

Schiedsspruch

In dem Schiedsverfahren

1. des **Arbeiterwohlfahrt Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.**, vertreten durch den Geschäftsführer, Herrn Bernd Tünker, Wismarsche Straße 183-185, 19053 Schwerin,
2. des **Caritas Mecklenburg e.V.**, vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Caritasdirektor, Herrn Steffen Feldmann, Mecklenburgstraße 38, 19053 Schwerin,
3. des **Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.**, vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch die Diözesan-Caritasdirektorin, Frau Prof. Dr. Ulrike Kostka, Residenzstraße 90, 13409 Berlin,
4. des **PARITÄTISCHER Mecklenburg-Vorpommern e.V.**, vertreten durch die Geschäftsführerin, Frau Christina Hömke, Wismarsche Straße 298, 19055 Schwerin,
5. des **Diakonisches Werk Mecklenburg-Vorpommern e.V.**, vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch das alleinvertretungsberechtigte Vorstandsmitglied, Frau Henrike Regenstein, Körnerstraße 7, 19055 Schwerin,
6. des **DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.**, vertreten durch den Geschäftsführer, Herrn Hans-Peter Schultz, Wismarsche Straße 298, 19055 Schwerin,
7. des **bpa Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.**, vertreten durch den Geschäftsführer, Herrn Herbert Mael, Friedrichstraße 148, 10117 Berlin,

- Antragsteller -

Verfahrensbevollmächtigte für die Antragsteller zu 1. bis 7.: DORNHEIM Rechtsanwälte & Steuerberater, Brahmsallee 9, 20144 Hamburg

gegen

1. die **AOK Nordost - Die Gesundheitskasse**, vertreten durch den Vorstand, Behlertstraße 33 A, 14467 Potsdam,
2. den **BKK-Landesverband NORDWEST**, vertreten durch den Vorstand, Süderstraße 24, 20097 Hamburg,
3. die **IKK Nord**, vertreten durch den Vorstand, Ellerried 1, 19061 Schwerin
4. die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)** als Landwirtschaftliche Pflegekasse, vertreten durch den Vorstand, Hoppegartener

5. die **Knappschaft-Bahn-See**, vertreten durch den Vorstand, Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg
6. die **Pflegekasse der BARMER GEK**, vertreten durch den Vorstand, Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal,
7. die **Pflegekasse der Techniker Krankenkasse**, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg,
8. die **Pflegekasse der DAK-Gesundheit (Ersatzkasse)**, vertreten durch den Vorstand, Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg,
9. die **Pflegekasse der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH**, vertreten durch den Vorstand, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover,
10. **Pflegekasse der HEK - Hanseatische Krankenkasse**, vertreten durch den Vorstand, Wandsbeker Zollstraße 86 - 90, 22041 Hamburg,
11. die **Pflegekasse der hkk**, vertreten durch den Vorstand, Martinistraße 26, 28195 Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter der Antragsgegner zu 6. bis 11. mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, Herrn Karl Nagel,

- gemeinsam handelnd als Landesverbände der Pflegekassen -

sowie

12. den **Verband der privaten Krankenversicherung e.V.**, vertreten durch den Vorstand, Leipziger Straße 104, 10117 Berlin,
13. den **Kommunalen Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern als überörtlichem Sozialhilfeträger**, vertreten durch den Verbandsdirektor, Herrn Jörg Rabe, Köpmarkt -Am Grünen Tal 19, 19063 Schwerin und
14. den **Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e.V. sowie den Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e.V. als Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Träger der Sozialhilfe**, beide jeweils vertreten durch den Vorstand, beide: Bertha-von-Suttner-Straße 5, 19061 Schwerin

- Antragsgegner -

unter Beteiligung

des **Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Mecklenburg-Vorpommern e.V.**, vertreten durch die Geschäftsführerin, Frau Dr. med. Ina Bossow, Lessingstraße 33, 19059 Schwerin

hat die Schiedsstelle nach § 76 SGB XI aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 25.11.2015 durch

den Vorsitzenden,
die unparteiischen Mitglieder,

Herrn Prof. Dr. K.-J. Bieback,
Herrn Rudolf Kalina und Herrn Reinhold Sobottka,

sowie die Mitglieder,

Frau Brigitte Schmiedeke,
Frau Ilona Blume,
Herrn Jörn Reichenberg,
Herrn Dr. Johann Peter Bank,
Herrn Enrico Kirschner,

Frau Dagmar Broy,
Herrn Alexander Plass,
Herrn Thomas Keitzl,
Frau Evelyn Hoop und
Frau Nicole Becker

folgenden Beschluss gefasst:

1. § 20 des Rahmenvertrages zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten in Einrichtungen der vollstationären Pflege in Mecklenburg-Vorpommern (gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI) wird in Abs. 5 bis 7 und der Protokollnotiz zu § 20 mit Laufzeit ab 25.11.2015 wie folgt festgesetzt:

„§ 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

- (5) Zur Sicherstellung wirksamer und wirtschaftlicher Leistungen der vollstationären Pflege wird gem. § 75 Abs. 3 SGB XI folgender Personalkorridor für die Pflege (Grundpflege, medizinische Behandlungspflege) und soziale Betreuung festgelegt/vereinbart:

Pflegestufe	I	II	III
Unterer Korridor	1 : 4,51	1 : 3,26	1 : 2,22
Oberer Korridor	1 : 3,87	1 : 2,52	1 : 1,82

Der Anteil an Fachkräften entspricht im Bereich Pflege und Betreuung mindestens der Einrichtungenpersonalverordnung. Nachtwachen sind im Personalkorridor enthalten. Eine Nachtwache pro Nacht entspricht 1,9 Vollzeitkräften. Die Anzahl der einzusetzenden Nachtwachen soll in der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI vereinbart werden.

Grundsätzlich ist der Pflege- und Betreuungsbedarf von Pflegebedürftigen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems in dem Personalkorridor berücksichtigt.

Die Leistungen gem. § 87b SGB XI sind hier nicht enthalten.

Für die laut Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI vereinbarte besondere Betreuung von Bewohnern mit besonderem Interventionsbedarf (Pflege- und Betreuungsbedarf) kann auch oberhalb vom oberen Korridor eine höhere Personalausstattung vereinbart werden.

- (6) Zusätzlich zu der sich aus dem in Abs. 5 genannten Personalkorridor personellen Ausstattung sind die folgenden Personalschlüssel je Pflegeeinrichtung zu berücksichtigen:

- Aufgabenbereich Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagement

1 : 60 VK, mindestens 0,75 VK

Die den Landesverbänden der Pflegekassen benannte verantwortliche Pflegedienstleitung ist im Fachkraftanteil entsprechend dieser Personalschlüssel nicht enthalten.

- Aufgabenbereich Praxisanleitung

0,05 VK je Anzuleitender/m* (Mittelwert pro Basisjahr), max. 0,50 VK

*hierzu zählen Auszubildende, Umschüler, Praktikanten

- Aufgabenbereich Hauswirtschaft

1 : 6,50 VK*

*Aufwendungen, die durch Fremdvergabe von Leistungen entstehen, müssen wirtschaftlich sein und sind entsprechend anzurechnen.

- Aufgabenbereich Leitung und Verwaltung

1 : 25 VK, mind. 0,50 VK*

*Aufwendungen, die durch Fremdvergabe von Leistungen entstehen, müssen wirtschaftlich sein und sind entsprechend anzurechnen.

- (7) Auszubildende, Praktikanten und Teilnehmer am Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) sowie Bundesfreiwilligendienst (BFD) sind außerhalb des Personalkorridors nach Abs. 5 und der Personalschlüssel nach Abs. 6 im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI zu berücksichtigen.

Protokollnotiz zu § 20 RV

Macht eine Einrichtung in einer Verhandlung zur Pflegesatzvereinbarung von den Änderungen des § 20 Rahmenvertrag Gebrauch, ist dies in der neuen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen.“

Im Übrigen werden die Anträge der Antragsteller und die Anträge der Antragsgegner zu 1. bis 11. und zu 13. und 14. zurückgewiesen.

2. Die Gebühren des Verfahrens tragen die Antragsteller einerseits und die Antragsgegner andererseits (jeweils als Gesamtschuldner) zu jeweils 50 %.

Der Vorsitzende setzt die Verfahrensgebühr auf 3.500,00 € fest.

GRÜNDE:

I.

Der zwischen den Parteien vereinbarte Rahmenvertrag zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten in Einrichtungen der vollstationären Pflege vom 01.07.2009 wurde von den Antragstellern mit Schreiben

vom 17.12.2013 für den Abschnitt III (§§ 20 bis 24) gem. § 36 Abs. 2 S. 1 des Rahmenvertrages/§ 75 Abs. 5 SGB XI fristgemäß zum 31. Dezember 2014 gekündigt. Die Antragsteller haben in ihrer Kündigung wie auch während der Verhandlungen betont, dass es ihnen nur um eine Anpassung der Personalrichtwerte und -korridore in § 20 des Rahmenvertrages ginge. Dies haben auch die Antragsgegner in den Verhandlungen bekräftigt. Auch in der Verhandlung vor der Schiedsstelle am 25.11.2015 haben beide Parteien betont, dass nur § 20 Abs. 5 bis 7 Rahmenvertrag streitig sei.

I., 1

Mit Schreiben vom 31.3.2014 haben die Antragsteller ihre Forderungen zu § 20 an die Antragsgegner übermittelt.

(1) Einmal forderten sie eine Erhöhung der Korridorwerte in der Pflege (§ 20 Abs. 5):

Pflegestufe	I	II	III
Unterer Korridor	4,22	3,06	2,22
Oberer Korridor	3,58	2,32	1,82

Der folgende Text in § 20 Abs. 5 S. 3 bis S. 7 sollte nicht geändert werden.

Dagegen betrogen die alten Korridorwerte:

Pflegestufe	I	II	III
Unterer Korridor	1 : 4,71	1 : 3,38	1 : 2,24
Oberer Korridor	1 : 4,07	1 : 2,64	1 : 1,83

Diese Erhöhung begründen die Antragsteller damit, dass seit der letzten Festlegung der Korridore in 2006 die Arbeitsbelastung erheblich gestiegen und eine qualitativ ausreichende Versorgung der Heimbewohner nicht mehr gewährleistet sei. Der Anteil multimorbider, hochbetagter und dementiell erkrankter Personen an den Pflegebedürftigen habe zugenommen. Dies führe im stationären Pflegesektor auch zu einer starken Abwanderung aus dem Beruf und einem Mangel an Pflegekräften. Schließlich gebe es in Mecklenburg-Vorpommern einen Nachholbedarf, als die Personalrichtwerte in M-V – bei gleicher Aufgabenstellung – im Bundesvergleich sehr niedrig seien. Hierzu legten die Antragsteller in ihren Schriftsätzen an die Schiedsstelle (insbes. v. 13.10.2015 S. 16 ff.) konkrete Zahlen und Berechnungen vor.

(2) Eine weitere Forderung betraf einen neuen § 20 Abs. 5 S. 8 Rahmenvertrag, mit dem ein eigener Richtwert für einen Qualitätsbeauftragten mit einem Schlüssel von 1 : 80, mindestens aber 0,5 VK eingeführt werden sollte. Begründet wurde dies mit den gestiegenen Anforderungen an die Qualität und Qualitätssicherung im Bereich der Pflege durch die letzten gesetzlichen Änderungen (Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) und Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR), Einführung neuer Expertenstandards

und stärkere und detailliertere Verpflichtung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements).

(3) Da die Qualitätssicherung besonders geregelt werden sollte, forderten die Antragsteller als Personalschlüssel für die Pflegedienstleitung einen Schlüssel von 1 : 80, mindestens 0,75 VK. Gegenüber den alten Werten - Pflegeeinrichtung bis 40 Plätze 0,5 VK, Pflegeeinrichtung ab 41 Plätze 1 : 80 VK - wäre dies eine Erhöhung nur für die Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen. Begründet wird dies damit, dass auch für kleine Einrichtungen eine Personalmindestausstattung von 0,75 VK notwendig sei. Denn die Aufgaben einer PDL würden sich allein aufgrund der geringen Platzzahl nicht wesentlich verringern oder ändern; so sei der Zeitaufwand z. B. für Dienstberatungen oder die Fortbildungsplanung unabhängig von der Anzahl der Pflegebedürftigen oder Mitarbeitenden.

(4) Weiterhin forderten die Antragsteller, in Abs. 6 einen neuen Personalrichtwert für die Praxisanleitung von 0,125 VK je Anzuleitenden, max. 1,0 VK, aufzunehmen und mit der Vertragsanmerkung zu versehen, dass zu den Anzuleitenden die Auszubildenden, Umschüler und Praktikanten zählten. Dies sei notwendig, um eine qualitativ hochwertige Ausbildung sicherzustellen. Praxisanleiter müssten über eine berufspädagogische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 200 Stunden verfügen. In Mecklenburg-Vorpommern verlange das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, dass je Auszubildenden mindestens zwei Stunden pro Woche als Praxisanleitung aufgewandt werden sollten, was wiederum eine Freistellung von den sonstigen Pflege- wie Leitungsaufgaben erfordere. Die Antragsteller legten dazu das Schreiben des Sozialministeriums M-V v. 17.2.2003 nebst der Anlage „Vorläufige Empfehlungen für die praktische Ausbildung in der Altenpflege“ vor (Anlagenkonvolut ASt. 16).

(5) Im Gegensatz zum alten Personalschlüssel von 1 : 7 sollte der Personalschlüssel im Aufgabenbereich Hauswirtschaft 1 : 5,50 betragen. Der alte Personalschlüssel gelte seit 1999. Seitdem seien sowohl die Hygieneanforderungen wie auch die Anforderung an eine individuellere Versorgung gestiegen. Im Wohnbereich führe dies zu einem Mehraufwand bei der Reinigung und Wäscherei und im Bereich der Speisenversorgung sowohl bei der Zubereitung (z. B. Sonderkostformen; Wunschkost) als auch bei der Darreichung der Speisen (z. B. frei wählbare Essenzeiten, lange Zeitkorridore der Essenszeiten). Soweit in anderen Bundesländern Personalrichtwerte für die Hauswirtschaft vereinbart seien, betrügen sie zwischen 1 : 5,3 und 1 : 6,47. Des Weiteren verwiesen sie auf die vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen im Jahr 2002 in Auftrag gegebene Untersuchung zur „Qualitätssicherung und Personalausstattung in der Hauswirtschaft und im Schnittstellenbereich Hauswirtschaft/Pflege von stationären Altenhilfeeinrichtungen“ (im Internet unter: www.akugmbh.de/media/bilder/Veroeffentlichungen/Qualitaetssicherung-und-Personalausstattung.pdf).

(6) In § 20 Abs. 6 sei ebenfalls der Personalrichtwert Leitung und Verwaltung von dem jetzigen Stufenschema (Pflegeeinrichtungen bis 15 Plätzen 0,5 VK; bis 23 Plätzen 0,75 VK; bis 29 Plätzen 1 VK; ab 30 Plätzen 1 : 30 VK) auf einen einheitlichen Wert 1 : 20 zu

ändern und zu erhöhen. Die Aufgaben in Leitung und Verwaltung hätten angesichts der immer detaillierteren Anforderungen an Dokumentation und Kostennachweisen und dem allgemein gestiegenen Mehraufwand stark zugenommen. Auch hätte jedes Reformgesetz zum SGB XI, wie das Pflegequalitätssicherungsgesetz, das Pflege-Neuausrichtungsgesetz und das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz, und die Einführung der zusätzlichen sozialen Betreuung gem. § 87b SGB XI neue Anforderungen gebracht. Zudem verweisen die Antragsteller auf unterschiedliche Berechnungen für Kosten der Leitung und Verwaltung bei Arbeitsplätzen im öffentlichen Dienst (Empfehlung der KGSt: Gemeinkostenzuschlag für Büroarbeitsplätze: mind. 20 %, für Nichtbüroarbeitsplätze: mind. 15 %; Landkreis Mecklenburgische Seenplatte für Jugendamt: Verwaltungsgemeinkosten in Höhe von 30 % der Personalkosten). Angesichts der sehr anspruchsvollen und hochgradig regulierten Pflegedienstleistung in stationären Einrichtungen sei der Wert von 1 : 20 sogar noch niedrig.

I., 2

Nach einer ersten Verhandlungsrunde am 26. Mai 2014 zog sich der Schriftwechsel zu einem Verhandlungstermin über den Sommer 2014 hin. Die Sozialhilfeträger haben sich erstmals am 18.7.2014 inhaltlich genauer geäußert und die Forderungen abgelehnt, da sie ihrer Meinung nach nicht bzw. nur sehr pauschal begründet seien. Daraufhin haben die Antragsteller ihre Forderungen am 15.8.2014 mit weiteren Gründen versehen, die oben schon eingearbeitet sind. Verhandlungen fanden erst am 19.9.2014 und am 13.10.2014 statt. Zur Vorbereitung der ersten Sitzung gaben die Antragsgegner zu 1. bis 11., die Pflegekassen, ein Einigungsangebot ab.

Sie schlugen folgenden Pflegekorridor vor:

Pflegestufe	I	II	III
Unterer Korridor	1 : 4,51	1 : 3,26	1 : 2,22
Oberer Korridor	1 : 3,87	1 : 2,52	1 : 1,82

Darüber hinaus wiesen sie darauf hin, dass sich der erhöhte Pflegebedarf auch in einer Zunahme der höheren Pflegestufen niederschlagen müsste; an der Verteilung der Pflegestufen habe sich aber nichts geändert.

Hinsichtlich des Aufgabenbereiches Qualitätsmanagement schlugen die Antragsgegner zu 1. bis 11. eine Zusammenfassung mit dem Aufgabenbereich Pflegedienstleitung vor und forderten einen Personalschlüssel für Pflegeeinrichtungen bis 30 Plätze von 0,50 VK und für Pflegeeinrichtungen ab 31 Plätze von 1 : 60. Bei der Praxisanleitung boten die Antragsgegner zu 1. bis 11. an, dass diese in der Rahmenvereinbarung Ausbildungsfinanzierung zu berücksichtigen sei, „sofern eine rechtliche Verpflichtung zur Übernahme der Kosten besteht.“ Im Bereich der Hauswirtschaft sollte es bei dem alten Personalschlüssel von 1 : 7 bleiben. Für den Bereich Leitung und Verwaltung sahen die Antragsgegner zu 1. bis 11. einen gestuften Personalschlüssel vor: Pflegeeinrichtungen bis 13 Plätze 0,50 VK; Pflegeeinrichtungen bis 19 Plätze 0,75 VK; Pflegeeinrichtungen bis

25 Plätze 1,00 VK; Pflegeeinrichtungen ab 26 Plätze 1 : 25.

I., 3

In den Verhandlungen vom 19.9.2014 und 13.10.2014 gaben die Antragsgegner zu 13. und 14. kein Angebot ab und verhandelten nicht. Die Antragsteller und die Antragsgegner zu 1. bis 11. näherten sich im Laufe der Verhandlungen aneinander an, vor allem stimmten die Antragsteller dem von den Antragsgegnern zu 1. bis 11. vorgeschlagenen Korridor zur Bemessung der Pflegekräfte zu. Die Antragsteller ließen ihre Forderung nach einem eigenen Personalrichtwert für die Qualitätssicherung fallen; stattdessen einigte man sich unter beiderseitigem Nachgeben auf einen Richtwert „Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagement von 1 : 60, mindestens 0,75 VK“. Ebenfalls einigten sich die Antragsteller und die Antragsgegner zu 1. bis 11. unter beiderseitigem Nachgeben auf einen Richtwert für die Praxisanleitung von 0,05 VK je Anzuleitenden, maximal 0,5 VK. Schließlich wurde der Wert für Hauswirtschaft auf 1 : 6,50 VK und der für Leitung und Verwaltung auf 1 : 25 VK, mind. 0,50 VK festgelegt. Die am Schluss der Verhandlungen noch weiterbestehenden Differenzen sind in der Anlage ASt. 26 aufgeführt. Sie beziehen sich auf folgende Absätze und Sätze in § 20 der Rahmenvereinbarung (die Differenzen werden kursiv einander gegenübergestellt, ansonsten ist der Text zwischen diesen Parteien geeinigt):

1. In Absatz 5 soll der letzte Satz lauten:

<i>Antragsteller (= bisherige Formulierung der Rahmenvereinbarung)</i>	<i>Antragsgegner zu 1. bis 11 (= neue Formulierung)</i>
<i>Für die laut Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI vereinbarte besondere Betreuung von Bewohnern mit besonderem Interventionsbedarf (Pflege- und Betreuungsbedarf) kann auch oberhalb vom oberen Korridor eine höhere Personalausstattung vereinbart werden.</i>	<i>Pflegeeinrichtungen mit einem besonderen vertraglich vereinbarten Schwerpunkt im Versorgungsvertrag (z. B. Wachkomaeinrichtungen) können in der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI aufgrund der besonderen Pflege und Betreuung von Bewohnern mit besonderem Interventionsbedarf (Pflege- und Betreuungsbedarf) auch oberhalb vom oberen Korridor eine höhere Personalausstattung vereinbaren.</i>

Die Antragsteller wollen mit ihrer Formulierung größtmögliche Flexibilität in der Schwerpunktsetzung der Einrichtungen erreichen und den Besonderheiten von Einrichtungen optimal Rechnung tragen. Die Antragsgegner zu 1. bis 11. (Antrag v. 18.8.2015) begründen ihren Vorschlag damit, dass schon die Personalkorridore die besonderen Interventionsbedarfe „normaler“ Einrichtungen, wie in § 20 Abs. 5 S. 5 Rahmenvertrag festgelegt, abdeckten und es nur „Schwerpunkteinrichtungen“ mit besonderem Versorgungsvertrag erlaubt sein sollte, den Korridor zu überschreiten.

2. In Absatz 6 soll im Spiegelstrich - Aufgabenbereich Leitung und Verwaltung 1 : 25, mind. 0,50 VK*. Die Fußnote soll lauten:

<i>Antragsteller</i>	<i>Antragsgegner zu 1. bis 11</i>
<i>Aufwendungen, die durch Fremdvergabe von Leistungen der Lohn- und Finanzbuchhaltung in dem Bereich Zentrale Dienste entstehen, müssen wirtschaftlich sein und sind entsprechend anzurechnen.</i>	<i>Aufwendungen, die durch Fremdvergabe von Leistungen entstehen, müssen wirtschaftlich sein und sind entsprechend anzurechnen.</i>

Beide Seiten wollen mit der Anmerkung hier wie auch in den vorherigen Positionen verhindern, dass bei einer Ausschöpfung des Personalschlüssels eine parallele Vergabe der Leistungen oder Teile von ihr an einen Fremddienstleister erfolgen könne, ohne dass dies auf den Personalschlüssel angerechnet werden würde. Die Antragsteller wollen jedoch mit ihrer engen Formulierung die oft unangenehmen Streitigkeiten darüber ausschließen, welche Fremdaufträge den Aufgabenbereich „Leitung und Verwaltung“ tangieren. Die Antragsgegner zu 1. bis 11. (Antrag v. 18.8.2015) betonen, es gelte bei Fremdvergaben, Doppelfinanzierungen zu vermeiden und der Leistungsaufwandkatalog enthalte keine Definition von „Leitung und Verwaltung“; sie sei immer im Einzelfall zu bestimmen.

3. Am Ende des § 20 soll die Protokollnotiz zu § 20 RV lauten:

<i>Antragsteller</i>	<i>Antragsgegner zu 1. bis 11.</i>
<i>Auf Verlangen eines Trägers einer zugelassenen Einrichtung sind die Pflegesätze aufgrund der sich ergebenden personellen Ergänzungen gemäß der Festsetzung des § 20 des Rahmenvertrages auch für einen noch laufenden Pflegesatzzeitraum anzupassen bzw. neu zu verhandeln. Auch für Träger von Einrichtungen, die nach Ablauf eines Pflegesatzzeitraums in einer Verhandlung zur Pflegesatzvereinbarung die sich ergebenden personellen Ergänzungen gemäß der Festsetzung des § 20 des Rahmenvertrages geltend machen, sind diese in der neuen Pflegesatzvereinbarung und dementsprechend der Vereinbarung der Vergütungen zu berücksichtigen.</i>	<i>Macht eine Einrichtung in der Verhandlung zur Pflegesatzvereinbarung von den Änderungen des § 20 Rahmenvertrag Gebrauch, ist dies in der neuen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen.</i>

Die Antragsteller wollen mit dieser Formulierung eine Ungleichbehandlung der Einrichtungen verhindern. Einrichtungen, die gerade neue Entgeltvereinbarungen getroffen hätten, sollten nicht ein Jahr und länger auf die Umsetzung der Rahmenvereinbarung warten. Die Antragsgegner zu 1. bis 11. (Antrag v. 18.8.2015) betonen den Vorrang der vertraglichen, prospektiv vereinbarten Entgelte und Leistungsbeschreibungen, die nicht durch die Änderung der Rahmenvereinbarung tangiert werden sollten.

I., 4

Die Antragsgegner zu 13. und 14. haben ihren Standpunkt in den Verhandlungen nur mündlich begründet. Eine ausführliche schriftliche Begründung erfolgte erst in der Entgegnung auf den Schiedsstellenantrag am 1.4.2015. Sie sehen keinen Bedarf für eine

Änderung des § 20 Rahmenvertrag. Die geforderten Verbesserungen der Personalwerte, vor allem der Pflegeversorgung, könnten nur freiwillig erfolgen. Das Sozialhilfefinanzierungsgesetz könne sie nicht berücksichtigen, so dass die zusätzlichen Kosten direkt von den überörtlichen Sozialhilfeträgern zu tragen seien. Vor diesem Hintergrund würden die Antragsgegner zu 13. und 14. kein Angebot abgeben.

I., 5

Nach Abschluss der Verhandlungen mit den Antragsgegnern zu 1. bis 11. wurde noch versucht, auch die Sozialhilfeträger in die Vereinbarung mit einzubeziehen, was aber scheiterte. Daraufhin erklärten die Antragsteller die Verhandlungen für gescheitert und stellten am 16.12.2014 einen Antrag auf Entscheidung durch die Schiedsstelle. Sie beantragen die Festsetzung der neuen Personalwerte in § 20 Abs. 5 und 6 Rahmenvertrag, auf die sie sich mit den Antragsgegnern zu 1. bis 11. geeinigt hatten, sowie die Festsetzung ihrer Forderungen in den drei Dissenspunkten (siehe I., 3). Sie begründen ihren Antrag im Wesentlichen mit den oben (I., 3) wiedergegebenen Argumenten.

Die Antragsgegner zu 1. bis 11. beantragen am 18.8.2015 ebenfalls, die Einigung mit den Antragstellern festzustellen, aber hier mit ihren Forderungen hinsichtlich der drei Dissenspunkte (siehe I., 3).

Die Antragsgegner zu 13. und 14. stellen in ihrer Antragsrwiderrung v. 1.4.2015 den Antrag, die alten Formulierungen und Werte des § 20 Rahmenvertrag vollständig zu behalten und nur in Einzelpunkten Änderungen vorzunehmen:

1. § 20 Abs. 5 S. 6 soll – sprachlich weitgehend identisch mit der Einigung zwischen Antragstellern und Antragsgegnern zu 1. bis 11. – eingefügt werden: „Die Leistungen gemäß § 87b SGB XI sind nicht enthalten.“

2. § 20 Abs. 5 S. 7 (alter Satz 6) soll – wie auch von den Pflegekassen in den Verhandlungen gefordert (siehe I., 3) – lauten:

„Für Pflegeeinrichtungen mit einem besonderen vertraglich vereinbarten Schwerpunkt im Versorgungsvertrag (z.B. Wachkomaeinrichtungen) können in der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI aufgrund der besonderen Betreuung von Bewohnern mit besonderem Interventionsbedarf (Pflege- und Betreuungsbedarf) auch oberhalb vom oberen Korridor eine höhere Personalausstattung vereinbart werden.“

3. § 20 Abs. 6 S. 4 soll eingefügt werden: „Fremddienstleistungen sind auf den Personalschlüssel anzurechnen.“

4. In § 20 Abs. 7 soll das Wort „Zivildienstleistende“ durch „Bundesfreiwilligendienstleistende“ ersetzt werden. Dies ist auch in den Anträgen der Antragsteller und der Antragsgegner zu 1. bis 11. enthalten.

5. Die Protokollnotiz zu § 20 RV soll lauten – wie auch von den Pflegekassen in den Verhandlungen gefordert (siehe I., 3) –: „Macht eine Einrichtung in einer Verhandlung zur Pflegesatzvereinbarung von den Änderungen des § 20 Gebrauch, ist dies in der

nächsten Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen.“

Diese Modifikationen werden ähnlich begründet, wie die von den Pflegekassen verlangten. Die Antragsgegner zu 13. und 14. bestreiten aber grundsätzlich ein Bedürfnis, die Korridorwerte des Pflegepersonals und die anderen Werte in § 20 Abs. 6 zu ändern. Die vorgetragenen erhöhten Anforderungen an den Personalbedarf seien im Wesentlichen Behauptungen, die ohne konkrete Nachweise blieben. Die Antragsgegner zu 13. und 14. sind der Ansicht, dass innerhalb des jetzigen Personalkorridors schon ausreichend danach differenziert werden könne und würde, welche Personalausstattung für die bei jeder Einrichtung unterschiedlich vorhandenen (und gestiegenen) pflegerischen Bedarfe notwendig seien. Das von den Einrichtungen geforderte Mehr an Personal sei zudem so nicht erhältlich. Die Qualitätssicherung würde auch zu einer Reduzierung des Personalbedarfs führen, da sie mit der Leistungsqualität über die Prävention und Optimierung den Pflegeaufwand senke.

Vor allem hätten die Antragsteller aber die erheblichen finanziellen Auswirkungen einer Erhöhung der Personalkorridore und sonstigen Personalwerte nicht berücksichtigt. Dazu legen die Antragsgegner zu 13. und 14. umfangreiche Berechnungen vor. Bei angenommener gleicher Personalkorridorauslastung wie bisher (ca. 70 %) seien bei den Pflegekräften 558 Vollzeitkräfte erforderlich. Hinzu kämen bei den Qualitätsbeauftragten 243 Vollzeitkräfte, bei den Praxisanleitern 77 Vollzeitkräfte und bei den Pflegedienstleitungen 81 Vollzeitkräfte, insgesamt also weitere 401 Vollzeitkräfte, im Bereich Leitung und Verwaltung grob 324 Vollzeitkräfte und in der Hauswirtschaft ebenfalls noch einmal 213 Vollzeitkräfte. Insgesamt ergebe dies ein Volumen von 53.785.000 €. In der Pflegestufe I führe dies zu einer zusätzlichen Belastung von 174 € monatlich, in der Pflegestufe II von 237 € monatlich und in der Pflegestufe III von 314 € monatlich. Das entspräche Steigerungen in der Pflegestufe I um 16,3 %, in der Pflegestufe II um 19,6 % und in der Pflegestufe III um 22,3 %. Von diesen Steigerungen sei ein erheblicher Teil vom Sozialhilfeträger zu tragen, denn in M-V seien ca. 25 % der Pflegeheimbewohner auf ergänzende Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII angewiesen.

Auch im Vergleich zu den anderen Bundesländern liege M-V in der Personalausstattung im Mittelfeld (Anlage E 6 der Antragsgegner zu 13. und 14.).

Diesen Berechnungen widersprechen die Antragsteller in ihrem Schriftsatz v. 13.10.2015 und legen eigene Berechnungen vor. Die Antragsgegner zu 13. und 14. würden – was die Antragsgegner zu 13. und 14. in der mündlichen Verhandlung auch bestätigten – in ihren Berechnungen die ursprünglichen Forderungen der Antragsteller, nicht aber die mit den Pflegekassen geeinten und im Schiedsstellenverfahren beantragten Werte, zugrunde legen. Zudem seien einige Annahmen falsch. Ausgehend von den alten Werten und einer durchschnittlichen Auslastung der neuen Korridore von 70 % kommen die Antragsteller insgesamt zu einer monatlichen Erhöhung der gesamten Personalmenge in der stationären Pflege in M-V von 6,92 %. Bei einer Mustereinrichtung mit 80 Plätzen und einer durchschnittlichen Verteilung der Bewohner auf die Pflegestufen käme es pro Monat zu einer Erhöhung in der Pflegestufe 0 um 44,10 € bzw. 5,88 %, in der Pflegestufe 1 um 64,48 € bzw. 5,70 %, in der Pflegestufe 2 um 84,86 € bzw. 5,60 % und in der Pflegestufe

3 um 109,50 € bzw. 5,55 %, in den Sätzen für UV um 23,42 € bzw. 4,64 %. Auch die Daten zum Vergleich der Korridore für M-V mit denen anderer Bundesländer seien zu korrigieren. M-V liege auch nach der Korridorserhöhung bei den Pflegepersonalwerten noch weit und beim Gesamtpersonal noch leicht unter dem Mittelwert der Korridore aller anderen Länder.

In der mündlichen Verhandlung wurden diese Ziffern zur Kostenentwicklung und zum Vergleich erörtert. Die Antragsgegner zu 13. und 14. erklärten, in ihrer Berechnung die Anfangswerte und nicht die mit den Pflegekassen geeinten und beantragten Werte zugrunde gelegt zu haben, äußerten sich ansonsten aber nicht zur Kritik an ihren Berechnungen und Vergleichswerten und auch nicht zu den neuen Berechnungen der Antragsteller.

In der Vorbereitung zum Termin fragte der Vorsitzende die Parteien nach der Praxis der Ausnutzung der Korridorwerte. Alle Seiten bestätigten, dass die Platzierungen der Einrichtung innerhalb des Korridors Gegenstand der Entgeltvereinbarungen und der mit ihnen vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale seien. In der letzten Zeit sei jedoch sehr oft, aber nicht regelmäßig, der von der Einrichtung beantragte Korridorwert auch bewilligt worden. Die Antragsgegner zu 13. und 14. betonten (Schriftsatz v. 23.9.2015), dass die unterschiedlichen Platzierungen im Korridor durchgehend von den besonderen Interventionsbedarfen in jeder Einrichtung abhängen, insbes. von den Pflege- und Betreuungsbedarfen von Pflegebedürftigen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems (§ 20 Abs. 5 S. 5 Rahmenvereinbarung). Allerdings konnten sie wie auch die anderen Parteien nicht auf Werte betreffend die durchschnittliche Belastung der Einrichtungen in M-V mit diesen Personengruppen verweisen, so dass offen blieb, woran der besondere, durchschnittliche bzw. unterdurchschnittliche Interventionsbedarf einer Einrichtung zur Platzierung innerhalb des Korridors gemessen wird. Alle Parteien gehen davon aus, dass die gegenwärtige durchschnittliche Korridorauslastung bei ca. 70 % liegt. Die Pflegekassen gaben an (Schriftsatz v. 10.9.2015), dass nur eine (von insgesamt 249 erfassten) Einrichtung noch im unteren 20%-Bereich des gegenwärtigen Korridors für Pflegekräfte liegt. Neben den „normalen“ Einrichtungen gebe es auch Einrichtungen, die auf besondere Bedarfe spezialisiert seien, solche für Kinder/Jugendliche (3 an der Zahl), psychisch Kranke (12), geistig Behinderte (13), Wachkoma-Patienten (7) sowie Kurzzeitpflege- (9) und auf Blinde/HGP spezialisierte Einrichtungen (3). In den „normalen“ Einrichtungen gebe es insgesamt 16.929 Bewohner, davon 11.729 mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Eine Personalausstattung oberhalb des oberen Personalkorridors würde nur mit Schwerstpflege-Einrichtungen vereinbart, beispielsweise solche für beatmungspflichtige Bewohner, Bewohner mit apallischem Syndrom.

II.

Der Antrag ist zulässig und in weiten Teilen auch begründet.

Zwischen den Parteien ist unstrittig, dass zwar der gesamte dritte Abschnitt der Rahmenvereinbarung (§§ 20 bis 24) gekündigt wurde, jedoch sind nur § 20 Abs. 5 bis 7 einschließlich der Protokollnotiz zu § 20 umstritten und vor der Schiedsstelle zur Entscheidung gestellt.

Zuerst hat die Schiedsstelle erörtert, ob sie grundsätzlich oder in Teilen die Einigung zwischen den Antragstellern und den Antragsgegnern zu 1. bis 11. zugrunde legen und dann die noch streitigen Punkte zwischen diesen Parteien entscheiden sollte. Sie hat sich dazu entschieden, die Einigung insgesamt bis auf die noch zu entscheidenden Differenzen zugrunde zu legen.

1. Ein Grund, dies zu tun, war, dass es zwischen den Antragstellern und den Antragsgegnern zu 1. bis 11. zu Verhandlungen und zu einer Abwägung der unterschiedlichen Interessen gekommen war. Den Pflegekassen kommt nach Ansicht des BSG eine „Treuhandstellung“ gegenüber den Pflegebedürftigen zu (st. Rechtsprechung u. a. BSGE 102, 227 = SozR 4-3300 § 85 Nr. 1, Rn. 39; BSGE 105, 126 = SozR 4-3300 § 89 Nr. 2, Rn.65). Sie haben in dieser Stellung die zusätzlichen finanziellen Belastungen, die eine Erhöhung der Personalwerte für die Bewohner bedeuten, abzuwägen mit der Verbesserung der Versorgung, die eine Erhöhung des Personals mit sich bringt. Münden diese Abwägungen und Verhandlungen in eine Einigung mit den Antragstellern, spricht für ihre Richtigkeit einiges. Aber die Schiedsstelle hat die Einigung zwischen den Antragstellern und den Antragsgegnern zu 1. bis 11. selbst noch in ihrem Zustandekommen wie in ihren Inhalten und den für sie sprechenden Gründen zu prüfen und abzuwägen und dabei auch die Belange der Sozialhilfeträger einzubeziehen.

Es gibt in diesem Verfahren keine Anhaltspunkte dafür, dass die Pflegekassen ihrer Stellung als Treuhänder nicht gerecht geworden sind und die Abwägung und Kompromissfindung fehlerhaft war. Sie haben ihre Abwägungen, Stellungnahmen, Forderungen und Angebote in den Verhandlungen mündlich und schriftlich mehrfach begründet und mit den Antragstellern intensiv und kontrovers verhandelt und sich mit ihrem eigenen Angebot weitgehend gegenüber dem weitergehenden Antrag der Antragsteller durchgesetzt.

Für den Abwägungsprozess bei der Einigung über den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI gelten für beide Teile der Antragsgegner dieselben normativen Vorgaben: Die Festsetzungen sollen eine „wirksame“, d. h. den Versorgungsbedarf befriedigende, und eine „wirtschaftliche“ Versorgung ermöglichen (§75 Abs. 1 S. 1 SGB XI). Auch soweit die Personalkorridore zugleich die Entgeltfestsetzung im Einzelfall beeinflussen, gelten hier gem. § 75 Abs. 5 SGB XII die gleichen normativen Vorgaben des SGB XI, an die auch die Pflegekassen gebunden sind. Die Vorgaben für den Abwägungsprozess der Sozialhilfeträger sind also mit denen für die Pflegekassen identisch. Beide haben das Gebot zu beachten, eine sachgerechte, qualitative Versorgung zu gewährleisten, und müssen es unter Aspekten der Verhältnismäßigkeit abwägen mit den Belastungen („Notwendigkeit“ und „Angemessenheit“), die Pflegekassen die finanziellen Belastungen für die betroffenen Bewohner, die Sozialhilfeträger dagegen für sich selbst.

Wenn zwei Kostenträger als Verhandlungsgegner der Einrichtungen zu unterschiedlichen Abwägungen und Ergebnissen kommen, dürfte das den großen Beurteilungsspielraum bei der Entscheidungsfindung deutlich machen. Da das Gesetz für den Abschluss des Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI Einstimmigkeit vorsieht, gibt es andererseits jedem Beteiligten eine starke Position zur Berücksichtigung seiner Interessen und Abwägungen.

2. Auch ein Verstoß der Einigung zwischen den Antragstellern und den Antragsgegnern zu 1. bis 11. gegen die gesetzlichen Anforderungen an die Rahmenvereinbarung und den Abwägungsprozess konnte die Schiedsstelle nicht feststellen. Das Gesetz macht nur sehr allgemeine Vorgaben für die Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI, die den Parteien wie der Schiedsstelle einen weiten Ermessensspielraum belassen. Einmal ist es das „Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen“ (§ 75 Abs. 1 S. 1 SGB XI). Sodann gilt speziell für die Personalrichtwerte und Korridore gem. § 75 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB XI „eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen“ als Vorgabe. Einerseits geht es um die inhaltliche Seite der Versorgung („wirksam“ / „Erfüllung des Versorgungsauftrags“), andererseits um ihre „Wirtschaftlichkeit“. Die Verbindung beider Vorgaben erfolgt dadurch, dass nur das zur Erfüllung des Versorgungsauftrags bzw. das für eine wirksame pflegerische Versorgung „Notwendige“ (§ 4 Abs. 2 S. 2 SGB XI) festgesetzt werden sollte. Die Antragsgegner zu 13. und 14. betonen gerade, es bestünde keine „Notwendigkeit“ zu einer Erhöhung der Personalwerte. Auch stünden die geforderten Personalwerte und die damit erreichte Verbesserung der Versorgungsqualität in keinem angemessenen Verhältnis zu den Kosten dieser Maßnahme.

Für die Richtigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Entscheidung, die Werte der Personalbemessung überhaupt zu erhöhen und sie dann auf eine bestimmte Höhe neu festzusetzen, lassen sich nur wenige objektive Maßstäbe finden. Dennoch besteht über einen Großteil der Maßstäbe zwischen den Parteien Einigkeit zu bestehen. Sie streiten nur darüber, ob die aus ihnen abzuleitenden Anforderungen tatsächlich erfüllt werden, ob tatsächlich Defizite bestehen. Beide Seiten ziehen zur Rechtfertigung bzw. Ablehnung der Erhöhung - unter dem Aspekt der „Notwendigkeit“ - einmal das Ziel heran, die Versorgungsqualität allgemein zu verbessern (1), sodann konkret die Notwendigkeit, auf gegenüber früher gewachsene Anforderungen an die Versorgung zu reagieren, würde der Personaleinsatz nicht erhöht, würde die Versorgung sich verschlechtern (2); schließlich sei der drohende Personalmangel zu bekämpfen (3). Maßstab zur Bewertung, ob die Erhöhungen „angemessen“ sind, ist einmal der Vergleich der bisherigen Werte in M-V mit denen in den Rahmenverträgen anderer Länder (4), sowie die Abwägung von Kosten und Nutzen, die Befolgung des Gebots der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit in Bezug auf die Kosten der Erhöhung der Richtwerte und Korridore (5).

II., 1 Allgemeine Verbesserung der Versorgung

Zur Bestimmung der Notwendigkeit/Erforderlichkeit ist darauf zu verweisen, dass bei

personalen Dienstleistungen wie den stationären Pflegeleistungen, die Güte der Dienstleistungen sehr stark von der Menge und Qualität des eingesetzten Personals abhängt (dazu zuletzt mit weiteren Nachweisen Greß/Stegmüller, SozSich 2015, 100 ff. und Wasem/Reifferscheid/Pomorin/Thomas, SozSich 2015, 105 ff.). Dazu gehört auch die Ausstattung mit Personal zur Sicherstellung der Organisation und der Qualität der Arbeitsabläufe. Eine Erhöhung des Personalkorridors, wie er hier den Streitpunkt bildet, wird mit der Erhöhung des eingesetzten Personals auch die Qualität der Leistung verbessern – wenn alle anderen Parameter, die für die Versorgungssituation wichtig sind, wie Qualifikation des Personals, Organisation der Abläufe und Qualitätssicherung etc. gleich bleiben.

„Wirtschaftlich“ heißt im Sinne des „Minimalprinzips“, dass ein bestimmtes Leistungsniveau mit den geringstmöglichen Kosten erreicht werden soll (vgl. Engelhard juris PK-SGB V § 12 Rn. 104). Damit ist der Einsatz zusätzlichen Personals in der Regel auch „wirtschaftlich“, wenn er zu einer Erhöhung der Qualität der Versorgung führt. Darüber hinausgehende „Kosten-Nutzen-Abwägungen“ sind im SGB XI (anders als im SGB V) nicht normiert. Selbst wenn man sie aber anstellt, scheint die Erhöhung der Personalwerte nicht per se „unangemessen“ zu sein. Es mag zwar eine objektive Grenze und gar eine „Sättigungsgrenze“ geben, ab der sich der Einsatz zusätzlichen Personals kaum bemerkbar macht und die Grenzproduktivität jeder zusätzlich eingestellten Person und damit die Verbesserung der Versorgung mit dem zusätzlichen Personal im Verhältnis zu den eingesetzten Finanzmitteln nicht nur etwas, sondern stark sinkt. Aber es gibt weder allgemeine noch zwischen den Parteien konsentiertere Anhaltspunkte dafür, dass mit den beantragten und hier beschlossenen Festsetzungen diese Grenze erreicht ist. Vielmehr zeigen z. B. die Vergleiche mit anderen Bundesländern, dass die Erhöhung der Personalanhaltswerte insoweit nicht unwirtschaftlich und nicht „unangemessen“ ist.

Auch das von den Antragsgegnern zu 13. und 14. mit Schriftsatz v. 1.4.2015 vorgetragene Argument, die jetzige Personalausstattung sei ausreichend und deshalb seien die neu entstehenden Kosten nicht „notwendig“ und unverhältnismäßig im Sinne von unangemessen, kann nicht gegen eine Verbesserung der Qualität der Pflegedienstleistung durch Verbesserung des Personalschlüssels angeführt werden, so lange keine objektiven Werte dafür vorhanden sind, welche Personalausstattung denn „ausreichend“ bzw. angemessen ist (vgl. die nicht ausgefüllte VO-Ermächtigung in § 83 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB XI sowie den neuen § 113c SGB XI). Allein die Tatsache, dass der Korridor für den Einsatz der Pflegekräfte nur einmal im Jahr 2006 erweitert worden ist und die anderen Richtwerte nie geändert wurden, rechtfertigt in keiner Weise das Urteil, der jetzige Personalkorridor sei „ausreichend“. Andererseits kann viel dafür sprechen, dass ein Beibehalten der jetzigen Personalschlüssel weder sachlich gerechtfertigt noch finanziell unangemessen ist. So hält der Forschungsbericht „Entwicklung und Erprobung von Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf der Basis des Bedarfsklassifikationssystems der ‚Referenzmodelle‘“, Hrsg. GKV-Spitzenverband 2010, zu den Personalrichtwerten in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI fest (S. 6): „Woraus die jeweiligen Personalschlüssel abgeleitet werden, ist allerdings nicht ersicht-

lich. Sie sind vor allem als allgemeine Erfahrungswerte und Ergebnis von Verhandlungen anzusehen.“ (unter:

www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/entwicklung_1/8_Endbericht_Personalbemessung_und_Bewertung_des_Beirates_17371.pdf).

II., 2 Gestiegene Anforderungen an die Personalausstattung

(a) Für die Erhöhung der **Ausstattung mit Pflegepersonal** betonen die Antragsteller zu Recht, dass der Anteil von Menschen im Alter von über 80 Jahren in Heimen zugenommen habe, genauso wie Multimorbidität und gerontopsychiatrische Erkrankungen. Beides stelle höhere Anforderungen an die Versorgung.

Für diese Aussagen werden keine weiteren Belege vorgelegt. Sie haben aber für die Schiedsstelle hohe Plausibilität, da sie mit den Zahlen der amtlichen Pflegestatistik und den daraus folgenden Einschätzungen der Sachverständigen übereinstimmen. Laut stat. Bundesamt (DeStatis, Pflegestatistik, Deutschlandergebnisse unter (11.12.2015): <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/22400-0001>) ist der Anteil der über 85-Jährigen an allen Heimbewohnern von 2003 45 % auf 2013 50 % gestiegen. Zwar ist der Anteil Pflegebedürftiger an allen Personen von 85 bis 90 Jahren von 2003 zu 2013 leicht um 1,7 % gesunken (http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=51250536&nummer=510&p_sprache=D&p_indsp=138&p_aid=39296217). Ebenso ist der Anteil der Heimbewohner an der Altenbevölkerung über 75 Jahre gesunken, im gesamten Bundesgebiet sogar am stärksten in M-V (Sachverständigenrat 2014, S. 475/6). Aber es dürfte eher plausibel sein, dass sich dies nicht positiv auf die Pflegebedarfe der betagten Heimbewohner auswirkt, denn eher gehen Personen mit schweren Beeinträchtigungen in die Heime, die weniger Beeinträchtigten werden ambulant versorgt. Zudem ist der Anteil der Pflegebedürftigen an den Personen über 90 Jahre im gleichen Zeitraum um 4,5 Prozentpunkte gestiegen und auch diese Verschlechterung wird sich eher in der Heimpopulation niederschlagen.

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen spricht davon „die Tendenz zur stetigen Zunahme der höheren Altersgruppen in der stationären Langzeitpflege (sei) nach wie vor ungebrochen“ (Gutachten 2014 S. 472). Ebenso betont er (S. 473), der wachsende Anteil an hochbetagten Bewohnern stelle nicht nur höhere Anforderungen an die Pflege, die mit dem Alter der Bewohner wachsen würden, sondern auch die Sterbenshäufigkeit nehme zu und damit die Aufgabe der Pflegeheime, „eine Stätte der Begleitung und Versorgung hochaltriger Menschen in ihren letzten Lebenswochen und -monaten“ zu sein.

Dass sich in dem Zeitraum von 2003 bis 2013 der Gesundheitszustand der über 85-jährigen Heimbewohner in gleichem Maße verbessert hat, ist nicht belegt und auch

sehr unwahrscheinlich. Auch eine neuere Untersuchung über die gestiegenen Anforderungen an die Versorgung Pflegebedürftiger kommt zwar unter Bezug auf eine generelle Untersuchung zur Feststellung, „dass anhand der verfügbaren Daten kaum nachweisbar ist, dass der pflegerische Versorgungsbedarf von Heimbewohnern generell deutlich zugenommen hat“, um das sofort anhand vieler konkreter Untersuchungen dann zurückzunehmen, denn starke Indizien für einen Anstieg der Anforderungen „ergeben sich allerdings aus dem überproportionalen Anstieg der Zahl der Härtefälle in Pflegestufe III im Zeitraum 2003 bis 2013 um das 2,4-fache. Ein zunehmend höherer pflegerischer Aufwand lässt sich auch anhand steigender Anteile von Pflegebedürftigen mit unterschiedlichen pflegerischen Risiken ableiten: Entsprechend der mit dem Alter stark ansteigenden Prävalenzrate bei demenziellen Erkrankungen hat sich auch der Anteil von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegeeinrichtungen erhöht. Weitere Symptome wie Inkontinenz, chronische Schmerzen, Ernährungsmangel und Sturzrisiko treten ebenfalls häufiger auf.“ (IEGUS/rwi, Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, 2015, S. 14 ff., hier 17/18).

All diese spezifischen, gewachsenen Anforderungen schlagen sich nicht in einer Veränderung der Pflegestufen nieder – wie die Antragsteller zu 1. bis 11. anfangs meinten – und sind auch nicht durch die höheren Entgelte und Personalkorridore für diese Pflegestufen abgegolten. Denn die jetzige Bestimmung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen berücksichtigt diese Faktoren nur teilweise oder gar nicht.

Die Antragsgegner zu 13. und 14. wenden ein, dass es erst 2006 (vor 9 ½ Jahren) eine stärkere Spreizung des Pflegekorridors um den Wert einer Vollzeitstelle gegeben habe, die damals mit den geänderten Anforderungen durch die Wohnfluktuation, Eingewöhnung und Sterbebegleitung begründet wurde. Dem wird von den Antragstellern nicht widersprochen.

Die Schiedsstelle ist jedoch der Ansicht, dass nach fast 10 Jahren diese Gründe (neben anderen hier diskutierten) wieder einer Erhöhung des Korridors zugrunde gelegt werden können. Denn es handelt sich um dauerhafte, weiterwirkende Prozesse, an die die Rahmenbedingungen in gewissen Abständen angepasst werden sollten. So wird sich die Zunahme hochbetagter Heimbewohner auch in einem weiteren Wachstum der Anforderungen z. B. an die Eingewöhnung und Sterbebegleitung niederschlagen.

Zum anderen wenden die Antragsgegner zu 13. und 14. ein, dass die Vereinfachung der Dokumentation durch das „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ auch eine Erleichterung und einen Zeitgewinn für die Pflegekräfte bringen würde. Dies ist ein wichtiger Aspekt. Das Argument der Antragsteller, an diesem Programm nähmen noch nicht alle Einrichtungen in M-V teil (Schriftsatz v. 13.10.2015, S. 20/21 mit Anlage ASt. 31), vermag nicht zu überzeugen. Denn perspektivisch ist das Modell auf Verallgemeinerung angelegt. Schwieriger ist dagegen, die Entlastungswirkungen des Programms zu beziffern. Soweit hierzu erste Untersuchungsergebnisse im Evaluationsbericht vorliegen, weisen sie auf einen nicht unerheblichen Einführungsaufwand hin, dem im Dokumentationsaufwand selbst eine Zeitersparnis von 20 % ge-

genübersteht (Abschlussbericht Praxistest ‚Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation‘, 2015 S. 44/45, unter 1.12.2015 http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicher.pdf). Befragt wurden aber nur Teilnehmer des Modellprojekts, die intensiv geschult und trainiert worden sind. Ob diese Ergebnisse auch bei einer flächendeckenden Einführung eintreten, kann bezweifelt werden. Es wird von einigen kritisiert, dass zeitaufwändige „Schulungsmaßnahmen (zur Förderung der Kompetenzen im Bereich Critical Thinking, Formulierungsfähigkeiten, Pflegefachwissen, Interaktionsfähigkeit, Wahrnehmungsfähigkeit und Pflegeverständnis) die Einflussgrößen (sind), welche die Dokumentationsqualität und Dokumentationszeit beeinflussen“ (Zitat bei http://www.pflegewiki.de/wiki/Strukturmodell_zur_Modifizierung_des_Pflegeprozesses_und_der_Pflegedokumentation#Kritische_C3.9Cberlegungen). Zudem beziehen sich die Zeitersparnisse nur auf den Dokumentationsaufwand. Dass dieser zu hoch war, ist unbestritten. Welche Zeit dazu insgesamt erforderlich war und in Zukunft sein wird, ist aber schwierig zu beziffern. Auch die schon zitierte Studie von IEGUS/rwi kommt zu dem gleichen Ergebnis, dass erst einmal ein hoher Aufwand an Schulung und Qualifizierung anfällt und es erst „mittelfristig“ zu Einsparungen im gesamten Dokumentationsaufwand kommen könnte (S. 55). Für die nächsten Jahre lässt sich also nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit sagen, dass das neue Dokumentationssystem zu Erleichterungen führen wird. Dann aber bleibt abzuwarten, wie „neutral“ das neue System ist und ob es nicht durch den neuen komplexeren Begriff der Pflegebedürftigkeit und die neuen Pflegestufen sehr viel genauere Befundaufnahmen und daraus abgeleitet auch genauere Dokumentationen und Umstellungen des Dokumentationssystem mit wiederum neuen Anforderungen an das Pflegepersonal geben wird.

(b) Für den Aufgabenbereich **Pflegedienstleitung und Qualitätsmanagement** weisen die Antragsteller auf die gestiegenen Anforderungen an das Qualitätsmanagement hin, vor allem über die strengeren Anforderungen in §§ 113, 113a und 114 SGB XI. Hier brachten das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) von 2001 und das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 erhebliche neue und verpflichtende Instrumente in der Qualitätssicherung, wobei das PQsG ausdrücklich auf die erheblich gestiegenen Kosten für die Einrichtungen hinwies (BT-Drs. 14/5395 S. 3 unter sonstige Kosten; siehe auch unten II., 2, e). Die Antragsgegner zu 13. und 14. berücksichtigen den zusätzlichen Aufwand durch die gestiegenen Anforderungen an die Qualitätssicherung wie der Anwendung der neuen Pflegestandards nicht und betonen nur die Einsparungen im Pflegeaufwand. Ob der sicherlich eintretenden Zunahme an Aufgaben auch genauso sicher eine Einsparung im Pflegeaufwand gegenüberstehen wird, wie die Antragsgegner zu 13 und 14 meinen, ist dagegen noch nicht abzusehen und schwer einzuschätzen, zumal die Instrumente ausdrücklich zur Verbesserung der Pflegeabläufe sowie Pflegeorganisation eingeführt wurden, nicht aber zur Rationalisierung. Auch die Einführung von Standards wird als ständiger Prozess zumindest anfangs ein Mehr an Unterweisung und Kontrolle erfordern. Das Gleiche gilt, wie schon erwähnt, für die Einführung des neuen Pflege-Dokumentationssystems als Maßnahme der Qualitätssicherung.

Da die von den Antragstellern und darüber hinaus hier aufgeführten neuen/erweiterten Aufgaben der Pflegedienstleitung bei allen Einrichtungen weitgehend unabhängig von der Größe und der Anzahl des Pflegepersonals anfallen, ist es sinnvoll, vor allem den Basiswert für die PDL bei kleinen Einrichtungen auf den Mindestwert von 0,75 VK anzuheben.

(c) Die Antragsteller können betreffend die zusätzliche Einführung eines Personalwertes für „Praxisanleitung“ auf die mit dem Altenpflegegesetz ab 2003 gestiegenen Anforderungen der Ausbildung in den Pflegeeinrichtungen selbst und die dazu ergangenen Anforderungen des Sozialministeriums M-V (Anlagenkonvolut ASt. 16) verweisen. Der beantragte und hier festgesetzte Wert von 0,05 VK je Anzuleitender/n setzt genau den dort geforderten Wert von 2 Std./Woche um. Der Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012 auf der Basis von Befragungsdaten aus 2011 weist zudem erhebliche Defizite gerade in der Praxisausbildung der Pflegeeinrichtungen nach; mehr als zwei Drittel der Befragten bemängelten das ungünstige Verhältnis zwischen der Zahl der Ausbilder und der Zahl der Auszubildenden; rund ein Viertel beklagte zudem das Fehlen eines Ausbildungsplans und entgegen gesetzlicher Vorgaben eine unzureichende Praxisanleitung (1.12.2015 unter: <https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++79bffa6-818d-11e2-b38e-5254-0059119e>). Die anvisierte neue Ausbildung der Pflegeberufe wird auch hier die Anforderungen eher noch einmal erhöhen. Auch das rechtfertigt, für den Anleitungsaufwand einen besonderen Personalschlüssel einzuführen.

Eine Verbesserung der Ausbildung dürfte auch die Bereitschaft der Einrichtung, Personal auszubilden, erhöhen und damit dem sich verschärfenden Mangel an Pflegekräften entgegenwirken (dazu auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2014, S. 480 ff.; Landtag M-V Enquete-Kommission, Kommissionsdrucksache 6/38 (neu), Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 2): Pflege und Prävention, HGC GesundheitsConsult GmbH, S. 24 ff., unter:

<https://www.landtag-mv.de/fileadmin/media/Dokumente/Ausschuesse/Enquete-Kommission/KDrs-6-38%28neu%29-reduziert.pdf>).

(d) Die Verbesserung des seit 1999 unveränderten Personalschlüssels in der **Hauswirtschaft** von 1 : 7 auf 1 : 6,5 wird vor allem mit den größeren Anforderungen an eine individuelle Gestaltung der Mahlzeiten wie auch der räumlichen Umgebung (mehr individuelle Gestaltung und mehr Einzelzimmer) begründet. Hier können die Antragsteller auf eine Untersuchung über den Bedarf in der hauswirtschaftlichen Versorgung im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen aus dem Jahr 2002 verweisen. Diese begründet die gestiegenen Anforderungen an die hauswirtschaftliche Versorgung mit folgenden Faktoren (ebda. S. 4)

- verbesserte Wohnsituation,
- höhere Pflegebedürftigkeit der BewohnerInnen,
- höhere Erwartungshaltung und veränderte Bedürfnisse der BewohnerInnen,
- verändertes Pflege- und Betreuungsverständnis,
- gesetzliche Bestimmungen (z. B. SGB XI).

Diese Untersuchung schlägt sehr differenzierte Anhaltswerte für die einzelnen Tätigkeiten in der hauswirtschaftlichen Versorgung vor und kommt zu dem Ergebnis, dass der 2001 in Bayern – wie bisher in M-V – angewandte Wert von 1 : 7,0 gestaffelt nach der Größe der Einrichtung verbessert werden sollte; für Einrichtungen mit 40 – 52 Bewohner auf 1 : 5,4 bis 1 : 6,1, für Einrichtungen mit 53 – 100 Bewohner auf 1 : 6,2 und für Einrichtungen mit 101 – 150 Bewohner auf 1 : 6,5 (S. 114 ff.). Da über 80 % der Heime in M-V unter der Größenklasse bis 100 Plätze liegt, ist die hier festgesetzte Zahl eher vorsichtig gewählt und schon ein Kompromiss auch zu Gunsten einer Pauschalierung und Sparsamkeit. Zu den Größenklassen in M-V vgl. <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimericht/Anlagen/Anlage-1/H-ergaenzend-e-tabellen-zu-grafik-3-1-10-groessenklassen-von-pflegeheimen-/tabelle-a-1-16-groessenklassen-der-pflegeheime-in-den-laendern-3-erhebungsstichtage-.html> (am 1.12.2015). Es wäre allerdings gut, wenn in den jeweiligen individuellen Leistungs- und Qualitätsmerkmalen dann auch die mit dieser Erhöhung ermöglichten Standards der Qualität der hauswirtschaftlichen Versorgung vereinbart würden (ebda. S. 117/8).

(e) Auch die Anforderungen an die **Leitungsaufgaben** haben sich erweitert. Der 2006 und auch der jetzt festgelegte höhere Personalschlüssel wird mehr Arbeit in der Personalverwaltung erfordern. Die Reformgesetze seit 2001 haben aber darüber hinaus auch die Aufgaben im Bereich Leitung und Qualitätssicherung erweitert: Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG von 2001 brachte zahlreiche neue Anforderungen an die Qualitätssicherung und der Regierungsentwurf nannte dazu auch eine hohe zusätzliche Kostenbelastung (BT-Drs. 14/5395 S. 3 unter sonstige Kosten); das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 brachte erhebliche neue und verpflichtende Instrumente in der Qualitätssicherung und eine stärkere Individualisierung der Pflegesatzverhandlungen, versprach zwar einen Abbau der Dokumentationspflichten, führte aber z. B. mit der neuen Leistung nach § 45b auch neue Begutachtungs- und Feststellungsverfahren ein (BT-Drs. 16/7439 S. 41); das Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG 2012 führte noch einmal zu einer Ausweitung der Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz/Demenz mit dem dazu erforderlichen Aufwand für die Feststellung der Bedarfe und Bereitstellung der zusätzlichen Pflegeleistungen (u. a. neuer § 87b); neues Vertragsregime für die medizinische Versorgung in Heimen auf Antrag eines Heimes und neue Informationspflichten der Heime gegenüber ihren Bewohnern (BT-Drs. 17/9369 S. 19/20). Das erste Pflegestärkungsgesetz 2015 baute § 87b noch einmal aus und das zweite Gesetz wird mit einer völlig neuen Struktur der Pflegebedürftigkeit und ihr entsprechenden Pflegestufen und Entgeltregelungen einen erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Einrichtungen bringen. Es dürften noch weitere Aufgaben hinzukommen, wie die zusätzlich zu errichtende und zu pflegende Präsenz im Internet, die Erhöhung der Intensität der Aufgaben in der Personalverwaltung etc.

Alle diese neuen/zusätzlichen Aufgaben lassen es als gerechtfertigt erscheinen, die Personalrichtwerte für den Bereich Verwaltung/Leitung um 1/6 anzuheben.

II., 3 Behebung des Mangels an Pflegepersonal

Ein Gutachten für die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ stellt einen besonders hohen Mangel an Pflegepersonal in M-V fest (Kommissionsdrucksache 6/38 (neu), Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 2): Pflege und Prävention, HGC GesundheitsConsult GmbH, S. 24 ff. unter

<https://www.landtag-mv.de/fileadmin/media/Dokumente/Ausschuesse/Enquete-Kommission/KDrs-6-38%28neu%29-reduziert.pdf>; ihm folgend Entwurf zum Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“, Kommissionsdrucksache 6/54 v. 17.11.2015, S. 73 ff.). Zum gleichen Ergebnis kam schon der Sachverständigenrat in seinen Gutachten 2012 und 2014, die sich intensiv mit dem Mangel an Pflegepersonal auch in Einrichtungen der stationären Pflege befassen (Gutachten 2012, S. 91 ff. und Gutachten 2014 S. 484, 486/7). Alle bezeichnen dies als das größte, in Zukunft noch wachsende Problem der stationären Pflege im M-V.

Eine Verbesserung der Personalausstattung erhöht nicht nur die Qualität der Leistung und die Sachgerechtigkeit der Versorgung (oben II., 1 und 2), sondern verbessert auch die Arbeitsbedingungen des Personals. Das wiederum erhöht die Attraktivität des Pflegeberufs und erleichtert es den gerade in M-V überdurchschnittlich oft in Teilzeit arbeitenden Pflegekräften, ihr Arbeitsvolumen zu erhöhen und den sich noch verschärfenden Mangel an Pflegekräften „aus dem Bestand“ abzumildern (dazu auch explizit Sachverständigenrat ebda. und der Entwurf zum Zwischenbericht ebda.).

II., 4 Vergleich mit anderen Bundesländern

Angesichts der Schwierigkeiten, objektive Kriterien der Personalbemessung dem Rahmenvertrag zugrunde zu legen, ist ein Kriterium, das auch beide Parteien zu Recht verwenden, der Vergleich mit anderen Bundesländern. Mangels objektiver, empirisch belegter Werte für die Personalbemessung kann aus dem, was alle oder eine Mehrheit der Länder tun, zwar nicht geschlossen werden, dies sei ein absolut „notwendiger“ Standard der Versorgung. Aber eine Indizwirkung kann man diesem Vergleich nicht absprechen. Er gibt plausible Anhaltspunkte dafür, dass das, was generell oder auch nur durchschnittlich an Personal zur Erledigung gleicher Aufgaben aufgewandt wird, wohl eher akzeptable, zur Sicherung einer wirksamen Versorgung notwendig und angemessen ist, als ein Personaleinsatz der gegenüber dem Durchschnitt stark nach oben oder unten abweicht.

Selbst die von den Antragsgegnern zu 13. und 14. vorgelegten Tabellen zum Vergleich der sich aus den Personalrichtwerten und -korridore der Rahmenverträge der einzelnen Bundesländern ergebende durchschnittliche Personalmenge zeigt, dass M-V im Bereich Pflege und Betreuung den geringsten Wert aufweist (Anlage Antragsgegnern zu 13. und 14. E-5 und Anlage ASt. 29). Die Antragsteller weisen darauf hin, dass dann, wenn man die jetzige durchschnittliche Ausnutzung des Personalkorridors Pflege von 70 % auch für den neuen Korridor zugrunde lege, immer noch ein Wert erreicht sei, der um einiges unter dem Mittelwert aller Länder läge (29,05 zu 30,94 VK, d. h. eine Differenz von 6,5 %

bezogen auf 29,05 für M-V). Die Argumente der Antragsteller können überzeugen, wobei sie auch noch unterstellen, dass der durchschnittliche Ausnutzungsgrad des neuen Personalkorridors Pflege von 70 % erreicht sei – was, wie noch zu diskutieren ist, weder zwingend ist noch sofort eintreten wird.

Beim Vergleich der Werte für das Gesamtpersonal überzeugt ebenfalls das Argument der Antragsteller, die Länder außen vor zu lassen, die nur für das Pflegepersonal feste Werte und Korridore in den Rahmenverträgen vereinbart haben und die die anderen Werte etwa für Hauswirtschaft und Verwaltung/Leitung dagegen einrichtungsindividuellen Vereinbarungen in den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen (§ 84 Abs. 5 SGB XI) überlassen. Der Vergleich der Personalwerte auf Basis der Rahmenverträge weist für diese Länder deshalb nur einen Teil des Personals, nämlich nur das Pflegepersonal, aus. Deshalb können die Korrekturen der Antragsteller (Schriftsatz v. 13.10.2015) an den Ausgangswerten für einzelne Länder, wie sie die Anlage E 5 der Antragsgegner zu 13. und 14. enthält (Anlage ASt. 30), ebenfalls überzeugen. Dann aber zeigt ein Vergleich der Gesamt-Personal-Schlüssel, dass auch hier M-V im unteren Bereich und selbst nach den von den Antragstellern beantragten Korridoren und Richtwerten unterhalb des Mittelwerts liegen würde.

Insgesamt macht der Vergleich mit anderen Ländern deutlich, dass die hier festgelegten Personalbemessungswerte (Korridore und Richtwerte) noch stark bzw. knapp im unteren Bereich dessen liegen, was in anderen Bundesländern an Personal zuerkannt wird, um die gleichen Aufgaben zu erledigen wie in M-V. Das spricht dafür, dass die Erhöhung der Korridor- und Richtwerte notwendig für eine sachgerechte Pflege ist und die Kostenbelastungen für die Bewohner und die Sozialhilfeträger noch angemessen sind.

II., 5 Kosten und ihre Realisierung

Die Antragsgegner zu 13. und 14. heben insbesondere die zusätzlichen Kosten hervor, die durch die Anhebung der Personalwerte für die stationäre Versorgung entstehen werden. Die Erhöhung dieser Werte sei nicht mehr angemessen. Geht man von den beantragten Werten aus, so ergeben die Berechnungen der Antragsteller unter Verwendung des Schemas und der sonstigen Annahmen der Antragsgegner zu 13. und 14. (insbes. durchschnittliche Personalkosten) folgende Kosten (Anlage ASt. 28c):

Personalschlüssel alt/neu	1. VK alt	2. VK Antrag	Differenz 1. zu 2. in VK	Differenz 1. zu 2. in €	Differenz 1. zu 2. in %
Schlüssel PDL + QM: 1 : 80/60	242,73	323,630	80,900	3.631.197	41,20 %
Schlüssel HW: 1 : 7,0/6,5	2.774,00	2.987,380	213,380	5.664.780	7,69 %
Schlüssel L+V: 1 : 30/25	647,27	776,720	129,450	5.042.836	20,00 %
Praxisanleiter: pro Azubi 0,05 VK bei 612 Azubis	0,00	30,600	30,600	1.359.232	100,00 %
Pflege 70 % Korridorauslastung	6.615,80	6.846,800	231,000	8.390.354	3,49 %

gesamt	10.279,80	10.965,130	685,330	24.088.400	6,92 %
--------	-----------	------------	---------	------------	--------

Auf dieser Basis werden dann folgende Steigerungen der Entgelte erreicht, soweit sie nur auf den neuen mit den Antragsgegnern zu 1. bis 11. geeinten Personalwerten beruhen:

Kostensteigerungen pro Tag				
	alte Personal- schlüssel	neue Personal- schlüssel	Rate Änderung	Rate Änderung
Pflege PS 0	24,65 €	26,10 €	1,45 €	5,88%
Pflege PS 1	37,22 €	39,34 €	2,12 €	5,70%
Pflege PS 2	49,79 €	52,58 €	2,79 €	5,60%
Pflege PS 3	64,87 €	68,47 €	3,60 €	5,55%
UuV	16,59 €	17,36 €	0,77 €	4,64%

Auf Nachfrage in der mündlichen Verhandlung haben die Antragsgegner zu 13. und 14. zu dieser Berechnung keine weitere Stellung bezogen, obwohl die neuen Berechnungen 6 Wochen vor der Schiedsstellenverhandlung vorlagen. Die Berechnungen erscheinen auch nach Prüfung durch die Schiedsstelle plausibel zu sein. Sie können aber nur annäherungsweise die Kostensteigerungen abbilden, da es sich um Pauschalierungen handelt und die Interdependenzen der verschiedenen Werte (vor allem der neuen Mindestwerte) nur schwer durchzurechnen sind.

Zudem müssen diese Werte noch relativiert und eingeordnet werden. Alle Beteiligten gehen für den größten Posten der Erhöhungen, die neuen Korridore zu den Pflegekräften, davon aus, dass sich auch die unter dem alten Personalkorridor durchschnittlich erreichten Prozentsätze in der Ausnutzung des Korridors unter dem neuen Korridor durchsetzen werden. Er läge bei ungefähr 70 %. Beide Seiten gaben aber auf Nachfrage des Vorsitzenden vor der Sitzung wie in der Sitzung an, dass die Platzierung im Korridor nicht automatisch erfolge, sie jeweils individuell zu vereinbaren sei und sich vor allem nach dem Ausmaß der Anforderungen aus der Bewohnerstruktur richte. Allerdings gibt es – wie schon gesagt – keine Werte über die durchschnittliche Belastung aller Einrichtungen z. B. mit dementen Bewohnern (differenziert nach dem Stadium/Grad der Demenz), so dass völlig unklar bleibt, nach welchen nachvollziehbaren Kriterien die Abweichung gegenüber dem Durchschnitt und damit die Platzierung im Korridor erfolgt. Zudem wurde auch nicht explizit gesagt, wo denn ein durchschnittlicher Versorgungsbedarf im Korridor zu platzieren sei. Da alles Gegenstand individueller Vereinbarungen ist, besteht kein Automatismus dahin, dass sich die Einrichtungen im neuen Korridor sofort und ähnlich platzieren können wie im alten Korridor. Zumal das voraussetzt, dass die Einrichtungen genügend neues Personal zur Verfügung haben. Schließlich gibt ein Korridor den Einrichtungen auch die Möglichkeit, sich am unteren Ende zu platzieren, um in Konkurrenz zu anderen Einrichtungen billiger zu werden/zu bleiben.

Wie die Pflegekassen auf Nachfrage des Vorsitzenden in den Vorklärunen vor der Sit-

zung ausführen (Anlagen 1 und 2 zum Schriftsatz v. 10.9.2015), liegt nur eine Einrichtung insgesamt mit ihrem Personal in dem unteren 20%-Bereich des alten Korridors. Nun bewegt sich nur der Unterwert des neuen Korridors für die Pflegeausstattung betreffend die Pflegestufe I leicht über der Schwelle von 20 % des alten Korridors (20%-Bereich des alten Werts bis 1 : 4,59, neuer unterster Wert aber 1 : 4,51). Alle anderen neuen Unterwerte liegen noch im unteren 20%-Bereich der alten Korridore (Pflegestufe II 20%-Bereich des alten Werts bis 1 : 3,24, neuer unterster Wert aber 1 : 3,26; Pflegestufe III 20%-Bereich des alten Werts bis 1 : 2,16, neuer unterster Wert aber 1 : 2,22). Insgesamt dürften damit wohl alle Einrichtungen im Augenblick mit ihrer vereinbarten Personalausstattung schon im neuen Korridor liegen. Zwingend ist eine Anpassung bei diesem größten Block der Personalausstattung also nicht.

Diese völlige Offenheit besteht auch generell bei allen Erhöhungen. Denn die Übergangsklausel in der Protokollnotiz räumt den Einrichtungen den Spielraum ein, von den Erhöhungen Gebrauch zu machen oder nicht (siehe III., 3). Dies gilt für alle Erhöhungen und alle Einrichtungen. Diese Übergangsklausel ist notwendig, da gar nicht abzusehen ist, ob alle Einrichtungen den erforderlichen Bedarf an Personal decken können. Schließlich können alle Erhöhungen erst bei Neuverhandlungen geltend gemacht werden; die laufenden Verträge und Laufzeiten bleiben unangetastet.

Alle diese Besonderheiten führen dazu, dass die Kostensteigerungen sich nicht sofort, sondern nur allmählich und auch nicht vollständig, sondern nur teilweise durchsetzen werden. Ein Drittel der Kosten, die Platzierung innerhalb der Korridore für das Pflegepersonal, können die Antragsgegner zudem mitgestalten, da sie erst über individuelle Verträge mit den Einrichtungen auszufüllen sind und sich hier keine Einrichtung (eventuell allenfalls eine) außerhalb der neuen Korridore bewegt.

II., 6 Gesamtabwägung

Für die Notwendigkeit, die Personalwerte in der Gesamtvereinbarung zu erhöhen, sprechen nach Ansicht der Schiedsstelle die – auch nach Berücksichtigung der Einwände der Antragsgegner zu 13. und 14. – erheblich gestiegenen Anforderungen in allen Bereichen des Personals (II., 2) und die Notwendigkeit, durch eine Verbesserung des Personalschlüssels und der Finanzierung der Praxisanleitung dem schon existierenden und sich noch verschärfenden Personalmangel entgegenzuwirken (II., 3). Auch zeigt der Vergleich mit den anderen Bundesländern, dass einiges fachlich für die Erhöhung der Personalwerte spricht, vor allem aber, dass die hier festgesetzte Erhöhung angemessen ist. Die möglichen Kostensteigerungen von 4,6 % bei UV und 5 - 6 % bei den Pflegeentgelten, erschienen der Schiedsstelle im Verhältnis zu den Verbesserungen in der Versorgungssituation verhältnismäßig und angemessen, gerade auch wenn man bedenkt, dass sich diese Steigerungen erst allmählich realisieren werden und welche erheblichen Spielräume und Unsicherheiten dabei bestehen. Aus den vorstehenden Gründen hielt die Schiedsstelle die Einigung zwischen den Antragstellern und den Antragsgegnern 1. bis 11. v. 26.11.2014 für sachlich gut vertretbar und angemessen.

III.

Sodann hat die Schiedsstelle die zwischen den Antragstellern einerseits und den Antragsgegnern zu 1. bis 11. und auch zu 13. und 14. andererseits noch verbleibenden Dissenspunkte entschieden.

1. Bei § 20 Abs. 5 letzter Satz plädieren die Antragsteller für die Beibehaltung der bisherigen Formulierung des Rahmenvertrags, während die Antragsgegner zu 1. bis 11. und die Antragsgegner zu 13. und 14. eine neue Formulierung beantragen: „Pflegeeinrichtungen mit einem besonderen vertraglich vereinbarten Schwerpunkt im Versorgungsvertrag (z. B. Wachkomaeinrichtungen) können in der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI aufgrund der besonderen (Pflege und) Betreuung von Bewohnern mit besonderem Interventionsbedarf (Pflege- und Betreuungsbedarf) auch oberhalb vom oberen Korridor eine höhere Personalausstattung vereinbaren.“ (Klammerinhalt fehlt bei den Antragsgegnern zu 13. und 14.). Diese neue Formulierung bringt gegenüber der früheren Formulierung eine Begrenzung der Forderung nach einem höheren Pflegepersonal schlüssel jenseits des Oberwertes des Korridors. Höhere Werte können nur noch den Einrichtungen zugestanden werden, die im Versorgungsvertrag einen besonderen Schwerpunkt vereinbart haben.

Die Schiedsstelle erkannte keinen Bedarf, die alte Formulierung zu ändern, da sie einerseits flexibler als die beantragte Formulierung ist und andererseits ebenfalls hohe Voraussetzungen hat. Flexibler ist sie, als sie nicht nur auf den Versorgungsvertrag abstellt, sondern auch die sich auf seiner Basis verändernde Zusammensetzung der Bewohner erfassen kann. Gleichzeitig vermeidet die alte Formulierung, dass Einrichtungen sich hochgradig spezialisieren müssen, statt je nach regionalem Bedarf eine Mischung schwerst, schwer und „normal“ pflegebedürftiger Bewohner zuzulassen. Sie lässt damit eine größere Flexibilität in der Schwerpunktsetzung der Einrichtungen zu und trägt den Besonderheiten von Einrichtungen besser Rechnung. Andererseits ist sie sogar voraussetzungsvoller, als sie zwar nur verlangt, die Bewohner müssten einen „besonderem Interventionsbedarf“ haben, aber darüber hinaus auch die Vereinbarung einer „besonderen Betreuung“ voraussetzt, was die neue, beantragte Formulierung nicht enthält.

2. Bei der **Anrechnung von fremdvergebenen Dienstleistungen auf den Personalrichtwert für Leitung und Verwaltung** folgte die Schiedsstelle dem Vorschlag der Antragsgegner. Für den Vorschlag der Antragsteller, die Anrechnung auf „Aufwendungen, die durch Fremdvergabe von Leistungen der Lohn- und Finanzbuchhaltung in dem Bereich Zentrale Dienste entstehen“ zu beschränken, ist zwar präziser und kann deshalb, wie von den Antragstellern gewünscht, Streitigkeiten über Art und Umfang der Leitungs- und Verwaltungsaufgaben ausschließen. Allerdings erfasst diese Formulierung nur einen engen Ausschnitt aus dem Bereich der Verwaltungsaufgaben, alle anderen Dienstleistungen aus dem Bereich Führung und Verwaltung (z. B. das gesamte Personalmanagement mit Einstellungs- und Entlassungsabwicklung) ließen sich extern einkaufen und eventuell anrechnen. Dies erschien der Schiedsstelle nicht sachgerecht. Sie sprach sich

für die weite, flexiblere Formulierung der Antragsgegner zu 1. bis 11. aus, die dem Antrag der Antragsgegner zu 13. und 14. weitgehend entspricht.

3. Die in der Protokollnotiz zu § 20 Rahmenvertrag von den Antragstellern geforderte Formulierung enthält in Satz 1 *„Auf Verlangen eines Trägers einer zugelassenen Einrichtung sind die Pflegesätze aufgrund der sich ergebenden personellen Ergänzungen gemäß der Festsetzung des § 20 des Rahmenvertrages auch für einen noch laufenden Pflegesatzzeitraum anzupassen bzw. neu zu verhandeln.“* ein Sonderverhandlungs- und -kündigungsrecht für die Entgeltvereinbarungen. Die Schiedsstelle wollte über die Rahmenvereinbarung nicht in das Gefüge der abgeschlossenen Entgeltvereinbarungen eingreifen. Einmal nicht, weil dies das Vertrauen der Bewohner wie auch der Träger der Sozialhilfe zerstören würde, das sie in die abgeschlossenen Entgeltvereinbarungen und die Höhe und Planbarkeit der von ihnen zu zahlenden Entgelte gesetzt haben. Auch das Zusammenspiel von Rahmenvereinbarungen gem. § 75 SGB XI und Entgeltvereinbarungen gem. §§ 84/85 SGB XI einerseits sowie der beispielhaft aufgeführte Katalog der Inhalte der Rahmenvereinbarungen in 75 Abs. 2 SGB XI andererseits machen deutlich, dass es nicht Aufgabe der Rahmenvereinbarungen sein soll, in bestehende Entgeltvereinbarungen einzugreifen.

Dass damit einige Einrichtungen, die erst vor kurzem neue Entgeltverträge abgeschlossen haben, länger auf eine Anpassung warten müssen, als jene, die in Kürze ihre alten Entgeltvereinbarungen kündigen und neu verhandeln können, ist eine Folge jenes Grundsatzes, dass die Änderung der (normativen) Rahmenbedingungen bestehende Verträge nicht ungültig oder aufhebbar macht. Der Grundsatz des „Wegfalls der Geschäftsgrundlage“, der spezialgesetzlich in § 85 Abs. 7 SGB XI normiert ist, sieht hier eine sehr hohe Schwelle vor; es wird immer zu verlangen sein, dass das Festhalten am Vertrag – wie allgemein beim Wegfall der Geschäftsgrundlage – „unzumutbar“ und eine Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz der Einrichtung ist (jurisPK § 85 Rn. 73). Dies ist bei der hier vorgenommenen Verbesserung der Personalausstattung schwer vorstellbar.

Den Satz 2 der Protokollnotiz betreffend stimmt der Antrag der Antragsteller mit dem der Antragsgegner zu 1. bis 11. und zu 13. und 14. weitgehend überein. Dies macht die folgende Übersicht deutlich:

Antragsteller	Antragsgegner zu 1. bis 11. und zu 13. und 14.
<i>Auch für Träger von Einrichtungen, die nach Ablauf eines Pflegesatzzeitraums in einer Verhandlung zur Pflegesatzvereinbarung die sich ergebenden personellen Ergänzungen gemäß der Festsetzung des § 20 des Rahmenvertrages geltend machen, sind diese in der neuen Pflegesatzvereinbarung und dementsprechend der Vereinbarung der Vergütungen zu berücksichtigen.</i>	<i>Macht eine Einrichtung in der Verhandlung zur Pflegesatzvereinbarung von den Änderungen des § 20 Rahmenvertrag Gebrauch, ist dies in der nächsten Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen.</i>

Beide Seiten stellen darauf ab, dass eine Einrichtung in den anstehenden Verhandlungen die neuen Personalwerte „*geltend macht*“ bzw. von ihnen „*Gebrauch*“ macht. D. h. es liegt an den Einrichtungen, ob sie die neuen Personalwerte beanspruchen wollen oder nicht. Die Schiedsstelle sieht zwar mit den Antragstellern die Erhöhung der Personalwerte als notwendig und angemessen an, hält es aber mit allen Parteien für sinnvoll, es den Einrichtungen zu überlassen, die neuen Personalwerte einzuführen und über sie zu verhandeln. Denn angesichts der Personalengpässe können die Verbesserungen von vielen Einrichtungen nur allmählich eingeführt werden. Die Schiedsstelle zog die von den Antragsgegnern beantragte Formulierung vor, da sie klarer ist. Die Formulierung Antragsteller bezieht sich zudem auf das von ihnen geforderte Anpassungs- und Nachverhandlungsgebot in Satz 1, das die Schiedsstelle nicht akzeptierte.

IV. Laufzeit

Die Laufzeit wurde ab dem Tag der Entscheidung der Schiedsstelle festgesetzt. Wirksam wird die Änderung erst mit der Zustellung der ausgefertigten Entscheidung.

V. Kostenentscheidung

Die Kostenentscheidung beruht auf § 14 Abs. 4 SchStLVO SGB XI M-V. Sie orientiert sich am Umfang des Obsiegens bzw. Unterliegens. In den wesentlichen Teilen ihres Antrags, den Personalkorridoren und den Personalrichtwerten, obsiegen die Antragsteller zwar im Verhältnis zu einem Teil der Antragsgegner, den Sozialhilfeträgern, nicht aber im Verhältnis zu den Pflegekassen, die diesen Teil mittragen. In jenen Teilen, die bis zum Schluss streitig blieben, wird dem Antrag der Antragsteller nur teilweise stattgegeben; hier haben beide Seiten teilweise obsiegt.

Die Verzögerung des Verfahrens wegen der Nichtfunktionsfähigkeit der Schiedsstelle rechtfertigt auch die Entscheidung des Vorsitzenden über die Höhe der Gebühr gem. § 14 Abs. 1 SchStLVO SGB XI M-V i. V. m. § 6 Abs. 1 der Geschäftsordnung. Gemäß § 6 Abs. 1 der Geschäftsordnung gilt bei Verfahren zu Entscheidungen zum Rahmenvertrag ein Gebührenrahmen von 2.000,00 € bis 5.000,00 €. Das Verfahren war sehr umfangreich und komplex, deshalb wäre eine obere Gebühr im Rahmen der Vorgaben des § 6 Abs. 1 der Geschäftsordnung angemessen. Andererseits wurde auch dieses Verfahren mit einer erheblichen Verzögerung geführt, die in der Verantwortung der Schiedsstelle liegt und nicht den Antragstellern angelastet werden kann. Deshalb erschien die Gebühr von 3.500,- Euro angemessen.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diese Entscheidungen kann innerhalb eines Monats nach ihrer Zustellung Klage beim Landessozialgericht Mecklenburg-Vorpommern, Tiergartenstraße 5 in 17235 Neustrelitz, erhoben werden. Die Klage ist schriftlich einzureichen oder bei der Ge-

schäftsstelle des Gerichts zur Niederschrift zu geben. Sie muss sich gegen die Schiedsstelle nach § 76 SGB XI beim Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V richten.

K-J Bieback

Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback