

**"Der Autor kommentiert § 17 Abs. 2 - 6 SGB IX und erläutert u.a. die sozialrechtsübergreifend bei allen Solleistungsträgern wirksame Regelung, ihre Ziele, die Berechtigten, die budgetfähigen Leistungen, die beteiligten Solllialeistungsträger, das Verfahren der Erbringung aus einer Hand durch einen federführenden Träger sowie das Verfahren nach der Budget-Verordnung."**

**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 seit 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 ).

**14**

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.

## 15

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

## 16

**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. Der Budgetnehmer verfügt allein oder mit Assistenz und entscheidet, insbesondere darüber, mit welchen Zielen, in welcher Zeit, wann und wo sowie von wem die Leistungen ausgeführt werden, was dem gestrichenen Begriff der „Regiefähigkeit“ bzw. des „Regie Führens“ entspricht. 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 ( vergl Rn 25 ). Dem entspricht auch. Die ursprünglich in Satz 1 enthaltene Festlegung auf ein monatliches Budget wurde durch Art 8 Nr. 3aa des Verwaltungsvereinfachungsgesetzes ausdrücklich gestrichen. In Abs. 3 S 1 ist nunmehr nur noch bei laufenden Leistungen eine monatliche Gewährung vorgesehen.

## 17

**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 ( vergl. Rn 19 bis 21 ).

## 18

**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 ).

## 19.

In **Absatz 2 Satz 4** werden die budgetfähigen Leistungen definiert. Budgetfähig sind danach neben den in Satz 1 genannten Teilhabeleistungen auch alle Leistungen der Krankenkassen, der Pflegekassen sowie die Leistungen der Unfallversicherungsträger bei Pflegebedürftigkeit und der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfeträger, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen. Mit den durch Art 8 Nr 3 B bb rückwirkend ab 1.7.2004 bewirkten Änderungen ist es nunmehr bedeutungslos, ob die Leistungen sich auch über einen längeren Zeitraum regelmäßig wiederholen und sich auf regiefähige Bedarfe beziehen. Gelegentliche sowie einmalige Leistungen werden damit weiterhin ausgeschlossen, können jedoch neben dem Persönlichen Budget zusätzlich erbracht werden. Typische budgetfähige Leistungen können insbesondere die Hilfe zur Mobilität ( SGB V, VII, IX und XI ), Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB IX), Hilfen zur häuslichen Pflege und häuslichen Krankenpflege ( SGB V, SGB VII), regelmäßig wiederkehrend benötigte Hilfs- und Heilmittel (SGB V, VII, IX u XI) sowie Hilfen zum Erreichen des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes (Fahrtkosten – SGB III, VI, VII, VIII) sein ( BT-Drs. 15/1514 S 72 ).

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.

Mit Blick auf die beteiligten Leistungsträger ( vergl. Rn 17 ) 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.

## 20

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 und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe 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 ).

## 21

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 S 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 ), Aufwendungsersatz für Blindenführhunde (Pauschale nach § 14 BVG), Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Fahrkosten (zB 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 22 ). 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.

## 22

Nicht Gegenstand eines Persönlichen Budgets sind Leistungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen, da es sich dabei nicht um alltägliche, regelmäßig wiederkehrende Bedarfe handelt ( anders *Wolti* in *Lachwitz/Schellhorn/Wolti* § 17 Rn 19 ). Dabei ist es unerheblich, dass die Leistungen in stationären Einrichtungen auch aus dem Wahlrecht nach § 9 Abs 2 ausdrücklich ausgenommen sind ( vergl § 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.

## 23

**Absatz 2 Satz 5 (alt)** der klarstelle, dass unabhängig von der Leistungsausführung durch ein Persönliches Budget für weitere – ggfls. daneben – zu gewährende Leistungen ( zB nicht regiefähige, nicht alltägliche, nicht regelmäßig wiederkehrende Leistungen ) eine Leistungspauschalierung ebenfalls zulässig ist, wurde durch Art 8 Nr. 3 cc des Verwaltungsvereinfachungsgesetzes aufgehoben. Dabei handelt es sich um eine redaktionelle Korrektur im Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch ( vergl BT-Drs 15/4228, S 31 ).

## 24

**Absatz 2 Satz 5** 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.

25

**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 ), die als Geldleistung monatlich zu erbringen ist. Aber auch Gutscheine ( **Satz 2** ) oder Sachleistungsansprüche bei Diensten und Einrichtungen bzw. eine Mischung dieser Varianten können Gegenstand sein, für deren Erbringung das Prinzip der monatlichen Leistungserbringung nicht gilt. Diese Alternativen sollen jedoch die begründete Ausnahme sein, wenn zB die dies zur Ausprägung einer Sachleistung oder zur Sicherung der Qualität der Leistung notwendig ist.

26

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 ausdrücklich an § 10 an und verpflichtet den zuständigen Rehabilitationsträger, entsprechend § 10 Abs. 1 den individuellen Bedarf ( Abs 1 S 2 ) funktionsbezogen festzustellen ( vergl § 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 (vergl. zB 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, vergl. § 3 BudgetV ).

27

**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 zB geboten sein, wenn den bisher stationär betreuten Leistungsberechtigten nur so ein Umsteigen auf ambulante Betreuung unter Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets übergangsweise ermöglicht werden kann.

28

**10.** Das BMGS hat 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 ( **Butgetverordnung – BudgetV** – vergl. 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 ( vergl. 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 ( vgl. Rn 28 zu Abs 4 S 3 ). 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. .

29

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, d.h., er ein „zuständiger Träger“ im Sinne des § 14 sein kann. Danach kann der Antrag auf Ausführung der Leistungen als persönliches Budget nicht bei irgendeinem Träger gestellt werden, dessen Recht budgetfähige Leistungen vorsieht, sondern nur bei einem Träger der auch für mindestens eine der Leistungen im Rahmen des beantragten persönlichen Budgets zuständig ist ( BT-Drs 15/4228 S 31 ). Eine Weiterleitung des bei einem zuständigen Leistungsträger gestellten Antrages auf Ausführung der Leistungen als persönliches Budget an andere Leistungsträger ist nur zulässig, wenn der Leistungsträger, bei dem der Antrag zunächst gestellt wurde, weder für eine der beantragten Leistungen zuständig ist, noch eine solche bereits erbringt ( BT-Drs. 15/4228 aaO)

Die durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz angefügten neuen **S 2** und **3** ermöglichen es den Leistungsträgern, abweichend von der Regelung des Satzes 1 Ausnahmen zu vereinbaren, wenn dies im Interesse des Leistungsberechtigten liegt. Deswegen setzt eine Weiterleitung ausdrücklich die Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten voraus und kann gegen seinen Willen nicht vollzogen werden.

Ein Interesse des Leistungsberechtigten an der Weiterleitung kann gegeben sein, wenn sich die Beteiligung des Leistungsträgers nach Abs 4 S 1 nur auf einen geringen Teil des zu erbringenden persönlichen Budgets oder nur auf Einzelleistungen begrenzt.

Der neue **S 3** berücksichtigt im Interesse der Leistungsberechtigten und entsprechend der allgemeinen Regeln über das Vorverfahren, dass es auch in Fällen des Widerspruchs nicht zu wechselnden Beteiligten kommt. Soweit sich der Widerspruch auf Teilbudgets bezieht, die auf der Grundlage der für die übrigen beteiligten Leistungsträger geltenden Leistungsgesetze erbracht werden, ist der Beauftragte bei der Entscheidung im Rahmen des gesetzlichen Auftragsverhältnisses an die Auffassung der Auftraggeber gebunden ( § 89 Abs. 5 SGB X ).

### 30

**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 ua für die Eignung und Bemessung der Leistung, aber auch Verfahrenswege entwickeln werden, mit denen die Einhaltung der zu beachtenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sichergestellt werden kann (zB schriftliche Vereinbarung mit dem Betroffenen).

### 31

**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.