

Das Persönliches Budget – Sozialleistungen aus einer Hand

von Harry Fuchs¹, Düsseldorf

Neben der Menschenwürde als übergeordnet bindende Norm entfalten die Grundrechte, insbesondere der Gleichheitssatz, das System der Freiheitsrechte sowie der Schutz von Leben und Gesundheit ethisch-moralische und rechtliche Maßstäbe für die Lebenssituation chronisch kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen.

Die Gleichheitssätze, insbesondere das Benachteiligungsverbot, sichern pflegebedürftigen und behinderten Menschen rechtliche und soziale Gleichheit. Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe sowie die Beseitigung von Benachteiligungen. Auf dem System der Freiheitsrechte basiert u.a. die Zielsetzung – und zugleich Verpflichtung der Sozialleistungsträger – chronisch kranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu helfen, trotz des wegen einer chronischen Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit bestehenden Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Selbstbestimmung und selbstbestimmte Lebensführung sind jedoch nicht nur eine Frage rechtlicher Freiheit, d.h., der Anerkennung als Rechtsperson und der Tragweite der Einschränkungen grundrechtlicher Freiheiten. Selbstbestimmung ist vielmehr gerade für chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen davon abhängig, ob sie die tatsächlichen Voraussetzungen zur Freiheitsausübung haben und ob diese in ihrer Lebenssituation verwirklicht werden können². Selbstbestimmung ist deshalb insbesondere die reale Möglichkeit, mit eigener Stimme zu sprechen, Freiheiten auszuüben und Entscheidungen zu treffen, mit denen das Leben kurzfristig und langfristig gestaltet wird.

Demgegenüber ist die Inanspruchnahme von Sozialleistungen in der Regel eher dadurch gekennzeichnet, dass nicht der Berechtigte selbst, sondern Dritte, insbesondere ein Sozialleistungsträger darüber entscheidet, ob jemand Leistungen erhält, um welche Leistungen es sich handelt, wie diese Leistungen gestaltet sind und wo bzw. wann diese Leistungen ausgeführt werden.

Um dieser Fremdbestimmung entgegenzuwirken und die Selbstbestimmung zu fördern, eröffnete zunächst das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) chronisch kranken und behinderten Menschen seit dem 1.7.2001 die Möglichkeit, bei den Rehabilitationsträgern die Ausführung von Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen durch ein persönliches Budget zu beantragen.

Nach § 2 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) sollen auch die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Auf dem Hintergrund dieser Zielsetzung können die Spitzenverbände der Pflegekassen seit dem 1.1.2002 einheitlich und gemeinsam Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Dabei sind vorrangig Möglichkeiten des persönlichen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben.

Mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das SGB hat der Gesetzgeber § 17 SGB IX rückwirkend ab 1.7.2004 als eine für das gesamte Sozialrecht wirksame Regelung weiterentwickelt, auf deren Grundlage eine große Zahl von Sozialleistungen verschiedener

¹ Die vom Verfasser erstellte Kommentierung des § 17 SGB IX ist als Auszug aus dem Kommentar Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz zum SGB IX (asgard-verlag, St. Augustin) nachfolgend abzurufen oder auf der Internetplattform des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen www.sgbix-umsetzen.de einzusehen.

² Felix Welti (2005), Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 496 ff, Mohr Siebeck, Tübingen

Sozialleistungsträger als persönliches Budget zusammengefasst und durch einen federführenden Sozialleistungsträger aus einer Hand ausgeführt werden kann.

Das Persönliche Budget ist seitdem nicht mehr nur eine Art der Leistungsausführung im Rahmen des Behindertenrechts, sondern ein Instrument des gesamten Sozialrechts, mit dem die Schnittstellen des gegliederten Systems bei der Ausführung von Sozialleistungen auf der Grundlage unterschiedlicher Gesetze durch verschiedene Sozialleistungsträger überwunden werden können und zugleich die Selbstbestimmungsrechte der Berechtigten die Fremdbestimmung durch die Leistungsträger ersetzen.

Damit übernimmt das deutsche Sozialrecht europäische Entwicklungen, wie z.B. in den Niederlanden. Dort war das „personengebundene Budget (PGN)“ bereits seit einigen Jahren eine Form der Leistungserbringung für behinderte Menschen, die im Jahre 2003 durch entsprechende Gesetze landesweit zum Standardleistungsverfahren ausgedehnt wurde.

Persönliches Budget – Instrument zur Ausübung der Selbstbestimmung

Leistungsberechtigte sollen durch das Persönliche Budget selbst entscheiden können, welche Hilfen sie überhaupt und wann sie diese Hilfen in Anspruch nehmen wollen sowie auf welche Weise und durch wen die Hilfen erbracht werden sollen. Der Leistungsberechtigte verwaltet sein Persönliches Budget eigenverantwortlich. Der Budgetnehmer verfügt über sein Budget allein oder mit Assistenz und entscheidet insbesondere darüber, mit welchen Zielen, in welcher Zeit, wann und wo sowie von wem die Leistungen ausgeführt werden.

Mit dieser Leistungsform des Persönlichen Budgets 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.

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). Durch die stärkere Gewichtung des individuellen Bedarfs soll auch die Entstehung neuer, individualisierter und bedarfsgerechter Leistungen gefördert werden.

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 hat³.

Budgetnehmer kann grundsätzlich jede leistungsberechtigte Person sein, die budgetfähige Sozialleistungen von einem oder mehreren Sozialleistungsträgern beanspruchen kann. 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 (BR-Drucks 49/01). Die Bundesregierung hat diesen Vorschlag in ihrer Gegenäußerung (Drucks 14/5639) zurückgewiesen, sodass auch die Teilhabeleistungen des Kinder- und Jugendhilferechts Gegenstand eines Persönlichen Budgets sein können. erhalten. 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 (§ 17 Abs. 3 S. 3 SGB IX).

Die Ausführung der Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets setzt im Sinne der Selbstbestimmung einen Antrag des Berechtigten (Abs. 2 S. 1 aaO) oder seines Vertreters voraus. Das Persönliche Budget kann nicht durch den Sozialleistungsträger von Amts wegen als Leistungsform gewählt werden und zwar auch dann nicht, wenn dies wirtschaftlicher wäre

³ so auch Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti § 17 Rn 20

oder die Koordination der erforderlichen Leistungen in dieser Ausführungsform besser zu gewährleisten wäre.

Persönliches Budget nach dem SGB IX/ SGB XI

Obwohl sowohl das Persönliche Budget sowohl nach dem SGB IX wie nach dem SGB XI das Ziel der Förderung der selbständigen und selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verfolgen, haben die Budgets einen unterschiedlichen Charakter.

Mit den Persönlichen Budgets nach § 8 Abs. 3 SGB XI soll im Rahmen von Modellvorhaben das Persönliche Budget als „neue qualitätsgesicherte Versorgungsform“ für pflegebedürftige Menschen erprobt werden. Da „Leistungen“ und „Versorgungsform“ im Sozialrecht unterschiedliche Bedeutung haben, ist offen, welche Auswirkungen das Ergebnis der Modellvorhaben für die Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechts haben kann. Denkbar wäre z.B. die Flexibilisierung bestehender Vorschriften des vorhandenen Rechts (z.B. hinsichtlich der Lockerung der Bindung der Leistungsausführung in § 36 Abs. 2 SGB XI an die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen), damit der Berechtigte die starren Leistungen selbstbestimmt bedarfsgerechter gestalten kann. Diskutiert wird auch, das „Persönliche Budget“ als eigenständige Leistung in das SGB XI aufzunehmen.

Letzteres kollidiert mit dem Prinzip des auch im Bereich der Pflegeversicherung bereits anzuwendenden § 17 SGB IX, wonach es sich bei dem Persönlichen Budget nicht um eine eigenständige Leistung, sondern lediglich um eine andere Art der Ausführung der Leistungen handelt. § 17 Absatz 2 Satz 1 räumt den Berechtigten ausdrücklich das Recht ein, die in den verschiedenen Sozialgesetzen definierten Leistungen nicht in den dort beschriebenen Ausführungsformen, sondern stattdessen als – ggfls. sozialrechtsübergreifendes - Persönliches Budget auszuführen. Weil es sich dabei nicht um eine eigenständige Leistungsart handelt, ist das Persönliche Budget auch kein Einkommen im Sinne des Steuerrechts oder von sozialrechtlichen Vorschriften.

Budgetfähige Leistungen

Nach § 17 Abs. 2 Satz 3 SGB IX erbringen die beteiligten Sozialleistungsträger das Persönliche Budget ausdrücklich „trägerübergreifend als Komplexleistung“. 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 vielen Veröffentlichungen zum Persönlichen Budget nach § 17 SGB IX – wird vom „Integrierten Budget“ (im Gegensatz zu den Modell-Budgets nach § 8 Abs. 3 SGB XI) gesprochen und der Eindruck erweckt, dabei handele es sich um eine spezifische Regelung für Menschen mit Behinderungen. Die nachfolgende Auflistung zeigt, dass dieser Ansatz seit dem 1.7.2004 falsch ist. Es handelt sich nämlich nicht um spezifisches Behindertenrecht, sondern um eine Regelung, die zwar formal im Behindertenrecht angesiedelt ist, durch die entsprechenden Bezugnahmen in dem für die jeweiligen Sozialleistungsträger geltenden spezifischen Recht jedoch zu unmittelbar für diese Träger und ihre Leistungen geltendem Recht wird:

- § 2 Abs. 2 SGB V: Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets erbracht werden
- § 17 Abs. 2 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe können auf Antrag auch durch ein persönliches Budget ausgeführt werden
- § 35a SGB XI: ..können auf Antrag Leistungen nach §§ 36,37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und 41 SGB XI auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets erbracht werden
- § 57 SGB XII – Leistungen der Eingliederungshilfe können als trägerübergreifendes persönliches Budget erbracht werden.

Gegenstand eines Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX können danach Leistungen der Krankenbehandlung der medizinischen Rehabilitation der Teilhabe am Arbeitsleben der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bei Pflegebedürftigkeit sein, soweit diese in den für die jeweiligen Sozialleistungsträger geltenden Gesetzen als budgetfähige Leistungen definiert sind. Danach kommen für ein Persönliches Budget Leistungen der Krankenkassen, der Pflegekassen, die Leistungen der Unfallversicherungsträger bei Pflegebedürftigkeit und der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfeträger sowie **alle** Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation **aller** Rehabilitationsträger in Betracht.

Voraussetzung für die Budgetfähigkeit einer Leistung ist nur, dass sie sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe bezieht. 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.

Im Gegensatz zu der bis 30.6.2004 geltenden Fassung des § 17 SGB IX ist es nunmehr bedeutungslos, ob die Leistungen sich auch über einen längeren Zeitraum regelmäßig wiederholen und auf regiefähige Bedarfe beziehen. Lediglich gelegentliche sowie einmalige Leistungen können damit weiterhin nicht Gegenstand eines Persönlichen Budgets sein, wohl aber 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).

Budgetfähige Leistungen der Krankenversicherung

Das Fünfte Sozialgesetzbuch enthält keine Konkretisierung, welche seiner Leistungen budgetfähig sind. Danach haben die Krankenkassen im Rahmen ihrer Selbstverwaltung die Budgetfähigkeit nach pflichtgemäßem Ermessen auf der Grundlage des § 17 Abs 2 S 4 SGB IX zu entscheiden. Die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen haben die aus ihrer Sicht budgetfähigen Leistungen in einer gemeinsamen Empfehlung vom 28.6.2004 konkretisiert. Obwohl der Gesetzgeber für die Ausführung als persönliches Budget keine Einschränkung der Leistungen der Krankenversicherung vorsieht, beschränkt die Empfehlung die Budgetfähigkeit auf folgende Leistungen des SGB V:

Häusliche Krankenpflege	Haushaltshilfe
Fahrtkosten	Reisekosten
Rehabilitationssport	Funktionstraining
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	
Betriebskosten bei Hilfsmitteln	
Aufwendungsersatz für Blindenführhunde	
Gebärdensprachdolmetscher.	

In der gemeinsamen Empfehlung werden – in der Sache weder nachvollziehbar, noch von der Zielsetzung des Gesetzes her gerechtfertigt - ausgenommen: Ärztliche Behandlung, Heilmittel, bestimmte Hilfsmittel, Arzneimittel, Reha-Leistungen, obwohl letztere nach § 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX ausdrücklich bereits gesetzlich einbezogen sind. Zudem sieht die Begründung des Gesetzes regelmäßige benötigte Hilfsmittel und Heilmittel ausdrücklich ohne Einschränkung als budgetfähig an (BT-Drucks.15/1514 S 72).

Für bestimmte pflegebedürftige Menschen sind die Überwindung der Schnittstellen des Systems und ein selbstbestimmtes Leben durch die Ausgrenzung z.B. der Soziotherapie oder der ambulanten bzw. stationären Hospizleistungen nicht erreichbar.

Leider enthält die Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen auch rechtlich nicht legitimierte Restriktionen zum Verwaltungsverfahren. So ist z.B. die Bindung der Budgetfähigkeit daran, dass die Leistungen voraussichtlich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erbracht werden, 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 (federführende Leistungsträger) 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 könnte der beauftragte Leistungsträger – wie in § 3 Abs 3 BudgetV ausdrücklich vorgesehen („so-eit 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.

Die Empfehlung der Spitzenverbände datiert unmittelbar vor Inkrafttreten der Neufassung des § 17 SGB IX am 1.7.2004, d.h., zu einem Zeitpunkt, zu dem die „Regiefähigkeit“ einer Leistung noch Voraussetzung für die Budgetfähigkeit war. Dies dürfte die Ursache für die beschriebene Beschränkung auf wenige Leistungen sein. Da die Spitzenverbände ihre Empfehlung jedoch bis heute nicht neu gefasst haben, muss von der bekannten Fassung ausgegangen werden. Da diese jedoch dem geltenden Recht nicht mehr entspricht, sollten die Berechtigten ihre Ansprüche entsprechend der jetzt geltenden Rechtslage erheben und ggfls. im Rechtsweg vor den Sozialgerichten durchsetzen.

Budgetfähige Leistungen der Pflegeversicherung

Während die Bestimmungen des Fünften, Achten und Zwölften Sozialgesetzbuches hinsichtlich der Budgetfähigkeit auf die Anwendbarkeit des § 17 SGB IX verweisen enthält § 35a Satz1 SGB XI eine enumerative Aufzählung der Leistungen der 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 nach § 36**
- Pflegegeld nach § 37 Abs. 1
- Kombinationsleistung nach § 38*, **
- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel nach § 40 Abs. 2
- Tags- und Nachtpflege nach § 41**

*nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung

****Sachleistungen als Gutschein.**

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).

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.

Budgetfähige Leistungen der Rehabilitationsträger (einschl. Sozialhilfeträger)

Die Rehabilitationsträger – einschl. der Träger Sozialhilfe bzw. Kinder- und Jugendhilfe – können nach dem SGB IX bzw. SGB XII zum persönlichen Budget vor allen Dingen folgende **Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** beisteuern:

- Versorgung mit anderen als in §§ 31 SGB IX bzw. § 40 SGB XI genannten Hilfsmitteln
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohneinrichtungen
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich sind, behinderte Menschen für sie erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen

Nicht Gegenstand eines Persönlichen Budgets sind Leistungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen, da es sich dabei nicht um alltägliche, regelmäßig wiederkehrende Bedarfe handelt⁴. 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 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.

Leistungskonkurrenz

Die Entscheidungspraxis der beteiligten Sozialleistungsträger erfordert den Hinweis, dass pflegebedürftige Menschen in der Regel zugleich auch

- behinderte Menschen im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX oder von
- Behinderung bedrohte Menschen im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX

sind. Ein Mensch ist auch dann behindert oder von Behinderung bedroht, wenn er pflegebedürftig ist oder wird und er verliert seine Rechte und Ansprüche nach dem SGB IX nicht etwa

⁴ anders Welti in Lachwitz/Schellhorn/Welti § 17 Rn 19

deshalb, weil er zugleich auch als Pflegebedürftiger Leistungen nach dem SGB XI beanspruchen kann.

Danach kann z.B. ein Sozialhilfeträger Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach §§ 55 ff SGB IX nicht etwa mit der Begründung ablehnen, dass der Antragsteller pflegebedürftig sei und Leistungen ausschließlich noch auf der Grundlage des SGB XI zu prüfen und zu entscheiden seien. Mit Blick auf die unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Ziele der Sozialgesetzbücher V, IX, XI und XII können im Recht fast deckungsgleich formulierte Leistungsansprüche (z.B. Hilfsmittel) materiell ganz unterschiedlich ausgeprägt sein, je nach dem, ob damit die gesundheitliche Grundversorgung, die Mobilität in einer Pflegeeinrichtung oder die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erreicht werden soll. Es kann deshalb wegen der bestehenden Leistungskonkurrenz allenfalls um die Vermeidung ungerechtfertigter Doppelleistungen gehen.

Ausführung des persönlichen Budgets

Das persönliche Budget nach § 17 SGB IX ist

- in der Regel als (bei laufenden Leistungen monatlich fällige) Geldleistung
- in begründeten Fällen durch Gutscheine (Abs. 2 Satz 4)
- Sachleistungsansprüche bei Diensten und Einrichtungen
- eine Mischung dieser Varianten

auszuführen, wobei

- in § 35a SGB XI ausdrücklich klargelegt wird, dass die Gutscheine auch im Bereich der Pflegeversicherung dazu dienen, Sachleistungen budgetfähig zu handhaben, was im Ergebnis – vergleichbar den Modellvorhaben nach § 8 Abs. 2 SGB XI - auch die bedarfs- und zielgerichtete Anpassung der gesetzlich definierten Leistungen an die Anforderungen des Einzelfalles und insoweit einen Ermessensspielraum hinsichtlich der Leistungsausgestaltung beinhaltet.
- Das heißt für Sachleistungen im Rahmen des SGB V bzw. SGB IX auch, diese auf den nach § 10 SGB IX festgestellten individuellen Bedarf funktionsbezogen zuschneiden zu können.

§ 17 Abs. 3 Satz 2 SGB IX schreibt ausdrücklich vor, dass die persönlichen Budgets auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 SGB IX getroffenen Feststellungen so bemessen werden müssen, dass der individuelle festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann.

Damit sind die Kosten der individuellen Beratung und Unterstützung, d.h., des Case-Managements, ausdrücklich Gegenstand des Budgets und von den Leistungsträgern zu finanzieren.

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. Weil 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 Rahmenverträgen nach § 21 SGB IX – 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.

§ 17 Abs. 4 SGB IX 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

Feststellung des Bedarfs

Im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget wird eine weitere Regelung des SGB IX – nämlich die zur Bedarfsfeststellung nach § 10 – ausdrücklich über das Leistungsrecht des SGB IX hinaus auf alle übrigen Sozialgesetze und beteiligte Sozialleistungsträger erstreckt. Die Träger, die an einem persönlichen Budget beteiligt sein können, sind danach nunmehr im Rahmen der für sie geltenden spezifischen Sozialgesetze verpflichtet, für die Bemessung des persönlichen Budgets die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzustellen und schriftlich so zusammen zu stellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die funktionsbezogene Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs erfordert die Feststellung von Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Sinne der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. Auf dieser Grundlage ergibt sich dann zu den verschiedenen Ausprägungen der Teilhabebeeinträchtigungen (Körperliche, seelische, soziale Integrität, Integrität der Aktivitäten und Leistungen) der interdisziplinäre Leistungsbedarf auf der Grundlage der verschiedenen Sozialleistungsgesetze, die in dem Persönlichen Budget zusammengefasst und aus einer Hand ausgeführt werden.

Derzeit entspricht jedoch das Verfahren zur Feststellung des individuellen, funktionsbezogenen Leistungsbedarfs bei keinem Sozialleistungsträger den gesetzlichen Anforderungen bzw. den Maßstäben der ICF:

- SGB IX: Interdisziplinäre Sachverständigengutachten nach § 14, die Art und Umfang der Teilhabebeeinträchtigungen im Sinne der ICF vollständig und umfassend erheben; tatsächlich jedoch – auch nach gemeinsamer Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“ vorwiegend rein medizinische Gutachten, die sich im Wesentlichen auf die Feststellung der Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Integrität beschränken
- SGB V: Med. Begutachtung des MDK nach § 275 Abs. 1 SGB V; tatsächlich: häufig nur ärztliche Verordnung zu rein medizinisch definierten Sachverhalten
- SGB XI: Pflegeeinstufung durch den MDK nach § 18 SGB XI: Gesetzlich ausdrücklich beschränkt auf die Untersuchung der – vorwiegend durch körperliche Beeinträchtigungen verursachte – Einschränkungen im Sinne des § 14 Abs. 4 XI.

Im Rahmen der derzeit bis 31.12.2007 laufenden Modell- und Erprobungsphase muss es deshalb primär darum gehen, geeignete Assessmentverfahren im Sinne des § 10 SGB IX zu gestalten, die den gesetzlichen Anforderungen entsprechen.

U.a. wegen dieser Defizite im Zusammenhang mit der Bedarfsfeststellung besteht bis zum 31.12.2007 lediglich ein Ermessensanspruch auf die Ausführung eines persönlichen Budgets, der allerdings ab 1.1.2008 durch einen Rechtsanspruch ersetzt wird (§ 159 SGB IX).

Das Verfahren nach der BudgetV

Das **Verfahren** zur Beantragung, Entscheidung und Ausführung eines persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 – 4 SGB IX ist für alle beteiligten Sozialleistungsträger einheitlich und verbindlich in der Budgetverordnung (BudgetV) vom 27.5.2004 geregelt.

Danach ist der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger oder der Träger der gemeinsamen Servicestelle, bei der der Antrag gestellt wird, als „Beauftragter“ Herr des Verfahrens. Er

- beteiligt die übrigen leistungsverpflichteten Träger (§ 3 Abs. 1 u. 2 BudgetV)
- stellt den Budgetbedarf fest und holt Stellungnahmen der übrigen Träger ein
 - zum Bedarf, der durch Budget gedeckt wird

- der Höhe des Budgets
- dem Inhalt der Zielvereinbarung
- dem Beratungs- und Unterstützungsbedarf
- berät gemeinsam mit dem Berechtigten- ggfls. auch mit den übrigen Trägern – in einem Bedarfsfeststellungsverfahren das Ergebnis seiner Feststellungen sowie die Zielvereinbarung (§ 3 Abs. 3 BudgetV) über
 - die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele
 - die Erforderlichkeit des Nachweises für die Deckung des individuellen Bedarfs sowie
 - die Qualitätssicherung
- erlässt den Verwaltungsakt und erbringt für alle Träger die Leistung (§ 3 Abs. 5 BudgetV)
- wiederholt das Bedarfsfeststellungsverfahren in der Regel im Abstand von 2 Jahren, wobei in begründeten Ausnahmefällen von dieser Frist abgewichen werden kann (§ 3 Abs. 6 aaO).

§ 17 Abs. 2 Satz 5 SGB IX eröffnet den Antragstellern die Möglichkeit, nach sechs Monaten aus dem Budget wieder „auszusteigen“. Das Gesetz sieht eine entsprechende Regelung für den „Ausstieg“ des/der Sozialleistungsträger(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.