

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 22/2011 –

12.09.2011

Zur Kostenüberschreitung nach § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX beim Persönlichen Budget

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 11.10.2010, Az. L 2 U 152/10

Von Rechtsanwältin Kerstin Rummel, Halle

Der Gesetzgeber hat die Höhe der Kosten eines Persönlichen Budgets in § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX gedeckelt. Die Höhe des Persönlichen Budgets soll die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten. Es stellt sich die Frage, wie die Kosten der bisher individuell festgestellten Sachleistung mit der Höhe des Persönlichen Budgets zu vergleichen sind und in welchen Fällen eine Abweichung von der Kostenobergrenze gerechtfertigt ist.

I. Thesen der Autorin

1. Bezugspunkt der mit der Höhe eines Persönlichen Budgets zu vergleichenden Kosten der Sachleistung (§ 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX) können nicht nur die tatsächlichen Kosten der bisherigen Sachleistung sein, sondern auch die Preise anderer Leistungserbringer, die rechtmäßig hätten in Anspruch genommen werden können.

2. Unterschiede bei der Preiskalkulation von Sachleistung und Persönlichem Budget sind bei der Prüfung, ob das Persönliche Budget trotz Mehrkosten gewährt wird, mit einzubeziehen.
3. Eine Kostenüberschreitung ist nach § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX nicht nur dann gerechtfertigt, wenn sie nur vorübergehend ist.
4. Bei der Frage, ob eine Kostenüberschreitung nach § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX gerechtfertigt ist, ist zwischen der Mehrbelastung des Leistungsträgers und dem Gewicht der gegenläufigen gesetzlichen Zielsetzungen und Belange des Leistungsberechtigten abzuwägen.

II. Wesentliche Aussagen des Urteils

- 1. Maßgeblich für die Budgetbemessung ist der Preis, den der Leistungsberechtigte konkret am Markt zahlen muss, um den festgestellten Bedarf durch Sachleistungen zu decken.**
- 2. Nach der Gesetzesbegründung ist eine Kostenüberschreitung nur gerechtfertigt, wenn sie vorübergehend ist, nicht aber, wenn sie dauerhaft erhebliche Mehrkosten verursacht.**
- 3. Unterschiedliche Kostenkalkulation bei der Sachleistungsgewährung und beim Persönlichen Budget – hier bei der Verwirklichung des Arbeitgebermodells – rechtfertigen nicht die Annahme eines atypischen Falles im Sinne von § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX.**

III. Der Fall

Streitig ist zwischen den Beteiligten die Höhe eines Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX.

Der klagende Versicherte hatte einen Wegeunfall erlitten. Die beklagte Berufsgenossenschaft (BG) gewährte dem Versicherten eine 24-Stunden-Pflege mit Hilfspflegekräften durch den M-Verein (im Folgenden M-Verein) als Sachleistung. Hierbei übernahm der Versicherte im Laufe der Zeit die Auswahl der Hilfspflegekräfte, die der M-Verein dann anstellte. Der Versicherte übernahm ebenso das Anlernen, die Einweisung und die Planung des Einsatzes der Hilfspflegekräfte.

Zwischen der beklagten BG und dem M-Verein bestand eine Vergütungsvereinbarung von 12 Euro pro Stunde. Aufgrund dieser Vergütungsvereinbarung entstanden für die 24-Stunden-Pflege des klagenden Versicherten durchschnittliche monatliche Kosten in Höhe von 8.766 Euro.

Auf Antrag des Versicherten bewilligte die BG diesem – nachdem er Revision beim Bundessozialgericht eingelegt hatte – ein Persönliches Budget für eine 24-Stunden-Assistenz im Rahmen des Arbeitgebermodells in Höhe von 8.800 Euro.

Der Versicherte hatte der beklagten BG eine vom Z-Verein erstellte Kostenkalkulation vorgelegt. Hierbei waren monatliche Kosten für eine 24-Stunden-Assistenz in Höhe von 9.898,62 Euro unter Ansetzung eines Stundensatzes von 12,36 Euro sowie Pauschalen für Krankheit, Einarbeitung, Urlaub sowie Lohnnebenkosten kalkuliert worden.

Die beklagte BG lehnte eine Kostenübernahme von mehr als 8.800 Euro ab. Sie berief sich auf § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX. Der vom Versicherten geforderte Betrag führe zu erheblichen Mehrkosten gegenüber der bisherigen Sachleistung und könne daher nicht übernommen werden.

Der Versicherte argumentierte hiergegen, dass das Arbeitgebermodell zu dem Preis von 8.800 Euro nicht umsetzbar sei. Für seinen Wohnort würden für das Arbeitgebermodell durch den Träger der Sozialhilfe 12,33 Euro für Fachkräfte anerkannt.

Der M-Verein könne nur deshalb geringere Kosten ansetzen, weil er zwei Drittel der Helfer über die Aufwandsentschädigung für nebenberufliche Pflegekräfte abrechne; er (der klagende Versicherte) die so genannten Overhead-Leistungen, das heißt den Verwaltungs- und Organisationsaufwand für die eigentliche Leistung, übernommen habe und der M-Verein nur 9,33 Euro pro Stunde zahle und kaum Fachkräfte beschäftige.

Der Versicherte legte eine ärztliche Stellungnahme vor, wonach er auf einen Stamm eingearbeiteter, erfahrener Mitarbeiter angewiesen sei. Das Zurückgreifen auf Ausleihkräfte sei nicht zumutbar.

Die Klage blieb erstinstanzlich ohne Erfolg. In der Berufungsinstanz trug der klagende Versicherte erstmalig vor, dass bedarfsgerecht für ihn nur die Betreuung durch Fach-

kräfte sei, während der M-Verein nur ungelernete Pflegekräfte beschäftige.

IV. Die Entscheidung

Der Versicherte hatte mit seiner Berufung keinen Erfolg. Das LSG Rheinland-Pfalz bestätigte das erstinstanzliche Urteil. Dem vom Versicherten beanspruchten Umfang des Persönlichen Budgets von monatlich 9.433,66 Euro entsprechend der aktualisierten Kostenkalkulation stehe § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX entgegen.

Das Gericht setzte sich zunächst mit der Frage auseinander, welcher Bedarf und welche Kosten bislang im Rahmen der Sachleistung festgestellt worden waren. Der bisher bei dem klagenden Versicherten festgestellte Bedarf sei eine 24-Stunden-Betreuung durch Assistenzkräfte (die Grund- und Behandlungspflege wurde weiter als Sachleistung erbracht). Dieser Bedarf umfasse auch die so genannten Overhead-Leistungen. Nicht als Bedarf anzuerkennen sei hingegen eine 24-Stunden-Assistenz durch Pflegefachkräfte. Über eine solche 24-Stunden-Assistenz durch Pflegefachkräfte an Stelle von ungelerten Kräften sei im angefochtenen Bescheid keine Entscheidung getroffen worden, hier sei nur über die Umstellung von der Sachleistung auf das Persönliche Budget entschieden worden.

Die Kosten für diesen Bedarf beliefen sich auf 8.776 Euro monatlich, die der M-Verein gegenüber der beklagten BG abrechne. Die Preiskalkulation des M-Vereins sei dabei unerheblich. Auch dass der klagende Versicherte die Overhead-Leistungen teilweise selbst übernommen habe, führe zu keinem anderen Ergebnis.

Das LSG stellte fest, dass die vom Versicherten begehrte Leistung in Form des Budgets höhere Kosten verursache als die bisher gewährte Sachleistung.

Das LSG prüfte sodann, ob eine Überschreitung der Kosten gemäß § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX gerechtfertigt ist.

Das LSG stellte voran, dass eine Abweichung von der durch die bisherigen Kosten für die Sachleistung bestimmten Obergrenze nur in besonders begründeten Ausnahmefällen möglich sei. Ein solcher Ausnahmefall liege nicht vor.

Ein Ausnahmefall bzw. atypischer Fall liege nicht deshalb vor, weil sich die Kostenkalkulation bei der Sachleistung und beim Persönlichen Budget unterscheiden.

Der dem klagenden Versicherten durch das Arbeitgebermodell erwachsene Vorteil sei eher geringer als im Regelfall, da der Versicherte auch bisher schon weitgehenden Einfluss auf die Auswahl und den Einsatz der Assistenzkräfte gehabt habe.

Nach der Gesetzesbegründung rechtfertige ein besonderer Ausnahmefall – der hier nicht vorliege – außerdem auch nur eine vorübergehende Leistungsausweitung, während das Arbeitgebermodell des klagenden Versicherten dauerhaft erhebliche Mehrkosten verursache.

V. Würdigung/Kritik

Das Gericht begründet nur sehr knapp, dass eine 24-Stunden-Assistenz durch Pflegefachkräfte nicht Gegenstand der gerichtlichen Entscheidung sei, da durch den angefochtenen Bescheid nur über eine Leistungsumstellung von der Sachleistung zum Persönlichen Budget entschieden worden sei. Das Gericht setzt sich nicht damit auseinander, dass der Versicherte eine konkrete Kostenberechnung des Z-Vereins vorgelegt hatte, die seinen monatlichen Bedarf mit 9.898,62 Euro auswies. Ebenso wenig setzt sich das Gericht mit der **Auslegungsregel des § 2 Abs. 2 SGB I** auseinander. § 2 Abs. 2 SGB I beinhaltet eine Auslegungs- und Ermessensrichtlinie in Bezug auf die

weitgehende Verwirklichung der sozialen Rechte.¹ Bei dem Leistungsbegehren ist nicht am Wortlaut der Erklärung zu haften, es ist davon auszugehen, dass der Versicherte die ihm günstigste Art der Leistungsgewährung in Anspruch nehmen will.² So ist der Effektivierungsgrundsatz des § 2 Abs. 2 SGB I auch bei der Ermittlung des Erklärungsgehaltes von Anträgen auf Sozialleistungen (§ 16 SGB I) zu berücksichtigen.³ Zutreffend stellt das LSG fest, dass die so genannten **Overhead-Leistungen** also in den Bedarf **mit einzubeziehen** sind.

Das LSG misst allerdings die Kosten für die bisher festgestellte Sachleistung dann nur an den Kosten, die der beklagten BG im Rahmen der Vergütungsvereinbarung mit dem M-Verein für die 24-Stunden-Assistenz des Versicherten erwachsen sind. **Der Sinn und Zweck der Norm erfordert es jedoch nicht, dass als Vergleichsmaßstab ausschließlich das vom Leistungsberechtigten konkret im Rahmen des Sachleistungsbezuges genutzte Angebot zu Grunde zu legen.** Sinn und Zweck der Vorschrift ist es, Kostensteigerungen zu vermeiden, die gerade durch die Umstellung auf das Persönliche Budget entstehen. Daher können als Vergleichsmaßstab auch die Preise anderer Leistungserbringer, die der Leistungsberechtigte im Rahmen des Sachleistungsbezuges rechtmäßig hätte in Anspruch nehmen können, zum Vergleich herangezogen werden. **So ist nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zum sozialhilferechtlichen Mehrkostenvorbehalt Bezugspunkt der mit der Liga der freien Wohlfahrtverbände vereinbarte Tagessatz⁴ bzw. die Kosten an-**

derer geeigneter Hilfsangebote.⁵

Das LSG stellt heraus, dass die Preiskalkulation des M-Vereins unerheblich sei. Dies liegt auf der Linie der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes zum sozialhilferechtlichen Mehrkostenvorbehalt, wonach es allein auf die vom Sozialhilfeträger zu tragenden Kosten ankomme, nicht aber auf fiktive betriebswirtschaftliche Kosten.⁶

Unproblematisch ist die ausnahmslose Bezugnahme auf die vom Leistungsträger zu zahlenden Kosten nicht. Zum einen kann der Kostenvergleich durch Zuwendungen verzerrt sein.⁷ Rechnen Leistungsträger und Leistungserbringer pauschaliert nach Hilfebedarfsgruppen ab, können der individuelle Anspruch des Leistungsberechtigten auf Deckung seines Bedarfes und die an den Leistungsträger gezahlte Vergütung auseinanderfallen.⁸ Es bietet sich an, diese Problematik zumindest bei der Frage, ob das Persönliche Budget trotz der Feststellung von Mehrkosten gewährt werden kann, ergänzend mit einzubeziehen.

Das LSG hat einen atypischen Fall, der Ermessen in Bezug auf eine Überschreitung der Kostengrenze eröffnet, verneint. Soweit das LSG hierbei darauf abstellt, dass der klagende Versicherte auch im Rahmen der Sachleistung die Auswahl und Anleitung der Assistenzkräfte übernommen habe, ist dies widersprüchlich, da dies eigentlich die Aufgabe des Leistungserbringers gewesen wäre.

Das Gericht führt aus, dass selbst wenn ein atypischer Fall vorläge, dieser nach der Ge-

¹ Das BSG sieht einen Schwerpunkt bei der Anwendung der Norm im Verwaltungsverfahren, denn die Verwirklichung sozialer Rechte geschehe weitgehend im und durch das Verwaltungsverfahren, BSGE 51, 89, 95.

² Vgl. BSGE 49, 71, 74.

³ Vgl. Voelzke, in: jurisPK-SGB I, 2005, § 2 Rn. 27.

⁴ Vgl. BVerwGE, 65, 52, 56.

⁵ Vgl. BVerwGE 97, 103, 107 f.; ebenso SG Mainz, Urt. v. 30.06.2009 – S 5 SO 32/07, zitiert nach juris.

⁶ Vgl. BVerwG, Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 1, 63, 64 ff.

⁷ Vgl. hierzu ausführlich Neumann, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 1, 1, 17 ff.

⁸ Vgl. hierzu Pöld-Krämer, Fahlbusch, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 46, 4, 32; Frommann, Sozialhilfe nach Vereinbarung, S. 86.

setzesbegründung nur eine vorübergehende Kostenüberschreitung rechtfertige. **Das alleinige Abstellen auf die Gesetzesbegründung vermag allerdings nicht zu überzeugen**, da diese keinen Eingang in den Wortlaut der Norm gefunden hat. **Der Sinn und Zweck der Norm sowie ihre grundrechts- und völkerrechtsfreundliche Auslegung sind ebenfalls zu beleuchten.** Der Sinn und Zweck des § 17 Abs. 3 S. 4 SGB IX liegt darin, den Grundsatz der Sparsamkeit der Verwaltung einer Abwägung von gegenläufigen gesetzlichen Zielsetzungen und Belangen des Leistungsberechtigten zu öffnen. Diese gegenläufigen Zielsetzungen und Belange sind insbesondere die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe

am Leben in der Gemeinschaft (§ 1 SGB IX), die Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation (§ 33 SGB I), der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 13 Abs. 1 S. 3 SGB XII, § 3 SGB XI), das grundrechtlich geschützte Selbstbestimmungsrecht sowie die im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen⁹ gewährleisteten Rechte.

Diese gegenläufigen Zielsetzungen und die Belange des Leistungsberechtigten sind der finanziellen Mehrbelastung des Leistungsträgers gegenüberzustellen. Wie oben ausgeführt, können hierbei auch Verzerrungen beim Kostenvergleich ergänzend berücksichtigt werden, da der öffentliche Haushalt zum Beispiel auch durch eine institutionelle Förderung belastet wird.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

⁹ Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13.12.2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21.12.2008 (BGBl. II 2008, S. 1419).