (s. § 102 Abs. 5 SGB IX und § 18 Abs. 1 Satz 1 SchwbAV) sowie
- gegenüber Leistungen und Leistungsverpflichtungen des Arbeitgebers oder Dritter (s. § 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 (Zuschuss), einkommens- und vermögensunabhängig (vg. § 18 Abs. 2 Nr. 2 Satz 1 SchwbAV),
- im Übrigen anteilige Bezuschussung und/oder Darlehensgewährung nach den Umständen des Einzelfalls (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. 1 Buchst. a) 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 des IntA, Arbeitsplatzbesichtigung, Einholen von Angeboten verschiedener Lieferanten
Zum Erreichen des Arbeitsplatzes (Beschaffung eines Kfz, behinderungsbedingte Zusatzausstattung, Erlangung einer Fahrerlaubnis)	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. b) SGB IX, § 20 SchwbAV i.V.m. den Vorschriften der Kraftfahrzeughilfeverordnung (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 SchwbAVVO) • Leistungsart und -höhe s. §§ 4 – 8 KfzHV

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsge- rechten Wohnung	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. d) SGB IX, § 22 SchwbAV (grds. nur Beam- te/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 Zusammen- hang mit Arbeitsplatz (Betre- ten/Verlassen der Wohnung, Mo- bilität in der Wohnung, ansonsten s. zur Wohnungsausstattung § 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX) • vielfach fachtechnische Begutach- tung durch Beratende Ingenieure der IntÄ
Zur Teilnahme an Maßnahmen zur Er- haltung und Erweite- rung berufl. Kenntnis- se und Fertigkeiten	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. e) SGB IX, § 24 SchwbAV	<ul style="list-style-type: none"> • I.d.R. konkreter Bezug zur derzeit ausgeübten oder alsbald auszu- übenden Tätigkeit erforderlich • primär Übernahme behinderungs- spezifischer Kosten (z.B. Gebär- densprach-Dolmetscher)
In besonderen Le- benslagen	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. f) SGB IX, 25 SchwbAV	<ul style="list-style-type: none"> • Auffangtatbestand für individuelle, arbeitsplatzbezogene, aber nicht spezialrechtlich bereits in den §§ 19 – 24 SchwbAV geregelten Hil- fen und Maßnahmen • einzelfallabhängige Bestimmung der Leistungsart und –höhe
Übernahme der Kos- ten einer notwendigen Arbeitsassistenz (zur Sicherung bestehen- der Beschäftigungs- verhältnisse)	§ 102 Abs. 4 SGB IX, § 17 Abs. 1 a SchwbAV (Rechtsanspruch) i.V.m. den „Emp- fehlungen der Bundesarbeitsge- meinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten (BIH) zur Erbringung finanzieller Leistungen zur Arbeitsassistenz schwerbehin- derteter Menschen gemäß § 102 Abs. 4 SGB IX“ (Stand: 01. Juni 2003) und den Empfehlungen der BIH zur Über- nahme von Kosten für Gebär- densprach-Dolmetscher/innen- Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Behinderungsbedingt erforderliche, regelmäßig wiederkehrende Unterstützung und Hilfestellung am Arbeitsplatz = bei der Ar- beitsausführung (z.B. keine Assis- tenz 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 Dienstleistun- gen • Ermittlung des tagesbezogenen Assistenzstundenbedarfs und entsprechend gestaffelte Bewilli- gungshöhe (mtl. Zuschuss) • mtl. Höchstbetrag (wegen Ver- hältnis der Leistung zum erzielten Arbeitseinkommen), jedoch mit Öffnungsklausel für besondere Einzelfälle • Arbeitsassistenz wird vom sbM selbst beauftragt (Arbeitgebermo- dell, 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 Satz 2 SGB IX § 33 Abs. 8 Satz 2 SGB IX § 33 Abs. 8 Sätze 2 und 3 SGB IX §§ 33 Abs. 8 Satz 4 und 102 Abs. 4 SGB IX	<ul style="list-style-type: none"> • Nur 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 selbstständigen beruflichen Existenz	§ 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. c) SGB IX § 21 SchwbAV § 21 Abs. 1 SchwbAV § 21 Abs. 4 SchwbAV	Gründungsdarlehen <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) • entsprechende Leistungen wie bei abhängig beschäftigten sbM (z.B. Arbeitshilfen, Arbeitsassistenz) i.d.R. als Zuschuss

3. Antragsstellung

Anträge auf Leistungen durch ein Persönliches Budget kann die Antrag stellende Person bei allen unter Ziffer 1 genannten Leistungsträgern schriftlich oder durch sonstige Willenserklärung stellen.

Die Antrag aufnehmende Stelle (i.d.R. der Beauftragte, **siehe Ziffer 4**) 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 III, Ziffer 1**). 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 (**s. Anhang II, 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, 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 beigelegt 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.

4. Bestimmung und Rolle des Beauftragten

Der nach § 14 SGB IX zuständige der beteiligten Leistungsträger wird nach § 17 Abs. 4 SGB IX grundsätzlich Beauftragter und ist damit für die trägerübergreifende Koordinierung der Leistungserbringung verantwortlich. Diese Klarstellung durch das VVG greift einen Vorschlag der Arbeitsgruppe auf.

Diese Regelung auch für Anträge auf Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets, die bei einer Gemeinsamen Servicestelle 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.

Mit dem durch das VVG eingefügten § 17 Abs. 4 Satz 2 SGB IX wird eine weitere Anregung der BAR-Arbeitsgruppe aufgegriffen. Danach 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 ggfs. 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.

Sofern im jeweiligen Einzelfall sich Tatbestände abzeichnen, die den Erlass eines umfassenden und zügigen Gesamtbescheides verzögern, 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 wird und auf diese Weise dem Budgetnehmer das Einlegen der ihm zur Verfügung stehenden Rechtsmittel zum frühestmöglichen Zeitpunkt ermöglicht wird.

Voraussetzung dafür ist eine wirksamere, wirtschaftlichere und zügigere Erreichung der Teilhabeziele und das vorliegende Einverständnis aller Beteiligten.³

5. 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

³ Die BAGüS ist der Auffassung, dass der Beauftragte nicht über das „ob“ der Leistung eines beteiligten Trägers entscheiden kann.

- der Frage, ob die Leistung(en) in Form eines Persönlichen Budgets gewährt werden 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 ausschlaggebend für die Bedarfsfeststellung.

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.

6. 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 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**“) und
- eine ausführliche Form, die (darüber hinaus) eine Einberufung des Gremiums mit allen Teilnehmern beinhaltet („**ausführliches Verfahren**“).

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 Beratung durch das Gremium 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 des Gremiums im trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren liegen Übersichten vor (**siehe Anhang III, Ziffer 2 und 3**).

Vereinfachtes Verfahren

Die Bewilligung und Ausführung eines Persönlichen Budgets nach einem vereinfachten Verfahren unter Nutzung moderner, barrierefreier Kommunikationsmittel und ohne Einberufung des Gremiums 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 des Gremiums eine zügige Leistungserbringung unnötig erschwert würde.

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 des Gremiums. 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 des Gremiums werden schriftlich festgehalten. Die Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets und insbesondere die Mitarbeit im Gremium 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 ist mit der umfassenden Berücksichtigung des Bedarfs der Antrag stellenden Person und mit Verhandlungen über noch offene oder strittige Fragen, die auf gleicher Augenhöhe stattfinden.

7. 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 (vgl. 7.1), die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs (vgl. 7.2) und über die Qualitätssicherung (vgl. 7.3) vor. Die BAR-Arbeitsgruppe empfiehlt darüber hinaus auch Regelungen zum Bedarf an Beratung und Unterstützung (vgl. 7.4) als grundsätzlichen Bestandteil einer Zielvereinbarung aufzunehmen (**siehe auch Anhang III, Ziffer 4 und 5**).

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

Zielvereinbarungen sollen „**SMART**“ und damit

- **spezifisch** (d.h. auf den Einzelfall bezogen, keine Standardfloskeln),
- **messbar** (d.h. keine unverbindlichen/unkonkreten Ziele beschreiben, sondern quantitative bzw. nachweis- und nachprüfbar Parameter benennen),
- **anspruchsvoll** (d.h. keine sich praktisch von selbst einstellenden Ergebnisse oder Selbstverständlichkeiten vereinbaren, sondern vielmehr angemessene fördernde und fordernde Entwicklungen/Ziele, die auch einen eigenen Einsatz des Budgetnehmers voraussetzen, anstreben und vereinbaren),
- **realistisch** (d.h. die vereinbarten Entwicklungen/Ziele müssen zwar anspruchsvoll, aber unter Zugrundelegung der vorhandenen Rahmenbedingungen persönlicher und objektiver Art auch tatsächlich erreichbar sein) und
- **terminiert** (d.h. feste Zeiträume/-punkte zur Zielerreichung/-überprüfung, auch im Sinne von Zwischenergebnissen, vereinbaren, so dass – in Verbindung mit der Messbarkeit – die gebotene Klarheit für alle Beteiligten hergestellt wird) sein.

So sollte zum Beispiel nicht vereinbart werden „Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft soll gefördert werden“, sondern: „Bis zum 31. März 2005 soll Herr S. das Einkufen von Grundnahrungsmitteln selbstständig und ohne die zur Zeit notwendige Unterstützung erledigen können“.

7.1 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 zusammen gefasst. 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 und 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 6 Monaten empfohlen. Damit soll nach einem überschaubaren Zeitraum z.B. eine Möglichkeit geschaffen werden, die bis dahin gewonnenen Erfahrungen auszuwerten, die Zusammensetzung der Komplexleistung 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.

7.2 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.

7.3 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).

7.4 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
- 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).

Auf die Stellungnahme Seite 44 ff. wird hingewiesen.

8. Erlass des Gesamtverwaltungsaktes

Der nach § 14 SGB IX zuständige und am Persönlichen Budget beteiligte Leistungsträger (Beauftragter) 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 II, Ziffer 3**).

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.

8.1 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 und eine ausdrückliche Bindung des Auftragnehmers, insbesondere zu den getroffenen Feststellungen

zum Bedarf, zur Höhe des Teilbudgets, zur Qualitätssicherung und Nachweiserbringung im Hinblick auf die von ihnen jeweils erbrachte Teilleistung, aussprechen.

8.2 Zielvereinbarung als Voraussetzung des Gesamtverwaltungsaktes

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

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.

8.3 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 Leistungsträger),
- die Bankverbindung,
- den Hinweis, dass mit der Auszahlung oder mit der 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.

9. 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.

10. Widerspruchs- und Klageverfahren

Nach § 3 Abs. 5 Satz 2 BudgetV richten sich Widerspruch und Klage gegen den Gesamtverwaltungsakt gegen den Beauftragten. Hilft dieser dem Widerspruch nicht ab, erlässt seine zuständige Widerspruchsstelle 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.

11. 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 Vorleistungen⁴ 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.

⁴ Der Bundesagentur für Arbeit sind solche Vorleistungen haushaltsrechtlich nicht möglich.

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 7.4 „Beratung und Unterstützung“ folgende Stellungnahme abgegeben:

Beratung und Unterstützung

Gemäß § 17 Abs. 3 S. 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 S. 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 festzu-

legen, 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 S. 4 SGB XII); zu den originären Aufgaben einer Gemeinsamen Servicestelle gehört die Beratung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets (§ 22 Abs. 1 S. 1 Ziff. 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 der 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 u. a. können und werden Beratung und Unterstützung rund um die Beantragung eines Persönlichen Budgets leisten.

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 Begleitungsaufgabe 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 S. 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 §§ 93 ff. BSHG (künftig §§ 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 S. 1 Ziff. 5 SGB V i. V. m. § 17 Abs. 3 S. 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 berück-

sichtigenden 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.

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

- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, Herr Prof. Dr. Riedel
- Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg, Herr Dr. Gitschmann
- Berufsbildungswerk Benediktushof Maria Veen, Herr Löbbert
- Bundesagentur für Arbeit, Frau Lewerenz
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, Herr Adlhoch
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter, Herr Krug
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Frau Dr. Holuscha
- Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen, Herr Rodenhäuser
- Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung, Frau Thielicke
- Bundesverband der Innungskrankenkassen, Herr Kukla
- Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte, Herr Müller-Fehling
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Herr Lachwitz
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Frau Dr. Palik
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation, Frau Sperling
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Herr Hagelskamp
- Forum selbstbestimmte Assistenz, Frau Bartz
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Herr Leuwer
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben, Frau Vieweg, Herr Chatzievgeniou
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie Nordrhein-Westfalen, Herr Burkert
- REVERSY, Herr Krzemien
- Sozialministerium Baden-Württemberg, Frau Grundler (bis 30.06.2004)
- Verband der Angestellten-Krankenkassen / AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Herr Dumeier
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Herr Oberscheven
- Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit, Frau Krause-Trapp.

Leitung der Arbeitsgruppe: Herr Giraud (BAR)

I Gesetzliche Grundlagen ab 01. Juli 2004 (unter Berücksichtigung des VVG vom 21. März 2005)

1. 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.

(...)

§ 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 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. (...)

§ 66 Berichte über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe

(...)

(3) Die Bundesregierung unterrichtet die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes bis zum 31. Dezember 2006 über die Ausführung der Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17. Auf der Grundlage des Berichts ist zu prüfen, ob weiterer Handlungsbedarf besteht; die obersten Landessozialbehörden werden beteiligt.

§ 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.

2. 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.

3. 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. (...)

4. 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.
(...)

5. 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. (...)

6. SGB VIII – Kinder – und Jugendhilfe

§ 35 a 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. (...)

7. 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.

§ 35 a Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 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.

8. SGB XII – Sozialhilfe

§ 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.

(...)

9. Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte

§ 7 Leistungen zur Teilhabe Abs. 1

(...)

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

10. 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.

II. 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. gesetzlicher Betreuer, Bezugspersonen, behandelnder Arzt): _____

2. Persönliche Daten:_____
Name, Vorname_____
Geburtsdatum_____
Anschrift_____
evtl. Telefon/Fax/E-Mail_____
Kreditinstitut (Name, Ort)_____
Bankleitzahl_____
KontonummerGeschlecht: 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. Hinweise:

- 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 Gesetzlichen Vertreters

8. Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person/
des Gesetzlichen 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

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

Herrn
Peter Mustermann
Piusallee 44

Ansprechpartner:

48147 Münster

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 Euro.
 - 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 ... Euro,
 - 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 ...Euro 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 ...Euro.

- 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 ... Euro für 90 Übungseinheiten Rehabilitationssport in Herzsportgruppen die im Zeitraum 01.09.2004 bis 31.08.2006 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 30.09.2005 eine Zwischenbestätigung und bis zum 30.09. 2006 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 Euro 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 825 Euro monatlich zur Verfügung gestellt. Als Aufwandspauschale für Regiekosten (z. B. Lohnabrechnung und Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen für die Assistenzkraft durch einen Steuerberater) erhalten Sie zusätzlich 20 Euro monatlich.
- 2.6.2 Der Einsatz der Assistenzkraft dient
- der Vermeidung von regelmäßig an Ihrem Arbeitsplatz anfallenden Hebe- und Tragarbeiten 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 Assistentkraft sowie
 - der Beauftragung eines Dritten hinsichtlich der Lohnabrechnung usw. vor.
- Hinsichtlich der Vorlage des Arbeitsvertrages mit der Assistentkraft 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:) ausgezahlt. Die Auszahlung der ersten Rate erfolgt zum 01.09.2004.
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 2005.
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 2.714 €* monatlich. Die Bewilligung gilt für den Zeitraum vom 01.09.2004 bis 31.08.2006.
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 1.050 €*.
 - Leistungen des Landkreises ... zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gemäß §§ 41, 42 SGB XII in Höhe von 330 €*.
 - Leistungen der AOK ... zur häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI – Pflegesachleistung in Form von Gutscheinen – für die Pflegestufe II in Höhe von 921 €.
 - Aufstockende Leistungen des Landkreises ... zur häuslichen Pflege gemäß §§ 61, 63 SGB XII in Höhe von 413 €*.
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 Hilfeplangesprächs 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:

* Es handelt sich um beispielhafte Beträge.

- 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

7.1 Leistungen 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.

7.2 Grundsicherungsleistungen

Zur Sicherung Ihres Lebensunterhaltes werden Ihnen Leistung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gewährt.

Die Hilfe kann nur gewährt werden, solange die gesetzlichen Voraussetzungen dafür gegeben 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 2.714 € auf Ihr Konto mit der Nummer bei der Volksbank ... (BLZ:) ausgezahlt. Die Auszahlung der ersten Rate erfolgt zum 01.09.2004.

11. Die gemeinsame Überprüfung der in der Zielvereinbarung vom vereinbarten individuelle Förder- und Leistungsziele erfolgt erstmals 6 Monate nach der Auszahlung der ersten Teilrate des Persönlichen Budgets, das heißt im März 2005.

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

III Graphische Darstellungen

Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ aus der Sicht der Antrag stellenden Person

1. Information, Beratung und Unterstützung

2. Klärung des individuellen Förder- und Leistungsbedarfs

3. Beantragung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets

4. Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren mit der Antrag stellenden Person und ggf. einer Person ihrer Wahl und/oder des gesetzlichen Betreuers

5. Information über alle Feststellungen durch den Beauftragten

6. Abschluss einer Zielvereinbarung mit dem Beauftragten

7. Verwaltungsakt und dessen Ausführung erfolgt für die Antrag stellende Person „wie aus einer Hand“ durch den Beauftragten

8. Auszahlung und Erhalt der Gesamtleistung durch den Beauftragten

Interne Koordination der Leistungsform „Persönliches Budget“ durch die Leistungsträger

1. Abklärung von Leistungsansprüchen durch den nach § 17 Abs. 4 SGB IX zuständigen Leistungsträger (Beauftragter)

2. Feststellung der beteiligten Leistungsträger

3. Einholung und Koordinierung der Stellungnahmen der beteiligten Leistungsträger durch den Beauftragten

4. Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren u.a. mit Beratung der Stellungnahmen und der abzuschließenden Zielvereinbarung

5. Feststellung des individuellen Bedarfs durch die beteiligten Leistungsträger nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen und auf der Grundlage der Ergebnisse des Bedarfsfeststellungsverfahrens

6. Abschluss einer Zielvereinbarung mit der Antrag stellenden Person durch den Beauftragten

7. Erlass des u.a. nach § 93 SGB X als gesetzlichen Auftrag legitimierten Gesamtverwaltungsaktes als Gesamtbescheid durch den Beauftragten

8. Zur Verfügung gestellte Teilbudgets werden monatlich im Voraus als Gesamtbetrag ausgezahlt

