

**AOK-Bundesverband, Bonn**

**Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen**

**IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach**

**See-Krankenkasse, Hamburg**

**Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel**

**Bundesknappschaft, Bochum**

**Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg**

**AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**

---

**28. Juni 2004**

**Empfehlungen der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen zur Umsetzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets gemäß § 17 SGB IX**

Im Rahmen des Artikels 8 Nr. 4 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) ist unter anderem § 17 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) neu gefasst und es sind die Grundsätze zum Persönlichen Budget geregelt worden. Danach können auf Antrag Leistungen zur Teilhabe durch ein monatliches Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Das Persönliche Budget wird bei Beteiligung verschiedener Leistungsträger trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht.

Durch Einfügung des § 21a in das SGB IX wurde das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ermächtigt, durch Rechtsverordnung Näheres zum Inhalt und zur Ausführung des Persönlichen Budgets, zum Verfahren sowie zur Zuständigkeit bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger zu regeln. Diese Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX vom 27. Mai 2004 (Budgetverordnung; BGBl. I S. 1055) sowie die gesetzlichen Regelungen treten am 1. Juli 2004 in Kraft.

Die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen geben mit diesen Empfehlungen erste Umsetzungshinweise für eine einheitliche Rechtsanwendung des Persönlichen Budgets in der Praxis der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung.

Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) werden außerdem trägerübergreifend Umsetzungsempfehlungen erarbeitet, die in Ergänzung zu diesen Empfehlungen zur Verfügung gestellt werden.

In der Praxis auftretende Probleme sowie offen gebliebene Fragen zu den Neuregelungen werden in den regelmäßigen Besprechungen der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen sowie mit den anderen Leistungsträgern geklärt.

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Gesetzestexte</b>	<b>4</b>
<b>Rechtsverordnung</b>	<b>7</b>
<b>I. Allgemeines</b>	<b>9</b>
<b>II. Ausgestaltung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets</b>	
1. Rechtscharakter	10
2. Leistungsträger	10
3. Koordinierung durch den Beauftragten	10
4. Antragstellung	11
5. Budgetfähige Leistungen	12
6. Stellungnahmen an den Beauftragten	13
6.a zum Bedarf	14
6.b zur Höhe des Teilbudgets	14
6.c zum Inhalt der Zielvereinbarung	14
6.d zum Beratungs- und Unterstützungsbedarf	15
7. Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren	15
8. Zielvereinbarung	16
9. Bescheiderteilung	17
10. Widerspruch und Klage gegen das Persönliche Budget	17
11. Leistungsbeginn/-ende	18
12. Zahlung und Höhe des Persönlichen Budgets	18
13. Kündigung der Zielvereinbarung	18
14. Verwaltungskostenersatz	19
15. Modellvorhaben	19

<b>III. Besondere Hinweise für die gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung</b>	
<b>1. Besonderheiten bei der gesetzlichen Krankenversicherung</b>	<b>20</b>
<b>2. Besonderheiten bei der Pflegeversicherung</b>	<b>20</b>
<b>3. Erhebung statistischer Daten zur Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets</b>	<b>20</b>
<b><u>Anlage 1:</u></b>	
<b>Liste der budgetfähigen Leistungen - Krankenversicherung</b>	<b>21</b>
<b><u>Anlage 2:</u></b>	
<b>Liste der budgetfähigen Leistungen - Pflegeversicherung</b>	<b>24</b>

## Gesetzestexte

### SGB V

#### § 2 Leistungen

(1) ...

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

#### § 11 Leistungsarten

(1) ...

2. - 4. ...,

5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX.

### SGB IX

#### § 10 Koordinierung der Leistungen

(1) [Satz 1 - 3] ... Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn die Leistungen durch das Persönliche Budget nach § 17 Abs. 2 nur von einem Leistungsträger ausgeführt werden.

(2) - (4) ...

#### § 17 Ausführung von Leistungen, Persönliches Budget

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe

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

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

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

(4) **Enthält das Persönliche Budget Leistungen mehrerer Leistungsträger, erlässt der nach § 14 erstangegangene und beteiligte Leistungsträger im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger den Verwaltungsakt und führt das weitere Verfahren durch.**

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

(6) **In der Zeit vom 01. Juli 2004 bis zum 31. Dezember 2007 werden Persönliche Budgets erprobt. Dabei sollen insbesondere modellhaft Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erprobt werden.**

## **§ 22 Aufgaben**

- (1) ...,  
1. ...,  
2. bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, **bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets** und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,  
3. - 8. ...

(2) ...

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

**[Ab 01. Januar 2005:]**

(1) - (2) ...

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

**§ 21a**  
**Verordnungsermächtigung**

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

**§ 159**  
**Übergangsregelungen**

(1) - (4) ...

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

**SGB XI**

**§ 35a**  
**Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget**  
**nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX**

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

## **Rechtsverordnung**

### **Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung - BudgetV)**

vom 27. Mai 2004

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

#### **§ 1 Anwendungsbereich**

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

#### **§ 2 Beteiligte Leistungsträger**

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

#### **§ 3 Verfahren**

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

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

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

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

(3) Der Beauftragte und, soweit erforderlich, die beteiligten Leistungsträger beraten gemeinsam mit der Antrag stellenden Person in einem trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren die Ergebnisse der von ihnen getroffenen Feststellungen sowie die gemäß

§ 4 abzuschließende Zielvereinbarung. An dem Verfahren wird auf Verlangen der Antrag stellenden Person eine Person ihrer Wahl beteiligt.

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

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

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

#### **§ 4 Zielvereinbarung**

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

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

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

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

#### **§ 5 Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am 1. Juli 2004 in Kraft.

## I. Allgemeines

Ziel des Persönlichen Budgets ist, den Leistungsberechtigten ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Hierbei wird der individuelle Bedarf ermittelt und der entsprechende Leistungsanspruch grundsätzlich als Geldleistung ausbezahlt. Das Persönliche Budget bietet somit einen Einstieg zu mehr Eigenverantwortlichkeit bei der Entscheidung über die Art, den Zeitpunkt und den Umfang der notwendigen Hilfen. Mit dem Persönlichen Budget erhält der Leistungsberechtigte die Mittel, um selbst entscheiden zu können, welche Hilfen durch welchen Dienst oder durch welche Person zu dem von ihm gewünschten Zeitpunkt erbracht werden. Gegenüber den Leistungserbringern treten nicht mehr die Leistungsträger als Vertragspartner auf, sondern grundsätzlich die Leistungsberechtigten. Im Bereich der Pflegeversicherung gilt das Vorgenannte mit der Einschränkung, dass anstelle von Sachleistungen Gutscheine zur Inanspruchnahme zugelassener Leistungserbringer zur Verfügung gestellt werden.

Die Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets kann sowohl in Bezug auf Leistungen eines einzelnen Leistungsträgers als auch als trägerübergreifendes Budget beantragt werden, sofern mehrere Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger als gemeinsames Budget ausgezahlt werden sollen. Ein trägerübergreifendes Persönliches Budget soll von den beteiligten Leistungsträgern so koordiniert werden, dass der Leistungsberechtigte die Leistungen „wie aus einer Hand“ (als Komplexleistung) erhält. Die diesbezügliche Zusammenarbeit der beteiligten Leistungsträger wird in § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX sowie durch die Budgetverordnung geregelt. Kernpunkt ist die Festlegung eines beauftragten Leistungsträgers (Beauftragter), der bei Beantragung eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets die notwendigen Feststellungen durch die beteiligten Leistungsträger einleitet, die Zusammenführung der Teilbudgets zu einem Gesamtbudget koordiniert, die Zielvereinbarung mit dem Leistungsberechtigten vereinbart und die Auszahlung des Persönlichen Budgets vornimmt.

Diese besondere Koordinierungsfunktion des Beauftragten bezieht sich demnach auf die Beantragung der besonderen Leistungsform „trägerübergreifendes Persönliches Budget“, d.h., in die koordinierende Verantwortung des Beauftragten können nur solche Leistungen einbezogen werden, über deren Grundanspruch der zuständige Leistungsträger positiv entschieden hat. Sofern im Zusammenhang mit der Beantragung eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets auch erstmalig Leistungen dem Grunde nach beantragt werden, berät der Beauftragte die Antrag stellende Person und unterstützt die Antragstellung bei dem zuständigen Leistungsträger.

## **II. Ausgestaltung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets**

### **1. Rechtscharakter**

Die Versicherten können ein Persönliches Budget beantragen. Die Ausführung der Leistungen in Form des Persönlichen Budgets liegt bis 31. Dezember 2007 im Ermessen des Leistungsträgers. Diese Leistungsform ist nicht beschränkt auf die Modellregionen, in denen vom 1. Juli 2004 bis 31. Dezember 2007 die Persönlichen Budgets erprobt werden.

Ab 1. Januar 2008 besteht gemäß § 159 Abs. 5 SGB IX ein Rechtsanspruch auf die Ausführung von Leistungen in Form des Persönlichen Budgets.

### **2. Leistungsträger**

Als Leistungsträger am trägerübergreifenden Persönlichen Budget können beteiligt sein die

- gesetzlichen Krankenkassen,
- Pflegekassen,
- Bundesagentur für Arbeit,
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- Träger der Kriegsopferversorgung,
- Träger der Kriegsopferfürsorge,
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe,
- Träger der Sozialhilfe und
- Integrationsämter.

### **3. Koordinierung durch den Beauftragten**

Der nach § 14 SGB IX erstangegangene Leistungsträger ist nach § 17 Abs. 4 SGB IX grundsätzlich der „Beauftragte“, sofern er mit eigenen Leistungen am Persönlichen Budget beteiligt ist. Er ist damit verantwortlich für die Durchführung des Verfahrens und den Erlass des Verwaltungsaktes.

Ist er nicht am Persönlichen Budget beteiligt, hat er den Antrag gemäß § 14 SGB IX an einen am Persönlichen Budget beteiligten Leistungsträger weiterzuleiten. Es wird empfohlen, in diesen Fällen den Antrag an den Träger weiterzuleiten, der die vermeintliche Hauptleistung des Persönlichen Budgets – insbesondere hinsichtlich Dauer bzw. Höhe – voraussichtlich erbringen wird. Über die Weiterleitung ist die Antrag stellende Person schriftlich zu informieren. Der zweitangegangene Leistungsträger ist, unabhängig von seiner Zuständigkeit für die beantragte Leistung, in diesem Fall der Beauftragte, es sei denn, eine nochmalige Weiterleitung des Antrags ist im Sinne des § 3 Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung i.d.F. vom 22. März 2004 möglich.

Aus Gründen der Kontinuität sind kurzfristige Wechsel des Beauftragten nicht möglich. Selbst wenn während der Ausführung des Persönlichen Budgets der Anspruch auf (Einzel-)Leistungen des Beauftragten endet, bleibt er zunächst für das Persönliche Budget als Beauftragter verantwortlich. Ein Wechsel des Beauftragten kann nur

im Rahmen der Überprüfung des Bedarfsfeststellungsverfahrens (vgl. Ziffer II.7) erfolgen.

In den Fällen, in denen die Kranken-/Pflegekasse Beauftragter ist, endet die Beauftragung mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses. Bei einem Kassenwechsel wird die neu zuständige Kranken-/Pflegekasse Beauftragter.

#### **4. Antragstellung**

Die Antragstellung erfolgt schriftlich oder durch sonstige Willenserklärung des Leistungsberechtigten (Antrag stellende Person) gegenüber einem in Betracht kommenden Leistungsträger, der insoweit Beauftragter wird (vgl. Ziffer II.3).

Anträge auf Persönliche Budgets können auch bei einer Gemeinsamen Servicestelle gestellt werden. Beauftragter ist dann der Rehabilitationsträger, dem die Gemeinsame Servicestelle zugeordnet ist, sofern er mit eigenen Leistungen am Persönlichen Budget beteiligt ist.

Der Beauftragte informiert und berät die Antrag stellende Person umfassend über die Leistungsvoraussetzungen und Zielsetzungen des Persönlichen Budgets sowie über die Verwaltungsabläufe. Er weist auf die Mitwirkungspflichten und auch auf die besonderen Risiken bei der Ausführung des Persönlichen Budgets (z.B. kein weiterer Leistungsanspruch bei ausgeschöpftem Budget, Kosten für selbstbeschaffte Leistungen höher als erwartet, Ausfall des Leistungserbringers) hin. Der Beauftragte klärt ferner mit der Antrag stellenden Person ab, welche Leistungen mit welcher Zielsetzung benötigt werden. Die Angaben sind zu dokumentieren. Bei laufendem Bezug von Leistungen, die in das Persönliche Budget einfließen sollen, ist die Vorlage der Leistungsbescheide (in Kopie) hilfreich.

Neben den persönlichen Daten sind zu dokumentieren:

- die Leistungen, die künftig als Persönliches Budget ausgeführt werden sollen,
- die (möglichen) zuständigen Leistungsträger,
- die Feststellungen zum individuellen Bedarf,
- die Wünsche der Antrag stellenden Person,
- Hinweise zur Leistungsbeschaffung,
- antragsbegründende Unterlagen (z.B. Verordnungen, Kopien von Bewilligungsbescheiden bereits bewilligter Leistungen, die Bestandteil des Persönlichen Budgets werden sollen),
- sonstige Hinweise.

Für die Weiterleitung der Antragsdaten an die anderen beteiligten Leistungsträger ist die Zustimmung der Antrag stellenden Person einzuholen (Einverständniserklärung).

Sofern im Zusammenhang mit der Beantragung eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets einzelne Leistungen erstmalig beantragt werden, berät der Beauftragte die Antrag stellende Person und unterstützt die Antragstellung bei dem zuständigen Leistungsträger. Der zuständige Leistungsträger sollte in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass – sofern der Grundleistungsanspruch besteht – die Ausführung der Leistungen in Form des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets gewünscht wird. Der Beauftragte setzt für weitere Leistungen, deren Grundanspruch bereits geklärt ist, die Prüfung fort, ob bzw. in welcher Höhe das Persönliche Budget bewilligt werden kann. Die erstmalig beantragten Leistungen können in das trägerübergreifende Persönliche Budget einbezogen werden, sobald

der zuständige Leistungsträger seine Anspruchsprüfung abgeschlossen und die Stellungnahme zur Budgetfähigkeit (vgl. Ziffer II.6) abgegeben hat.

## 5. Budgetfähige Leistungen

Budgetfähige Leistungen sind Leistungen, die sich auf

- alltägliche,
- regelmäßig wiederkehrende und
- regiefähige

Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.

### Alltäglich:

„Alltäglich“ bezieht sich auf die Anforderungen in Arbeit, Familie, Privatleben und Gesellschaft sowie die Gestaltung des eigenen Lebensumfeldes. Hilfebedarf kann darin bestehen, diese Anforderungen individuell zu bewältigen und die eigenen Ressourcen (persönlich, sozial, umweltbezogen) zu erweitern.

### Regelmäßig wiederkehrend:

„Regelmäßig wiederkehrend“ bedeutet, dass die Leistungen in feststellbaren Zeitabständen (z.B. täglich, wöchentlich, monatlich, jährlich) anfallen und einen erkennbaren Rhythmus aufweisen.

### Regiefähig:

„Regiefähig“ bedeutet, dass der Budgetnehmer alleine oder mit Unterstützung entscheiden kann, wer die Leistung mit welchen Zielen, in welcher Zeit, wo und wie ausführt. Dabei reicht es aus, dass auch nur einzelne der genannten Dimensionen regiefähig sind.

Auf Grund der gesetzlichen Zielsetzung des Persönlichen Budgets und der Bindung der Antrag stellenden Person an ihre Entscheidung (§ 17 Abs. 2 Satz 6 SGB IX) sind grundsätzlich nur Leistungen als budgetfähig anzusehen, die voraussichtlich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erbracht werden.

### Erbringung durch Geldleistungen oder durch Gutscheine:

Für die Ausführung von Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets ist grundsätzlich die Auszahlung in Geld vorzusehen. Die Verwendung von Gutscheinen sollte nur in begründeten Einzelfällen und in Absprache mit dem Budgetnehmer erfolgen. Bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung sind durch gesetzliche Regelungen auf die Erbringung durch Gutscheine beschränkt (vgl. Ziffer III.2 und beigefügte Übersicht – Anlage 2).

Unter den vorgenannten Voraussetzungen kommen bestimmte Leistungen aus folgenden Leistungsgruppen in Betracht:

- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen der Krankenbehandlung,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

Als budgetfähige Leistungen können nach Prüfung im Einzelfall seitens der gesetzlichen **Krankenkassen** insbesondere folgende Leistungen nach dem SGB V und SGB IX in Betracht kommen:

- 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,
- Gebärdensprachdolmetscher.

An die Darlegung der Notwendigkeit entsprechender Leistungen sind grundsätzlich die gleichen Bedingungen zu knüpfen wie bei Sachleistungen (z.B. ärztliche Verordnung der jeweiligen Leistungen).

Als nicht budgetfähige Leistungen werden im Hinblick auf die vorgenannten Voraussetzungen insbesondere ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, Arzneimittel, Heilmittel, technische Hilfen und medizinische Rehabilitationsleistungen nach §§ 40, 41 SGB V angesehen. Leistungen zur Rehabilitation nach §§ 40, 41 SGB V sind nach § 9 Abs. 2 SGB IX nicht als Geldleistung, auch nicht im Rahmen des Persönlichen Budgets, zu erbringen. Dies gilt analog auch für die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V.

Im Bereich der **Pflegekassen** können folgende Leistungen nach dem SGB XI im Rahmen des Persönlichen Budgets in Betracht kommen:

- Pflegesachleistung in Form von Gutscheinen,
- Pflegegeld,
- Kombinationsleistung (Sachleistungsanteil in Form von Gutscheinen),
- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z.B. saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch),
- Tages- oder Nachtpflege in Form von Gutscheinen.

Übersichten zu den Anspruchsgrundlagen und zur Leistungsermittlung/zum Leistungsumfang der beim Persönlichen Budget in Frage kommenden Leistungen sind als Anlagen 1 und 2 beigefügt. Diese Übersichten sind als vorläufig zu betrachten. Im Rahmen der modellhaften Erprobung Persönlicher Budgets (vgl. Ziffer II.15) sollen auch Erkenntnisse gewonnen werden, welche Leistungen aus den einzelnen Leistungsbereichen unter welchen Voraussetzungen budgetfähig sein können.

## 6. Stellungnahmen an den Beauftragten

Der Beauftragte holt unverzüglich nach Antragseingang bzw. -annahme die Stellungnahmen der am Persönlichen Budget beteiligten Leistungsträger ein. Die Antragsunterlagen werden den beteiligten Leistungsträgern zur Verfügung gestellt; für die Datenübermittlung ist das Einverständnis der Antrag stellenden Person erforderlich (vgl. Ziffer II.4).

Die beteiligten Leistungsträger sollen dem Beauftragten ihre Stellungnahmen innerhalb von 14 Tagen übermitteln. Hierbei ist das Wunsch- und Wahlrecht der Antrag stellenden Person nach § 9 Abs. 1 SGB IX zu berücksichtigen.

Die Stellungnahmen sollten, bezogen auf die zur Verfügung zu stellende Leistung, Aussagen enthalten

**a) zum Bedarf**, der durch budgetfähige Leistungen gedeckt werden kann:

Beispiele hierfür können sein:

- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel: Ausgleich einer Behinderung
- Betriebskosten bei Hilfsmitteln: Einsatz von Hilfsmitteln
- Aufwendungsersatz für Blindenführhunde: Ausgleich einer Behinderung
- häusliche Krankenpflege: abhängig von den verordneten Maßnahmen die Art und der Umfang der Leistungen
- Haushaltshilfe: Aufrechterhaltung des Haushalts
- Fahrkosten: Fahrten zur Dialysebehandlung
- Reisekosten: Einbeziehung des sozialen Umfelds bei Familienheimfahrten
- Rehabilitationssport: Stärkung von Kraft und Ausdauer durch Bewegungstherapie
- Funktionstraining: Erhalt und Verbesserung von Funktionen durch bewegungstherapeutische Übungen
- Gebärdensprachdolmetscher: Überwindung von Sprach-/Kommunikationsbarrieren durch Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern

Ggf. ist durch Arztanfrage beim behandelnden Arzt und/oder durch den MDK zu klären, ob die beantragte Leistung voraussichtlich mindestens sechs Monate benötigt wird. Hierbei ist zu beachten, dass die einzelne ärztliche Verordnung/Folgeverordnung (z.B. unter Beachtung der Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege) einen kürzeren Zeitraum umfassen kann.

**b) zur Höhe des Teilbudgets:**

Es ist der monatliche Betrag (bei anderen Zahlungsrhythmen der jeweilige Zahlbetrag und Zahlungstermin) und die Dauer der Zahlung des Teilbudgets anzugeben.

Bei der Ermittlung der Höhe des Teilbudgets ist zunächst zu prüfen, welche Sachleistungen für die Erreichung der Rehabilitations-/Teilhabe-/Behandlungs-/Pflegeziele erforderlich und wie hoch deren Kosten für den gesamten Zeitraum und im Monat sind. Zu leistende Zuzahlungen sind zu berücksichtigen.

Außerdem ist zu beachten, dass einerseits der individuell festgelegte Bedarf auch bei der Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets zu decken ist, andererseits die Aufwendungen nicht höher sein sollen als die Kosten, die durch eine Sachleistungserbringung entstanden wären.

**c) zum Inhalt der Zielvereinbarung:**

- Angabe der Förder- und Leistungsziele (Rehabilitations-/Teilhabe-/Behandlungs-/Pflegeziele) bezogen auf den konkreten Einzelfall (z.B. Häusliche Krankenpflege: Zweimal tägliche Medikamentengabe zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung, Haushaltshilfe: täglich vier Stunden zur Aufrechterhaltung des Haushalts)
- Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des individuellen Bedarfs, z.B. könnte der Nachweis über die erbrachte Leistung durch Vorlage von bezahlten/quittierten Rechnungen oder durch Erklärung des in Anspruch genom-

menen Leistungserbringers gefordert werden. Auf den Nachweis kann im Einzelfall verzichtet werden (z.B. bei Fahrkosten zur Dialysebehandlung o.ä.).

➤ Hinweise zur Qualitätssicherung;

- sofern zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, ist zunächst die Erfüllung der Qualität zu unterstellen;
- sofern qualifizierte, nicht zugelassene Einzelpersonen (Fachkräfte) zum Einsatz kommen, sind vergleichbare Qualitätsanforderungen wie bei zugelassenen Leistungserbringern zu stellen;
- evtl. Hinweise zu Folgen bei Nichteinhaltung der Zielvereinbarung (vgl. Ziffer II.8).

**d) zum Beratungs- und Unterstützungsbedarf:**

Es ist im Antragsverfahren zu klären, ob bzw. welchen Beratungs- und Unterstützungsbedarf die Antrag stellende Person benötigt, damit sie das Ziel des Persönlichen Budgets erreichen kann. Sofern beteiligte Leistungsträger ihre Stellungnahme ohne Kontakt zur Antrag stellenden Person (Budgetnehmer) abgeben, dürfte der Beratungs- und Unterstützungsbedarf regelmäßig erst im Bedarfsfeststellungsverfahren (vgl. Ziffer II.7) erhoben werden können.

Die externe Unterstützung durch so genannte „Budgetmanager/Casemanager“ wird nicht durch die Kranken-/Pflegekasse gesondert honoriert, da der Leistungsanspruch mit dem Teilbudget abgegolten ist. D.h., der Budgetnehmer muss seinen diesbezüglichen Bedarf ggf. in Eigenverantwortung sicherstellen.

## **7. Trägerübergreifendes Bedarfsfeststellungsverfahren**

Gemeinsam mit der Antrag stellenden Person, ggf. unter Beteiligung einer Person ihrer Wahl, beraten die beteiligten Leistungsträger in einem trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren die Ergebnisse der von den einzelnen Leistungsträgern getroffenen Feststellungen. Die Koordinierung und Leitung des Gesprächs („Budgetkonferenz“) übernimmt der Beauftragte. Ggf. sind die in Betracht kommenden Leistungserbringer mit einzubeziehen. Bei der Einladung/Beteiligung der Antrag stellenden Person (Budgetnehmer) ist darauf zu achten, dass neben dem ggf. vorhandenen gesetzlichen Vertreter/Betreuer auf Verlangen des Budgetnehmers noch eine weitere Person seiner Wahl zu beteiligen ist.

Sofern bereits im Vorfeld definitive Absprachen bzw. Abstimmungen zwischen einzelnen Leistungsträgern und dem Budgetnehmer bestehen, kann dieser Träger auf die Teilnahme an der Budgetkonferenz verzichten. Gleiches gilt, wenn der Beauftragte nach Abstimmung mit dem zuständigen Leistungsträger in der Lage ist, die erforderliche Beratung selbst durchzuführen.

In der Budgetkonferenz sollten die jeweiligen Teilbudgets der beteiligten Leistungsträger abschließend festgelegt werden. Ist das im Einzelfall jedoch nicht im Rahmen der Budgetkonferenz möglich, hat der für das Teilbudget zuständige Leistungsträger gegenüber dem Beauftragten kurzfristig, spätestens innerhalb einer Woche, eine verbindliche schriftliche Leistungszusage zu geben.

In der Budgetkonferenz sollten auch gemeinsam die Zahlungsmodalitäten für das Persönliche Budget festgelegt werden (vgl. Ziffer II.12). Aus Vereinfachungsgründen ist es denkbar, dass die beteiligten Leistungsträger ihre Teilbudgets für mehrere Monate oder für den gesamten Bewilligungszeitraum im Voraus dem Beauftragten zur

Verfügung stellen. Dies könnte insbesondere bei vergleichsweise geringfügigen Leistungsbeträgen in Betracht kommen.

Ziel der Budgetkonferenz ist darüber hinaus der Abschluss der Zielvereinbarung (vgl. Ziffer II.8).

Das Bedarfsfeststellungsverfahren für laufende Leistungen des Persönlichen Budgets wird in der Regel im Abstand von zwei Jahren wiederholt. Lediglich in begründeten Fällen kann der Zeitabstand verlängert, aber auch verkürzt werden. Die Wiederholung des Bedarfsfeststellungsverfahrens vor Ablauf des 2-Jahres-Zeitraums ist u.a. dann angezeigt, wenn

- sich aus der Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets oder im jeweiligen Verlauf wesentliche neue Erkenntnisse ergeben,
- sich die individuellen Verhältnisse des Budgetnehmers geändert haben,
- neue wesentliche Entwicklungen eingetreten sind (Gesetzesänderungen, Forschungsergebnisse, Leitlinien, Handlungsempfehlungen).

Darüber hinaus kann eine vorzeitige Wiederholung des Bedarfsfeststellungsverfahrens sinnvoll sein, wenn sich in der Beteiligung einzelner Leistungsträger wesentliche Änderungen ergeben (Beauftragter ist nicht mehr mit eigenen Leistungen am Persönlichen Budget beteiligt). Ein Wechsel des Beauftragten in diesen Fällen ist nur im Einvernehmen mit allen Beteiligten möglich. Den Wünschen des Budgetnehmers ist hierbei Rechnung zu tragen.

Nach einem erstmalig durchgeführten trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahren wird eine regelhafte Überprüfung der Förder- und Leistungsziele (vgl. Ziffer II.8) nach sechs Monaten empfohlen. Damit soll nach einem überschaubaren Zeitraum die Möglichkeit geschaffen werden, die bis dahin gewonnenen Erfahrungen auszuwerten sowie die Zusammensetzung der Komplexleistung „Persönliches Budget“ zu überprüfen und ggf. zu verändern, um auf diese Weise die vereinbarten Förder- und Leistungsziele besser erreichen zu können.

## **8. Zielvereinbarung**

Nach § 4 BudgetV schließt der Beauftragte mit dem Budgetnehmer einvernehmlich die Zielvereinbarung. Diese ist das Ergebnis des Bedarfsfeststellungs- und Abstimmungsverfahrens zwischen den Leistungsträgern und dem Budgetnehmer. Hierbei sind die Vorgaben der für das jeweilige Teilbudget zuständigen Leistungsträger zu berücksichtigen.

Die Zielvereinbarung enthält mindestens Regelungen über

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

Die trägerspezifischen Vorgaben sollten als Anlage Bestandteil der Zielvereinbarung sein. Es wird empfohlen, Absprachen zwischen den beteiligten Leistungsträgern darüber zu treffen, ob die Vorgaben z.B. als WORD-Dokument (Textbaustein) per Mail zur Verfügung gestellt werden können, um den Verwaltungsaufwand bei allen Beteiligten zu begrenzen.

Die Zielvereinbarung bedarf der Schriftform und ist vom Budgetnehmer und Beauftragten zu unterzeichnen. Die Zielvereinbarung ist Bestandteil des Bescheides und damit Nebenbestimmung des Verwaltungsaktes (§ 32 SGB X, vgl. Ziffer II.9). Sie wird für die Dauer des Bewilligungszeitraumes abgeschlossen, soweit nichts Abweichendes vereinbart ist.

## **9. Bescheiderteilung**

Im Sinne der Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ erstellt der Beauftragte den Bescheid unverzüglich nach Abschluss der Zielvereinbarung (vgl. Ziffer II.8). Dabei ist zu berücksichtigen, dass der zuständige Leistungsträger den Beauftragten an seine Auffassung binden kann (§ 89 Abs. 5 SGB X ). Kopien erhalten die beteiligten Leistungsträger. Die Zielvereinbarung ist Bestandteil des Bescheides.

Der Bescheid enthält neben den persönlichen Daten mindestens

- die im Rahmen des Persönlichen Budgets bewilligten Leistungen,
- die zuständigen Leistungsträger,
- die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen,
- die Höhe des monatlichen Zahlbetrages,
- den Leistungs-/Zahlungsbeginn,
- die Dauer der Zahlung (ggf. Befristung bzw. unterschiedliche Zahlungs-/Leistungsdauer einzelner Leistungsträger),
- die Bankverbindung,
- den Hinweis, dass mit der Auszahlung oder mit der Ausgabe des Gutscheins an den Budgetnehmer dessen Anspruch gegen die beteiligten Leistungsträger insofern erfüllt ist,
- Hinweise zum Kündigungsrecht der Zielvereinbarung,
- Hinweise zum Leistungsende bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses (z.B. Kassenwechsel) und Ende von Grundansprüchen sowie
- die Rechtsbehelfsbelehrung.

Darüber hinaus sind ggf. weitere trägerspezifische Hinweise in den Bescheid aufzunehmen, z.B. zur Rückforderung überzahlter Leistungen oder zum Umgang mit Unterbrechungszeiträumen ohne Leistungsanspruch (z.B. Zusammentreffen von häuslicher Krankenpflege und Krankenhausbehandlung).

## **10. Widerspruch und Klage gegen das Persönliche Budget**

Gegen den Beauftragten richten sich ausschließlich Widersprüche und Klagen, die den Bescheid über das Persönliche Budget betreffen. Betreffen Widerspruch und Klage hingegen den Grundanspruch auf einzelne Leistungen (vgl. Ziffer II.4), können sich diese nur gegen den Verwaltungsakt des zuständigen Leistungsträgers richten.

Widersprüche gegen die Ausführung des Persönlichen Budgets sind trotz durchgeführten Bedarfsfeststellungsverfahrens (vgl. Ziffer II.7) und Abschlusses der Zielvereinbarung (vgl. Ziffer II.8) insbesondere denkbar hinsichtlich der Zahlungsweise, Budgethöhe, Vorgaben des Nachweises und Qualitätsanforderungen sowie gegen Verwaltungsakte über die Aufhebung des Persönlichen Budgets nach Kündigung der Zielvereinbarung durch den Beauftragten (vgl. Ziffer II.13).

Bei Widersprüchen hat der Beauftragte nach erfolgter eigener Sachverhaltsklärung den Leistungsträger, gegen dessen Teilbudget sich der Widerspruch richtet, um Stel-

lungnahme zu bitten. Der zuständige Leistungsträger kann den Beauftragten an seine Auffassung binden (§ 89 Abs. 5 SGB X).

Sofern dem Widerspruch nicht abgeholfen werden kann, ist vom Widerspruchsausschuss des Beauftragten der Widerspruchsbescheid zu erlassen.

Zu bedenken ist, dass der Budgetnehmer jederzeit – auch im Verlauf des Widerspruchs- oder Klageverfahrens – die Möglichkeit hat, die Zielvereinbarung zu kündigen (vgl. Ziffer II.13)

## **11. Leistungsbeginn/-ende**

Mit dem im Bescheid genannten Leistungs-/Zahlungsbeginn – nicht mit der Antragstellung – beginnt die Leistung in Form des Persönlichen Budgets. Es wird aus Vereinfachungsgründen empfohlen, die Auszahlung des Persönlichen Budgets möglichst mit dem nächsten Monatsersten zu beginnen.

Der Bewilligungszeitraum umfasst bis zu zwei Jahre. Die Dauer der jeweiligen durch das Persönliche Budget abgedeckten Einzelleistungen kann unterschiedlich sein. Zu berücksichtigen ist ferner, dass in der Regel das Bedarfsfeststellungsverfahren erst nach zwei Jahren zu wiederholen ist (vgl. Ziffer II.7).

## **12. Zahlung und Höhe des Persönlichen Budgets**

Die Zahlung erfolgt grundsätzlich monatlich im Voraus in gleich hohen Beträgen an den Budgetnehmer. Ausnahmsweise kann bei vergleichsweise geringfügigen Leistungsbeträgen das Persönliche Budget für einen längeren Zeitraum oder in einem bestimmten Zahlungsrhythmus (z.B. viertel-, halbjährlich, jeden 2. Monat) im Voraus überwiesen werden.

Der Beauftragte hat die rechtzeitige Überweisung der Leistung zum 1. Werktag (Bankgeschäftstag im Sinne des § 676a BGB) des jeweiligen Anspruchsmonats sicher zu stellen.

Daraus folgt, dass die beteiligten Leistungsträger das auf sie entfallende Teilbudget rechtzeitig vorher an den Beauftragten zu überweisen haben. Dies gilt analog auch für die Bereitstellung von Gutscheinen.

## **13. Kündigung der Zielvereinbarung**

Der Budgetnehmer ist nach § 17 Abs. 2 SGB IX grundsätzlich sechs Monate an seine Entscheidung für das Persönliche Budget und die geschlossene Zielvereinbarung gebunden. Eine anschließende Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Sie sollte grundsätzlich zum Ende des laufenden Anspruchsmonats terminiert sein. Weitere Kündigungsfristen sind nicht zu beachten.

Nach § 4 Abs. 2 BudgetV kann der Budgetnehmer die Zielvereinbarung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung schriftlich kündigen, wenn ihm die Fortsetzung nicht zumutbar ist. Ein wichtiger Grund kann insbesondere in seiner persönlichen Lebenssituation liegen. Der Beauftragte hat die beteiligten Leistungsträger unverzüglich hierüber zu informieren.

Der Beauftragte kann die Zielvereinbarung ohne Einhaltung von Kündigungsfristen mit sofortiger Wirkung schriftlich kündigen, wenn der Budgetnehmer die Zielvereinbarung nicht einhält. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf den geforderten Nachweis zur Bedarfsdeckung, bei zweckwidriger Verwendung des Persönlichen Budgets oder Missachtung der vereinbarten Qualitätsanforderungen sowie bei nicht wirksamer Ausführung des Persönlichen Budgets. Der Beauftragte hat die beteiligten Leistungsträger unverzüglich über die Kündigung zu informieren.

Überzahlte Beträge sind durch den Beauftragten zurück zu fordern. Die beteiligten Leistungsträger haben den Beauftragten über die Forderungen zu informieren.

Der Versicherte hat nach Beendigung des Persönlichen Budgets grundsätzlich weiterhin Anspruch auf die Leistungen nach den jeweiligen Leistungsgesetzen (Sachleistungsanspruch).

#### **14. Verwaltungskostenersatz**

Die bei der Ausführung des Persönlichen Budgets entstehenden Kosten, insbesondere Verwaltungskosten, sind auf Grund des gesetzlichen Auftrages (§ 93 SGB X) nicht erstattungspflichtig und gehen zu Lasten des Beauftragten. Dies gilt auch für Kosten im Zusammenhang mit Widersprüchen und Klagen.

#### **15. Modellvorhaben**

Die Einführung trägerübergreifender Persönlicher Budgets wird vom BMGS in Modellen bis 31. Dezember 2007 erprobt. Bei diesen Modellvorhaben sollen in sechs bis acht Modellregionen (Großstädte, Ballungszentren und ländliche Bereiche) mit jeweils 50 Budgetnehmern insbesondere Verfahren zur Bemessung budgetfähiger Leistungen als Geldleistung oder durch Gutscheine, die Verwaltungs- und Entscheidungsabläufe bei den Leistungsträgern, die Koordination zwischen den Leistungsträgern und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden. Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse sollen die Grundlagen für die Umsetzung des ab 1. Januar 2008 bestehenden Rechtsanspruchs auf ein Persönliches Budget liefern.

Für die bereits vor dem 1. Juli 2004 begonnenen Modellvorhaben zur Erprobung der Einführung Persönlicher Budgets (z.B. in Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz) findet § 17 Abs. 3 SGB IX a.F. („Die Rehabilitationsträger erproben die Einführung persönlicher Budgets durch Modellvorhaben.“) weiter Anwendung.

Die neue Leistungsform Persönliches Budget ist nicht beschränkt auf die Modellregionen, in denen vom 1. Juli 2004 bis 31. Dezember 2007 die Persönlichen Budgets erprobt werden.

### **III. Besondere Hinweise für die gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung**

#### **1. Besonderheiten bei der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Regelungen des § 17 SGB IX finden auch für „Betreute“ nach § 264 SGB V Anwendung; es wird jedoch eine Abstimmung mit den Sozialhilfeträgern empfohlen.

#### **2. Besonderheiten bei der Pflegeversicherung**

Im Gegensatz zu den übrigen Leistungsbereichen sind für die Pflegeversicherung die Leistungen, die in ein Persönliches Budget einfließen können, abschließend geregelt (§ 35a SGB XI).

Die Pflegeversicherung erbringt bei selbst sichergestellter Pflege das Pflegegeld (§ 37 SGB XI). Hierbei handelt es sich um ein klassisches Pflegebudget, das in ein trägerübergreifendes Persönliches Budget einfließen kann. Die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 SGB XI können im Rahmen des Persönlichen Budgets nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden.

Auch im Rahmen der Leistungsanspruchnahme in Form von Gutscheinen beinhalten die Leistungen nach §§ 36 und 38 SGB XI nur die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Bei Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI sind neben den pflegebedingten Aufwendungen auch die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege Leistungsinhalt.

Die Gutscheine können nur bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen eingelöst werden. Auch im Rahmen des Gutscheinverfahrens sollte zunächst an den bestehenden Vergütungsregelungen (Leistungskomplexe, Zeitvergütung) festgehalten werden. Abweichende Regelungen könnten in den Modellregionen (vgl. Ziffer II.15) in Betracht kommen.

Da das Gutscheinverfahren die Inanspruchnahme zugelassener Pflegeeinrichtungen voraussetzt, findet das Persönliche Budget für die so genannten Arbeitgebermodelle keine Anwendung. Allerdings besteht Anspruch auf das Pflegegeld (§ 37 SGB XI).

#### **3. Erhebung statistischer Daten zur Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets**

Im Hinblick auf den nach § 66 SGB IX zu erstellenden Bericht der Bundesregierung über die Ausführung des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX und die hierzu voraussichtlich abzugebenden Stellungnahmen der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen wird empfohlen, die Leistungsfälle nach § 17 Abs. 2 SGB IX gesondert statistisch zu erfassen. Außerdem sind die Erkenntnisse und Erfahrungen bei der Ausführung Persönlicher Budgets zu sammeln und auszuwerten.

## Anlage 1

### Liste der budgetfähigen Leistungen – Krankenversicherung

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

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Haushaltshilfe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 38 Abs. 1 SGB V, § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. §§ 44 Abs. 1 Nr. 6, 54 SGB IX,</li> <li>• weiter gehende Ansprüche möglich auf der Grundlage von Satzungsregelungen der jeweiligen Krankenkasse (§ 38 Abs. 2 SGB V, § 10 KVLG 1989)</li> <li>• Anspruch besteht nur, wenn eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann</li> <li>• Voraussetzungen: Weiterführung des Haushaltes wegen medizinischer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen, Krankenhausbehandlung oder häuslicher Krankenpflege nicht möglich und im Haushalt lebt ein Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist</li> <li>• Kostenübernahme für Mitaufnahme des Kindes anstelle der Haushaltshilfe möglich</li> <li>• Übernahme der Kinderbetreuungskosten anstelle der Haushaltshilfe möglich (§ 54 Abs. 3 SGB IX)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haushaltshilfe als Sachleistung wird über Verträge nach § 132 SGB V einzelvertraglich geregelt</li> <li>• Regelfall ist Erstattung der Kosten für selbstbeschaffte Haushaltshilfe; unterschiedliche Höchstsätze je Stunde/Tag; bei Verwandten oder Verschwägerten bis 2. Grad keine Erstattung, es können aber Fahrkosten oder Verdienstausschlag ersetzt werden</li> <li>• Zuzahlung für über 18-jährige (nicht bei medizinischer Rehabilitation): 10 %, mindestens 5 €, höchstens 10 €</li> </ul>
Fahrkosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 60 SGB V</li> <li>• Voraussetzung ärztliche Verordnung</li> <li>• ggf. Genehmigung der Krankenkasse</li> <li>• Krankentransport-Richtlinien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgt Fahrpreiserstattung</li> <li>• Bei Taxi oder Krankenkraftwagen werden die Vertragspreise nach § 133 SGB V übernommen</li> <li>• Bei Nutzung privater Kraftfahrzeuge Erstattung der Kilometerpauschale nach Bundesreisekostenrecht (22 Cent je Kilometer)</li> <li>• Zuzahlung (altersunabhängig): 10 % der Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 €</li> </ul>
Reisekosten als ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 60 SGB V, §§ 44 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. 53 Abs. 1 bis 3 SGB IX</li> <li>• Fahr-, Verpflegungs-, Übernachtungs- und Gepäckkosten im Zusammenhang mit medizinische Rehabilitationsleistung; Familienheimfahrten bei Maßnahmen über 8 Wochen</li> <li>• Verkehrsmittel nach medizinischer Notwendigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgt Fahrpreiserstattung</li> <li>• Bei Taxi oder Krankenkraftwagen werden die Vertragspreise nach § 133 SGB V übernommen</li> <li>• Bei Nutzung privater Kraftfahrzeuge Erstattung der Kilometerpauschale nach Bundesreisekostenrecht (22 Cent je Kilometer)</li> <li>• keine Zuzahlung</li> </ul>
Rehabilitationssport und Funktionstraining	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 43 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX;</li> <li>• Voraussetzung ärztliche Verordnung und vorherige/parallele Leistung der Krankenkasse im Rahmen der Krankenbehandlung</li> <li>• Sonstige Grundlage: BAR-Rahmenvereinbarung vom 01.10.2003</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine kassenartenübergreifend vereinbarte Vergütungen</li> </ul>

<b>Leistung</b>	<b>Anspruchsgrundlage</b>	<b>Anspruchsermittlung/-umfang</b>
Gebärdensprachdolmetscher	<ul style="list-style-type: none"> <li>• §§ 17 Abs. 1, 2 SGB I, 19 Abs. 1 Satz 2 SGB X, Kommunikationshilfenverordnung</li> <li>• Anspruch auf barrierefreie Verwaltungs- und Leistungsorte sowie Erstattung der Kosten, die durch Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehen</li> </ul>	Leistungshöhe ist in regionalen und überregionalen Vereinbarungen festgelegt

## Anlage 2

### Liste der budgetfähigen Leistungen - Pflegeversicherung

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Häusliche Pflege <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegesachleistung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 36 SGB XI</li> <li>• Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung</li> <li>• In Form von <u>Gutscheinen</u></li> <li>• Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte (in der Regel von Pflegediensten) mit Versorgungsvertrag erbracht</li> <li>• Anspruch besteht bei Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI</li> <li>• Ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK gemäß den Begutachtungs-Richtlinien (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI)</li> <li>• Entscheidung durch die Pflegekasse</li> <li>• Monatlich in Form von <u>Gutscheinen</u> (§ 36 Abs. 3 und 4 SGB XI) in               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegestufe I bis zu 384 €</li> <li>- Pflegestufe II bis zu 921 €</li> <li>- Pflegestufe III bis zu 1.432 €</li> </ul> </li> <li>- Härtefällen bis zu 1.918 €</li> </ul>
Häusliche Pflege <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegegeld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 37 Abs. 1 SGB XI</li> <li>• Anstelle der häuslichen Pflegehilfe kann bei selbst sichergestellter Pflege (z.B. durch Angehörige) Pflegegeld beansprucht werden</li> <li>• Anspruch besteht bei Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI</li> <li>• Ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK gemäß den Begutachtungs-Richtlinien (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI)</li> <li>• Entscheidung durch die Pflegekasse</li> <li>• Monatlich in Höhe von               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegestufe I 205 €</li> <li>- Pflegestufe II 410 €</li> <li>- Pflegestufe III 665 €</li> </ul> </li> </ul>
Häusliche Pflege <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombination von Geld- und Sachleistung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 38 SGB XI</li> <li>• Anteilige Pflegesachleistung (§ 36 Abs. 3 und 4 SGB XI) in Form von <u>Gutscheinen</u> und ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI</li> <li>• Pflegesachleistung wird durch geeignete Pflegekräfte (in der Regel von Pflegediensten) mit Versorgungsvertrag erbracht</li> <li>• Es muss entschieden werden, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung in Anspruch genommen werden soll</li> <li>• Entscheidungsbindung für mindestens sechs Monate</li> <li>• Anspruch besteht bei Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI</li> <li>• Ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK gemäß Begutachtungs-Richtlinien (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI)</li> <li>• Entscheidung durch die Pflegekasse</li> <li>• Berechnung des Anteils erfolgt nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag. Entsprechend diesem Verhältnis wird das Pflegegeld anteilig ausgezahlt.</li> </ul>

Leistung	Anspruchsgrundlage	Anspruchsermittlung/-umfang
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 41 SGB XI</li> <li>• Zur Sicherstellung, Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege kann teilstationäre Pflege in Anspruch genommen werden</li> <li>• In Form von <u>Gutscheinen</u></li> <li>• Teilstationäre Pflege wird durch Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag erbracht</li> <li>• Zu den Leistungsinhalten gehören insbesondere Hilfen bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege</li> <li>• Anspruch besteht bei Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI</li> <li>• Ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK gemäß Begutachtungs-Richtlinien (§ 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI)</li> <li>• Entscheidung durch die Pflegekasse</li> <li>• Monatlich in Form von <u>Gutscheinen</u> in <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegestufe I bis zu 384 €</li> <li>- Pflegestufe II bis zu 921 €</li> <li>- Pflegestufe III bis zu 1.432 €</li> </ul> </li> <li>• Treffen Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit der Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) oder dem Pflegegeld (§ 37 SGB XI) zusammen, sind diese miteinander zu verrechnen. Die Leistungen dürfen insgesamt die Sachleistungshöchstbeträge (§ 36 Abs. 3 und 4 SGB XI) nicht überschreiten.</li> </ul>
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 40 Abs. 2 SGB XI</li> <li>• Zum Schutz der Pflegeperson (z.B. Angehörige) bei der Durchführung der häuslichen Pflege; nicht für den Pflegedienst im Rahmen der Erbringung der Pflegesachleistung</li> <li>• Pflegehilfsmittelverzeichnis gemäß § 78 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 128 SGB V – Produktgruppe 54 "Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel" (Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzschürzen, Desinfektionsmittel, Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch)</li> <li>• Es müssen keine bestimmten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden</li> <li>• Pflegebedürftigkeit besteht nach §§ 14, 15 SGB XI</li> <li>• Ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit ggf. unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des MDK</li> <li>• Monatlich in Höhe bis zu 31 €</li> </ul>