

Praxiskommentar von Harry Fuchs zu § 17 SGB IX Ausführung von Leistungen zur Teilhabe

erschienen in: Dietrich Bühr, Harry Fuchs, Dieter Krauskopf, Hans-Günther Ritz (Hg): SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch. Asgard Verlag, 1. Auflage Dezember 2004, ISBN 3-537-56399-X. Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Verlag und den Herausgebern.

Kapitel 2. Ausführung von Leistungen zur Teilhabe

§ 17 Ausführung von Leistungen

(1) 1Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe

1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,

2. durch andere Leistungsträger,

3. unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und –einrichtungen (§ 19) oder

ausführen. 2Er bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. 3Satz 1 Nr. 1 bis 3 gilt insbesondere dann, wenn der Rehabilitationsträger die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann.

(2) 1Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein monatliches persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten aus eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. 2Bei der Ausführung des persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuellen Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt. 3Das persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. 4Budgetfähige Leistungen sind Leistungen, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. 5Eine Pauschalierung weiterer Leistungen bleibt unberührt. 6An die Entscheidung ist der Antragsteller für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(3) 1Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistungen ausgeführt. 2In begründeten Fällen sind Gutscheine auszugeben. 3Persönliche Budgets werden im Verfahren nach § 10 so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. 4Dabei 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 erstangegangene Leistungsträger den Verwaltungsakt und führt das weitere Verfahren durch.

(5) § 17 Abs. 3 in der am 30.6.2004 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 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.

Literatur

Bauer, ZfS 1999 S. 321; Fuchs, Soz. Sich. 2001 S. 150; BMA Medizinisch–berufliche Rehabilitation Einrichtungen in Deutschland"; Zum personengebundenen Budget in den Niederlanden: Korporaal in: Lebenshilfe 2001, 109ff; Maß nehmen und Maß halten in einer Gesellschaft für alle, Von der Versorgung zur selbstbestimmten Lebensführung, Elisabeth Wacker, Gudrun Wansing, Petra Hölscher, Geistige Behinderung 2/2003 S 108ff, 3/2003 S 198ff, 3/2003 S 210ff; Persönliches Budget Teilhabe durch personenbezogene Unterstützung, Gudrun Wansing, Petra Hölscher, Elisabeth Wacker, BAG UG impulse 22 Mai 2002, S 4ff; Modellversuch PerLE zur Einführung eines Persönlichen Budgets, Markus Schäfers, Elisabeth Wacker, Gudrun Wansing, Fachdienst der Lebenshilfe, 2/2004, S 23ff.

1. Entstehung der Norm

1. Entstehung der Norm. Die Vorschrift wurde durch Art 1 SGB IX ab 1. 7. 2001 eingeführt und aus dem RegE (BT–Drucks 14/5531 iVm 14/5074) mit der Änderung übernommen, dass Abs 3 eine verpflichtende Fassung erhielt (BT–Drs 14/5786 S 24 und 14/5800 S 31). Ab 1.7.2004 Abs 1 S 1 Nr 4 gestrichen sowie Abs 2 bis 3 ersetzt durch Abs 2 bis 6 durch Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das SGB vom 23.12.2003 (BGBl I S 3057).

2. Normzweck

2. Normzweck. Die Vorschrift macht den Rehabilitationsträger für die Ausführung der Leistungen verantwortlich und nennt die zulässigen Formen der Leistungsausführung (Abs 1). Abs 2 regelt, unter welchen Voraussetzungen Teilhabeleistungen auf Antrag als Persönliches Budget erbracht werden können.

Abs 3 konkretisiert Bemessung und Ausführung des Persönlichen Budgets. Abs 4 regelt den Erlass des Verwaltungsaktes. Abs 5 gestaltet das Übergangsrecht zu laufenden Modellverfahren. Abs. 6 verpflichtet zur befristeten Erprobung der Bemessungsverfahren unter wissenschaftlicher Begleitung.

3. Bedeutung der Norm

3. Bedeutung der Norm. Mit § 17 wird das Kapitel 2 des SGB IX mit den Vorschriften zur Ausführung der Rehabilitations– und Teilhabeleistungen eingeleitet. Da die für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungsgesetze mit Ausnahme der Regelungen zur Qualitätssicherung (§ 20 SGB IX, §§ 135a, 137d SGB V) grundsätzlich keine Abweichungen zu diesem Kapitel enthalten, sind die Vorschriften dieses Kapitels für alle Rehabilitationsträger unmittelbar wirksames vorrangiges Leistungsrecht (§ 7 Satz 1).

Die in Abs 1 enthaltene Aufzählung der Formen, in denen Leistungen ausgeführt werden können, bedeutet kein Rangverhältnis (BT–Drs 14/5074 S 103). Die Entscheidung über die Auswahl zwischen den Formen der Ausführung trifft der Rehabilitationsträger nach pflichtgemäßem Ermessen, das allerdings durch §§ 1, 4 Abs 1 und Abs 2 S 1 iVm 33 S 1 SGB I, 10 Abs 1, 19 Abs 2 und 4 gebunden ist.

Die bereits seit dem 1.7.2001 eingeführte neue Form der Leistungsausführung als persönliches Budget wird mit der Neufassung der Abs 2 bis 6 ab 1.7.2004 sowohl hinsichtlich der Voraussetzungen, unter denen es gewährt werden kann, wie auch hinsichtlich seiner Bemessung und des mit der Ausführung verbundenen Verfahrens konkretisiert. Mit dem persönlichen Budget werden bisher bereits bestehende Ansprüche auf Sach– und Dienstleistungen modifiziert, jedoch nicht geändert.

Praxiskommentar von Harry Fuchs zu § 17 SGB IX Ausführung von Leistungen zur Teilhabe

4. Formen der Leistungen

4. Absatz 1 Satz 1 enthält eine Aufzählung der Formen der Leistungen, in denen der zuständige Leistungsträger die Leistungen ausführen kann:

1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,
2. durch andere Leistungsträger,
3. unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und Einrichtungen.

Während die Ausführung der Leistungen im Bereich der Krankenversorgung nach dem Fünften Sozialgesetzbuch ausdrücklich Aufgabe der Leistungserbringer (Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärzte im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung oder der Krankenhausträger im Rahmen ihres gemeinsamen Sicherstellungsauftrages mit den Ländern) ist, weist der Gesetzgeber die Ausführung der Rehabilitations- und Teilhabeleistung nach dem Neunten Sozialgesetzbuch ausschließlich den Rehabilitationsträgern selbst als Aufgabe zu. Sie können diese Aufgabe allerdings gemeinsam mit oder durch andere Leistungsträger oder unter Beteiligung geeigneter Leistungserbringer wahrnehmen.

4.1 Bei Ausführung durch den zuständigen Rehabilitationsträger allein, d.h., in eigenen Rehabilitationseinrichtungen, sind folgende Beschränkungen in den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen zu beachten

- im Bereich der Krankenversicherung § 140 Abs 1 SGB V, wonach Leistungen nur in vor dem 1.1.1989 errichteten eigenen Einrichtungen erbracht werden dürfen, soweit die Aufgabe nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann;
- im Bereich der Bundesagentur § 250 SGB III, wonach die Bundesagentur eigene Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nur bei dringendem Bedarf errichten darf, wenn andere geeignete Einrichtungen nicht zur Verfügung stehen;
- im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe § 4 Abs 2 SGB VII, der den Trägern der freien Jugendhilfe den Vorrang vor eigenen Maßnahmen der Jugendhilfeträger einräumt;
- im Bereich der Sozialhilfeträger § 70 Abs 2 SGB XII Abs 2 S, wonach eigene Dienst und Einrichtungen nicht neugeschaffen werden sollen, wenn geeignete Einrichtungen anderer Träger vorhanden sind oder geschaffen werden können.

Im Bereich der Krankenversicherung räumt § 41 Abs 1 Satz 1 SGB V den Krankenkassen in zweifacher Art ein spezielles Ermessen zur Art der Ausführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation iSd § 40 SGB V ein. Sie können für Mütter/Väter nämlich zur Ausführung der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation iSd § 40 SGB V eine Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung auswählen. Macht die Krankenkasse von ihrem im Sinne des § 7 Satz 1 spezifischen – Auswahlermessen Gebrauch und entscheidet sich für die Ausführung in einer Einrichtung des MGW oder einer gleichartigen Einrichtung, muss die medizinische Leistung zur Rehabilitation dort nicht zwingend in der Form der Mutter–Kind–Maßnahme ausgeführt werden. Dies kann und das ist die zweite Ermessensentscheidung im Zusammenhang mit § 41 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der Form der Mutter/Vater–Kind–Maßnahme geschehen.

Lässt die Krankenkasse die medizinische Leistung zur Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes (MGW) oder einer gleichartigen Einrichtung als übliche Leistung zur medizinischen Rehabilitation ausführen, muss die Einrichtung des MGW den Struktur- und Prozessanforderungen des § 111b SGB V genügen. Soll die Leistung als Mutter/Vater–Kind–Maßnahme ausgeführt werden, muss sie den Anforderungen nach § 111a SGB V genügen. Das besondere Auswahlermessen der Krankenkassen nach § 41 SGB V ist auf die Fälle beschränkt, in denen allgemeine Rehabilitationsziele nach §§ 1, 4 Abs 1 SGB IX nicht vorliegen bzw. erreichbar sind, wohl aber die in § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V definierte spezifische Zielsetzung der Krankenbehandlung; d.h., die Ziele der Krankenbehandlung zu unterstützen bzw. das Ergebnis bzw. den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Ziele des § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V nicht identisch mit den Zielen nach §§ 1, 4 Abs 1 SGB IX sind. Im Gegenteil: sind keine Ziele nach §§ 1, 4 Abs 1 SGB IX erreichbar, müsste die medizinische Leistung zur Rehabilitation von der Krankenkasse nach § 4 Abs 2 Satz 1 SGB IX abgelehnt werden, wenn nur die für die Krankenbehandlung in § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V beschriebene Zielsetzung erreichbar wäre. § 41 Abs. 1 Satz 1 SGB V eröffnet für diese Fälle als spezifisch geltendes Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX gleichwohl die ausschließlich im

Zusammenhang mit Maßnahmen für Mütter/Väter bestehende – Möglichkeit, die an sich nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX abzulehnende Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit einer Beschränkung auf die Ziele nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder in einer gleichartigen Einrichtung auszuführen. Zusammenfassend bedeutet das, dass § 41 SGB V bei Erreichbarkeit der Ziele nach § 1, 4 Abs 1 SGB IX keine Anwendung findet, sondern auf die Fälle beschränkt ist, in denen diese Ziele nicht, stattdessen jedoch die Zielsetzung nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V erreichbar sind.

4.2 Die Ausführung gemeinsam mit anderen Leistungsträgern (Nr. 1) findet dann statt, wenn während einer Teilhabeleistung Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen (§ 5) von verschiedenen Rehabilitationsträgern (§ 6) erforderlich sind. Ein Beispiel dafür sind die Leistungen zur Frühförderung nach § 30. Hier kommen im Bedarfsfall Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. ärztliche Behandlung, Heilmittel) neben Leistungen der Sozialhilfe (z.B. Heilpädagogik) in Betracht.

Der Gesetzgeber hat den Rehabilitationsträgern mit dieser Regelung über die in § 30 spezifisch konkretisierten Leistungen der Frühförderung hinaus die Möglichkeit eingeräumt, Teilhabeleistungen gemeinsam und komplex auszuführen, wenn dies zur Erreichung der in §§ 1, 4 Abs 1 genannten Ziele geboten erscheint.

So ist die Ausführung gemeinsam mit anderen Leistungsträgern z.B. geboten, wenn ein Rehabilitationsträger nach dem für ihn geltenden Leistungsrecht die erforderlichen Leistungen nicht so vollständig erbringen kann, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden. Bestimmte, die Teilhabeleistungen auslösende Krankheiten (z.B. im Bereich der Psychiatrie, Geriatrie, Neurologie, aber auch der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen) erfordern für eine wirksame Ausführung der Teilhabeleistung im Sinne der Ziele der §§ 1, 4 Abs 2 einen abgestimmten Einsatz von wechselnden Teilleistungen der Leistungsgruppen 1, 2 und 5 des § 5, der nur bei gemeinsamer Leistungsausführung gewährleistet werden kann.

Praktische Beispiele für diese gemeinsame Leistungserbringung finden sich im Bereich der onkologischen Rehabilitation sowie der Suchtrehabilitation. Wegen des hohen Koordinations-, Kooperations- und Konvergenzbedarfs haben die Rehabilitationsträger in Nordrhein-Westfalen in diesen Bereichen nicht nur die Leistungsausführung, sondern auch die dazu im Vorfeld der Leistungsentscheidung erforderlichen Verwaltungsverfahren in Arbeitsgemeinschaften der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung nach § 94 SGB X gemeinsam institutionell organisiert. Aufgabe der Arbeitsgemeinschaften ist es, im Auftrage ihrer Mitglieder medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für Krebs- bzw. Suchtkranke auszuführen. Die Arbeitsgemeinschaften erhalten Antrag und Befund- (bzw. bei Suchtkranken auch Sozial-)bericht, prüfen, ob die Leistungsvoraussetzungen nachgewiesen sind, wählt die nach Abs 1 Nr. 3 geeignete Rehabilitationseinrichtung aus und erlassen den erforderlichen Verwaltungsakt (§ 94 Abs 4 SGB X).

4.3 Die Leistungsausführung durch andere Leistungsträger (Nr. 2) erfasst nicht nur die Ausführung durch andere Rehabilitationsträger, sondern auch andere Leistungsträger, die nicht Rehabilitationsträger sein müssen bzw. Rehabilitationsträger, die gegenüber dem Berechtigten nicht zur Erbringung von Rehabilitationsleistungen verpflichtet sind. Danach kann z.B. eine Krankenkasse einen Rentenversicherungsträger unter Nutzung der dort vorhandenen Kompetenz bitten, eine Rehabilitationsleistung für die Krankenkasse auszuführen, obwohl der Berechtigte nicht Versicherter der gesetzlichen Rentenversicherung ist. Es handelt sich um Auftragsleistungen, für die die Regelungen der §§ 88 bis 93 SGB X anzuwenden sind. Dabei wird die Ausnahme (Nichtanwendung) des § 88 Abs 1 S 2 SGB X für Teilhabeleistungen der Kriegsopferfürsorge, Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger durch § 17 Abs 1 Nr. 2 als speziellerer Regelung verdrängt (§ 37 Abs 1 SGB I).

In der Praxis verbreitet sind die Verfahren über medizinische Anschlussrehabilitation (AHB), bei denen es den Krankenhäusern unter Beachtung spezifischer Steuerungsverfahren der Rehabilitationsträger – im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung möglich ist, in bestimmten Fällen unabhängig von der Leistungszuständigkeit des Rentenversicherungsträgers oder der Krankenkasse Patienten unmittelbar in eine Einrichtung der Anschlussrehabilitation einzuweisen (Direkteinweisungsverfahren). Die Kosten der Anschlussrehabilitation werden in diesen Fällen unmittelbar vom Rentenversicherungsträger übernommen und bei Zuständigkeit des Krankenversicherungsträgers von diesem

erstattet. Daneben gibt es Vereinbarungen verschiedener Rehabilitationsträger über Eilverfahren, bei denen wegen der besonderen Eilbedürftigkeit des Rehabilitationsantritts dem Rentenversicherungsträger die Entscheidung über medizinische Rehabilitationsleistungen auch für den Fall zugebilligt wird, dass für die Leistung eine Krankenkasse zuständig ist (zB bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit). Die Krankenkassen erstatten dem Rentenversicherungsträger später die Kosten der auftragsweise ausgeführten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation.

Bedeutsame Rahmenregelungen für die Ausführung von Auftragsleistungen, insbesondere hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Leistungsausführung sind § 69 Abs 2 SGB IV sowie auf die noch nach dem Rehabilitations–Angleichungsgesetz bei der BAR getroffenen Gesamtvereinbarungen der Rehabilitationsträger:

- Gesamtvereinbarung über die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Durchführung der Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation vom 1. 9. 1983 (vgl. Anhang 8.3.1)
- Gesamtvereinbarung über die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Durchführung der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation vom 1. 9. 1984 (vgl. Anhang 8.1.1)

sowie die

- Grundsätze der Rentenversicherungsträger zur wirtschaftlichen und sparsamen Durchführung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation in nicht eigenen Rehabilitationseinrichtungen (Kostengrundsätze) vom 10.12.1986 (vgl. Anhang 8.2.1).

Beide Gesamtvereinbarungen und die Grundsätze sind auch nach Inkrafttreten des SGB IX noch wirksam.

4.4 Die Rehabilitationsträger sind nach Nr. 3 berechtigt, im Rahmen ihrer Ausführung der Teilhabeleistungen geeignete, insbesondere auch freie und gemeinnützige oder private Rehabilitationsdienste und –einrichtungen (§ 19) in Anspruch zu nehmen. Im Gegensatz zur Stellung der Leistungserbringer nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (vgl. Rn 4) werden die Rehabilitationsdienste und –einrichtungen hier im Sinne von Erfüllungsgehilfen der Rehabilitationsträger tätig. Die Rehabilitationsträger bleiben selbst für die Ausführung der Leistungen (vgl S 2) verantwortlich, d.h., auch z.B. für die Qualität (§ 20) und die daraus abgeleiteten Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, die allerdings nach § 21 Abs 1 Nr. 1 in Verträgen mit den Leistungserbringern zu vereinbaren sind.

§ 19 enthält keine Definition der Rehabilitationsdienste und –einrichtungen. Zur Ausfüllung der Begriffe, insbesondere die Abgrenzung der beiden Begriffe voneinander, muss auf das Leistungsrecht der Rehabilitationsträger zurückgegriffen werden. Näheres zu den Diensten und Einrichtungen regeln die §§ 109 SGB III, 111,111b SGB V, 24 Abs. 3, 35 Abs. 4 SGB VII, 78a–g SGB VIII, 70ff SGB XII. Bei den Rehabilitationsdiensten handelt es sich danach vor allem um ambulante soziale Hilfsdienste, Sozialstationen, mobile Rehabilitationsdienste etc. Zu den Rehabilitationseinrichtungen gehören neben den Einrichtungen zur Erbringung von ambulanten und stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation insbesondere Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke und Werkstätten für Behinderte Menschen. Die Rehabilitationsdienste und –einrichtungen müssen geeignet (Rn 10) sein.

5.

5. Nach Absatz 1 Satz 2 bleibt der Rehabilitationsträger für die Ausführung seiner Leistungen auch dann verantwortlich, wenn er sie nicht allein ausführt, sondern mit oder durch andere Leistungsträger oder zur Ausführung Rehabilitationsdienste oder –einrichtungen heranzieht. Anders als nach dem Fünften Sozialgesetzbuch im Bereich der Krankenversorgung sind die Rehabilitationsträger nie bloße Kostenträger. Soweit die Rehabilitationsträger Rehabilitationsdienste oder –einrichtungen an der Leistungsausführung beteiligen, haben sie die Auswahl nach pflichtgemäßem Ermessen vorzunehmen. Nicht geeignet sind Rehabilitationsdienste und –einrichtungen, in denen im Einzelfall die aus dem individuellen Rehabilitationsbedarf des Berechtigten abgeleiteten Rehabilitationsziele der §§ 1, 4 Abs 1 mit der von der Einrichtung vorgehaltenen bzw. angebotenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität voraussichtlich nicht erreicht werden können. Weitere Maßstäbe für die Ermessensausübung sind neben der prognostizierten Erreichbarkeit von Rehabilitationszielen im Übrigen die in § 19 Abs. 2 bis 4 enthaltenen Anforderungen, die Beachtung der Grundsätze der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, insbesondere aber auch

die Anforderungen, die sich aus den Wunsch- und Wahlrechten der Berechtigten ableiten (§ 9).

6.

6. Nach Absatz 1 Satz 3 sind die Ausführungsformen des S 1 Nr. 1 bis 3 insbesondere dann in Betracht zu ziehen, wenn der Rehabilitationsträger dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann. Diese Betonung der Grundsätze der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hat bindende Auswirkungen auf die Ausübung des Auswahlmessens im Einzelfall. Bei gleicher prognostizierter Wirksamkeit ist danach der Rehabilitationseinrichtung eines Leistungserbringers der Vorzug vor der eigenen Einrichtung des Rehabilitationsträgers zu geben, wenn der Leistungserbringer die Rehabilitationsleistung wirtschaftlicher ausführt. Umgekehrt ist die Leistung in einer eigenen Einrichtung des Rehabilitationsträgers auszuführen, wenn sie dort trotz höherer Kosten im Verhältnis zu der Einrichtung eines Leistungserbringers – voraussichtlich wirksamer erbracht werden kann. Dies gilt im umgekehrten Verhältnis ebenso. Voraussetzung ist jeweils, dass die Grundlagen für die Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in den verschiedenen Einrichtungen evident sowie transparent und deshalb vergleichbar sind (vgl dazu auch vergleichende Qualitätsanalysen § 20).

7. Ausführung durch ein persönliches Budget

7. Ausführung durch ein persönliches Budget. Das Neunte Sozialgesetzbuch eröffnet den Rehabilitationsträgern seit dem 1.7.2001 die Möglichkeit, Teilhabeleistungen durch ein persönliches Budget auszuführen. Zuvor war diese Form der Leistungserbringung nur in den Erprobungsregelungen für Pauschalierungen in § 101a BSHG enthalten. In den Niederlanden ist das personengebundene Budget (PGN) bereits einigen Jahren eine Form der Leistungserbringung für behinderte Menschen, die im Jahre 2003 durch entsprechende gesetzliche Regelungen landesweit eingeführt ist.

Ziel der Leistungsform des Persönlichen Budgets ist die Verbesserung der individuellen Selbstbestimmung der behinderten Menschen und damit ein zentrales Ziel aus §§ 1, 4 Abs 1. Mit dieser Leistungsform kann die Koordination und Abstimmung der Leistungen am besten vom behinderten Menschen als Experte in eigener Sache bedarfsgerecht verwirklicht werden. Sie ermöglicht den betroffenen Menschen, selbst als Arbeitgeber und Auftraggeber von Assistenzkräften aufzutreten. Durch die stärkere Gewichtung des individuellen Bedarfs soll auch die Entstehung neuer, individualisierter und bedarfsgerechterer Leistungen gefördert werden.

Voraussetzung für ein Persönliches Budget ist, dass dem Grunde nach Anspruch auf Teilhabeleistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4 besteht. Der Budgetnehmer bleibt uneingeschränkt anspruchsberechtigte Person, der zwar als Kunde auf einem Markt von Teilhabeleistungen seinen Bedarf deckt, der jedoch zugleich als Bürger einen sozialstaatlichen Anspruch realisiert und dafür einen Gewährleistungsanspruch gegen seinen Rehabilitationsträger hat (so auch Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti § 17 Rn 20).

Budgetnehmer kann grundsätzlich jede leistungsberechtigte Person im Sinne des Neunten Sozialgesetzbuches sein. Für Minderjährige können Erziehungsberechtigte, für betreute Personen die Betreuer die Verwaltung des Budgets übernehmen. Die mit der Verwaltung (Unterstützung) und Beratung des Berechtigten verbundenen Kosten sind Gegenstand des Budgets (Abs 3 S 3).

Die Ausführung der Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets setzt nach Absatz 2 Satz 1 einen Antrag des Berechtigten voraus. Das Persönliche Budget kann nicht von Amts wegen als Leistungsform gewählt werden und zwar auch dann nicht, wenn dies wirtschaftlicher wäre oder die Koordination der erforderlichen Leistungen in dieser Ausführungsform besser zu gewährleisten wäre. Ebenso wenig besteht eine Pflicht zur Ausführung einer Leistung als Persönliches Budget.

Während der Erprobungsphase nach Abs 6 entscheidet der Rehabilitationsträger über den Antrag auf Ausführung der Leistungen in Form eines persönlichen Budgets.

Nach der Erprobungsphase besteht nach § 159 Satz 5 ab 1.1.2008 ein Rechtsanspruch auf die Ausführung eines persönlichen Budgets (BT Drs. 15/1514 S 73).

Vor dem 1.7.2004 bestanden unterschiedliche Positionen in der Frage, ob persönliche Budgets in Betracht kommen, ohne dass diese neue Form der Versorgung in Modellvorhaben erprobt wurde. Die GKV-Spitzenverbände haben die Auffassung vertreten, dass Krankenkassen erst dann außerhalb von Modellvorhaben an Persönlichen Budgets mitwirken, wenn die in Abs 5 genannten Modellvorhaben abgeschlossen sind (Gemeinsames Rundschreiben vom 18. 6. 2001). Diese Auffassung entsprach bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das SGB am 1.7.2004 nicht dem bis dahin geltenden Recht (so auch Haines in LPK-SGB IX § 17 Rn 10). Seit der Neufassung der Abs 2 bis 6 durch dieses Gesetz entbehrt sie jedenfalls jedweder Legitimation.

Der Bundesrat hatte im Gesetzgebungsverfahren zum Neunten Sozialgesetzbuch vorgeschlagen, die Träger der Kinder- und Jugendhilfe von der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe durch ein persönliches Budget ausdrücklich auszunehmen. Die Regelungen des SGB VIII seien mit der Einführung eines persönlichen Budgets nicht vereinbar (BR-Drucks 49/01). Die Bundesregierung hat diesen Vorschlag in ihrer Gegenäußerung (Drucks 14/5639) zurückgewiesen. Die Möglichkeit, eine Leistung zur Teilhabe durch ein persönliches Budget auszuführen, sollte auch für die Kinder- und Jugendhilfe erhalten bleiben.

Außerdem hatte der Bundesrat zur Klarstellung vorgeschlagen, dass die Verantwortlichkeit des zuständigen Rehabilitationsträgers für die Ausführung der Leistungen nur insoweit bestehe, als sich aus dem jeweiligen Leistungsrecht nichts Abweichendes ergibt. Die Verantwortlichkeit im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sei differenziert geregelt. Die Bundesregierung ist diesem Vorschlag ebenfalls nicht gefolgt

8.

8. Absatz 2 Satz 1 räumt den Berechtigten das Recht ein, die Leistungen nicht in den in Abs 1 Nr. 1 bis 3 genannten Formen, sondern stattdessen als Persönliches Budget auszuführen. Es handelt sich danach nicht um eine eigenständige Leistung, sondern lediglich um eine andere Art der Ausführung der Leistungen. Daher ist das Persönliche Budget auch kein Einkommen im Sinne des Steuerrechts oder von sozialrechtlichen Vorschriften.

Wird ein Antrag auf Persönliches Budget gestellt und sind die in den Sätzen 2 bis 4 beschriebenen Tatbestände gegeben, ist auch im Rahmen des eingeräumten Ermessens während der Übergangszeit bis 31.12.2007 – die Leistung als persönliches Budget auszuführen. Leistungsberechtigte können durch das Persönliche Budget selbst entscheiden, welche Hilfen sie überhaupt und wann sie diese Hilfen in Anspruch nehmen sowie wie und durch wen. Insoweit sind die im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts entwickelten Grundsätze zu berücksichtigen (§ 3 Abs 1 Nr 1 BudgetV) Der Leistungsberechtigte verwaltet sein Persönliches Budget eigenverantwortlich. Mit dem Persönlichen Budget erhalten die Leistungsberechtigten über einen längeren Zeitraum in der Regel eine Geldleistung, sodass für sie sachliche, zeitliche und soziale Dispositionsspielräume entstehen, die den maßgeblichen Anreiz der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets ausmachen. (BT-Drs 15/1514 S 72). Der Zeitrahmen für das persönliche Budget ist gesetzlich nicht begrenzt und wird vom Beauftragten nach Abs 4 BudgetV (soweit erforderlich unter Beteiligung der übrigen Leistungserbringer – § 3 Abs 3 –) unter Berücksichtigung des zugrunde liegenden individuellen Bedarfs an Teilhabeleistungen sowie des zur Erreichung der Rehabilitationsziele voraussichtlich erforderlichen Zeitaufwandes im Rahmen des Bedarfsfeststellungsverfahrens nach § 3 BudgetV gemeinsam mit dem Antragsteller festgelegt (vgl Rn 25).

Absatz 2 Satz 2 benennt als am Persönlichen Budget beteiligte Leistungsträger die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter. Damit werden zugleich die Leistungen definiert, aus denen sich das Persönliche Budget zusammensetzen kann. Über die in dieser Regelung genannten Leistungsträger hinaus können nach §§ 2 Abs 2 iVm § 11 Abs 1 Nr. 5 SGB V auch die Krankenkassen auf Antrag die in § 2 SGB V genannten Leistungen als Teil eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets erbringen. Mit der Regelung des § 52 SGB XII wird behinderten Menschen nach § 48 SGB XII, mit dem in § 35a SGB VIII enthaltenen Verweis auf § 52 SGB XII wird Kindern- und Jugendlichen

und mit dem neuen § 35a SGB XI wird Pflegebedürftigen die Teilnahme an dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget eröffnet, sodass auch die Sozialhilfe– sowie die Kinder– und Jugendhilfeträger in das Persönliche Budget einbezogen sein können. Einbezogen sind allerdings nur die Leistungen der genannten Sozialleistungsträger bzw. des Integrationsamtes, die budgetfähig im Sinne des Satzes 4 sind (vgl. Rn 18 bis 20).

Absatz 2 Satz 3 schreibt die Erbringung des Persönlichen Gesamtbudgets trägerübergreifend als Komplexleistung fest. Ziel der Komplexleistung ist eine zwischen den jeweils beteiligten Leistungsträgern abgestimmte Leistungserbringung, die bei den Leistungsberechtigten aus einer Hand ankommt, ohne die Zuständigkeit der Leistungsträger zu ändern. Weitergehende Leistungen, z. B. einmalige Geldleistungen oder Sachleistungen, werden neben den budgetfähigen Leistungen wie bisher erbracht (BT–Drs. 15/1514 S 72).

In Absatz 2 Satz 4 werden die budgetfähigen Leistungen definiert. Danach handelt es sich um solche Leistungen, die sich über einen längeren Zeitraum regelmäßig wiederholen, sich auf alltägliche und regiefähige Bedarfe beziehen. Gelegentliche sowie kurzfristige Hilfebedarfe und einmalige Leistungen werden damit ausgeschlossen und können weiterhin neben dem Persönlichen Budget erbracht werden. Typische budgetfähige Leistungen können insbesondere die Hilfe zur Mobilität, Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Hilfen zur häuslichen Pflege und häuslichen Krankenpflege, regelmäßig wiederkehrend benötigte Hilfs– und Heilmittel sowie Hilfen zum Erreichen des Ausbildungs– oder Arbeitsplatzes (Fahrtkosten) sein (BT–Drs. 15/1514 S 72).

Regelmäßig wiederkehren Leistungen, wenn sie in feststellbaren Zeitabständen (z.B. täglich, wöchentlich, monatlich oder jährlich) anfallen und einen erkennbaren Rhythmus aufweisen. Alltägliche Bedarfe sind solche, die zur individuellen Bewältigung der Anforderungen in Arbeit, Familie und Gesellschaft sowie zur Gestaltung des eigenen Lebensumfeldes erforderlich sind und/oder die eigenen Ressourcen (persönlich, sozial, umweltbezogen) gewährleisten oder erweitern.

Regiefähig sind Leistungen, über die der Budgetnehmer allein oder mit Assistenz verfügen und entscheiden kann, insbesondere darüber, mit welchen Zielen, in welcher Zeit, wann und wo sowie von wem die Leistungen ausgeführt werden. ES reicht aus, dass nur einzelne der genannten Indikatoren regiefähig sind.

Mit Blick auf die beteiligten Leistungsträger (vgl. Rn 16) können Bestandteil eines Persönlichen Budgets Leistungen

der Krankenbehandlung
der medizinischen Rehabilitation
der Teilhabe am Arbeitsleben
der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
bei Pflegebedürftigkeit sein.

Während die Bestimmungen des Achten und Neunten Sozialgesetzbuches hinsichtlich der Budgetfähigkeit auf diese Regelung verweisen, enthält § 35a Satz 1 SGB XI eine enumerative Aufzählung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, die budgetfähig sind. Es handelt sich hierbei um Leistungen bei häuslicher Pflege sowie um teilstationäre Leistungen, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe im Sinne des Neunten Buches beziehen. Von der Pflegeversicherung werden bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen folgende Leistungen für das Persönliche Budget zur Verfügung gestellt: Pflegesachleistung (§ 36), Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37), Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38), Kostenübernahme bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 2) sowie Tages– und Nachtpflege (§ 41). Im Rahmen der Kombinationsleistung (§ 38) ist als Geldleistung nur das anteilige und betragsmäßig im Voraus bestimmte Pflegegeld budgetfähig, da die Budget–Geldleistung monatlich im Voraus an den Budgetnehmer ausgezahlt wird (§ 3 Abs. 4 der Budgetverordnung) und bei Unsicherheit über das genaue Verhältnis der Pflegesachleistung zum Pflegegeld das anteilige monatliche Pflegegeld nur nachträglich in der Höhe ermittelt und gezahlt werden kann. Sofern es sich bei den von der Pflegekasse für das Persönliche Budget zur Verfügung gestellten Leistungen um Sachleistungen handelt, die nur von zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden können, ist eine Erbringung als Geldleistung nach dem Recht der Pflegeversicherung ausgeschlossen. Um diese Leistungen dennoch budgetfähig zu machen, können diese Leistungen

ausschließlich in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von Leistungen bei zugelassenen Leistungserbringern berechtigen (BT–Drs 15/1514 S 63).

Das Fünfte Sozialgesetzbuch enthält keine Konkretisierung, welche Leistungen dieses Sozialgesetzbuches budgetfähig sind. Danach haben die Krankenkassen im Rahmen ihrer Selbstverwaltung eigenverantwortlich nach pflichtgemäßem Ermessen auf der Grundlage des § 17 Abs 2 Satz 4 SGB IX zu entscheiden, welche Leistungen des Fünften Sozialgesetzbuches als budgetfähig anzusehen sind. Sie haben dies in einem Gemeinsamen Rundschreiben als Empfehlung der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen zur Umsetzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets gem. § 17 SGB IX vom 28.6.2004 (vergl. Anhang 10.0.1) geregelt.

Die Spitzenverbände sehen als budgetfähig zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z.B. Inkontinenzprodukte), Betriebskosten bei Hilfsmitteln (z.B. Stromkosten), Aufwendersersatz für Blindenführhunde (Pauschale nach § 14 BVG), Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Fahrkosten (z.B. zur Dialysebehandlung), Reisekosten, Rehabilitationssport, Funktionstraining und Gebärdensprachdolmetscher an.

Ausdrücklich als nicht budgetfähige Leistungen werden insbesondere ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, Arzneimittel, Heilmittel, technische Hilfen und medizinische Rehabilitationsleistungen nach §§ 40, 41 SGB V und die Krankenhausbehandlung angesehen. Eine tragfähige Begründung enthält das gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände dafür nicht. Als nicht regiefähig durch den Berechtigten und deshalb nicht budgetfähig können ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, stationäre Rehabilitationsleistungen nach §§ 40, 41 SGB V sowie die Krankenhausbehandlung angesehen werden. Die Begründung des Gesetzes sieht demgegenüber regelmäßige benötigte Hilfsmittel und Heilmittel ausdrücklich ohne Einschränkung als budgetfähig an (BT–Frucks.15/1514 S 72). Ambulante Rehabilitationsleistungen können über einen Gutschein durchaus regie- und budgetfähig sein, wenn sie regelmäßig wiederkehrend erforderlich sind (Rn 21). Die im Rundschreiben enthaltene Bindung der Budgetfähigkeit daran, dass die Leistungen voraussichtlich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erbracht werden, ist ebenfalls rechtlich nicht legitimiert. Die Zeitdauer des Budgets ist bedarfsabhängig durch den beauftragten Leistungsträger gemeinsam mit den weiteren beteiligten Leistungsträgern und dem Antragsteller festzustellen und kann auch weniger als sechs Monate betragen (§ 3 BudgetV).

Ebenfalls nicht haltbar ist die im Abschnitt I, Allgemeines, letzter Absatz des gemeinsamen Rundschreibens enthaltene Feststellung, dass nur solche Leistungen in das persönliche Budget einbezogen werden können, über deren Grundanspruch der zuständige Leistungsträger (bereits) positiv entschieden hat. Eine vorherige Leistungsentscheidung des zuständigen Leistungsträgers über Teilleistungen ist nach der Zielsetzung und dem Kontext der Regelungen bei Komplexleistungen gerade nicht erforderlich. Die beteiligten Leistungsträger stellen den Teilhabebedarf und die erforderlichen Teilbudgets innerhalb von einer Woche nach Abschluss des Bedarfsfeststellungsverfahrens gemeinsam fest (§ 3 Abs 4 BudgetV) und der Beauftragte erlässt darüber den erforderlichen Verwaltungsakt, d.h., er entscheidet über den Antrag (Abs 4 aaO). Ziel ist es darüber hinaus, dass die Rehabilitationsträger alsbald in gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 2 Nr 2 regeln, in welchen Fällen sie welche Leistungen als Persönliches Budget (auf welche Weise) anbieten. Auf der Grundlage solcher gemeinsamen Empfehlungen kann der beauftragte Leistungsträger wie in § 3 Abs 3 BudgetV ausdrücklich vorgesehen (soweit erforderlich) – auch ohne Beteiligung der weiteren Leistungsträger über das gesamte Persönliche Budget entscheiden, weil es auf der Grundlage des in der gemeinsamen Empfehlung gemeinsam fallbezogen festgelegten Leistungsrahmens bei individuell festgestelltem Leistungsbedarf, auf den dieser Leistungsrahmen bedarfsgerecht zutrifft, einer Beteiligung aller einzelnen Leistungsträger im Einzelfall nicht mehr bedarf.

Nicht Gegenstand eines Persönlichen Budgets sind Leistungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen, da es sich dabei nicht um alltägliche, regelmäßig wiederkehrende Bedarfe handelt (anders Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti § 17 Rn 19). Dabei ist es unerheblich, dass die Leistungen in stationären Einrichtungen auch aus dem Wahlrecht nach § 9 Abs 2 ausdrücklich ausgenommen sind (vgl § 9 Rn 11), weil das Persönliche Budget nicht identisch ist mit der Erbringung der Sachleistungen als Geldleistungen nach § 9 Abs 2 S 1. Entscheidend ist, dass Leistungen in stationären Einrichtungen durchweg weder alltäglich sind, noch durch regelmäßig wiederkehrende Bedarfe ausgelöst werden. Ambulante Leistungen zur Teilhabe einschl. ambulanter medizinischer Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen

können dagegen u.U. bei bestimmten Indikationen (z.B. geriatrische Rehabilitation) ggfls. für einen längerfristigen, wenn auch insgesamt in der Regel begrenzten Zeitraum – durchaus regiefähige, alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe decken. Da es sich dabei durchweg um Sachleistungen handelt, müssten sie, um sie budgetfähig zu machen, von den Rehabilitationsträgern in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden. Organisatorisch erscheint dies bei diesen Leistungen jedenfalls nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

Absatz 2 Satz 5 stellt klar, dass unabhängig von der Leistungsausführung durch ein Persönliches Budget für weitere ggfls. daneben zu gewährende Leistungen (z.B. nicht regiefähige, nicht alltägliche, nicht regelmäßig wiederkehrende Leistungen) eine Leistungspauschalierung ebenfalls zulässig ist.

Absatz 2 Satz 6 eröffnet den Antragstellern die Möglichkeit, nach sechs Monaten aus dem Budget wieder auszusteigen. Das Gesetz sieht eine entsprechende Regelung für den Ausstieg des/der Rehabilitationsträger(s) nicht vor. Diese können die Leistung nur dann einstellen, wenn die mit der Leistung verfolgten Ziele erreicht sind, d.h., der Berechtigte in das Leben in der Gemeinschaft eingegliedert ist oder Ziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs 1 zweifelsfrei nicht mehr erreichbar sind (§ 4 Abs 2 S 1) oder die in dieser Vorschrift enthaltenen Anforderungen an das Persönliche Budget nicht mehr erfüllt werden können. Eine nicht bedarfsgerechte Bemessung des Budgets dürfte kein Anlass für einen vorzeitigen Ausstieg sein, weil das Bedarfsfeststellungsverfahren nach § 3 Abs 6 BudgetV in begründeten Fällen auch vor Ablauf der Zweijahresfrist wiederholt werden kann.

9.

9. Absatz 3 regelt die Art der Leistungserbringung. Bei dem Persönlichen Budget handelt es sich nach Satz 1 in der Regel um eine in Geld bemessene, budgetierte Einzelleistung (BT–Drs. 14/5074 S 103, BT–Drs 15/1514 S 72).). Aber auch Gutscheine (Satz 2) oder Sachleistungsansprüche bei Diensten und Einrichtungen bzw. eine Mischung dieser Varianten können Gegenstand sein. Diese Alternativen sollen jedoch die begründete Ausnahme sein, wenn z.B. die dies zur Ausprägung einer Sachleistung oder zur Sicherung der Qualität der Leistung notwendig ist.

Nach Satz 3 ist das Persönliche Budget so zu bemessen, dass der individuelle festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. Da das Persönliche Budget einer behinderten Person die Deckung des Bedarfs an Teilhabeleistungen in eigener Steuerung und Verantwortung ermöglichen soll, ist es grundsätzlich individuell nach den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit zu bemessen. Dabei sind die dem Leistungsberechtigten verfügbaren Beschaffungsmöglichkeiten zu Grunde zu legen.

Da die Gesamtverantwortung des Rehabilitationsträgers nach Abs 1 S 2 auch bei Ausführung der Leistungen durch ein Persönliches Budget besteht, kann der Rehabilitationsträger den Budgetnehmer beim Zugang zu preisgünstigen und qualitätsgesicherten Leistungen – ggfls. durch Abschluss von Verträgen nach § 21 unterstützen, um die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. Ist das Budget nicht bedarfsdeckend, besteht der gegen den Rehabilitationsträger bestehende Anspruch auf Teilhabeleistungen in der nicht gedeckten Höhe fort.

Ob der individuelle Bedarf tatsächlich durch das Persönliche Budget gedeckt werden kann, hängt entscheidend von der Feststellung des Bedarfs ab. Der Gesetzgeber knüpft dazu an § 10 an und verpflichtet den zuständigen Rehabilitationsträger, im Verfahren nach § 10 den individuellen Bedarf (Abs 1 S 2) festzustellen (vgl § 10 Rn 7 – 10). Um auszuschließen, dass die mit der Budgetbildung verbundene Pauschalierung vorwiegend als Instrument zur Kostensenkung genutzt wird (so z.B. die Intention des Berichts der Rürup–Kommission, Abschnitt 5, Reformvorschläge zur Sozialen Pflegeversicherung, Ziffer 5.2.6, S 199), bedarf es systematisierter Assessmentverfahren, die in Deutschland derzeit erst entwickelt bzw. erprobt werden (vgl. z.B. Projekt PERLE Modellversuch der Universität Dortmund zur Einführung eines Persönlichen Budgets im stationären Wohnen in Kooperation u.a. mit dem Landschaftsverband Westfalen–Lippe). Bis solche wissenschaftlich fundierten Assessmentverfahren eingeführt sind, haben alle Beteiligten darauf zu achten, dass der individuelle Bedarf unter Berücksichtigung der ICF möglichst umfassend und vollständig festgestellt und auf dieser Basis gemeinsam mit dem Betroffenen sein Ressourcen–Bedarf festgelegt sowie sein Budget

bemessen wird (Bedarfsfeststellungsverfahren, vgl. § 3 BudgetV).

Satz 4 legt grundsätzlich eine Obergrenze des Gesamtbudgets fest, um Leistungsausweitungen und damit unkalkulierbare Mehrkosten für die Leistungsträger zu vermeiden. Die Höhe des Gesamtbudgets soll danach im Einzelfall die Kosten aller ohne Budget zu erbringenden bisher individuell festgestellten Leistungen nicht überschreiten. Von diesem Grundsatz kann in besonders begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Dies könnte z.B. geboten sein, wenn den bisher stationär betreuten Leistungsberechtigten nur so ein Umsteigen auf ambulante Betreuung unter Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets übergangsweise ermöglicht werden kann.

10.

10. Das BMGS auf der Grundlage der in § 21a verankerten Ermächtigung am 27.5.2004 mit Wirkung zum 1.7.2004 eine Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung BudgetV vgl. Anhang 2.1) erlassen.

Damit werden die Ausführung von Leistungen in Form Persönlicher Budgets, der Inhalt Persönlicher Budgets sowie das Verfahren und die Zuständigkeit der beteiligten Leistungsträger verbindlich konkretisiert (§ 1). § 2 BudgetV bindet von den Krankenkassen auch Leistungen, die nicht Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX sind (d.h. auch budgetfähige Leistungen des SGB V wie zB Heil- und Hilfsmittel), sowie von den Trägern der Sozialhilfe auch Leistungen der Hilfe zur Pflege (vgl. Rn 19) in das Persönliche Budget ein und stellt in Satz 2 ausdrücklich fest, dass das Persönliche Budget als trägerübergreifende Komplexleistung erbracht wird, wenn mehrere Leistungsträger beteiligt sind. § 3 Abs 1 und 2 verpflichten den nach § 17 Abs 4 zuständigen Leistungsträger oder den Träger der gemeinsamen Servicestelle (wenn der Antrag dort gestellt wird) als Beauftragten, die an der Komplexleistung beteiligten Leistungsträger unverzüglich zu beteiligen und von diesen Stellungnahmen zum Bedarf, der Höhe und zur Art des Budgets (Geldleistung oder Gutscheine), zum Inhalt der Zielvereinbarungen nach § 3 sowie zum Unterstützungs- und Beratungsbedarf einzuholen. Die Stellungnahme soll innerhalb von zwei Wochen abgegeben werden. Nach § 3 Abs 3 hat insbesondere der Beauftragte die Ergebnisse der nach § 3 Abs 1 BudgetV getroffenen Feststellungen sowie die Zielvereinbarung nach § 4 in einem trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren gemeinsam mit dem Berechtigten und ggfls einer Person seiner Wahl zu beraten. Auf dieser Grundlage stellen die beteiligten Leistungsträger nach § 3 Abs 4 innerhalb einer Woche das auf sie entfallende Teilbudget fest. Nach § 3 Abs 5 erlässt der Beauftragte nach Abschluss der Zielvereinbarung nach § 4 den Verwaltungsakt und erbringt die Leistung. Rechtsbehelfe richten sich gegen den Beauftragten, wobei unklar ist, wie die übrigen beteiligten Leistungsträger für ihre Teilbudgets rechtsverbindlich in das bei dem Beauftragten durchzuführende Widerspruchsverfahren (insbesondere in den Widerspruchsausschuss) einbezogen werden können. Geldleistungen sind monatlich im Voraus auszuzahlen, wobei die beteiligten Leistungsträger dem Beauftragten ihre Teilbudgets rechtzeitig zur Verfügung zu stellen haben. Mit der Auszahlung bzw. der Ausgabe von Gutscheinen gilt der gegen die Träger der Teilleistungsbudgets bestehende Anspruch insoweit als erfüllt. Nach § 3 Abs 6 ist das Bedarfsfeststellungsverfahren in der Regel im Abstand von zwei Jahren wiederholt, wobei in begründeten Fällen von dieser Frist abgewichen werden kann.

Nach § 4 Abs 1 ist zwischen dem Antragsteller und dem Beauftragten eine Zielvereinbarung abzuschließen, die mindestens Regelungen über die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele, die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie die Qualitätssicherung enthält. Die Zielvereinbarung kann von beiden Beteiligten aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung schriftlich gekündigt werden, wenn ihnen die Fortsetzung nicht zumutbar ist (§ 4 Abs 2) Nach Abs 2 S 2 kann ein wichtiger Grund für den Antragsteller insbesondere in seiner persönlichen Lebenssituation liegen, wenn zB das bemessene Budget seinen Bedarf nicht deckt oder eine Veränderung des Bedarfs eingetreten ist. Für den Beauftragten kann ein wichtiger Kündigungsgrund die Nichtvorlage des Nachweises der Bedarfsdeckung (Zweckbindung der Mittel) oder der Qualitätssicherung (S 3) oder aber die Unwirksamkeit oder Unwirtschaftlichkeit der ausgeführten Leistungen sein. Im Falle der Kündigung wird der Verwaltungsakt aufgehoben (S 4). Die Zielvereinbarung wird nach § 4 Abs 3 im Rahmen des Bedarfsfeststellungsverfahrens nach § 3 für die Dauer des Bewilligungszeitrahmens der Leistungen des Persönlichen Budgets abgeschlossen, soweit nichts Abweichendes vereinbart wird. .

11.

11. Absatz 4 regelt, welcher Leistungsträger im Auftrag und Namen der anderen beteiligten Leistungsträger den Verwaltungsakt erlässt und das weitere Verfahren durchführt. Die Leistungsberechtigten erhalten so die Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets aus einer Hand. Beauftragter Träger ist der nach § 14 erstangegangene Träger, wenn er Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets zu erbringen hat. Eine Beauftragung erfolgt nur, wenn das Persönliche Budget Leistungen mehrerer Leistungsträger enthält. Handelt ein Leistungsträger auf Grund gesetzlichen Auftrages (§ 93 des Zehnten Buches), wird § 88 Abs. 1 Satz 2 des Zehnten Buches bereits durch Gesetz ausgeschlossen.

12.

12. Absatz 5 stellt sicher, dass Modellvorhaben, die zur Erprobung der Einführung Persönlicher Budgets vor dem 1.7.2004 nach § 17 Abs. 3 in der am 30. Juni 2004 geltenden Fassung begonnen wurden, zu Ende geführt werden können. Das bis zu diesem Zeitpunkt geltende Recht verpflichtete die Rehabilitationsträger, die Einführung persönlicher Budgets durch Modellvorhaben zu erproben, weil in der Bundesrepublik Deutschland bisher kaum Erfahrungen mit Persönlichen Budgets vorliegen. Im Rahmen solcher Modelle sollten Kriterien u.a. für die Eignung und Bemessung der Leistung, aber auch Verfahrenswege entwickelt werden, mit denen die Einhaltung der zu beachtenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sichergestellt werden kann (z.B. schriftliche Vereinbarung mit dem Betroffenen).

13.

13. Absatz 6 bestimmt, dass während der Zeit eines Anspruchs auf Ermessen vom 1. Juli 2004 bis 31. Dezember 2007 Persönliche Budgets unter wissenschaftlicher Begleitung erprobt werden. Die Regelung greift die Forderung der Praxis nach einer Erprobungsphase von mindestens zwei Jahre auf. In der Zeit vom 1. Juli 2004 bis 31. Dezember 2007 ist deshalb von den Leistungsträgern über Anträge auf Ausführung von Teilhabeleistungen als Persönliches Budget nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Ab 1. Januar 2008 hat der Antragsteller nach § 159 Satz 5 seinen Rechtsanspruch auf die Ausführung von Leistungen als Persönlichen Budget.

© Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen
www.behindertenbeauftragter.de
www.SGB-IX-umsetzen.de