

## L 2 KN 69/03 P

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Pflegerversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 9 (2) KN 331/00 P  
Datum  
29.04.2003  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 2 KN 69/03 P  
Datum  
18.12.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 P 9/04 B  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 29.04.2003 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im zweiten Rechtszug nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die im Mai 1926 geborene und am 00.11.2000 verstorbene I L (im Folgenden: Versicherte) war bei der Beklagten gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert. Sie erlitt am 26.11.1999 einen Schlaganfall und wurde stationär in die Fachklinik S - Neurologie - in F aufgenommen. Internist Dr. L1 aus F bescheinigte, dass aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung dringend die Aufnahme in ein Altenheim erforderlich sei. Zum 03.12.1999 erfolgte die Aufnahme bei der Klägerin. Im Heimvertrag wurde die Pflegeklasse/-stufe II zugrunde gelegt.

Die Versicherte beantragte daraufhin bei der Beklagten Leistungen der vollstationären Pflege nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Arzt für Allgemeinmedizin Dr. I vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) F der Beklagten meinte, wegen der Folgen des Schlaganfalls sei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II gegeben. In Bezug auf die Fähigkeit zur Bewältigung des täglichen Lebens sei die Versicherte stark beeinträchtigt. Sie brauche für jeden Transfer Hilfe und bei sämtlichen Verrichtungen der Grundpflege Unterstützung. Der zeitliche Hilfeaufwand betrage im Bereich Grundpflege 126 Minuten. Hinzu komme ein Aufwand bei der hauswirtschaftlichen Versorgung von 60 Minuten (Pflegegutachten vom 09.12.1999). Auf dieser Grundlage gewährte die Beklagte der Versicherten die beantragte vollstationäre Pflege nach der Pflegestufe II und sagte der Klägerin die Übernahme von Kosten in Höhe von DM 2500,00 monatlich zu (Bescheide vom 13.12.1999).

Im Mai 2000 untersuchte Dr. T aus F für den SMD die Versicherte im Altenheim der Klägerin: Das zeitliche Pflegeausmaß habe gegenüber dem Vorgutachten noch leicht zugenommen, insbesondere durch Fortschreiten der Hirnleistungsminderung. Die Pflegestufe II sei auf Dauer angemessen. Daraufhin unterrichtete die Beklagte die Versicherte, dass keine wesentliche Änderung eingetreten sei und weiterhin die Pflegestufe II vorliege (Schreiben vom 30.05.2000). Gegen diese Mitteilung legte die Klägerin durch ihren Geschäftsführer sowohl im eigenen Namen als auch für die Versicherte Widerspruch ein. Sie meinte, der Pflegestufenbescheid sei nicht korrekt. Pflegeerschwerend seien zu berücksichtigen ein Zustand von Demenz bei Koordinationsstörung, starke Inkontinenz und aufwändige Anleitung auch bei der Nahrungsaufnahme wegen Sorge um den Flüssigkeitshaushalt. Arzt für Allgemeinmedizin Dr. H vom SMD F führte dazu nach Lage der Akten aus, dass sich nunmehr ein Zeitaufwand im Bereich der Grundpflege von 200 Minuten ergebe, indes weiter die Pflegestufe II angemessen sei (Stellungnahme vom 08.08.2000). Die Beklagte wies den Widerspruch mit an die Klägerin gerichtetem Bescheid zurück (Widerspruchsbescheid vom 10.10.2000).

Deshalb haben zunächst sowohl die Klägerin als auch die Versicherte Klage zum Sozialgericht (SG) Duisburg erhoben. Die Versicherte hat ihre Klage zurückgenommen.

Die Klägerin hat vorgetragen, aufgrund der tatsächlichen Pflegesituation liege bei der Versicherten mindestens die Pflegestufe III vor. Dies werde ein einzuholendes medizinisches Sachverständigen Gutachten bestätigen. Durch die Entscheidung der Beklagten sei auch die Klägerin beschwert, da sich die Einstufungsentscheidung unmittelbar auf die Höhe der Vergütung auswirke. Eine falsche Einstufung verletze daher das Recht der Klägerin auf leistungsgerechte Vergütung. Jedenfalls für den hier streitigen Zeitraum vor dem 01.01.2002 gelte [§ 84 SGB XI](#) weiter.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 30.05.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2000 zu verurteilen, ihr ab dem Zeitpunkt der Überprüfung durch den SMD Leistungen der Pflegestufe III für die stationäre Pflege der verstorbenen vormaligen Klägerin zu 2. zu gewähren, hilfsweise, die verstorbene Klägerin zu 2. rückwirkend in die Pflegeklasse III einzustufen und die entsprechenden Vergütungsleistungen bei vollstationärer Pflege zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat gemeint, die Klägerin sei nicht beschwert. Außerdem habe der SMD darauf hingewiesen, dass außergewöhnlicher Hilfebedarf besonders im Bereich der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung bestehe. Die Erhöhung der Pflegeklasse könne sich lediglich darauf beziehen. Eine höhere Pflegestufe liege nicht vor.

Das SG hat die Klage abgewiesen: Soweit sich die Klägerin gegen die bei der Versicherten festgestellte Pflegestufe wende, sei die Klage unzulässig, weil die Klägerin nicht klagebefugt sei. Im übrigen sei die Klage zwar zulässig aber unbegründet. Ein durchsetzbarer Anspruch auf Einstufung der Versicherten in eine höhere Pflegeklasse bestehe nach [§ 84 Abs 2 Satz 3](#), 2. Halbsatz SGB XI nicht. Zwar habe die Öffnungsklausel weiterhin Gültigkeit. Es fehle aber an Abgrenzungskriterien, nach denen eine von der festgestellten Pflegestufe abweichende Einstufung in eine Pflegeklasse vorgenommen werden könne. Das Gericht sehe sich mangels hinreichend konkreter Vorgaben des Gesetzgebers nicht in der Lage, seinerseits verbindlich sachliche und/oder zeitliche Kriterien aufzustellen. Damit laufe ein möglicher Anspruch auf höhere Pflegeklasseneinstufung faktisch ins Leere (Urteil vom 29.04.2003).

Mit ihrer Berufung trägt die Klägerin vor, sie sei befugt, die Einstufung der Versicherten in die Pflegestufe III feststellen zu lassen. Die mittelbare Auswirkung der nicht korrekt festgestellten Pflegestufe auf ihren Vergütungsanspruch könne nicht im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen ausgeglichen werden. In Fällen, in denen Versicherte auf ihr Recht, Sozialleistungen zu bekommen, verzichteten, müsse einem Dritten, hier der Klägerin, eingeräumt werden, diese Rechte im eigenen Namen weiter zu verfolgen. Jedenfalls sei der Hilfsanspruch begründet. Hier bestehe die Möglichkeit der Rechtsfortbildung durch Ausfüllung einer vom Gesetzgeber unterlassenen Regelung. Das Gericht hätte entsprechende weitere Ermittlungen durchführen müssen. Die Neuregelung des [§ 87a SGB XI](#) stelle jedenfalls für die Zeit vor 2002 keine abweichenden Vorschriften auf.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 29.04.2003 zu ändern und nach dem Schlussantrag der ersten Instanz zu erkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Für die Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

I. Die auf Gewährung von Leistungen nach Pflegestufe III bei vollstationärer Pflege unter Aufhebung der ablehnenden Verwaltungsentscheidung gerichtete Klage (Hauptantrag) ist unzulässig. Die Klägerin ist weder befugt, ein eigenes (1.) noch ein fremdes Recht in eigenem Namen (2.) geltend zu machen.

1. Für die Geltendmachung eines eigenen Rechts in eigenem Namen fehlt es der Klägerin - wie das SG zu Recht ausgeführt hat - an der Klagebefugnis, [§ 54 Abs 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die Klägerin kann unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt behaupten, durch die Ablehnung des erstrebten Verwaltungsakts unmittelbar beschwert zu sein. Die Klägerin hat nämlich keinen Anspruch gegen die Beklagte, das gegenüber der Versicherten bindend ([§ 77 SGG](#)) geregelte Leistungsverhältnis zu ändern und stationäre Leistungen nach Pflegestufe III zu verlangen. Aus dem Wortlaut und dem Regelungszusammenhang der Rechtsgrundlagen im SGB XI, hier [§ 43 SGB XI](#) in Verbindung mit [§§ 14 f](#) und [33 Abs 1 SGB XI](#), ergibt sich, dass ausschließlich Versicherte Anspruch auf Sachleistungen bei vollstationärer Pflege haben, die nach Umfang und Höhe grundsätzlich nach der jeweiligen Pflegestufe gestaffelt sind (vgl zur prinzipiellen Maßgeblichkeit der Pflegestufen im Sinne von [§ 14 Abs 4 SGB XI](#) auch für die vollstationäre Pflege: [§ 84 Abs 2 Satz 3 SGB XI](#) und hierzu [BSGE 85, 278 ff](#) = SozR 3-3300 [§ 43 SGB XI](#) Nr 1). Dementsprechend ist auch das Antragsrecht der Versicherten ausgestaltet ([§ 33 Abs 1 SGB XI](#)). Nicht anders als bei reinen Anfechtungsklagen gegen Verwaltungsakte mit Drittwirkung (vgl dazu BSG [SozR 3-1500 § 78 Nr 3](#) = USK 9906; BSG USK 9716 und 9718 jeweils mwN) ist die Klagebefugnis gegeben, wenn die geltend gemachten rechtlichen Interessen des Dritten vom Schutzzweck der dem Verwaltungsakt zugrundeliegenden Norm erfaßt werden. Zudem darf die Möglichkeit der Verletzung eines Anspruchs nicht von vornherein ausgeschlossen sein (vgl dazu BSG SozR 3-2200 [§ 1227a RVO Nr 7](#) mwN). Daran fehlt es. Ein eigenständiges subjektives Recht des Heimträgers gegen die Pflegekasse ist im Gesetz nicht vorgesehen. Es lässt sich auch nicht - mittelbar - aus [§ 84 Abs 2 Satz 3 SGB XI](#) herleiten (aA Klie/Meysen NZS 00, 222, 227; Meyer- Ladewig, SGG, 7. Auflage [§ 54 Rdnr 12b](#)). Daran könnte allenfalls gedacht werden, wenn Identität zwischen der Einordnung der Versicherten in eine Pflegestufe und der sich daraus ergebenden Pflegeklasse, die wiederum für den leistungsgerechten Vergütungsanspruch des Heimträgers maßgeblich ist, bestünde. Ein solcher Automatismus ist aber im Gesetz gerade nicht vorgesehen. Dies besagt schon der einschränkende Gliedsatz in [§ 84 Abs 2 Satz 3 SGB XI](#) "[...] soweit nicht [...]". Danach kommt eine von der Pflegestufe abweichende Pflegeklasse in Betracht, soweit nach der gemeinsamen Beurteilung des SMD und der Pflegeleitung des Pflegeheims die Zuordnung in eine andere Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. Dies beruht darauf, dass der Umfang der Leistungserbringung durch das Pflegeheim wegen sozialer Betreuung oder Behandlungspflege deutlich weiter gehen kann als der in [§§ 14, 15 SGB XI](#) festgelegte Maßstab für die Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der die soziale Betreuung und Behandlungspflege nicht in gleicher Weise zu berücksichtigen sind (vgl näher [BSGE 85, 278ff](#)). Da der Pflegebedürftige bei stationärer Pflege einerseits umfassend zu versorgen ist, das Pflegeheim andererseits für sämtliche von ihm zu erbringende Leistungen eine "leistungsgerechte Vergütung" ([§ 84 Abs 2](#)

[Satz 1 SGB XI](#)) verlangen kann, wurde die für die Höhe des Pflegesatzes maßgebende Pflegeklassenzuordnung nur grundsätzlich an den für die Zuordnung zu den Pflegestufen geltenden Maßstab gebunden. Mangels hinreichender Berücksichtigung der sozialen Betreuung und Behandlungspflege drohte die zwingende Übernahme der Pflegestufeneinordnung für die Festlegung der Pflegeklasse (die wiederum für die Höhe des Pflegesatzes und damit für die leistungsgerechte Vergütung maßgeblich ist) sonst zu einer mit [Artikel 12](#) und [14](#) des Grundgesetzes nicht zu vereinbarenden Vergütung zu führen (BSG aaO). Wortlaut, Regelungs- und Sinnzusammenhang der Vorschriften des SGB XI machen damit deutlich, dass die Einstufung in eine Pflegestufe und -klasse nicht identisch sein müssen. Dies zeigt seit dem 01.01.2002 auch die Regelung in [§ 87 a Abs 2 SGB XI](#) (eingefügt durch Gesetz vom 09.09.2001, [BGBl. I S 2320](#)). Könnte sich nämlich der Heimträger aus eigenem Recht gegen die Festsetzung einer Pflegestufe durch die Pflegekasse wenden, bedürfte es des dort geregelten Verfahrens nicht. Mit dieser Auffassung steht schließlich in Einklang, dass zu einem Rechtsstreit zwischen Versichertem und Pflegekasse wegen der Gewährung vollstationärer Leistungen nach dem SGB XI weder der Sozialhilfeträger (trotz der in § 68 a des Bundessozialhilfegesetzes geregelten Bindungswirkung) noch der Heimträger beizuladen sind (vgl BSG aaO).

2. Für die Geltendmachung des Anspruchs als fremdes Recht in eigenem Namen fehlt es an der Prozessführungsbefugnis. Die Prozessführungsbefugnis, d. h. die prozessuale Berechtigung, einen Anspruch im eigenen Namen geltend zu machen ([BSGE 37, 33](#)), fällt bei der Anfechtungs- und Verpflichtungsklage regelmäßig mit der Sachlegitimation zusammen (Meyer-Ladewig, aaO § 54 Rdnr 11). Außer in den Fällen der gesetzlichen Prozessstandschaft (Fälle, in denen Rechtsinhaberschaft und Verfügungsbefugnis auseinanderfallen, z.B. Konkursverwalter, Testamentsvollstrecker oder Miterbe der ungeteilten Erbengemeinschaft) kann ein fremdes Recht in eigenem Namen nur in Fällen der sogenannten gewillkürten Prozessstandschaft geltend gemacht werden. Diese ist ausnahmsweise zulässig, wenn zwischen Rechtsinhaber und Prozessstandschafter eine entsprechende Vereinbarung vorliegt und der Prozessstandschafter überdies ein eigenes Rechtsschutzinteresse geltend machen kann (BSG SozR [§ 54 SGG Nr 59](#); [BSGE 10, 134; 37, 35](#)). Diese Voraussetzungen sind schon deshalb nicht erfüllt, weil eine entsprechende Vereinbarung von der Klägerin weder behauptet wird noch Anhaltspunkte dafür gegeben sind, dass sie vorliegt.

II. Auch hinsichtlich des Hilfsantrags hat die Klage keinen Erfolg. Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte darauf, die Versicherte rückwirkend in die Pflegeklasse III einzustufen und von der Beklagten eine entsprechende Vergütung zu erlangen. Die Voraussetzungen der Regelung des [§ 84 Abs 2 Satz 3 SGB XI](#) sind nicht erfüllt.

Insoweit lässt der Senat die Frage offen, ob die Klägerin - nach der Rechtslage bis zum 31.12.2001 - allein gehalten gewesen ist, den Weg der Vertragsanpassung über §§ 4a Satz 1, 4b, 4e HeimG iVm dem Heimvertrag zu gehen und dabei incidenter klären zu lassen, ob die Voraussetzungen für ein höheres Entgelt wegen Verschlechterung der Gesundheit erfüllt gewesen sind, ob der Klägerin der Weg entsprechend dem am 01.01.2002 in Kraft getretenen § 87a Abs 2 SGB XI offen gestanden hat oder ob die Klägerin isoliert vorab nach [§ 84 Abs 2 Satz 3 SGB XI](#) vorgehen konnte. Nur der zuletzt genannte Ansatz entspricht dem Ziel der Klägerin, von der Beklagten die Einstufung der Versicherten in die Pflegeklasse III zu verlangen.

Bedenken gegen ein selbständiges Klagerecht der Klägerin erwachsen daraus, dass die Leistungen der Pflegeversicherung nur auf Antrag der Versicherten erbracht werden ([§33 Abs 1 SGB XI](#)), nicht aber auf Antrag des Leistungserbringers (vgl entsprechend sinngemäß für die Krankenversicherung BSG, Urteil vom 24.09.2002 B [3 KR 2/02 R SozR 3-2500 § 132a Nr 3](#)). Dem Versicherten bleibt es danach grundsätzlich bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes unbenommen, gegenüber dem Heimträger ein erhöhtes Entgelt wegen eines erhöhten Pflegebedarfs zu zahlen, ohne höhere Leistungen von der Pflegekasse zu beantragen.

Unterstellt man zugunsten der Klägerin, sie könne als Heimträger selbständig Rechte im Rahmen des [§ 84 Abs 2 Satz 3 SGB XI](#) geltend machen (vgl. für diese grundsätzliche Position z.B. Spellbrink in Hauck, SGB XI, Kommentar, Stand Mai 2003, § 84 Rdnr. 20; Klie/Meysen, aaO), so setzt dies in jedem Fall voraus, dass das im Gesetz vorgesehene Verfahren eingehalten ist. Daran fehlt es. Nach [§ 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI](#) sind bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen die Pflegestufen gemäß § 15 (SGB XI) zu Grunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes (hier: SMD) und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. Demgegenüber hat die Pflegeleitung der Klägerin nicht unmittelbar eine Beurteilung des SMD herbeigeführt, die Basis der im Gesetz vorausgesetzten "gemeinsamen Beurteilung" hätte sein können. In einem solchen Fall kann es nicht Aufgabe der Gerichte sein, im Nachhinein die erforderliche gemeinsame Beurteilung zu initiieren oder Ermittlungen dazu anzustellen, ob die Voraussetzungen für die Einordnung in eine abweichende Pflegeklasse vorliegen.

Dieses vom Gesetz ausdrücklich vorgesehene Verfahren hat die Klägerin nicht genutzt. Einen Anspruch auf Einstufung in eine höhere Pflegeklasse ohne das vorgeschaltete Verfahren sieht aber weder [§ 84 Abs 2 Satz 3 SGB XI](#) noch eine sonstige Vorschrift des SGB XI vor.

III. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs 1 SGG](#) in der bis zum 01.01.2002 maßgeblichen alten Fassung. [§ 197 a SGG](#), der durch das 6. SGG- Änderungsgesetz - 6. SGGÄndG - vom 17.08.2001 ([BGBl. I, 2141 ff](#)) eingefügt worden ist und statt der Anwendung der [§§ 184 ff SGG](#) auf die Kostenvorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung verweist, wenn - wie hier - keine Personen im Sinne von [§ 183 SGG](#) beteiligt sind, ist erst auf nach dem 01.01.2002 rechtshängig gewordene Verfahren anzuwenden, Art. 17 Abs 1 Satz 2 6. SGG- ÄndG. Diese Übergangsvorschrift betrifft zwar ausdrücklich nur die Frage der Gerichtsgebühren; sie muss aber sinngemäß auch auf die außergerichtliche Kostenerstattung angewendet werden, um in Anbetracht des mit der Neuregelung verbundenen Systemwechsels den erforderlichen Vertrauensschutz zu gewährleisten (BSG SozR 3 - 2500 § 132 a Nr 3 mWn).

Anlass, die Revision zuzulassen, besteht nicht, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-09-22