

Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

§§ 7, 14, 15, 17, 18, 33, 34, 38 bis 40 und 44 SGB IX

Geschäftsweisungen

(Stand: 30. November 2013)

Inhaltsübersicht

Rechtsanwendung

Gesetzliche Grundlage	Bezeichnung
§ 7	Vorbehalt abweichender Regelungen
§ 14	Zuständigkeitsklärung
§ 15	Erstattung selbstbeschaffter Leistungen
§ 17	Ausführung von Leistungen, Persönliches Budget
§ 18	Leistungsort
§ 33	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
§ 34	Leistungen an Arbeitgeber
§ 38	Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit
§ 38a	Unterstützte Beschäftigung
§ 39	Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen
§ 40	Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich
§ 44	Ergänzende Leistungen

§ 7 **Vorbehalt abweichender Regelungen**

Die Vorschriften dieses Buches gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

Rechtsanwendung

- 7.0.1 Für die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die BA sind die Bestimmungen des SGB IX nur maßgebend, soweit sich durch das SGB III nichts Abweichendes ergibt.
- 7.0.2 Folgende Leistungen sind abschließend durch das SGB IX geregelt:
- Reisekosten (§ 53),
 - Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten (§ 54),
 - Beiträge für eine freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung (§ 44 Abs. 2),
 - Sonstige Hilfen (§ 33 Abs. 8),
 - Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung (§ 38a)
 - Leistungen für Teilnahme an Maßnahmen in einer Werkstatt für behinderte Menschen (§§ 39 ff) mit Ausnahme des Abg (§ 125 SGB III),
 - Höhe und Berechnung sowie Dauer des Übergangsgeldes (§§ 46 bis 51) und die Einkommensanrechnung (§ 52).

§ 14 **Zuständigkeitsklärung**

(1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Abs. 4 des Fünften Buches. Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt. Wird der Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt, werden bei der Prüfung nach den Sätzen 1 und 2 Feststellungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 des Sechsten Buches und § 22 Abs. 2 des Dritten Buches nicht getroffen.

(2) Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest. Muss für diese Feststellung ein Gutachten nicht eingeholt werden, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 und 2 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die in Satz 2 genannte Frist beginnt mit dem Eingang bei diesem Rehabilitationsträger. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Kann der Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 sein, klärt er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der Fristen nach den Sätzen 2 und 4 entschieden wird und unterrichtet hierüber den Antragsteller.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten sinngemäß, wenn der Rehabilitationsträger Leistungen von Amts wegen erbringt. Dabei tritt an die Stelle des Tages der Antragstellung der Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs.

(4) Wird nach Bewilligung der Leistung durch einen Rehabilitationsträger nach Absatz 1 Satz 2 bis 4 festgestellt, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig ist, erstattet dieser dem Rehabilitationsträger, der die Leistung erbracht hat, dessen Aufwendungen nach den für diesen geltenden Rechtsvorschriften. Die Bundesagentur für Arbeit leitet für die Klärung nach Satz 1 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Feststellung nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 des Sechsten Buches an die Träger der Rentenversicherung nur weiter, wenn sie konkrete Anhaltspunkte dafür hat, dass der Träger der Rentenversicherung zur Leistung einer Rente unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage verpflichtet sein könnte. Für unzuständige Rehabilitationsträger, die eine Leistung nach Absatz 2 Satz 1 und 2 erbracht haben, ist § 105 des Zehnten Buches nicht an

zuwenden, es sei denn, die Rehabilitationsträger vereinbaren Abweichendes.

(5) Der Rehabilitationsträger stellt sicher, dass er Sachverständige beauftragen kann, bei denen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, beauftragt der Rehabilitationsträger unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen. Er benennt den Leistungsberechtigten in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender sozialmedizinischer Dienste. Haben sich Leistungsberechtigte für einen benannten Sachverständigen entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Sachverständige nimmt eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vor und erstellt das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung.*) Die in dem Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf werden den Entscheidungen der Rehabilitationsträger zugrunde gelegt. Die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter bleiben unberührt.

(6) Hält der leistende Rehabilitationsträger weitere Leistungen zur Teilhabe für erforderlich und kann er für diese Leistungen nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 sein, wird Absatz 1 Satz 2 entsprechend angewendet. Die Leistungsberechtigten werden hierüber unterrichtet.

Rechtsanwendung

14.1.1 (1) Wird ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt, müssen **innerhalb von 2 Wochen nach Eingang des Antrages** Feststellungen zur Zuständigkeit getroffen werden. Maßgebender Zeitpunkt ist der Eingang der Unterlagen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen und aus denen das konkrete Leistungsbegehren erkennbar ist. Im Regelfall ist dies bei Eingang des ausgefüllten und unterschriebenen Vordruckes BA I Reha 101 der Fall. In den Agenturen für Arbeit sind ablauforganisatorische Vorkehrungen zu treffen, damit innerhalb der 2-Wochenfrist Feststellungen zur Zuständigkeit getroffen werden können.

Eingang des Antrags

(2) Anfragen an einen Rentenversicherungsträger zur Kä rung der Versicherungszeiten sind mit der Frage zu verbinden, bis zu welchem Zeitpunkt Versicherungszeiten erfasst sind. Noch nicht berücksichtigte Zeiten sind auf der Grundlage der eigenen Angaben des Antragstellers zusätzlich zu berücksichtigen.

Klärung von Versicherungszeiten

14.1.2 (1) Die Feststellungen zur Zuständigkeit sind (als erster Verfahrensschritt) unabhängig von den Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf zu treffen. Dabei ist von den im Antragszeitpunkt bekannten Tatsachen auszugehen. Weitergehende Feststellungen sind nur dann vorzusehen, sofern sie innerhalb der 2-Wochenfrist abgeschlossen werden können.

Feststellungen der Zuständigkeit

(2) Werden keine Feststellungen zur Zuständigkeit getroffen, ist nach Ablauf der 2-Wochenfrist eine Weiterleitung des Antrages nicht mehr möglich. Die BA ist zur Leistungsgewährung verpflichtet. Es besteht kein Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4.

(3) Sofern sich erst im weiteren Verfahren ergibt, dass ein anderer Reha-Träger zuständig ist, ändert dies nichts an der bei Beginn des Verfahrens begründeten Leistungsverpflichtung der BA.

Nachträgliche Erkenntnisse über die Zuständigkeit

14.1.3 (1) Die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers ist dann gegeben, wenn nach den vorliegenden Unterlagen und Angaben - unabhängig von der Ursache der Behinderung -

Zuständigkeit anderer Träger

- im Zeitpunkt der Antragstellung von versicherungspflichtigen Beschäftigungszeiten von mindestens 180 Monaten ausgegangen werden kann (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI) oder
- im Zeitpunkt der Antragstellung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI) oder
- sich die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus einer unmittelbar vorangegangenen medizinischen Rehabilitation ergibt (§ 11 Abs. 2a Nr. 2 SGB VI),

oder - abhängig von der Ursache -

- die Behinderung auf einen Arbeitsunfall zurückzuführen ist (§ 8 i.V.m. §§ 2, 3 oder 6 SGB VII),
- die Behinderung auf eine Berufskrankheit i.S.v. § 9 SGB VII zurückzuführen ist
- die Behinderung auf einer Wehrdienstbeschädigung (§ 80 SVG i.V.m. § 26 BVG) beruht,
- die Behinderung auf einen Impfschaden zurückzuführen ist (§ 60 Infektionsschutzgesetz - IfSG),
- Anspruch auf Leistungen der Kriegsofferfürsorge besteht (§ 25 Abs. 3, § 26 i.V.m. § 27f BVG) oder
- die Behinderung auf einer gesundheitlichen Schädigung infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs beruht (§ 1 OEG).

(2) Leistungen zur Ausbildungsförderung nach dem SGB III (Berufsvorbereitung, Berufsausbildung) gehen entsprechenden Leistungen nach dem SGB VIII vor. Eine Förderung durch die Jugendhilfe und damit verbunden eine Abgabe von Anträgen an Träger der Jugendhilfe ist nur dann erforderlich, wenn die erforderlichen Leistungen nach dem SGB III nicht erbracht werden können und

originäre (ausschließlich im SGB VIII verankerte) Leistungspflichten der Jugendhilfe bestehen.

- 14.1.4 Im Rahmen der Zuständigkeitsklärung sind durch die BA keine Feststellungen nach § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI zu treffen (§ 14 Abs. 1 Satz 4 SGB IX). Sofern konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Rentenversicherungsträger zur Leistung einer Rente **unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage** (Leistungsvermögen unterhalb von 3 Stunden täglich) verpflichtet sein könnte, ist eine Mehrfertigung des Antrages gem. § 14 Abs. 4 Satz 2 SGB IX – unabhängig von der Leistungsverpflichtung der BA - an den Rentenversicherungsträger weiterzuleiten, damit von dort die weiteren Klärungen (verfahrensbegleitend) vorgenommen werden können. Sofern nach Bewilligung der Leistung festgestellt wird, dass der Rentenversicherungsträger zuständig ist, besteht ein Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX (nicht: § 105 SGB X).
- Keine Feststellungen nach § 11 Abs. 2a Nr.1 SGB VI**
- 14.1.5 (1) Sofern ein Antrag an einen zuständigen Reha-Träger weitergeleitet wird, obliegen diesem im Rahmen der selbständigen und eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung nach § 6 Abs. 2 SGB IX alle weiteren Veranlassungen und Maßnahmen; das Reha-Verfahren ist bei der BA abzuschließen. Die vermittelrischen Aufgaben sowie die Verpflichtung, auf Anforderung des zuständigen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit gem. § 38 Satz 1 SGB IX gutachterlich Stellung zu nehmen, bleiben davon unberührt.
- Umfassende Aufgabenwahrnehmung durch zuständigen Träger**
- (2) Die Leistungsberechtigten sind über die Weiterleitung des Antrages an den zuständigen Träger zu unterrichten und gleichzeitig darauf hinzuweisen, dass von dort alle weiteren Veranlassungen zur Fortsetzung des Reha-Verfahrens erfolgen.
- 14.1.6 Sofern ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von einem anderen Reha-Träger nach § 14 Abs. 1 zugeleitet wird, bedarf es keiner Feststellungen zur Zuständigkeit, da die BA in diesen Fällen aufgrund der Verfahrensgegebenheiten zuständiger Leistungsträger ist, und zwar auch dann, wenn offenkundig die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zuständigkeit eines anderen Trägers gegeben sind. Die BA hat in diesen Fällen Leistungen zuzugewähren und für die erbrachten Leistungen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 SGB IX gegenüber dem zuständigen Träger geltend zu machen.
- Antragszuleitung von anderen Reha-Trägern**
- 14.1.7 (1) Ist für die Feststellung der Zuständigkeit die Klärung der Ursache der Behinderung erforderlich und kann diese Klärung nicht innerhalb von 2 Wochen abgeschlossen werden, ist der Antrag nach § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB IX an den Träger weiterzuleiten, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt.
- Zuständigkeitsfeststellung abhängig von der Behinderung**
- (2) Sofern kein anderer Träger - unabhängig von der Ursache der Behinderung - zuständig ist, ist der Fall in originärer Leistungszuständigkeit der BA fortzusetzen. In diesen Fällen ist eine Mehrfertigung des Antrages an den Träger zu übersenden, der zuständig

wäre, wenn durch nachfolgende Erkenntnisse zur Ursache der Behinderung dessen Zuständigkeit gegeben sein könnte. Sollte sich nach der Bewilligung von Leistungen ergeben, dass dieser Träger zuständig ist, ist Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX geltend zu machen.

(3) Bei Berufskrankheiten ist eine unmittelbare Weiterleitung des Antrages an die zuständige Berufsgenossenschaft nur dann möglich, wenn bereits eine abschließende Entscheidung über das Vorliegen einer Berufskrankheit nach § 9 SGB VII getroffen wurde. Ansonsten ist nach den Absätzen 1 und 2 zu verfahren.

Berufskrankheiten

14.2.1 Unabhängig vom Verfahren zur Feststellung der Zuständigkeit sind die Verfahrensabläufe für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfes nach § 14 Abs. 2 SGB IX zu beurteilen. Die Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf beschränken sich in dieser Phase des Verfahrens auf die Feststellung zur grundsätzlichen Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Eine Entscheidung über konkrete Leistungen ist mit dieser Feststellung noch nicht verbunden.

Feststellung des Rehabilitationsbedarfs

14.3.1 Leistungen von Amts wegen werden nach dem SGB VII und dem SGB XII sowie im Zusammenhang mit dem Rentenverfahren nach dem SGB VI erbracht.

14.4.1 Erstattungsansprüche sind bei nachträglichen Feststellungen zur Zuständigkeit geltend zu machen, wenn

- der Antrag von einem anderen Träger zugeleitet wurde (GA 14.1.6),
- die Leistung unabhängig von Feststellungen zur Ursache der Behinderung gewährt wurden (GA 14.1.7) oder
- Zuständigkeitsfeststellungen zu § 11 Abs. 2a Nr. 1 SGB VI nicht zu treffen waren (GA 14.1.4).

Erstattungsansprüche bei nachträglichen Feststellungen zur Zuständigkeit

14.4.2 (1) Der Anspruch auf Erstattung ist ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde – ggf. zunächst dem Grunde nach - geltend macht. Maßgebend ist hierbei der jeweilige Zeitraum, für den die einzelne Leistung gezahlt wird (z.B. beim Übg der jeweilige Kalendermonat) und nicht die gesamte Maßnahmedauer. Zu beachten ist daher, dass für eine Maßnahme jeweils unterschiedliche Ausschlussfristen gegeben sein können. Der Lauf der Frist beginnt frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat.

Ausschlussfrist nach § 111 SGB X

(2) Die Ausschlussfrist ist von Amts wegen zu beachten. Sie ist daher sowohl vor Geltendmachung von eigenen Erstattungsansprüchen als auch bei der Berücksichtigung von Erstattungsansprüchen anderer Leistungsträger zu prüfen.

(3) Die 12monatige Ausschlussfrist nach § 111 SGB X beginnt mit dem letzten Tag des Zeitraumes, für den geleistet wurde, und zwar auch dann, wenn die zu erstattende Leistung für zurückliegende Zeiträume erbracht wurde.

(4) Von der Regelung des § 111 SGB X werden Rückerstattungsansprüche nach § 112 SGB X nicht erfasst. Diese unterliegen daher nur der Verjährungsfrist nach § 113 SGB X.

- 14.4.3 (1) Um zu vermeiden, dass gegenüber dem erstattungspflichtigen Reha-Träger unterschiedliche Leistungsarten von verschiedenen Stellen der Agentur für Arbeit geltend gemacht werden bzw. um Verzögerungen auszuschließen, ist wie folgt zu verfahren:

Erstattungsanspruch

Der Erstattungsanspruch ist von der für den Wohnort zuständigen Agentur für Arbeit geltend zu machen. Die gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden mit aufgeführt, die Beiträge zur Rentenversicherung nur dann, wenn der erstattungspflichtige Träger kein Rentenversicherungsträger ist. Richtet sich der Erstattungsanspruch gegen einen Rentenversicherungsträger, so werden die gezahlten Rentenversicherungsbeiträge mit den von der BA zu zahlenden Rentenversicherungsbeiträgen durch Absetzung im DV BAB/Reha oder (bei Alg-WB) im DV COLIBRI verrechnet.

- Verfahren

(2) Werden Erstattungsansprüche nach § 14 Abs. 4 SGB IX nicht befriedigt, sind die Akten von der Agentur für Arbeit, die über die Leistungen dem Grunde nach entschieden hat, mit einer Sachverhaltsdarstellung und den Befundunterlagen des Ärztlichen Dienstes im verschlossenen Umschlag (mit Verschlussstreifen und Stempelaufdruck - "Nur vom ÄD zu öffnen!") der Regionaldirektion vorzulegen. Die Vorlage hat nach Eingang des Ablehnungsbescheides zu erfolgen, ansonsten nach Abschluss der Leistung. Im Laufe des Verfahrens kann u.U. eine wiederholte Vorlage der Akten erforderlich sein, da für die Beurteilung der maßgebenden Verjährungsfrist bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die in mehreren Abschnitten durchgeführt werden, auf die jeweilige (Teil-) Leistung abzustellen ist. Sofern Verjährung droht und Klage zur Unterbrechung der Verjährungsfrist erhoben werden muss, ist der Fall spätestens bis zum 31. August des Jahres vorzulegen, in dem die Verjährungsfrist abläuft.

- Ablehnung

Die Regionaldirektion prüft umfassend das Bestehen eines Erstattungsanspruchs und versucht ggf. eine gütliche Einigung mit dem erstattungspflichtigen Träger. Hält sie eine Erstattungsklage für erforderlich und hinreichend erfolgversprechend, verfolgt sie den Anspruch im Klagewege weiter (eine Verlagerung der Aufgabe auf die Agentur für Arbeit ist nicht zugelassen); das schließt, wenn die Regionaldirektion es für geboten und erfolgversprechend erachtet, die Fortführung des Rechtsstreites im Berufungsverfahren ein. Zuständiges Gericht für solche Erstattungsklagen ist das Sozialgericht Nürnberg (§ 57 Abs. 1 Satz 1 SGG). In der Regel wird im schriftlichen Verfahren entschieden. Sofern mündliche Verhandlung anberaumt wird, bestehen gegen eine Wahrnehmung des Termins durch die Regionaldirektion Bayern keine Bedenken; die dazu notwendigen Absprachen sind rechtzeitig zu treffen. Soll der Erstattungsanspruch vor dem BSG weiter verfolgt werden, (NZB, Revision), ist der Vorgang mit entsprechender rechtlicher Würdigung der Zentrale zur Entscheidung vorzulegen.

Die Vorlage der Agentur für Arbeit ist nach folgendem Gliederungsschema abzufassen:

- Begründung, dass Reha-Fall vorliegt,
- Notwendigkeit der Durchführung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungstatbestand (Erstattungsanspruch dem Grunde nach),
- Bezeichnung der Leistung, ggf. Beginn und Dauer der Maßnahme; Angabe der Ausschlussfrist nach § 111 SGB X,
- Bezifferung der Kosten (Erstattungsanspruch der Höhe nach)
- Verlauf und Erfolg der beruflichen Eingliederung einschließlich bisheriger Vermittlungsbemühungen,
- Rechtliche Würdigung,
- Verjährungsfrist nach § 113 SGB X.

- 14.4.4 (1) Erstattungs- und Rückerstattungsansprüche verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über dessen Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat.

Verjährung nach § 113 SGB X

Rückerstattungsansprüche verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Erstattung zu Unrecht erfolgt ist.

(2) Für die Hemmung, die Unterbrechung und die Wirkung der Verjährung gelten die §§ 202 ff. BGB sinngemäß.

(3) Die Verjährungsregelung des § 113 SGB X ist nur beachtlich, wenn Erstattungsansprüche fristgemäß geltend gemacht werden, diese also nicht ausgeschlossen sind (§ 111 SGB X) oder bei Rückerstattungsansprüchen nach § 112 SGB X.

- 14.4.5 Wenn der erstangegangene Träger den Antrag an einen anderen rechtlich selbständigen Träger desselben Sozialleistungsbereiches weiterleitet (z.B. Weiterleitung von Anträgen zwischen Rentenversicherungsträgern), ist dieser zweitangegangener Träger im Sinne des § 14 SGB IX und dementsprechend gegenüber dem materiell-rechtlich originär zuständigen Träger erstattungsberechtigt nach § 14 Abs. 4 SGB IX.)

Zweitangegangener Träger

- 14.4.5 Erstattungsansprüche von anderen Reha-Trägern, die Leistungsansprüche nach dem SGB II betreffen, sind durch die Jobcenter zu befriedigen. Sofern der Erstattungsanspruch sowohl Leistungsansprüche nach dem SGB III bzw. SGB IX als auch nach dem SGB II umfasst, ist der Erstattungsanspruch für Leistungen nach SGB III bzw. SGB IX durch die Agentur zu befriedigen und hinsichtlich des noch verbleibenden Teils des Erstattungsanspruchs an das zuständige Jobcenter weiterzuleiten. Der erstattungsberechtigte Reha-Träger ist entsprechend zu unterrichten.

Leistungen nach SGB II

- 14.5.1 (1) Im Hinblick auf die flächendeckende Ausstattung der Agenturen für Arbeit mit Fachdiensten (Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service) besteht keine Notwendigkeit, für die erforderlichen Feststellungen andere (externe) Gutachter zu beauftragen. Bei Bedarf sind dem Leistungsberechtigten Ärzte bzw.

Beauftragung von Gutachtern

Psychologen der Fachdienste angrenzender Agenturbezirke zu benennen.

(2) Die grundsätzliche Zielsetzung einer zügigen Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ist auch in diesem Kontext zu beachten. Dies setzt voraus, dass die Untersuchung bzw. die Beiziehung relevanter schriftlicher Unterlagen schnellstmöglich erfolgt, damit das Gutachten innerhalb von 14 Tagen erstellt werden kann.

§ 15

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

(1) Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der in § 14 Abs. 2 genannten Fristen entschieden werden, teilt der Rehabilitationsträger dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit. Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet. Die Erstattungspflicht besteht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Träger der Sozialhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

(2) Die Rehabilitationsträger erfassen,

- 1. in wie vielen Fällen die Fristen nach § 14 nicht eingehalten wurden,**
- 2. in welchem Umfang sich die Verfahrensdauer vom Eingang der Anträge bis zur Entscheidung über die Anträge verringert hat,**
- 3. in wie vielen Fällen eine Kostenerstattung nach Absatz 1 Satz 3 und 4 erfolgt ist.**

Rechtsanwendung

15.1.1 (1) Erklärt der Leistungsberechtigte, dass er sich nach Ablauf einer angemessenen Frist die erforderliche Leistung selbst beschafft, ist innerhalb dieser Frist eine Entscheidung über den Antrag zu treffen.

(2) Ist eine abschließende Entscheidung über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX innerhalb der vom Leistungsberechtigten gesetzten Frist aus Gründen, die in der Sphäre des Antragstellers liegen, nicht möglich, ist der Antragsteller schriftlich darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung selbstbeschaffter Leistungen wegen fehlender Voraussetzungen nach § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX ausgeschlossen ist.

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

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe

- 1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,**
- 2. durch andere Leistungsträger oder**
- 3. unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (§ 19)**

ausführen. Er bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. Satz 1 gilt insbesondere dann, wenn der Rehabilitationsträger die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann.

(2) Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein monatliches Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt. Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Budgetfähige Leistungen sind Leistungen, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. Eine Pauschalierung weiterer Leistungen bleibt unberührt. 6An die Entscheidung ist der Antragsteller für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

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

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

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

(6) In der Zeit vom 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.

Rechtsanwendung

17.01 Das Persönliche Budget ermöglicht Menschen mit Behinderung die selbstbestimmte Teilhabe am Arbeitsleben. Sie übernehmen die Verantwortung für ihre Teilhabe und Integration, indem sie eigenverantwortlich und selbstbestimmt die ihrem Hilfebedarf entsprechend bewilligten Teilhabeleistungen organisieren und beschaffen. Im Regelfall wird das Persönliche Budget als Geldleistung erbracht. Es bietet die Chance, durch individuelle Gestaltung Teilhabebedarfe besser zu realisieren als durch standardisierte Leistungsausführung und dadurch überdurchschnittliche Integrationsergebnisse (Wirkung) zu erzielen.

Im Rahmen der Beratung ist aktiv über die Möglichkeit sowie über Inhalt und Bedeutung der Ausführung von Teilhabeleistungen durch ein Persönliches Budget und den damit verbundenen individuellen Gestaltungsmöglichkeiten zu informieren.

17.02. Bei Antragstellung besteht ein Rechtsanspruch auf die Ausführung von Teilhabeleistungen in Form eines Persönlichen Budgets (§159 Abs.5 SGB IX).

Rechtsanspruch

17.03 Konkretisierende Hinweise finden sich in der Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX (Budgetverordnung - BudgetV) vom 27. Mai 2004 (Anlage zur GA §17).

17.04 (1) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die in Form des Persönlichen Budgets erbracht werden, sind kein Einkommen im Sinne des § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB II und nicht auf Arbeitslosengeld II anzurechnen.

Rechtskreis SGB II

(2) Soweit Leistungen zum Lebensunterhalt durch andere Träger erbracht werden, sind diese auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II anzurechnen.

(3) Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II sind keine Reha-Leistungen und somit nicht budgetfähig.

17.2.1. Das Persönliche Budget ist (nur) eine Form der Ausführung von Teilhabeleistungen. Die Durchführung als Persönliches Budget

Voraussetzung

durch die BA ist möglich, wenn sie zuständiger Rehabilitationsträger ist, der Reha-Bedarf nach § 19 SGB III festgestellt ist und Teilhabeleistungen durch die BA zu erbringen sind.

Die Weisungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gelten unverändert.

17.2.2 (1) Alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB IX und SGB III, für die Arbeitnehmer anspruchsberechtigt sind (Leistungen an Arbeitnehmer), sind budgetfähig. Leistungen, für die Arbeitgeber anspruchsberechtigt sind (Leistungen an Arbeitgeber) sind nicht budgetfähig.

Budgetfähige Leistungen

(2) Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets ist für die Teilhabeleistungen zum Ablauf, zu den Inhalten sowie zur konkreten Durchführung eindeutig festzustellen, ob diese geeignet sind, das Teilhabeziel wie bei „herkömmlicher“ Durchführung (als Sachleistungen) zu erreichen (§ 3 Abs. 3 BudgetV).

(3) Anforderungen an Teilhabeleistungen sind in einschlägigen Rechtsvorschriften sowie in den daraus abgeleiteten Fachkonzepten oder Rahmenplänen formuliert. Diese bilden die Orientierung für die Beurteilung, ob individuelle Teilhabebedarfe durch die geplante Leistungsausführung als Persönliches Budget angemessen realisiert werden können.

(4) Grundsätzlich bedürfen die Träger, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen eines Persönlichen Budgets ausführen, der Zulassung nach § 176 SGB III. Diese wird in der Regel durch eine fachkundige Stelle erteilt, im Ausnahmefall (§ 177 Absatz 5 SGB III) kann sie bei besonderem arbeitsmarktpolitischen Interesse durch die BA erteilt werden.

Trägerzertifizierung bei Leistungsausführung i.R. d. Persönlichen Budgets

(5) Um dem Wunsch und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) der Budgetnehmer angemessen zu entsprechen, können in sachlich begründeten Ausnahmefällen (z. B. bei individuell zugeschnittenen Einzelmaßnahmen) Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets auch dann bewilligt werden, wenn der Leistungsberechtigte einen nicht formell anerkannten Träger wählt und die sonstigen Voraussetzungen (materiell-rechtlich [17.2.2. (3)] und Ziele [17.2.2. (2)]) vorliegen.

17.2.3 (1) Nach der BSG-Entscheidung vom 30.11.2011 (B 11 AL 7/10 R) können Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen in Fällen der Leistungsausführung durch ein Persönliches Budget nicht allein deshalb verweigert werden, weil es sich bei der konkret gewählten Einrichtung nicht um eine anerkannte Werkstatt handelt. Bei Vorliegen sachlicher Gründe ist die Förderung einer Maßnahme im Ermessenswege auch außerhalb einer anerkannten WfbM möglich, sofern die sonstigen Vorgaben des § 40 SGB IX beachtet werden und im konkreten Fall das Ziel der gesetzlich vorgesehenen Förderung in gleicher Weise erreicht werden kann.

Persönliche Budgets für Maßnahmen in WfbM

Als „sonstige Vorgaben des § 40 SGB IX“ sind insbesondere zu beachten,

- ob ein „Eingangsverfahren“ durchgeführt wird, in welchem Feststellungen darüber getroffen werden, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist, sowie welche Beschäftigungen und ggf. welche anderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen. Ein Eingliederungsplan ist zu erstellen (§ 40 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX.).
- ob im „Berufsbildungsbereich“ die Leistungen angeboten werden, die erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen soweit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Sinne des § 136 SGB IX zu erbringen.

(2) Anhaltspunkte für die Beurteilung der Frage, ob die fachlichen Anforderungen an ein „Eingangsverfahren“ und/oder den „Berufsbildungsbereich“ erfüllt sind, bietet das mit HEGA 06/10 – 02 bekanntgegebene Fachkonzept für das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich in WfbM.

(3) Eine formale Einbindung des Fachausschusses nach § 2 WVO ist nicht erforderlich. Ungeachtet dessen ist aber eine Beteiligung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe - analog zu den Beteiligungsformen im Fachausschuss - vorzusehen.

Beteiligung Fachausschuss

17.2.4 Leistungen für Aus- und Weiterbildungen außerhalb des Berufsbildungsgesetzes bzw. der Handwerksordnung können nur dann als Persönliches Budget ausgeführt werden, wenn ansonsten die Voraussetzungen für eine Förderung in einer besonderen Einrichtung nach § 117 Abs. 1 Satz 2 SGB III gegeben sind.

Aus- und Weiterbildung außerhalb BBiG/HwO

17.2.5 (1) Sind mehrere Leistungsträger leistungspflichtig, ist das Persönliche Budget trägerübergreifend als Komplexleistung zu erbringen (§ 2 BudgetV).

trägerübergreifendes Persönliches Budget

17.2.6 Das Persönliche Budget kann als Teilbudget mit Teilhabeleistungen, die als Sachleistungen erbracht werden, und mit anderen Leistungen zur Integration behinderter Menschen in Ausbildung und Arbeit kombiniert werden (z.B. Lehrgangsgebühren und Leistungen zum Lebensunterhalt werden in „herkömmlicher“ Weise übernommen, lediglich die Fahrkosten während einer Maßnahme werden über ein Persönliches Budget abgewickelt). Teilbudgets sind auch im Rahmen trägerübergreifender Leistungsgewährung möglich.

Teilbudget

17.3.1 Der finanzielle Umfang des Persönlichen Budgets orientiert sich an dem Finanzvolumen, das für den individuell notwendigen Teilhabebedarf bei einer „herkömmlichen“ Leistungsausführung benötigt wird. Der individuell festgestellte Bedarf muss durch das Budgetvolumen abgedeckt sein. Dieser Betrag wird dem Budgetnehmer

Festlegung des Persönlichen Budgets

als Persönliches Budget (grundsätzlicher Bedarf) zur Verfügung gestellt.

Der Budgetnehmer kann auf Grundlage der Zielvereinbarung selbst entscheiden, wann, wo, wie und wodurch er seinen Bedarf mit dem Persönlichen Budget deckt, um das Teilhabeziel zu erreichen. In angemessenem Umfang können Aufwendungen für „Unerwartetes/sonstige kleinere Aufwendungen“ in das Persönliche Budget einbezogen werden.

17.3.2 (1) **Teilnahmekosten** Teilnahmekosten, Fahrkosten, Reisekosten o.ä. werden bei der Budgetberechnung so berücksichtigt, wie sie für den individuellen Förderfall entstehen würden (z.B. bei Teilnahme an einer konkreten Maßnahme).

(2) **Leistungen zum Lebensunterhalt** Die Entgeltersatzleistungen/Leistungen zum Lebensunterhalt sind nach den für sie geltenden gesetzlichen Vorschriften und Weisungen zu erbringen. Die zur Teilhabe am Arbeitsleben vorgesehenen Entgeltersatzleistungen/Leistungen zum Lebensunterhalt dienen nach ihrer Zweckbestimmung nicht dem Einkauf von Teilhabeleistungen. Sie werden, auch wenn sie in ein Persönliches Budget eingebunden sind, weiter in den Leistungsverfahren zu den vorgesehenen Zahlungsterminen zahlbar gemacht. Umbuchungen finden nicht statt.

(3) Entgeltersatzleistungen und Leistungen zum Lebensunterhalt einschließlich der für diese Leistungen anfallenden Sozialversicherungsbeiträge werden bei der Bemessung des grundsätzlichen Bedarfs so einbezogen, wie bei „herkömmlicher“ Förderung ein Anspruch auf die Leistung besteht. Ausbildungsgeld (Abg)/Übergangsgeld (Übg) kommen als Budgetleistung in Betracht, wenn Anspruch auf Förderung nach § 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1a oder Nr. 1b SGB III besteht.

17.3.3 (1) **Zielvereinbarung** Für die Dauer des Bewilligungszeitraums der Leistungen des Persönlichen Budgets wird eine Zielvereinbarung abgeschlossen. In der Zielvereinbarung (§ 4 BudgetV) sind in Abstimmung mit dem Budgetnehmer bedarfsgerecht konkret und detailliert die vorgesehenen Schritte zum Erreichen des Teilhabeziels einschließlich der jeweils zu realisierenden individuellen Qualifizierungselemente, Hilfe und Unterstützung festzulegen. Soweit dies unter Einbeziehung Dritter (z.B. Betriebe, Bildungsträger) erfolgen soll, trifft der Budgetnehmer mit diesen vertragliche Festlegungen. Diese sind in die Zielvereinbarung aufzunehmen und vorzulegen. Dauer und Wirkung der Zielvereinbarung sind in § 4 BudgetV geregelt. Die Zielvereinbarung soll mindestens für einen Zeitraum von 6 Monaten abgeschlossen werden. Sie kann aus wichtigem Grund von beiden Vereinbarungspartnern mit sofortiger Wirkung schriftlich gekündigt werden.

(2) Durch die sogenannte SMART-Regel kann die Zielvereinbarung strukturiert werden:

- **Specific/Passend:** Bei der Zielformulierung ist darauf zu achten, dass die Ziele für den Budgetnehmer verständlich formuliert sind und auf seine individuelle Teilhabesituation passen.

- Measurable/Messbar: Nach welchen messbaren Kriterien soll der Erfolg der Teilhabeleistung betrachtet werden?
- Achievable/Erreichbar: Kann das vereinbarte Ziel durch die geplante Teilhabeleistung erreicht werden?
- Relevant/Bedeutsam: Entspricht das formulierte Ziel den Wünschen des Budgetnehmers?
- Timed/Zeitlich bestimmt: In welchem Zeitraum soll/kann das Ziel erreicht werden?

(3) Der Budgetnehmer realisiert den in der Zielvereinbarung festgelegten Bedarf mit dem zur Verfügung gestellten Budget und weist die vollständige Bedarfsdeckung nach. Es ist konkret festzulegen, wie und zu welchem Zeitpunkt wem gegenüber nachzuweisen ist, mit welchen Ergebnissen/Integrationsfortschritten die einzelnen Schritte zur Teilhabe absolviert wurden.

**Zielvereinbarung
umfasst notwendige
Nachweise**

Die Nachhaltung erfolgt in zu vereinbarenden begleitenden Beratungsgesprächen, die zeitliche Taktung ist abhängig von den notwendigen Leistungen und den individuellen Rahmenbedingungen. Durch die Nachweise wird sichergestellt, dass die in Form des persönlichen Budgets erbrachten Leistungen zweckentsprechend eingesetzt werden. Ein detaillierter Kostennachweis zu den mit Budgetmitteln beschafften (Einzel-) Leistungen einschließlich einer abschließenden Prüfung im Sinne einer Rechnungslegung ist nicht vorgesehen. Nicht verbrauchte Beträge verbleiben vollständig bei dem Budgetnehmer.

(4) Der Budgetnehmer kann beim Abschluss der Zielvereinbarung eine Person seines Vertrauens hinzuziehen.

(5) Sind für die Teilhabeleistungen bestimmte Bedingungen zu erfüllen, sind die notwendigen Schritte für die Ergebnissicherung in die Zielvereinbarung aufzunehmen (z.B. beim Ziel Berufsabschluss der Eintrag des Berufsausbildungsvertrags durch die prüfende Stellen, Bestehen der Zwischenprüfung, Vorliegen der Trägerzertifizierung i.S. GA 17.2.2 (4) bzw. Mindeststandards für die Leistungsausführung durch den Träger).

Qualitätssicherung

(6) Für die Beratung, die individuelle Bedarfsfeststellung, die grundsätzliche Entscheidung zur Leistungsausführung als Persönliches Budget, den Inhalt und Abschluss der Zielvereinbarung, den begleitenden Beratungsgesprächen und sowie der Nachhaltung ist die Reha-Beratungsfachkraft zuständig.

**Prozessverantwortung
durch Reha-
Beratungsfachkraft**

17.4.1 (1) In der Regel ist der nach § 14 erstangegangene und beteiligte Rehabilitationsträger der Budgetbeauftragung des trägerübergreifenden Budgets.

**Trägerübergreifendes
Budget**

(2) Die BA koordiniert als Rehabilitationsträger für Rehabilitanden im SGB II-Bezug die nach SGB III/SGB II zu erbringenden Leistungen (§ 3 BudgetV).

17.4.2 (1) Die Beteiligung mehrerer Leistungsträger (Reha-Träger, Integrationsämter und Sozialhilfeträger) für die Ausführung des Persönli

chen Budgets ist in § 17 Abs. 4 i.V. m. § 2 und § 3 BudgetV geregelt, insbesondere:

- Feststellen des zuständigen/beauftragten Trägers (Budgetbeauftragten) nach § 17 Abs. 4.
- Festlegung und Unterrichtung der zu beteiligenden Leistungsträger (§ 3 Abs. 1 BudgetV).
- Erhebung des durch ein Persönliches Budget zu deckenden Bedarfs.
- Feststellen der beantragten Leistungen bzw. möglicher Leistungsschnittmengen.
- Trägerkonferenz in der abgestuften Vorgehensweise gem. § 17 Abs. 4:
 - vereinfachtes Verfahren: mündliche, telefonische und schriftliche trägerübergreifende Bedarfsfeststellung oder
 - ausführliches Verfahren, wenn dies unter Berücksichtigung des Einzelfalls notwendig ist, z.B. bei komplexen Bedarfslagen: Einberufung des Gremiums mit allen Beteiligten (Budgetnehmer sowie alle beteiligten Träger),
- Abschluss der (Gesamt-)Zielvereinbarung zwischen dem Budgetnehmer und dem Budgetbeauftragten.
- Die beteiligten Träger teilen ihre Leistung dem Budgetbeauftragten mit (Einzelzielvereinbarungen zu Teilbudgets, ggf. Zwischenbescheide der beteiligten Leistungsträger). Der Budgetbeauftragte erstellt die Gesamtzielvereinbarung und den Gesamtbescheid „Persönliches Budget“.
- Die beteiligten Leistungsträger stellen das auf sie entfallende Teilbudget rechtzeitig dem Budgetbeauftragten zur Verfügung (§ 3 Abs. 5 Satz 2 BudgetV).
- Dabei gelten die Regelungen über den gesetzlichen Auftrag nach den §§ 93, 89 Abs. 3 und 5, 91 Abs. 1 und 3 SGB X. Es besteht seitens des Budget-Beauftragten ein Erstattungsanspruch gegenüber den beteiligten Leistungsträgern.

(2) Ergänzende Hinweise sind den Handlungsempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ zu entnehmen.

(3) Die Fachkräfte im Reha/SB-Team koordinieren notwendige Abstimmungen, um bei einem trägerübergreifenden Persönlichem Budget die Überweisungsmodalitäten einschließlich der Fälligkeitstermine mit den beteiligten Reha-Trägern/ Leistungsträgern zu vereinbaren.

**Koordination durch
Reha/SB-Team**

Verfahrenshinweise

V.01 Bescheid

(1) Der Bescheid zur Ausführung als Persönliches Budget ergeht nach Abschluss der Zielvereinbarung (GA §17.3.3). Er nimmt Bezug auf die Zielvereinbarung. Weitere Leistungen im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget sind jeweils gesondert zu bescheiden.

Bewilligungsbescheid

(2) Zur Abwicklung sind die Regelungen nach § 3 BudgetV zu beachten.

(3) Eine Ablehnung eines Antrags zur Ausführung der Teilhabeleistung als Persönliches Budget muss nachvollziehbar begründen, dass das vom Antragsteller geplante Teilhabekonzept nicht geeignet ist, das Teilhabeziel zu erreichen (17.2.2). Da diese Einschätzung nicht unwesentlich von Erwartungen geprägt ist, wird eine Ablehnung nur begründet sein, wenn die gewählten Maßnahmen und Leistungen deutlich hinter den Inhalten und Zielen der notwendigen Leistungen und deren Anforderungen bleiben.

Ablehnung

(4) Widersprüche gegen den Bescheid/Gesamtbescheid zum Persönlichen Budget sind bei der Stelle einzulegen, die den Bescheid/Gesamtbescheid erlassen hat (§ 3 Abs. 5 BudgetV). Diese Stelle ist in der Rechtsbehelfsbelehrung zum Bescheid/Gesamtbescheid zu benennen. Die Rechtsbehelfsstellen der Agenturen für Arbeit entscheiden nur über Widersprüche, in denen die BA den Bescheid/ Gesamtbescheid erlassen hat. Soweit Widersprüche bewilligte Leistungen/ Teilbudgets anderer Reha-Träger bzw. Leistungen nach dem SGB II Leistungsverpflichteter betreffen, ist vor einer abschließenden Entscheidung im Widerspruchsverfahren eine fachliche Stellungnahme dieses Reha- bzw. Leistungsträgers einzuholen.

Widerspruch

V.02 Leistungsgewährung

(1) Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistungen ausgeführt. Besteht begründete Besorgnis, dass Geldleistungen für andere als Budgetzwecke verwendet werden, sind Gutscheine auszugeben. In solchen Fällen ist die Stelle, bei der der Gutschein eingelöst werden kann, als „einlösungsberechtigte“ Stelle in der Zielvereinbarung sowie auf dem Gutschein zu vermerken.

Gutschein im Ausnahmefall

(2) Bei laufenden Geldleistungen erfolgt die Zahlung monatlich im Voraus (§ 17 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 3 Abs. 5 Satz 3 BudgetV), damit Budgetnehmer nicht in „Vorleistung“ treten müssen.

monatliche Vorauszahlung

(3) Leistungen im Rahmen des Persönlichen Budgets können für eine längere Dauer, als dies bei „herkömmlichen“ Maßnahmen möglich ist, gewährt werden, sofern der Budgetrahmen nach §17 Abs. 3 Satz 4 eingehalten wird.

Leistungshöhe und Dauer

(4) Bei Trägerübergreifenden Persönlichen Budgets kann im Einvernehmen mit dem Budgetnehmer für Teilbudgets der einzelnen Leistungsträger eine getrennte Auszahlung durch den jeweiligen Leistungsträger vereinbart werden.

getrennte Auszahlung von Teilbudgets

(5) Damit ein Anspruch auf Leistungen zum Lebensunterhalt geprüft werden kann, sind jeweils der Fragebogen/Antrag an den Antragsteller auszuhändigen, der im „herkömmlichen“ Verfahren Anwendung findet

V.03 Sozialversicherung

Die Sozialversicherung ist danach zu beurteilen, welche Maßnahmen ansonsten (d.h. ohne ein Persönliches Budget) durchgeführt worden wären.

(1) Die Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung kann bei Erhalt von Leistungen nach dem Persönlichen Budget gegeben sein, wenn die Voraussetzungen nach § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB III vorliegen. Hierbei muss es sich um Jugendliche handeln, die in einer Einrichtung für behinderte Menschen zur Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen.

Arbeitslosenversicherung

Verweis auf die GA zu § 26 SGB III: Um einen Jugendlichen handelt es sich, wenn der behinderte Mensch noch an keiner anderen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hat (auch nicht bei einem anderen Rehabilitationsträger), maximal kurze Zeiten der Versicherungspflicht in ungelernten Berufen vorweist und keinen Anspruch auf Übergangsgeld erworben hat. Die Einrichtungen für behinderte Menschen bestimmen sich nach § 35.

(2) Für die Personen, bei denen Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung nach § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB III besteht aufgrund einer Maßnahme finanziert durch ein Persönliches Budget, bescheinigt die Agentur für Arbeit als Leistungsträger versicherungspflichtige Zeiten gemäß § 312 Abs. 3 SGB III. Die Bescheinigung nach § 312 Abs. 3 SGB III (BK Text Vorlage: „Bescheinigung Entgeltersatzleistungen“ Vordruck BA II R 175) ist zum Abschluss der Maßnahme von der Beratungsfachkraft für den Budgetnehmer auszustellen und dieser ist darauf hinzuweisen, dass diese im Falle der Antragstellung auf Arbeitslosengeld anstelle der Arbeitsbescheinigung vorzulegen ist.

Nachweis über die Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung

V.04 Verfahren zur Abwicklung der Sozialversicherungsbeiträge

Bei Teilnehmern an Maßnahmen durch ein Persönliches Budget haben sich die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger auf eine direkte Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge geeinigt, damit die Absicherung in den Versicherungszweigen gewährleistet werden kann. Die BA übernimmt die Funktion des Arbeitgebers und hat die Zahlungen und die Meldungen ebenfalls direkt an die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger vorzunehmen.

a) Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung

Grundsätzlich besteht aufgrund der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Form eines Persönlichen Budgets Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB IV und § 20 Abs. 1 Nr. 6 SGB XI.

Findet die Maßnahme in einer Werkstatt für behinderte Menschen statt, liegt Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V und § 20 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI vor.

b) Versicherungspflicht in der Rentenversicherung

Handelt es sich bei der Maßnahme um die Befähigung zur Erwerbstätigkeit in einer Einrichtung der Jugendhilfe, einem Berufsbildungswerk oder einer ähnlichen Einrichtung bzw. vergleichbare Durchführung der Teilhabeleistung besteht Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI. Der Versicherungstatbestand ist sehr weit zu verstehen. Es ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Ausgestaltung der Maßnahme eine Befähigung zur Erwerbstätigkeit darstellt. Voraussetzung dafür ist das Ziel, den behinderten Menschen für den allgemeinen Arbeitsmarkt zu befähigen.

Findet die Maßnahme in einer Werkstatt für behinderte Menschen statt, liegt Versicherungspflicht in der Rentenversicherung gem. § 1 Nr. 2a SGB VI vor.

Wird als Leistung zum Lebensunterhalt Übergangsgeld gezahlt, besteht daneben Versicherungspflicht aufgrund des Leistungsbezuges nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

c) Beiträge

Der Berechnung der Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung liegen bei Budgetnehmern grundsätzlich versicherungspflichtige Einnahmen in Höhe von 20 v.H. der Bezugsgröße zugrunde nach § 235 Abs. 1 S. 5 SGB V, § 57 Abs. 1 S. 1 SGB XI, § 162 Nr. 3 SGB VI.

Bei einer Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen sind bei der Kranken- und Pflegeversicherung 20 v.H. der Bezugsgröße zugrunde zu legen gemäß § 235 Abs. 3 SGB V, § 57 Abs. 1 S. 1 SGB XI, bei Rentenversicherung 80 v.H. der Bezugsgröße zugrunde zu legen gemäß § 162 Nr. 2 SGB VI.

Bei Beziehern von Übergangsgeld sind beitragspflichtige Einnahmen in Höhe von 80 vom Hundert des Regelentgeltes der Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge zugrunde zu legen.

Bezieht der Budgetnehmer Übergangsgeld und ist tätig in einer Werkstatt für behinderte Menschen ist eine Vergleichsberechnung in der KV/PV/RV vorzunehmen, nach welcher Versicherungspflicht die höheren Beiträge zu zahlen sind, diese Versicherungspflicht geht vor.

In der Rentenversicherung ist eine solche Vergleichsberechnung ebenfalls beim Bezug von Übergangsgeld und einer Maßnahme zur Befähigung zur Erwerbstätigkeit in einer Rehabilitationseinrichtung durchzuführen.

d) Direkte Zahlung und Meldung

Für die Teilnahme an Maßnahmen der Unterstützten Beschäftigung hat der Rehabilitationsträger die Funktion des Arbeitgebers im Rahmen der Sozialversicherung zu übernehmen. Daher ist es Aufgabe der BA die Zahlungen und Meldungen direkt an die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger vorzunehmen gemäß §§ 251 Abs. 1, 252 S. 1 SGB V, §§ 59 Abs. 1 S. 1, 60 Abs. 1 S. 1, 2 SGB XI, §§ 168 Abs. 1 Nr. 3b, 173 S. 1 SGB VI.

V.05 Zahlbarmachung in ERP Finanzen

(1) Mit Ausnahme der Entgeltersatzleistungen und Leistungen zum Lebensunterhalt sowie der Sozialversicherungsbeiträge sind alle übrigen in Ausführung des Persönlichen Budgets vorgesehenen Geldleistungen in ERP Finanzen monatlich im Voraus zahlbar zu machen.

(2) In ERP PSM sind Mittel für das Persönliche Budget für den jeweiligen Einzelfall von den zutreffenden budgettragenden Reha-Finanzpositionen im Kapitel 3 zur budgettragenden Finanzposition 3-68101-00-4010 umzubuchen.

Dokumentation

(3) Die weitere Abwicklung erfolgt bei den nachfolgend genannten Fallgestaltungen ausschließlich im Kapitel 3.

1. BA ist alleiniger Reha-Träger und erhält keine Finanzierungsanteile SGB II:

- Anlegen des Budgetnehmers in ERP PSCD als Geschäftspartner (Vertragskontotyp 15 - SGB III öffentlich-rechtlich, Vertragsgegenstand 2304 – „Kap. 3 – BA alleiniger Reha-Träger“). Teilweise aus zPDV, wenn nicht, durch IS manuell in PSCD anzulegen.
- Auszahlung an den Budgetnehmer in ERP PSCD bei Hauptvorgang 2307, Teilvorgang 0001

2. Trägerübergreifendes Budget – Variante „anderer Reha-Träger ist Budgetbeauftragter“:

- Anlegen des budgetverantwortlichen Reha-Trägers in ERP PSCD als Geschäftspartner (Vertragskontotyp 15 - SGB III öffentlich-rechtlich, Vertragsgegenstand 2304 – „Teilbudgetleistungen der BA an beauftragte Träger“),
- Auszahlung von Teilbudgetleistungen der BA als beteiligter Träger an andere Budgetbeauftragte bei Hauptvorgang 2307, Teilvorgang 0002).

Bei den nachfolgenden Fallgestaltungen erfolgt die Abwicklung außerhalb von Kapitel 3 als Auftragsangelegenheit Dritter im Kapitel 8.

In ERP PSCD werden die erforderlichen Stammdaten erfasst. Jeder Budgetnehmer ist als Geschäftspartner anzulegen. Ggfs. muss ein Geschäftspartner durch den IS angelegt werden, sofern dieser aus zPDV oder zBTR nicht ersichtlich ist. Als Vertragskontotyp wird „22 – Auftragsangelegenheiten“ genutzt. Je beteiligter Träger / Leistungsverpflichteter wird ein Vertragsgegenstand angelegt (8002 Auszahlung s an den Budgetnehmer, 8503 Einnahmen Dritter, 8504 Einnahmen BA).

3. BA ist alleiniger Reha-Träger und erhält Finanzierungsanteile SGB II:

- Anlegen des Budgetnehmers als Geschäftspartner (Vertragskontotyp 22, Vertragsgegenstand 8504)
- Umbuchung des BA-Anteils in ERP PSCD von Hauptvorgang 2307, Teilvorgang 0003 im Kapitel 3 zu Hauptvorgang 8024, Teilvorgang 0003 und damit Vereinnahmung des BA-Anteils im Kapitel 8
- Anlegen des Rehaträgers SGB II in ERP PSCD als Geschäftspartner (Vertragskontotyp 22, Vertragsgegenstand 8503 – „Einz. Anteil Reha-Träger SGB II“).
- Erstellen einer Annahmeanordnung in PSCD und Vereinnahmung von Finanzierungsanteilen SGB II in ERP PSCD bei Hauptvorgang 8024, Teilvorgang 0002
- Budget-Umbuchung der vereinnahmten Beträge (incl. des BA-Anteils) in ERP PSM von der budgettragenden Einnahmefinanzposition 8-38901-03-6110 zur budgettragenden Ausgabefinanzposition 8-98901-03-6110 über die Budgetierungs-Workbench mit dem Vorgang „Bdgterh. Einn.“, Budgetart „BEE“
- Anlegen des Budgetnehmers als Geschäftspartner (Vertragskontotyp 22, Vertragsgegenstand 8002)
- zusammengefasste Auszahlung durch die BA an den Budgetnehmer in ERP PSCD bei Hauptvorgang 8044, Teilvorgang 0001

4. Trägerübergreifendes Budget – Variante „BA ist Budgetbeauftragter“:

- Anlegen des Budgetnehmers als Geschäftspartner (Vertragskontotyp 22, Vertragsgegenstand 8504)

- Umbuchung der Teilbudgetleistungen der BA in ERP PSCD von Hauptvorgang 2307, Teilvorgang 0003 im Kapitel 3 zu Hauptvorgang 8024, Teilvorgang 0003 und damit Vereinnahmung des BA-Anteils im Kapitel 8
- Anlegen des Reha-Trägers SGB II in ERP PSCD als Geschäftspartner (Vertragskontotyp 22, Vertragsgegenstand 8503 – „Einz. Anteil Reha-Träger SGB II“).
- Erstellen einer Annahmeanordnung in PSCD und Vereinnahmung von Teilbudgetleistungen anderer Reha-Träger / Beteiligter in ERP PSCD bei Hauptvorgang 8024, Teilvorgang 0001
- Budgetumbuchung der vereinnahmten Beträge (incl. des BA-Anteils) in ERP PSM von der budgettragenden Einnahmefinanzposition 8-38901-03-6110 zur budgettragenden Ausgabefinanzposition 8-98901-03-6110 über die Budgetierungs-Workbench mit dem Vorgang „Bdgterh. Einn.“, Budgetart „BEE“
- Anlegen des Budgetnehmers als Geschäftspartner (Vertragskontotyp 22, Vertragsgegenstand 8002)
- zusammengefasste Auszahlung durch die BA an den Budgetnehmer in ERP PSCD bei Hauptvorgang 8044, Teilvorgang 0001

(4) Nach Abschluss der Gesamtzielvereinbarung mit dem Budgetnehmer und Erlass des Gesamtbescheides „Persönliches Budget“ sind von der Reha-Sachbearbeitung zu den mit den anderen Reha-Trägern / Beteiligten vereinbarten Teilbudgets im SAP-Modul PSCD Annahmeanordnungen - in der Regel Dauerannahmeanordnungen - nach KEBest zu erfassen, damit bei Zahlungseingängen eine rasche Zuordnung des Geldeingangs möglich ist.

Überweisungsmodalitäten

Damit Überweisungen der einzelnen Reha-Träger / Beteiligten (Geschäftspartner) korrekt und rasch zugeordnet werden können, muss der Überweisungsträger unter Verwendungszweck neben der Vertragsgegenstandsnummer der Annahmeanordnung kundenbezogene Angaben (Kunden-Nr., Familienname) zwingend enthalten.

Die Überweisungen müssen auf das Konto 760 016 17 (IBAN DE50760000000076001617) des BA-Service-Hauses bei der Bundesbank Nürnberg (BLZ 760 000 00 – BIC MARKDEF1760) erfolgen.

Die Beachtung dieser zwingenden Überweisungsmodalitäten einschließlich der Fälligkeitstermine ist mit den beteiligten Reha-Trägern zu vereinbaren.

Der rechtzeitige Eingang der Teilbudgets anderer Leistungsträger ist zu überwachen. Diese Verpflichtung, den rechtzeitigen und vollständigen Eingang der Teilbudgets sicherzustellen, bezieht sich auf den Einzelfall. Von der BA-SH-Zentralkasse erhält die Beratungsfachkraft Rückmeldung bei ausbleibenden Geldeingängen.

Mittels der Geschäftspartnerübersicht kann sich ein Bewirtschafter / Titelverwalter jederzeit einen Überblick über den aktuellen Kontostand verschaffen.

Im Einvernehmen mit dem Budgetnehmer können getrennte Auszahlungsmodalitäten für Teilbudgets vereinbart werden. Fälle, in denen die BA ausschließlich das von ihr zu erbringende Teilbudget auszahlt, sind finanztechnisch wie ein Persönliches Budget in alleiniger Reha-Trägerschaft der BA ohne Finanzierungsanteile SGB II (Ziffer 1.) zu behandeln und direkt bei Kapitel 3 abzuwickeln.

(5) Die Agenturen haben im Rahmen der Bewirtschaftung der einzelnen Budgets für eine ordnungsgemäße Kontoführung Sorge zu tragen. Wichtig ist, dass die Einnahme- und die Ausgabenseite beim Persönliches Budget sowohl im Kapitel 3 als auch im Kapitel 8 ausgeglichen sind. Differenzen zwischen den Einnahme- und Ausgabefinanzpositionen sind rechtzeitig vor dem Jahreswechsel zu bereinigen.

Differenzen am Jahresende dürfen nur noch ausnahmsweise im Einzelfall bei trägerübergreifenden Budgets bzw. Fallgestaltungen, die wie trägerübergreifende Budgets behandelt werden (BA ist alleiniger Reha-Träger und erhält Finanzierungsanteile SGB II), vorkommen (z.B. wenn ein Zahlungsrückläufer nicht mehr rechtzeitig korrigiert werden kann). Differenzen werden automatisch in das Folgejahr übertragen.

Im Kontierungshandbuch der BA wird zu den Kontierungselementen beim Persönlichen Budget auf Bewirtschaftungshinweise und Arbeitshilfen für die Abwicklung in ERP verwiesen.

(6) Annahmeanordnungen sind ausschließlich im SAP-Modul PSCD vorzunehmen, damit bei Zahlungseingängen eine rasche Zuordnung des Geldeinganges möglich ist.

Von der Zentralkasse erhält die Beratungsfachkraft Rückmeldung bei ausbleibenden Zahlungen.

Über die Geschäftspartnerübersicht in SAP können Geldeingänge von jedem Bewirtschafteter/Titelverwalter jederzeit eingesehen werden.

Übertragungshinweise Jahreswechsel

Überwachung von Zahlungseingängen durch BA als Budgetbeauftragte

V.06 Statistik/Bericht

Die hohe behindertenpolitische Bedeutung erfordert Kenntnis zur Umsetzung in der BA. Die Agenturen dokumentieren weiterhin die Fälle des persönlichen Budgets unter Verwendung des Dokumentationsbogens (BK-Text-Vorlage "Anträge zum (Trägerübergreifenden) Persönlichen Budget") und melden ihre Fälle zum 30.6. jeden Jahres an die Regionaldirektionen. Diese melden zum 31.08. jeden Jahres ihre Erfahrungsberichte an MI13.

Anlage GA §17 SGB IX

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

Vom 27. Mai 2004

**§ 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**

¹Leistungen in Form Persönlicher Budgets werden von den Rehabilitations-trägern, 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. ²Sind an einem Persönlichen Budget mehrere Leistungsträger beteiligt, wird es als trägerübergreifende Komplexleistung erbracht.

**§ 3
Verfahren**

(1) ¹Der 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.

²Die beteiligten Leistungsträger sollen ihre Stellungnahmen innerhalb von zwei Wochen abgeben.

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

(3) ¹Der 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. ²An 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) ¹Der Beauftragte erlässt den Verwaltungsakt, wenn eine Zielvereinbarung nach § 4 abgeschlossen ist, und erbringt die Leistung. Widerspruch und Klage richten sich gegen den Beauftragten. ²Laufende Geldleistungen werden monatlich im Voraus ausgezahlt; die beteiligten Leistungsträger stellen dem Beauftragten das auf sie entfallende Teilbudget rechtzeitig zur Verfügung. ³Mit der Auszahlung oder der Ausgabe von Gutscheinen an die Antrag stellende Person gilt deren Anspruch gegen die beteiligten Leistungsträger insoweit als erfüllt.

(6) ¹Das Bedarfsfeststellungsverfahren für laufende Leistungen wird in der Regel im Abstand von zwei Jahren wiederholt. ²In begründeten Fällen kann davon abgewichen werden.

§ 4 Zielvereinbarung

(1) ¹Die Zielvereinbarung wird zwischen der Antrag stellenden Person und dem Beauftragten abgeschlossen. ²Sie 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) ¹Die Antrag stellende Person und der Beauftragte können die Zielvereinbarung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung schriftlich kündigen, wenn ihnen die Fortsetzung nicht zumutbar ist. ²Ein wichtiger Grund kann für die Antrag stellende Person insbesondere in der persönlichen Lebenssituation liegen. ³Für 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. ⁴Im Falle der Kündigung wird der Verwaltungsakt aufgehoben.

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

§ 5 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Juli 2004 in Kraft.

§ 18 Leistungsort

Sachleistungen können auch im Ausland erbracht werden, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden können. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können im grenznahen Ausland auch ausgeführt werden, wenn sie für die Aufnahme oder Ausübung einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit erforderlich sind.

Rechtsanwendung

18.0.1 (1) Die Möglichkeit, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch im grenznahen Ausland zu gewähren, wenn sie für die Aufnahme oder Ausübung einer Beschäftigung oder einer selbständigen Tätigkeit erforderlich sind, ist nicht auf Länder der EU beschränkt.

(2) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können nur gewährt werden, wenn der Leistungsberechtigte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches hat und beibehält (§ 30 SGB I).

§ 33

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

(1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

(2) Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote.

(3) Die Leistungen umfassen insbesondere

- 1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung der beruflichen Eingliederung,**
- 2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,**
- 2a. Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung**
- 3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,**
- 4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,**
- 5. Gründungszuschuss entsprechend § 93 des Dritten Buches durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,**
- 6. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.**

(4) Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Soweit erforderlich, wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt; in diesem Fall werden die Kosten nach Absatz 7, Reisekosten nach § 53 sowie Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten nach § 54 übernommen.

(5) Die Leistungen werden auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht.

(6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

- 1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,**
- 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,**
- 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,**
- 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,**
- 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,**
- 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,**
- 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,**
- 8. Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110).**

(7) Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme

- 1. der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe notwendig ist,**
- 2. der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, vermittlungsunterstützende Leistungen.**

(8) Leistungen nach Absatz 3 Nr. 1 und 6 umfassen auch

- 1. Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,**
- 2. den Ausgleich unvermeidbaren Verdienstausfalls des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, einem Träger oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,**
- 3. die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,**

4. **Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,**
5. **Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und**
6. **Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.**

Die Leistung nach Satz 1 Nr. 3 wird für die Dauer von bis zu drei Jahren erbracht und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 durch das Integrationsamt nach § 102 Abs. 4 ausgeführt. Der Rehabilitationsträger erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen. Der Anspruch nach § 102 Abs. 4 bleibt unberührt.

Rechtsanwendung

- 33.3.1 Die sonstigen Hilfen nach § 33 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX sind in den Absätzen 6 bis 8 nicht abschließend aufgezählt. Hierzu zählen u.a. auch
- Aufwendungen für ein Mobilitätstraining, soweit dies erforderlich ist, um den Weg zwischen Wohnung und Arbeitsstelle zurück legen zu können,
 - Aufwendungen für einen vorübergehenden Einsatz eines Gebärdensprachdolmetschers im Zusammenhang mit der Einarbeitung eines Hör- und Sprachgeschädigten. Die Einarbeitung in ein befristetes Beschäftigungsverhältnis kann gefördert werden, wenn es der Teilhabe am Arbeitsleben dienlich ist.
 - zusätzliche Kosten für die Teilnahme am Berufsschulunterricht an einer Schule für Hörgeschädigte; zur Festsetzung der Teilnahmekosten in Leistungsfällen Abg für Zeiten des Blockunterrichts der Berufsschule (siehe GA 127.1.2 zu § 127 SGB III),
 - notwendige Kosten für einen Kommunikationshelfer für die Teilnahme am Berufsschulunterricht.
- 33.5.1 Anerkennungspraktika sind nach §§ 114 i.V.m. 180 Abs. 5 SGB III nicht förderbar.
- 33.6.1 Leistungen für medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen nach § 33 Abs. 6 Nrn. 1 bis 7 können nur gewährt werden, wenn sie integrativer Bestandteil einer Maßnahme sind.
- 33.7.1 Zur Beurteilung der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind die DA zu § 127 SGB III zu beachten.

- 33.8.1 (1) Ein unvermeidbarer Verdienstauffall liegt dann vor, wenn die erforderliche Reise nur während der üblichen Arbeitszeit durchgeführt werden kann. **Verdienstauffall**
- (2) Bei der Höhe des Verdienstauffalles ist von dem Zeitaufwand auszugehen, der durch die persönliche Vorstellung einschließlich des notwendigen Zeitaufwandes für Wegstrecken entstanden ist. Kann die Arbeit vor und/oder nach der Vorstellung nicht aufgenommen werden, z.B. bei Schicht- oder Montagearbeit, ist der Verdienstauffall für die gesamte Ausfallzeit zu ersetzen. **Höhe**
- 33.8.2 Nach ständiger Rechtsprechung hat das BSG entschieden, dass die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zu den elementaren Grundbedürfnissen des Menschen gehört und daher die Krankenversicherung die für die Berufsausübung erforderlichen Hilfsmittel als medizinischen Ausgleich einer Behinderung zur Verfügung zu stellen hat (§ 33 SGB V). Entscheidend ist hierbei, dass der Hilfsmittelbedarf für jedwede Form (irgend)einer Berufsausübung besteht. Dabei ist es unerheblich, ob das Hilfsmittel berufs- oder arbeitsplatzbezogen ausgestattet ist bzw. ausschließlich am Arbeitsplatz benötigt wird. Ist ein Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung nur für einen bestimmten Arbeitsplatz bzw. nur für eine ganz spezielle Form einer Berufsausübung oder Berufsausbildung erforderlich und wird dieses Hilfsmittel bei anderweitig beruflichen Tätigkeiten nicht benötigt, besteht keine Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 33 SGB V. **Nichtorthopädische Hilfsmittel**
- Ausgehend von diesen Grundsätzen hat das BSG bisher u.a. folgende Entscheidungen getroffen:
- Die hilfsmittelbedingten Aufwendungen bei einer Korrektions-Schutzbrille sind von der Krankenversicherung zu übernehmen (BSG-Urteil vom 15.11.89 - 8 RKn 13/88). **Korrektions-Schutzbrille**
 - Die Beschaffung eines Sitzschalenstuhles, der allgemein für die Berufsausübung (hier in einer Werkstatt für behinderte Menschen) erforderlich ist, muss von der Krankenkasse im Rahmen der Hilfsmittelversorgung übernommen werden, auch wenn dieser Stuhl ständig am Arbeitsplatz verbleibt (BSG-Urteil vom 12.10.88 - 3 RK 29/87). **Sitzschalenstuhl**
 - Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe sind ausschließlich für die Verrichtung von Tätigkeiten eines bestimmten Berufes bzw. einer bestimmten Berufsausbildung erforderlich und deshalb den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuzuordnen (BSG-Urteil vom 26.07.1994 - 11 RAr 115/93). Die Aufwendungen für normale Sicherheitsschuhe, die der Arbeitgeber aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften und arbeitsrechtlichen Grundsätzen zu übernehmen hat, können nicht erstattet werden. **Orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe**

- Eine Leistungspflicht der Krankenkassen bei der Beschaffung eines Rollstuhls, der ausschließlich benötigt wurde, um bestimmte, für die Praktika im Rahmen eines Chemiestudiums erforderliche Verrichtungen ausüben zu können, ist vom BSG verneint worden. Bei diesem Sachverhalt fällt der (Hilfsmittel-) Bedarf nur bei einem eng begrenzten Teil der Berufsausbildung an. Es ging dabei also nicht darum, dem behinderten Menschen überhaupt irgendeine Berufsausbildung/-ausübung zu ermöglichen (BSG-Urteil vom 8.3.1990 - 3 RK 13/89).
- Die Leistungspflicht der Krankenkassen nach § 33 Abs. 1 SGB V umfasst die Versorgung mit solchen Hörgeräten, die nach dem Stand der Medizintechnik die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder erlauben und gegenüber anderen Hörhilfen erhebliche Gebrauchsvorteile im Alltagsleben bieten. Die Übernahme von Kosten als Hilfsmittel nach § 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX kommt nur dann in Betracht, wenn im Zusammenhang mit der Berufsausübung spezifische Anforderungen an das Hörvermögen gestellt werden und deshalb ein zusätzlicher Bedarf besteht, der im Rahmen der Regelversorgung durch die Krankenkassen nicht abzudecken ist (BSG-Urteil vom 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R –).

Rollstuhl**Hörgeräte**

Kosten für Hilfsmittel sind im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur dann zu übernehmen, wenn dieses Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung für einen bestimmten Arbeitsplatz bzw. für eine ganz spezielle Form einer Berufsausübung bzw. Berufsausbildung erforderlich ist und sonst bei anderweitigen beruflichen Tätigkeiten nicht benötigt wird.

Abgrenzungskriterium

33.8.3 (1) Kosten für technische Arbeitshilfen können nur übernommen werden, soweit die Arbeitshilfen ausschließlich zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigt werden.

Technische Arbeitshilfen

(2) Geht eine technische Arbeitshilfe nicht in das Eigentum des behinderten Menschen über, ist die Kostenübernahme nach § 46 SGB III zu prüfen.

(3) Kosten für technische Arbeitshilfen können auch während einer beruflichen Ausbildung, Weiterbildung oder bei einem befristeten Arbeitsverhältnis übernommen werden, wenn diese Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

(4) Der Umfang der erforderlichen technischen Arbeitshilfen ist in Zweifelsfällen durch den Technischen Berater festzustellen.

Technischer Berater

(5) Die Kosten für die blindenspezifische Einweisung in die Handhabung einer technischen Arbeitshilfe stehen unmittelbar im Zusammenhang mit der Gewährung einer technischen Arbeitshilfe und können somit im erforderlichen Umfang übernommen werden.

Blindenspezifische Einweisung

(6) Kosten für die Ersatzbeschaffung einer technischen Arbeitshilfe können dann übernommen werden, wenn das angestrebte Ausbildungsziel sonst nicht zu erreichen ist.

Ersatzbeschaffung

33.8.4 (1) Anträge auf Übernahme von Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz sind an das zuständige Integrationsamt zur Ausführung der Leistung weiterzuleiten. Hierzu gehören auch Anträge auf Erstattung von Kosten im Zusammenhang mit einem dauerhaften Einsatz einer Arbeitsassistenz. Bei vorübergehendem Assistenzbedarf vergleiche GA 33.3.1.

Arbeitsassistenz

(2) Der Anspruch auf Leistungen für eine notwendige Arbeitsassistenz ist auf drei Jahre begrenzt. Es handelt sich dabei um einen Gesamtanspruch, der im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch bei unterschiedlichen Arbeitgebern (z.B. Arbeitgeberwechsel, Aufnahme einer Beschäftigung nach einer betrieblichen Ausbildung) zu gewähren ist.

§ 34 **Leistungen an Arbeitgeber**

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5 können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch an Arbeitgeber erbringen, insbesondere als

- 1. Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen,**
- 2. Eingliederungszuschüsse,**
- 3. Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb,**
- 4. teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung.**

Die Leistungen können unter Bedingungen und Auflagen erbracht werden.

(2) Ausbildungszuschüsse nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 können für die gesamte Dauer der Maßnahme geleistet werden und sollen bei Ausbildungsmaßnahmen die von den Arbeitgebern im letzten Ausbildungsjahr zu zahlenden monatlichen Ausbildungsvergütungen nicht übersteigen.

(3) Eingliederungszuschüsse nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 betragen höchstens 50 vom Hundert der vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten Entgelte, soweit sie die tariflichen Arbeitsentgelte oder, wenn eine tarifliche Regelung nicht besteht, die für vergleichbare Tätigkeiten ortsüblichen Arbeitsentgelte im Rahmen der Beitragsbemessungsgrenze in der Arbeitsförderung nicht übersteigen; die Leistungen sollen im Regelfall für nicht mehr als ein Jahr geleistet werden. Soweit es für die Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich ist, können die Leistungen um bis zu 20 Prozentpunkte höher festgelegt und bis zu einer Förderungshöchstdauer von zwei Jahren erbracht werden. Werden sie für mehr als ein Jahr geleistet, sind sie entsprechend der zu erwartenden Zunahme der Leistungsfähigkeit der Leistungsberechtigten und den abnehmenden Eingliederungserfordernissen gegenüber der bisherigen Förderungshöhe, mindestens um zehn Prozentpunkte, zu vermindern. Bei der Berechnung nach Satz 1 wird auch der Anteil des Arbeitgebers am Gesamtsozialversicherungsbeitrag berücksichtigt. Eingliederungszuschüsse werden zurückgezahlt, wenn die Arbeitsverhältnisse während des Förderungszeitraums oder innerhalb eines Zeitraums, der der Förderungsdauer entspricht, längstens jedoch von einem Jahr, nach dem Ende der Leistungen beendet werden; dies gilt nicht, wenn

- 1. die Leistungsberechtigten die Arbeitsverhältnisse durch Kündigung beenden oder das Mindestalter für den Bezug der gesetzlichen Altersrente erreicht haben oder**

2. **die Arbeitgeber berechtigt waren, aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist oder aus Gründen, die in der Person oder dem Verhalten des Arbeitnehmers liegen, oder aus dringenden betrieblichen Erfordernissen, die einer Weiterbeschäftigung in diesem Betrieb entgegenstehen, zu kündigen.**

Die Rückzahlung ist auf die Hälfte des Förderungsbetrages, höchstens aber den im letzten Jahr vor der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses gewährten Förderungsbetrag begrenzt; ungeförderete Nachbeschäftigungszeiten werden anteilig berücksichtigt.

Rechtsanwendung

- 34.0.1 Voraussetzungen, Leistungsumfang und ggf. Rückzahlungsregelungen für Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse und befristete Probebeschäftigung bestimmen sich ausschließlich nach dem SGB III.

§ 38

Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit nimmt auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit gutachterlich Stellung. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungsberechtigten in einem Krankenhaus oder einer Einrichtung der medizinischen oder der medizinisch-beruflichen Rehabilitation aufhalten.

Rechtsanwendung

- | | | |
|--------|---|-------------------------------------|
| 38.0.1 | (1) Die BA hat die Funktion eines Gutachters, der nur auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers Stellung nimmt. | Gutachterfunktion |
| | (2) Der Rehabilitationsträger schaltet die BA mit einem konkreten Gutachtauftrag ein, an dem sich die gutachterliche Stellungnahme der BA zu orientieren hat. | Gutachtauftrag |
| | (3) Über den Umfang der für die Erstellung des Gutachtens erforderlichen Veranlassungen entscheidet der Berater für Behinderte. Eine Beteiligung des anfordernden Reha-Trägers (gemeinsame Teamberatungen, Gruppengespräche u.ä.) ist hierbei nicht vorgesehen. | Gutachtenumfang |
| | (4) Die Einschaltung der BA ausschließlich zum Zwecke der Begutachtung durch die Fachdienste (Ärztlicher Dienst, Berufspsychologischer Service, Technischer Beratungsdienst) ist nicht vorgesehen. | Einschaltung der Fachdienste |
| 38.0.2 | <u>Die Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit nach § 38 SGB IX“ ist am 1. September 2013 in Kraft getreten.</u> | <u>Gemeinsame Empfehlung</u> |

§ 38a

Unterstützte Beschäftigung

(1) Ziel der Unterstützten Beschäftigung ist, behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und zu erhalten. Unterstützte Beschäftigung umfasst eine individuelle betriebliche Qualifizierung und bei Bedarf Berufsbegleitung.

(2) Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung erhalten behinderte Menschen insbesondere, um sie für geeignete betriebliche Tätigkeiten zu erproben, auf ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorzubereiten und bei der Einarbeitung und Qualifizierung auf einem betrieblichen Arbeitsplatz zu unterstützen. Die Leistungen umfassen auch die Vermittlung von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit der behinderten Menschen. Die Leistungen werden vom zuständigen Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5 für bis zu zwei Jahre erbracht, soweit sie wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind. Sie können bis zu einer Dauer von weiteren zwölf Monaten verlängert werden, wenn auf Grund der Art oder Schwere der Behinderung der gewünschte nachhaltige Qualifizierungserfolg im Einzelfall nicht anders erreicht werden kann und hinreichend gewährleistet ist, dass eine weitere Qualifizierung zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung führt.

(3) Leistungen der Berufsbegleitung erhalten behinderte Menschen insbesondere, um nach Begründung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses die zu dessen Stabilisierung erforderliche Unterstützung und Krisenintervention zu gewährleisten. Die Leistungen werden bei Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 oder 5 von diesem, im Übrigen von dem Integrationsamt im Rahmen seiner Zuständigkeit erbracht, solange und soweit sie wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Sicherung des Beschäftigungsverhältnisses erforderlich sind.

(4) Stellt der Rehabilitationsträger während der individuellen betrieblichen Qualifizierung fest, dass voraussichtlich eine anschließende Berufsbegleitung erforderlich ist, für die ein anderer Leistungsträger zuständig ist, beteiligt er diesen frühzeitig

(5) Die Unterstützte Beschäftigung kann von Integrationsfachdiensten oder anderen Trägern durchgeführt werden. Mit der Durchführung kann nur beauftragt werden, wer über die erforderliche Leistungsfähigkeit verfügt, um seine Aufgaben entsprechend den individuellen Bedürfnissen der behinderten Menschen erfüllen zu können. Insbesondere müssen die Beauftragten

- 1. über Fachkräfte verfügen, die eine geeignete Berufsqualifikation, eine psychosoziale oder arbeitspädagogische Zusatzqualifikation und ausreichend Berufserfahrung besitzen.**

2. **in der Lage sein, den Teilnehmern geeignete individuelle betriebliche Qualifizierungsplätze zur Verfügung zu stellen und ihre berufliche Eingliederung zu unterstützen.**
3. **über die erforderliche räumliche und sächliche Ausstattung verfügen und**
4. **ein System des Qualitätsmanagement im Sinne des § 20 Abs. 2 Satz 1 anwenden.**

(6) Zur Konkretisierung und Weiterentwicklung der in Absatz 5 genannten Qualitätsanforderungen vereinbaren die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5 sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation eine gemeinsame Empfehlung. Die gemeinsame Empfehlung kann auch Ausführungen zu möglichen Leistungsinhalten und zur Zusammenarbeit enthalten. § 13 Abs. 4, 6 und 7 und § 16 geltend entsprechend.“

Rechtsanwendung

38a.2.1 (1) Zielgruppe sind behinderte Menschen mit einem Potenzial für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, für die eine Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit anderen (inhaltlich „weiterführenden“) Teilhabeleistungen, insbesondere Leistungen zur Berufsvorbereitung und Berufsausbildung bzw. Weiterbildung nicht, mit Leistungen nach § 38a SGB IX aber möglich erscheint. Zur Zielgruppe zählen nicht behinderte Menschen, die werkstattbedürftig im Sinne des § 136 SGB IX sind.

Zielgruppe

(2) Zur Zielgruppe gehören insbesondere

- lernbehinderte Menschen im Grenzbereich zur geistigen Behinderung,
- geistig behinderte Menschen im Grenzbereich zur Lernbehinderung,
- behinderte Menschen mit nachhaltigen psychischen Störungen und / oder Verhaltensauffälligkeiten (nicht im Akutstadium).

(3) Unterstützte Beschäftigung ist ein Produkt für Kunden mit der Profillage „Förderprofil“.

38a.2.2 (1) Das Konzept der individuellen betriebliche Qualifizierung (InbeQ) folgt dem Grundsatz „Erst platzieren, dann qualifizieren“ und umfasst drei Phasen mit folgender Zielsetzung:

Maßnahmestruktur und -inhalt

- Auf Basis des identifizierten, besonderen Unterstützungsbedarfs Akquise grundsätzlich geeigneter Qualifizierungsplätze und betriebliche Erprobung zur Platzierung des Teilnehmers im Betrieb (Einstiegsphase)
-

- Unterstützte Einarbeitung und Qualifizierung auf dem individuell am besten geeigneten Platz, der eine berufliche Perspektive bietet (Qualifizierungsphase)
- Festigung im betrieblichen Alltag zur Realisierung einer dauerhaften Beschäftigung im Betrieb (Stabilisierungsphase)

Die Dauer der einzelnen Phasen orientiert sich an den Erfordernissen zur erfolgreichen Umsetzung der InbeQ. Die zeitlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung der Einstiegsphase (vgl. GA 38a 2.4 Abs. 1) sind zu berücksichtigen.

(2) Das Vermitteln von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen sowie Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit sind wesentlicher Inhalt von InbeQ und insoweit integraler Bestandteil aller Phasen.

- 38a.2.3 Im Vorfeld Unterstützter Beschäftigung ist in allen Fällen eine fundierte Eignungsabklärung erforderlich (z.B. Berücksichtigung von Gutachten, der Kompetenzanalyse im Rahmen der vertieften Berufsorientierung, Beteiligung der Fachdienste). Bei Unsicherheit stehen zur weiteren Eignungsabklärung DIA-AM zur Verfügung, die zur Feststellung der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt konzipiert sind. Eignungsdiagnostische Feststellungen im Rahmen von DIA-AM sind jedoch keine Zugangsvoraussetzung für InbeQ.
- Eignungsdiagnostik vor Maßnahmedurchführung**
- 38a.2.4 Ziel der Einstiegsphase ist eine möglichst frühzeitige Erprobung des Teilnehmers im Betrieb, die grundsätzlich innerhalb der ersten 8 Wochen der InbeQ erfolgen soll. Kann der Teilnehmer bis zum Abschluss dieser Phase nicht betrieblich erprobt werden und auf einem geeigneten Qualifizierungsplatz einmünden, ist die Maßnahme zu beenden.
- Dauer der Einstiegsphase**
- 38a.2.5 Die Dauer der InbeQ beträgt bis zu 24 Monate, längstens bis zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Die Teilnahme kann um bis zu 12 Monate verlängert werden, wenn auf Grund der Art oder Schwere der Behinderung der gewünschte nachhaltige Qualifizierungserfolg im Einzelfall nicht anders erreicht werden kann und hinreichend gewährleistet ist, dass eine weitere Qualifizierung zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung führen wird.
- Dauer InbeQ**
- 38a.2.6 (1) Der Übergang von der InbeQ in die WfbM erfolgt, wenn sich im Maßnahmeverlauf InbeQ herausstellt, dass Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht (mehr) gegeben ist und die Voraussetzungen für die Aufnahme in eine WfbM (§ 136 SGB IX) vorliegen.
- Übergang in WfbM**
- (2) Für Teilnehmer, für die im Maßnahmeverlauf Werkstattbedürftigkeit festgestellt wird, ist aufgrund der individuellen Feststellungen im Rahmen der InbeQ grundsätzlich davon auszugehen, dass für die Feststellungen im Eingangsverfahren ein Zeitraum von vier
- Verkürzung Dauer Eingangsverfahren**

Wochen ausreichend ist (§ 40 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Eine längere Förderungsdauer kommt nur in besonders zu begründenden Einzelfällen in Betracht.

(3) Die Zeiten der individuellen betrieblichen Qualifizierung werden zur Hälfte auf die Dauer des Berufsbildungsbereiches angerechnet. Die Zeiten individueller betrieblicher Qualifizierung und des Berufsbildungsbereichs dürfen insgesamt nicht mehr als 36 Monate betragen (§ 40 Abs. 4 SGB IX).

Anrechnung auf Dauer des Berufsbildungsbereichs

(4) Die Förderung des Übergangs aus dem Arbeitsbereich in den allgemeinen Arbeitsmarkt obliegt dem für die Förderung im Arbeitsbereich zuständigen Reha-Träger (§ 42 Abs. 2 SGB IX).

Übergang aus dem Arbeitsbereich WfbM

38a.2.7 Sofern sich in der InbeQ ergibt, dass das Leistungsvermögen für weiterführende Reha-Maßnahmen ausreicht, ist der Übergang in die geeignete Maßnahme vorzusehen.

Übergang in andere Reha-Maßnahmen

38a.3.1 Die Leistungsverpflichtung der BA ist auf die InbeQ beschränkt.

Leistungen der BA

38a.4.1 (1) Sofern für den Teilnehmer im Anschluss an die InbeQ Berufsbegleitung zur Stabilisierung des sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses angezeigt ist, stellt der Bildungsträger der InbeQ frühzeitig (in der Regel 6 Monate vor Abschluss der Qualifizierungsphase) Kontakt zum zuständigen Integrationsamt her. Die Entscheidung, ob der Träger der InbeQ oder ein anderer Träger die notwendige Berufsbegleitung durchführt, trifft das Integrationsamt.

Berufsbegleitung

(2) Die Übernahme in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis im Anschluss an die Qualifizierungs- bzw. Stabilisierungsphase beim bisherigen Betrieb kann in begründeten Einzelfällen mit einem Eingliederungszuschuss nach § 90 SGB III gefördert werden. Über die Notwendigkeit eines Eingliederungszuschusses im Anschluss an eine InbeQ ist jeweils nach den Gegebenheiten und Notwendigkeiten Einzelfall zu entscheiden. Dabei ist zu berücksichtigen, ob und ggf in welchem Umfang die Minderleistung durch die Qualifizierung im Betrieb ausgeglichen worden ist.

EGZ nach InbeQ

38a.5. (1) Für die Teilnahme an InbeQ werden besondere und diese ergänzende Leistungen gewährt (vgl. §§ 122, 124, 119 SGB III).

Besondere Leistung

(2) Kosten für überbetriebliche Qualifizierungen (z.B. Maschinenschein, Gabelstaplerschein etc.), die der Teilnehmer zur Ausübung der Tätigkeit nachweisen muss, werden auf Einzelnachweis gesondert erstattet. Hierzu ist vor Durchführung der Qualifizierung die Zustimmung der Beratungsfachkraft der koordinierenden Dienststelle einzuholen.

38a.6. Die Gemeinsame Empfehlung nach § 38a Abs. 6 SGB IX „Unterstützte Beschäftigung“ ist am 1. Dezember 2010 in Kraft getreten.

Gemeinsame Empfehlung

§ 39

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen

Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (§ 136) werden erbracht, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern.

Rechtsanwendung

- | | | |
|--------|---|------------------------------|
| 39.0.1 | (1) Die anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind im Verzeichnis gemäß § 142 SGB IX aufgeführt. | Anerkannte WfbM |
| | (2) In eine WfbM können behinderte Menschen aufgenommen werden, | Aufnahme in WfbM |
| | a) die für eine Ausbildung oder die Aufnahme einer Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen, | |
| | b) bei denen bei einer der Behinderung angemessenen Betreuung keine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung zu erwarten ist und | |
| | c) bei denen das Ausmaß der erforderlichen Betreuung und Pflege die Teilnahme an Maßnahmen im Berufsbildungsbereich oder sonstige Umstände ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Arbeitsbereich dauerhaft zulassen. | |
| 39.0.2 | Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer WfbM können nur übernommen werden, wenn danach eine berufliche Eingliederung im Arbeitsbereich der Werkstatt oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erwarten ist. | Förderung in der WfbM |

§ 40

Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich

(1) Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten behinderte Menschen

- 1. im Eingangsverfahren zur Feststellung, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist sowie welche Bereiche der Werkstatt und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den behinderten Menschen in Betracht kommen, und um einen Eingliederungsplan zu erstellen,**
- 2. im Berufsbildungsbereich, wenn die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und erwartet werden kann, dass der behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Sinne des § 136 zu erbringen.**

(2) Die Leistungen im Eingangsverfahren werden für drei Monate erbracht. Die Leistungsdauer kann auf bis zu vier Wochen verkürzt werden, wenn während des Eingangsverfahrens im Einzelfall festgestellt wird, dass eine kürzere Leistungsdauer ausreichend ist.

(3) Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden für zwei Jahre erbracht. Sie werden in der Regel für ein Jahr bewilligt. Sie werden für ein weiteres Jahr bewilligt, wenn auf Grund einer rechtzeitig vor Ablauf des Förderzeitraums nach Satz 2 abzugebenden fachlichen Stellungnahme die Leistungsfähigkeit des behinderten Menschen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.

(4) Zeiten der individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen einer Unterstützten Beschäftigung nach § 38a werden zur Hälfte auf die Dauer des Berufsbildungsbereichs angerechnet. Allerdings dürfen die Zeiten individueller betrieblicher Qualifizierung und des Berufsbildungsbereichs insgesamt nicht mehr als 36 Monat betragen.

Rechtsanwendung

- 40.2.1 (1) Das Eingangsverfahren ist nicht nur in Zweifelsfällen, sondern generell durchzuführen. Eine Verkürzung der Leistungsdauer ist zulässig, wenn die zu § 40 Abs. 2 genannten Feststellungen – in der Regel des Fachausschusses (FA) – vorliegen. Hierzu bietet sich an, dem FA schon für seine Stellungnahme nach § 2 Abs. 2 Werkstättenverordnung die Fälle zu benennen, für die eine Erörterung im FA mit dem Ziel einer Feststellung nach Satz 2 erfolgen soll.

**Förderungsdauer
Eingangsverfahren**

(2) Durch die auf den einzelnen Teilnehmer abgestellten eignungsdiagnostischen Feststellungen im Rahmen von DIA-AM ist ein wesentlicher Auftrag des Eingangsverfahrens erfüllt. Entsprechend dem geringeren Zeitbedarf ist als erforderliche Dauer für das Eingangsverfahren (vgl. § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB IX) regelmäßig ein Zeitraum von 4 Wochen vorzusehen.

40.3.1 Nach § 40 Abs. 3 SGB IX ist es nicht möglich, die Leistung für weniger als ein Jahr zu bewilligen.

**Förderungsdauer
Berufsbildungsbe-
reich**

Ist von vornherein die Notwendigkeit einer Förderung von 27 Monaten absehbar, können aus Gründen der Arbeitsökonomie und um Planungssicherheit bzgl. der Festlegung der erforderlichen Haushaltsmittel zu erreichen, die zu erbringenden Leistungen von vornherein für den Gesamtförderzeitraum bewilligt werden. Der/die Berater/in Reha hat den Förderzeitraum im Vordruck „Fachliche Stellungnahme“ (BA I R 104) bei „Voraussichtliches Ende“ entsprechend einzutragen. Über das IT-Verfahren COLIBRI/BAB-Reha (zentral) werden die Haushaltsmittel dann für den gesamten Zeitraum gebunden. Entsprechend ist in coSach eine Maßnahme über den Gesamtzeitraum einzutragen und ein Maßnahmeeintritt zu buchen.

Für den Fall, dass der Fachausschuss feststellt, dass das festgelegte Reha-Ziel früher als angenommen erreicht worden ist (vorgesehen waren 2 Jahre) oder eine Verlängerung erforderlich ist (vorgesehen war 1 Jahr), ist die Maßnahme vorzeitig zu beenden bzw. eine Verlängerung zu bewilligen und dies dem Leistungsbe- reich unverzüglich mitzuteilen.

40.3.2 Beschlüsse des FA werden einstimmig oder mit Mehrheit gefasst.

§ 44 Ergänzende Leistungen

(1) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben der in § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 genannten Rehabilitationsträger werden ergänzt durch

- 1. Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe,**
- 2. Beiträge und Beitragszuschüsse**
 - a) zur Krankenversicherung nach Maßgabe des Fünften Buches, des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie des Künstlersozialversicherungsgesetzes,**
 - b) zur Unfallversicherung nach Maßgabe des Siebten Buches,**
 - c) zur Rentenversicherung nach Maßgabe des Sechsten Buches sowie des Künstlersozialversicherungsgesetzes,**
 - d) zur Bundesagentur für Arbeit nach Maßgabe des Dritten Buches,**
 - e) zur Pflegeversicherung nach Maßgabe des Elften Buches,**
- 3. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, einschließlich Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen,**
- 4. ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,**
- 5. Reisekosten,**
- 6. Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten.**

(2) Ist der Schutz behinderter Menschen bei Krankheit oder Pflege während der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht anderweitig sichergestellt, können die Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld und zur Pflegeversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung oder, wenn dort im Einzelfall ein Schutz nicht gewährleistet ist, die Beiträge zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen erbracht werden. Arbeitslose Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können für die Dauer des Bezuges von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld einen Zuschuss zu ihrem Beitrag für eine private Versicherung gegen Krankheit oder für die Pflegeversicherung erhalten. Der Zuschuss wird nach § 174 Abs. 2 des Dritten Buches berechnet.

Rechtsanwendung

44.2.1 (1) Hat der behinderte Mensch wegen fehlender beitragspflichtiger Beschäftigungszeiten keinen Anspruch auf Übergangsgeld und unterliegt er deshalb nicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungspflicht, ist insbesondere zu prüfen, ob der Schutz im Krankheits- oder Pflegefalle durch Familienkrankenhilfe sichergestellt ist.

**Familienkranken-
versicherung**

(2) Die Entscheidung darüber, ob der behinderte Mensch der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung unterliegt, trifft die zuständige Einzugsstelle.

**Entscheidung über
Versicherungspflicht**

Verfahrenshinweise

Die Verfahrenshinweise zum Persönlichen Budget sind in den GA zu § 17 abgedruckt.

Weitere Verfahrenshinweise sind zusammenfassend für SGB III und SGB IX bei den GA Reha (SGB III) abgedruckt