

Münster, 24.01.2012

3. Stellungnahme zur Rechtsprechung des BSG zum SGB IX und SGB XII

I. Auftrag

(1) Nach dem Wechsel der Zuständigkeit des Gerichtszweiges für die Sozialhilfe mit dem Inkrafttreten des SGB XII bzw. mit der Änderung des SGG – also von den Verwaltungs- zu den Sozialgerichten - ist anhand von verschiedenen Entscheidungen insbesondere des BSG festzustellen, dass althergebrachte und von der Verwaltungsgerichtsbarkeit entwickelte Grundsätze aufgegeben werden, oftmals mit gravierenden Folgen für die Sozialhilfepraxis. Dabei beschränkt sich das BSG nicht nur auf die rechtliche Bewertung von Sachverhalten, sondern stellt weiterhin neue Grundsätze von elementarer Bedeutung auf.

(2) Daneben liegen weitere Grundsatzurteile zum SGB IX vor, die für die tägliche Arbeit der Reha-Träger von großer Bedeutung sind.

(3) Die BAGüS hatte daher bereits im Jahre 2008 eine AG eingesetzt und diese gebeten, die vorliegende Rechtsprechung des BSG zu analysieren, zu bewerten und ggf. Empfehlungen für die praktische Arbeit aber auch für eine Positionierung der BAGüS hierzu zu erarbeiten. Das Ergebnis wurde mittels einer ersten Stellungnahme vom 20.8.2009 veröffentlicht.

Eine zweite aktualisierte Stellungnahme hat die BAGüS unter dem 20.12.2010 veröffentlicht.

(4) Vor dem Hintergrund weiterer in den Bereich der Sozialhilfe greifender Entscheidungen des BSG ist die AG gebeten worden, erneut tätig zu werden und die seit der letzten Auswertung ergangene neue Rechtsprechung auszuwerten und zu bewerten. Dabei soll die AG aufzeigen, in welchen Vorschriften und in welcher Weise durch gesetzgeberisches Handeln eine Umsteuerung bzw. Korrektur der Rechtsprechung erfolgen sollte. Erstmals hat die AG sich auch mit Hilfsmittelentscheidungen des 3. Senates befasst, da diese die Schnittstelle zwischen sozialer und medizinischer Rehabilitation betreffen und somit Auswirkungen auf den Bereich der Sozialhilfe haben.

(5) Die AG hat am 16. und 17. Juni 2011 in Münster mit nachfolgenden Teilnehmern getagt:

Herr Rabe (Vorsitz)
Herr Dillmann
Herr Lippert
Herr Tscheulin
Herr Turan
Frau Dr. Vorholz
Herr Wirth
Herr Krömer

KSV M-V Schwerin
LVR Köln
LWL Münster
BSG Hamburg
LWV Kassel
DLT Berlin
Bez. Oberbayern München
Geschäftsstelle

Die AG hat sich darauf verständigt, ihre Stellungnahme in der chronologischen Abfolge der behandelten Entscheidungen weiter zu entwickeln und zu ergänzen. Die jetzt bewerteten neuen Entscheidungen sind in der nachfolgenden Übersicht unter den laufenden Nummern 15 bis 19 aufgeführt.

II. Übersicht über die behandelten Urteile in chronologischer Reihenfolge

- 1) BSG vom 16.10.2007- B 8/9b SO 8/06 R**
Aufweichen des Gegenwärtigkeitsprinzips
- 2) BSG vom 11.12.2007 - B 8/9 b SO 14/06 R**
Abgrenzung der Leistungen zum Lebensunterhalt zu den Fachmaßnahmen
- 3) BSG vom 18.03.2008 - B 8/9b SO 9/06 R**
Verwertung von Bestattungsvorsorgeverträgen
- 4) BSG vom 17.06.2008 - B 8 AY 5/07 R**
Verwaltungsakte mit Dauerwirkung in der Sozialhilfe
- 5) BSG vom 25.06.2008 - B 11b A S 19/04 R**
Zuständigkeitsklärung
- 6) BSG vom 28.10.2008 - B 8 SO 22/07 R**
Sachleistungsprinzip in der Sozialhilfe
- 7) BSG vom 28.10.2008 - B 8 SO 33/07 R**
Leistungen für Bewohner stationärer Eingliederungshilfe aus Anlass des Besuches von Angehörigen
- 8) BSG vom 09.12.2008 - B 8 / 9b SO 10/07 R**
Lebensunterhalt als Eingliederungsleistung – Mittagessen in Werkstätten
- 9) BSG vom 29.01.2009 - B 3 P 6-08 R (und 17.12.2009 - B 3 P 3/08 R)**
Ermittlung von Pflegesätzen, externer Vergleich
- 10) BSG vom 24.03.2009 - B 8 SO 29/07 R, BVerwG vom 22.10.2009 - 5 C 19.08**
Unterschiedliche Auffassungen zur Zuständigkeit bei Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen
- 11) BSG vom 19.05.2009 - B 8 SO 8/08 R**
Bemessung des Lebensunterhalts in gemischten Bedarfsgemeinschaften
- 12) BSG vom 19.05.2009 - B 8 SO 32/07 R**
Hörgerätebatterien als Eingliederungsleistung
- 13) BSG vom 29.09.2009 -B 8 SO 19/08 R**
Petö-Therapie - Abgrenzungsproblematik medizinische zur sozialen Rehabilitation
- 14) BSG vom 02.02.2010 - B 8 SO 20/08 R,**
Anspruch auf Übernahme höherer Heimkosten, wenn die Einstufung in eine Hilfebedarfsgruppe strittig ist.
- 15) BSG vom 23.03.2010 – B 8 SO 15/08 R und B 8 SO 17/09 R –**
Einkommensanrechnung bei Werkstattbeschäftigten
- 16) BSG vom 07.10.2010 – B 3 KR 13/09 R**
Versorgung mit mobiler Treppensteighilfe
- 17) BSG vom 25.11.2010 - B 3 KR 1/10 R**
Ermittlung von Pflegesätzen, externer Vergleich (siehe Besprechung zu Nr. 9)
- 18) BSG vom 18.5.2011 – B 3 KR 10/10 R**
Versorgung mit Sportrollstuhl

III. Grundsätzliche Ausführungen

Aus Sicht der BAGüS gibt das BSG ohne erkennbaren Grund die in der Verwaltungsgerichtsbarkeit entwickelten und in der Praxis bewährten und verankerten Strukturprinzipien auf und schafft Grundsätze, die in der täglichen Praxis nicht widerspruchsfrei umsetzbar sind und dort deshalb nicht auf Akzeptanz stoßen. Die rechtssichere und verlässliche Rechtsanwendung befindet sich im Umbruch.

Die Rechtsprechung des BSG zum sogenannten Sachleistungsveranschaffungsanspruch in der Sozialhilfe steht nicht nur im Widerspruch zu dem im SGB XII geltenden Vorrang der Geldleistungen, sondern auch sozialpolitisch zu den Reformüberlegungen in der Eingliederungshilfe, die unter Bezug auf die VN-BRK den personenzentrierten Ansatz bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung und Leistungserbringung und somit die Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten in den Vordergrund rücken.

Neben den Widersprüchen zum geltenden Recht (§ 92 Abs. 2 SGB XII), wird die Rechtsprechung des BSG zum Mittagessen in der WfbM auch dem in der VN-BRK verankerten Inklusionsgedanken nicht gerecht. Gerade in der Diskussion um die Reform der Eingliederungshilfe wird eine noch klarere Trennung von Fachmaßnahmen und Leistungen zum Lebensunterhalt eingefordert. In der Rechtsprechung des BSG zeichnet sich aber die Tendenz ab, alles, was nicht eindeutig nur der Existenzsicherung dient, als behinderungsbedingten Teilhabebedarf zu definieren.

Mit großer Sorge beobachtet die BAGüS die Tendenz in der Rechtsprechung des BSG, Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, die im Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen sind oder dort nicht vollständig erbracht werden, (auch) dem Bereich der Sozialen Rehabilitation (Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) zuzuordnen. Das BSG macht damit die Sozialhilfe zu einer Art staatlicher „Auffang(ver)sicherung“ für Leistungen, die auch aus gesellschaftlichen bzw. Kostengründen in der GKV ausgeschlossen oder begrenzt wurden. Dies steht im Widerspruch zu dem im SGB XII bestimmten Grundsatz, dass in der medizinischen Rehabilitation die Leistungen der Eingliederungshilfe denen der GKV entsprechen. Dieses Aufstockungsverbot wird durch die Rechtsprechung des BSG ausgehöhlt. Die Sozialhilfeträger werden zum Ausfallbürgen für Leistungen, die in unserem Gesundheitssystem u.a. unter dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung ausgeschlossen oder gedeckelt sind.

Auch die Hilfsmittelentscheidungen des 3. Senates des Bundessozialgerichts lassen zum Teil diese Tendenz erkennen. So wird mit dem Urteil vom 07.10.2010 zur mobile Treppensteighilfe ein Hilfsmittel unter Aufhebung der bisherigen Rechtsprechung aus dem Bereich des GKV herausgenommen und dann im Bereich der Sozialhilfe verortet.

Insgesamt hat die BAGüS den Eindruck, dass in der Rechtsprechung des BSG die Sozialhilfeträger und die von ihnen zu vertretenden öffentlich-rechtlichen Belange nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt werden. Es darf nicht der Eindruck entstehen, eine rechtliche Begründung für die Bewilligung der vom Antragsteller begehrten Leistung zu suchen, ohne in Erwägung zu ziehen, dass nicht jede vielleicht wünschenswerte Maßnahme durch staatliche Leistungen finanziert werden muss. Auch diese Tendenz des BSG führt zu fehlender Akzeptanz bei den Sozialhilfeträgern.

IV. Besprechung der einzelnen Entscheidungen

1. BSG vom 16.10.2007 - B 8/9b SO 8/06 R, Aufweichen des Gegenwärtigkeitsprinzips

aus der 1. AG – Stellungnahme (modifiziert)

Sachstand

(1) Das BSG hält zwar an den Grundsätzen der Bedarfsdeckung grundsätzlich fest, sieht aber in den mit dem SGB XII vermehrt eingeführten Pauschalierungen Modifizierungsbedarf. So folgert das BSG daraus, dass zu Unrecht abgelehnte Regelleistungen nachträglich aufgrund eines Überprüfungsantrags (§ 44 SGB X – Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes) in voller Höhe zu übernehmen sind, auch wenn der Hilfesuchende ohne diese Leistungen „gelebt“ hat (als Synonym für die tatsächlich erfolgte Bedarfsdeckung) und insoweit gedeckte Bedarfe nachträglich nicht mehr zu decken sind. Nach Auffassung der AG kann dies jedoch nur gelten, wenn die Leistung „nachholbar“ ist, also der Bedarf im Nachhinein noch gedeckt werden kann¹ (z.B. durch Begleichung ausstehender Forderungen Dritter).

(2) Das BSG hat diese Rechtsprechung² modifiziert und klargestellt, dass Sozialhilfeleistungen für einen zurückliegenden Zeitraum nur dann erbracht werden können, wenn die Notlage im Zeitpunkt der beanspruchten Hilfeleistungen noch besteht, also der Bedarf noch gedeckt werden kann.

(3) Das BSG stellt den Grundsatz „Keine Sozialhilfe für die Vergangenheit“ infrage, insbesondere im Hinblick auf die Leistungen der Eingliederungshilfe, der Hilfe zur Pflege und im existenzsichernden Bereich für die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Bewertung

(4) Die BAGüS sieht die Rechtsprechung des BSG kritisch, weil es ohne erkennbare Not gefestigte Rechtsgrundsätze beseitigt und damit das auf dem Fürsorgegedanken beruhende Sozialhilferecht dem Versorgungs- bzw. Versicherungsrecht angleicht. Zu begrüßen ist, dass das BSG nunmehr zumindest klargestellt hat, dass Sozialhilfeleistungen für einen zurückliegenden Zeitraum nur dann erbracht werden können, wenn die Notlage im Zeitpunkt der beanspruchten Hilfeleistungen noch besteht.

2. BSG vom 11.12.2007 - B 8/9b SO 14/06 R, Abgrenzung der Leistungen zum Lebensunterhalt zu den Fachmaßnahmen, Anspruchsgrundlagen für Hauswirtschaft, Besuchsbeihilfen

auch Nr. 7) und 8):

BSG vom 28.10.2008 – B 8 SO 33/07 R

Leistungen für Bewohner stationärer Eingliederungshilfe aus Anlass des Besuches von Angehörigen

BSG vom 09.12.2008 - B 8 / 9b SO 10/07 R

Lebensunterhalt als Eingliederungsleistung - Mittagessen in Werkstätten

Verfasser: Herr Lippert

Sachstand

¹ Urteil vom 16.10.2007 (B 8/9b SO 8/06 R, Rn. 18, 19, 20)

² Urteil vom 29.9.2009 (B 8 SO 16/08 R)

(1) Das BSG hat sich in den genannten Urteilen mit der Frage der Zuordnung bestimmter Hilfebedarfe und Bestandteile der Leistungsangebote von Einrichtungen auseinander gesetzt. Im Falle des in der Werkstatt für behinderte Menschen angebotenen Mittagessens und bei der Übernahme von Leistungen für hauswirtschaftliche Verrichtungen unterhalb des zeitlichen Aufwandes der Pflegestufe I nach dem SGB XI hat es diese Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. der Hilfe zur Pflege zugeordnet. In dem Urteil vom 28.10.2008 hat es offen gelassen, ob Beihilfen zum Besuch von Angehörigen den Maßnahmen nach § 54 Abs. 2 SGB XII zuzuordnen sind, oder ob es sich um Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt im Sinne von § 35 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. Abs. 2 Satz 1 SGB XII handelt. Allerdings hat es angedeutet, dass es eine Anwendung von § 54 Abs. 2 SGB XII für näherliegend hält (Rn. 21 der Urteilsgründe).

Bewertung

(2) Die Urteile werden von der BAGüS kritisch gesehen, da die mit dem SGB XII klar formulierte und politisch gewollte Trennung zwischen Lebensunterhalt und Maßnahmen in jeweils eigenständige Leistungen, für die (auch) unterschiedliche Regelungen zum Einsatz eigener Mittel gelten, unterlaufen wird, ferner

- die Urteilsbegründung (Rn. 18-22 des Urteils vom 09.12.2008) eine Tendenz erkennen lässt, die Ermöglichung jeder Form einer sozialen Interaktion bei wesentlich behinderten Menschen zur Teilhabeleistung zu überhöhen und die dadurch entstehenden Aufwendungen den fachlichen Hilfen zuzuordnen, die über die Maßnahmepauschale zu decken sind,
- die Gefahr der Übertragung auf andere Fallgestaltungen/Handlungen gesehen werden, z.B. auch in der stationären Hilfe (Kulturtechniken),
- die mit der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe angestrebte Gleichbehandlung der Leistungen unabhängig von der Betreuungsform (ambulant, teilstationär, stationär), die Reduzierung des Vereinbarungsrechts auf die Maßnahmeleistung erschwert werden und
- die Bundesstatistik entweder erneut umzustellen ist oder der wertenden Betrachtung nicht gerecht werden kann.

(3) Allerdings besteht bei den stationären Leistungen offenbar kein finanzieller Anreiz, Leistungen des Lebensunterhalts den Maßnahmen der Eingliederungshilfe zuzuordnen, weil die Betroffenen wegen der Vorschriften über den Einsatz des Einkommens und Vermögens unter und über der Einkommensgrenze (§§ 87, 88 SGB XII) daraus keine Vorteile ableiten können.

(4) Insgesamt lassen die angesprochenen Urteile eine Tendenz erkennen, unter dem Begriff der Teilhabeleistungen bzw. eines in der Behinderung begründeten Bedarfes alles zu subsumieren, was nicht völlig zweifelsfrei der physischen Existenzsicherung dient. Zwar ist auch das Bundesverwaltungsgericht grundsätzlich davon ausgegangen, dass der Begriff der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und der dazu notwendigen Maßnahmen weit auszulegen ist. Wegen der Bestimmung des § 27 Abs. 3 BSHG hatte es allerdings kaum Anlass, sich mit der Zuordnungsproblematik auseinander zu setzen. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aber, nach dem im Zusammenhang mit der Einführung des SGB XII der Gesetzgeber die Bestimmung des § 27 Abs. 3 BSHG nicht übernommen, sondern statt dessen eine klare Unterscheidung zwischen dem in einer Einrichtung gewährten Lebensunterhalt und den fachlichen Hilfen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII vorgenommen hat.

(5) Zu den angesprochenen Entscheidungen und der offenbar dahinter stehenden grundsätzlichen Haltung ist Folgendes kritisch anzumerken:

- Eine Auseinandersetzung mit der Frage, welche Folgen sich daraus ergeben, dass die einheitliche Zuordnung zu einer Hilfeart (§ 27 Abs. 3 BSHG) nicht übernommen und statt dessen eine von der Organisation der Leistungserbringung unabhängige klare systematische Trennung zwischen den existenzsichernden Leistungen und den fachlichen Maß-

nahmen erfolgt ist, wurde vermieden. Diese hätte sich aber der Rechtsprechung angesichts der eindeutigen politischen Entscheidung und dem den Verfahren zugrunde liegenden Streit über die Zuständigkeit zwischen örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe aufdrängen müssen.

- Die Urteile vermitteln ferner den Eindruck, dass bei behinderten oder pflegebedürftigen Menschen jede Einschränkung bei der persönlichen Lebensführung als durch die Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit verursacht, bewertet wird und sich die deshalb erforderlichen Hilfen in jedem Fall als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Sinne des SGB IX darstellen. Eine derartige Haltung verkennt, dass Einschränkungen bei der Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben für große Teile der Bevölkerung, die nicht zum Personenkreis der behinderten oder pflegebedürftigen Menschen gehören, Alltag sind, weil ihre Teilhabemöglichkeiten durch die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel beschränkt sind. Bezieher von existenzsichernden Leistungen nach dem SGB II bzw. dem SGB XII sind in dieser Hinsicht auf das soziokulturelle Existenzminimum beschränkt. Bei einem großen Teil der Menschen mit Behinderungen liegt eine vergleichbare finanzielle Situation vor; Teilhabeeinschränkungen ergeben sich deshalb bei ihnen nicht nur durch die Behinderung und deren Folgen, sondern eben auch durch die wirtschaftliche Situation. Für den Ausgleich der durch fehlende oder geringe Mittel hervorgerufenen Einschränkungen am gesellschaftlichen Leben sind nach der Gesamtsystematik des SGB XII aber die Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel bestimmt, während Teilhabeleistungen im Sinne des SGB XII dazu dienen, die behinderungsbedingten Einschränkungen (bzw. Mehraufwendungen) auszugleichen.
- Die Tendenz, die Ermöglichung jeder Form sozialer Interaktion bei wesentlich behinderten Menschen und Pflegebedürftigen zur Teilhabeleistung zu überhöhen, verkennt, dass nicht diese selber Gegenstand der Leistung ist, sondern lediglich die Ermöglichung einer sozialen Interaktion, sofern dafür aus Gründen, die in der Behinderung oder Pflegebedürftigkeit liegen, Hilfen notwendig sind. Die Tatsache, dass eine soziale Interaktion stattfindet, stellt keinen Anknüpfungspunkt für die Abgrenzung zwischen den existenzsichernden Leistungen und den Teilhabeleistungen dar.

(6) Es wird verkannt, dass der klaren systematischen Trennung zwischen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes und fachlichen Maßnahmen ein sozialpolitisches Konzept zugrunde liegt, dass die fachliche Forderung nach einer Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu einer von existenzsichernden Leistungen unabhängigen und getrennten Hilfe umsetzen soll. Das in der Vergangenheit geltende Konzept, dass die Organisation der Leistungserbringung auch die Leistungsart bestimmt, ist damit aufgegeben worden.

(7) Das BSG geht offenbar bei Eingliederungshilfeleistungen gedanklich nicht von dem die Sozialhilfe prägenden Fürsorgeprinzip aus, sondern verortet sie eher zu dem das Versorgungsrecht prägenden Prinzip des Nachteilsausgleichs. Die sozialpolitische und fachliche Entwicklung, Menschen mit Behinderungen nicht nur rechtlich sondern auch bei der Leistungserbringung aus der Situation eines passiv konsumierenden Objektes zum aktiv handelnden und selbstbestimmenden Subjekt zu lösen, wird damit nicht erreicht.

(8) Die Feststellung des BSG das Mittagessen sei integraler Bestandteil der Leistungen der WfbM, führt nämlich bei konsequenter Bewertung zu dem Ergebnis, dass Beschäftigte einer WfbM nicht selbst bestimmen können, ob sie diese (Teil-) Leistung in Anspruch nehmen oder nicht. Als integraler Bestandteil ist sie für die mit der Hilfe angestrebten Ziele unverzichtbar. Wird sie nicht in Anspruch genommen, gefährdet dies den Erfolg der Hilfe, der Leistungsberechtigte verletzt seine Pflicht zur Selbsthilfe. Mit der fachlichen Forderung nach einem selbstbestimmten und selbstverantworteten Leben des behinderten Menschen lässt sich deshalb die zitierte Feststellung nicht vereinbaren.

(9) Schließlich ist noch anzumerken, dass durch die Entscheidung zunächst einmal die Möglichkeit einer doppelten Bedarfsdeckung durch Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes und den fachlichen Leistungen der Eingliederungshilfe dem Grunde nach erzwungen wird und nur mit erheblichen Verwaltungsaufwänden wieder beseitigt werden kann, weil nach der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 11.12.2007 eine pauschalierte Absenkung des Regelbedarfs nicht zulässig sein soll, sondern lediglich die in jedem Bedarfszeitraum tatsächlich eingetretenen Einsparungen durch das kostenfreie Mittagessen zugrunde zu legen sind. Dies erfordert einen hohen Ermittlungsaufwand und eine ständige Anpassung der Bescheide, weil erst nachträglich festgestellt werden kann, ob und wie oft ein Beschäftigter an dem Mittagessen in der WfbM teilgenommen hat. Die vom Gesetzgeber vorgenommene systematische Trennung zwischen den existenzsichernden Leistungen und den fachlichen Leistungen würde dagegen zwangsläufig zu einer praxisgerechteren und der Lebenserfahrung der betroffenen Menschen näher liegenden Lösung führen, dass sie die Leistungen zur materiellen Existenzsicherung in voller Höhe erhielten und – wie Menschen ohne Behinderung – die Leistung „Mittagessen“, wenn sie denn in Anspruch nehmen, aus diesen Einkünften bezahlen. Gegenüber WfbM-Besucher, denen, insbesondere in der eigenen Häuslichkeit, keine Grundsicherung gewährt wird, erfolgt eine Ungleichbehandlung.

Letztlich verbleibt auch kein Anwendungsbereich für die Vorschrift des § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 und Satz 4 SGB XII, bei der von der Existenz von Lebensunterhaltsleistungen in der WfbM ausgegangen wird.

3. BSG vom 18.03.2008 - B 8/9b SO 9/06 R, Verwertung von Bestattungsvorsorgeverträgen/Härteregelung

Verfasser: Herr Turan

(1) Das BSG geht davon aus, dass Vermögen aus einem angemessenen Bestattungsvorsorgevertrag bei der Gewährung von Sozialhilfe nicht zu berücksichtigen ist; seine Verwertung stelle eine Härte dar, es sei denn, das Vermögen werde in der Absicht gemindert, die Voraussetzungen für die Gewährung der Sozialhilfe herbeizuführen.

Bewertung:

(2) Das vorliegende Urteil des BSG ist in der Praxis nur schwer umsetzbar. Zum einen findet sich für die vom BSG vorgenommene Differenzierung nach Fallgruppen (grob fahrlässige bzw. vorsätzliche absichtliche Herbeiführung der Sozialhilfebedürftigkeit) im SGB XII keine wirkliche Stütze. Zum anderen kann in der Praxis der Nachweis einer „absichtlichen“ Herbeiführung der Sozialhilfebedürftigkeit, sollte dieser Sachverhalt in der Praxis tatsächlich vorkommen, kaum erfolgreich geführt werden. Das vorliegende Urteil des BSG bewirkt in der Praxis, dass Bestattungsvorsorgeverträge faktisch immer zu berücksichtigen sein werden und die Fallgruppe der mit „absichtlich“ handelnden Leistungsberechtigten praktisch nicht anzutreffen bzw. nachzuweisen sein wird. Die Differenzierung würde damit praktisch ins Leere laufen und die Rechtswirklichkeit nicht annähernd abbilden.

(3) Zudem ist die Regelung des § 90 Abs. 3 SGB XII eine Ausnahmenvorschrift und eher auf unvorhersehbare atypische Sachverhalte beschränkt. Die Regelung muss daher eng ausgelegt werden und darf im Ergebnis nicht als „Einfallstor“ dafür herangezogen werden, dass die gesetzgeberischen Grundwertungen und Zielvorstellungen nach § 90 Abs. 2 SGB XII umgangen werden. Der Bestattungsvorsorgevertrag kann nicht als ein atypischer Sachverhalt angesehen werden, der dem Gesetzgeber unbekannt gewesen wäre. Hierzu Regelungen zu treffen, wäre Aufgabe des Gesetzgebers. Wenn dieser aber hierzu keine Regelungen trifft, kann auch nicht von einer unbewussten Regelungslücke ausgegangen werden, die im Wege der - sehr weiten - Auslegung des geltenden Rechts geschlossen werden kann.

4. BSG vom 17.06.2008 - B 8 AY 5/07 R,
Verwaltungsakte mit Dauerwirkung in der Sozialhilfe

aus der 1. AG – Stellungnahme

Sachstand

(1) Die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung hat in der Vergangenheit aus dem Grundsatz „Keine Sozialhilfe als Dauerleistung - keine rentengleiche Leistung“ gefolgert, dass die Bewilligung von Sozialhilfeleistungen nicht durch Dauerverwaltungsakte erfolgt, sodass die Norm des § 48 SGB X (Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse) nicht zum Tragen gekommen ist. Auch mit diesem Grundsatz bricht das BSG, weil es an einer normativen Absicherung dieses Grundsatzes fehle. Er werde gerade bei der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe, aber auch bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung der Rechtswirklichkeit nicht gerecht. Es ist nunmehr darauf abzustellen, wie der Leistungsträger dem Leistungsberechtigten die Leistungen im Einzelfall bewilligt hat. Deshalb war nach Auffassung des BSG in der Vergangenheit in vielen streitigen Fällen von Bewilligungsbescheiden mit Dauerwirkung auszugehen und bei Änderung der Verhältnisse § 48 SGB X anzuwenden.

(2) Gleiches gilt, wenn wie früher üblich Leistungen „bis auf weiteres“ oder mit automatischer Verlängerung bewilligt wurden. Allerdings wird im Urteil darauf verwiesen, dass angesichts der Ziele, die mit der Eingliederungshilfe verfolgt werden, auch in der Praxis eine Abkehr von einer Dauerleistung eingetreten ist.

(3) Aus Westfalen-Lippe wird z.B. berichtet, dass man als Konsequenz eine auflösende Bedingung in den Bewilligungsbescheid aufgenommen hat, die hinreichend bestimmt sein muss. Wie diese von den Sozialgerichten bewertet wird, bleibt abzuwarten. Sicher scheint nur die Befristung zu sein.

Bewertung

(4) Es handelt sich nicht um ein zwingendes Strukturprinzip, sondern die eintretende Rechtsfolge kann durch die Tenorierung des Kostenanerkennnisses gestaltet bzw. vermieden werden.

(5) Die Anwendung des § 44 SGB X bedeutet die Abkehr vom Bedarfsdeckungsprinzip. Dadurch erhalten die Leistungen den Charakter des Entschädigungsrechts, dass dem Fürsorgerecht (BSHG, SGB XII) jedoch fremd ist.

(6) Die Anwendung des § 44 SGB X ist für die BAGüS allenfalls denkbar, wenn der Bedarf rechtswidrig abgelehnt wurde, die Leistung aber erbracht worden ist.

(7) Zu bestreiten ist auch die Meinung, dass es allein wegen Art oder Schwere einer Behinderung schon geboten sei, von einer Dauerleistung auszugehen. Auch bei einem dauerhaften Sozialhilfebedarf ändern sich Bedarf, Fördermaßnahmen und die Ziele der Leistungen regelmäßig.

5. BSG vom 25.06.2008B 11b AS 19/07 R
Zuständigkeitsklärung

aus der 1. AG – Stellungnahme (modifiziert, Verfasser Herr Krömer)

Sachstand

(1) Das BSG hat in mittlerweile zahlreichen Entscheidungen eine Reihe von Grundsätzen zur Anwendung des § 14 SGB IX aufgestellt, die weitgehend zur Rechtsklarheit für die Reha-Träger geführt haben.

(2) Es betont das Außenverhältnis der Reha-Träger gegenüber dem Leistungsberechtigten, in dem eine Zuständigkeit begründet wird, die umfassende Prüfungs- und Beteiligungspflichten auslöst und Rechtsgrund der Leistungsgewährung ist. Nach § 14 SGB IX hat der danach zuständige Träger – unabhängig davon, an wen der Antrag gerichtet war – umfassend alle Vorschriften, die Teilhabeleistungen zum Inhalt haben, daraufhin zu überprüfen, ob dem Anliegen des Antragstellers entsprochen werden kann. Dies gilt auch für solche Leistungen bzw. Anspruchsgrundlagen, für die er an sich materiell nicht zuständig ist. Der zuständig gewordene Leistungsträger hat alle verfahrensrechtlichen Pflichten, die das SGB IX vorsieht, u.a. die umfassende Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe sowie zur Kooperation und Koordination nach §§ 8, 10-12 SGB IX zu beachten. Dies gilt sowohl für den erst angegangenen Reha-Träger, wenn ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb von zwei Wochen an einen anderen Träger weitergeleitet worden ist, als auch für den zweit angegangenen Träger, der nicht nochmals weiterleiten darf.

(3) Die Fristen des § 14 sind strikt anzuwenden und lösen die genannten Rechtsfolgen aus. In Fällen des § 14 findet § 43 SGB I keine Anwendung.

(4) Korrekturen der Leistungserbringung durch den unzuständigen Träger erfolgen im Innenverhältnis der Reha-Träger untereinander über den in § 14 Abs. 4 S.1 SGB IX speziell für den zweit angegangenen Träger geregelten Erstattungsanspruch und für den erst angegangenen Träger über die Kostenerstattungsregelungen nach §§ 102 ff. SGB X³.

(5) Der erst angegangene Träger hat immer einen Erstattungsanspruch, wenn

- während der Prüfung Zweifel an seiner Zuständigkeit bestehen, er gleichwohl nicht an einen anderen Reha-Träger weiterleitet; das gleiche gilt, wenn er innerhalb der Frist überhaupt nicht bzw. nicht abschließend prüft, oder
- er etwa irrtümlich zunächst von der eigenen Zuständigkeit ausgeht, sich im Nachhinein aber die Zuständigkeit eines anderen Reha-Träger herausstellt.

(6) Ein Erstattungsanspruch besteht nur dann nicht, wenn der erstangegangene Reha-Träger Leistungen erbringt, obwohl er innerhalb der Frist positiv festgestellt hat, dass er nicht zuständig ist, sich also in die Leistungszuständigkeit eines anderen Trägers „drängt“.

(7) Verweigert ein Reha-Träger die Annahme eines innerhalb der gesetzlichen Frist weitergeleiteten Antrages (worüber aus der Praxis immer wieder berichtet wird), kann der erst angegangene Träger die Leistungen aufgrund der Zuständigkeit im Außenverhältnis erbringen und hat dann einen Erstattungsanspruch, obwohl er sich nicht für zuständig erachtet. In diesen Fällen sollte den Antragstellern empfohlen werden, einen Eilantrag beim zuständigen Sozialgericht zu stellen, es sei denn, im jeweiligen Einzelfall ist ein vorläufiges Eintreten geboten.

(8) Unklar ist noch, wann die Frist beginnt, wenn die Leistungen nachfragende Person noch Unterlagen beibringen muss. In der Sozialhilfe kommt es im Übrigen nicht auf die Antragstellung, sondern auf die Kenntnis des Bedarfs an.

(9) Hinsichtlich des Verhältnisses zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe ist geklärt, dass § 14 SGB IX grundsätzlich anwendbar ist. Dies gilt jedoch nicht, wenn der örtliche Träger als Antrag annehmende Stelle in einem festgelegten Verfahren (z.B. durch das Ausführungsgesetz oder eine Satzung des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe) beauftragt ist und die Zuständigkeit zwischen diesen nicht streitig ist⁴.

Bewertung

(10) Aus Sicht der BAGüS überwinden die vom BSG aufgestellten Grundsätze im Außenverhältnis Nachteile des gegliederten Sozialleistungssystems und sind insoweit im Sinne der

³ BSG, Urteile vom 28.11.2007 (11a AL 29/06 R) und 26.6.2007 (B 1 KR 34/06 R)

⁴ BSG. Urteil vom 28.11.2007 (11a AL 29/06 R)

betroffenen Menschen. Bei konsequenter Beachtung wird die Leistungserbringung beschleunigt und der Betroffene muss nicht selbst herausfinden, wer für die von ihm begehrte Leistung zuständig ist. Allerdings müssen sich die Sozialhilfeträger – wie auch alle anderen Reha-Träger – auf die Notwendigkeit, auch Leistungen aus anderen Rechtsgebieten prüfen und erbringen zu müssen, einstellen und vorbereiten. Dies ist für die tägliche Sachbearbeitung eine schwierige und nur mit erheblichem Aufwand umzusetzende Vorgabe, die die Praxis vor große – nahezu unüberwindliche - Umsetzungsprobleme stellt.

Gemeinsame Empfehlungen nach § 13 SGB IX:

(11) Die BAGüS stellt fest, dass die gem. Empfehlungen zu § 14 SGB IX in der Praxis nach wie vor kaum Bedeutung erlangt haben. Sie sind nicht mehr auf dem aktuellen Stand der Rechtsprechung; ihre Aktualisierung wird derzeit intensiv beraten. Gleichwohl sind sie für die Reha-Träger (bis auf Sozial- und Jugendhilfe) mit der Unterzeichnung verbindlich. Sozial- und Jugendhilfeträger können ihnen beitreten oder sie anwenden.

(12) Sie dienen der Praxisvereinfachung und sollen Streitvermeidend wirken. Dazu ist es aber erforderlich, dass in Streitfällen geprüft wird, ob der streitige Sachverhalt in der gem. Empfehlung geregelt ist. In diesen Fällen sollten die Sozialhilfeträger den für zuständig erachteten Reha-Träger auf die entsprechenden Regelungen hinweisen und auffordern, danach zu verfahren. Außerdem wird die BAGüS auf der Ebene der BAR auf praktische Umsetzungsprobleme im Einzelfall hinweisen.

(13) Die Sozialgerichtsbarkeit hat sich bisher noch nicht mit der Frage befasst, wie zu verfahren ist, wenn ein Vereinbarungspartner die für ihn mit der Unterschrift verbindliche Gemeinsame Empfehlung missachtet. Eine die Anwendung der Gemeinsamen Empfehlungen der BAR „stützende“ Rechtsprechung könnte für die Verwaltungspraxis und für die Bedeutung der Gemeinsamen Empfehlungen hilfreich sein.

6. BSG vom 28.10.2008 - B 8 SO 22/07 R, Sachleistungsprinzip in der Sozialhilfe

aus der 1. AG – Stellungnahme (modifiziert, Verfasser: Herr Turan)

Sachstand

(1) Das BSG hat – ohne nachvollziehbar erkennbare Gründe und entgegen der herrschenden Meinung in der Literatur – die Rechtsprechung des BVerwG aufgegeben, dass Sozialhilfeleistungen in Einrichtungen Geldleistungen sind. Die „Übernahme“ der Unterbringungskosten bedeute, so das BSG, damit eine Schuldübernahme in Form eines Schuldbeitritts (kumulative Schuldübernahme) durch Verwaltungsakt mit Drittwirkung. Der Schuldbeitritt habe dann einen unmittelbaren Zahlungsanspruch der Einrichtung gegen den Sozialhilfeträger, als auch einen Anspruch der leistungsberechtigten Person gegen den Sozialhilfeträger auf Zahlung an die Einrichtung zur Folge. Der Sozialhilfeträger tritt auf diese Weise als Gesamtschuldner in Höhe der bewilligten Leistungen an die Seite des Sozialhilfeempfängers⁵. Die Zuordnung bestimmter Leistungen der Sozialhilfe zu den Sachleistungen, wenn die Leistungen durch Dienste oder Einrichtungen erbracht werden, hat gravierende Auswirkungen auf die Sozialhilfe. Insofern teilt die BAGüS nicht die Auffassung des BSG, dass dies aus der derzeitigen Praxis ableitbar sei und sich daher für die Praxis nichts ändere. Unverändert bleiben allenfalls die Zahlungsflüsse.

(2) Das vom BSG festgelegte Prinzip des Schuldbeitritts bedeutet, dass erst mit der Bescheiderteilung an den Leistungsberechtigten (und erfolgter Aufnahme mit abgeschlossenem Heimvertrag) ein eigener unmittelbarer Zahlungsanspruch der Einrichtungen und Dienste gegen den Sozialhilfeträger entsteht, den es bisher nicht gab. Damit einhergehend

⁵ vgl. Urteil des BSG vom 28.10.2008 (B 8 SO 22/07 R – Rn. 25)

gibt es eine Veränderung der rechtlichen Stellung des behinderten Menschen. Die Folgen des Schuldbeitritts treten aber erst mit dem Erlass des Verwaltungsbescheides ein; also wenn unstreitig ist, dass der behinderte Mensch einen Anspruch auf Leistungen hat und dieser Anspruch durch Erlass eines Bewilligungsbescheides festgestellt wurde. Das bedeutet, dass Einrichtungen und Dienste bei streitigem Anspruch nicht selbst klagen können.

(3) Leistungen, die der Höhe nach strittig sind (Höhe von Vergütungen) sind jetzt nur noch zwischen der Sozialhilfe und dem Leistungserbringer zu klären, da der behinderte Mensch die notwendige Leistung erhalten hat (seine Aktivlegitimation ist eingeschränkt).

(4) Ist die Höhe der Leistungen streitig, ist nunmehr die Beiladung des Leistungserbringers im Klageverfahren notwendig. Beim Streit über den Anspruch dem Grunde nach besteht hinsichtlich der Beteiligung kein Einvernehmen.

Bewertung

(5) Hinsichtlich der praktischen Auswirkungen werden Vorteile darin gesehen, dass Rückforderungen gegen Einrichtungen und Dienste jetzt einfacher durchsetzbar sind (Rückabwicklung von Überzahlungen aus dem „neuen“ Schuldverhältnis). Die AG sieht die Rechtsprechung des BSG ansonsten kritisch, da es Unterschiede zwischen der Sozialhilfe (Nachrang, fachliche Zielrichtung, ev. Darlehensgewährung) und dem Sachleistungsprinzip der anderen Reha-Träger gibt. Die Rechtsprechung ändert ein fachliches Strukturprinzip der Sozialhilfe und das sozialhilferechtliche Dreiecksverhältnis. Das Sozialhilferechtliche Dreiecksverhältnis war in der bisherigen Rechtspraxis bislang unstreitig. Obwohl dem Gesetzgeber die Rspr. des BVerwG bekannt war, hat dieser bei der Einführung des SGB XII eine Klarstellung bzw. Änderung der bis dahin geltenden Regelungen nicht vorgenommen bzw. für nicht notwendig erachtet. Dieser Umstand spricht eher dafür, dass der Gesetzgeber selbst vom „sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnis“ ausgegangen ist.

(6) Das Strukturprinzip wirkt strikt; durch anderes Verwaltungshandeln (z.B. Bezeichnung der Leistung als Geldleistung) kann der Geldleistungsanspruch nicht entgegen der Rechtsprechung des BSG wieder eingeführt werden.

(7) Durch die BSG-Rechtsprechung wird der im SGB XII geltende (fachliche) Vorrang der Geldleistungen unterlaufen und damit der Freiraum behinderter Menschen auf Selbstgestaltung eingeengt.

(8) Die Urteilsgründe (Rn. 16-18, 26) legen nahe, dass in allen Fällen, in denen Leistungen durch Leistungserbringer ausgeführt werden, mit denen Vereinbarungen nach §§ 75 ff. SGB XII abgeschlossen sind, unabhängig davon, ob es sich um Hilfe in Einrichtungen handelt oder die Leistung ambulant durch einen Dienst erbracht wird, kein Geldleistungs- sondern nur ein Sachleistungsveranschaffungsanspruch besteht (zum Geltungsbereich von §§ 75 ff SGB XII s. § 75 Abs. 1 Satz 1). Geldleistungen wären bei den Leistungen nach dem Fünften bis Achten Kapitel des SGB XII damit entgegen § 10 Abs. 3 SGB XII nur noch ausnahmsweise möglich.

(9) Der Gesetzgeber hat mit der Regelung des § 10 Abs. 3 SGB XII den Vorrang der Geldleistung vor der Sachleistung festgelegt. Die Vorstellung des Gesetzgebers ist eindeutig und lässt Interpretationsversuchen keinen Raum. Das vom BSG unterstellte Prinzip der Sachleistungsveranschaffung ist mit der Vorschrift des § 10 Abs. 3 SGB XII nicht in Einklang zu bringen. Nach § 10 Abs. 3 SGB XII dürfen Sachleistungen nur erbracht werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt oder die Sachleistung das Ziel der Sozialhilfe erheblich besser oder wirtschaftlicher erreichen kann oder die Leistungsberechtigten dies wünschen. Dass diese Voraussetzungen erfüllt sind, leitet das BSG aus der Behauptung ab, nur die Sachleistung stelle sicher, dass die Sozialhilfeleistung tatsächlich dem vorgesehenen Zweck entsprechend der Einrichtung zugeführt werde. Die zugrunde liegende Annahme, bei der Gewährung von Geldleistungen werde die für die Einrichtung bestimmte Leistung zweckent-

fremdet, ist nicht belegt. Das BSG verkennt auch die tatsächliche Praxis. Seine Argumentation rechtfertigt nicht, dass es ohne Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles für die stationären Leistungen und damit für eine große Gruppe von Leistungsberechtigten pauschal das vom Gesetzgeber in § 10 Abs.3 SGB XII vorgegebene Regel-/ Ausnahmeverhältnis außer Kraft setzt.

(10) Weiterhin hat der Gesetzgeber in § 57 SGB XII i.V.m. §§ 17,159 SGB IX geregelt, dass Leistungsberechtigte Leistungen der Eingliederungshilfe auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erhalten kann. Das persönliche Budget ist keine Sach-, sondern eine Geldleistung. Dort geht es gerade darum, dass der Leistungsberechtigte mittels Geldleistung in die Lage versetzt werden soll, eigenverantwortlich die für ihn notwendigen Leistungen einzukaufen. Dies steht zudem im Zusammenhang mit dem allseits beschriebenen Paradigmenwechsel in der Eingliederungshilfe: Weg von einer rein vor- und fürsorgenden Haltung der Sozialhilfeträger hin zu einem, wo immer es geht, möglichst selbstbestimmten, wirklich an der Gesellschaft teilhabenden Leben der Leistungsberechtigten. Das Prinzip der Sachleistungsverschaffung ist hiermit nicht vereinbar und stärkt einseitig allenfalls die wirtschaftliche Position der Einrichtungen. Damit wird in der Praxis die einrichtungszentrierte Abhängigkeit der Leistungsberechtigten faktisch verfestigt. Aktivitäten der Sozialhilfeträger, mit denen grundlegende Ziele der Behindertenpolitik erreicht werden sollen, werden zumindest erheblich erschwert, wie z.B.

- die Aufgabe der Unterscheidung in ambulant, teilstationär, stationär,
- eine höhere Differenzierung bzw. Modularisierung der Leistungen,
- die Trennung zwischen fachlichen Hilfen und Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts,
- eine stärkere Personenzentrierung und
- die Weiterentwicklung und der Ausbau des Persönlichen Budgets.

(11) In der Sozialhilfe gilt grundsätzlich das Nettoprinzip, im Sachleistungsbereich gilt bei den übrigen Rehabilitationsleistungen i.d.R. das Bruttoprinzip, welches dann auch in der Sozialhilfe angewandt werden müsste. Dies widerspricht aber den Prinzipien des Sozialhilferechts.

(12) Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass das Konstrukt des Schuldbeitritts nicht praxistauglich ist und zu Rechtsunsicherheit führt. Zum einen ist der Schuldbeitritt ein atypischer Vertrag und gesetzlich nicht geregelt. Zum anderen ist es ungeklärt, welche weiteren Folgen sich aus diesem Schuldbeitritt – außer dass der Einrichtungsträger nunmehr Gläubiger des Sozialhilfeträgers wird - ergeben sollen. Unklar ist z.B. ob dem Sozialhilfeträger zivilrechtlichen Wirkungen aus den §§ 422 ff. BGB ebenfalls zustehen. Welche rechtlichen Konsequenzen ergeben sich, wenn Leistungsstörungen im Verhältnis des Leistungsberechtigten auftreten? Welche Folgen ergeben sich, wenn Bewilligungsbescheide aufgehoben werden und zu Unrecht erbrachte Sozialhilfeleistungen zu erstatten sind? Kann in diesem Fall, die Einrichtung umgekehrt auch als Gesamtschuldner des Rückforderungsanspruchs nach § 50 SGB X herangezogen werden?

(13) Für die Konstruktion des Schuldbeitritts ist eine gesetzliche Grundlage im SGB XII nicht vorhanden. Die Auslegungsversuche des BSG sind nicht überzeugend. Sozialhilfeleistungen dienen der individuellen Bedarfsdeckung und sind vom Einkommens- und Vermögenseinsatz abhängig. Die Leistungssystematik des SGB XII ist mit den Leistungssystemen der Sozialversicherungsträger nicht vergleichbar, da diese Versicherungsleistungen an gesetzlich versicherte Mitglieder zu erbringen haben. Sozialhilfe wird dagegen grundsätzlich als Nettoleistung und bedarfsabhängig erbracht. Nur unter besonderen Voraussetzungen werden Leistungen als erweiterte bzw. unechte Sozialhilfe im Rahmen des § 19 Abs.5 SGB XII oder als Darlehen gewährt. Unklar bleibt, ob der vom BSG fingierte Schuldbeitritt auch in diesen Fallkonstellationen zum Tragen kommen soll. Der Sozialhilfeträger hat nach dieser Entscheidung im Ergebnis faktisch die Funktion eines Ausfallbürgen für privatrechtliche Ansprüche der Einrichtung zu übernehmen. Die Vorschriften des SGB XII bieten dafür aber keine Grundlage.

(14) Der Gesetzgeber wäre gefordert, gegenzusteuern bzw. für eine klare Rechtslage im Sinne des gewünschten Paradigmenwechsels zu sorgen.

7. BSG vom 28.10.2008 - B 8 SO 33/07 R,
Leistungen für Bewohner stationärer Eingliederungshilfe aus Anlass des Besuches von Angehörigen

Ausführungen s. unter 2.

8. BSG vom 09.02.2008 - B 8/9b SO 10/07 R,
Lebensunterhalt als Eingliederungshilfeleistungen

aktuell: siehe Ausführungen s. unter 2.

9. BSG vom 29.01.2009 - B 3 P 6/08 R u. a vom 17.12.2009 – B 3 P 3/08 R und vom 25.11.2010 - B 3 KR 1/10 R Ermittlung von Pflegesätzen, externer Vergleich

Verfasser: Herr Rabe

Sachstand

(1) Das BSG betont eingangs seiner Entscheidungen vom 29.01.2009, dass das Vergütungsregime des SGB XI nach dem Willen des Gesetzgebers vom Preiswettbewerb und einem offenen Marktzugang geprägt ist, der z.B. durch eine Leistungs- und Preisvergleichsliste gestärkt werde. In einer Wettbewerbssituation werden die Leistungen aus eigenem Interesse möglichst kostengünstig angeboten.

(2) Zur gesetzlichen Entstehungsgeschichte wird die „leistungsgerechte Vergütung“ und das „angemessene Entgelt“ herausgestellt und die klare Absage an jegliche Form der Kostenerstattung bekräftigt, da sich das Kostendeckungsprinzip nicht bewährt habe und eine grundsätzliche Fehlsteuerung bewirkt habe.

(3) Das BSG gibt Einschätzungen zur Entwicklung wider, insbesondere im Nachgang zu seiner Rechtsprechung vom 14.12.2000. Kritisiert werde in der Literatur, dass keine Marktbedingungen herrschten. Der Gesetzgeber habe mit dem PfWG der Orientierung an durchschnittlichen Vergütungen entgegenwirken wollen, da diese dem Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung zuwider laufe und zudem Kosten treibend sei. Die Erwartungen an ein wettbewerbsorientiertes Leistungserbringungsrecht hätten sich nicht wie gewünscht bestätigt.

(4) Die Schiedsstelle trage die Verantwortung für eine kostengünstige Leistungserbringung. Beim Ausgleich der Interessen an einer angemessenen Vergütung sind die Belastungen der Solidargemeinschaft, der Heimbewohner und der Sozialhilfeträger zu sehen. Eine pauschale Anhebung ist nicht möglich. Auch die Vertragsparteien sind nicht frei in der Entscheidung, ob die wirtschaftliche Angemessenheit überprüft und ein Fremdvergleich durchgeführt wird.

(5) Weiterhin bilden Gestehungskosten allein keine Grundlage und Ansprüche nach einem reinen Selbstkostendeckungsprinzip bestehen nicht. Der generalisierte Maßstab und der Leistungsbezug werden betont.

(6) In einem „neuen“ zusätzlichen ersten Schritt müssen die voraussichtlichen Gestehungskosten der Einrichtung so nachvollziehbar und plausibel durch konkrete Fakten dargelegt werden, dass sie die Kostenstruktur erkennen und eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulassen. Reine Marktpreise können nicht mehr durchgesetzt werden. Die Plausibilitätsprüfung könne, soweit zur Beurteilung erforderlich, von den Angaben zu Stellenbesetzungen und Eingruppierungen bis zu pflegesatzerheblichen Auskünften zum Jahresabschluss gehen. Dies bezieht sich hinsichtlich der Antragswerte sowohl auf die Kos-

ten der Vergangenheit als Basis als auch auf die prognostische Entwicklung der voraussichtlichen Gesteungskosten.

(7) Im zweiten Schritt rechtfertigen auch nachvollziehbare prognostische Gesteungskosten Pflegesätze nur, soweit sie dem Vergütungsvergleich mit anderen Einrichtungen standhalten und sich insoweit als leistungsgerecht erweisen. Einerseits seien die Einhaltung der Tarifbindung und die Zahlung ortsüblicher Gehälter immer wirtschaftlich angemessen, andererseits sei die Obergrenze der Vergütungsforderung das Maß des auch im Vergleich mit der Vergütung anderer Einrichtungen wirtschaftlich Angemessenen. Die Methode der Wahl zur Beurteilung der Leistungsgerechtigkeit ist weiterhin der externe Vergleich mit anderen Einrichtungen. Es ist nicht Ersatz, sondern Grundlage der Angemessenheitsbewertung.

(8) Niedrigste bzw. Pflegesätze im unteren Drittel der Bandbreite, also nicht in der unteren Hälfte (Durchschnitt), sind bei entsprechender Plausibilisierung regelmäßig als leistungsgerecht anzusehen. Über dem unteren Drittel können Besonderheiten und auch die Einhaltung einer Tarifbindung, die stets den Grundsätzen einer wirtschaftlichen Betriebsführung genüge, einen höheren Pflegesatz rechtfertigen. Abgeleitet wird dies aus § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2, wonach die Pflegeeinrichtungen ihren Beschäftigten ortsübliche Arbeitsvergütungen zahlen müssen.

(9) Entscheidend kommt es in der Gesamtbewertung darauf an, ob der von der Einrichtung geforderte Vergütungssatz im Vergleich mit günstigeren Pflegesätzen und Entgelten anderer Einrichtungen im Hinblick auf die Leistungen der Einrichtungen und die Gründe für ihren höheren Kostenaufwand (dennoch) als insgesamt angemessen und deshalb leistungsgerecht anzusehen ist.

(9a) In seiner Entscheidung vom 25.11.2010 - B 3 KR 1/10 R (Rn. 40 und 41), die zwar zum Krankenversicherungsrecht ergangen ist, aber aufgrund entsprechender Bezüge in den Aussagen zur Ermittlung von Vergütungen auf das SGB XI übertragbar ist, hat das BSG nochmals die Gründe einer leistungsgerechten Vergütung herausgestellt. Danach soll den Arbeitnehmern ein ihren Leistungen angemessenes Arbeitsentgelt gewährleistet werden, verhindert werden, dass der „Preiskampf“ zu einer Absenkung der Entgelte der Pflegekräfte Richtung Mindestlohn und der Qualität der Leistungen führt und der Anreiz zur Tariffucht und zum Ausweichen auf Leiharbeit, Outsourcing und andere die Stammbeschaft nachteilige Maßnahmen verringert werden.

(9b)

Gleichzeitig hat das BSG zur Auswirkung der Tarifbindung seine Aussage, die Einhaltung der Tarifbindung und die Zahlung ortsüblicher Gehälter seien dabei immer als wirtschaftlich angemessen zu werten relativiert. Eine Grenze des Grundsatzes, dass die Wahrung der Tarifbindung der Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung nicht entgegensteht ist dort zu ziehen, wo im Einzelfall die Höhe der tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen die von anderen Einrichtungsträgern gezahlten Arbeitsentgelte deutlich übersteigt und es hierfür am Markt keine sachlichen Gründe gibt. Ein Grund kann z.B. in einem Nachholbedarf an Gehaltshöhe im Vergleich zu anderen bestehen, um der Abwerbung durch die Konkurrenz vorzubeugen. Ohne einen solchen Grund, sind die Leistungsträger und die Schiedsstelle nicht gehalten, die Tarifverträge in voller Höhe in den Pflegesätzen zu berücksichtigen. Einen „Freibrief“ der Tarifpartner, jedwede Tarifierhöhung zu Lasten der Versicherten und der Leistungsträger zu vereinbaren, gibt es nicht.

Bewertung

(10) Zunächst ist festzuhalten, dass sich der 3. Senat ausführlich mit der sehr komplexen Materie auseinandergesetzt und eine Reihe von Fragen beantwortet hat. Allerdings konnten entgegen den Annahmen in der Entscheidung viele Fragen bereits in der Praxis geklärt werden, wo-

durch die Kritik aus den Jahren nach der Entscheidung vom 14.12.2000 häufig überholt war. Noch haben die neuen Anforderungen bzw. Aussagen nicht zu einer Befriedung beigetragen; vielmehr ist der Streit aufgrund unterschiedlicher Interpretationen neu entflammt, was die hohe Anzahl anhängiger Schiedsstellen- und Klageverfahren belegt.

(11) Positiv ist, dass durch voraussichtliche Gestehungskosten nicht gerechtfertigte reine Marktpreise grundsätzlich keine Berechtigung haben. Die Gesellschaft kann also nicht mit unnötigen Kalkulationszuschlägen belastet werden. Allein die Ansiedelung des begehrten Marktpreises in der Bandbreite der Vergütungen reicht zur Vereinbarungsfähigkeit nicht aus. Als neue Anforderung ist daher in einem zusätzlichen Schritt die Plausibilität der Antragswerte unter Nachweis der voraussichtlichen Gestehungskosten zu prüfen. Teilweise geschah dies zumindest intern auch bislang seitens der Leistungsträger.

(12) Die Einschätzung, dass eine Orientierung an Durchschnittswerten insgesamt eine Steigerung der Vergütungen bewirkt habe, kann in der Praxis allerdings nicht bestätigt werden. Die Vorstellung, dass in großer Zahl bislang sehr günstige Anbieter nun mindestens eine durchschnittliche Vergütung anstreben, trifft nicht zu. Insoweit entspricht die Gewichtung der Entscheidung, die sich über mehrere Seiten mit dem unteren Drittel des Preissegments befasst, nicht den praktischen Bedürfnissen. Die Herleitung aus dem Preisregelungssystem für Arzneimittel ist wenig nachvollziehbar. Schiedsstellenverfahren werden weiterhin fast ausschließlich und wiederkehrend mit den hochpreisigen Einrichtungen im obersten Drittel geführt, die in der Regel Vergütungen beantragen, die über die bisherige Bandbreite hinausgehen.

(13) Eine Vergütungsspirale nach unten kann aus der Entwicklung der Pflegesätze nicht abgeleitet werden. Die höchste Vergütung der Bandbreite stellte auch bislang keine absolute und anhaltende Begrenzung dar.

(14) In Regionen, in denen Markt herrscht bzw. ein Überangebot besteht und eine Auslastung nicht mehr selbstverständlich ist, können hingegen höhere Pflegesätze nicht ohne weiteres umgesetzt werden. Dies schlägt sich positiv auf die Vergütungsverhandlungen nieder.

(15) Die Plausibilitätsprüfung ist sehr aufwendig und meist streitbefangen. Zunächst lassen sich aus einer Tarifbindung die unterschiedlichsten Personalkostenbudgets, insbesondere für einen prospektiven Zeitraum ableiten (z.B. Tarifentwicklung mit Öffnungsklausel oder Gewinnbeteiligungen, Personalwechsel oder Neueinstellungen). Darüber hinaus fehlt einer reinen Überprüfung der tarifrechtlich korrekten Eingruppierung auch der Leistungsbezug. Bei gleicher Qualifikation des Personals bzw. Leistung kann aus einer bestimmten Tarifbindung keine höhere oder niedrigere Qualität der Leistung abgeleitet werden.

(16) Die Plausibilitätsprüfung verlangt den Parteien regelmäßig weitergehende Nachfragen und Prüfungen ab. Zweifel über die Wirtschaftlichkeit dürften bei diesen Anforderungen in aller Regel bestehen, so dass die Prüfungsschritte regelmäßig durchlaufen werden müssen. Dies ist als Tagesgeschäft quantitativ und qualitativ nur schwer zu leisten und stellt sich bei einem ohnehin durchzuführenden externen Vergleich bei späterer Korrektur häufig als unnötig heraus, was auch von den Verwaltungsgerichten teilweise so gesehen wird⁶.

(17) Ferner bereiten die Ausführungen zur Einhaltung der Tarifbindung fortwährend Schwierigkeiten. Die Aussage, dass diese immer wirtschaftlich seien, wurde in der Verhandlungspraxis fehlinterpretiert. Insbesondere war streitig, ob die Leistungsträger die jeweiligen für die Leistungserbringer geltenden Tarifverträge in der Vergütung im Sinne eines Automatismus eins zu eins umsetzen müssen. Dies stand bereits im Widerspruch zu den richtigen Ausführungen, dass letztlich die Angemessenheitsprüfung unter Beachtung der Vergütungen vergleichbarer Leistungserbringer entscheidend ist (Vgl. § 84 Abs. 2 Satz 7 SGB XI).

⁶ Entbehrlichkeit des internen Vergleichs, BVerwG vom 19.12.2007 - 5 B 110,06; OVG Magdeburg vom 22.06.2006 - 3 L 176/04

Zumindest der Begriff der Angemessenheit wird hier auf unterschiedlichen Ebenen gebraucht. Es muss deutlich getrennt werden zwischen

1. plausibilisierten voraussichtlichen Gestehungskosten mit der Folge der Positionierung innerhalb der Bandbreite und
2. der anschließenden Bewertung der Angemessenheit und Leistungsgerechtigkeit im Rahmen des externen Vergleichs.

(18) Sofern vom BSG der Bezug zur tarifrechtlichen Bindung aus § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI abgeleitet wird, muss zunächst auf das von der Vergütungsfindung zu trennende gesonderte Verfahren zum Abschluss des Versorgungsvertrages hingewiesen werden. Wenn Einrichtungen aus ihrer tariflichen Bindung unangemessen hohe Pflegesätze ableiten, dürften die Arbeitsvergütungen bereits nicht mehr ortsüblich oder das Niveau prägend sein. Die Regelung diene dem berechtigten Ziel, Dumpinglöhne in der Pflege zu verhindern, um die Qualität der Pflege zu sichern. Mittlerweile gilt jedoch ein Mindestlohn in der Pflege, so dass die ohnehin wenig praktikable Regelung überholt ist. Die etwaigen praktischen Folgen eines von den Leistungserbringern häufig angestrebten rein rechnerischen Automatismus ihrer Tarifbindung auf den Charakter des prospektiven Entgelts und die gewollten Marktmechanismen bedürften der neuerlichen richterlichen Betrachtung unter Berücksichtigung der geschichtlichen Sparbemühungen und der besonderen Funktion des Vereinbarungsrechts sowie der Einschätzungsprärogative durch die Schiedsstelle. Dabei muss auch zwischen dem grundgesetzlichen Schutz der Tarifautonomie und der Möglichkeit der Unternehmen, ihre tarifrechtlichen Vereinbarungen am Markt umzusetzen bzw. refinanziert zu bekommen, unterschieden werden. Eine Refinanzierungsgarantie am Pflegemarkt für tarifrechtliche Bindungen über die Pflegesätze, bei der letztlich die Tarifparteien die Höhe der Pflegesätze gestalten, ist dem Gesetz nicht zu entnehmen.

(18a) Aus der Entscheidung wird deutlich, dass die tarifliche Bindung alleine nicht zu deutlich erhöhten Personalkosten und damit Pflegesätzen führen darf, sondern es eines rechtfertigen Grundes bedarf. Damit relativiert das BSG seinen - gemessen an den Interpretationen - zu absolut formulierten Grundsatz, dass die Wahrung der Tarifbindung nie der Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung entgegenstünde bzw. die Einhaltung der Tarifbindung und die Zahlung ortsüblicher Gehälter dabei immer als wirtschaftlich angemessen zu werten sei. Eine automatische Umrechnung von tariflich gebundenen Personalkosten auf die Pflegesätze kommt ohne rechtfertigenden Grund, der begründet dargelegt werden und objektiv vorliegen muss keinesfalls in Betracht. Mit der inhaltlichen Rechtfertigung, die deutlich erhöhte Personalaufwendungen im Spannungsfeld des externen Vergleichs immer noch als angemessen erscheinen lässt und einen Bezug zur Qualität der Leistung aufweist, werden sich die Kostenträger und die Schiedsstelle intensiv zu befassen haben und das Vorliegen eines solchen Grundes positiv feststellen müssen. Die Feststellung eines sachlichen Grundes für die Besonderheit erhöhter Pflegesätze dürfte zu einer Normalisierung der Rechtsanwendung, einer Stärkung des Interessenausgleichs und zu einer höheren Befriedung zwischen den Parteien führen.

(19) Der externe Vergleich sollte zunächst von der Bildung einer Vergleichsgruppe mit vergleichbaren Leistungen geprägt sein. Insbesondere auf eine Tarifbindung kommt es beim Leistungsbezug nicht an. Die vom BSG gewählte Reihenfolge, zuerst leistungsseitig nicht bzw. nur grob zu differenzieren und dann innerhalb der Einrichtungen nach Leistungen bzw. Leistungsbesonderheiten zu unterscheiden, erschwert eine nachvollziehbare Vergütungsfindung. Die Vergleichbarkeit wird immer wieder bestritten und der Ruf nach klaren Vergleichskriterien laut. Es ist kaum zu beurteilen, ob Besonderheiten einen anderen Pflegesatz rechtfertigen und in welcher Höhe. Dieser Ansatz ist auch nicht durch eine Vergleichsregion gerechtfertigt.

(20) Eine Übertragung auf die §§ 75 ff. SGB XII ist nicht uneingeschränkt möglich. Der Gesetzgeber ging wegen der differenzierteren Leistungen, der kaum vorhandenen Eigenbeteiligung, der deutlich längeren Verweildauer der Bewohner und der hierdurch privilegierten Anbieter, bei Vereinbarungen nach dem SGB XII noch strikter von der Notwendigkeit von Wettbewerbsbedingungen aus. Er begrenzte gleichzeitig die Leistung auf das Maß des Notwendigen und betonte die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit. Die Begrenzung der zu vereinbarenden Leistung stellt sich im Teilleistungssystem des SGB XI anders dar, wie insbesondere an den gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen deutlich wird, die nach dem SGB XI nur „betriebsnotwendig“ sein müssen und nach dem SGB XII (§ 75 Abs. 5 Satz 3) nach den Grundsätzen des 10. Kapitels zu vereinbaren sind. Ebenfalls sind (selbstfinanzierte) Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) im Bedarfsdeckungsprinzip nicht denkbar.

(21) Der Bezug zu gleich geeigneten Einrichtungen und deren Vergütungen wird in § 75 Abs. 2 Satz 3 SGB XII ausdrücklich hergestellt und somit ein externer Vergleich gesetzlich vorgegeben. Hingegen sieht das SGB XII keine gesteigerten Nachweispflichten vergleichbar dem § 85 Abs. 3 S.3 SGB XI vor, aus der das BSG die Plausibilitätsprüfung im ersten Schritt der Pflegesatzfindung ableitet. Dies dürfte wegen der Grundrechtsrelevanz erforderlich sein.

(22) Daher erlangen Einigungen z.B. in den Landesrahmenverträgen nach § 79 SGB XII an Bedeutung. Soweit dort Regelungen zur Ermittlung einer Vergütung enthalten sind, ist von einer Einigung der Parteien auszugehen, die der Schiedsstelle und den Gerichten als beachtliche Vorgabe dient⁷.

(23) Gesetzlicher Änderungsbedarf im SGB XII

- Der Gesetzgeber müsste eine entsprechende Grundlage für die Nachweispflichten schaffen, die es den Sozialhilfeträgern ermöglicht (Ermessen) in begründeten Fällen eine Plausibilisierung mit nachweisenden Fakten zu verlangen.
- Dabei muss die Position der Sozialhilfeträger als Einkäufer von Leistungen an einem unvollkommenen Markt gestärkt werden und unmissverständlich formuliert werden, dass sie die Interessen an einer hohen qualitativen Leistung bei günstigen Vergütungen vertreten.
- Trotz der Nachweispflichten muss sichergestellt werden, dass letztlich nicht die Tarifvertragsparteien die Vergütungen gestalten und die Sparsamkeitsanreize verloren gehen.
- Es muss klargestellt werden, dass es allein auf die Qualität der vereinbarten Leistung und eine leistungsgerechte Vergütung ankommt und eigenverantwortliche Bindungen des Einrichtungsträgers, einschließlich seiner Tarifbindung nicht relevant sind.“

⁷ BSG vom 17.12.2009 – B 3 P 3/08, Rn. 74

10. BSG vom 24.03.2009 - B 8 SO 29/07 R, BVerwG vom 22.10.2009 - 5 C 19.08,
Unterschiedliche Auffassungen zur Zuständigkeit bei Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen

Verfasser: Herr Dillmann

Sachstand

(1) Die Abgrenzung der Zuständigkeiten für Sozialleistungen an behinderte Kinder und Jugendliche zwischen SGB VIII und SGB XII ist seit langen Jahren ein Dauerbrenner in der rechtlichen und sozialpolitischen Diskussion. Das BSG müht sich wie alle Sozial- und Verwaltungsgerichte um klärende Entscheidungen. Doch bisher ist es nicht gelungen, den „normativen Nebel“ völlig zu lichten.

(2) In der Entscheidung zur Zuständigkeit für Hilfen in sog. Mutter-Kind-Einrichtungen nach § 19 SGB VIII⁸ schloss sich das BSG der Grundsatzentscheidung des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 1999⁹ an: Die Anwendung der für den Vorrang und Nachrang zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe maßgeblichen Kollisionsvorschrift des § 10 SGB VIII setze zunächst von vornherein voraus, dass sowohl ein Anspruch auf Jugendhilfe als auch ein Anspruch auf Sozialhilfe bestehe und beide Leistungen gleich, gleichartig, einander entsprechend, kongruent, einander überschneidend oder deckungsgleich seien. Bei konkurrierenden Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII mit Leistungen der Jugendhilfe nach dem SGB VIII sei ohne weiteres die Sozialhilfe vorrangig.

(3) In Konkurrenz zum BVerwG steht das BSG allerdings bei der Zuordnung von Leistungen für körperlich und/oder geistig behinderte junge Menschen in geeigneten Wohnformen nach § 19 SGB VIII. In solchen sollen Mütter oder Väter bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, die allein für ein Kind unter sechs Jahren zu sorgen haben oder tatsächlich sorgen, gemeinsam mit ihrem Kind betreut werden, wenn und solange sie aufgrund der Entwicklung ihrer Persönlichkeit dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung ihres Kindes bedürfen. Das BSG ist der Ansicht, § 19 SGB VIII gehe hier vor §§ 53 ff. SGB XII; § 19 SGB VIII enthalte dem Sinn und Zweck nach ein einheitliches Hilfeangebot für zwei Generationen bei einem allein erziehenden Elternteil, das mittels einer komplexen, multifunktionalen Leistungspalette darauf abziele, den gesamten pädagogischen Bedarf in der von ihr erfassten spezifischen Lebenssituation zu decken, während sich die Eingliederungshilfe, die keinem derartigen komplexen Postulat unterliege, sich nur an den behinderten Menschen mit dem Ziel der Eingliederung in die Gesellschaft richte.

(4) Das BSG hat auch diesen Fall wegen seiner von der BAGüS kritisierten Rechtsprechung zum sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnis¹⁰ allein wegen fehlender Beiladung des Einrichtungsträgers an das LSG NRW zurück verweisen müssen. Zudem meinte der erkennende Senat des BSG, es seien noch tatsächliche Ermittlungen nach zu holen, ob und in welchem Umfang Leistungen nach § 19 SGB VIII erbracht worden seien. Das LSG NRW hält nun in seinem zweiten aktuellen Urteil in diesem Fall¹¹ an seiner bereits im ersten Urteil getroffenen Zuordnung der gewährten Leistungen an die geistig behinderte junge Mutter als Eingliederungshilfe fest (das Kind erhält unstreitig Leistungen nach § 19 SGB VIII): Zwar enthalte § 19 SGB VIII in der vom BSG beschriebenen Weise ein einheitliches Hilfeangebot für zwei Generationen, diese hindere aber nicht daran, in Bezug auf den Elternteil eine wenigstens teilweise wesentliche Überschneidung dieser Leistung mit der Eingliederungshilfe anzunehmen. § 19 SGB VIII enthalte selbst keine Vorrangregelung, welche die Konkurrenznorm des § 10 SGB VIII verdränge. Die kalkulatorische Kostentrennung sei von dem kon-

⁸ Revisionsurteil des BSG vom 24.03.2009, Az. B 8 SO 29/07 R.

⁹ Urteil des BVerwG vom 23.09.1999, Az. 5 C 26/98.

¹⁰ Siehe oben unter 3).

¹¹ Urteil des LSG NRW vom 26.07.2010, Az. L 20 SO 38/09 ZVW.

zeptionell komplexen Hilfeangebot logisch und systematisch trennbar. Dennoch verurteilte das LSG NRW nicht den für stationäre Eingliederungshilfe zuständigen Landschaftsverband als überörtlichen Sozialhilfeträger, sondern den örtlichen Sozialhilfeträger, der als erstangegangener Träger den Antrag nach § 14 SGB IX nicht rechtzeitig weitergeleitet hatte. Es ist zu erwarten, dass erneut Revision eingelegt wird.

(5) Das LSG NRW folgt mit seinem Urteil größtenteils wortgleich einer neuen Grundsatzentscheidung des BVerwG¹², welches sich sehr bewusst und offen in Gegensatz zum BSG gesetzt hat. Das BVerwG begründet dies auch damit, dass die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft das Leben in der familiären Gemeinschaft umfasse und damit auch die Stärkung der Erziehungskompetenz behinderter Eltern. Die Pflege und Erziehung eines Kindes durch die (behinderten) Eltern sei in Art. 6 GG verfassungsrechtlich als Grundbedürfnis vorausgesetzt.

(6) Im Hinblick auf die grundsätzliche weiter schwierige Abgrenzung von Jugendhilfe und Sozialhilfe bekräftigt das BVerwG, dass die einschlägige Vorrang-Nachrang-Regelung des 10 Abs. 4 SGB VIII eine Bestimmung nach dem Schwerpunkt des Bedarfs oder des Leistungszweckes ausschließe. Es sei allein auf die Art der Leistung abzustellen. Gerade wegen der unwägbaren Abgrenzungsprobleme etwa bei Mehrfachbehinderungen oder entwicklungsbedingter Besonderheiten sei die bedarfsgerechte Hilfe für den jungen Menschen zu sichern. Überschneite sich die Zuständigkeit für eine Leistung wie bei § 19 SGB VIII, solle der Betroffene keine Nachteile erleiden; ihm gegenüber seien beide Leistungsträger verpflichtet. Der Nachrang sei ggf. über die Kostenerstattung herzustellen. Landet der o.g. Streit wieder beim BSG, muss dieses wegen der Divergenz zum BVerwG den Fall dem Gemeinsamen Senat der obersten Gerichte des Bundes zur Entscheidung vorlegen.

Bewertung:

(8) In der Sache kann man als zuständiger überörtlicher Sozialhilfeträger für behinderte Menschen das Urteil des BSG zu § 19 SGB VIII augenscheinlich schwerlich kritisieren – führt doch die Ansicht des BSG zur Kostenträgerschaft der Jugendhilfe. Die enge Auslegung des § 10 Abs. 4 SGB VIII an dieser Stelle entspricht der Grundsatzposition der BAGüS: Eingliederungshilfe ist und bleibt grundsätzlich nur subsidiär zu gewährende Sozialhilfe. Es ist daher zu verhindern, dass diese immer mehr zum Ausfallbürgen für andere Sozialleistungen mutiert. Dies ist auch im Sinne der behinderten Menschen. Entspricht diese Auffassung doch dem „Normalisierungsgrundsatz“, der gebietet, diese möglichst wie nicht behinderte Menschen zu behandeln. Das muss auch hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen wie der Jugendhilfe, hier der Erziehungshilfe nach § 19 SGB VIII, gelten. Nicht zuletzt liegt diese Leitvorstellung auf der Linie des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: So sollen z.B. nach Art. 9 Menschen mit Behinderungen Einrichtungen und Dienste, die der Öffentlichkeit bereitgestellt werden, ungehindert zugänglich gemacht werden.

(9) Zu wünschen wäre aber, der 8. Senat würde den bei seiner Entscheidung zu § 19 SGB VIII verfolgten Ansatz auch im Übrigen auf seine Entscheidungen zur Eingliederungshilfe übertragen. Vor allem wenn man die BSG-Urteile zum Mittagessen in der WfbM heran zieht, hat es allerdings den Anschein, als betrachte der 8. Senat die Eingliederungshilfe als ganzheitliches „Rund-um-Sorglos-Paket“ für alle Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen. Dabei kommt es gerade entscheidend darauf an, die normativen Konturen der Eingliederungshilfe trennscharf gegenüber Leistungen zum Lebensunterhalt oder auch wie hier anderen Sozialleistungen heraus zu arbeiten.

(10) Diese werden jedoch auch durch das BVerwG in o.g. Entscheidung eher verwässert, wenn das Erziehungsrecht der Eltern per se der speziellen Behindertenhilfe zugeschrieben wird. Dieser Logik folgend müssten alle staatlichen Sozialleistungen an behinderte Men-

¹² Urteil des BVerwG vom 22.10.2009, Az. 5 C 19/08.

schen unter die Eingliederungshilfe fallen, verfolgen doch letztlich alle den gemeinsamen Zweck, deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu sichern.

11. BSG vom 19.05.2009 - B 8 SO 8/08 R,

Bemessung des Lebensunterhalts in gemischten Bedarfsgemeinschaften

Verfasser: Herr Wirth

(1) Verfahrensgegenstand war die Frage der Höhe des Regelsatzes einer über 65jährigen grundsicherungsberechtigten Frau, die mit ihrem über 25jährigen Sohn, der Leistungen der Grundsicherung für Arbeitslose (Arbeitslosengeld II) unter Berücksichtigung einer Regelleistung von 345,- € erhielt, in einem gemeinsamen Haushalt lebte.

(2) Das BSG hat der Klägerin den Regelsatz für eine allein stehende Person zugesprochen. Das Gericht sah es für geboten an, § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII sowie § 28 XII und § 3 RSV „nach Maßgabe des Gleichheitssatzes des Art. 3 Abs. 1 GG und zur Vermeidung von Wertungswidersprüchen zwischen dem SGB II und dem SGB XII“ dahingehend auszulegen, dass ein gemeinsamer Haushalt i.S.d. § 3 Abs. 1 RSV nur dann vorliege und die Berücksichtigung von Einsparungen im Rahmen des § 3 Abs. 2 RSV nur dann zulässig sei, wenn die zusammenlebenden Personen eine Bedarfsgemeinschaft i.S.d. SGB II oder eine Einsatzgemeinschaft i.S.d. § 19 Abs. 1 SGB XII bilden.

(3) In Anlehnung an die bisherigen Bestimmungen zur Regelsatzbemessung nach dem BSHG habe der Gesetzgeber die Annahme eines in bestimmter Höhe verminderten Bedarfs wegen Haushaltsersparnis dabei in der Gesetzesbegründung zwar weiterhin mit dem Begriff des Haushaltsangehörigen verknüpft, und allein nach dem Wortlaut des § 3 RSV könnte davon ausgegangen werden, dass - entsprechend der bisherigen verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung - eine Zuordnung als Haushaltsangehöriger in allen Formen von Haushalten von verwandten und nicht verwandten Personen möglich wäre. Dies wäre jedoch mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art 3. Abs. 1 GG nicht vereinbar, weil bezogen auf die Minderung des Regelsatzes bzw. der Regelleistung wegen Annahme einer Haushaltsersparnis zwischen der Personengruppe der Leistungsempfänger des SGB II und SGB XII keine sachlichen Gründe für eine unterschiedliche Behandlung erkennbar seien.

(4) Entsprechend müsse unter Beachtung des allgemeinen Gleichheitssatzes (Art. 3 Abs. 1 GG) auch bei der Bestimmung des Begriffs des Haushaltsangehörigen in der RSV berücksichtigt werden, dass die Annahme einer Haushaltsersparnis nach den Regelungen des SGB II einer gegenüber den bisherigen BSHG-Regelungen abweichenden gesetzgeberischen Konzeption folge. Während die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung die Zuordnung als Haushaltsvorstand oder Haushaltsangehöriger in allen Konstellationen des Zusammenlebens für möglich gehalten und dies allein von einer gemeinsamen Wirtschaftsführung im Sinne einer "Wirtschaftsgemeinschaft" abhängig gemacht habe, habe der Gesetzgeber des SGB II die Annahme einer Haushaltsersparnis und Kürzung der Regelleistung nicht mehr mit einer individuellen Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse der zusammenlebenden Personen verbunden. Vielmehr gehe § 20 SGB II typisierend von prozentualen Abschlägen von der Regelleistung wegen Haushaltsersparnis nur bei Angehörigen einer Bedarfsgemeinschaft aus. Im Unterschied zur Rechtslage nach dem Sozialhilferecht habe der Gesetzgeber des SGB II insofern bewusst auf die Normierung der Rechtsfigur eines "Haushaltsvorstands" verzichtet.

(5) Ein sachlicher Grund für eine Absenkung der existenzsichernden Leistungen bei Übergang der Klägerin in das System des SGB XII sei nicht erkennbar. Vielmehr dürften - soweit keine unterschiedlichen Funktionen beider Leistungen betroffen sind - auch keine unterschiedlichen Maßstäbe und Kriterien einer verfassungsrechtlich gebotenen Gleichbehandlung herangezogen werden.

(6) Im Hinblick auf die im SGB II normativ-typisierend unterstellten Kosten einer Haushaltsersparnis lasse sich ein sachlicher Grund für eine unterschiedliche Behandlung der Leistungsempfänger des SGB II und des SGB XII weder den Gesetzesmaterialien entnehmen noch sei er sonst erkennbar. Die Anwendung des § 3 Abs. 1 Satz 3 RSV mit der Annahme des Eckregelsatzes für einen Haushaltsvorstand bzw. Alleinstehende im Falle der Klägerin sei auch nicht mit einer nach den Wertmaßstäben des Art 3 GG nicht zu vereinbarenden Besserstellung der Klägerin gegenüber den von dem Beklagten benannten Vergleichsgruppen verbunden. Ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz liege vielmehr erst dann vor, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie eine ungleiche Behandlung rechtfertigen können. Insofern bestünden aber zwischen der hier vorliegenden Konstellation des Zusammenwohnens zwischen einer Empfängerin von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und ihrem über 25-jährigen Sohn auf der einen Seite und den von dem Beklagten bezeichneten Konstellationen eines Ehepaares in gemischter Bedarfsgemeinschaft bzw. anderen Bedarfsgemeinschaften nach dem SGB II eine die unterschiedliche "Gesamtleistungshöhe" nach dem SGB II/SGB XII rechtfertigende sachliche Gründe. Diese lägen in der dem Gesetzgeber erlaubten typisierenden Annahme einer mit einem engeren Zusammenleben bestimmter Personen verbundenen Haushaltsersparnis.

Bewertung:

(7) Das BSG legt das Gebot des Art. 3 GG sehr weit aus. Zutreffend ist zwar, dass sowohl mit den Leistungen des SGB II als auch mit denen des SGB XII das Existenzminimum sichergestellt werden soll. Diese Sicherstellung erfolgt in den beiden Gesetzen aber - auch abgesehen von der Berücksichtigung von Einsparungen bei Haushaltsgemeinschaften - in durchaus unterschiedlichem Umfang:

(8) So ist die Regelleistung des SGB II bundesweit festgelegt, während die Sozialhilfeträger unter bestimmten Voraussetzungen abweichende Regelsätze im Einzelfall (vgl. § 28 Abs.1 Satz 2 SGB XII) oder generell für ihre Region (vgl. § 28 Abs.2 Satz 3 SGB XII) festsetzen können. Bei der Bemessung von Mehrbedarfen ist im SGB XII in erheblich größerem Umfang auf den Bedarf im Einzelfall abzustellen (vgl. § 30 SGB XII) als dies im SGB II der Fall ist (vgl. § 21 SGB II).

(9) Auch die Einfügung des § 21 Abs. 6 SGB II in Folge des Urteils des BVerfG¹³ zur Bemessung der SGB II-Regelsätze brachte (für Mehrbedarfe und abweichende regionale Regelsätze) keine vollständige Gleichstellung der Leistungen zum Lebensunterhalt von SGB II und SGB XII.

(10) Das BSG setzt sich in seiner Entscheidung mit diesen gesetzlichen Unterschieden genauso wenig auseinander wie mit der Problematik der „Doppelleistungen“: Dadurch, dass mehrere Personen in einem gemeinsamen Haushalt leben, fallen die vom BVerwG so bezeichneten „Generalunkosten“ nur einmal an. Dies bei der Bemessung der Regelsätze zu berücksichtigen, ist sachgerecht und vermeidet eine Besserstellung gegenüber Bedarfs- und Einsatzgemeinschaften.

(11) Das BVerfG hat dazu festgestellt, dass der Gesetzgeber davon ausgehen durfte, dass (bei einer Bedarfsgemeinschaft) durch das gemeinsame Wirtschaften Aufwendungen gespart werden und deshalb zwei zusammenlebende Partner einen finanziellen Mindestbedarf haben, der unter dem Doppelten des Bedarfs eines Alleinwirtschaftenden liegt. Die Annahme des Gesetzgebers, dass der zur Sicherung des Existenzminimums zu deckende Bedarf für zwei Partner insgesamt 180 % des entsprechenden Bedarfs eines Alleinstehenden be-

¹³ Az.: 1 BvL 1/09 vom 9.2.2010

trägt, könne sich auf eine ausreichende empirische Grundlage stützen und sei deshalb zulässig¹⁴.

(12) Auch wenn in dieser Entscheidung explizit auf eine Untersuchung des Deutschen Vereins von Ehepaaren Bezug genommen wird, ist davon auszugehen, dass das Existenzminimum auch bei Haushaltsgemeinschaften wie in dem vom BSG entschiedenen Fall bei einer Kürzung der Regelsatzleistungen gesichert ist.

(13) Das BSG setzt sich nicht mit der Frage auseinander, ob das Existenzminimum einer Haushaltsgemeinschaft aus Elternteil und Kind höher liegt, wenn das Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat. Dies ist nicht der Fall, da die Einsparungen durch die gemeinsame Haushaltsführung allein durch die Überschreitung dieser Altersgrenze nicht geringer werden. Damit stellt die Begrenzung der Berücksichtigung dieser Einsparungen im SGB II lediglich eine Besserstellung dieser Leistungsberechtigten über das Existenzminimum hinaus im Vergleich zu Sozialhilfeempfängern da. Da aber auch im SGB XII das Existenzminimum trotz der Regelsatzkürzung gesichert ist, kann eine solche Besserstellung dem Gesetzgeber nicht verwehrt sein.

(14) Der Auffassung des BSG, dass die Berücksichtigung der hier auftretenden Einsparungen in beiden Gesetzen unter Berücksichtigung des Art. § 3 GG zwingend in gleicher Weise erfolgen müsse, kann angesichts der oben aufgezeigten Unterschiede bei der Sicherung des Existenzminimums und da beide Regelungen das Existenzminimum sicherstellen, nicht gefolgt werden. Letztlich würde die Auffassung des BSG dazu führen, dass die Vorschriften des SGB II und des SGB XII über die Leistungen zum Lebensunterhalt deckungsgleich sein müssten.

(15) Die Rechtsprechung des BSG sollte jedenfalls Anlass für den Gesetzgeber sein, die Regelungen zu den Leistungen zum Lebensunterhalt im SGB II und im SGB XII dahingehend zu prüfen, inwieweit hier Harmonisierungsbedarf besteht und die Frage der Berücksichtigung der Einsparungen von Haushaltsgemeinschaften bei der Regelsatzbemessung im SGB XII bzw. in § 3 RSV eindeutig zu regeln.

12. BSG vom 19.05.2009 - B 8 SO 32/07, (auch vom 29.09.2009 s. Nr. 14)

Hörgerätebatterie als Eingliederungsleistung und Petö-Therapie

Verfasser: Herr Tscheulin

Sachstand:

(1) Das BSG hat in den beiden Urteilen entschieden, dass der Sozialhilfeträger verpflichtet ist, Leistungen zur Rehabilitation behinderter Menschen aus Mitteln der Eingliederungshilfe zu übernehmen, obwohl kein Anspruch gegen die Krankenkasse besteht.

(2) Das Urteil vom 19.05.2009 betrifft eine schwerhörige Klägerin, die von der Krankenkasse mit einem Hörgerät versorgt ist. Die Krankenkasse übernahm aber nicht die Kosten der dafür erforderlichen Hörgerätebatterien, da diese unter die Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringen Abgabepreis fallen und die Kosten daher nicht von der Krankenkasse übernommen werden müssen. Der beklagte Sozialhilfeträger lehnte es ab, die Kosten für die Batterien zu übernehmen, weil gem. § 54 Abs.1 Satz 2 SGB XII die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen dürften.

(3) Das BSG hat entschieden, dass die Kosten für die Batterien als Hilfsmittel der sozialen Rehabilitation durch die Eingliederungshilfe zu übernehmen sind.

¹⁴ BVerfG, vom 9.2.2010, 1 BvL 1/09, Rn. 154

(4) Ferner hat das BSG in seinem Urteil vom 29.09.2009 festgestellt, dass eine Petö-Therapie nicht allein deswegen als Eingliederungshilfe ausgeschlossen sei, weil die Krankenkassen die Therapie als nicht verordnungsfähiges Heilmittel eingestuft haben.

Bewertung:

(5) Die beiden Urteile führen im Ergebnis dazu, dass der Sozialhilfeträger gewissermaßen als "Ausfallbürge" für Leistungen eintreten muss, wenn die an sich vorrangig verpflichtete Krankenkasse eine Leistung der medizinischen Rehabilitation nicht übernehmen muss – sei es, weil sie unter die Bagatellregelung fällt, sei es, dass ihr therapeutischer Nutzen nicht anerkannt wird.

(6) Kritisch anzumerken ist Folgendes:

Die vom BSG zugrunde gelegte Schnittstelle zwischen sozialer und medizinischer Rehabilitation ist künstlich. Der Gesetzgeber hat in §§ 5 ff. SGB IX eine Unterscheidung in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation getroffen und ausgestaltet. Aus dem Prinzip der Nachrangigkeit des Sozialhilfeträgers folgt, dass medizinische und berufliche Rehabilitation vorrangig sein müssen. Soll die Aufteilung der Leistungsgruppen einen Sinn haben, müssen sie sich gegenseitig ausschließen: Ist eine Maßnahme der medizinischen bzw. beruflichen Reha zuzuordnen, kann sie nicht zugleich Maßnahme der (umfassenderen) sozialen Rehabilitation sein. Anderenfalls wäre die Unterscheidung in Leistungsgruppen bedeutungslos, weil jede Maßnahme der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation auch zugleich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dienen würde und damit soziale Rehabilitation wäre. Der Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe würde damit aufgehoben.

(7) Auch die Unterscheidung zwischen dem Hörgerät an sich und den Batterien ist lebensfremd. Es ist nicht nachvollziehbar, dass das Hörgerät als solches unstreitig der medizinischen Rehabilitation dient, die zu seinem Betrieb notwendigen Batterien jedoch der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Das von der Krankenkasse übernommene Hörgerät ist ohne Batterien nicht funktionsfähig und kann den Zweck der medizinischen Rehabilitation nicht erreichen. Hingegen können die nach SGB V von der Versorgung ausgenommenen Batterien nicht der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft dienen, weil sie allein, d.h. ohne das Hörgerät nutzlos sind.

(8) Bei einem netzbetriebenen elektrischen Hilfsmittel werden die Stromkosten ganz selbstverständlich dem allgemeinen Stromverbrauch zugerechnet, der unter die allgemeinen Lebenshaltungskosten fällt und von SGB XII-Leistungsbeziehern aus dem Regelsatz zu zahlen ist. Man käme nicht auf den Gedanken, die Stromkosten anteilig von der Eingliederungshilfe zu zahlen. Daher ist nicht nachvollziehbar, dass dies anders sein soll, wenn das Gerät nicht über das Stromnetz sondern mit Batterien betrieben wird.

(9) Im Fall der Hörgeräte hat der Gesetzgeber die Entscheidung getroffen, dass die dazugehörigen Batterien nicht von der Krankenkasse zu zahlen sind, weil sie als geringwertig eingestuft werden. Sie müssen daher vom Versicherten aus dem allgemeinen Lebensunterhalt finanziert werden, wie dies auch bei anderen Heil- und Hilfsmitteln der Fall ist (z.B. Brillengestelle, bestimmte Medikamente). Bezieher von SGB XII-Leistungen müssen die Batterien entsprechend aus dem Regelsatz finanzieren.

(10) Die Argumentation, die Batterien zählten zur sozialen Rehabilitation, ist nicht konsequent, da jedes Heil- bzw. Hilfsmittel Auswirkungen auf das Leben in der Gemeinschaft hat. Die medizinische Rehabilitation betrifft immer die Basisfunktionen des menschlichen Körpers, die zwingend auch immer Voraussetzung für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind. Eine Unterscheidung zwischen medizinischer und sozialer Rehabilitation wäre danach kaum noch möglich.

(11) Ähnliches gilt für die Petö-Therapie. Die Krankenkassen haben über den Gemeinsamen Bundesausschuss entschieden, die Kosten für diese Therapie nicht zu übernehmen, weil

deren therapeutischer Nutzen nicht anerkannt sei. Wird im beitragsfinanzierten System eine Leistung wegen nicht nachgewiesenen Nutzens ausgeschlossen, kann nicht das steuerfinanzierte Fürsorgesystem verpflichtet sein, diese Leistung zu übernehmen, weil sich nicht ausschließen lasse, dass die Therapie im konkreten Fall individuell nützlich sein kann. Ein solcher Nutzen wird sich in kaum einem Fall ausschließen lassen.

(12) Auf diese Weise wird der Sozialhilfeträger verpflichtet, ohne Rücksicht auf die Kosten letztlich jede Therapie zu bewilligen, auch wenn die Krankenkassen deren fehlenden therapeutischen Nutzen festgestellt haben. Die Kriterien des BSG fördern daher nicht die Abgrenzung der sozialen Rehabilitation von anderen Reha-Leistungen.

(13) Nach § 40 BSHG war zunächst eine Aufstockung der von der Krankenkasse nicht übernommenen Leistungen aus Mitteln der Eingliederungshilfe möglich. Ab 1.7.2001 wurde dann in Form von Abs.1 Satz 2 ein Aufstockungsverbot eingefügt, das dann in § 54 Abs.1 Satz 2 SGB XII übernommen wurde. Ein solches Aufstockungsverbot hätte nicht eingeführt werden müssen und ergäbe systematisch keinen Sinn, wenn die Leistungen vom Sozialhilfeträger zwar nicht als medizinische Rehabilitation übernommen werden dürfen, aber als soziale Rehabilitation bewilligt werden müssen.

(14) Die sehr allgemeinen Abgrenzung des BSG ist in der Praxis kaum anwendbar. Bei einer Ablehnung durch die Krankenkasse muss der Sozialhilfeträger in jedem Einzelfall prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Eingliederungshilfeleistung vorliegen, d.h. ob das beantragte Heil- bzw. Hilfsmittel für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erforderlich ist. Hierfür sind in aller Regel Sachverhaltsrecherchen, die Einholung von ärztlichen Gutachten und in vielen Fällen Einkommensberechnungen erforderlich. Dieser Verwaltungsaufwand könnte mit den vorhandenen Ressourcen nicht geleistet werden.

(15) Um eine überzeugende und systematisch stimmige Abgrenzung der Leistungsgruppen gem. § 5 SGB IX zu gewährleisten, muss gelten, dass kein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe besteht, soweit es dem Grunde nach einen Anspruch gegen einen vorrangigen Träger gibt. Soweit also Leistungen dem Grunde nach als medizinische Rehabilitation erbracht werden können, sind Leistungen der Eingliederungshilfe als soziale Rehabilitation ausgeschlossen

13. BSG vom 29.09.2009 - B 8 SO 19/08,

Petö-Therapie - Abgrenzungsproblematik medizinische zur sozialen Reha

Siehe Nr. 12, insbes. Abs. 11 bis 15

14. BSG vom 2.2.2010 - B 8 SO 20/08 R,

Anspruch auf Übernahme höherer Heimkosten, wenn die Einstufung in eine Hilfebedarfsgruppe strittig ist.

Verfasser: Herr Turan

(1) Das BSG hat eine abschließende Entscheidung in der Sache nicht treffen können und das Verfahren an das zuständige LSG zurückverwiesen. Es sei erforderlich gewesen, zunächst den Inhalt des Heimvertrages festzustellen und zu analysieren, da nur auf der Grundlage solcher Feststellungen beurteilt werden könne, ob – bei angenommenem höheren Betreuungsbedarf – eine Vertragsänderung unter den Voraussetzungen des § 6 Heimgesetz überhaupt erforderlich gewesen wäre.

(2) Sollte sich bestätigen, dass die Höhe der Heimvergütung durch das Leistungserbringungsrecht bestimmt werden könne, wäre der Inhalt der Vereinbarung zwischen Sozial- und Heimträger (Leistungserbringungsverträge) festzustellen und insbesondere die Frage zu klären, ob und wie die Einstufung in eine Hilfebedarfsgruppe in diesen Verträgen geregelt

ist, wer also über die Einstufung zu entscheiden hat und zwischen welchen der an dem Dreiecksverhältnis Beteiligten die Einstufung zu klären ist.

(3) Wenn die Auslegung der Leistungserbringungsverträge keine Klärung der Hilfebedarfsgruppen selbst vorsieht, wäre eine Klärung im Verhältnis unmittelbar zwischen dem Sozialhilfeträger und dem Leistungsberechtigten über die aufgrund des Hilfebedarfs richtige vertragliche Vergütung denkbar. Dabei ist zu beachten, dass für die Zeit ab 01.01.2009 mit den Regelungen der §§ 7 und 8 WBVG eine Anpassungsklausel möglich ist (vgl. Rn. 13, 14 des Urteils).

Bewertung:

(4) Durch die vorliegende Entscheidung des BSG ist die grundsätzliche Problematik „Einstufung in die Hilfebedarfsgruppe“ weiterhin nicht abschließend geklärt, so dass in der Praxis weiterhin Rechtsunsicherheit besteht. Damit ist auch dieses Urteil in der Praxis nur schwer umsetzbar, da die Entscheidung von der Gestaltung und Auslegung der Vertragsinhalte abhängt. Welche Rechtsfolgen gelten sollen, wenn bislang keine oder unklare Regelungen getroffen wurden, bleibt weiterhin ungewiss.

(5) Zudem hat der Hinweis des BSG, dass die Einstufungsentscheidung des Sozialhilfeträgers keinen Verwaltungsakt darstelle, in der Praxis für gewisse Irritationen gesorgt. Die Einstufung in eine bestimmte Hilfebedarfsgruppe ist Bestandteil der Bewilligungsentscheidung und kann nicht für sich gesondert, sondern im Rahmen der Bewilligungsbescheides nur inzident überprüft werden. Diese Überprüfung kann nur der Leistungsberechtigte selbst durch Einlegung von Rechtsbehelfen veranlassen.

(6) Ein unmittelbarer eigener Rechtsanspruch der Einrichtung auf höhere Vergütungen kann aus dem vorliegenden Urteil nicht hergeleitet werden.

15) BSG vom 23.03.2010 – B 8 SO 15/08 R und B 8 SO 17/09 R Einkommensermittlung bei Werkstattbeschäftigten

Verfasser: Herr Lippert

In den beiden Entscheidungen musste sich das BSG mit Fragen der Ermittlung des Einkommens und dessen Einsatz bei Mitarbeitern von Werkstätten für Behinderte befassen.

Folgende Fragenkomplexe werden behandelt:

- a) Maßgeblicher Regelsatz für einen volljährigen Erwachsenen, der in einer Haushaltsgemeinschaft mit Anderen lebt,
- b) Zuordnung des Ausbildungsgeldes nach § 104 Abs. 1 SGB III als zweckbestimmte Leistung im Sinne von § 83 SGB XII,
- c) Berücksichtigung des Ausbildungsgeldes als Einkommen und
- d) Anrechnung als Einkommen des in der WfbM kostenfrei geleisteten Mittagessen, wenn der Leistungsträger für die Kosten des Besuchs der WfbM nicht der Träger der Sozialhilfe ist.

Zu a):

Das BSG hat seine frühere Meinung beibehalten, dass erwachsenen Leistungsberechtigten, die - ohne Mitglied der Bedarfs- oder Einsatzgemeinschaft zu sein - in Haushaltsgemeinschaft mit Anderen leben, der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes zustehe. Einer vertieften Auseinandersetzung mit dieser, sowohl die Lebenswirklichkeit als auch die Regelsatzsystematik (Zuordnung der Aufwendungen für die sogenannten „Generalunkosten“ des Haushalts zum Regelsatz des Haushaltsvorstandes) außer Acht lassenden Rechtsprechung

bedarf es nicht, weil der Gesetzgeber (ausdrücklich als Korrektur der Rechtsprechung) mit dem Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des SGB II und SGB XII für diese Personengruppe eine eigene Regelbedarfsstufe eingeführt hat.

Zu b):

Das BSG hat der teilweise in der Rechtsprechung vertretenen Auffassung widersprochen, dass das Ausbildungsgeld nach § 214 SGB III eine zweckbestimmte Leistung im Sinne von § 83 SGB XII ist. Diese mit der Rechtsprechung des BVerwG zum früheren § 77 BSHG übereinstimmende Auffassung ist insbesondere deshalb zu begrüßen, weil sie die Voraussetzung, für die Zuordnung einer Einnahme zu den zweckbestimmten Leistungen im Sinne von § 83 SGB XII in erfreulicher Klarheit beschreibt. Das BSG ist damit Tendenzen entgegengetreten, es für die Zuordnung zu den zweckbestimmten Leistungen bei Einkünften aufgrund gesetzlicher Leistungsvorschriften bereits ausreichen zu lassen, wenn sich eine vom Gesetzgeber mit der Leistungsnorm verfolgte Absicht vermuten lässt. Positiv zu werten ist auch, dass in der Entscheidung B 8 SO 15/08 R angedeutet wird, es komme für die Zuordnung zu zweckbestimmten Leistung nicht alleine auf das (mögliche oder denkbare) Motiv für die Leistungserbringung an, sondern es müsse mindestens eine konkrete Vorstellung beim Leistungserbringer zur Verwendung der Leistung bestehen (Rn. 26).

Zu c):

Das BSG ist der Meinung, Ausbildungsgeld sei im Hinblick auf § 82 Abs. 3 Satz 3 SGB XII anrechnungsfrei. Es hält bei Leistungsberechtigten, die ein Ausbildungsgeld im Zusammenhang mit einer Maßnahme im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Behinderte erhalten, lediglich eine Ausübung des Ermessens in dem Sinne für zutreffend, dass dieses Ausbildungsgeld als Einkommen unberücksichtigt bleibt. Begründet wird diese Auffassung damit, dass sonst eine Schlechterstellung gegenüber Beschäftigten im Arbeitsbereich der Werkstatt für Behinderte erfolgen würde. Zuzustimmen ist dem BSG insoweit, als es das Ausbildungsgeld als eine Einnahme aus einer Beschäftigung ansieht (B 8 SO 15/08 R, Rn. 30). Vertretbar ist auch der Ansatz, dass unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung aller in einer WfbM Beschäftigten eine ermessensfehlerfreie Ausübung des in § 82 Abs. 3 Satz 3 SGB XII dem Träger der Sozialhilfe eingeräumten Ermessen nur vorliegt, wenn im Ergebnis der Bezieher von Ausbildungsgeld nicht schlechter gestellt wird, als der Beschäftigte im Arbeitsbereich der WfbM in vergleichbaren Fallgestaltungen.

Dieser Ansatz trägt jedoch das Ergebnis, Ausbildungsgeld sei in voller Höhe als Einkommen unberücksichtigt zu lassen nicht. Vielmehr steht dieses Ergebnis im Widerspruch zu dem die Entscheidung tragenden Grundgedanken der Gleichbehandlung. Behinderte Menschen, die im Arbeitsbereich einer Werkstatt für Behinderte beschäftigt sind und ein Einkommen in gleicher Höhe wie in den entschiedenen Fällen erzielen, sind bei Anwendung der Entscheidungen des BSG in Zukunft finanziell schlechter gestellt, als Mitarbeiter im Berufsausbildungsbereich der Werkstatt für Behinderte, die Ausbildungsgeld beziehen.

Wie vom BSG selbst ausgeführt, findet bei der Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Einkünfte bei der Beschäftigung im Arbeitsbereich einer WfbM § 82 Abs. 3 Satz 2 Anwendung. Danach wird ein Grundfreibetrag (1/8 der Regelbedarfsstufe I) sowie ein Erhöhungsbetrag (25 v.H. des übersteigenden Entgeltes) abgesetzt. In dem der Entscheidung B 8 SO 15/08 R zugrunde liegenden Sachverhalt wurde ein Ausbildungsgeld in Höhe von zunächst 57,00 € gezahlt. Die Ermittlung des Absetzungsbetrages ergibt in diesem Falle Folgendes:

Ausbildungsgeld	57,00 €
./. 1/8 des Eckregelsatzes 2005 (345,00 €)	43,12 €
übersteigender Betrag	13,88 €
./. Erhöhungsbetrag (25 % des übersteigenden Betrages)	3,47 €
verbleibendes und zu berücksichtigendes Einkommen	10,41 €.

Auch wenn, wie der Senat in seiner Entscheidung B 8 SO 15/08 3 (abweichend von der Entscheidung B 8 SO 15/08) stattdessen zunächst ein Betrag in Höhe des (fiktiven) Arbeitsförderungsgeldes nach § 43 SGB IX abgesetzt und anschließend eine weitere Erhöhung des Absetzungsbetrages um 25 v.H. des Arbeitsentgeltes erfolgt, führt dies nicht zu einer völligen Freistellung; es verbleibt vielmehr ein einzusetzendes Einkommen von 16,75 € monatlich.

Ausbildungsgeld	57,00 €
./. Sockelbetrag Arbeitsförderungsgeld	26,00 €
übersteigender Betrag	13,88 €
./. Erhöhungsbetrag (25 % des Ausbildungsgeldes)	14,25 €
verbleibendes und zu berücksichtigendes Einkommen	16,75 €.

Das von dem Senat gefundene Ergebnis der völligen Freistellung stellt sich damit als unbegründet dar.

Die Konsequenz aus dieser Feststellung kann jetzt allerdings nicht sein, die erst vom BSG geschaffene Ungleichbehandlung dadurch zu beseitigen, dass nun durch einen erneuten Rückgriff auf § 82 Abs. 3 Satz 3 ebenfalls von einer Ermessensreduzierung auf Null bei Einkünften aus der Beschäftigung im Arbeitsbereich der WfbM auszugehen ist. Der Gesetzgeber hat mit § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB XII eine besondere Regelung für Beschäftigte im Arbeitsbereich einer WfbM getroffen und damit zu erkennen gegeben, dass er eine völlige Freistellung des Einkommens aus der Beschäftigung in einer WfbM (entgegen entsprechenden Forderungen in einem Teil der Literatur) nicht will.

Zu d):

Der Senat hat an seiner Linie festgehalten, soweit wie möglich auszuschließen, dass das in einer WfbM gewährte kostenfreie Mittagessen Auswirkungen auf die sozialhilferechtlichen Leistungsansprüche zur Sicherung des Lebensunterhaltes hat. Nachdem zunächst Nahrungsmittel zu Förderinstrumenten definiert wurden, anschließend entgegen der eindeutigen Regelung in § 2 Abs. 1 SGB XII die Bedarfsdeckung durch den Träger einer anderen Sozialleistung in diesem Zusammenhang als unbeachtlich erklärt wurde, wurde jetzt eine Bewertung des kostenfreien Mittagessens als Einkommen ausgeschlossen. Zur Begründung wird allerdings nicht auf Bestimmungen des SGB XII, sondern eines anderen Leistungsgesetzes zurückgegriffen. Um dies zu ermöglichen, wird ganz allgemein auf die Notwendigkeit einer Harmonisierung verwiesen.

In einem gegliederten Sozialleistungssystem, dessen einzelnen Bestandteilen in der konkreten Ausgestaltung durch die besonderen Teile des Sozialgesetzbuches unterschiedliche gesetzgeberische Konzeptionen zugrunde liegen, obliegt in erster Linie eine Harmonisierung dem Gesetzgeber. Will die Rechtsprechung dies zu einer Leitlinie ihrer Entscheidungspraxis machen, muss sie jeweils darlegen, dass die unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Sozialleistungsgesetzen nicht Folge der unterschiedlichen gesetzgeberischen Konzeptionen sind. Diese grundsätzliche Anforderung gilt auch dann, wenn es sich um Leistungsbereiche mit im Grundsatz identischer Aufgabenstellung, wie die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII bzw. dem 2. Abschnitt des 3. Kapitels SGB II handelt.

Im Zusammenhang mit den Bestimmungen zum zu berücksichtigenden Einkommen und den Absetzungsbeträgen nach dem SGB II bzw. den Bestimmungen des 11. Kapitels SGB XII zum Einsatz des Einkommens und Vermögens ist festzuhalten, dass die unterschiedliche gesetzgeberische Konzeption der beiden Gesetze unterschiedliche Regelungen in diesem Zusammenhang nicht nur zulässt, sondern notwendig macht. Für das SGB II knüpft der Gesetzgeber an eine genau definierte Ursache für die Notlage (nämlich die Erwerbslosigkeit)

an. Er geht ferner in seiner Grundkonzeption, wie sich aus dem Grundsatz des Forderns und Förderns ergibt, davon aus, dass es sich aus seiner Sicht um eine zwischenzeitlich auftretende vorübergehende Notlage handelt. Ausgehend von dieser Grundvorstellung sind alle einzelnen Regelungen des Gesetzes grundsätzlich darauf ausgerichtet darauf hinzuwirken, dass die Ursache der Notlage möglichst schnell durch Aufnahme bzw. Fortsetzung einer Erwerbstätigkeit beseitigt wird. Spätestens mit der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Eingliederung der Grundsicherung im Alter und dauernder Erwerbsunfähigkeit in das SGB XII legt der Gesetzgeber aber bei der Sozialhilfe seiner Grundkonzeption nicht mehr die Vorstellung einer vorübergehenden Notlage zugrunde. Diese wird vielmehr als Sonderfall gesehen, für den ggf. Ausnahmen von den Grundstrukturen, wie sie in den allgemeinen Regelungen des SGB XII festgelegt sind, erforderlich sind.

Bei den Entscheidungen zum Umfang des Einsatzes des Einkommens hat diese Grundkonzeption u. a. dahingehend Einfluss genommen, dass mit Blick auf die möglichst schnelle Beseitigung der Erwerbslosigkeit motivierende Anreize zur Aufnahme bzw. zur Fortsetzung einer (ggf. auch niedrig entlohnenden) Erwerbstätigkeit gesetzt werden sollten und mussten. Dementsprechend wurden die Regelungen zum Einkommensbegriff, zu den Absetzungsbeiträgen und zum Einsatz des Einkommens für die Betroffenen günstiger gefasst, als es bei den Leistungen der Sicherung zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe der Fall ist. Für Personen, die leistungsberechtigt auf Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII sind, lässt sich aus der gesetzgeberischen Grundkonzeption die Notwendigkeit, Anreize zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit auch im Zusammenhang mit dem Einsatz des Einkommens zu geben, nicht herleiten, weil eben nicht von einer vorübergehenden, sondern von einer dauerhaft bestehenden Notlage, die insbesondere nicht durch die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit beseitigt werden kann, ausgegangen wird. Es ist deshalb in hohem Maße bedenklich, wenn unter dem Stichwort „Harmonisierung“ Regelungen, die unter dem Aspekt des Förderns Leistungsberechtigte zur Aufnahme von Erwerbstätigkeiten motivieren sollen, ohne Weiteres auch in den Geltungsbereich des SGB XII übertragen werden.

16) BSG vom 07.10.2010 – B 3 KR 13/09 R

Versorgung mit mobiler Treppensteighilfe – Scalamobil -

Verfasser: Herr Tscheulin

(1) Das BSG hat in seinem Urteil entschieden, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen nicht solche Hilfsmittel umfasst, die in einer anderen Wohnung nicht benötigt würden.

(2) Die Klägerin ist auf einen Rollstuhl angewiesen. Bei der beklagten Krankenversicherung beantragte sie eine elektrisch betriebene mobile Treppensteighilfe. Sie benötige diese, weil Wohnungen mehrerer Verwandter und Freunde, die sie regelmäßig besuche, nur über Treppen erreichbar seien. Gleiches gelte für die Praxen ihrer Ärzte und für den wöchentlichen Kirchgang. Schließlich könne sie weder Garten noch Keller ihres ansonsten ebenerdigen Hauses nutzen, weil hierfür ebenfalls Treppen zu überwinden seien.

(3) Die Krankenkasse hatte abgelehnt, weil die Klägerin mit ihren Rollstühlen ausreichend versorgt sei. Sie könne damit ihre Wohnung sowie den Nahbereich um das Grundstück uneingeschränkt nutzen. Damit sei das Grundbedürfnis auf Mobilität ausreichend erfüllt.

(4) Das BSG hält dies für richtig. Für die Ermöglichung der hier in Rede stehenden Aktivitäten sei nicht die GKV leistungspflichtig, weil dieser Behinderungsausgleich nicht mehr von der medizinischen Rehabilitation umfasst sei.

(5) Ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich müsse die GKV nur dann leisten, wenn es ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffe. Dazu gehöre die

Erschließung eines geistigen und eines körperlichen Freiraums. Letztere umfasse die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen, sie zu verlassen sowie Alltagsgeschäfte im Nahbereich der Wohnung wie Einkäufe, Post- oder Arztbesuche. Diese Basisversorgung sei durch die von der Krankenkasse geleisteten Hilfsmittel bereits abgedeckt.

(6) Es komme nicht auf die konkreten Wohnverhältnisse des/der einzelnen Versicherten an, sondern auf einen generellen, an durchschnittlichen Wohn- und Lebensverhältnissen orientierten Maßstab. Der/die Versicherte müsse das Hilfsmittel nicht wegen der Besonderheiten seiner konkreten Wohnverhältnisse benötigen, sondern genauso in einer anderen Wohnung und deren Umfeld. Hierunter falle die Treppensteighilfe aber nicht, weil sie in einer treppenlosen Wohnung nicht benötigt werde. Zweigeschossigkeit gehöre ebenso wenig zum allgemeinen Wohnstandard wie ein Garten. Ob die Gartennutzung für Kinder und Jugendliche ein Grundbedürfnis ist, hat das BSG offen gelassen.

(7) Das BSG stellt zwar fest, dass die Erreichbarkeit einer Mietwohnung über das Treppenhaus zum allgemeinüblichen Wohnstandard gehöre. Trotzdem falle die Bewältigung dieser Hürden in Anwendung der vom BSG aufgestellten Hürden nicht in den Verantwortungsbe- reich der GKV.

(8) Die Klägerin könne einen Anspruch auf die Treppensteighilfe auch nicht auf das Argu- ment stützen, sie benötige sie, um Freunde, Ärzte und die örtliche Kirche besuchen zu kön- nen. Das BSG erkennt an, dass der Besuch von öffentlichen Gebäuden zur Erschließung des Nahbereichs gehöre, die die GKV sicherstellen müsse. Wegen der grundlegend geän- derten rechtlichen Bewertung der Barrierefreiheit von Gebäuden mit Publikumsverkehr geht das BSG aber davon aus, dass im Nahbereich der Wohnung üblicherweise keine Treppen mehr zu überwinden seien und dieser Prozess weiter voranschreitet. Die insoweit entgegen- stehende Rechtsprechung von 1984 gibt der 3. Senat des BSG ausdrücklich auf. Den Besuch von Freunden, Verwandten und Gottesdiensten weist das BSG der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu, für die nicht die GKV zuständig sei.

(9) Der Besuch von Ärzten mit noch nicht barrierefreien Praxen gehöre zwar zur medizini- schen Rehabilitation. Da es hier aber nur um vier Besuche pro Jahr ging, hielt das BSG ei- nen Treppensteiglift für nicht erforderlich und wirtschaftlich. und verwies die Klägerin auf einen Fahrdienst.

(10) Mit dem Urteil knüpft das BSB an seine Rechtsprechung an, wonach nur das allgemei- ne Grundbedürfnis auf Erschließung eines körperlichen Freiraums von der GKV abzudecken ist. Hierzu gehört die Fähigkeit, sich in der Wohnung zu bewegen sowie die für die Deckung von Alltagsgeschäften im angrenzenden Nahbereich erforderliche Mobilität.

(11) Im Fall der Klägerin, die offenbar in einer ebenerdigen Wohnung lebt, mag das Urteil sachgerecht sein, da ihre Basisversorgung – ausgehend von generellen, durchschnittlichen Wohnverhältnissen gewährleistet ist.

(12) Problematisch wird das Urteil aber durch das obiter dictum, dass auch der Zugang zur Wohnung über ein Treppenhaus im Grundsatz nicht in die Zuständigkeit der GKV falle. Richtigerweise sieht das BSG den Zugang zur Wohnung über ein Treppenhaus zwar als allgemein üblichen Wohnstandard an. Überraschenderweise urteilt es dann jedoch, ein Treppenlift als Hilfsmittel zur Überwindung der Treppen gehöre nicht zu den Leistungen der Krankenkasse.

(13) Das BSG bestätigt zwar zunächst ausdrücklich, dass die von der Krankenkasse zu ge- währleistenden Basisversorgung auch umfasse, die Wohnung verlassen zu können (s.o. Nr.5). Nicht zu den Aufgaben der GKV gehöre es jedoch, den Versicherten zu ermöglichen, sich von ihrer Wohnung in den Nahbereich zu begeben, wenn dies nur über ein – allgemein

übliches – Treppenhaus erfolgen kann. Dies führt zu einem absurd erscheinenden Ergebnis: Das Bedürfnis, die Wohnung verlassen zu können, ist bereits damit erfüllt, dass der/die Versicherte sich "einen Schritt" vor die Wohnungstür begeben kann. Damit kann er/sie zwar im reinen Wortsinn die Wohnung verlassen, was ihm/ihr aber nichts nützt, weil wegen des Treppenhauses der Nahbereich nicht erreicht werden kann. Nach dieser Rechtsprechung des BSG endet also das Grundbedürfnis auf Erschließung eines geistigen und körperlichen Freiraums unmittelbar vor der Wohnungstür und beginnt erst wieder an der Haustür. Die dazwischenliegende Treppe fällt aber nicht in die Zuständigkeit der GKV. Das von ihr zur Verfügung gestellte Hilfsmittel kann somit faktisch gar nicht genutzt werden.

(14) Damit setzt das BSG seine Linie fort, die bereits der Entscheidung zu den Hörgerätebatterien (Urteil vom 19.5.09, B 8 SO 32/07 R) zugrundelag. Die GKV ist nur zur Leistung eines "unvollständigen" Hilfsmittels verpflichtet, das für sich genommen seinen Zweck nicht erfüllen kann. So wie das von der GKV zu leistende Hörgerät ohne Batterien das Grundbedürfnis des/der Versicherten auf Hören nicht befriedigen kann, ist es dem/der Versicherten ohne Treppensteighilfe nicht möglich, mit dem von der GKV zur Verfügung gestellten Hilfsmittel (Rollstuhl) die Wohnung so zu verlassen dass er den Nahbereich erschließen kann – was ebenfalls zu seinen Grundbedürfnissen gehört.

15) Aus dem Urteil folgt jedoch nicht zwingend, dass Krankenkassen generell keine Treppensteighilfen als Hilfsmittel bewilligen müssen. Letztlich verlangt das BSG von den behinderten Menschen, dass sie in eine Wohnung ziehen, in der sie nicht auf Hilfsmittel zur Überwindung von Treppen angewiesen sind. Die Wohnung muss also entweder ebenerdig sein oder über einen Aufzug verfügen. Hieran muss sich die Entscheidung der Krankenkasse messen lassen.

Folgerichtig wäre es, dass die GKV die Leistung nicht pauschal unter Hinweis auf das BSG-Urteil ablehnen darf, wenn es dem/der Versicherten unzumutbar ist, in eine Wohnung umzuziehen, in der keine Treppensteighilfe benötigt wird. Die Leistungspflicht der Krankenkasse könnte sich z.B. daraus ergeben, dass der/die Versicherte zu alt oder zu schwer behindert für einen Umzug ist, wenn dem/der Versicherten ein Umzug in ein anderes Wohnumfeld behinderungsbedingt nicht zugemutet werden kann oder wenn dargelegt wird, dass entgegen der Annahme des BSG kein geeigneter Wohnraum zur Verfügung steht. Ob die GKV auch in diesen Fällen von ihrer eine Verpflichtung frei ist, die Basisversorgung des/der Versicherten zu gewährleisten, müsste die Rechtsprechung klären.

(16) Ob der/die Versicherte der GKV gegenüber anderen Sozialleistungsträgern einen Anspruch auf Übernahme der Kosten hat, ist im Einzelfall zu prüfen. Ausdrücklich nennt das BSG hier die Pflegeversicherung, die zur Vermeidung von stationärer Pflege Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes vorsieht, wenn dadurch die häusliche Pflege erst ermöglicht werde. Selbst wenn dem Grunde nach ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht, ist zu beachten, dass die Leistungen einkommensabhängig erbracht werden, so dass der Leistungsberechtigte die Kosten ganz oder teilweise aus eigener Tasche tragen muss.

17) BSG vom 25.11.2010 - B 3 KR 1/10 R

Ermittlung von Pflegesätzen, externer Vergleich (siehe Besprechung zu Nr. 9)

18) BSG vom 18.5.2011 – B 3 KR 10/10 R
Versorgung mit Sportrollstuhl

Verfasser: Herr Tscheulin

(1) Das BSG stellt fest, dass es nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist, einem behinderten Menschen durch die Hilfsmittelversorgung die Teilhabe am Behindertensport zu ermöglichen.

(2) Der zwölfjährige Kläger ist auf einen Rollstuhl angewiesen. Die Krankenkasse hat ihn mit einem "Aktivrollstuhl" versorgt, mit dem er am Schulsport teilnimmt. Für das Training in einer Rollstuhl-Basketballmannschaft beantragte er einen zusätzlichen "Sportrollstuhl", weil dieser im Vergleich zum "Aktivrollstuhl" leichter zu handhaben und sicherer sei. Dies lehnte die Krankenkasse ab.

(3) Das BSG hat die Entscheidung der Krankenkasse bestätigt. Auch jugendliche Versicherte könnten die Versorgung mit besonders ausgestatteten Sportrollstühlen für den Vereinssport nicht beanspruchen. Der Sportrollstuhl sei weder für die Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung noch zu dem von der GKV zu gewährleistenden Basisausgleich erforderlich.

(4) Das BSG verweist auf seine Rechtsprechung, wonach allgemeine Maßnahmen zur Bewegungsförderung nur ausnahmsweise von der GKV zu leisten seien. Sport solle – anders als z.B. Krankengymnastik – den körperlichen und psychischen Zustand nur allgemein fördern und diene nicht unmittelbar der Therapie. Eine solche enge Einbindung in die Krankenbehandlung liege bei dem hier begehrten Sportrollstuhl nicht vor.

(5) Der Sportrollstuhl sei auch nicht zur Sicherung des Grundbedürfnisses auf Mobilität in Wohnung und Nahbereich erforderlich (s.o. Entscheidung zur Treppensteighilfe, dort Nr.5). Die hier in Rede stehende sportliche Betätigung gehöre nicht zu den von der GKV zu gewährleistenden Grundbedürfnissen.

Zwar gehe bei Kindern und Jugendlichen die Leistungspflicht der GKV weiter, wenn das Hilfsmittel für den gesetzlich vorgeschriebenen allgemeinbildenden Schulunterricht oder zur Integration in der jugendlichen Entwicklungsphase erforderlich sei.

(6) Auch nach diesem erweiterten Verständnis des Grundbedürfnisses bei Kindern und Jugendlichen besteht kein Anspruch auf den begehrten Sportrollstuhl. Der Vereinssport gehe über den vorgeschriebenen Schulbesuch hinaus. Der Rollstuhl sei auch nicht zur Integration in der kindlichen Entwicklungsphase erforderlich. Beim Vereinssport gehe es hier nicht um die Vermeidung von Ausgrenzung, sondern um die Erweiterung von Teilhabemöglichkeiten, die nicht Aufgabe der Krankenkassen sei.

(7) Das BSG stellt fest, dass der Anspruch auch nicht aus der UN-Behindertenrechtskonvention folgt, da sich hieraus keine über § 33 SGB V hinausgehenden Rechte herleiten ließen. Insbesondere ergäben sich keine Ansprüche aus Artikel 20 der UN-Konvention, weil es sich dabei nur um eine Verpflichtung der Vertragsstaaten handle. Die Bundesrepublik trage dem von der Konvention angestrebten Zweck durch das gegliederte Leistungssystem ausreichend Rechnung. Weitergehende Einzelansprüche würden – zumindest ggü. der GKV – durch die UN-Konvention nicht begründet.

(8) Zu begrüßen ist die klare Aussage des BSG, dass die UN-Behindertenrechtskonvention keine subjektiven Rechte enthält. Diese ergeben sich damit weiter nur aus den entsprechenden Leistungsgesetzen. Damit ist nicht zu befürchten, dass die UN-Konvention zu ei-

nem "Super-Leistungsgesetz" ausgestaltet wird, durch das vermeintliche Lücken im Leistungsgeschehen gefüllt werden können.

(9) Zur Frage, ob der hier begehrte Sportrollstuhl zur von der Krankenkasse zu gewährleistenden Sicherung der Grundbedürfnisse auf Mobilität gehört, knüpft das BSG an der bekannten Rechtsprechung zur Basisversorgung an, d.h. an der Sicherstellung der Mobilität zur Erschließung (lediglich) des Nahbereichs. Dies umfasse zwar bei Kindern und Jugendlichen die Teilnahme an allgemein üblichen Freizeitgestaltungen. Dem wurde jedoch durch die GKV bereits durch die Versorgung mit einem Aktivrollstuhl Rechnung getragen, so dass nach Auffassung des BSG ein zusätzlicher Sportrollstuhl nicht erforderlich war. Dies erscheint nur dann überzeugend, wenn man den Vereinssport nicht als eine "übliche Freizeitgestaltung" ansieht. Nach Auffassung des BSG durfte sich der Kläger durchaus an den von seinem Wohnort erreichbaren Sportangeboten orientieren, in diesem Fall der örtliche Rollstuhl-Basketballverein. Den hierfür erforderlichen Rollstuhl muss die GKV jedoch nicht leisten, weil die Teilnahme am Vereinssport über das Grundbedürfnis auf Integration in der kindlichen/ jugendlichen Entwicklungsphase hinausgehe. Ebenso könnte man aber vertreten, dass die sportliche Betätigung im Verein und die Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen gerade bei Kindern und Jugendlichen einen wichtigen Beitrag zur Integration darstellen. Weshalb dies nicht so ist, begründet das BSG nicht, was die Übertragung auf andere Fälle erschwert.

Die Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers erwähnt das BSG nur am Rand, weil der Kläger nicht bedürftig war. Zu prüfen wäre dann aber bei vorliegender Bedürftigkeit, ob ein spezieller Sportrollstuhl zur Teilnahme am Vereinssport zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erforderlich ist oder ob die vorhandenen Möglichkeiten nicht – wie bei anderen Kindern und Jugendlichen auch – ausreichen.

19) BSG vom 18.5.2011 – B 3 KR 7/10 R Versorgung mit Rollstuhlbike

Verfasser: Herr Tscheulin

(1) Das BSG hat in seinem Urteil festgestellt, dass die Krankenkasse ein für die Erschließung des Nahbereichs an sich nicht erforderliches Hilfsmittel (hier: Rollstuhlbike) bewilligen muss, wenn ohne dieses Hilfsmittel die Wahrnehmung dieses Grundbedürfnisses nicht zumutbar ist.

(2) Die Klägerin begehrte von ihrer Krankenkasse zusätzlich zu dem bereits von dieser zur Verfügung gestellten Aktiv-Rollstuhl ein zusätzliches Rollstuhlbike. Dies sei erforderlich, um einer Überlastung des Schulter-Ellenbogenbereichs bei weiterer Verwendung des Aktivrollstuhls vorzubeugen. Dem ist das BSG gefolgt und stellt zusammenfassend dar, wie der "Nahbereich" zu verstehen ist.

(3) Ausgangspunkt des BSG ist auch hier das Grundbedürfnis auf Erschließung eines körperlichen Freiraums, das die Bewegungsmöglichkeit in der Wohnung und im umliegenden Nahbereich umfasst (s.o. Entscheidung zur Treppensteighilfe, dort Nr.5). Diesen definiert das BSG zunächst als den Bewegungsradius, den ein Nichtbehinderter üblicherweise zu Fuß zurücklegt. Ziel des von der GKV zu gewährleistenden mittelbaren Behinderungsausgleichs sei allerdings kein Gleichziehen mit den Möglichkeiten, sondern nur ein "Aufschließen zu den Grundbedürfnissen" eines Nichtbehinderten.

(4) Der Nahbereich umfasse "gesundheitserhaltende Wege" (Besuche bei Ärzten, Therapeuten oder Apotheken), "Versorgungswege" (Wahrnehmung der für die selbständige Existenz und des selbständigen Wohnens notwendige Einrichtungen, z.B. Einkauf, Post, Bank) und

"elementare Freizeitwege" (Aufrechterhaltung der körperlichen und geistigen Grundbedürfnisse, z.B. "frische Luft schnappen", Gang zum Nachbarn oder zum Zeitungskiosk.)

(5) Von diesem Verständnis ausgehend, eröffnet ein Rollstuhlbike dem behinderten Menschen eine mit dem Radfahren vergleichbare erweiterte Mobilität und ist daher im Prinzip nicht von der GKV zu leisten.

(6) Etwas anderes gilt aber, wenn der Nahbereich ohne das begehrte Hilfsmittel nicht in zumutbarer Weise erschlossen werden kann. Dies ist dann der Fall, wenn Wegstrecken im Nahbereich z.B. nur unter Schmerzen, nur mit fremder Hilfe oder erheblich langsamer als ein Nichtbehinderter zurückgelegt werden können.

Andere Grundbedürfnisse, die eine über den Nahbereich hinausgehende Mobilität erfordern sind die Integration von Kindern und Jugendlichen sowie die Erreichbarkeit von Ärzten und Therapeuten bei besonderen gesundheitlichen Situationen.

(7) Im hier vorliegenden Fall hat das BSG entschieden, dass die Klägerin Anspruch auf das begehrte Rollstuhlbike hat, weil sie sich in dem vorhandenen Aktiv-Rollstuhl nur unter Schmerzen und bei drohender Verschlechterung des Gesundheitszustands fortbewegen konnte. Unter diesen Umständen sei die Wahrnehmung eines Grundbedürfnisses nicht zumutbar.

V. Schlussbemerkung

Die Rechtsprechung des BSG hat Umbrüche in den wichtigsten Säulen des Sozialhilferechts gebracht mit wesentlichen Akzentverlagerungen und sogar massiven Veränderungen für die Verwaltungspraxis. Weitere Entscheidungen des BSG zu wichtigen Grundsatzfragen sind zu erwarten.

Die BAGüS stellt nach wie vor fest, dass Veränderungen im Sozialhilferecht in solch entscheidendem Umfang, wie sie das BSG betreibt, vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt waren (vgl. hierzu Regierungsbegründung zum SGB XII - BT.-Drs. 15/1514 S. 53). Danach *entsprechen die Regelungen des Zwölften Buches im Wesentlichen inhaltsgleich dem Bundessozialhilfegesetz. Das Sozialhilferecht wird als Zwölftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingeordnet und der inhaltliche Aufbau, die Systematik und die Begrifflichkeit angepasst und weiter entwickelt.*

Die zunehmende Tendenz in der Rechtsprechung des BSG, in der Sozialversicherung eingeschränkte oder ausgeschlossene Leistungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation durch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu Lasten der Sozialhilfe aufzustocken oder zu ersetzen, entspricht nicht der Intention des Gesetzgebers.

Die BAGüS fordert daher den Gesetzgeber auf, durch entsprechende gesetzliche Maßnahmen die Grundsätze der Sozialhilfe gesetzlich stärker abzusichern und damit den Entscheidungsspielraum der Rechtsprechung einzugrenzen.

Abgrenzungsfragen zwischen Sozial- und Jugendhilfe werden sowohl von der Sozialgerichtsbarkeit als auch von der Verwaltungsgerichtsbarkeit entschieden. Wie u. a. die Rechtsprechung zu § 19 SGB VIII zeigt, stimmen die Auffassungen des Bundessozialgerichtes und des Bundesverwaltungsgerichtes dabei nicht immer überein. Dies sorgt für große Unsicherheit in der täglichen Verwaltungspraxis. Aus Sicht der BAGüS ist es daher wünschenswert, wenn zu solchen divergierenden Auffassungen gegebenenfalls eine Entscheidung des Gemeinsamen Senates der obersten Bundesgerichte herbeigeführt wird.