

Blockseminar

„Zum Spannungsfeld von Teilhaberecht und aktueller Behindertenpolitik“

Freitag 6.7.2012

Wunsch- und Wahlrecht

Persönliches Budget

Patientenrechte des SGB IX

Wunsch- und Wahlrecht

Regelungen des SGB IX zur Förderung der Selbstbestimmung

u.a.

- Wunschrecht (§ 9 Abs. 1)
- Wahlrecht (§ 9 Abs. 2)
- Wahl des Sachverständigen bei der Begutachtung (§ 14 Abs. 5)
- Abstimmung des Leistungsbedarfs mit dem Berechtigten (§ 10 Abs. 1)
- Verstärkte Zusammenarbeit mit Behindertenorganisationen
- Mitwirkungsrechte dieser Organisationen bei der Gestaltung der Leistungsinhalte, Qualitätsdefinition und –sicherung sowie der Bedarfsplanung
- Verbandsklagerecht
- Selbstbestimmte Ausführung der Leistungen als Persönliches Budget

Patientenrechte aus § 9 SGB IX

- Abs. 1: Bei **Entscheidung und Ausführung** der Leistungen *wird berechtigten Wünschen entsprochen*
(**Berücksichtigung der persönlichen Lebenssituation, des Alters, des Geschlechts, der Familie sowie der religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse sowie der besonderen Bedürfnisse behinderter Mütter, Väter und Kinder**)
- Abs.2 : Ersatzweise Ausführung als Geldleistung bei gleicher Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und zumindest gleichwertiger Ausführung (§ 17 Abs. 2 SGB IX: Persönliches Budget)
- Abs. 3: Möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung der Lebensumstände und zur Förderung der Selbstbestimmung
- Abs. 4: Zustimmungserfordernis

Wunschrecht gem. § 9 SGB IX

- Das Wunschrecht ist neben dem Persönlichen Budget und verschiedenen Beteiligungsrechten der Berechtigten eines der tragenden Instrumente zur Förderung der Selbstbestimmung
- Die Frage nach der Abhängigkeit der Ausübung des Wunschrechts von der Fähigkeit, Mehrkosten tragen zu können, ist nicht mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. Die Antwort ist davon abhängig,
 - welcher Rehabilitationsträger zuständig ist bzw.
 - ob der zuständige Träger rechtmäßig verfährt.

§ 9 Absatz 1 Satz 1 SGB IX

- § 9 Absatz 1 Satz 1 SGB IX:
- „Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen“.

§ 9 Absatz 1 Satz 2 SGB IX

- § 9 Absatz 1 Satz 2 SGB IX:
- „Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches“.

Wunsch- und Wahlrecht

Anwendungsbereich des § 9 SGB IX

- Die für die Träger jeweils geltenden SGB enthalten kein abweichendes trägerspezifisches Recht.
(Ausnahme § 13 Abs. 1 Satz 3 – 6 SGB XII und Mehrkostentragung im SGB V nach dem GKV-WSG).
- § 9 Abs. 1 SGB IX ist deshalb für alle Rehabilitations-träger unmittelbar anzuwendendes, übergreifendes Recht.

Ausübung des Wunschrechts

- Das Wunschrecht setzt eine Leistungsberechtigung voraus.
- Kinder und Jugendliche über das Wunschrecht nach Vollendung des 15. Lj. selbst aus. Zuvor ist bereits § 4 Abs. 3 SGB IX (entwicklungsgerechte Einbeziehung in die Reha-Planung) zu beachten.
- Lehnt eine betreute Person im Sinne des Betreuungsrechts Teilhabeleistungen ab, ist dieser Wille im Regelfall vom Betreuer zu akzeptieren.

„Berechtigte Wünsche“

- Unbestimmter Rechtsbegriff
- Schon nach der Rechtsprechung zu § 33 SGB I war ein Wunsch nur dann unangemessen, wenn er zu einer ungeeigneten Form der Hilfe führen würde
- Nach den Gesetzesmaterialien zum SGB IX ist ein Wunsch iSd des § 9 SGB IX immer als berechtigt anzusehen, wenn er sich im Rahmen des Leistungsrechts, insbesondere der mit ihm verfolgten Ziele hält.

„Berechtigte Wünsche“

- Wie bei § 33 SGB I kommt es für die Berechtigung eines Wunsches iSd § 9 SGB IX auf die Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles und im Übrigen darauf an,
- Dass der Wunsch der Erfüllung der Aufgabenstellung des Rehabilitationsträgers unter Beachtung der gesetzlich vorgegebenen teilhabeorientierten Zielsetzung der Leistungen nicht entgegensteht.
- „Berechtigt“ sind danach alle Wünsche, die der Aufgabenstellung des Trägers, seinen gesetzlichen Pflichten sowie der Erreichung der Rehabilitationsziele nicht entgegen stehen.
- Ist das der Fall, ist dem Wunsch zu entsprechen.

Wunschrecht & Wirtschaftlichkeitsgebot

- Fragestellung: In welchem Umfang kann das Wirtschaftlichkeitsgebot das Wunschrecht begrenzen?
- Enge Auslegung: Maßstab des „Billigsten“?
- Kriterium der „Sparsamkeit“ ist Unterkriterium einer sachgerecht-wirtschaftlichen Haushaltsführung

Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

- Im Rahmen des Leistungsrechts ist das Gebot zur wirtschaftlichen Leistungserbringung zu beachten.
- Die Wirtschaftlichkeit beurteilt sich nach § 10 SGB IX und muss sich auf die Wirksamkeit der Leistung iSd Ziele nach § 26 Abs. 1, 4 Abs. 1 Nr.1 u. 2 SGB IX beziehen. § 12 SGB V ist gem § 27 SGB IX in diesem Sinne auszulegen und anzuwenden.
- Deswegen räumt das LSG Rheinland-Pfalz dem bei der Ausführung der Leistungen von den Trägern zu beachtenden Wirtschaftlichkeitsgebot einen höheren Stellenwert ein, als der auf dem Grundgesetz basierende Verpflichtung zur Förderung der Selbstbestimmung.
- Dies verkennt jedoch, dass das Wunschrecht nach Auffassung des Gesetzgebers selbst ein Element der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen ist.

Element der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

- Nach rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnissen ist die Motivation der betroffenen und die Tragfähigkeit familiärer Bindungen für die erfolgreiche (wirksame) Ausführung der Leistungen unverzichtbar.
- § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX bindet die Leistungsgewährung an die ihre Wirksamkeit.
- Nach den Gesetzesmaterialien ist das Wunschrecht ein zusätzlicher rechtlicher Motivationsansatz zur aktiven Mitgestaltung und Mitarbeit.
- Die Berücksichtigung von Wünschen ist danach kein Störfaktor des Leistungsgeschehens, sondern ein gesetzlich gewolltes Element zur wirksamen und erfolgreichen Erreichung der Rehabilitationsziele iSd §§ 1, 1 Abs. 4 und 26 Abs. 1 SGB IX.

LSG Hessen, Urteil vom 28.8.2008 (Az. L 1 KR 2/05)

Nach der Rechtsauffassung des Gerichts führt die berechnete Ausübung des Wunschrechts eines Versicherten bei der Auswahl einer Rehabilitationsklinik grundsätzlich dann zu einer Reduzierung des Auswahlermessens der Kasse nach § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB IX „auf Null“, wenn die erwünschte Rehabilitationseinrichtung entsprechend § 111 Absatz 1 SGB V zur Leistungserbringung zugelassen und für den Einzelfall geeignet ist.

Mehrkosten

- Nach Maßgabe des Sachleistungsprinzips verantwortet der Rehabilitationsträger die gesamte Leistungserbringung
- Das BVerwG hat im Rahmen des Sozialhilferechts entschieden, dass die Träger in einem bestimmten Umfange Mehrkosten tragen müssen.
- Die Aufbürdung etwaiger Mehrkosten auf den Berechtigten ist nur im Rahmen des ausdrücklich normierten Leistungsrechts zulässig:
 - Ausschließlich im Bereich der GKV:
§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V n.F. (GKV - WSG 2007)

Wunsch- und Wahlrecht in der GKV

- Nur in der GKV ist spezifisch geregelt, dass der Versicherte eine zertifizierte Einrichtung wählen kann, mit der die zuständige Kasse keinen Versorgungsvertrag hat
- Bei allen übrigen med. Reha-Trägern kann der Versicherte eine Einrichtung wählen mit der der zuständige Träger keinen Versorgungsvertrag hat und die auch nicht zertifiziert ist. Entscheidend ist, dass die Eignung im Sinne des § 17 Abs. 1 SGB durch den Versorgungsvertrag **eines** Reha-Trägers nachgewiesen ist oder aus gegebenem Anlass festgestellt wird
- Facit: Auseinanderentwicklung des Reha-Rechts
- § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V beinhaltet im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX abweichendes Recht zum Wunschrecht des § 9 SGB IX nicht jedoch zum Leistungserbringungsrecht der §§ 17, 19 SGB IX
- Auch in der GKV darf deshalb die Leistung in der gewählten zertifizierten Einrichtung ohne Versorgungsvertrag mit der zuständigen Kasse nur ausgeführt werden, wenn ihre Eignung durch den Versorgungsvertrag eines anderen Reha-Trägers nachgewiesen ist.

Wunsch- und Wahlrecht

- nach dem GKV-WSG -

Wunschrecht – nur der GKV – nach dem GKV-WSG:

- Die leistungsrechtliche Beurteilung des Wunschrechts richtet sich weiterhin nach § 9 Abs. 1 SGB IX
- GKV-WSG hat lediglich die Begründung des Wunsches erleichtert, weil kraft Gesetzes unterstellt wird, dass Einrichtungen mit zertifiziertem internem QS-Management geeignet im Sinne des § 17 SGB IX sind.

Wunsch- und Wahlrecht

- nach dem GKV-WSG -

- Hat eine Reha-Einrichtung ihr internes QS-Management zertifizieren lassen muss die GKV dem geäußerten Wunsch stattgeben, auch dann wenn die zuständige Krankenkasse oder gar keine Krankenkasse einen Vertrag nach § 111 SGB V hat.
- Dennoch muss die gewünschte Einrichtung einen Versorgungsvertrag mit einem anderen Reha-Träger nachweisen, weil sie sonst mangels nachgewiesener Eignung schon nach § 17 SGB IX nicht in Anspruch genommen werden kann.

Wunsch- und Wahlrecht

- Mehrkosten nach dem GKV-WSG -

- Entstehen durch den Wunsch in der GKV Mehrkosten, sind diese nach dem GKV-WSG immer vom Versicherten zu tragen.
- Ob tatsächlich Mehrkosten entstehen und in welcher Höhe, kann nicht durch einen bloßen Vergleich der Pflegesätze mit einer Vertragsklinik der Kasse oder gar mit den Durchschnittskosten der Kasse bewertet werden

LSG Baden-Württemberg,
Urteil vom 1.8.2007: L 4 KR 2071/05

Die Ausübung des Wunschrechts nach § 9
Abs. 1 Satz 1 SGB IX bedingt zwingend die
Übernahme der der Kasse für die
Rehabilitationsleistungen entstehenden
„Sowieso-Kosten“.

Wunsch- und Wahlrecht

- Mehrkosten nach dem GKV-WSG -

Soweit Krankenkassen Mehrkosten geltend machen, müssen sie transparent machen (BSG 89, S. 294)

- dass sie den rehabilitativen individuellen Leistungsbedarf funktionsbezogen, d.h. orientiert an der ICF, vollständig erhoben haben,
- welche Rehabilitationsziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX sie daraus im Einzelfall abgeleitet und der Rehabilitationseinrichtung als Leistungsziel vorgegeben haben und
- worin die Struktur- und Prozessqualität der von zugewiesenen Rehabilitationseinrichtung besteht, die geeignet erscheint, diese Rehabilitationsziele zu erreichen und
- dass sie die damit verbundenen Kosten zum Maßstab der Mehrkostenforderung gemacht haben.

Wunsch- und Wahlrecht

- Mehrkosten nach dem GKV-WSG -

Andere Formen der Ermittlung der vom Berechtigten zu tragenden Mehrkosten wie etwa

- vergleichsweise Heranziehung der Vergütungen von Vertragskliniken ohne Transparenz zur Geeignetheit dieser Einrichtung
- die Erstattung von der Höhe nach nicht transparenter Festbeträge vergleichbar mit Festbeträgen im Rahmen z.B. von Wahltarifen ohne Bezug zum Mehraufwand

sind rechtlich nicht tragfähig.

Wunsch- und Wahlrecht

Bescheid- und Begründungspflicht

- § 9 SGB IX räumt einen Rechtsanspruch auf die Ausübung des Wunschrechts ein
- Die Entscheidung darüber erfordert eine Verwaltungsakt nach § 31 SGB X, in dem die tragenden Gründe für die Ablehnung ausgewiesen sind (§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X)
- Verweis auf bestehende Versorgungsverträge oder Bewilligung der Leistung in einer anderen Einrichtung sind keine Entscheidung über das geltend gemachte Wunschrecht
- Da das Wunschrecht an objektivierbare Kriterien gebunden ist, sind die Verwaltungsakte abschließend durch die Sozialgerichtsbarkeit überprüfbar

Persönliches Budget

Selbstbestimmte Leistungsausführung

- nicht nur –
der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen -

als **Persönliches Budget** nach

§ 17 Abs. 2 – 6 SGB IX

Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 SGB IX, § 2 Abs. 2 SGB V, § 35a SGB XI usw.

Sozialleistungsrecht übergreifendes Recht:

- § 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

Personenbezogenes Budget nach

§ 8 Abs. 3 SGB XI

- Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung *neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen*
- Aufgabe: Vorrangig in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben
- Abweichungen von den Regelungen des 7. Kapitels des SGB XI sowie § 36 zulässig

Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 SGB IX

- keine eigenständige Versorgungsform
sondern
- die Ausführung aller budgetfähigen Leistungen des SGB V, IX, XI, XII als Leistung aus einer Hand
mit der Zielsetzung,
- den Leistungsberechtigten ein möglichst selbstbestimmtes Leben in eigener Verantwortung zu ermöglichen

Das Persönliche Budget

- ist das Instrument, mit dem das in § 1 SGB IX verankerte Ziel der Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe in die sozialrechtliche Praxis umgesetzt wird.
- Es gestattet den Berechtigten
 - mit zu entscheiden, welche Leistungen benötigt werden und wie, auf welche Weise, durch wen und zu welchem Zeitpunkt ausgeführt werden
(Zugleich auch Operationalisierung der §§ 9 Abs. 1 + 3, 10 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 SGB IX)
 - die Leistungserbringung und –ausführung unter Nutzung der Eigenkompetenz und –erfahrung besonders wirksam zu managen, zu steuern und durchzuführen

Inhalt des Budgets nach § 17 SGB IX sind

alle Teilhabeleistungen nach dem SGB IX (d.h. auch die im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII) sowie erforderliche sonstige Leistungen

- der Krankenkassen nach dem SGB V
- der Pflegekassen nach dem SGB XI
- der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit
- der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe

die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können (Bedarfs- nicht Leistungsorientierung)

Umfang des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX

- Durch das Persönliche Budget ist der nach § 10 Abs. 1 SGB IX festgestellte individuelle Bedarf einschl. der erforderlichen Beratung und Unterstützungsleistungen zu decken.
- Entscheidend für den Umfang des Budgets sind danach die Feststellungen des verantwortlichen Trägers im Rahmen der ICF-orientierten Ermittlung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs nach § 10 SGB IX

Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX

Nach § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX ist das Budget ausdrücklich auf der Basis der nach § 10 SGB IX getroffenen Feststellungen zu bemessen. D.h., dass der Bedarf ausdrücklich alle Leistungen umfasst, die zur Behandlung von Teilhabebeeinträchtigungen in den neun Bereichen der ICF, insbesondere der

- körperlichen Integrität
- seelischen Integrität
- sozialen Integrität
- Integrität der Aktivitäten und Leistungen sowie der
- Partizipation

zur Erreichung der Rehabilitationsziele erforderlich und wirksam sind.

Kernproblem: Bedarfsermittlung

- SGB IX: Interdisziplinäre Sachverständigengutachten nach § 14 (tatsächlich vorwiegend medizinisch – Beeinträchtigung der physischen und psychischen Strukturen und Funktionen – ausgerichtete Gutachten nach der gemeinsamen Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“)
- SGB V: Med. Begutachtung des MDK nach § 275 Abs. 1; tats. häufig nur ärztliche Verordnungen
- SGB XI: Pflegeeinstufung durch den MDK nach § 18: Gesetzlich ausdrücklich beschränkt auf die Untersuchung der Einschränkungen nach § 14 Abs. 4
- SGB XII: Vielfalt unterschiedlicher Hilfeplanverfahren

Fazit zur Bedarfsermittlung:

- In keinem Zweig der Sozialversicherung existieren geeignete Assessments zur Bedarfsfeststellung.

Den gesetzlichen Anforderungen genügen noch am ehesten die Verfahren zur Hilfeplanung nach dem SGB XII, die allerdings auch länderspezifisch differieren und durchweg nicht ICF-orientiert sind.

- Mein Thema müsste richtiger Weise lauten:
„Wie setzt man geltendes Recht durch?“ – Ohne gesetzmäßige und geeignete Assessments keine rechtmäßige Leistungsgewährung !
- Die Erprobungsphase bis 31.12.07, in der nur ein Ermessensanspruch auf das persönliche Budget bestand, sollte vor allem der Entwicklung systematischer Bedarfsermittlungsverfahren (Assessments) dienen
- Bisher sind jedoch keine bundeseinheitlich verwertbaren Ansätze zu erkennen

Leistungen, die Gegenstand des Budgets sein können

- Der Gesetzgeber halt – mit Ausnahme des SGB XI – in den für die Träger geltenden spezifischen Leistungsgesetzen keine (beschränkenden) Definitionen darüber aufgenommen, welche Leistungen durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden können oder nicht
- Grundsätzlich können danach alle Teilhabeleistungen, die gesamten Leistungen nach dem SGB V und alle in einem Sozialgesetz (Ausnahme SGB XI) enthaltenen Leistungen zur Pflege Gegenstand des Persönlichen Budgets sein, soweit sie
- sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.

Konkretisierung der Budgetinhalte im Bereich der Krankenversicherung

- Empfehlung der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen zur Umsetzung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets gem. § 17 SGB IX vom 28.6.2004
- Obwohl keine gesetzliche Einschränkung, Begrenzung durch die Selbstverwaltung auf:
 - Häusliche Krankenpflege
 - Haushaltshilfe
 - Fahrkosten
 - Reisekosten
 - Reha-Sport
 - Funktionstraining
 - zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel
 - Betriebskosten bei Hilfsmitteln
 - Aufwendungsersatz für Blindenführhunde
 - Gebärdensprachdolmetscher

Konkretisierung der Budgetinhalte im Bereich der Krankenversicherung

- Ohne Begründung (mangelnde Regiefähigkeit?) ausgenommen:
Ärztliche Behandlung, bestimmte Hilfsmittel, Heilmittel, Arzneimittel, Reha-Leistungen (obwohl letztere nach § 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX ausdrücklich bereits gesetzlich einbezogen sind), sowie ambulante und stationäre Hospizleistungen, Soziotherapie, die allesamt insbesondere in Budgets für pflegebedürftige Menschen besonders wirksam sein können.

Restriktionen auch zum Verwaltungsverfahren

- Obwohl mit der Regelung im Sinne der „Leistungsgewährung aus einer Hand“ gerade die Verfahren der Versorgung vereinfacht, verkürzt und beschleunigt werden sollen
- geht das Rundschreiben rechtswidrig davon aus, dass der Berechtigte bei erstmaliger Geltendmachung einer Leistung neben dem Budgetantrag noch einen eigenständigen Leistungsantrag bei der Kasse stellen muss
- und anderes mehr

Konkretisierung der Budgetinhalte im Bereich der Pflegeversicherung (§ 35a SGB XI)

Abschließende gesetzliche Auflistung

- 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 Gutscheine

Inhalte des Persönlichen Budgets nach dem SGB IX/XII

Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft:

- 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

Inhalte des Persönlichen Budgets nach dem SGB XII

- Leistungen der Eingliederungshilfe -

- Alle Leistungen der Eingliederungshilfe können Gegenstand des Persönlichen Budgets sein
- Das sind neben den Leistungen nach dem SGB IX insbesondere die nach § 54 SGB XII:
 - Hilfen zu einer angemessenen Schulausbildung
 - Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschl. des Besuchs der Hochschule
 - Hilfen zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit
 - Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten
(Werkstätten f. Behinderte vergleichbare Einrichtungen)
 - nachgehende Hilfen zur Sicherung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben

Pflegebedürftige sind auch Behinderte im Sinne des § 2 SGB IX

- Pflegebedürftige Menschen sind in der Regel zugleich
 - 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
- Ein Mensch ist auch dann behindert oder von Behinderung bedroht, wenn er pflegebedürftig ist oder wird
- Ein Mensch verliert seine Rechte und Ansprüche nach dem SGB IX nicht deshalb, weil er zugleich auch Leistungen nach dem SGB XI beanspruchen kann
- Es kann allenfalls um die Vermeidung von Doppelleistungen gehen.

Verfahren der Budgetgewährung durch BudgetV einheitlich und bindend

(1)

- Der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger oder der Träger der gemeinsamen Servicestelle, bei der der Antrag gestellt wird, ist als „Beauftragter“ Herr des Verfahrens, er
- beteiligt die übrigen leistungsverpflichteten Träger
- stellt den Budgetbedarf fest und holt **Stellungnahmen** der übrigen Träger ein
 - zum Bedarf, der durch Budget gedeckt wird
 - der Höhe des Budget
 - dem Inhalt der Zielvereinbarung
 - dem Beratungs- und Unterstützungsbedarf

Verfahren der Budgetgewährung durch BudgetV einheitlich und bindend
(2)

- berät gemeinsam mit dem Berechtigten- ggfls. auch mit den übrigen Trägern – in einem Bedarfsfeststellungsverfahren das Ergebnis seiner Feststellungen sowie die **Zielvereinbarung** über
 - die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele
 - die Erforderlichkeit des Nachweises für die Deckung des individuellen Bedarfs sowie
 - die Qualitätssicherung
- erlässt den Verwaltungsakt (d.h., er entscheidet über den Umfang des Budgets und die darin enthaltenen Leistungen) und erbringt das Budget und damit die Leistungen für alle Träger verantwortlich aus einer Hand.

Die Zielvereinbarung

- hat den Charakter eines öffentlich-rechtlichen Vertrages ohne eine formal vorgegebene Schriftform und sollte Anlage des Verwaltungsaktes über die Leistungsbewilligung sein.
 - Sie bindet die beteiligten Leistungserbringer einerseits im Innenverhältnis zueinander, andererseits gemeinsam im Verhältnis zum Leistungsberechtigten.
 - Sie ist die Plattform, auf der die Reha-Träger ihre gesetzlichen Pflichten sichern müssen
 - Zielorientierung und Wirksamkeit der durch das Budget auszuführenden Leistungen im Sinne der Zielerreichung
 - Qualität der Leistungen, Qualitätssicherung usw.
- Dabei gehört zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung z.B. auch die Unterstützung des Berechtigten bei der Preisgestaltung mit den Leistungserbringern (z.B. durch Rahmenverträge nach § 21 Abs. 2 SGB IX)

Ausführung des Budgets nach § 17 SGB IX

- in der Regel als Geldleistung
- in begründeten Fällen durch Gutscheine

wobei

- in § 35a SGB XI ausdrücklich klargestellt wird, dass die Gutscheine dazu dienen, Sachleistungen budgetfähig zu handhaben
- was für Sachleistungen im Rahmen des SGB V, SGB IX auch heißt, diese auf den nach § 10 SGB IX festgestellten Bedarf zuschneiden zu können

Fazit:

- Das Persönliche Budget ist als Grundlage der Leistungsgewährung aus einer Hand sozialrechtsübergreifend einheitlich und verbindlich installiert

- Das Persönliche Budget erwartet von den Sozialleistungsträgern nicht nur Verantwortung bei der
 - Sicherstellung und Ausführung der Leistung, sondern
 - Akzeptanz der Mitentscheidungsrechte der Berechtigten
 - Klientbezogene Unterstützung der Berechtigten (Case- und Care-Management) sowohl bei der Feststellung des Leistungsbedarfs als auch bei der Organisation und Ausführung der Leistung
- Die Sozialleistungsträger müssen sich vom Leistungsverwalter zum unterstützenden und fördernden „Kümmerer“ umorganisieren, der
- Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und das Selbstmanagement der Berechtigten im Sinne selbstbestimmter Teilhabe als Selbstverständnis und Basis der des Verwaltungshandelns akzeptiert und fördert