

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 8/2012 –

16.03.2012

Rechtsfragen der Vergütung in der Rehabilitation

von Christian Grube, Vorsitzender der Schiedsstellen nach § 80 SGB XII in Berlin und Brandenburg, VRiVG a. D., Rechtsanwalt

I. Einführung

Da das Recht der Rehabilitationsleistungen vielgestaltig und zersplittert ist, ist mit dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch versucht worden, für dieses Rechtsgebiet einen einheitlichen Rahmen zu schaffen. Eine weitere übergreifende Rechtsquelle für das Rehabilitationsrecht stellt die UN-Behindertenrechtskonvention dar, deren unmittelbare Geltung allerdings streitig ist. Jedenfalls enthält die Konvention keine ausdrücklichen Regelungen für die Vergütung von Rehabilitationsleistungen.

In § 5 SGB IX sind die Leistungsgruppen oder auch Leistungsarten definiert. Danach ist zu unterscheiden in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation. Bei den beiden erst genannten Gruppen kommen noch Annexleistungen unterhaltssichernder Art in Betracht. Nach §§ 6, 6a SGB IX ist geregelt, wer zuständiger Leistungsträger sein kann. Das sind zunächst alle Sozialversicherungsträger mit Ausnahme der Pflegeversicherung und zudem die Träger der Kriegsopferfürsorge, der Jugendhilfe und der Sozialhilfe. Die aufgezählten Träger sind aber nicht jeweils für alle Arten von Rehabilitationsleis-

tungen zuständig. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nur für die medizinische Rehabilitation und die Annexleistungen zuständig, die Bundesagentur für Arbeit nur für die berufliche Rehabilitation und die Annexleistungen, die Unfallversicherung für alle Rehabilitationsleistungen, die Rentenversicherung für alle Leistungen bis auf die der sozialen Rehabilitation. Die Kriegsopferfürsorge ist wiederum für alle Rehabilitationsleistungen zuständig und die Jugendhilfe und Sozialhilfe ist ebenfalls für die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation zuständig, mit Ausnahme der Annexleistungen. Wir finden also Rehabilitation und ihre Vergütung im SGB III, V, VI und VII und eben auch im BVG, SGB VIII und SGB XII.

II. Vergütung von Leistungen

Wer vergütet nun wem was? Diese Frage zielt auf das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis. Bei der Leistungserbringung im Sozialrecht sind grundsätzlich drei Beteiligte zu unterscheiden: Der Leistungsberechtigte (Leistungsempfänger), der Sozialleistungsträger und ein Leistungserbringer, sofern der Sozialleistungsträger die Sozialleistung nicht

selbst durch eigene Dienste und Einrichtungen erbringt. Die Leistungserbringer sind Mitglieder der freien Wohlfahrtspflege, freie gemeinnützige Einrichtungen oder Dienste, aber auch freigewerbliche Leistungserbringer.

In allen drei Schenkeln des Dreiecks bestehen Rechtsbeziehungen. Wie diese Rechtsbeziehungen rechtsdogmatisch zu verstehen sind, ist in den einzelnen Sozialleistungsbe-
reichen unterschiedlich und in einigen Punkten auch streitig. Was die Vergütung der Rehabilitationsleistungen angeht, könnte man sich vorstellen, dass der Leistungsträger dem Leistungsberechtigten eine entsprechende Geldleistung zur Verfügung stellt, damit er damit den Leistungserbringer bezahlen kann. Zwischen dem Leistungsbe-
rechtigten und dem Leistungserbringer besteht nämlich ein Rechtsverhältnis, auf Grund dessen der Leistungsberechtigte unter Umständen zur Zahlung eines Entgelts verpflichtet sein kann. Im Heimrecht nach dem WBVG (Gesetz zur Regelung von Ver-
trägen über Wohnraum mit Pflege- oder Be-
treuungsleistungen) ist dieses zivilrechtliche Verhältnis am deutlichsten geregelt. In ande-
ren Bereichen des Sozialrechts – etwa im Bereich der Werkstätten für Menschen mit Behinderung – fehlt es oft an ausdrücklichen Vertragsgestaltungen zwischen Leistungsbe-
rechtigten und Leistungserbringern.

Eine direkte Zahlung von Geld vom Lei-
stungsträger an den Leistungsberechtigten kommt allerdings so gut wie nie vor. Statt-
dessen zahlt der Leistungsträger ein Entgelt für die von dem Leistungserbringer erbrach-
ten Leistungen direkt an diesen, wobei die-
ser Zahlungsvorgang in der Vergangenheit zumeist schlicht als eine Art bloße Abkür-
zung des Zahlungsweges gedeutet wurde; dem Leistungsberechtigten sollte also wei-
terhin eine Geldleistung zustehen, die aller-
dings gleich an den Leistungserbringer überwiesen wurde.

Damit sind die Themen „Sachleistungsprin-
zip“ oder „Kostenerstattungsprinzip“ ange-
sprochen. In der gesetzlichen Krankenversi-
cherung gilt bis auf einige Ausnahmen das
Sachleistungsprinzip. Ebenso verhält es sich
grundsätzlich in den anderen Sozialversiche-
rungssystemen. In den steuerfinanzierten
Sozialleistungen, der Sozial- und Jugendhilfe
und der Kriegsofopferfürsorge dachte man
eher in den Kategorien „Geldleistung“ und
„Kostenübernahme“.

Das hat sich geändert, weil sich auf Grund
der Rechtsprechung des Bundessozialge-
richts (BSG) jedenfalls für den Bereich der
Sozialhilfe ein entscheidender Wandel in der
Deutung der Rechtsbeziehungen im Dreieck
vollzogen hat. Das BSG hat den Anspruch
des Leistungsberechtigten, den der Sozialhil-
feträger zu erfüllen hat, als Sachleistungs-
verschaffungsanspruch gedeutet und dem
Leistungserbringer damit zugleich einen ei-
genen Zahlungsanspruch verschafft¹. Aus-
drücklich hat sich das BSG dabei auf Ähn-
lichkeiten mit dem Leistungserbringungs-
recht in der gesetzlichen Krankenversiche-
rung bezogen.

III. Leistungserbringungsrecht in der Sozialhilfe

Das Leistungserbringungsrecht der Sozialhil-
fe ist im Zehnten Kapitel des SGB XII enthal-
ten. Diese Vorschriften sind mit dem Lei-
stungserbringungsrecht der Pflegeversiche-
rung und auch mit Vorschriften aus dem
SGB IX verzahnt (vgl. etwa §§ 17 Abs. 1
Nr. 3, 19, 21 SGB IX). Die sozialhilferechtl-
ichen Vorschriften über die Vergütung der
Leistungen sind denen des Krankenversi-
cherungsrechts nachempfunden. Sie gelten
seit dem Jahr 1993 und haben das bis dahin
geltende Prinzip der retrospektiven (rückbli-
ckenden) Erstattung der tatsächlich entstan-

¹ BSG v. 28.10.2008, Az. B 8 SO 22/07 R, BSGE 102, 1.

den Kosten des Leistungserbringers abgelöst. Jetzt gilt das Prinzip vorausschauend (prospektiv) ermittelter Entgelte. Zuletzt hat sich das Jugendhilferecht diesem Prinzip angeschlossen; die entsprechenden Vorschriften sind in §§ 78a ff. SGB VIII enthalten.

Eine Leistungsbewilligung und -erbringung im Dreiecksverhältnis setzt danach grundsätzlich voraus, dass der Leistungsträger mit der Einrichtung/dem Dienst drei Vereinbarungen geschlossen hat: die Leistungsvereinbarung, eine Vergütungsvereinbarung und eine Prüfungsvereinbarung (§ 75 Abs. 3 SGB XII), deren Inhalt in § 76 SGB XII noch näher umschrieben ist. Die Leistungsvereinbarung definiert, was die Einrichtung/der Dienst in der Lage ist, an Leistungen zu erbringen. In der Vergütungsvereinbarung wird festgelegt, mit welchem Geldbetrag die Leistungen vergütet werden. Diese Vereinbarungen strukturieren die Leistungen, die der Leistungsberechtigte im Falle der Leistungsbewilligung erhalten kann, vor. Der Leistungsberechtigte kann letztlich nur das bewilligt erhalten, was Leistungsträger und Leistungserbringer untereinander vereinbart haben. Die tatsächliche Bedarfsdeckung muss aber immer gewährleistet sein.

Zu den einzelnen Vereinbarungen: Wie im richtigen Leben ist zwischen den Vertragsparteien zunächst zu klären, was der eine anbieten kann/will und was der andere „kaufen“ will. Diese Entscheidung beeinflusst natürlich bereits den „Preis“ der einzukaufenden Leistung. Der Leistungsträger will und darf keinen „Mercedes“ einkaufen, sondern nur eine solche Leistung, die dem Hilfebedarf eines gedachten, typischen Hilfeempfängers entspricht. Das drückt das Gesetz mit den Worten aus, dass die Leistung den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen muss. Es reicht also, um beim Bild zu bleiben, auf jeden Fall ein Mittelklassewagen, wenn nicht sogar ein Kleinwagen, sofern

auch damit der Bedarf des Leistungsberechtigten gedeckt werden kann.

Dasselbe gilt für die Vergütung der vereinbarten Leistungen; auch sie müssen den drei genannten Prinzipien entsprechen. Soweit das abstrakte Modell. Der Teufel steckt aber im Detail. Wie handhabt man die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall? Was gilt, wenn man sich nicht einigen kann? Wir befinden uns schließlich im Vertragsrecht, wo keine Seite der anderen etwas vorschreiben kann. Das Gesetz enthält in § 77 Abs. 1 S. 2 SGB XII dafür eine Regelung, wonach eine Schiedsstelle über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt worden ist, entscheidet. Bei näherem Hinsehen enthält die Bestimmung aber eine ganz entscheidende Einschränkung: Nur die nicht zustande gekommene Vergütungsvereinbarung scheint schiedsstellenfähig zu sein, die Leistungsvereinbarung hingegen nicht. Das ist äußerst problematisch und wird von den Vorsitzenden der Schiedsstellen einvernehmlich kritisiert. Denn beim Fehlen einer Leistungsvereinbarung kann die Schiedsstelle nicht über eine Vergütung entscheiden. Manche Schiedsstellen setzen sich darüber hinweg und befassen sich in den Schiedsverhandlungen auch mit der fehlenden Leistungsvereinbarung, um insgesamt zu einer Lösung zu gelangen. Wie der 8. Senat des BSG das im Falle der Anfechtung eines entsprechenden Schiedsspruchs beurteilen wird, ist offen. Vertritt man die Ansicht, ohne Leistungsvereinbarung sei keine Vergütungsvereinbarung möglich, ist der Leistungserbringer darauf verwiesen, das Zustandekommen einer Leistungsvereinbarung gerichtlich zu erstreiten. Dies ist allerdings langwierig und nahezu ausgeschlossen.

IV. Ermittlung der Vergütung von Leistungen

Nun zu der Frage, wie eine wirtschaftliche und sparsame Vergütung zu ermitteln ist, die dazu auch noch ausreichend sein muss, damit der Leistungserbringer leistungsfähig bleibt. Insoweit bietet sich an, die Vergütung vergleichbarer Einrichtungen/Dienste heranzuziehen, da diese Vergütungen möglicherweise einen sich herausgebildeten Marktpreis abbilden. Das ist die Methode des sogenannten externen Vergleichs, die problematisch ist: Gibt es einen funktionierenden Markt sozialer Leistungen? Kann der externe Vergleich nicht zu einer Preisspirale – nach unten oder nach oben – führen? In einer vielbeachteten Entscheidung hat das BSG – für die Vergütungsfindung in der Pflegeversicherung – seine auf dem externen Vergleich beruhende Rechtsprechung aufgegeben und ein neues Modell entwickelt². Danach soll es in einer ersten Prüfungsstufe auf die plausibel und nachvollziehbar begründeten tatsächlichen Gestehungskosten der Einrichtung ankommen. Die so ermittelten Kosten werden dann in einer zweiten Prüfungsstufe einem externen Vergleich unterzogen.

Die Frage ist nun, ob dieses Modell 1:1 auf die Sozialhilfe (oder auch auf die Jugendhilfe) zu übertragen ist. Das wird von den Vertragsparteien unterschiedlich gesehen, wobei man den Eindruck gewinnt, dass sich jede Vertragspartei am liebsten das für sie Günstige aus diesem Modell herauspickt.

Nehmen wir die plausible und nachvollziehbare Darlegung der Kalkulation der tatsächlichen Gestehungskosten. Die Leistungsträger verstehen darunter, dass das gesamte betriebswirtschaftliche Geschehen des letzten Jahres mit entsprechenden Unterlagen zu belegen sei. Die Leistungsträger wollen ihre Gewinn- und Verlustrechnung natürlich nicht vorlegen und auch die Vergütung ihres

Personals nicht offenlegen. Ferner können sie zu Recht darauf verweisen, dass es um die Ermittlung prospektiver Kosten geht und die Vergangenheit daher grundsätzlich insoweit keine Rolle spielt. Nicht zu leugnen ist allerdings – wiederum gegenläufig – dass man Plausibilität am besten dadurch schaffen kann, indem man auf das tatsächliche wirtschaftliche Geschehen der letzten Periode abstellt.

Gelangt man bei dem Stufenmodell des BSG zum externen Vergleich, wird immer wieder gefragt, welche anderen Einrichtungen denn wirklich vergleichbar sind. Jede Einrichtung kann ihr eigenes Profil haben, das durch Besonderheiten der von ihr betreuten Personen bestimmt ist. Ferner: Wie zieht man den räumlichen Kreis der vergleichbaren Einrichtungen? Die Vergütung ist in Ballungsgebieten regelmäßig höher als im ländlichen Raum.

Besondere Probleme wirft die Vergütung des Investitionsbetrags, also der Gebäude und der sonstigen Anlage, auf. Insoweit geht es um langfristige Finanzierungen, die vom jeweiligen Zinssatz abhängig sind und oft auch erhebliche Gestaltungsmöglichkeiten für den Leistungserbringer beinhalten, die der Leistungsträger nicht akzeptieren will.

Auch bei der Prüfungsvereinbarung zu sagen, in der u. a. das Verfahren zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung geregelt werden soll, ist immer wieder streitig zwischen den Vertragsparteien, wie intensiv die Prüfung erfolgen kann beziehungsweise muss. Bei diesen Wirtschaftlichkeitsprüfungen kann herauskommen, dass der Leistungserbringer die Leistungen viel kostengünstiger erbracht hat, als es der vereinbarten Vergütung entspricht. Nachträgliche Erstattungen von erzielten Gewinnen sind gesetzlich aber nicht vorgesehen. Ein Gesetzesvorhaben, dies zu ermöglichen, ist bisher nicht verwirklicht worden.

² BSG v. 29.01.2009, Az. B 3 P 7/08 R, BSGE 102, 227.

V. Fazit

Persönlich erlebe ich die Findung der Vergütung in meiner beruflichen Praxis auf zwei Ebenen: Bei der Beratung der Leistungserbringer als Rechtsanwalt geht es naturgemäß darum, ihre Selbständigkeit als frei agierende Wirtschaftssubjekte im Blick zu haben, die nicht „Auftragnehmer“ eines Leistungsträgers sind. Wenn sie sich allerdings in das sozialrechtliche Dreieck begeben, unterliegen sie den Vorschriften des Leistungserbringungsrechts. Als Vorsitzender von zwei Schiedsstellen nach § 80 SGB XII habe ich die gesetzlichen Bestimmungen der §§ 75 ff.

SGB XII zu beachten, die die Schiedsstelle verpflichten, die unbestimmten Rechtsbegriffe des Leistungserbringungsrechts auszulegen. Dabei sind die widerstreitenden Interessen der Vertragsparteien in einem fairen und willkürfreien Verfahren gegeneinander abzuwägen und zu einem vertretbaren Ausgleich zu bringen. Das ist eine immer wiederkehrende Herausforderung für alle Mitglieder der paritätisch besetzten Schiedsstelle.

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