

Das Persönliche Budget

Praktische Handlungshilfen für die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand

1	Einführung zu den Handlungshilfen.....	3
1.1	Ausgangslage.....	3
1.2	Anwendungsbereich	3
1.3	Adaptives Konzept.....	3
2	Allgemeines zum Persönlichen Budget	4
2.1	Grundsatz.....	4
2.2	Verschiedene Budgetarten und Begriffe	5
2.2.1	Das Persönliche Budget von einem Träger.....	5
2.2.2	Das trägerübergreifende Budget.....	5
2.2.3	Das Pflegebudget.....	5
2.2.4	Das „Integrierte Budget“ in Rheinland-Pfalz.....	5
2.2.5	Bedeutung für die Unfallversicherung	6
3	Ziele des Persönlichen Budgets	6
4	Besonderheiten der Unfallversicherung.....	7
4.1	Das trägerübergreifende Budget – die Ausnahme bei der Unfallversicherung	7
4.2	Leistungen, die dem Persönlichen Budget ähneln oder entsprechen.....	7
4.3	Die gesamtheitliche auf Dauer ausgerichtete Betreuung	7
5	Voraussetzungen	8
5.1	Die gesetzlichen Voraussetzungen nach § 17 i.V.m. § 159 Abs. 5 SGB IX.....	8
5.2	Weitere Voraussetzungen	8
6	Verfahren.....	9
6.1	Allgemeines.....	9

6.2	Das Budget(feststellungs)verfahren.....	9
6.3	Bescheid und öffentlich-rechtlicher Vertrag.....	10
7	Ausführung der Leistung als Persönliches Budget	10
7.1	Zahlungsrhythmus, Zeitraum, Nachweis und Qualitätskriterien.....	10
7.2	Überblick einzelner Leistungen.....	11
8	Pauschalierung und Persönliches Budget – kein Widerspruch.....	21
9	Für alle die es noch genauer wissen möchten.....	21
9.1	Hinweise auf Quellen und Links.....	21
9.2	Rundschreiben des BUK zum Persönlichen Budget	22
10	Rückmeldungen zur Handlungshilfe sind erwünscht	22
11	Anhang	23
11.1	Gesetzestexte:.....	23
11.2	Budgetverordnung	25
11.3	Mitglieder der Arbeitsgruppe „Persönliches Budget“	27
11.4	Allgemeiner Bescheid mit Hinweis auf Zielvereinbarung	28
11.5	Beispiel eines Bescheides i.V.m. einem öffentlich-rechtlichen Vertrag	30
11.5.1	Bescheid.....	30
11.5.2	Öffentlich-rechtlicher Vertrag.....	35

1 Einführung zu den Handlungshilfen

1.1 Ausgangslage

Der Ausschuss „Rehabilitation“ der Konferenz der Geschäftsführer/innen des BUK hat im November 2006 dem ihm nachgeordneten Gremium (Arbeitskreis „Rehabilitation“) den Auftrag erteilt, die Felder zu bestimmen, die sich als Persönliches Budget besonders eignen und für diese Handlungshilfen für die praktische Anwendung für die UV-Träger der öffentlichen Hand zu entwerfen. Zur Erarbeitung eines ersten Diskussionsentwurfs wurde aus dem Arbeitskreis „Rehabilitation“ unter Leitung des BUK die Arbeitsgruppe „Persönliches Budget“ gebildet. Der hier vorliegende Entwurf (*Stand 20.06.2007*) ist das Ergebnis dieser Arbeitsgruppe.

Zum Zeitpunkt des Starts der Arbeitsgruppe im Februar 2007 lagen im Bereich der Unfallversicherung weder auf Landes- noch auf Bundesebene Handlungsempfehlungen-/leitlinien zum Persönlichen Budget vor.

1.2 Anwendungsbereich

Entsprechend dem Auftrag des Ausschusses Rehabilitation und der Gesetzeslage ab 01.01.2008 soll diese Handlungsanleitung eine Hilfe für die praktische Umsetzung der Ausführung von Leistungen als Persönliches Budget sein. Sie wendet sich daher in erster Linie an Unfallsachbearbeiter und Entscheidungsträger. Ausgangspunkte sind zunächst Interessenlage und Aufgaben der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Da im Bereich der Unfallversicherung grundsätzlich die Leistungen „aus einer Hand“ erfolgen und nur in sehr seltenen Fällen mehrere Träger beteiligt sind, stellt diese Handlungshilfe insbesondere auf das nicht trägerübergreifende Budget ab und wird sich daher zunächst nur auf wenige praktische Hinweise zum trägerübergreifenden Budget beschränken. Für alle anderen Fälle kann auf die „Vorläufigen Handlungsempfehlungen – Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ (*Stand 01.11.2006*) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) verwiesen werden.

1.3 Adaptives Konzept

Diese Handlungshilfe ist als fortschreibungsfähiges Konzept geplant. Sie stellt zunächst nur ein Grundgerüst dar, das entsprechend der zu erwartenden Rechtsprechung und der jeweils zu beteiligenden Fach- und Entscheidungsgremien der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ergänzt und angepasst werden kann und muss.

Hier sollen in einem ersten Schritt allgemeine Hinweise und Erläuterungen gegeben werden, die der praktischen Umsetzung und Implementierung der Leistungsform des Persönlichen Budgets für die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand dienen sollen. Diese Hinweise sind keineswegs endgültig oder abschließend.

Perspektivisch sollten nach und nach die Tabelle der Leistungen (Ziff. 7.2) erweitert und die Umsetzungserfahrungen mit dem Persönlichen Budget in diese Handlungshilfe eingearbeitet werden. Hier wären dann auch die gewerblichen Berufsgenossenschaften aktiv zu beteiligen, da der Bundesverband der Unfallkassen (BUK) und der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) ab Sommer 2007 fusionieren.

2 Allgemeines zum Persönlichen Budget

2.1 Grundsatz

Beim Persönlichen Budget handelt es sich nicht um eine neue Leistung, vielmehr werden die **Formen der Ausführung** von Leistungen erweitert; dies wurde durch § 17 SGB IX möglich. Eine Leistung kann nun der/dem Berechtigten¹ als Budget zur Verfügung gestellt werden und sie/er kann darüber weitgehend selbst bestimmen.

Es gelten grundsätzlich alle Leistungen zur Teilhabe – einschließlich der für medizinische Rehabilitation – als budgetfähig. Dies schließt die Akut- oder Kranken(haus)behandlung, der Unfallversicherungsträger, die keine medizinische Rehabilitation i.S. des SGB IX darstellt, aus. Weitere Leistungen der Kranken- und Pflegekassen und die Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe sind budgetfähig, wenn diese Leistungen sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistung oder in Form von Gutscheinen erbracht werden können. Derartige Einschränkungen gelten nicht für die Teilhabeleistungen.

Im Rahmen des Persönlichen Budgets erhält der Versicherte für die ihm zustehenden Leistungen einen Geldbetrag, den er selbständig verwalten und verantwortungsvoll einsetzen muss. Er wird damit aus der Rolle des reinen Antragstellers in die Rolle des Gestalters seiner Rehabilitation oder eines Teils seiner Rehabilitation versetzt. Damit bindet das Persönliche Budget das Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) direkt ein und geht dabei noch ein Stück weiter, indem auch die Eigenverantwortung gestärkt wird.

Ein Persönliches Budget wird immer nur auf Antrag erbracht. Dies bedeutet auch, dass niemand gezwungen werden kann seine Leistung(en) in Form eines Persönlichen Budgets in Empfang zu nehmen. Das bedeutet jedoch nicht, dass der Anstoß zum Antrag nicht vom Rehabilitationsträger ausgehen kann. Die Unfallversicherungsträger haben im Hinblick auf eine zielgerichtete Heilverfahrens- und Rehabilitationssteuerung die Verpflichtung, das Persönliche Budget in geeigneten Fällen aktiv mit in die umfassende Beratung und Betreuung der Versicherten einzubeziehen.

Bis 31.12.2007 ist die Ausführung von Leistungen als Persönliches Budget in das Ermessen der jeweiligen Leistungs- /Rehabilitationsträger gestellt und wird u. a. in sogenannten Modellregionen erprobt und wissenschaftlich begleitet. Ab 01.01.2008 besteht ein Rechtsanspruch auf Ausführung der Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets. Dies bedeutet, dass bei einem Anspruch auf eine oder mehrere der oben aufgeführten Leistungen, diese Leistung grundsätzlich in Form eines Persönlichen Budgets zu erbringen ist, wenn der Berechtigte dies wünscht. Im Übrigen kann der Berechtigte wieder aus dem Persönlichen Budget aussteigen, wenn er dies wünscht.

Ob Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden (können), ist immer von den individuellen Umständen abhängig, es handelt sich daher in jedem Fall um eine Einzelfallentscheidung.

¹ Im folgenden Text wird ausschließlich wegen der besseren Lesbarkeit auf die weibliche Form verzichtet.

2.2 Verschiedene Budgetarten und Begriffe

Im Folgenden werden verschiedene Budgets bzw. einzelne Budgetbegriffe erläutert. Nicht alle Begriffe sind im Gesetz verankert oder haben für die Unfallversicherung Bedeutung. Im Sinne einer einheitlichen Sprache der (Rehabilitations-)Träger werden aber auch diese hier kurz vorgestellt.

2.2.1 Das Persönliche Budget von einem Träger

Ein (Reha-)Träger kann alle oder einen Teil seiner Teilhabe- bzw. Pflegeleistungen als Persönliches Budget erbringen. Hierbei kann es sich sowohl um die Hauptmaßnahme (z. B. Umschulung) als auch um eine ergänzende Leistung (z. B. Reisekosten) handeln oder mehrere Leistungen können zusammen das Persönliche Budget bilden.

2.2.2 Das trägerübergreifende Budget

Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets können, je nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs, auch verschiedene Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt sein. Ist dies der Fall, so handelt es sich um ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, das als Komplexleistung erbracht wird. In diesem Fall bleibt jeder Träger für die Ausführung seiner Leistung verantwortlich, es wird aber ein Beauftragter bestimmt, der insbesondere die Koordination und Abstimmung der Bedarfe vornimmt und u.a. einen Gesamtbescheid erteilt.

Die Budgets der einzelnen Träger sind dabei die **Teilbudgets**, die gemeinsam das Persönliche Budget bilden.

2.2.3 Das Pflegebudget

Das Pflegebudget bezieht sich ausschließlich auf das SGB XI. Hier sieht § 8 Abs. 3 SGB XI vor, dass die Pflegekassen modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets erproben. Näheres s. www.pflegebudget.de.

Im Übrigen können Pflegeleistungen nach dem SGB XI auch im Rahmen des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets zur Verfügung gestellt werden. Dann gelten allerdings die Einschränkungen des § 35a SGB XI, der in seiner jetzigen Fassung u.a. nur eine Gutscheinregelung zulässt, den Verrichtungsbezug aufrechterhält und die Eingrenzung auf zugelassene Pflegedienste festschreibt.

2.2.4 Das „Integrierte Budget“ in Rheinland-Pfalz

Hierbei handelt es sich um ein spezielles Modellprojekt, das zeitlich und örtlich begrenzt in Zusammenarbeit der Spitzenverbände der Pflegekassen mit dem Land Rheinland-Pfalz in Mainz und Neuwied durchgeführt wird; Näheres s. www.integriertesbudget.de.

2.2.5 Bedeutung für die Unfallversicherung

Bei Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung dürfte es sich in den meisten Fällen nicht um ein trägerübergreifendes Budget handeln, da dort grundsätzlich die Zuständigkeit für alle Bereiche der Rehabilitation und Teilhabe in einer Hand liegt. Diese Handlungshilfe beschränkt sich zunächst im ersten Arbeitsschritt auf die zu erwartenden häufigeren Fallkonstellationen. Die Arbeitsgruppe regt aber bereits an dieser Stelle an, zu einem späteren Zeitpunkt auch die Möglichkeiten und Voraussetzungen des trägerübergreifenden Budgets bei Beteiligung der Unfallversicherung näher, ggf. mit Beispielen, zu beschreiben. In Bezug auf das trägerübergreifende Budget wird noch einmal auf die Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ (Stand 01.11.2006) der BAR verwiesen (s. auch unter www.bar-frankfurt.de).

Sofern Pflegeleistungen durch die Unfallversicherung als Persönliches Budget erbracht werden, handelt es sich begrifflich nicht um ein „Pflegebudget“.

3 Ziele des Persönlichen Budgets

Mit dem Persönlichen Budget sollen vor allem Selbstbestimmung und Teilhabe des Betroffenen gefördert werden. Es ist bekannt, dass der Rehabilitationsprozess in vielen Fällen durch mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung positiv beeinflusst wird. Das Persönliche Budget dient damit auch insbesondere der Stärkung und Wirksamkeit des Rehabilitationsprozesses.

Als weitere wichtige Ziele des Persönlichen Budgets seien hier die Individualisierung der Leistung, die Kundenzufriedenheit und die Entbürokratisierung genannt.

Ziel ist – bei der Entscheidung über das Persönliche Budget – immer: soviel Selbstbestimmung und Eigenverantwortung wie möglich und Hilfestellung und/oder Erbringung von Leistungen außerhalb des Persönlichen Budgets wo nötig. Hier muss die Unfallversicherung abwägen, zwischen dem, was für den Versicherten nützlich und hilfreich ist und seine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und/oder am Arbeitsleben bzw. seine Pflege fördert und dem, was dieser nur mit weit höherem Aufwand als der Unfallversicherungsträger erreichen könnte. Ein Persönliches Budget dient weder dem Betroffenen noch dem Unfallversicherungsträger, wenn dadurch Qualität und Koordination der Leistung verschlechtert oder gar das Rehabilitationsziel nicht erreicht wird.

Das ideale Steuerungselement für ein Persönliches Budget bzw. dessen Umfang ist daher die genaue Erörterung der Vor- und Nachteile, d. h. die „richtige“ Beratung des Betroffenen, vor und während der Leistung. Dies gilt insbesondere, da das Persönliche Budget nur auf Antrag erfolgt. Gerade bei der Unfallversicherung besteht hier durch den frühzeitigen, engen und oft lang andauernden direkten Kontakt eine Einflussmöglichkeit, die i. S. der bestmöglichen Rehabilitation und Teilhabe, nicht nur genutzt werden kann sondern auch muss.

Außerdem sollte die Erbringung von Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets zu einer Verringerung des Verwaltungsaufwandes und damit auch zu weniger Bürokratie führen, mit dem Ziel, die so gewonnene Zeit – je nach Einzelfall und Bedarf – für die Rehabilitationsberatung des Betroffenen und die Budgetberatung zu verwenden.

4 Besonderheiten der Unfallversicherung

4.1 Das trägerübergreifende Budget – die Ausnahme bei der Unfallversicherung

Bei der Unfallversicherung gibt es im Leistungsfall selten Berührungspunkte mit anderen Rehabilitations- und Leistungsträgern. Der Grundsatz „Alles aus einer Hand“ schließt daher häufig das Erfordernis eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets aus. Damit kann die Unfallversicherung aber auch wesentlich einfacher über das Persönliche Budget und dessen Inhalte entscheiden, erfordert dies doch im Regelfall keinen Abstimmungsprozess mit anderen Trägern, keine trägerübergreifenden Fallerörterungen/-konferenzen und es muss kein Beauftragter bestimmt werden (vgl. § 3 [BudgetV](#)).

4.2 Leistungen, die dem Persönlichen Budget ähneln oder entsprechen

Da es bereits vor dem SGB IX für die Unfallversicherung die Möglichkeit der Erbringung von Leistungen in Budgetform gab, insbesondere seien hier die Bereiche „Teilförderung“ (§ 35 Abs. 3 SGB VII) und „Pflege im Arbeitgebermodell“ genannt, scheint die Differenzierung zum Persönlichen Budget nach § 17 SGB IX zunächst schwierig. Die Tatsache aber, dass auch nach dem Recht der Unfallversicherung bereits Budgets möglich waren, schließt das Persönliche Budget nach § 17 SGB VII nicht aus. Vielmehr stellt es die bisherige Leistungserbringungsform nun auf eine konkrete gesetzliche Grundlage. Das bedeutet, dass z. B. Teilförderungen nach § 35 SGB VII i.V.m. § 17 SGB IX im Rahmen eines Persönlichen Budgets erbracht werden sollten.

Die UV-Träger erbringen zudem Leistungen in pauschalierter Form, wenn diese regelmäßig und über einen längeren Zeitraum zu leisten sind (z. B. Reisekosten, Haushaltshilfe u. ä.). Hier müsste im Einzelfall geprüft werden, ob diese Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets tatsächlich für den Leistungsbezieher oder den Leistungserbringer von Nutzen sind (s. hierzu auch Ziff.8).

4.3 Die gesamtheitliche auf Dauer ausgerichtete Betreuung

Gerade auch bei der Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets bzw. bei dessen Zuschnitt erweist sich die umfassende, intensive und versichertennahe Begleitung und Betreuung durch die Fachberater für Rehabilitation (Berufshelfer) oder Rehabilitationsmanager als großer Vorteil. Kein anderer Reha-Träger verfügt über diese engen und oft dauerhaften Kontakte zu seinen Versicherten. Die genaue Kenntnis des Betroffenen, seiner Verletzung/Erkrankung, seines häuslichen Umfelds, seiner Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen ist ein idealer Boden für die Gestaltung des individuellen Budgetrahmens.

5 Voraussetzungen

5.1 Die gesetzlichen Voraussetzungen nach § 17 i.V.m. § 159 Abs. 5 SGB IX

Um eine Leistung oder Leistungen in Form des Persönlichen Budgets zu erbringen, bedarf es zunächst immer des Antrags des Berechtigten (§ 17 Abs. 2 SGB IX). Zudem muss es sich um budgetfähige Leistungen handeln (vgl. Ziff. 0) und es gilt der Grundsatz, dass durch das Persönliche Budget die Leistung nicht teurer werden soll, als bei herkömmlicher Leistungserbringung (s. § 17 Abs. 3 SGB IX).

5.2 Weitere Voraussetzungen

Neben den Voraussetzungen, die der Gesetzgeber klar im § 17 SGB IX formuliert und vorgegeben hat, gibt es weitere Voraussetzungen, die sich z. B. aus der Tatsache ergeben, dass die Unfallversicherung die Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln erbringen muss. Zudem sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Daneben fordert der Gesetzgeber in § 26 Abs. 4 SGB VII, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Teilhabe dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Weiterhin sollen die Leistungen grundsätzlich als Dienst- und Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden. Auch bestimmt die Unfallversicherung nach pflichtgemäßem Ermessen Art, Umfang und Durchführung der Leistungen sowie die Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen (§ 26 Abs. 5 s.1 SGB VII). Damit liegt die Steuerung und Verantwortung der Rehabilitation in der Hand des Unfallversicherungsträgers. Schon aus diesem Gesamtkontext, können sich - auf den Einzelfall bezogen - eine Reihe von Ausschluss- aber auch Einschlussgründe für ein Persönliches Budget ergeben, z. B., wenn die für den Betroffenen erforderliche Leistung in einer fachlich anerkannten Einrichtung, mit der die Unfallversicherung vertraglich die Kostensätze, den Leistungsumfang, die personellen und sachlichen Anforderungen und die Qualitätssicherungskriterien festgelegt hat, durchgeführt werden soll.

Ob Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden (können), ist immer von den individuellen Umständen abhängig. Die Aufgabe der Unfallversicherung liegt hier in der Abwägung und diesbezüglichen Auseinandersetzung mit dem vom Leistungsberechtigten gestellten Antrag. Sollte die Form der beantragten Leistungsgewährung als Persönliches Budget nach seiner Auffassung nicht sinnvoll sein, kann im Rahmen der versichertennahen Begleitung und Betreuung durch Aufzeigen der Vor- und Nachteile und ggf. der Erstellung eines bedarfsge rechten Gegenangebotes eine von beiden Seiten akzeptierte Lösung erreicht werden. Eine Ablehnung durch Verwaltungsakt sollte hier immer nur das letzte Mittel sein.

In der Tabelle unter Ziff. 7.2 sind einige Leistungen beispielhaft aufgeführt, die sich aus Sicht der Arbeitsgruppe gut, bedingt oder grundsätzlich nicht für ein Persönliches Budget eignen.

6 Verfahren

6.1 Allgemeines

Die Leistungsform des Persönlichen Budgets ändert nichts an dem Grundverfahren in Bezug auf die Heilverfahrenssteuerung, die Bedarfsfeststellung sowie Hilfe- und Rehabilitationsplanung. Bevor aber über ein Budget entschieden werden kann, müssen selbstverständlich Beratung und Bedarfsfeststellung sowie das Festsetzen von Zielen für die Reha-/ Teilhabe- oder Pflegeplanung erfolgt sein.

Soll daher auch bei den sogenannten Leichtverletzten ein Persönliches Budget erbracht werden, bedeutet dies, dass auch hier eine Hilfeplanung erfolgen muss.

Auch wenn grundsätzlich Budgetfähigkeit besteht, ist für kurzandauernde Leistungen ein Budget evtl. nicht sinnvoll, da der Aufwand für die in der Budgetverordnung vorgeschriebenen Zielvereinbarungen und Qualitätssicherungen in diesen Fällen unverhältnismäßig hoch ist gegenüber dem Nutzen für Versicherungsträger und Versicherte.

6.2 Das Budget(feststellungs)verfahren

Auf der Grundlage der Bedarfsfeststellung und des Hilfe- und Reha-Planes sind – gemeinsam mit den Betroffenen – das Budget und die hierzu erforderlichen Regelungen festzustellen und abzustimmen.

Hilfreich hierbei können die folgenden Fragestellungen sein:

- Welches Teilhabeziel wird grundsätzlich verfolgt?
- Was ist das Ziel des Persönlichen Budgets unter Berücksichtigung des Teilhabeziels?
- Welche Leistungen umschließt das Persönliche Budget?
- Für welchen Zeitraum wird das Persönliche Budget festgesetzt?
- In welcher Höhe erfolgt die Zahlung?
- Wie soll der Zahlungsrhythmus aussehen?
- Welche Nachweise sind erforderlich? Wann sind diese zu erbringen? Ggf. durch wen?
- Ist bei der Leistung eine Qualitätssicherung notwendig? Wie kann diese ggf. aussehen?

Wie Feststellung und Abstimmung erfolgen (auf Vordruck, in Form eines Vermerkes, in sonstiger Form) ist vom Einzelfall und dem generellen Verwaltungsverfahren des jeweiligen Unfallversicherungsträgers abhängig.

Die obengenannten Budgetfeststellungen werden in einer Zielvereinbarung oder einem öffentlich-rechtlichen Vertrag mit dem Betroffenen „verabredet“, wenn das Budget endgültig festgesetzt wird. Entsprechend der Budgetfeststellung muss für den Unfallversicherungsträger genauso wie für die Betroffenen klar hervorgehen, wofür das Persönliche Budget erbracht wird, welchem Rehabilitations-/Teilhabe-Ziel es dienen soll, welche Teilhabe-/Pflegeleistungen es umfasst, für welchen Zeitraum es erbracht wird, wie die Zahlung erfolgt (monatlich, vierteljährlich oder z. B. halbjährlich), wie und ob ein Nachweis über die „eingekauften“ Leistungen zu erfolgen hat und an welche Form der Qualitätssicherung gedacht ist. Anhand der ermittelten Ergebnisse muss die Zielvereinbarung bzw. der öffentlich-rechtliche Vertrag somit Regelungen zu den nachstehenden Bereichen enthalten:

- Teilhabeziel
- Budgetzweck
- Budgetzeitraum
- Zahlungsmodus
- Nachweis und Qualitätssicherung
- Höhe der Zahlung
- Modalitäten einer Rückzahlung
- Kündigungsfristen

6.3 Bescheid und öffentlich-rechtlicher Vertrag

Wie die Art der Festsetzung der Leistung in Form eines Persönlichen Budgets erfolgt, ob in Bescheidform oder mit öffentlich-rechtlichem Vertrag bzw. in Kombination, ist abhängig von der Art der Leistung und dem Einzelfall. Dies sollte daher immer unter pragmatischen Gesichtspunkten entschieden werden.

Die Grundleistung kann mit Bescheid bewilligt werden, muss aber nicht. Wichtig ist, dass die im Budgetfeststellungsverfahren getroffenen Regelungen immer mit dem Betroffenen abgestimmt und als Dokumentation dessen, auch von ihm unterschrieben werden. Hierfür bietet sich entweder der öffentlich-rechtliche Vertrag oder eine Zielvereinbarung an. Beides kann im Rahmen des Bescheides als Auflage oder Nebenbestimmung erfolgen.

Z. B. sind Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, d. h. der Grundanspruch auf Pflege mit der Feststellung der Tatbestandsmerkmale „Hilflosigkeit“ und „durch welche Einschränkungen“, durch förmlichen Verwaltungsakt festzustellen. Für die konkrete Leistung und ihre Gestaltung (Ermessensentscheidung) eignet sich dann der öffentlich-rechtliche Vertrag, weil sich die Beteiligten auf gleicher Ebene partnerschaftlich gegenüberstehen und die im Vertrag dokumentierte Gestaltung der Pflegeleistungen mit den Leistungsberechtigten zuvor abgestimmt wurde.

Ein Beispiel eines öffentlich-rechtlichen Vertrages befindet sich im Anhang, Bescheidbeispiele ebenfalls. Eine Musterzielvereinbarung finden Sie auf der Homepage der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (siehe www.isl-ev.de).

7 Ausführung der Leistung als Persönliches Budget

7.1 Zahlungsrhythmus, Zeitraum, Nachweis und Qualitätskriterien

Wie bereits ausgeführt, ist das Persönliche Budget immer sehr von den individuellen Leistungen und Umständen abhängig und daher auf den Einzelfall zugeschnitten. Dabei ist es auch von den zwischen Versichertem und Unfallversicherungsträger ausgehandelten Bedingungen im Hinblick auf Zeitraum, Nachweis, Qualitätssicherung u. v. m. abhängig.

Zwar gelten nach dem Gesetz grundsätzlich alle Teilhabeleistungen und auch die Pflegeleistungen der Unfallversicherung als budgetfähig, zunächst sollte aber gemeinsam mit dem Betroffenen ermittelt werden, ob die Erbringung der Leistung als Persönliches Budget im Einzelfall sinnvoll ist oder keinerlei Vorteile - evtl. sogar Nachteile - für ihn birgt.

Ziff. 7.2 versucht dies an einzelnen Leistungen beispielhaft darzustellen und gleichzeitig einen Überblick zu geben, wie Nachweis und Qualitätssicherung evtl. aussehen könnten. Die Tabelle ist nicht abschließend und nur als Hilfe zum Umgang mit dem Persönlichen Budget gedacht. Sie kann und soll nur einen groben Orientierungsrahmen bilden. Im speziellen Einzelfall können auch Leistungen als Budget geeignet sein, die hier im Allgemeinen als nicht sinnvoll / fraglich für ein Persönliches Budget erachtet werden.

An dieser Stelle sei noch ein weiterer Hinweis gegeben: Einige Leistungen, die als Einzelleistung als Persönliches Budget keinerlei Vorteil zur bisherigen Leistungserbringung bieten, können mit weiteren Leistungen zusammen, durchaus ein sinnvolles Persönliches Budget bilden.

Das Persönliche Budget ist im Voraus zur Verfügung zu stellen. Ob es monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich gezahlt wird, hängt von der mit dem Betroffenen vereinbarten Regelung ab. Die Entscheidung hierüber fällt der jeweilige Unfallversicherungsträger unter Abwägung der Umstände des Einzelfalles und in Abstimmung mit dem Betroffenen selbst. Dabei spielen neben den persönlichen Erfordernissen des Betroffenen u.a. auch die Höhe des zur Verfügung zu stellenden Betrages, die voraussichtliche Dauer der Leistung, Art und Anzahl der Einzelleistungen aus denen sich das Persönliche Budget zusammensetzt, die Art des erforderlichen Nachweises und die vereinbarte Form der Qualitätssicherung eine Rolle. Ähnliche Kriterien werden den Zeitraum für die Festsetzung bestimmen.

Nachweis und Qualitätskriterien sind immer von der Art der Leistung und dem erwarteten Erfolg abhängig. Unter Ziff. 7.2 sind beispielhaft mögliche Nachweise und Qualitätskriterien aufgeführt, die hier als Anhaltspunkte dienen sollen.

7.2 Überblick einzelner Leistungen

Im Folgenden werden beispielhaft Leistungen aufgeführt, die sich **grundsätzlich** als Persönliches Budget eignen oder bei denen die Ausführung der Leistung als Persönliches Budget eher fraglich bzw. nicht sinnvoll scheint.

Im Einzelfall oder wegen bestimmter beim einzelnen Unfallversicherungsträger bestehender Verwaltungsverfahren können auch die Leistungen, die hier als „fraglich/nicht sinnvoll“ aufgeführt sind, für ein Persönliches Budget geeignet sein. So wird z. B. das Instrument des Persönlichen Budgets von einer Unfallkasse bei den in größerer Anzahl festzustellenden Leistungen der Haushaltshilfe sowie den schulisch-pädagogischen Maßnahmen (Erstattung Nachhilfeunterricht und Schulfahrten) eingesetzt, auch wenn die Rehabilitationssteuerung noch direkt durch den Unfallversicherungsträger erfolgt und die Rehabilitation erst begonnen hat. Hier wird versucht durch frühzeitiges aktives Handeln dem voraussichtlichen Bedarf durch entsprechende Leistungsangebote an die Versicherten (Persönliches Budget) gerecht zu werden. Die Versicherten können so ihre Leistungen selbstbestimmt gestalten. Damit wird mit minimiertem Verwaltungsaufwand eine wirksame, von beiden Seiten akzeptierte Lösung erreicht.

Jedoch können auch Leistungen die grundsätzlich „geeignet“ sind, im konkreten Fall nicht geeignet sein. Ist die direkte Leistungserbringung durch die Unfallversicherung kostengünstiger (z.B. über den Hilfsmittelpool der Unfallversicherung, durch die Versorgung mit Arznei- und Verbandmittel über BG-Kliniken, durch die Rahmenvereinbarung zur Hörgeräteversorgung u.ä.), als wenn der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft, ist ein Persönliches Budget auch bei Antrag des Versicherten und grundsätzlich „geeigneten Leistungen“ nicht angebracht. Denn bei der Entscheidung über die Erbringung von Leistungen als Persönliches Budget ist immer auch der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

Der Unfallversicherungsträger entscheidet in jedem Einzelfall über die Geeignetheit der Ausführung der Leistung als Persönliches Budget.

Beispiele für Persönliches Budget

Art der Leistung	grds. geeignet für Persönliches Budget	mögliche Form Nachweis/ Qualitätssicherung	fraglich, ob hier ein Persönliches Budget sinnvoll ist	Gründe
<p><u>Heilmittel</u></p> <p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiotherapie - Ergotherapie - Logopädie - EAP 	<p><u>geeignet</u> bei längerer bzw. dauerhafter Heilmittelverordnung</p>	<p>ärztl. Kontrolluntersuchungen (Rechnung)</p>	<p><u>fraglich</u>, solange die direkte Steuerung noch eng durch die UV erfolgt</p>	<p>Dauer, Häufigkeit und Umfang der therapeutischen Maßnahmen stehen hier noch nicht endgültig fest bzw. sind sehr variabel</p>
<p><u>Reisekosten</u></p>	<p><u>geeignet</u> bei med. Reha zur Sicherung des Heilbehandlungserfolges</p> <p>bei LTA (= Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben): grds. immer</p>	<p>bei med. Reha: Abrechnung der Therapiekosten durch den Behandler</p> <p>bei LTA: Anwesenheitsliste der Einrichtung</p>	<p><u>fraglich</u> bei Heilbehandlung, solange die direkte Steuerung noch eng durch die UV erfolgt</p>	<p>Dauer, Häufigkeit und Umfang der therapeutischen Maßnahmen stehen hier noch nicht endgültig fest bzw. sind sehr variabel</p>

Art der Leistung	grds. geeignet für Persönliches Budget	mögliche Form Nachweis/ Qualitätssicherung	fraglich, ob hier ein Persönliches Budget sinnvoll ist	Gründe
<p><u>Arznei-, Verbandmittel, Verbrauchshilfsmittel</u></p>	<p><i>geeignet</i></p> <p>bei med. Reha zur Sicherung des Heil- behandlungserfolges</p>	<p>jährliche Kontrolle durch Betreuung von Schwerstverletzten; bei Mehrbedarf Nachweis durch Ver- sicherten erforderlich</p>	<p><i>fraglich</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Heilbehandlung, solange die direkte Steuerung noch eng durch die UV erfolgt - bei verschreibungs- pflichtigen Arznei- mitteln - sofern eigene Arz- neimittelverträge ab- geschlossen sind 	<p>Dauer, Häufigkeit und Umfang der thera- peutischen Maßnah- men stehen hier noch nicht endgültig fest bzw. sind sehr varia- bel</p>
<p><u>Hilfsmittel</u></p> <p>(z.B. Kauf, Änderun- gen, Instandsetzung, Betriebskosten)</p> <p><u>Achtung</u> Hilfsmittelpool be- achten</p>	<p><i>geeignet</i></p> <p>bei längerfristiger med. Rehabilitation und wenn dauerhafte Versorgung mit Hilfsmitteln erforder- lich ist</p>	<p>Abnahme des Hilfs- mittel durch Arzt oder entspr. Versorgungs- stelle Besuch des Berufs- helfers Überwachung der Rehabilitation</p>	<p><i>fraglich</i></p> <p>bei vorübergehender Versorgung (Akutpha- se)</p>	<p>in der Regel handelt es sich um eine kurzfristige Versor- gung, bei der das Hilfsmittel ggf. sogar gemietet werden kann</p>

Art der Leistung	grds. geeignet für Persönliches Budget	mögliche Form Nachweis/ Qualitätssicherung	fraglich, ob hier ein Persönliches Budget sinnvoll ist	Gründe
<p><u>Haushaltshilfe/ Kinderbetreuung (Betriebshilfe) (§ 54 SGB VII)</u></p>	<p><u>geeignet</u></p> <p>bei med. Reha, wenn eine längere bzw. lange Rehabilitation zu erwarten ist</p> <p><u>geeignet</u> bei LTA</p>	<p>med. Reha: Arbeitsnachweis der ggf. weiteren im Haushalt lebenden Person; Öffnungszeiten bzw. Schließzeiten KITA; Hort usw.</p> <p>LTA: s.o. Umschulungszeiten</p>	<p><u>fraglich</u> bei kurzfristiger Leistung</p>	<p>Dauer, Häufigkeit und Umfang steht in der Regel für einen längeren Zeitraum nicht fest und es sind dabei größere Änderungen kurzfristig zu erwarten</p>
<p><u>Reha-Sport</u></p> <p>– Gebühren der Sporteinrichtung</p> <p>– Fahrkosten</p>	<p><u>geeignet im Einzelfall</u>, wenn dem Versicherten der Besuch einer anerkannten Sportgruppe nicht möglich ist (z.B. örtl. Probleme)</p> <p><u>geeignet</u></p>	<p>Konzept zur Vorlage beim Arzt; ärztl. Zustimmung ärztl. Vorstellungen</p> <p>Anwesenheitsliste</p>	<p><u>sonst grds. fraglich:</u></p>	<p>kein erkennbarer Vorteil, Gebühren werden mit Sportverein lt. Richtlinie anhand Anwesenheitsliste abgerechnet</p>

Art der Leistung	grds. geeignet für Persönliches Budget	mögliche Form Nachweis/ Qualitätssicherung	fraglich, ob hier ein Persönliches Budget sinnvoll ist	Gründe
<p><u>stationäre Reha</u>maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reisekosten – Unterbringungskosten – med. Therapien 	<p><u>geeignet</u> in problematischen Einzelfällen</p>	<p>ärztl. Stellungnahme vor Maßnahme und nach Maßnahme; ggf. Bericht von Einrichtung</p>	<p><u>sonst grds. fraglich</u></p>	<p>Leistungen erfordern immer einer ärztl. VO; Steuerung und Kontrolle des Heilverlaufes ist hier immer erforderlich; Privat abrechnung/ hohe Kosten</p>
<p><u>Erholungsaufenthalt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Tagessatz – med. Therapien 	<p><u>geeignet nur, wenn</u> außer dem Erholungsaufenthalt noch therapeutische Maßnahmen erforderlich sind <u>und</u> der Erholungsaufenthalt im Ausland oder in einer Privatklinik erfolgt</p>	<p>Buchungsnachweis, Fahrkarten, Verordnungen</p>	<p><u>grds. nicht sinnvoll</u>, kein Vorteil</p>	<p>Personenkreis lt. Richtlinie festgelegt, Betrag steht fest, ist planbar</p>

Art der Leistung	grds. geeignet für Persönliches Budget	mögliche Form Nachweis/ Qualitätssicherung	fraglich, ob hier ein Persönliches Budget sinnvoll ist	Gründe
<u>Lehr- und Lernmittel</u> <u>Arbeitskleidung</u>	<i>grds. immer geeignet</i>	Anwesenheitsliste der Bildungseinrich- tung; Zeugnisse; I- MA-Bescheinigung o.ä.		
<u>Ausbildung/ Umschu- lung/ Fortbildung:</u> Übergangsgeld und SV-Beiträge Lehrgebühren an Ein- richtung ergänzende Leistun- gen –Fahr-/Verpflegungsk. –Haushaltsh./Kinderb. –Lehrmittel o.ä. – Mietzuschuss – Bewerbungsk.	<i>geeignet</i>	Anwesenheitsliste , Zeugnisse o.ä.	<i>fraglich:</i> Übergangsgeld SV-Beiträge Lehrgebühren an Einrichtung	dient zur Sicherung des Lebensunterhal- tes und Absicherung im Bereich der SV könnte zu Unsicher- heit für Einrichtung führen; Belastung für Versicherten

Art der Leistung	grds. geeignet für Persönliches Budget	mögliche Form Nachweis/ Qualitätssicherung	fraglich, ob hier ein Persönliches Budget sinnvoll ist	Gründe
<u>Teilförderung</u>	<u>immer geeignet</u> – unterhaltssichernde Leistung – ggf. Weiteres wie oben	mtl. Zahlweise über Postrentendienst; Immatrikualtionsbescheinigung; Zeugnisse		
<u>Schulische Reha</u> – Schulfahrten – Nachhilfeunterricht – Stützlehrer	<u>geeignet für</u> schwerstverletzte Kindern und Jugendliche	Entwicklungsberichte der Schule/ Einrichtung, Erklärung des Nachhilfelehrers	<u>fraglich</u> bei kurzfristigen Leistungen	Dauer, Häufigkeit und Umfang der therap. Maßnahmen stehen hier noch nicht endgültig fest bzw. sind sehr variabel
<u>Wohnungshilfe</u> – Umzugskosten – Einrichtungsbeihilfe – behinderungsbedingte Umbauten /Hilfsm. Zuschuss für Hausbau – Mietzuschuss – Nebenkosten (Energie; Wartung)	<u>grds. immer geeignet</u> als Einzelleistung und vor allem als Kombinationsleistung	Kostenvoranschläge, Bauabnahme Besichtigung, Hausbesuch Ummeldung bei Neubau: Erklärung des Architekten, dass DIN-Vorschrift (behinderten-gerechtes Bauen) eingehalten wurde		

Art der Leistung	grds. geeignet für Persönliches Budget	mögliche Form Nachweis/ Qualitätssicherung	fraglich, ob hier ein Persönliches Budget sinnvoll ist	Gründe
<p><u>Kfz-Hilfe</u></p> <p>– Zuschuss und be- hinderungsbedingte Umbauten und Zu- satzausstattungen</p> <p>– Beförderungskosten anstelle von Kfz- Hilfe zur Aufnahme oder Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit</p>	<p><u>grds. immer geeignet</u></p>	<p>Bestätigung des Ar- beitgebers, dass Vers. regelmäßig und pünktlich eintrifft</p>	<p><u>kein Vorteil</u></p>	<p>Höhe der Förderung steht lt. Richtlinie fest</p>
<p><u>Arbeitsassistenz</u></p>	<p><u>grds. immer geeignet</u></p>	<p>Anwesenheitsliste Bildunseinrichtung/ Arbeitgeber</p>		

Art der Leistung	grds. geeignet für Persönliches Budget	mögliche Form Nachweis/ Qualitätssicherung	fraglich, ob hier ein Persönliches Budget sinnvoll ist	Gründe
<p><u>Gebärdendolmetscher</u></p> <p>wenn es keine Leistung der UV ist</p> <p>– bei Zuständigkeit der UV (z.B. Unfall führt zur Aufgabe der Tätigkeit)</p>	<p><i>grds. geeignet</i> im Rahmen eines trägerübergreifenden Budgets während der Einarbeitung beim Arbeitgeber</p> <p><i>grds. geeignet</i> während der Einarbeitung beim Arbeitgeber</p>	<p>Anwesenheitsliste Arbeitgeber</p> <p>Anwesenheitsliste Arbeitgeber</p>		
<p><u>Pflege</u></p> <p>– ausschl. Leistung über Sozialstation</p> <p>– Heimpflege</p> <p>– Erhöhtes Pflegegeld</p> <p>– Kombinationspflege</p>	<p><i>grds. immer geeignet</i> über Arbeitgebermodell; großer Freiraum in der Gestaltung von Pflegeleistungen in der häuslichen Pflegesituation</p>	<p>Betreuung durch UV</p>	<p><u>nicht sinnvoll</u></p>	<p>kein Vorteil für Versicherte, da hier kein finanzieller Spielraum</p>

Art der Leistung	grds. geeignet für Persönliches Budget	mögliche Form Nachweis/ Qualitätssicherung	fraglich, ob hier ein Persönliches Budget sinnvoll ist	Gründe
<p><u>Sonstige Leistungen</u> zur Erreichung und zur Sicherstellung des Erfolges der Leistun- gen zur med. Reha und zur Teilhabe (§ 39 Abs.1 Nr.2 SGB VII)</p> <p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfe im Haushalt - Betreuung, Beauf- sichtigung und Pflle- ge unfallverletzter Kinder - Sonstiges für Hilfen, die nicht alltäglich benötigt werden 	<p><u>grds. immer geeignet</u></p>	<p>Betreuung durch Reha-Berater/ Berufshelfer</p>		

8 Pauschalierung und Persönliches Budget – kein Widerspruch

Grundsätzlich können alle Teilhabe- und Pflegeleistungen der Unfallversicherung in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden. Fraglich ist in einigen Fällen aber sicherlich der Vorteil im Vergleich zu der bisherigen Leistungsform, dies gilt insbesondere bei pauschalierten Leistungen. Erhält der Versicherte schon bisher seine Leistung (z. B. die mtl. Reisekosten) in pauschalierter Form, liegt in der Umstellung oder Erbringung dieser Leistung als Persönliches Budget weder für den Betroffenen noch für den Unfallversicherungsträger ein Vorteil. Es trägt sicherlich auch nicht maßgeblich dazu bei, die Selbstbestimmung und Teilhabe des Betroffenen zu fördern. Auf jeden Fall sollte in derartigen Fällen ein Persönliches Budget dann verneint werden, wenn der Verwaltungs- und /oder Kostenaufwand hierbei höher wird.

Sinnvoll kann es aber sein mehrere pauschalierte Leistungen (z. B. Reisekosten, Haushaltshilfe, Pflegeverbrauchsmittel, Wohnkostzuschüsse u. ä.) zu einem Persönlichen Budget zusammenzufassen. Dies verringert nicht nur den Verwaltungsaufwand des Unfallversicherungsträgers, sondern räumt dem Betroffenen Handlungsspielräume in der Verteilung seines Kostenaufwandes auch i. S. eines selbstbestimmten Lebens ein.

Feste Zuschüsse, die sich nicht am individuellen Bedarf messen, sondern für alle Leistungsberechtigten gleich hoch sind, wie z.B. bei den Erholungsaufenthalten, sind, für sich allein genommen, keine Grundlage für ein Persönliches Budget, können aber Teil des Budgets sein.

Beispiel:

Der Versicherte hat innerhalb eines bestimmten Zeitraumes Anspruch auf einen Erholungsaufenthalt, zudem auf mtl. Fahrkostenerstattungen zur Umschulungsstätte, auf Verpflegungskostenzuschuss im Rahmen seiner Umschulung, auf Physiotherapie u. v. m..

Hier besteht die Möglichkeit mehrere oder alle Leistungen als Persönliches Budget zusammenzufassen. In diesem Fall würde der Erholungsaufenthalt einen Teil dieses Budgets bilden. (*Zum Nachweis der Leistungen, Qualitätssicherung, Zahlungsrhythmus s. Kap.7*)

9 Für alle die es noch genauer wissen möchten

9.1 Hinweise auf Quellen und Links

Vorläufige Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget vom 01.November 2004“ (Stand 01.11.2006) der BAR; s. auch www.bar-frankfurt.de

Das Persönliche Budget – Ein Handbuch für Leistungsberechtigte; *Hersg.:*Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen, Forsea e.V., www.forsea.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, s. www.bmas-bund.de → Teilhabe behinderter Menschen, Persönliches Budget

Handlungsempfehlungen der Bundesagentur für Arbeit , Geschäftsanweisung06/2006 lfd. Nr. 03, s. www.arbeitsagentur.de

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Prävention GmbH der Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR), Diskussionsforum Teilhabe und Prävention, Forum A, Beitrag 01/2007 „Das Persönliche Budget gem. §17 II-VI SGB IX – Welche Leistungen sind budgetfähig?“, s. www.igpr.de

Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Persönliches Budget“ der Verwaltungsberufsgenossenschaft BV Dresden vom 05.12.03

9.2 Rundschreiben des BUK zum Persönlichen Budget

Rundschreibenummer	Betreff	Datum des Rundschreibens
219/2003	Persönliches Budget gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX	07.08.2003
199/2004	Verordnung zur Durchführung des 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX	16.06.2004
351/2004	Vorläufige Handlungsempfehlungen	03.11.2004
241/2006	Persönliches Budget gem. § 17 SGB IX	24.08.2006
022/2007	Persönliches Budget	10.01.2007

10 Rückmeldungen zur Handlungshilfe sind erwünscht

Diese Handlungshilfe soll ein aktueller Begleiter für die praktische Umsetzung des Persönlichen Budgets für die Träger der Unfallversicherung der öffentlichen Hand sein. Sie muss laufend an die Erfahrungen mit dem Umgang des Persönlichen Budgets sowie andere aktuelle Entwicklungen, Gesetzesänderungen und evtl. Rechtsprechung angepasst werden. Sie soll in erster Linie den Praktikern vor Ort dienen, daher sind Kommentare, Wünsche und Anregungen der Leser/Anwender von Bedeutung.

Bitte senden Sie Ihre Ergänzungswünsche, Anregungen, Fallbeispiele (in anonymisierter Form) und Kritik an:

Bundesverband der Unfallkassen
z.H. Frau Doris Habekost
Fockensteinstraße 1
81539 München
oder per E-Mail: doris.habekost@unfallkassen.de

11 Anhang

11.1 Gesetzestexte:

§ 17 SGB IX

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 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 festgestellten Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt. Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Budgetfähig sind auch die neben den Leistungen nach Satz 1 erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. An die Entscheidung ist der Antragsteller für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(3) Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung ausgeführt, bei laufenden Leistungen monatlich. In begründeten Fällen sind Gutscheine auszugeben. Persönliche Budgets werden auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 getroffenen Feststellungen 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 zuständige der beteiligten Leistungsträger im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger den Verwaltungsakt und führt das weitere Verfahren durch. Ein anderer der beteiligten Leistungsträger kann mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragt werden, wenn die beteiligten Leistungsträger dies in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten vereinbaren; in diesem Fall gilt § 93 des Zehnten Buches entsprechend. Die für den handelnden Leistungsträger zuständige Widerspruchsstelle erlässt auch den Widerspruchsbescheid.

(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 1. 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.

§ 159 SGB IX

Übergangsregelung

(1).....

(2).....

(3).....

(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.

(6).....

§ 26 SGB VII

Grundsatz

(1) Versicherte haben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des Neunten Buches Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen. Sie können einen Anspruch auf Ausführung der Leistungen durch ein Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches haben; dies gilt im Rahmen des Anspruches auf Heilbehandlung nur für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

(2).....

(3).....

(4).....

(5).....

11.2 Budgetverordnung

Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung – Budget V) vom 27. Mai 2004

Auf Grund des § 21a des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Mensch – (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 gemeinsamen 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 01. Juli 2004 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

11.3 Mitglieder der Arbeitsgruppe „Persönliches Budget“

Name	Instituion
Bleichrodt, Ellen	Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen
Habekost, Doris	Bundesverband der Unfallkassen, München
Hlawatschek, Ernst	Unfallkasse Hessen
Lamberty, Christine	Unfallkasse Berlin
Louis, Peter	Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern
Nürnberg, Guido	Unfallkasse Rheinland-Pfalz
Stolzenberg, Bernd	Unfallkasse Berlin

11.4 Allgemeiner Bescheid mit Hinweis auf Zielvereinbarung

Unfallversicherungsträger

Anschrift des UV-Träger:

*Name und
Anschrift der/des Berechtigten*

*Straße/Hausnummer
PLZ/Ort
Telefon +.....
Telefax +.....
E-Mail:.....
Internetadresse*

Ihre Nachricht/Ihr Zeichen Unser Zeichen Ansprechpartner/in Durchwahl Datum

Bescheid

über

Sehr geehrte Frau, Sehr geehrter Herr

– wegen der Folgen – Ihres Arbeitsunfalls – Ihrer Berufskrankheit – vom
– zur Vermeidung der Entstehung einer Berufskrankheit Nr. ___ –

haben Sie Anspruch auf-gem.
m. §und gem. §

Auf Ihren Antrag vom stellen wir Ihnen diese Leistung(en) als Persönliches Budget gem. § 26 Abs. 1 des 7. Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VII) i. V.m. §§ 17 und 159 des 9. Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) und der Budgetverordnung (BudgetV) in Höhe

– eines einmaligen Betrages von Euro zur Verfügung

– von monatlich Euro für die Zeit von.....bis.....(Bewilligungszeitraum) zur Verfügung. Die laufende Geldleistung wird Ihnen monatlich im Voraus ausgezahlt. -

Die Zahlung erfolgt auf das von Ihnen angegebene Bankkonto..... bei.....

Vor Ablauf des Bewilligungszeitraumes bitten wir Sie, rechtzeitig einen neuen Antrag zu stellen. Wir werden dann über eine Weiterbewilligung des Persönlichen Budgets neu entscheiden.

Die mit Ihnen am ----- für den Bewilligungszeitraum geschlossene Zielvereinbarung und die beigefügten Rechtsgrundlagen zu Ihrem (Ihren) Leistungsanspruch (-ansprüchen) und zum Budget sind Bestandteil dieses Bescheides.

Die Zielvereinbarung stellt ein wesentliche Grundlage für die Entscheidung über die Erbringung der Leistung(en) im Rahmen des Persönlichen Budgets dar. Eine Kündigung der Zielvereinbarung durch Sie oder uns würde zu einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse führen. Der Bescheid wäre dann gem. § 48 des 10. Sozialgesetzbuches SGB X (SGB X) aufzuheben. Auch § 4 BudgetV sieht eine Aufhebung des Bescheides bei Kündigung der Zielvereinbarung vor.

Begründung:

- *Festlegung des Bedarfs*
- *Ausübung des Ermessens*
- *Aussagen zur Festlegung des Budgets (z.B. welche Leistungen es umschließt)*

Rechtsbehelfsbelehrung

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Anlagen (z.B. BudgetV)

11.5 Beispiel eines Bescheides i.V.m. einem öffentlich-rechtlichen Vertrag

11.5.1 Bescheid

Unfallversicherungsträger

Name und Anschrift Unfallversicherungsträger

.....(Straße)

*Name und
Anschrift des Berechtigten*

.....(PLZ, Ort)

Ihr Ansprechpartner:

Arbeitsunfall

Bescheid über die Gewährung von Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung

Sehr geehrte Frau/ sehr geehrter Herr -----

durch den *Versicherungsfall* vom ----- haben Sie -----
----- (Beschreibung des Gesundheitsschadens) erlitten.

Begründung

Wegen dieser *Verletzungsfolgen* sind Sie pflegebedürftig.

Die Pflegeleistung wird nach Einzeleinstufung Ziff. --- (Kategorie -----) der Anhaltspunkte für die Bemessung von Pflegegeld nach § 44 Abs. 2 SGB VII festgestellt, hier ---- vom Hundert des Pflegegeldhöchstbetrages in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die Ausführung der Pflegeleistungen und die damit zusammenhängenden Rechte und Pflichten, werden durch den öffentlich-rechtlichen Vertrag nach §§ 53-61 SGB X über ein Persönliches Budget für Pflegeleistungen geregelt.

Az.: , Name:

-2-

Nach unseren Feststellungen sind Sie unter Berücksichtigung der Art und Schwere des Gesundheitsschadens, dem Ausmaß der unfallbedingten Funktionseinschränkungen und dem Umfang der erforderlichen Hilfe in erheblichem Umfang für lebensnotwendige Verrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen.

Die Höhe der Pflegeleistung muss im gesetzlichen vorgeschriebenen Rahmen unter Berücksichtigung aller Tatumstände des Einzelfalles im Rahmen einer Ermessensentscheidung bestimmt werden.

Gesichtspunkte die bei der Ausübung des Ermessens berücksichtigt und gewichtet wurden, sind:

- Die Art und Schwere des Gesundheitsschadens, insbesondere -----
-----*(Aufführen der maßgeblichen Gesundheitsschädigungen)*
- Das Ausmaß der im Einzelfall bestehenden Funktionseinschränkungen, insbesondere -----
-----*(Aufführen der maßgeblichen Funktionseinschränkungen)*
- Die Art und der Umfang der erforderlichen Hilfe in den Bereichen der -----
-----*(z.B. Körperpflege, Ernährung - Vorbereitung der Mahlzeiten-, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung,)* wo Sie in *allen/ wesentlich/ mehreren* Phasen der wiederkehrenden Verrichtungen in *umfassendem/ überwiegendem/ häufigem/ /teilweisem, aber regelmäßigem* Ausmaß auf fremde Hilfe angewiesen sind. Ebenso wurde-----
---*(weitere Einschränkungen, weiterer Hilfebedarf)* berücksichtigt.
- Die Qualitätsüberprüfung der pflegerischen Versorgung durch -----
-----*(Pflegeeinrichtung)* vom -----
- Die Anhaltspunkte für die Bemessung von Pflegegeld der Spitzenverbände der gesetzlichen Unfallversicherung, die für *eine Versicherte/einen Versicherten* mit *schwersten/ erheblichen/ mittleren/ leichteren* Funktionseinschränkungen durch -----
-----*(Beschreibung der Gesundheitsschäden, die zur Zuordnung in die maßgebliche Kategorie führen)* die Gewährung einer Pflegeleistung in Höhe von ---- vom Hundert des Pflegegeldhöchstbetrages vorsehen.

Die als Anlage beigefügten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Bescheides.

Dieser Bescheid ergeht aufgrund eines Beschlusses des Rentenausschusses, der aus Vertretern von Versicherten und Arbeitgebern besteht.

Az.: Name:

-3-

Ihre Rechte

Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb *eines Monats* nach Bekanntgabe Widerspruch erheben

(§§ 77 ff. des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -). Sie können den Widerspruch bei uns in schriftlicher Form einreichen oder mündlich zur Niederschrift vortragen.

Der Widerspruch ist ebenfalls rechtzeitig erhoben, wenn Ihr Widerspruch innerhalb der Frist bei einem anderen Sozialversicherungsträger oder einer anderen inländischen Behörde oder bei einer deutschen Konsularbehörde eingegangen ist.

Freundliche Grüße

I.A.

Az.: Name:

Anlage zum Bescheid vom -----

Erläuterungen

1. Voraussetzungen für die Gewährung von Pflegeleistungen

Pflegeleistungen werden gezahlt, solange Versicherte infolge des Arbeitsunfalles/der Berufskrankheit so hilflos sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe bedürfen (§ 44 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - [SGB VII]).

Die Verrichtungen des täglichen Lebens an einer Person sind z. B. An- und Auskleiden, Essen und Trinken, Waschen, Verrichten der Notdurft. Die Verrichtungen, die nicht unmittelbar mit der persönlichen Pflege und Betreuung in Zusammenhang stehen (z. B. Bewirtschaftung des Haushalts), haben dabei außer Betracht zu bleiben.

2. Zusammentreffen von Pflege aus der gesetzlichen Unfallversicherung und nach der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)

Die/Der -----(UV-Träger) leistet wegen der Folgen Ihres Arbeitsunfalls Pflege.

Durch das Inkrafttreten der Sozialen Pflegeversicherung zum 01.01.1995 haben Sie gegebenenfalls wegen Ihrer Pflegebedürftigkeit auch einen Anspruch auf Leistungen gegenüber der Pflegekasse, welche grundsätzlich bei der für Sie zuständigen Krankenkasse eingerichtet ist. Über die Voraussetzungen für einen Anspruch gegenüber der Pflegekasse können Sie sich bei Ihrer zuständigen Krankenkasse informieren.

3. Anhaltspunkte für die Bemessung von Pflegeleistungen

Die Abstufung der Prozentanteile der Hilflosigkeit erfolgt nach dem Grad der verbleibenden Selbstständigkeit.

Jeder Fall bedarf einer eingehenden Begründung und Dokumentation.

Die Anhaltspunkte sind nicht schematisch anzuwenden. Entscheidend ist immer die individuelle persönliche Situation.

Dabei sind die Kategorien I bis IV eine grobe Orientierungshilfe für die Fälle, die sich nicht in den beschriebenen Verletzungs- und/oder Erkrankungsfolgen wiederfinden.

Kategorien der Gesundheitsschäden und Einzeleinstufungen für die Festsetzung des Pflegegeldes bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten		v. H.-Satz d. Höchst- betrages
Kategorie I	<p>Schwerste Beeinträchtigung in den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperpflege, - Ernährung, - Kommunikation, - Mobilität, - hauswirtschaftliche Versorgung <p>Zur Kategorie I gehören in der Regel Versicherte mit schwersten Funktionseinschränkungen aufgrund von Gliedmaßenverlusten und/oder Lähmungen an Gliedmaßen und/oder Ausfall von Sinnesorganen wie etwa bei Tetraplegikern, Hirnverletzten mit Anfällen oder organischen Hirnleistungsstörungen und Lähmungen aller Gliedmaßen. Gleichzusetzen sind Berufserkrankte mit schwersten cardio-pulmonalen Ausfällen oder mit Tumorerkrankungen in weitfortgeschrittenem Stadium.</p> <p>In den o.a. Bereichen ist der Versicherte in allen Phasen der wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens umfassend auf fremde Hilfe angewiesen.</p>	100 - 80
Kategorie II	<p>Erhebliche Beeinträchtigungen in den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperpflege, - Ernährung, - Kommunikation, - Mobilität, - hauswirtschaftliche Versorgung <p>Zur Kategorie II gehören in der Regel Versicherte mit erheblichen Funktionseinschränkungen aufgrund von Gliedmaßenverlusten und/oder Lähmungen an Gliedmaßen und/oder Ausfall von Sinnesorganen. Gleichzusetzen sind Berufserkrankte mit erheblichen cardio-pulmonalen Ausfällen oder mit Tumorerkrankungen in fortgeschrittenem Stadium.</p> <p>In den o.a. Bereichen ist der Versicherte in allen Phasen der wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend auf fremde Hilfe angewiesen.</p>	80 - 60
Kategorie III	<p>Mittlere Beeinträchtigungen in den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperpflege, - Ernährung, - Kommunikation, - Mobilität, - hauswirtschaftliche Versorgung <p>Zur Kategorie III gehören in der Regel Versicherte (Unfallverletzte/Berufserkrankte) mit begrenzten Funktionseinschränkungen.</p> <p>In den o.a. Bereichen ist der Versicherte in wesentlichen Phasen der Verrichtungen des täglichen Lebens häufiger auf fremde Hilfe angewiesen.</p>	60 - 40
Kategorie IV	<p>Leichtere Beeinträchtigungen in den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperpflege, - Ernährung, - Kommunikation, - Mobilität, - hauswirtschaftliche Versorgung <p>In den o.a. Bereichen ist der Versicherte (Unfallverletzte/Berufserkrankte) in mehreren Phasen der Verrichtungen des täglichen Lebens teilweise, aber regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen.</p>	40 - 25

11.5.2 Öffentlich-rechtlicher Vertrag

Öffentlich – rechtlicher Vertrag über ein Persönliches Budget für Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung

Zwischen *der/dem*

(*UV-Träger*)

und

(*Versicherten*)

wird ein öffentlich rechtlicher Vertrag (gemäß §§ 53 – 61 SGB X) über die Ausführung der Pflegeleistungen gemäß § 44 SGB VII durch ein Persönliches Budget geschlossen.

§ 1 Grundsätzlicher Anspruch auf Pflegeleistungen

Die Feststellung der Anspruchsvoraussetzung, die Ursache und der Grad der Hilflosigkeit sowie der Umfang der individuell notwendigen Pflege werden durch ----- (*UV-Träger*) durch Verwaltungsakt festgesetzt. Der grundsätzliche Anspruch auf Pflegeleistungen nach § 44 SGB VII wurde mit Bescheid vom -- ----- festgestellt.

§ 2 Persönliches Budget

(1) Die/Der ----- (*UV-Träger*) stellt *der/dem* Versicherten ein Persönliches Budget zur Verfügung, um *ihm/ihr* die Möglichkeit zu geben, *seinen/ihren* alltäglichen und wiederkehrenden Bedarf an Pflegeleistungen und persönlicher Assistenz, in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken.

(2) Die Auswahl der persönlichen Assistenten/innen (Pfleger/innen) obliegt *der/dem* behinderten *Arbeitgeberin/Arbeitgeber*. *Die/der Arbeitgeberin/Arbeitgeber* schließt mit *seinen/ihren* Assistenten/innen einen Arbeitsvertrag.

§ 3 Leistungen

(1) *Die/Der*-----(*UV-Träger*) zahlt an *den Versicherten /die Versicherte* ein monatliches Gesamtbudget in Höhe von ----- *EUR*.

(2) Das Gesamtbudget ist für folgende Leistungen zweckgebunden zu verwenden:

Pflege, Assistenz und zusätzliche Nebenkosten

- a) Mit Zahlung des Betrages sind alle Aufwendungen, die zu einer ordnungsgemäßen Sicherung der Pflege und Assistenz erforderlich sind, abgegolten. Dies sind insbesondere: Löhne, Gehälter einschließlich aller Lohnnebenkosten, Kosten für die Lohnabrechnung, Leistungen von ambulanten Pflegediensten, Fahrtkosten und sowie sämtliche Kosten die aus Obliegenheiten eines Arbeitgebers entstehen, einschließlich der hierzu notwendigen Büroausstattung und Büromaterialien.
- b) In dem Persönlichen Budget sind auch Beratungskosten *des Budgetnehmers/der Budgetnehmerin* und Kosten für Weiterbildung sowie Weiterqualifizierung der Pflegekräfte enthalten.
- c) Zusatzkosten für die Unterbringung und Verpflegung der Assistenzen bei Erholungsaufenthalten und bei sonstiger auswärtiger Unterbringung sind ebenfalls aus dem Persönlichen Budget zu finanzieren.

Der Zuschuss zum Erholungsaufenthalt für Schwerstbehinderte gemäß § 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII in Verbindung mit den Richtlinien wird somit für Begleitpersonen nicht gezahlt, da dieser durch das Persönliche Budget gedeckt ist. Der Zuschuss für die behinderte Person selbst, bleibt davon unberührt.

- d) Die anteiligen Leistungen für Hauswirtschaftliche Versorgung für *die Versicherte/ den Versicherten* sind in der Pflege enthalten und somit auch durch das Persönliche Budget gedeckt.
- e) Rückstellungen: Für den Fall einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes *der Budgetnehmerin/ des Budgetnehmers* und des damit verbundenen Mehraufwandes an Pflegeleistungen sind aus dem Persönlichen Budget entsprechende Rückstellungen zu bilden. Aus den Rückstellungen sind auch Ausfälle der Assistenz- und Pflegekräfte z.B. bei Erkrankung, Urlaub, Fehlzeiten, etc. zu decken.
- f) Der Betrag des Persönlichen Budgets ist so bemessen, dass auch erforderliche Kosten für eine persönliche Assistenz für den Bereich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und der Teilhabe am Arbeitsleben abzudecken ist.

§ 4 Rahmenbedingungen

(1) Die Parteien vereinbaren, dass durch das festgestellte Budget *der/dem* Versicherten eine hohe Eigenbestimmung hinsichtlich Art, Zeitpunkt und Umfang der Leistungen gemäß § 2 eingeräumt wird.

(2) Es dürfen als Assistenz und Pflegekräfte keine Familienangehörigen und nicht der Lebenspartner eingestellt werden. *Der/die* Versicherte erhält statt des Pflegegeldes das Persönliche Budget. Bei Pflege durch Familienangehörige sieht der § 44 SGB VII eine Pflegegeldzahlung vor.

(3) Um Notsituationen zu überbrücken, können auch die Familienangehörigen/ der Lebenspartner die Assistenz und Pflege übernehmen. Hierfür kann eine Aufwandsentschädigung von maximal 8 € die Stunde gezahlt werden.

(4) Die jeweils von den Assistenten/innen zu unterschreibenden Stundenzetteln dienen als Nachweis für die erfolgten Leistungen im entsprechenden zeitlichem Umfang. (Siehe Anlage 1 – Muster für Stundenzettel, diese Muster können, müssen aber nicht verwendet werden.)

(5) Die Lohnabrechnung soll über ein Steuerbüro erfolgen. Es ist ein gesondertes Girokonto einzurichten.

§ 5 Pflichten der Vertragspartner

(1) *Der/die* Versicherte ist verpflichtet, das Persönliche Budget entsprechend der vereinbarten Leistungen gemäß § 2 dieses Vertrages zweckgebunden zu verwenden.

(2) *Der/die* Versicherte meldet *seinen/ihren* Betrieb im eigenen Haushalt bei den zuständigen Sozialversicherungsträgern, dem Finanzamt, der Unfallversicherung an und sorgt für den ausreichenden gesetzlichen Gesundheitsschutz der Assistenten/innen. *Der/die* Versicherte schließt mit *seinen/ihren* Pfleger/innen und Assistenten/innen Arbeitsverträge und vereinbart einen entsprechenden Bruttostundenlohn.

(3) Nicht eingesetzte oder nicht zweckgebunden verwendete Mittel sind *der/dem* ----- (*UV-Träger*) zurück zu erstatten. § 818 BGB findet auf das vorliegende Vertragsverhältnis entsprechende Anwendung.

(4) Alle wesentlichen Änderungen im Gesundheitszustand *der/des* Versicherten sowie in der Pflege und Assistenz sind *der/dem* ----- (*UV-Träger*) umgehend schriftlich anzuzeigen.

(5) Bei Urlaubs-, Kur- und Krankenhausaufenthalten *der/des* Versicherten wird das Persönliche Budget entsprechend der Vorschrift des § 44 Abs. 3 SGB VII voll weitergezahlt und nach Ablauf der Frist eingestellt. In besonderen Härtefällen kann nach Ermessen des Kostenträgers das Budget auch über die Frist des § 44 Abs. 3 SGB VII hinaus gezahlt werden. Zum Wortlaut des § 44 Abs. 3 SGB VII siehe Anlage 2.

(6) Nach Ablauf von 6 Monaten ist jeweils eine schriftliche Spitzabrechnung der tatsächlich entstandenen Kosten zusammen mit den Stundenzetteln an *die/den*----- (*UV-Träger*) zu übersenden.

Unterschreiten die tatsächlichen Kosten im Monatsdurchschnitt den Betrag des Persönlichen Budgets um mehr als 20 % ist jeweils zum 01.05. eines Jahres eine Erstattung für das zurückliegende Jahr vorzunehmen. Dies gilt erstmalig für das Jahr 2XXX. Aus einem geringeren Überschuss sind wie in § 3 Abs.2 e beschrieben Rückstellungen zu bilden.

(7) Für den Fall der vorzeitigen Kündigung des Vertrages durch *die Versicherte/ den Versicherten* ist die Vorlage von Nachweisen und ggf. die ganze oder anteilige Rückzahlung eines Betrages *die Versicherte/ den Versicherten* für das letzte zurückliegende Quartal sofort mit dem Ende des Vertrages fällig.

(8) *Der/die*----- (*UV-Träger*) ist verpflichtet das monatliche Gesamtbudget regelmäßig am Anfang des Monats auf das Konto *der/des* Versicherten zu überweisen.

(9) Eine erneute Überprüfung des Persönlichen Budgets und der Pflegesituation hinsichtlich Qualität und Umfang findet nach einem halben Jahr und nach einem Jahr ab Vertragsbeginn statt. Weitere regelmäßige Überprüfungen behält sich der Kostenträger vor. *Die Budgetnehmerin/der Budgetnehmer* erklärt sich mit der regelmäßigen Überprüfung einverstanden.

Das Persönliche Budget ist hinsichtlich Kosten- und Lohnsteigerung bzw. -senkung jährlich durch *den/die* ----- (*UV-Träger*) zu prüfen.

§ 6 Erfüllung

(1) Mit der Auszahlung des Persönlichen Budgets an *die Versicherte/den Versicherten* sind weitere Ansprüche *der/des* Versicherten in dem unter § 3 dieses Vertrages vereinbarten Umfang ausgeschlossen.

(2) Wird das Persönliche Budget in einer von *der/dem* Versicherten zu vertretenden Weise nicht bestimmungsgemäß verwendet, besteht für den monatlichen Auszahlungszeitraum gegenüber *dem/der* -----
----- (*UV-Träger*) kein erneuter Anspruch *der/des* Versicherten auf die in § 3 dieses Vertrages vereinbarten Leistungen.

§ 7 Laufzeit

Der Vertrag wird zunächst für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Er beginnt *rückwirkend* zum *XX.XX.2XXX*. Für die Zeit vom *XX.XX.2XXX* bis zum *XX.XX.2XXX* (*3 Monate*) wird eine Probezeit vereinbart. Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf des Zeitraumes ohne weitere Erklärung um jeweils ein Jahr.

§ 8 Kündigung

(1) *Der/Die* ----- (*UV-Träger*) kann den Vertrag zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit ordentlich mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Versicherte kann den Vertrag jederzeit kündigen. In diesem Fall besteht die Nachweispflicht vgl. § 5 Abs. 6.

(2) Die Kündigung bedarf der Schriftform. Bei Kündigung durch *den/die* (*UV-Träger*) sind mit der Kündigung die Gründe der Kündigung anzugeben.

(3) Der Vertrag endet mit der Notwendigkeit einer Unterbringung in einem Pflegeheim.

§ 9 Kündigung aus wichtigem Grund

Der Vertrag kann von *dem/der* ----- (*UV-Träger*) aus wichtigem Grund schriftlich mit sofortiger Wirkung gekündigt werden. Dies ist z.B. der Fall:

- a) wenn *der/die* Versicherte das Persönliche Budget ganz oder teilweise zweckentfremdet verwendet
- b) Nachweise der Verwendung auch nach Aufforderung nicht erbracht werden
- c) die Pflege *des/der* Versicherten mit dem Persönlichen Budget nicht mehr sichergestellt ist, bzw. bei der Pflege gravierende Mängel festgestellt und nicht rechtzeitig beseitigt wurden und voraussichtlich auch in Zukunft nicht vermieden werden
- d) *der/die* Versicherte in *seinen/ihrer* Mitteilungspflicht über Veränderungen *seines/ihrer* Gesundheitszustandes nicht nachkommt.

§ 10 Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlage des vorliegenden Vertrages für die Gewährung eines Persönlichen Budgets ist §§ 53 – 61 SGB X i.V.m. § 26 SGB VII, § 44 SGB VII, §§ 17, 21a SGB IX in Verbindung mit der Budgetverordnung.

§ 11 Nichtigkeit

Die Nichtigkeit des Vertrages richtet sich nach § 58 SGB X. Sofern die Nichtigkeit nur einen Teil des Vertrages betrifft, ist dieser nur dann im Ganzen nichtig, wenn nicht anzunehmen ist, dass der Vertrag auch ohne den nichtigen Teil geschlossen worden wäre. Die Parteien verpflichten sich eine neue Regelung zu treffen, die dem Zweck der unwirksamen Regelung in zulässiger Weise am nächsten kommt.

§ 12 Schriftform

Der Vertrag wird schriftlich geschlossen. Nach § 61 Satz 2 SGB X findet auf die Schriftform § 126 BGB entsprechende Anwendung. Mündlich vereinbarte Änderungen, Ergänzungen oder Nebenabreden dieses Vertrages sind nach § 58 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 125 BGB nichtig. Mündlich vereinbarte Nebenabreden bestehen nicht.

§ 13 Wirksamkeit

Der Vertrag wird von dem Zeitpunkt an wirksam, an dem

- beide Vertragspartner die Unterschrift geleistet haben und

- die Entscheidung *des Rentenausschusses des/der----- (UV-Träger)* über den Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit getroffen ist ((§ 36a Abs. 1 Nr. 2 SGB IV i.V.m. § -----
Satzung des/der ----- (UV-Trägers))).

Ort , Datum

Ort, Datum

*Versicherte/Versicherter bzw
Bevollmächtigter/e*

(UV-Träger)