
Das Leistungsvergütungsrecht der Sozialen Sicherung

Harry Fuchs

Der Beitrag gibt mit den Beispielen der Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung, des Krankenhauses, ambulanter und stationärer Pflegeleistungen, der Leistungen zur Teilhabe und der Sozialhilfe einen Überblick über die Vielfalt des Vergütungsrechts im gegliederten deutschen Sozialleistungssystem. Dabei wird deutlich, dass sich nur die leistungsorientierte Vergütung der Teilhabeleistungen des SGB IX an den individuellen Leistungsbedarfen der Berechtigten orientiert. Das Vergütungsrecht der Leistungen der übrigen Sozialgesetzbücher orientiert sich an der Verfügbarkeit von Mitteln, am Wettbewerb, an Einrichtungsvergleichen und andren Indikatoren der Preisgestaltung. Dies korrespondiert mit der von den Berechtigten vermehrt beklagten mangelnden Individualität der Versorgung.

1 Einführung	837	3.3 Praxis	846
2 Krankenversicherung	838	4 Pflegeversicherung	847
2.1 Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung	838	4.1 Vergütung stationärer Pflegeeinrichtungen ...	848
2.2 Vergütung der Krankenhausversorgung	840	4.2 Vergütung ambulanter Pflegeeinrichtungen ...	852
3 Vergütungsrecht des Teilhaberechts	843	5 Sozialhilfe	853
3.1 Vergütungsanspruch	844	5.1 Leistungsvereinbarung	854
3.2 Grundsätze zur Vereinbarung von Vergütungen	845	5.2 Vergütungsvereinbarung	855
		6 Schlussbemerkung	857
		Literaturverzeichnis	857

1 Einführung

Das Vergütungsrecht im gegliederten deutschen Sozialleistungssystem ist so vielfältig, wie das System selbst. Das Recht des Sozialgesetzbuches soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten (§ 1 Abs. 1 SGB I). Neben gesetzlichen oder untergesetzlichen Definitionen von Sozialleistungen ist die Verfügbarkeit von Geldmitteln und damit die

Vergütung von Leistungen das wesentliche Instrument, mit dem der Gestaltungsauftrag des Sozialgesetzbuches zu verwirklichen ist.

Vor diesem Hintergrund darf erwartet werden, dass die Vergütung von Sozialleistungen einerseits über die mit der Leistung anzustrebenden Ziele einen Bezug zu den individuellen Bedarfen der Berechtigten und damit zur Verwirklichung individueller sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit hat. Andererseits erfordert der Leistungsgestaltungsauftrag eine Vergütung, die – über die Bedarfsgerechtigkeit hinaus – mit der Zielgerichtetheit, Qualität und Wirksamkeit der Leistungen korreliert und letztlich über das Gebot der sparsamen und wirtschaftlichen Mittelverwendung (§ 69 Abs. 2 SGB IV) der Begrenztheit der verfügbaren Mittel Rechnung trägt.

Da das Leistungsvergütungsrecht in den verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuches uneinheitlich und zudem auch noch für einzelne Leistungsgruppen und -formen recht unterschiedlich geregelt ist, kann dieser Beitrag nicht auf alle Formen der Leistungsvergütung eingehen, sondern nur einen grundlegenden Überblick geben, der Leistungen des Krankenversicherungs- und des Teilhaberechts, der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe erfasst.

2 Krankenversicherung

2.1 Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung haben in Deutschland Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen zusammenzuwirken. Gegenstand, Umfang und Ausführung der vertragsärztlichen Versorgung sind im Rahmen der Vorschriften des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden (§ 72 Abs. 1 und 2 SGB V).

Welche Leistungen durch Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (§§ 95 ff. SGB V), verordnet werden dürfen und von den Krankenkassen bezahlt werden, ist grundsätzlich in den leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB V geregelt (SGB V, Fünfter Abschnitt), die für das ärztliche Handeln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in § 73 Abs. 2 SGB V im Einzelnen näher benannt und durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V konkretisiert werden.

Die Vereinbarung der Verträge über die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist den Vertragsparteien auf Bundes- und Landesebene zugeordnet (§ 82

SGB V). Auf Bundesebene vereinbart die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen den allgemeinen Inhalt (Leistungsgegenstand) von Gesamtverträgen (Bundesmantelverträge; § 82 Abs. 1 SGB V). Auf Landesebene wird dagegen die Vergütung der Leistungen in Gesamtverträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) – als Selbstverwaltungskörperschaft des öffentlichen Rechts der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen – und den Landesverbänden der Krankenkassen geregelt (§§ 82 Abs. 2, 83 SGB V).

Der zwischen der KBV und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ausgehandelte Bundesmantelvertrag ist zugleich auch allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge auf Landesebene, in denen über den Bundesmantelvertrag hinaus weitere Einzelheiten der vertragsärztlichen Versorgung auf Landesebene zwischen den Vertragsparteien geregelt werden können.

Danach scheint die vertragliche Gestaltung der Vergütung zu den auf der Bundesebene definierten Leistungsinhalten der vertragsärztlichen Versorgung zunächst föderalisierte Aufgabe der Vertragsparteien auf Landesebene zu sein. § 87 SGB V sieht jedoch als Basis für die Vergütungsgestaltung auf Landesebene die Vereinbarung eines einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für ärztliche Leistungen auf der Bundesebene durch gemeinsame Bewertungsausschüsse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vor. Diese sind Bestandteil des Bundesmantelvertrages (§ 87 SGB V). Ebenso die Vereinbarung sonstiger bundeseinheitlicher Orientierungswerte (z. B. für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung durch Vordrucke, Nachweise u. ä).

Dennoch nimmt die Gesamtvergütungsvereinbarung in den Gesamtverträgen auf Landesebene eine herausgehobene Stellung ein, die regelmäßig als Anlage 1 zum Gesamtvertrag vereinbart wird und der daher ebenfalls gesamtvertragliche Qualität zukommt.

Die ambulanten medizinischen Leistungen, die Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch den Vertragsarzt verordnet oder ausgeführt erhalten, werden – im Gegensatz zu Patienten der Privatversicherung – nicht direkt zwischen dem Vertragsarzt und dem Patienten und auch nicht zwischen Arzt und Krankenkasse des Patienten, sondern über die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Basis des im EBM vereinbarten Punktesystems abgerechnet.

Die Krankenkassen schließen dazu mit den jeweiligen KVen Kollektivverträge ab, in denen die Gesamtvergütung für den jeweiligen KV-Bezirk festgelegt ist (§ 85 Abs. 1 SGB V). Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen und soll alle ärztlichen Leistungen zur Versorgung der GKV-Versicherten abdecken. Sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System abgerechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt (§ 87 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V).

In Honorarverteilungsverträgen wird durch Praxisbudgets vereinbart, welche Vergütung der einzelne Arzt auf der Basis der Gesamtvergütung, der von ihm nach dem EBM gegen über der KV abgerechneten Punkte und des Punktwertes tatsächlich erhält.

Dazu wird zunächst auf der Ebene der KV-Bezirke der Behandlungsbedarf bezogen auf alle Ärzte ermittelt. Dieser ergibt sich aus dem Volumen des in Punktzahlen bemessenen Leistungsvolumens des Vorjahres, das bei einer Veränderung der Versichertenzahl bzw. -struktur angehoben oder gesenkt werden kann. Mangels anderer valider Indikatoren dient dabei die Altersstruktur als Anhaltspunkt für die Morbiditätsstruktur. Der so ermittelte Behandlungsbedarf wird dann auf Basis des EBM mit dem bundeseinheitlichen Orientierungswerte gewichtet, wobei der so ermittelte regional geltende Punktwert durch Zu- und Abschläge in festen Euro-Beträgen vereinbart wird. Dabei gilt zur Mengengrenzung ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen (RLV). Überschreiten Ärzte die durch das RLV vorgegebenen Grenzen, kann eine Punktwertabsenkung die Folge sein. Allerdings hat eine über das RLV hinausgehende Fallzahl Auswirkungen auf das RLV des Folgejahres, das sich dann entsprechend erhöht. Auf diese Weise entsteht ein Anreiz hin zur Ausweitung des Patientenstammes, nicht aber zur Ausweitung der Leistungsmenge pro Patient. Der Punktwert betrug bis 30. 9. 2013 0,5363 Cent und seitdem 10 Cent¹.

Die Vergütung der Vertragsärztlichen Versorgung wurde politisch seit den 1990er Jahren weg von dem bisherigen rein kollektivvertraglich zentralisierten System hin zu einem staatlich beeinflussten Wettbewerbsinstrument im Bereich der Krankenversicherung umgebaut.

2.2 Vergütung der Krankenhausversorgung

Die Finanzierung der Krankenhausversorgung ist in Deutschland dual organisiert: Die Länder tragen die Investitionskosten aus Steuermitteln, die Krankenkassen die Betriebskosten aus Mitteln ihrer Beitragszahler.

Durch das mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) von 1973 in den Krankenhäusern eingeführte Selbstkostendeckungsprinzip wurden Krankenhausleistungen grundsätzlich kostendeckend durch pauschale »tagesgleiche Pflegesätze« vergütet, wenn notwendig auch mit der Möglichkeit nachträglicher Kostenerstattung (retrospektive Selbstkostendeckung auf der Basis der tatsächlich entstandenen Kosten). Diese retrospektive Selbstkostendeckung wurde ab 1986 zugunsten prospektiv verhandelter Pflegesätze (flexible Budgetierung) aufgegeben. Der Grundsatz der Selbstkostendeckung blieb aber erhalten. Gemäß

1 GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Geschäftsbericht 2013, Berlin 2014, online im Internet: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/geschaeftsberichte/GKV_GB2013_web_barrierefrei.pdf [04. 09. 2014], S. 42.

§ 5 Abs. 1 BPfIV wurde zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden auf Ortsebene zwar ein prospektives Budget verhandelt, dann jedoch in Form des allgemeinen tagesgleichen Pflegesatz gezahlt. Folge dieser Finanzierung war, dass unwirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser keinen Anreiz hatten, effizienter zu arbeiten, und bereits effizient arbeitende Krankenhäuser für ihre Effizienz nicht belohnt wurden.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 und der Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) 1995 wurde das Selbstkostendeckungsprinzip teilweise zu Gunsten eines Anspruchs auf »leistungsgerechte Erlöse« abgeschafft. Dazu waren ein einheitlicher Basispflegesatz für alle nichtmedizinischen Leistungen des Krankenhauses sowie Abteilungspflegesätze für die medizinischen und pflegerischen Leistungen verbindlich vorgegeben. Schon ab 1996 wurden an Stelle der tagesgleichen Pflegesätze bestimmte (überwiegend chirurgische) Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen und Sonderentgelte pauschaliert vergütet. Allerdings betraf dies lediglich rund 20 bis 25 Prozent aller Krankenhausleistungen². Die verbleibenden Leistungen des »Restbudgets« wurden weiter über einen tagesgleichen Pflegesatz vergütet (Mischsystem). Mit den auf der Basis der seit 1992 vereinbarten Vergütung eingeführten »gedeckelten Budgets« wurden die für das Krankenhaus verfügbaren Mittel durch die Anbindung an die Entwicklung der Grundlohnsumme begrenzt. Mit dieser Fortschreibung historischer Budgets basierte die Vergütung trotz prinzipiell gleicher Vergütung für Fallpauschalen und Sonderentgelte im Grundsatz immer noch auf der früheren Selbstkostendeckung.

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) wurde ab 2003 ein »durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem« eingeführt (§ 17 Abs. 1 KHG). Alle voll- und teilstationären Krankenhausleistungen, mit Ausnahme von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, sollen über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) vergütet werden.

DRGs bilden ein Patientenklassifikationssystem, mit dem einzelne stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (zum Beispiel Diagnose nach dem ICD-Schlüssel/ICD 10, durchgeführte Operationen, Schweregrad der Erkrankung, Alter des Patienten) zu Fallgruppen zusammengefasst werden. Die Zuweisung eines Behandlungsfalles zu einer Fallgruppe erfolgt in einem definierten Verfahren. Es werden solche Behandlungsfälle zusammengefasst, die medizinisch ähnlich und hinsichtlich des Behandlungskostenaufwands möglichst homogen sind. Ergänzt wird das Klassifikationssystem durch Abrechnungs- und Kodierregeln. DRGs sollen dabei generell folgenden Kriterien Rechnung tragen:³

2 Eigene Recherchen des Verfassers.

3 Vgl. Fetter, R.B.: Hospital Payment based on diagnosis-related groups, in: Journal of the Society for Health systems 1992, Vol. 3, No. 4, S. 4–15.

- Orientierung an routinemäßig dokumentierten Informationen,
- Überschaubarkeit der Fallgruppen,
- Erfassung aller stationären Krankenhaufälle,
- Kostenhomogenität der einzelnen Gruppen und
- medizinische Homogenität der einzelnen Gruppen.

In DRG-Systemen wird jeder Fall nur einer DRG zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt durch einen DRG-Grouper – ein Softwareprogramm, das aus einer definierten Menge an Parametern und einem vorgegebenen Algorithmus genau eine DRG bestimmt. Durch die Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen trägt das System auch unterschiedlichen Schweregraden der Krankenhaufälle Rechnung.

Jede DRG hat eine Bewertungsrelation (cost weight), auch Relativgewicht genannt. Die Summe der Bewertungsrelationen aller erbrachten DRGs ist der Case Mix (CM). Der Case Mix Index (CMI) eines Krankenhauses ist der Case Mix geteilt durch die Fallzahl. Er gibt die durchschnittliche ökonomische Fallschwere der Krankenhaufälle wieder.

Die erste deutsche DRG-Version war eine quasi unveränderte Übernahme der australischen AR-DRG-Klassifikation, bei der lediglich das australische Prozeduren- und Diagnosesystem durch das deutsche ICD-OPS-System ersetzt wurde und erste deutsche Relativgewichte an die Stelle der australischen traten. Seither hat eine umfangreiche Überarbeitung begonnen, die völlig unabhängig von der australischen Weiterentwicklung war. Sieht man von der Nomenklatur und der Methodik zur Berücksichtigung von Nebenerkrankungen ab, ist das deutsche DRG-System mittlerweile kaum mehr mit dem australischen DRG-System vergleichbar.

Die Anpassungen an das deutsche Leistungsgeschehen erfolgen jährlich. Das IneK⁴ kalkuliert für jede DRG Bewertungsrelationen, die die geschätzten Kosten abbilden. Grundlage sind die Daten von rund 200 Krankenhäusern sowie ein Gesamtdatenbestand aller Behandlungsfälle aller deutschen Kliniken (sogenannter 21er Datenbestand nach § 21 KHEntgG). Die wesentlichen Schritte, die Details der Kalkulation und die DRG-Notation sind den jährlichen Abschlussberichten⁵ und den Definitionshandbüchern⁶ des DRG-Institutes (IneK) zu entnehmen.

Jedes Krankenhaus verhandelt grundsätzlich jährlich mit den Krankenkassen sein Jahresbudget zur Vergütung der voll- und teilstationären Krankenhausleistungen. Seit der Reform der Krankenhausfinanzierung durch das GKV Gesundheitsreformgesetz

4 IneK-GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

5 Z. B. IneK (2014): Abschlussbericht zur Entwicklung von Investitionsrelationen gem. § 10 KHG für das Jahr 2014, online im Internet: http://www.gdr.de/cm/Aktuelles/Abschlussbericht__zur_Entwicklung_von_Investitionsrelationen_gem_10_KHG_fuer_das_Jahr_2014 [28.08.2014].

6 IneK (2014): Definitionshandbuch 2014. Erratum zum Definitionshandbuch der G-DRG-Version 2014, 2014, online im Internet: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2014/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2014 [28.08.2014].

2000 werden die meisten stationären Leistungen über Fallpauschalen auf der Basis des DRG-Systems vergütet.

Das krankenhausspezifische Budget wird ermittelt, indem die Krankenhausträger und die Krankenkassen gemeinsam die Leistungsmenge eines Krankenhauses für das Folgejahr vereinbaren. Dabei werden die vom Krankenhaus beantragten DRGs mit dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses verglichen. Der Versorgungsauftrag, der vom jeweiligen Bundesland festgelegt wird, bestimmt unter anderem, welche Leistungen – abgesehen von Notfällen – ein Krankenhaus erbringen darf. Aus der Menge der DRGs wird der Casemix als Summe der Bewertungsrelationen des einzelnen Krankenhauses berechnet. Das jährliche Krankenhausbudget wird errechnet, indem man den Casemix mit dem Landesbasisfallwert – das ist der jährlich von den Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften vereinbarte landesweit einheitlichen Preis für Krankenhausleistungen – multipliziert. Dabei werden insbesondere die voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklung, Wirtschaftlichkeitsreserven und Leistungsveränderungen berücksichtigt. Mit Einführung der Vergütung von Krankenhausleistungen auf der Grundlage der DRG's im Jahr 2003 wurden zunächst für jedes Krankenhaus individuelle Basisfallwerte vereinbart. Diese wurden von 2005 bis Ende 2009 schrittweise an den im jeweiligen Bundesland geltenden Landesbasisfallwert angeglichen. Seit dem 01.01.2010 ist der Landesbasisfallwert alleinige Berechnungsgrundlage für die Höhe der Vergütung von stationären Leistungen

Durch Leistungsabweichungen von der vereinbarten Leistungsmenge kann ein Krankenhaus Mehr-, aber auch Mindererlöse bezogen auf das Budget erzielen; hierfür findet im darauffolgenden Jahr ein sogenannter Erlösausgleich statt.

Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser wird seit 2013 ebenfalls ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystems eingeführt. Das sieht das 2012 beschlossene Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntgG) vor. Bis dahin erfolgte die Vergütung der voll- und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflege-satzverordnung (BPfIV) über Pflegesätze (Basis- und Abteilungspflegesätze).

3 Vergütungsrecht des Teilhaberechts

Das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) fasst das deutsche Rehabilitations- und Teilhaberecht in einem Teil des Sozialgesetzbuches zusammen und strebt

- trägerübergreifend einheitliche Rehabilitationsleistungen (§§ 4 Abs. 2 Satz 2, 10 Abs. 1 Satz 3, 12 Abs. 2 Nr. 1, 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX) sowie
- eine einheitliche Rehabilitationspraxis (§§ 8 bis 14 SGB IX)

durch Koordination und Kooperation der Träger und Konvergenz der Leistungen an. Damit soll gewährleistet werden, dass jeder Berechtigte seine wegen einer Beeinträchti-

gung seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erforderlichen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen entsprechend seinem individuellen Rehabilitationsbedarf unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines bestimmten Trägers von allen Rehabilitationsträgern nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erhält. Um dies sicher zu stellen, enthält das SGB IX in den §§ 17 bis 21 erstmals ein träger- und sozialrechtsübergreifendes Leistungserbringungsrecht für die Ausführung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

3.1 Vergütungsanspruch

Das Leistungserbringungsrecht des SGB IX verpflichtet die Leistungserbringer, die Teilhabeleistungen nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen, auszuführen (§§ 19 Abs. 4 i. V. m. 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX) und räumt ihnen damit zugleich das Recht auf eine angemessene Vergütung ein.

Angemessene Vergütung ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, dessen Gehalt durch Auslegung zu ermitteln ist.

Nach der Begründung zu § 21 Abs. 1 SGB IX ist bei der Vereinbarung der angemessenen Vergütung ein leistungsbezogenes Vergütungssystem anzustreben⁷. Der Gesetzgeber setzt damit die Angemessenheit der Vergütung in einen Bezug zur Leistung. Nach § 17 Abs. 1 Satz 1 SGB IX führen die Rehabilitationsträger die Teilhabeleistungen aus und sind damit selbst für die Ausführung – und damit für Gegenstand, Umfang und Qualität (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) – der Leistungen verantwortlich. Die Leistungserbringer werden dagegen für die Leistungsausführung lediglich im Sinne eines Erfüllungsgehilfen in Anspruch genommen (§ 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX)⁸. Vor diesem Hintergrund wird die Leistung angemessen vergütet, wenn die vom Rehabilitationsträger vorgegebene und erwartete Leistung vom Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung in der vorgegebenen Qualität ausgeführt werden kann.

Unabhängig davon bleibt die Frage zu beantworten, welche Kriterien für die Findung einer angemessenen, leistungsbezogenen Vergütung zu beachten sind.

Schon in der Begründung zu der vergleichbaren Formulierung im SGB XI (§ 84 Abs. 2 Satz 1) verdeutlicht der Gesetzgeber, dass er eine leistungsgerechte Vergütung nicht im Sinne eines reinen Marktpreises versteht, sondern auf eine konkrete Relation zwischen Vergütung und erbrachter Leistung für den benötigten Versorgungsaufwand abstellt⁹.

7 BT-Drs. 14/5074, S. 105.

8 Fuchs, in: Cramer/Fuchs, SGB IX-Kommentar zum Recht schwerbehinderter Menschen, § 17, Rn. 8, 9.

9 BT-Drs. 12/5262, S. 144 (zu § 93 Abs. 2 SGB XI).

Im SGB IX hat der Gesetzgeber verschiedene Bezugspunkte für die Angemessenheit der Vergütung gesetzt.

Nach § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX dürfen für die Ausführung von Teilhabeleistungen vom Rehabilitationsträger nur geeignete Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in Anspruch genommen werden. Das BSG hat dies nach Inkrafttreten des SGB IX aufgegriffen und als Bezugspunkt für die Vergütung primär die Geeignetheit der Einrichtung, nicht die Fiktion von Marktgesetzen gesetzt. Die ausführende Einrichtung hat geeignet zu sein, sodass erster Anknüpfungspunkt der angemessenen Vergütung nicht mehr der freie Wettbewerb, sondern das gesetzliche Kriterium der Geeignetheit ist. Erst unter den geeigneten Einrichtungen kann vom Rehabilitationsträger im Rahmen seines Auswahlermessens nach § 19 Abs. 4 SGB IX diejenige mit den günstigsten Vergütungssätzen bevorzugt werden¹⁰.

Eine Rehabilitationseinrichtung ist dann geeignet, wenn es ihr mit ihrer Struktur- und Prozessqualität voraussichtlich möglich ist, die im Einzelfall angestrebten individuellen Teilhabeziele (§§ 1, 4 Abs. 1 u. 2, 26 Abs. 1, 33 Abs. 1, 55 Abs. 1 SGB IX) zu erreichen. Dazu muss die Struktur- und Prozessqualität den Anforderungen genügen, die die Rehabilitationsträger in gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12, 13, 20 SGB IX u. a.

- zu Gegenstand, Umfang, Ausführung der Leistungen
- zu der Frage, in welchen Fällen auf welche Weise Leistungen zu erbringen sind,
- zur Qualität der Leistungen und der Leistungsausführung sowie zur Qualitätssicherung und -entwicklung

festzulegen haben.

Weitere Anknüpfungspunkte für die Angemessenheit der Vergütung ergeben sich aus den vom Rehabilitationsträger zur Konkretisierung des Versorgungsauftrages der Einrichtung im Versorgungsvertrag nach § 21 Absatz 1 SGB IX zu den Leistungszielen, Leistungsinhalten und qualitativen Anforderungen mit dem Leistungserbringer getroffenen einrichtungsspezifischen Vereinbarungen sowie aus Bundesrahmenverträgen nach § 21 Abs. 2 SGB IX.

3.2 Grundsätze zur Vereinbarung von Vergütungen

Eine Vergütung kann nur dann angemessen und leistungsbezogen sein, wenn sie an den Vorgaben orientiert ist, welche das SGB IX an die Leistung selber stellt. Demnach ist die Vergütung im Sinne des SGB IX angemessen, die im Rahmen der funktionsbezogen und qualitätsgesichert ausgeführten Leistung (§§ 10, 17, 20 SGB IX) entsprechend dem

10 BSGE 89, 294 ff.; vgl. auch Auswahlermessen nach § 19 Abs. 4 SGB IX.

individuellen Rehabilitationsbedarf erforderlich ist, um die Rehabilitationsziele (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) wirtschaftlich zu erreichen. Hieraus ergibt sich keine rechtlich ermittelbare »richtige« Vergütung, sondern ein Rahmen für die Aushandlung der Vergütung in dem nach § 21 SGB IX vorgezeichneten Verfahren. Dies erfordert, dass die Rehabilitationsträger in diesem Rahmen einheitliche Grundsätze für die Vereinbarung der Vergütung aufstellen und in Rahmenverträgen mit den Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer vereinbaren, damit auf dieser Basis Vergütungen in den einzelvertraglichen Beziehungen zwischen den Diensten und Einrichtungen und den Rehabilitationsträgern vereinbart werden können.

Der Gesetzgeber geht nicht nur davon aus, dass es solche Grundsätze geben muss und wird, er schreibt in § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX ausdrücklich vor, dass diese Grundsätze in die Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern zu übernehmen sind. Diese Verpflichtung setzt voraus, dass solche Grundsätze »der« Rehabilitationsträger bestehen, also nicht nur Grundsätze eines oder mehrerer, sondern aller Rehabilitationsträger gemeinsam. Zweck der Vereinheitlichung von Vergütungsgrundsätzen ist es, die Konvergenzziele des SGB IX, insbesondere die Nahtlosigkeit der Leistungserbringung (§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) und die Gleichmäßigkeit der Leistungen (§§ 4 Abs. 2 Satz 2, 10 Abs. 1 Satz 3 SGB IX) sicherzustellen. Unterschiedliche Vergütungsgrundsätze können zu unerwünschten Effekten und Anreizen in der Leistungserbringung führen, indem etwa Entscheidungen über Einleitung, Dauer und Fortsetzung von Leistungen zur Teilhabe von Vergütungserwartungen und -strukturen statt von fachlichen Erwägungen mitbestimmt werden. Einheitliche Grundsätze der Vergütung sollen weiterhin bewirken, dass ein Wettbewerb der Leistungserbringer über zügige, wirksame, wirtschaftliche und nachhaltige Ausführung der Leistungen, also nicht alleine um niedrige Vergütungsgrundsätze geführt werden kann.

Zur Ermittlung der angemessenen Vergütung ist es notwendig, dass der Leistungserbringer dem Leistungsträger die in diesem Sinne leistungsbezogenen aussagefähigen Unterlagen vorlegt¹¹. Aussagefähige Unterlagen sind dabei all die Unterlagen, die einen Bezug zur funktionsbezogen und qualitätsgesichert wirtschaftlich und wirksam ausgeführten Leistung (§§ 10, 17, 20 SGB IX) aufweisen und dem individuellen Rehabilitationsbedarf entsprechend erforderlich sind, um die Rehabilitationsziele (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) zu erreichen. Betriebliche Daten der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen gehören nicht dazu, es sei denn der Rehabilitationsträger kann begründet darlegen, inwieweit diese betrieblichen Daten Auswirkungen auf die Leistung, also eine im Einzelfall besondere leistungsbezogene und damit vergütungsbezogene Relevanz, aufweisen. Die Vergütung ist im Übrigen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe monistisch geregelt. Danach sind neben den Aufwendungen für die Leistungsausführung auch

11 Löschau, in: GK-SGB IX, § 21, Rn. 16; Kunze, T./Kreikebohm, R.: Zur Rolle der Berufsförderungswerke im Spannungsfeld von sozialem Auftrag, marktwirtschaftlichem Wettbewerb und strukturellen Abhängigkeiten – Teil II, in: SGB 2006, S. 284 (288).

die Investitions- und Investitionsfolgekosten in die Vergütungsverhandlungen einzu-beziehen.

3.3 Praxis

Nach geltendem Recht besteht im Bereich des Rehabilitations- und Teilhaberechts ein Leistungserbringungsrecht, das – mit Ausnahme der Sozialhilfeträger – für alle Rehabilitationsträger und Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen wirksam ist. Lediglich die Sozialhilfeträger haben nach § 7 Satz 1 SGB IX das trägerspezifische Recht der §§ 75 ff. SGB XII weiterhin anzuwenden. Die für alle übrigen Rehabilitationsträger geltenden spezifischen Leistungsgesetze enthalten dagegen kein im Verhältnis zum SGB IX abweichendes Recht, das eine andere Rechtspraxis rechtfertigen könnte.

Gleichwohl praktizieren viele Rehabilitationsträger unverändert eine vom SGB IX abweichende Vergütungspraxis mit vielen unterschiedlichen Variationen, die – z. B. im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Bundesagentur für Arbeit – bis zur Vergütungsfindung in Ausschreibungs- und Vergabeverfahren reichen, die das SGB IX zur Sicherstellung individueller, auf das persönliche Teilhabziel des Betroffenen abzielender Leistungsausführung ausdrücklich nicht kennt.

Zudem besteht das Problem, dass die Rehabilitationsträger entgegen den Vorgaben des Gesetzgebers bisher weder die genannten gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12, 13 SGB IX, noch entsprechende Rahmenverträge nach § 21 Abs. 2 SGB IX vereinbart haben¹².

4 Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung nennt sowohl ambulante, wie auch stationäre Pflegeangebote »Pflegeeinrichtungen«, wobei ambulante Pfelegeeinrichtungen als Pflegedienste (§ 71 Abs. 1 SGB XI) und stationäre Pfelegeeinrichtungen als Pflegeheime (§ 71 Abs. 2 SGB XI) bezeichnet werden. Es handelt sich jeweils um selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die pflegebedürftige Menschen unter den im Gesetz genannten Voraussetzungen (§ 71 Abs. 1 und 2 SGB XI) stationär, teilstationär oder in ihrer Wohnung (ambulant/nicht stationär) pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pfelegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein schriftlich abgeschlossener Versorgungsvertrag besteht

12 Vgl. zur Vertiefung Fuchs, H./Welti, F./Köster, P. (2006): Das Leistungserbringungsrecht des SGB IX: Rechtlicher Rahmen für Verträge zwischen Diensten und Einrichtungen und Rehabilitationsträgern (§ 21 SGB IX). Rechtsgutachten, 2006, online im Internet: <http://www.harry-fuchs.de/docs/Projekt%2021.pdf> [26. 08. 2014].

(zugelassene Pflegeeinrichtung; § 73 Abs. 1 SGB XI). In dem Versorgungsvertrag sind *Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen festzulegen*, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (§ 72 Abs. 1 SGB IX).

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung, deren Art und Umfang sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach richten, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird (§ 4 Abs. 1 SGB XI).

Als *allgemeine Pflegeleistungen* bezeichnet der Gesetzgeber »alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung« (§ 84 Abs. 4 SGB XI).

Anders als im sonstigen Sozialleistungsrecht üblich sind die »Leistungen der Pflegeversicherung« nicht im Einzelnen gesetzlich bestimmt, sondern werden als »Versorgungsauftrag« in den Versorgungsverträgen zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern beschrieben. Die »Leistungen« der Pflegeversicherung werden in Form eines gesetzlich der Höhe nach bestimmten Festbetrages der Kosten der in den Versorgungsverträgen vereinbarten Leistungen definiert und stellen mithin – weil die tatsächlichen Kosten in der Regel höher sind, als die im Gesetz bestimmten Beträge – im Ergebnis lediglich Zuschüsse der Pflegekassen zu den nach dem individuellen Pflegebedarf tatsächlich erforderlichen Pflegeleistungen dar.

Der Zuschusscharakter der Leistungen der Pflegeversicherung ergibt sich schon aus § 4 Abs. 2 SGB XI, wonach die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher und teilstationärer Pflege die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung *ergänzen*, bzw. bei stationärer Pflege die Pflegebedürftigen *von Aufwendungen für die pflegerische Versorgung entlasten*, diese also nicht in vollem Umfang ausgleichen.

Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung haben die Pflegebedürftigen immer selbst zu tragen (§§ 4 Abs. 2 Satz 2, letzter Halbsatz, 82 Abs. 1 Satz 4 SGB XI). Nach der Begründung zum Regierungsentwurf sollen mit dieser Regelung diejenigen, die in Heimen gepflegt werden, mit denen gleich gestellt werden, die zu Hause gepflegt werden und dort ebenfalls für die normalen Lebensführungskosten aufkommen müssen¹³. Für Pflegebedürftige in teilstationären Einrichtungen und in der Kurzzeitpflege geht diese Begründung allerdings fehl, weil die Fixkosten im eigenen Haushalt weiterlaufen und insoweit doppelter Aufwand besteht, der nicht mit Leistungen ausgeglichen wird.

13 BT-DRs. 12/5262 S. 90/91; Schmäing, in: LPK-SGB IX, § 82, Rn. 7.

4.1 Vergütung stationärer Pflegeeinrichtungen

Zugelassene Pflegeheime und Pflegedienste haben einen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (*Pflegevergütung*) sowie bei stationärer Pflege darüber hinaus auf ein angemessenes *Entgelt für Unterkunft und Verpflegung* (§ 82 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Sie umfasst bei stationärer Pflege auch soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 SGB V besteht, auch die medizinische Behandlungspflege. Nicht zur Pflegevergütung rechnen die vom Pflegebedürftigen selbst zu tragenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Soweit er bedürftig und dazu nicht in der Lage ist, kommen dafür Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege in Betracht.

Die *Pflegevergütung* wird nach § 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI auch »Pflegesatz« genannt. Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein und sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen. Bei der Zuordnung zu den Pflegeklassen sind die durch die Pflegebegutachtung (§ 18 SGB XI) als Voraussetzung für die Leistungsgewährung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) festgestellten Pflegestufen (§ 15 SGB XI) zugrunde zu legen. Während es bei Inkrafttreten des SGB XI diese zwingende Bindung an die Pflegestufen zunächst nicht gab¹⁴, kann nunmehr nur nach einer gemeinsamen Beurteilung des MDK und der Einrichtungsleitung davon abgewichen werden.

Die Pflegesätze müssen es einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Bindung der Vergütungsklassen an die Pflegeeinstufung führt in der Praxis oft zu der Unterstellung, dass mit der Pflegeeinstufung auch der tatsächlich in einer Einrichtung anfallende individuelle Pflegeaufwand eines Bewohners ausgedrückt werde. Tatsächlich handelt es sich bei der Pflegeeinstufung jedoch um eine gutachterliche Feststellung des wöchentlichen Hilfeaufwandes, »den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen erforderlichen Leistungen« im Zeitpunkt der Begutachtung benötigt (Ziffer 4 PflRi)¹⁵. Da sich der MDK zudem nach § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB XI bei seinen Feststellungen auf die Folgen der im wesentlichen körperlichen Verrichtungsbeeinträchtigungen zu beschränken hat und die Anforderungen aus der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch das SGB XI ohnehin nicht erfasst werden, bilden die

14 Das Abweichen der Pflegeklassen von den Pflegestufen wurde erst durch Urteil des BSG vom 01.09.2005 – B 3 P 4/04 R (Orientierungssatz 4b) faktisch ausgeschlossen und vom Gesetzgeber nachfolgend in § 84 SGB XI übernommen.

15 Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien) vom 07.11.1996 in der Fassung vom 22.08.2001.

Pflegesätze durch den Bezug auf die Pflegeeinstufung in der Regel nur einen Teil des tatsächlichen individuellen Versorgungsaufwandes eines Bewohners einer Einrichtung ab. Dies ist eine der wesentlichen Ursachen für die von den Leistungsanbietern beklagte Unterfinanzierung der Einrichtungen¹⁶.

In den Pflegesatzvereinbarungen sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen (§ 84 Abs. 5 SGB XI). Dazu sind u. a. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen sowie andere Anforderungen an die Versorgung in Landesrahmenverträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen sowie den Verbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren (§ 75 SGB XI). In den Ländern bestehen zwischen den Rahmenverträgen allerdings erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Einbeziehung und Zuordnung einzelner Kostenbestandteile in die Vergütungsverhandlungen¹⁷. Zur notwendigen personellen Ausstattung sind nach § 75 Abs. 3 SGB XI in diesen Verträgen entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren. Zudem geben die sogenannten Heimgesetze der Länder zum Schutz der Bewohner in der Regel bestimmte Anforderung hinsichtlich der Anzahl der mindestens erforderlichen Pflegefachkräfte vor (sogenannte Mindestfachkraftquote)¹⁸. Durch die Rechtsprechung des BSG wurde klargestellt, dass Tariflöhne und ortsübliche Gehälter der Beschäftigten in den Vergütungsverhandlungen immer der wirtschaftlichen Betriebsführung entsprechen.¹⁹

In der für eine Pflegeeinrichtung zu führenden Pflegesatzverhandlung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich ihrer Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden (§ 84 Abs. 2 Satz 6 SGB IX). Dieser »Pflegeheimvergleich« wurde von den Pflegekassen zwar seit Inkrafttreten des SGB XI als Indikator für die Vergütungsvereinbarung praktiziert, war aber zunächst im SGB XI als Vergütungsmaßstab nicht enthalten. Er wurde erst als Folge der Rechtsprechung des BSG ab 01. 07. 2008 durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz in das Gesetz aufgenommen, womit die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung bezogen auf die jeweilige Einrichtung wegen des mit dem Heimvergleich verbundenen nivellierenden Effektes nicht gerade gefördert wurde. Von der in § 92a SGB XI enthaltenen Ermächtigung, einen Pflegeheimvergleich

16 Fuchs, H.: Die Wohltaten der Pflegekasse – Satt, sauber, still – Prozessqualität im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, Soziale Sicherheit 1997, 46. Jg., Heft 10, S. 321–331.

17 AMED-GmbH/RWI Essen/UNI Duisburg/UNI-Bremen: Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen – Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, 2007, S. 24 f.

18 Z. B. in Nordrhein-Westfalen § 12 des Gesetzes über das Wohnen mit Assistenz und Pflege in Einrichtungen (Wohn- und Teilhabegesetz -WTG) vom 18. 11. 2008.

19 BSG vom 16. 05. 2013 – B P 1/12 R.

durch Rechtsverordnung anzuordnen, hat die Bundesregierung bisher keinen Gebrauch gemacht.

Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten werden als »Gesamtheimentgelt« für den Tag der Aufnahme sowie für jeden weiteren Tag des Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung berechnet (Berechnungstag – § 87a Abs. 1 SGB XI).

Die Pflegeversicherung gewährt nach § 43 SGB XI ihre Zuschüsse nicht zu dem Gesamtheimentgelt, sondern ausschließlich zu der Pflegevergütung (Pflegesätze). Die Zuschüsse betragen 2014 je Kalendermonat

- 1) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I: 1 023 Euro,
- 2) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II: 1 279 Euro,
- 3) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III: 1 550 Euro
- 4) für Pflegebedürftige, die nach § 43 Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind, 1 918 Euro.

Das *Entgelt für Unterkunft und Verpflegung* (so sogenannte »Hotelkosten«) umfasst insbesondere den Aufwand für die Zubereitung und das Bereitstellen von Speisen und Getränken, die Kosten der Ver- und Entsorgung (Energie, Wasser, Abfall), die Reinigung, die Wartung und Unterhaltung der Gebäude, Einrichtung und Ausstattung, technischen Anlagen und Außenanlagen und die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Wäsche sowie die Reinigung der persönlichen Wäsche und Kleidung des Pflegebedürftigen.

Investitionskosten sind die dem Träger der Pflegeeinrichtung im Zusammenhang mit Herstellung, Anschaffung und Instandsetzung von Gebäuden und der damit verbundenen technischen Anlagen entstehenden Kosten. Dazu gehören Nutzungsentgelte für abschreibungsfähige Anlagegüter, Zinsen auf Eigen- und Fremdkapital, Bürgschaftsprovisionen sowie Aufwendungen für Abnutzung auf Anlagegüter nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen einschließlich der Instandhaltung und Wiederbeschaffung. Soweit diese Aufwendungen nicht durch öffentliche Förderung gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil ihrer Aufwendungen dem Bewohner zusätzlich berechnen (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI). Einige Bundesländer wie z. B. Nordrhein-Westfalen²⁰ gewähren deswegen nach Wegfall der früheren direkten Investitionskostenförderung an den Betreiber einer Einrichtung im Zeitpunkt der Errichtung nunmehr an die Bewohner der Einrichtungen Zuschüsse zu den Investitionskosten, Pflegewohngeld genannt. In den Ländern, die eine solche Förderung nicht kennen, kommen für bedürftige Bewohner auch dafür Sozialhilfeleistungen in Betracht.

Über das Gesamtheimentgelt hinaus können die Betreiber von stationären Pflegeeinrichtungen erhalten:

20 § 9 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen vom 19. 03. 1996 (GV. NRW 1996, 137).

- Ausbildungsvergütung (§ 82a SGB XI)
- Einbeziehung der Aufwendungen für Mitglieder von Selbsthilfegruppen und sonstigen zum ehrenamtlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen in die Pflegevergütung (§ 82b SGB XI)
- Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (§ 87b SGB XI)
- Vergütung der vom Bewohner wählbaren, aber auch zu tragenden Zusatzleistungen (besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen, die über die notwendigen Pflege- sowie Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen hinausgehen) (§ 88 SGB XI).

4.2 Vergütung ambulanter Pflegeeinrichtungen

Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Trägern der Pflegeleistungen (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart (§ 89 Abs. 1 SGB XI). Wie im stationären Bereich muss auch hier die Vergütung einem Pflegedienst es bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

Die Vergütungen können nach § 84 Abs. 3 SGB XI

- nach Zeitaufwand und
- unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes
- nach Komplexleistungen oder
- in Ausnahmefällen nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistungen

bemessen werden. Sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.

Die Bundesregierung hat von ihrer in § 90 SGB XI enthaltenen Ermächtigung, für die im Gesetz alternativ vorgesehene Vergütung nach einer Gebührenordnung eine solche zu erlassen bisher keinen Gebrauch gemacht.

Die Landesverbände der Pflegekassen haben auf der Grundlage bundesweiter »Empfehlungen der Pflegekassen für ein System zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI« jeweils in den Bundesländern mit den Verbänden der ambulanten Pflegedienste Vereinbarungen oder Verträge über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen nach § 89 SGB XI geschlossen.

Die in Nordrhein-Westfalen getroffene Vereinbarung²¹ bezieht sich als Grundlage für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen auf die in der Bundesempfehlung definierten 24 Leistungskomplexe. Diesen Leistungskomplexen sind jeweils Punktzahlen zugeordnet. Die Pflegevergütung ergibt sich aus der Multiplikation der Punktzahl mit dem jeweils gültigen Punktwert. Der Punktwert beträgt in Nordrhein-Westfalen seit 01.01.2014 je Punkt 0,00369 EUR. Soweit eine Pflegeeinrichtung die Refinanzierung des Ausgleichbetrages für die Altenpflegeausbildung (§ 9 AltPflAusglVO) über die Pflegevergütung wünscht, wird die Punktzahl mit dem jeweils gültigen Gesamtpunktwert (Punktwert + Umlagebetrag) multipliziert. Hinzu tritt eine Hausbesuchspauschale.

Die vereinbarten Vergütungen gelten für die Leistungen nach § 14 SGB XI. Mit den vereinbarten Vergütungen sind die vertraglichen Leistungen einschließlich des für die jeweilige Verrichtung erforderlichen Vor- und Nachbereitungsaufwandes abgegolten. Zahlungen von Pflegebedürftigen dürfen die Pflegeeinrichtungen für die vertragsgemäß abgegoltenen Leistungen weder fordern noch annehmen.

Betriebskostenzuschüsse²² im Sinne des § 82 Abs. 5 SGB XI zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung sind von der Pflegevergütung abzuziehen.

5 Sozialhilfe

Das Zwölfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XII) gewährt den stationären und teilstationären Einrichtungen, die zur Erfüllung von Aufgaben der Sozialhilfe tätig sind, einen Anspruch auf Vergütung ihrer Leistungen, wenn der Träger der Sozialhilfe mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über

- 1) Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
- 2) die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
- 3) die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung)

abgeschlossen hat (§ 75 Abs. 3 SGB XII). Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Wurde eine dieser Vereinbarungen nicht abgeschlossen, darf der Träger der Sozialhilfe Leistungen

21 Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Nordrhein-Westfalen, online im Internet: http://www.vdek.com/LVen/NRW/Service/Pflegeversicherung/Ambulante_Pflege/_jcr_content/par/download_o/file.res/Muster-Verg%C3%BCtungsvereinbarung.pdf [26.08.2014].

22 Hierbei handelt es sich um eine Investitionskostenförderung, die nach dem sich derzeit in der parlamentarischen Beratung befindenden Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen auch für Pflegedienste vorgesehen ist.

durch diese Einrichtung nur erbringen, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalls geboten ist. Hierzu hat der Träger der Einrichtung ein Leistungsangebot vorzulegen, das die Voraussetzung des § 76 SGB XII erfüllt, und sich schriftlich zu verpflichten, Leistungen entsprechend diesem Angebot zu erbringen. Vergütungen dürfen nur bis zu der Höhe übernommen werden, wie sie der Träger der Sozialhilfe am Ort der Unterbringung oder in seiner nächsten Umgebung für vergleichbare Leistungen nach den nach dem üblichen Verfahren mit anderen Einrichtungen getroffenen Vereinbarungen trägt (§ 75 Abs. 4 SGB XII). Ein Rechtsanspruch auf den Abschluss einer Vereinbarung besteht nicht.

Die Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 und 4 SGB XII haben den gleichen Charakter wie die Versorgungsverträge im Recht der Sozialversicherungsträger. Sie sind Voraussetzung dafür, dass durch den Sozialhilfeträger vergütungsfähige Leistungen für einen Berechtigten in einer Einrichtung ausgeführt werden können.

5.1 Leistungsvereinbarung

Die Leistungsvereinbarung muss nach § 76 Abs. 1 SGB XII die wesentlichen Leistungsmerkmale festlegen, mindestens jedoch die betriebsnotwendigen Anlagen der Einrichtung, den von ihr zu betreuenden Personenkreis, Art, Ziel und Qualität der Leistung, Qualifikation des Personals sowie die erforderliche sächliche und personelle Ausstattung. Schon diesem Wortlaut ist der enge Zusammenhang zwischen der so abzubildenden Leistung und der Vergütung zu entnehmen. Deshalb sollte die Leistungsvereinbarung »die wesentlichen Leistungsmerkmale« zu folgenden Positionen festlegen:

- Welcher Personenkreis wird betreut?
- Welche Art von Leistung wird erbracht?
- Welches Ziel wird mit der Leistung verfolgt?
- Die Qualität der Leistung soll beschrieben werden.
- Die Qualifikation des Personals ist festzulegen.
- Wie viel Personal steht für wie viele Klienten zur Verfügung?
- Welche sächliche Ausstattung muss der Dienstleister vorhalten?

In der Praxis wird in der Leistungsvereinbarung häufig darauf verzichtet, die Leistung zu beschreiben. Stattdessen wird auf ein Konzept des Leistungserbringers verwiesen oder auf abstrakte Beschreibungen in Landesrahmenverträgen nach § 79 SGB XII, die damit Teil der Leistungsvereinbarung werden. Der Vorteil dieser Variante liegt für den Sozialhilfeträger darin, dass man den Vertrag möglichst allgemein und schlank hält. Ein Nachteil ist, dass der Leistungserbringer das Konzept nicht eigenständig ändern kann. Eine Änderung des Konzeptes bedeutet dann jedes Mal eine Änderung der Leistungsvereinbarung mit dem zuständigen Sozialhilfeträger.

In die Vereinbarung ist die Verpflichtung der Einrichtung aufzunehmen, im Rahmen des vereinbarten Leistungsangebotes Leistungsberechtigte aufzunehmen und zu betreuen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 76 Abs. 1 SGB XII).

Diese Anforderungen bleiben deutlich hinter den Anforderungen z. B. nach § 21 SGB IX für den Abschluss von Versorgungsverträgen für die Ausführung von Teilhabeleistungen zurück. Die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit entsprechen eher denen für die vertragsärztliche Krankenbehandlung nach § 72 Abs. 2 SGB V, bleiben jedoch ebenfalls deutlich hinter dem Wirksamkeitsgebot des Teilhaberechts in § 10 SGB IX zurück.

5.2 Vergütungsvereinbarung

Die Vergütungsvereinbarung besteht mindestens aus drei Bestandteilen: der *Grundpauschale*, die für die Grundleistungen erhoben wird und sich in Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung untergliedert; der *Maßnahmepauschale*, die nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf kalkuliert werden kann (§ 76 Abs. 2 Satz 3 SGB XII), sowie aus dem *Investitionsbetrag* für betriebsnotwendige Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung. Mit dieser Aufschlüsselung soll ein möglichst hohes Maß an Vergleichbarkeit gewährleistet werden, das für die Fälle des Vergleichs nach § 75 Abs. 4 SGB XII von erheblicher Bedeutung ist. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass einerseits die Leistungsgruppen/-typen und andererseits wesentliche Kalkulationsgrundlagen – letztere insbesondere aufgrund der Rahmenverträge nach § 79 Abs. 1 – landesweit im Wesentlichen gleich ausgestaltet sind.

Aus § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XII ergibt sich, dass die Vergütungen leistungsgerecht vereinbart werden müssen, d. h., es muss einer sparsam und wirtschaftlich geführten Einrichtung möglich sein, eine bedarfsgerechte Hilfe zu leisten. Anders als im früheren BSHG soll der Pflegesatz nicht mehr die Funktion haben, Kosten in weitgehender Abstraktion von erbrachten Leistungen zu ersetzen, sondern konkrete vollstationäre oder teilstationäre Leistungen zu vergüten, und zwar differenziert nach dem Versorgungsaufwand, den der Berechtigte nach Art und Schwere seines Bedarfs benötigt²³. Eine leistungsgerechte Vergütungsvereinbarung, die die für den bedarfsgerechten Versorgungsinhalt und -aufwand erforderlichen finanziellen Mittel festlegt, bedarf mithin einer detaillierten Beschreibung der Inhalte, des Umfangs und der Qualität der Leistungen. Die Ausdifferenzierung des Leistungsangebots in der Leistungsvereinbarung bildet die tragfähige Grundlage für erfolgreiche Entgeltverhandlungen eines Leistungsanbieters. Die nach § 79 Abs. 1 SGB XII abzuschließenden landesweiten Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen (Landesrahmenvereinbarungen) führen dagegen weg von

23 BT-Drs. 12/5262, S. 144.

der Individualisierung hin zur Abstrahierung des Leistungsangebotes und sind damit ein Problem für die individuelle Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen²⁴. Dies ist eine der Ursachen für die in der politischen Diskussion zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe geforderten »personenzentrierten« statt einrichtungsbezogenen Leistungsausführung²⁵.

Art, Höhe und Laufzeit der Vergütung unterliegen der Vereinbarung der Vertragspartner. Sie kann je Anwesenheitstag, je Kalendertag oder als Monats-/Jahrespauschale vereinbart werden. Zur Ermittlung der Vergütung ist ferner ein Auslastungsgrad zu ermitteln.

Die *Grundpauschale* ist die Vergütung für die Unterkunft und Verpflegung mit Ausnahme derjenigen Leistungen, die durch den Investitionsbetrag abgedeckt werden. Die Grundpauschale kann entweder als einrichtungsindividuelle oder als einrichtungsübergreifende Pauschale vereinbart werden²⁶. Sofern die Grundpauschale als einrichtungsindividuelle Pauschale berechnet wird, sollte dies auf der Grundlage von Rahmenverträgen geschehen, um sicherzustellen, dass auf Landesebene die Berechnungsgrundlagen einrichtungsunabhängig vereinbart werden. Personal- und Sachkosten sind verursachungsgerecht der Grund- und der Maßnahmepauschale zuzuordnen, soweit sie nicht auf den Investitionsbetrag entfallen.

Die *Maßnahmepauschale* ist der Vergütungsbestandteil für die vereinbarten Leistungen. Hierzu können Leistungstypen für Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf entwickelt werden²⁷. Die heutige Fassung des Gesetzes soll es ermöglichen, auf die Vergütung von Leistungsstunden abzustellen und dabei regionale Besonderheiten zu berücksichtigen²⁸. Der Wortlaut des Gesetzes »Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf« geht jedoch nicht davon aus, dass der individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf (vgl. dazu § 10 SGB IX) gedeckt wird. Jede Leistungsgruppe bzw. jeder Leistungstyp stellt ein standardisiertes Leistungsangebot dar, das *in der Regel* den Hilfebedarf der Angehörigen der Zielgruppe abdeckt. Die damit bezweckte Pauschalierung dient – ebenso wie die Einführung von Fallpauschalen in der Krankenhausvergütung – der Transparenz des Leistungsgeschehens. Der Leistungstyp lässt sich beschreiben durch die Zielgruppe, die Hilfeziele, die Art und den Umfang der Leistung, Qualitätsmerkmale sowie personelle, räumliche und sächliche Ausstattungserfordernisse. Schwanken die individuellen Hilfebedarfe der vom jeweiligen Leistungstyp er-

24 Siehe dazu auch unten die Ausführungen zur Maßnahmepauschale.

25 Fuchs, H.: Thesen zur Weiterentwicklung des Behindertenrechts im Lichte der Beschlüsse der ASMK vom 23./24.11.2010, 2011, online im Internet <http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/2011/D1-2011.pdf> [20.08.2014].

26 Flint, in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, 2014, § 76, Rn 27; anderer Ansicht Vigener, G.: Auswirkungen des Gesetzes zur Reform des Sozialhilferechts auf das Pflegesatzwesen, in: NDV 1997, 61 (62), der aus dem Begriff »Pauschale« im Gegensatz zu »Beitrag« ableitet, dass es sich um eine einrichtungsübergreifende Vereinbarung handeln müsse.

27 Vgl. hierzu BSG, Urteil vom 02.02.2010 – B 8 SO 20/08 R.

28 Vgl. BT-Drs. 16/13424, S. 35.

fassten Leistungsberechtigten stark, so kann es sich anbieten, innerhalb einzelner Leistungstypen Hilfebedarfsgruppen zu bilden.²⁹

Der *Investitionsbetrag* ist anders als die Pauschalen an der konkreten Situation des Einrichtungsträgers zu kalkulieren. Er ist für alle Leistungsberechtigten gleich hoch. Berücksichtigungsfähig sind die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen.

Für Leistungen der Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII) durch den Sozialhilfeträger richtet sich die Vergütung nach dem Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 75 Abs. 5 SGB XII).

6 Schlussbemerkung

Gemessen an der Erwartung, dass die Vergütung von Sozialleistungen über die mit der Leistung anzustrebenden Ziele einen Bezug zu den individuellen Bedarfen der Berechtigten hat, ist festzustellen, dass zwar in allen Büchern des Sozialgesetzbuches die Vorgabe enthalten ist, dass die Leistungen den individuellen Bedarf decken müssen. Die Vergütungsregelungen orientieren sich jedoch in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe nicht am individuellen Bedarf, sondern vornehmlich an den Zielen der Kostenbegrenzung und Wirtschaftlichkeit. Lediglich im Bereich des Teilhaberechts gibt es einen gesetzlichen Bezug zwischen Bedarf und Vergütung, der in der Praxis jedoch ebenfalls so nicht gelebt wird.

Literaturverzeichnis

- AMED-GmbH/RWI Essen/UNI Duisburg/UNI-Bremen: Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen – Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, 2007.
- Cramer, H./Fuchs, H./Hirsch, S./Ritz, H.-G.: SGB IX-Kommentar zum Recht schwerbehinderter Menschen, 6. Auflage, München (Stand Juli 2014).
- Fetter, R. B.: Hospital Payment based on diagnosis-related groups, in: Journal of the Society for Health systems 1992, Vol. 3, No. 4, S. 4–15.
- Fuchs, H.: Die Wohltaten der Pflegekasse – Satt, sauber, still – Prozessqualität im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, Soziale Sicherheit 1997, 46. Jg., Heft 10, S. 321–331.
- Fuchs, H.: Thesen zur Weiterentwicklung des Behindertenrechts im Lichte der Beschlüsse der ASMK vom 23./24.11.2010, 2011, online im Internet <http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/2011/D1-2011.pdf> [20.08.2014].

29 Vgl. dazu das von Metzler entwickelte Begutachtungsverfahren zur Leistungsdifferenzierung (hierzu Neumann, in: Hauck/Noftz, SGB XII, § 76, Rn. 73; Schubert, B.: Die Umsetzung der §§ 93 ff BSHG – Risiko oder Chance, in: NDV 2000, 264; Krüger, U./Kunze, H./Kruckenberg, P.: Zur Bestimmung von Maßnahmepauschalen gemäß § 93 a BSHG, in: NDV 2000, 193.

- Fuchs, H./Welti, F./Köster, P.: Das Leistungserbringungsrecht des SGB IX: Rechtlicher Rahmen für Verträge zwischen Diensten und Einrichtungen und Rehabilitationsträgern (§ 21 SGB IX). Rechtsgutachten, 2006, online im Internet: <http://www.harry-fuchs.de/docs/Projekt%2021.pdf> [26.08.2014].
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Geschäftsbericht 2013, Berlin 2014, online im Internet: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/geschaeftsberichte/GKV_GB2013_web_barrierefrei.pdf [04.09.2014].
- Großmann, Ruprecht/Schimanski, Werner/Spiolek, Ursula (Hrsg.): Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch IX – GK-SGB IX, Losebl., Berlin (Stand Juli 2014).
- Grube, Christian/Wahrendorf, Volker (Hrsg.): SGB XII – Sozialhilfe. Kommentar, 5. Auflage, München 2014.
- Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang (Hrsg.): SGB XII, Losebl., Berlin (Stand 2014).
- IneK (2014): Abschlussbericht zur Entwicklung von Investitionsrelationen gem. § 10 KHG für das Jahr 2014, online im Internet: http://www.gdrg.de/cm/Aktuelles/Abschlussbericht__zur_Entwicklung_von_Investitionsrelationen_gem_10_KHG_fuer_das_Jahr_2014 [28.08.2014].
- IneK (2014): Definitionshandbuch 2014. Erratum zum Definitionshandbuch der G-DRG-Version 2014, 2014, online im Internet: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2014/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2014 [28.08.2014].
- Krüger, U./Kunze, H./Kruckenberg, P.: Zur Bestimmung von Maßnahmepauschalen gemäß § 93a BSHG, in: NDV 2000, 193–201.
- Kunze, T./Kreikebohm, R.: Zur Rolle der Berufsförderungswerke im Spannungsfeld von sozialem Auftrag, marktwirtschaftlichem Wettbewerb und strukturellen Abhängigkeiten – Teil II, in: SGB 2006, 284–290.
- Schubert, B.: Die Umsetzung der §§ 93 ff BSHG – Risiko oder Chance, in: NDV 2000, 264–269.
- Vigener, G.: Auswirkungen des Gesetzes zur Reform des Sozialhilferechts auf das Pflegesatzwesen, in: NDV 1997, 61–64.