L 4 P 5153/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 16 P 5098/09
Datum
12.06.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 P 5153/12
Datum
18.10.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
§ 17 Abs. 4 des Rahmenvertrages für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg geht über die gesetzliche Ermächtigung des § 75 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB XI hinaus.
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 12. Juni 2012 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert für beide Rechtszüge wird endgültig auf EUR 5.000,00 festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Änderung des Versorgungsvertrages.

Der klagende Verein ist Träger mehrerer Pflegeeinrichtungen, unter anderem auch des W.-hauses im Gebiet der zu 1) beigeladenen Stadt (im Folgenden W.-Haus). Die "Kurzbeschreibung der Pflegekonzeption für ältere alleinstehende Wohnungslose mit besonderen psychosozialen Beeinträchtigungen" für das W.-Haus nennt als Zielgruppe ältere Menschen (Schwerpunkt bei 55 bis 70 Jahre) mit gerontopsychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten und Suchterkrankungen, die entweder längere Zeit vorher in Einrichtungen nach § 72 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) - seit 1. Januar 2005 § 67 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) -, auf der Straße gelebt hätten oder akut von Wohnungslosigkeit bedroht seien. Die Erfahrungen hätten gezeigt, dass diese Klientel aufgrund ihrer Biografien und Lebensgewohnheiten nicht oder nur erschwert in den bestehenden Regelangeboten der Altenhilfe unterzubringen sei, da dort der fachliche Hilfebedarf durch die vorhandenen Konzeptionen nicht abgedeckt werde. Diese Kurzbeschreibung zählt auch auf, was besondere psychosoziale Beeinträchtigungen sein können.

Der Kläger einerseits und die Beklagten zu 1) bis 6) oder deren Rechtsvorgänger (im Folgenden einheitlich Beklagte) andererseits schlossen mit dem Einvernehmen eines Rechtsvorgängers des Beigeladenen zu 2) als überörtlichem Träger der Sozialhilfe (im Folgenden einheitlich Beigeladener zu 2)) den zum 1. Juli 1999 in Kraft getretenen Versorgungsvertrag vom 21. Juni 1999 über die Versorgung von versicherten Pflegebedürftigen durch das W.-Haus, im Versorgungsvertrag als Pflegeheim bezeichnet. Der Versorgungsvertrag ersetzte den nach § 73 Abs. 3 und 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) bestehenden Bestandsschutz. In §§ 1 und 4 des Versorgungsvertrages war geregelt, wobei es sich bei dem dort genannten Rahmenvertrag um den Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg (Rahmenvertrag) handelt:

§ 1 Allgemeine Grundsätze (1) Dieser Vertrag regelt die Versorgung von versicherten Pflegebedürftigen durch das W.-Haus. (2) Für die Dauer dieses Vertrages wird das Pflegeheim zur Versorgung Pflegebedürftiger zugelassen. (3) Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen des Pflegeheimes nach Maßgabe des Achten Kapitels des SGB XI zu vergüten. (4) Der Vertrag ist für das Pflegeheim und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich. (5) Eine Belegungsgarantie für das Pflegeheim ist mit dem Abschluss dieses Vertrages nicht verbunden.

§ 4 Versorgungsauftrag (1) Das Pflegeheim ist verpflichtet, alle für die Versorgung Pflegebedürftiger erforderlichen Leistungen im Sinne des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung zu erbringen. (2) Im Rahmen seiner Kapazität darf das Pflegeheim die pflegerische Versorgung Pflegebedürftiger nicht ablehnen. § 11 des Rahmenvertrages bleibt unberührt. Eine Beschränkung des Angebots auf Leistungen für Pflegebedürftige bestimmter Pflegestufen oder bestimmter pflegerischer Diagnosen ist unzulässig. (3) Das Pflegeheim

stellt derzeit ganzjährig 47 Plätze für vollstationäre Pflege zur Verfügung. Veränderungen sind den Vertragsparteien unverzüglich mitzuteilen.

Mit dem Versorgungsvertrag vom 15. Mai 2000 vereinbarten die Vertragsparteien, die Zahl der Pflegeplätze auf 48 zu erhöhen (§ 4 Abs. 3 Satz 1 des Versorgungsvertrages), ansonsten erfolgten keine Änderungen.

Der Kläger begehrte mit Schreiben vom 2. Juli 2007 und 10. Juli 2008 beim Beklagten zu 4), § 1 Abs. 1 und 4 des Versorgungsvertrages für das W.-Haus wie folgt zu ändern (Fettdruck im Original): § 1 (1) Dieser Vertrag regelt die Versorgung von versicherten Pflegebedürftigen mit sozialen Schwierigkeiten wie z.B. chronische Suchterkrankungen, chronische psychische Erkrankungen, Wohnungslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, Verwahrlosung und Ähnliches durch das W.-Haus.

§ 4 (1) Das Pflegeheim ist verpflichtet, alle für die Versorgung von Menschen in sozialen Schwierigkeiten mit einem Pflegebedarf erforderlichen Leistungen im Sinne des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung zu erbringen. (2) Im Rahmen seiner Kapazität darf das Pflegeheim die pflegerische Versorgung von Menschen in sozialen Schwierigkeiten mit einem Pflegebedarf (Ziff. 1) nicht ablehnen. (3) Das Pflegeheim stellt derzeit ganzjährig 48 Plätze für vollstationäre Pflege von Menschen in sozialen Schwierigkeiten mit einem Pflegebedarf zur Verfügung.

Der Kläger verwies darauf, das W.-Haus sei eine Einrichtung für Menschen in sozialen Schwierigkeiten mit einem Pflegebedarf und damit eine Spezialeinrichtung zur Versorgung von Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinne des § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI. Der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf des Personenkreises der pflegebedürftigen Menschen mit sozialen Schwierigkeiten resultiere aus den besonders schwierigen Biografien der Heimbewohner (wie Wohnungslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, chronische Suchterkrankungen, chronische psychische Erkrankungen, Verwahrlosung und anderes). Der Hilfebedarf für diesen Personenkreis habe stark zugenommen. Für eine Änderung des Versorgungsvertrages sei nicht die Pflegesatzkommission stationär zuständig.

Die Beklagte zu 3) unterrichtete den Kläger unter dem 8. Oktober 2007, die Vertreter der Landesverbände könnten einer Änderung des Versorgungsvertrages nicht zustimmen. Weder in § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI noch in § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag sei erkennbar, dass es sich bei der Einrichtung des Klägers um eine Sondereinrichtung handle. Im Übrigen könne, wenn der Träger einer Pflegeeinrichtung die Änderung des Versorgungsvertrages wünsche, dies nur durch die Pflegesatzkommission stationär entschieden werden, so dass der Kläger dort einen Antrag stellen möge. Unter dem 28. Juli 2008 verwies die Beklagte zu 3) auf "das Schreiben" vom 8. Oktober 2007. Im Briefkopf waren jeweils genannt die AOK Baden-Württemberg, der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. - Landesvertretung Baden-Württemberg, der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. - Landesvertretung Baden-Württemberg, die Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg, die Knappschaft sowie der Beigeladene zu 2), hinsichtlich der Betriebs- und Innungskrankenkassen im ersten "Schreiben" die IKK Baden-Württemberg und Hessen sowie der BKK Landesverband Baden-Württemberg, im zweiten "Schreiben" die BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg und Hessen. Der Kläger wiederholte sein Begehren, worauf die Beklagten nicht mehr reagierten.

Der Kläger einerseits sowie die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften und die zu 1) beigeladene Stadt als örtlicher Träger der Sozialhilfe andererseits schlossen eine ab 1. Mai 2009 geltende Pflegesatzvereinbarung für die vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege nach § 85 SGB XI. In dieser Vereinbarung waren u.a. die nach § 17 Abs. 5 Rahmenvertrag vorgesehene Mindest-Fachkraftquote von 50 v.H. sowie die nach § 17 Abs. 2 Rahmenvertrag vorgesehenen Obergrenzen der Personalschlüssel für Pflege und Betreuung vereinbart.

Der Kläger erhob am 28. Juli 2009 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Er nannte als Beklagte die AOK Baden-Württemberg, die VdEK-Landesvertretung Baden-Württemberg, die BKK-IKK Arbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg und Hessen, die Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg, die Knappschaft und den nunmehrigen Beigeladenen zu 2). Mit am 16. April 2012 beim SG eingegangenen Schriftsatz bat er, das Rubrum zu berichtigen und nannte als Beklagte die nunmehrigen Beklagten zu 1) und 3) bis 6), sechs Ersatzkassen und als deren Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis den nunmehrigen Beklagten zu 2) sowie die beiden Beigeladenen. Entsprechend führte das SG die Beteiligten auf Beklagtenseite. In der mündlichen Verhandlung des SG vom 12. Juni 2012 erklärten die anwesenden Bevollmächtigten der nunmehrigen Beklagten zu 1), 3) und 4), in die Änderung der Klage einzuwilligen, soweit die Klage auf Beklagtenseite auf die nunmehrige Beigeladene zu 1) erweitert worden sei. In dieser mündlichen Verhandlung nahm der Kläger die Klage gegen die nunmehrigen Beigeladenen zu 1) und 2) zurück. Daraufhin beschloss das SG, diese zum Verfahren beizuladen. Der Kläger beantragte in dieser mündlichen Verhandlung, die Beklagten zu verpflichten, das Angebot aus dem Schriftsatz vom 10. Juli 2008 auf Abschluss eines Versorgungsvertrages (...) anzunehmen, nicht aber die Aufhebung von Bescheiden.

Der Kläger machte geltend, er habe einen Rechtsanspruch auf Abschluss des begehrten Versorgungsvertrages, da das W.-Haus alle allgemeinen Anforderungen erfülle, welche an eine Pflegeeinrichtung nach § 71 Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz SGB XI zu stellen seien, eine Bedarfsprüfung nicht durchzuführen sei und die pflegebedürftigen Bewohner der Einrichtung einen besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinne des § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag in Verbindung mit § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI aufwiesen. Es würden ausschließlich Menschen mit sozialen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit chronischen Suchterkrankungen und anderen chronischen psychischen Erkrankungen sowie Menschen mit besonders schwierigen Biografien vollstationär pflegerisch versorgt. Die Heimbewohner seien vor ihrer stationären Aufnahme überwiegend wohnungslos und häufig verwahrlost gewesen. Bei den notwendigen speziellen Leistungen für diese Bewohner handle es sich nicht um Zusatzleistungen im Sinne des § 88 SGB XI, sondern um typische Versorgungsleistungen einer Spezialeinrichtung. Die Pflegesatzvereinbarung aus dem Jahr 2009 habe die übliche Personalausstattung nach § 17 Abs. 2 Rahmenvertrag vorgesehen. Ein höherer Personalschlüssel könne erst auf der Grundlage eines gesonderten Versorgungsvertrages nach § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag verhandelt werden. Auf Anforderung des SG legte der Kläger Listen der Mitarbeiter des W.-Hauses, über die speziellen Leistungen des W.-Hauses im Bereich Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft (Stand 17. Juni 2011) sowie (anonymisiert) der Heimbewohner mit Angaben zu Alter, Einzug und Dauer des Aufenthalts im W.-Haus, Pflegeklasse, Erkrankungen auf internistischem, neurologischem und/oder psychiatrischem Gebiet, Suchterkrankungen sowie sozialen Schwierigkeiten und besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf, vor.

Die Beklagte zu 3) erwiderte, dem Kläger gehe es eher darum, den Personalschlüssel und damit die Einnahmenseite zu verändern. Dies werde jedoch über die Pflegesatzvereinbarung geregelt. § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag sehe vor, dass für weitere Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinne des § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB V in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung höhere Personalschlüssel als in § 17 Abs. 2 und 3 Rahmenvertrag genannt vereinbart werden könnten. Eine solche (vorgelegte)

Pflegesatzvereinbarung sei mit dem Kläger zum 1. Mai 2009 für die Zeit bis Ende Juli 2010 geschlossen worden. Das W.-Haus sei keine Spezialeinrichtung. Es gebe auch eine Vielzahl von Einrichtungen, die ein ähnliches Klientel wie das W.-Haus betreuten. Bei den von dem Kläger aufgelisteten speziellen Leistungen handle es sich um Regelleistungen, die nicht gesondert vergütet würden.

Die Beklagten zu 1) und 2) schlossen sich den Ausführungen der Beklagten zu 3) an. Der Beigeladene zu 2) vertrat die Auffassung, nicht als Beklagter an dem Rechtsstreit beteiligt zu sein. Die übrigen Beteiligten äußerten sich nicht.

Wegen Erhöhung der Zahl der Pflegeplätze auf 76 schlossen der Kläger einerseits sowie die Beklagten und die Beigeladene zu 1) andererseits unter Beteiligung des Beigeladenen zu 2) mit Wirkung ab 1. Mai 2011 den Versorgungsvertrag vom 11. April 2011 mit der Protokollnotiz, dass wegen des Begehrens des Klägers auf Abschluss eines gesonderten Versorgungsvertrages für eine Spezialeinrichtung der Rechtsstreit dadurch nicht erledigt sei. Abgesehen davon, dass in § 4 Abs. 3 des Versorgungsvertrages nunmehr die Zahl der Pflegeplätze mit 76 angegeben ist, enthalten § 1 und § 4 des Versorgungsvertrages dieselben Regelungen wie die vorangegangenen Versorgungsverträge vom 21. Juni 1999 und 15. Mai 2000.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 12. Juni 2012 ab. Die Klage richte sich zu Recht gegen die Landesverbände der Krankenkassen. Diese seien in Streitigkeiten, die den Abschluss eines Versorgungsvertrages beträfen, passiv legitimiert. Denn sie nähmen die Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen wahr. Die Klage sei als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage statthaft. Die Ablehnung der Beklagten, den vom Kläger angebotenen gesonderten Versorgungsvertrag für das W.-Haus abzuschließen, stelle einen Verwaltungsakt dar. Die Klage sei zulässig. Der Kläger habe die Klagefrist gewahrt. Da die angefochtenen Bescheide vom 8. Oktober 2007 und 28. Juli 2008 nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen gewesen seien, sei die Einlegung der Klage innerhalb eines Jahres seit Zustellung, Eröffnung oder Verkündung zulässig. Zum Zeitpunkt des Eingangs der Klage am 28. Juli 2008 sei zwar die Klagefrist gegen den (unstreitig zugegangenen) Bescheid vom 8. Oktober 2007 verstrichen gewesen, weil er als am 11. Oktober 2007 bekannt gegeben gelte. Durch den nochmaligen ablehnenden Bescheid der Beklagten vom 28. Juli 2008 sei für den Kläger der Rechtsweg jedoch neu eröffnet worden, weil es sich um eine neue Sachentscheidung gehandelt habe. Der Bescheid der Beklagten vom 28. Juli 2008 sei rechtmäßig. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Abänderung des für das W.-Haus bestehenden Versorgungsvertrags in einen gesonderten Versorgungsvertrag für eine Spezialeinrichtung. Denn den sich aus § 72 SGB XI ergebenden Anspruch des Klägers auf Zulassung des W.-Hauses zur Versorgung der Versicherten der sozialen Pflegeversicherung hätten die Beklagten bereits erfüllt, zuletzt mit dem am 11. April 2011 geschlossenen Versorgungsvertrag. Auch seien die Voraussetzungen für eine Anpassung des Vertragsinhalts an geänderte Verhältnisse nach § 59 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) nicht gegeben, weil sich die Verhältnisse seit Abschluss der Versorgungsverträge vom 15. Mai 2000 und 11. April 2011 nicht wesentlich geändert hätten. Bereits vor Abschluss dieser Versorgungsverträge seien im W.-Haus überwiegend Personen aus besonderen Lebensverhältnissen mit chronischen Suchterkrankungen und besonderen psychosozialen Beeinträchtigungen versorgt worden. Eine Änderung der Bewohnerstruktur sei nicht erkennbar. Schließlich habe der Kläger, selbst wenn er sich wirksam von den vertraglichen Absprachen des geschlossenen Versorgungsvertrages gelöst haben sollte, was insbesondere der Fall wäre, wenn das Schreiben vom 10. Juli 2008 eine konkludente Teilkündigung des Versorgungsvertrages enthielte oder die Protokollnotiz zum Versorgungsvertrag vom 11. April 2011 als vertragliche Anpassungsklausel auszulegen wäre, keinen Anspruch auf Abschluss des begehrten Versorgungsvertrages. Denn die Voraussetzungen für eine Anerkennung als Spezialeinrichtung im Sinne des § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag seien nicht erfüllt. Der Gesetzgeber habe in § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI nicht jeden durch Krankheit, Behinderung oder sonstige Umstände bedingten erhöhten Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf erfasst, sondern nur denjenigen, der auf Leiden des Nervensystems beruhe. Hierunter fielen die im Vertragsangebot des Klägers benannten "Pflegebedürftigen mit sozialen Schwierigkeiten" nicht. Denn ihr erhöhter Pflege- und Betreuungsbedarf werde ausweislich der Begründung des Antrages nicht in erster Linie durch psychiatrische oder neurologische Leiden, sondern durch ihre besonders schwierigen Lebensbiografien hervorgerufen. Ein dadurch bedingter, erhöhter sozialer Betreuungsaufwand könne dem besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinne von § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI nicht gleichgestellt werden. Denn die Bewältigung der Folgen besonderer Lebensverhältnisse und sozialer Schwierigkeiten falle grundsätzlich nicht in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung. Darüber hinaus eigne sich die Umschreibung "Pflegebedürftige mit sozialen Schwierigkeiten" nicht zur Abgrenzung des Versorgungsauftrages einer Spezialeinrichtung von dem Versorgungsauftrag anderer Einrichtungen. Schließlich erreiche der Pflege- und Betreuungsaufwand der im W.-Haus versorgten "Pflegebedürftige mit sozialen Schwierigkeiten" nicht das Ausmaß, das § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag für den Abschluss eines gesonderten Versorgungsvertrages für eine Spezialeinrichtung voraussetze. Dieser könne aufgrund der Regelungssystematik des Rahmenvertrags nur angenommen werden, wenn der Umfang der zu erbringenden Betreuung denjenigen der Betreuung von schwer Demenzkranken übersteige. Erfasst würden damit Personengruppen, die aufgrund geistiger Behinderung, psychischer Erkrankung, demenzbedingter Fähigkeitsstörungen oder anderer Leiden des Nervensystems einen noch höheren Pflegebedarf als schwer Demenzkranke aufwiesen. Ein solcher hoher Betreuungsbedarf bestehe bei den Bewohnern des W.-Hauses nach den vorgelegten Unterlagen nicht.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 15. November 2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 12. Dezember 2012 Berufung eingelegt. Er hat nunmehr auch die Aufhebung des Bescheids vom 28. Juli 2008 begehrt. Zu Unrecht gehe das SG davon aus, bereits der in der Vergangenheit geschlossene Versorgungsvertrag stünde der von ihm begehrten Vertragsanpassung entgegen. § 59 SGB X könne für die inhaltliche Änderung eines Versorgungsvertrages von vornherein nicht zur Anwendung kommen, weil er nach den spezielleren Vorschriften des § 72 SGB XI sowie beim Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen des § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag einen Rechtsanspruch auf Abschluss des begehrten Versorgungsvertrages habe, ohne dass eine Bedarfsprüfung erfolge. Andernfalls führte dies dazu, dass er den Versorgungsvertrag zunächst kündigen und sodann einen Neuabschluss eines Versorgungsvertrages (im Ergebnis mit offenem Ausgang) anstreben müsse. Im Übrigen lägen die Voraussetzungen für eine Anpassung des Versorgungsvertrages nach § 59 SGB X vor. Die maßgebliche Änderung ergebe sich nicht aus einer geänderten Bewohnerstruktur in den letzten Jahren, sondern dass die vor einigen Jahren vereinbarte Regelung des § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag mit dem Abschluss eines gesonderten Versorgungsvertrages für eine bestimmte Gruppe von Pflegebedürftigen mit besonderem Pflege- und Betreuungsaufwand und der dann in der Pflegesatzvereinbarung möglichen Festlegung höherer Personalrichtwerte bei erstmaligem Abschluss des Versorgungsvertrages den Vertragsparteien nicht bekannt gewesen sei. Bei dem Abschluss der Versorgungsverträge vom 21. Juni 1999 und 15. Mai 2000 habe der Rahmenvertrag noch keine Regelung zu den Personalrichtwerten enthalten. Diese sei erst im Laufe des Kalenderjahrs 2002 aufgenommen worden. Jedenfalls stehe seinem Begehren die vom SG angenommene Vertragsbindung aus dem bisher bestehenden Versorgungsvertrag wegen der vereinbarten Protokollnotiz im Versorgungsvertrag vom 11. April 2011 nicht entgegen. Diese sei nach ihrem Inhalt eine vertragliche Anpassungsklausel. Die Tatbestandsmerkmale des § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag lägen vor. Er versorge im W.-Haus Bewohnerinnen und Bewohner, die dem in § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI beschriebenen Personenkreis zuzuordnen seien. Wie sich aus der dem SG vorgelegten Liste der Heimbewohner ergebe,

litten alle Bewohner unter psychischen Krankheitsbildern und nahezu alle Bewohner seien suchtkrank. Zu Unrecht habe das SG seine ablehnende Haltung zur Frage des Vorliegens der Tatbestandsmerkmale des § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag auf sein (des Klägers) damaliges Vertragsangebot gestützt, in dem "Pflegebedürftige mit sozialen Schwierigkeiten" erwähnt seien. Bei richtigem Verständnis seines (des Klägers) Begehrens werde der erhöhte Pflege- und Betreuungsaufwand auf die in § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI erwähnten Krankheitsbilder gestützt. Das SG gehe weiter rechtsirrig davon aus, die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen könne nicht Inhalt der sozialen Pflegeversicherung sein. Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung des Senats ausgeführt, die in den Schreiben vom 2. Juli 2007 und 10. Juli 2008 begehrte Änderung des Versorgungsvertrages sei nicht mehr Streitgegenstand, die Besonderheiten der Erkrankungen stünden im Vordergrund. Die beiden Schreiben der Beklagten vom 8. Oktober 2007 und 28. Juli 2008 seien keine Verwaltungsakte.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 12. Juni 2012 und den Bescheid der Beklagten vom 28. Juli 2008 aufzuheben und die Beklagten zu verpflichten, sein Angebot auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag für die Versorgung Pflegebedürftiger mit psychiatrischen Erkrankung und Schwierigkeiten im Bereich der Suchterkrankung, Obdachlosigkeit und Verwahrlosung für das Pflegeheim Wichernhaus, im Umfang von 76 Plätzen für vollstationäre Pflege anzunehmen.

Die Beklagten zu 1) und 3) bis 6) beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend und verweisen ergänzend darauf, für die Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI spiele die Herkunft der Pflegebedürftigen keine Rolle. Anknüpfungspunkt sei alleine der konkrete Hilfebedarf für einzelne Verrichtungen. In der mündlichen Verhandlung des Senats haben Sie ergänzend vorgetragen, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei es wohl erforderlich gewesen, über die begehrte Änderung des Versorgungsvertrages durch Verwaltungsakt zu entscheiden.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt. Die Beigeladene zu 2) hat in der mündlichen Verhandlung des Senats die Entstehungsgeschichte des § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag erläutert.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von den Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die Berufung des Klägers ist zulässig. Der Kläger hat die Berufung form- und fristgerecht eingelegt. Die Berufung ist auch statthaft. Sie bedarf nicht der Zulassung nach § 144 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG), weil die Klage weder eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft noch es sich um einen Erstattungsstreit zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechtes oder Behörden handelt.

2. Beklagte sind die Landesverbände der Krankenkassen (a). Die unrichtige Bezeichnung der Beklagten durch den Kläger in der Klageschrift ist unschädlich (b).

a) Nach § 72 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz SGB XI wird der Versorgungsvertrag zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit - was nicht gegeben ist - nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist. Parteien eines Versorgungsvertrages sind mithin der Träger der Pflegeeinrichtung (vorliegend der Kläger) und die Landesverbände der Pflegekassen. Die Landesverbände der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die nach § 36 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte als Landesverband (KLVG) tätige landwirtschaftliche Krankenkasse (bis 31. Dezember 2012: tätigen landwirtschaftlichen Krankenkassen) sowie die Ersatzkassen nehmen nach § 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XI die Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen wahr. Die zu 1), 3) und 5) beklagten Krankenkassen sind zugleich die Landesverbände der Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen (§ 207 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch [SGB V]) sowie (seit 1. Januar 2013) die für die landwirtschaftliche Krankenversicherung die Aufgabe als Landesverband wahrnehmende Beklagte zu 5) (§ 36 KVLG). Der zu 4) beklagte Landesverband ist derjenige der Betriebskrankenkassen. Die Beklagte zu 6) ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die für die knappschaftliche Krankenversicherung die Aufgaben eines Landesverbands wahrnimmt (§ 212 Abs. 3 SGB V). Hinsichtlich der Ersatzkassen sind Beklagte nicht die einzelnen Ersatzkassen - wie dies das SG noch im Rubrum seines Urteils angab -, sondern der zu 2) beklagte Verband der Ersatzkassen e.V ... Anstelle einer Klage gegen die eigentlich zu verklagenden Ersatzkassen genügt es, ihren Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis in Prozessstandschaft zu verklagen. Der Verband der Ersatzkassen e.V. hat diese Funktion für die Ersatzkassen in zulässiger Weise übernommen. Nach § 212 Abs. 5 SGB V (in der Fassung durch Art. 1 Nr. 144 Buchst. e) Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-WSG] vom 26. März 2007 [BGBl. I, S. 378]) haben die Ersatzkassen für alle Verträge auf Landesebene, die nicht gemeinsam und einheitlich abzuschließen sind, jeweils einen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis zu benennen (Satz 4). Für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene müssen sich die Ersatzkassen auf einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis einigen (Satz 6). In den Fällen der Sätze 5 und 6 können die Ersatzkassen die Verbände der Ersatzkassen als Bevollmächtigte benennen (Satz 7). Soweit für die Aufgabenerfüllung der Erlass von Verwaltungsakten notwendig ist, haben im Falle der Bevollmächtigung die Verbände der Ersatzkassen hierzu die Befugnis (Satz 10; zum Ganzen vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 - B 3 KR 9/11 R -, in juris). Hinsichtlich des Abschlusses eines Versorgungsvertrages mit Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI gilt nichts anderes als hinsichtlich des Abschluss eines Versorgungsvertrages mit einem Krankenhaus nach § 108 SGB V.

Nicht Parteien des Versorgungsvertrages sind der örtliche und der überörtliche Träger der Sozialhilfe. Mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe (hier der Beigeladene zu 2)) haben die Landesverbände nur das Einvernehmen herzustellen. Der örtliche Träger der Sozialhilfe (hier die Beigeladene zu 1)) ist am Abschluss des Versorgungsvertrages nicht beteiligt.

Der Senat hat davon abgesehen, die Beiladung der Beigeladenen zu 1) aufzuheben. Sie ist jedenfalls als einfache Beiladung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGG vertretbar. Denn die Interessen der Beigeladenen zu 1) sind insoweit berührt, als sie Vertragspartei einer Vereinbarung über die Pflegevergütung sein kann, auf die der begehrte geänderte Versorgungsvertrag Auswirkungen haben könnte.

b) Eine Berichtigung der fehlerhaften Bezeichnung der Beklagten in der Klageschrift war - auch noch im Berufungsverfahren - möglich. Die Klage richtete sich von vornherein gegen die Vertragspartner des Versorgungsvertrages, die Landesverbände der Krankenkassen. Diese bezeichneten sich in dem ablehnenden Bescheid vom 28. Juli 2008 (dazu sogleich unter 3.) in der Weise, wie sie der Kläger in der Klageschrift bezeichnete. Die Berichtigung des Rubrums ist deshalb auch keine Klageänderung im Sinne des § 99 SGG.

3. Zulässige Klageart ist die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage.

Die Schreiben der Beklagten vom 8. Oktober 2007 und 28. Juli 2008 sind Verwaltungsakte gemäß § 31 SGB X. Der Senat legt die Rechtsprechung des BSG zugrunde. Das BSG sieht in der Ablehnung des Angebots eines Abschlusses eines Versorgungsvertrages nach dem SGB XI einen Verwaltungsakt (Urteile vom 6. August 1998 - B 3 P 8/97 R - und 12. Juni 2008 - B 3 P 2/07 R -, beide in juris; ebenso Schütze in Udsching, SGB XI, § 73 Rdnr. 6; anderer Ansicht Knittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung und Pflegeversicherung, § 73 SGB XI Rdnr. 9). Es leitet dies aus der Regelung des § 73 Abs. 2 SGB XI ab, wonach ein Vorverfahren im Sinne des § 78 SGG nicht stattfindet und eine Klage keine aufschiebende Wirkung entfaltet. Auch für Versorgungsverträge nach dem SGB V hat das BSG entschieden, dass die Ablehnung des Angebots eines Abschlusses eines Versorgungsvertrages ein Verwaltungsakt ist (Urteile vom 29. Mai 1996 - 3 RK 23/95 - und 20. November 1996 - 3 RK 7/96 -, beide in juris). Bei Entscheidungen über den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit Krankenhäusern sieht das BSG die Gesamtheit der in § 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Krankenkassenverbände als Behörde im Sinne von § 1 Abs. 2 SGB X an (Urteile vom 20. November 1996 - 3 RK 7/96 -, 28. Juli 2008 - B 1 KR 5/08 R - und 16. Mai 2012 - B 3 KR 9/11 R -, alle in juris). Im Urteil vom 28. Juli 2008 äußerte das BSG (hierauf Bezug nehmend auch das Urteil vom 16. Mai 2012, aber offen gelassen, weil jedenfalls durch Verwaltungsakt entschieden war) allerdings Bedenken, ob diese Annahme einer einzigen, sich aus Trägern mittelbarer Landes- und Bundesverwaltung zusammensetzenden, handelnden Behörde wegen der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts - BVerfG - (Urteil vom 20. Dezember 2007 - 2 BvR 2433/04 und 2 BvR 2434/04 -, in juris) zu den Arbeitsgemeinschaften gemäß § 44b Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) mit dem Grundgesetz (GG) in Einklang steht. Sollte diese Rechtsprechung wegen eines Verstoßes gegen das Verbot von Mischverwaltung nicht weiter aufrechterhalten bleiben können, hat es § 109 SGB V verfassungskonform dahin ausgelegt, wonach die Träger mittelbarer Landes- und Bundesverwaltung - die Landesverbände der Krankenkassen und die der Bundesaufsicht unterstehenden Ersatzkassen - durch eigenständige Willenserklärungen ohne einheitlichen Verwaltungsakt beim Abschluss eines Versorgungsvertrags mit der Folge eines einheitlichen Ergebnisses zusammenwirken.

Auf der Grundlage dieser Rechtsprechung des BSG ist auch die Ablehnung der Änderung des Versorgungsvertrages hinsichtlich des Versorgungsbedarfs als Verwaltungsakt gemäß § 31 SGB X anzusehen. Die Ablehnung einer Änderung eines bereits geschlossenen Versorgungsvertrages kann nicht anders behandelt werden wie die Ablehnung eines Abschlusses eines Versorgungsvertrages.

Der Senat kann offen lassen, ob an dieser Rechtsprechung des BSG, die Ablehnung des Angebots zum Abschluss oder zur Änderung eines Versorgungsvertrages sei ein Verwaltungsakt zu folgen ist oder nicht. Auch wenn die im Einklang mit dieser Rechtsprechung des BSG stehende, einheitliche Verwaltungsentscheidung der Beklagten als Ergebnis verfassungsrechtlich unzulässiger Mischverwaltung anzusehen sein sollte, kann der Kläger nicht allein deshalb ihre Aufhebung beanspruchen. Denn die Beklagten haben in der Sache zu Recht einen Anspruch auf Änderung des Versorgungsvertrags abgelehnt (dazu unten 6.)). In einem solchen Fall besteht kein Anspruch auf isolierte Aufhebung des Bescheides (BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 - B 1 KR 5/08 R - a.a.O.).

4. Es ist unschädlich, dass der Kläger beim SG keine Anfechtungsklage, sondern nur die Leistungsklage erhoben hat. Sowohl in der Klageschrift als auch in der mündlichen Verhandlung beim SG stellte er jeweils nur einen Leistungsantrag, nämlich die Beklagte zu verpflichten, das Vertragsangebot anzunehmen. Erstmals mit der Berufungsbegründung vom 4. April 2013 beantragte er (auch) die Aufhebung des Bescheids vom 28. Juli 2008. Bei einer Auslegung eines Klageantrags ist allerdings das Prozessziel des Klägers zu berücksichtigen. Es ist nicht an dem Wortlaut der Erklärung zu haften, sondern der wirkliche Wille zu erforschen und zu berücksichtigen, soweit er für das Gericht und die Beteiligten erkennbar ist. Im Zweifel wird dieser den Antrag stellen wollen, der ihm am besten zum Ziel verhilft, wobei anzunehmen ist, dass er alles zugesprochen haben möchte, was ihm aufgrund des Sachverhalts zustehen kann (z.B. BSG, Urteile vom 13. März 1991 - 6 RKa 20/89 - und 9. Februar 2011 - B 6 KA 5/10 R -, beide in juris). Jedenfalls auf der Grundlage der genannten Rechtsprechung des BSG, die Ablehnung des Abschlusses eines Versorgungsvertrages sei ein Verwaltungsakt, kann der Klageantrag noch dahin ausgelegt werden, dass der Kläger von Anfang an auch die Aufhebung des ablehnenden Bescheids begehrte. Das SG hätte, nachdem es im Urteil dargelegt hatte, die Ablehnung der Änderung des Versorgungsvertrages sei ein Verwaltungsakt, spätestens in der mündlichen Verhandlung auf eine entsprechende sachdienliche Antragstellung auch hinwirken können.

5. Die Klage wegen des Bescheids vom 28. Juli 2008 war zulässig. Im Bescheid vom 28. Juli 2008 haben die Beklagten auf den Bescheid vom 8. Oktober 2007 verwiesen. Dieser Bescheid ist bestandskräftig (§ 77 SGG). Denn der Kläger focht diesen nicht fristgerecht an. Da dieser Bescheid entgegen der gesetzlichen Verpflichtung (§ 36 SGB X) keine Rechtsbehelfsbelehrung enthielt, lief eine einjährige Klagefrist (§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG). Dieser Bescheid ist dem Kläger im Laufe des Monats Oktober 2007 zugegangen. Für Gegenteiliges fehlen jegliche Anhaltspunkte und solches behauptet der Kläger auch nicht. Die einjährige Klagefrist endete damit im Laufe des Monats Oktober 2008. Klage erhob der Kläger erst am 28. Juli 2009. Mit dem Verweis auf den Bescheid vom 8. Oktober 2007 beriefen sich die Beklagten nicht auf dessen Bestandskraft mit der Folge, dass sie keine Regelung trafen und diese wiederholende Verfügung nicht als Verwaltungsakt einzustufen wäre, selbst dann nicht, wenn diese in der Form eines Bescheides mit Rechtsbehelfsbelehrung und Gründen erfolgt (BSG, Urteile vom 17. April 1991 - 1 RR 2/89 -, m.w.N. und vom 20. Dezember 2012 - B 10 LW 1/12 R -, beide in juris), sondern entschieden mit dem Bescheid vom 28. Juli 2008 über das erneut abgegebene Angebot zur Änderung des Versorgungsvertrags erneut und haben damit nach erneuter Sachentscheidung einen für den Kläger negativen Zweitbescheid erlassen, der den Rechtsweg wieder eröffnete. Dies ergibt sich für den Senat daraus, dass sich die Beklagten zu keinem Zeitpunkt auf die Bestandskraft des Bescheids vom 8. Oktober 2007 beriefen, sondern sich zur Sache äußerten, auch nach entsprechender Erörterung in der mündlichen Verhandlung des Senats.

Der Kläger hat die Klage fristgerecht erhoben. Da der Bescheid vom 28. Juli 2008 entgegen der gesetzlichen Verpflichtung (§ 36 SGB X) keine Rechtsbehelfsbelehrung enthielt, lief eine einjährige Klagefrist (§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG). Selbst wenn der Bescheid dem Kläger noch

am Tag seines Erlasses bekannt gegeben worden wäre, hätte die Klagefrist am 28. Juli 2009 geendet. An diesem Tag erhob der Kläger die Klage. Eines Vorverfahrens bedurfte es nicht (§ 73 Abs. 2 Satz 2, erster Halbsatz SGB XI). Auch insoweit ist die Ablehnung des Angebots auf Änderung des Versorgungsvertrages nicht anders zu behandeln als die Ablehnung des Abschluss eines Versorgungsvertrages.

6. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Änderung des Versorgungsvertrags.

a) Der Kläger verfolgt das ursprünglich gegenüber den Beklagten geäußerte Begehren, §§ 1 und 4 des Versorgungsvertrages mit der Einfügung der Worte "mit sozialen Schwierigkeiten" oder "Menschen in sozialen Schwierigkeiten mit einem Pflegebedarf" zu ändern, nicht weiter. Dies hat er in der mündlichen Verhandlung des Senats ausgeführt. Der Senat lässt dahingestellt, ob die nunmehr begehrte Fassung des Versorgungsvertrags für die Versorgung Pflegebedürftiger mit psychiatrischen Erkrankungen und Schwierigkeiten im Bereich der Suchterkrankung, Obdachlosigkeit und Verwahrlosung eine Berichtigung des bisherigen Klageantrags oder eine Klageänderung darstellt. Eine Klageänderung wäre jedenfalls zulässig, weil sich die Beklagten in der mündlichen Verhandlung des Senats auf die Änderung eingelassen haben, indem sie die Zurückweisung der Berufung beantragt. Denn jedenfalls besteht auch hinsichtlich des in der mündlichen Verhandlung des Senats formulierten Begehrens kein Anspruch auf die Änderung des Versorgungsvertrages.

b) Die Pflegekassen dürfen nach § 72 Abs. 1 SGB XI ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4 SGB XI) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag). Die Voraussetzungen für die Zulassung regelt § 72 Abs. 3, erster Halbsatz SGB XI. Soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt, besteht ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages (§ 72 Abs. 3 Satz 1, zweiter Halbsatz SGB XI).

aa) Der Anspruch des Klägers auf Abschluss eines Versorgungsvertrages für die von ihm getragene Pflegeeinrichtung W.-Haus, für das die Zulassungsvoraussetzungen des § 72 Abs. 3, erster Halbsatz SGB XI gegeben sind, ist erfüllt. Der Kläger hat mit den Beklagten zuletzt den Versorgungsvertrag vom 11. April 2011 geschlossen. Der Versorgungsauftrag in diesem Versorgungsvertrag umfasst wie auch in den vorangegangenen Versorgungsverträgen vom 21. Juni 1999 und 15. Mai 2000 (§ 4 des jeweiligen Versorgungsvertrages) die Verpflichtung des W.-Hauses, alle für die Versorgung Pflegebedürftiger erforderlichen Leistungen im Sinne des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung mit nunmehr 76 vollstationären Plätzen zu erbringen. Der Kläger kann deshalb nicht den Abschluss eines Versorgungsvertrages anstreben, sondern nur eine Änderung des Versorgungsvertrages hinsichtlich des Versorgungsauftrags. Dies brachte er in den Schreiben vom 2. Juli 2007 und 10. Juli 2008 zum Ausdruck, in welchen er die Änderung des bestehenden Versorgungsvertrages beantragte.

bb) Der Kläger kann den Anspruch auf Änderung des Versorgungsvertrags nicht auf § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag und § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI stützen. Nach § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB XI regeln die (Rahmen-)Verträge, die für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich sind (§ 75 Abs. 1 Satz 4 SGB XI), insbesondere Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen. Nach § 75 Abs. 3 SGB XI (eingefügt mit Wirkung vom 1. Januar 2002 durch Art. 1 Nr. 7 Buchst. c) Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege [PQsG] vom 9. September 2001 [BGBl. I, S. 2320]) sind als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 (richtig Absatz 2 Satz 1 Nr. 3) entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten (Nr. 1) oder landesweite Personalrichtwerte (Nr. 2) zu vereinbaren (Satz 1). Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten (Satz 2). Diese gesetzliche Verpflichtung setzt § 17 Abs. 2 Rahmenvertrag um. Nach dieser Regelung werden gemäß § 75 Abs. 3 SGB XI ab dem 1. Januar 2003 (für die einzelnen Pflegestufen) Personalrichtwerte für Pflege und Betreuung in Form von Bandbreiten vereinbart; dabei haben die Einrichtungen das Recht, bis zur Obergrenze der Bandbreiten ohne besondere Begründung einrichtungsindividuell einen Personalschlüssel zu vereinbaren. § 17 Abs. 3 Rahmenvertrag enthält eine Regelung für die Betreuung von schwer Demenzkranken im Sinne der Anl. 1 zum Rahmenvertrag. Nach § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag werden für weitere (als die in § 17 Abs. 3 Rahmenvertrag genannten schwer Demenzkranken im Sinne der Anl. 1 zum Rahmenvertrag) Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinne des § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI, die in Spezialeinrichtungen mit einem gesonderten Versorgungsvertrag betreut werden, in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung höhere bedarfsgerechte Personalrichtwerte als die in Absatz 2 und 3 genannten vereinbart. § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag geht über die gesetzliche Ermächtigung des § 75 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB XI hinaus. § 75 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB XI betrifft nur die Festsetzung der Richtwerte für das Personal im Rahmenvertrag des jeweiligen Landes. § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI ermächtigt und verpflichtet nur, Personalrichtwerte zu vereinbaren. Dabei ist bei der Festsetzung der Personalrichtwerte von vornherein der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf der in der Vorschrift genannten Erkrankungen zu berücksichtigen. Demgemäß muss die Festsetzung der Personalrichtwerte von vornherein diesen besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf berücksichtigen, zumal gerade psychische Erkrankungen bei vielen Pflegebedürftigen gegeben sind. Deshalb ist davon auszugehen, dass die in § 17 Abs. 2 Rahmenvertrag vereinbarten Personalrichtwerte der gesetzlichen Vorgabe des § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI Rechnung tragen. § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI lässt demgegenüber nicht erkennen, dass die Vereinbarung von Personalrichtwerten von weiteren Voraussetzungen als dem besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinne des § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI abhängig gemacht werden dürfen.

Dies korrespondiert auch mit dem Anspruch der Versicherten, dass die Pflegekassen die gesetzlichen Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbringen (§ 29 Abs. 1 Satz 1, erster Halbsatz SGB XI). Diesen Leistungsanspruch der Versicherten können die Vertragsparteien des Rahmenvertrages nicht gestalten (vgl. Schütze in Udsching, SGB XI, § 75 Rdnr. 4). Wenn bei Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf mit den in § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI genannten Erkrankungen ein erhöhter Personalaufwand notwendig ist, um Pflegeleistungen wirksam und wirtschaftlich erbringen zu können, ist dem durch eine entsprechende Vereinbarung erhöhter Personalrichtwerte als Leistungs- und Qualitätsmerkmale in der Pflegesatzvereinbarung (§ 84 Abs. 5 SGB XI in der seit 1. Juli 2008 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 50 Buchst. b) Pflege-Weiterentwicklungsgesetz [Pflege WEG] vom 28. Mai 2008 [BGBl. I, S. 874]) Rechnung zu tragen. Für die Vereinbarung höherer Personalrichtwerte bedarf es deshalb nicht eines mit einer Spezialeinrichtungen abgeschlossenen gesonderten Versorgungsvertrags.

Die von der Beigeladenen zu 2) in der mündlichen Verhandlung des Senats erläuterte Entstehungsgeschichte des § 17 Rahmenvertrag führt

zu keiner anderen Beurteilung. Wenn Hintergrund der Regelung in § 17 Abs. 4 Rahmenvertrag war, abweichende Personalschlüssel von speziellen Pflegeeinrichtungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung bestanden, abzubilden, handelt es sich um eine Übergangsvorschrift.

cc) Zudem geht es dem Kläger nicht vorrangig darum, Pflegebedürftige mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems, den in § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI genannten Erkrankungen, zu versorgen. Zwar sind diese Erkrankungen auch bei den im W.-Haus versorgten Pflegebedürftigen vorhanden. Dies ergibt sich aus der dem SG vorgelegten Aufstellung sowie aus dem Bericht der Beigeladenen zu 1) in ihrer Eigenschaft als Heimaufsichtsbehörde über die Heimbelehrung vom 16. Dezember 2008. Vielmehr sollen Pflegebedürftige mit besonderen Lebensbiografien versorgt werden. Dies erfolgte bereits in der Vergangenheit, wie sich ebenfalls aus den genannten Unterlagen ergibt, und dem soll nunmehr durch die Änderung des Versorgungsvertrages hinsichtlich des Versorgungsauftrag Rechnung getragen werden. Die einen besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf auslösenden Erkrankungen, die § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI nennt, kommen auch bei Pflegebedürftigen, die in der Vergangenheit keine schwierige Lebensbiografie hatten, vor. Der vom Kläger gesehene besondere Pflege- und Betreuungsbedarf bei dem im W.-Haus versorgten Pflegebedürftigen ergibt sich nicht vorrangig oder allein aus den in § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI genannten Krankheitsbildern. Dies zeigt sowohl die ursprünglich vom Kläger gewählte Formulierung des Versorgungsauftrages "Menschen in sozialen Schwierigkeiten mit einem Pflegebedarf" als auch die in der mündlichen Verhandlung des Senats gewählte Formulierung "Pflegebedürftige mit psychischen Erkrankungen und Schwierigkeiten im Bereich der Suchterkrankung, Obdachlosigkeit und Verwahrlosung". Auch insoweit stellt der Kläger wieder auf die besonderen Biografie des einzelnen Pflegebedürftigen ab.

dd) Wenn der Kläger wegen der besonderen Lebensbiografie der im W.-Haus versorgten Pflegebedürftigen Aufwendungen für die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen hat, die Bestandteil von Leistungen in der Pflegeversicherung sind (§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI; zum Umfang der Leistungen der sozialen Betreuung: § 1 Abs. 3 Buchst. e) Satz 2 und 3 Rahmenvertrag), kann er diese bei der Bemessung seiner Pflegesätze in Ansatz bringen und diese im Rahmen leistungsgerechter Pflegesätze refinanzieren (§ 84 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Pflegebedingte Aufwendungen sind aber nur diejenigen, die für die Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Leistungen einer Pflegeeinrichtung in der sozialen Betreuung reichen nicht so weit, dass damit umfangreich Leistungen für Menschen mit sozialen Schwierigkeiten im Sinne des Achten Kapitels des SGB XII erbracht und letztlich Leistungen der Träger der Sozialhilfe nach dem Achten Kapitel des SGB XII oder Leistungen nach anderen Vorschriften des SGB XII übernommen werden (zum Verhältnis der Leistungen nach dem SGB XI zu solchen nach dem SGB XII: § 13 Abs. 3 SGB XI).

ee) Bei dieser Sachlage braucht der Senat auch nicht darüber zu entscheiden, ob der Kläger Anspruch auf Anpassung des Versorgungsvertrages im Hinblick auf den Versorgungsauftrag nach § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X hat. Haben die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vertragsinhalts maßgebend gewesen sind, sich seit Abschluss des Vertrages so wesentlich geändert, dass einer Vertragspartei das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten ist, so kann nach dieser Vorschrift diese Vertragspartei eine Anpassung des Vertragsinhalts an die geänderten Verhältnisse verlangen oder, sofern eine Anpassung nicht möglich oder einer Vertragspartei nicht zuzumuten ist, den Vertrag kündigen. Selbst wenn man wie der Kläger die wesentliche Änderung im Inkrafttreten des Rahmenvertrages sieht, kann wie dargelegt jedenfalls der Kläger seinen geltend gemachten Anspruch nicht auf den Rahmenvertrag stützen.

7. Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG, 154 Abs. 2 und 162 Abs. 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

8. Der Streitwert für beide Rechtszüge wird endgültig auf EUR 5.000,00 festgesetzt. Diese Festsetzung beruht auf §§ 197a Abs. 1 SGG, 1 Abs. 2 Nr. 3, 63 Abs. 1 Satz 1, 6 Abs. 1 Nr. 4, 47 Abs. 1 Satz 1 und 52 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG). Der Auffangstreitwert des § 52 Abs. 2 GKG von EUR 5.000,00 ist anzusetzen, weil Anhaltspunkte dafür fehlen, wie das wirtschaftliche Interesse des Klägers zu bemessen ist. Es ist nicht erkennbar, welche höheren Pflegevergütungen und/oder Entgelte für Unterkunft und Verpflegung auf der Grundlage einer geänderten Pflegesatzvereinbarung sich ergeben könnten.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-01-28