

L 4 P 24/10

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 4 P 36/08
Datum
01.07.2010
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 P 24/10
Datum
26.06.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten ist ein Anspruch auf Pflegegeld nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI).

Die am ... 1935 geborene und bei der Beklagten vom 1. April 2007 bis 31. Juli 2009 pflegeversicherte Klägerin beantragte am 18. März 2008 Leistungen bei häuslicher Pflege in Form einer Geldleistung. Sie gab an, wegen ihrer Erkrankung in den Bereichen Ernährung, Körperpflege und Bewegung Hilfebedarf zu haben. Die Pflege werde von U. durchgeführt; beantragt werde die Pflegestufe II. Die Beklagte bestätigte den Eingang des Antrags und kündigte eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen eines Hausbesuches an. Am 19. Mai 2008 legte der MDK das von der Pflegefachkraft S. am 16. Mai 2008 nach Hausbesuch vom 7. Mai 2008 erstattete Gutachten vor. Der Hausbesuch fand nach den Angaben der Sachverständigen auf ausdrücklichen Wunsch des Sohnes der Klägerin ab 17:00 Uhr statt und dauerte bis 17:30 Uhr. An dem Begutachtungsgespräch hätten die Versicherte und ihr Sohn U. teilgenommen. Nach den Angaben des Sohnes nehme die Versicherte verschiedene Medikamente unter Aufsicht des Sohnes ein. Sie erhalte derzeit weder Physiotherapie noch Logopädie oder Ergotherapie. An Hilfsmitteln würden Brille, Zahnprothesen oben/unten, Kompressionsstrümpfe beidseits bei Bedarf, eine Toilettensitzerhöhung, ein Badewannenlifter, ein Rollator, zwei Unterarmgehstützen und ein Duschhocker genutzt. Pflegepersonen seien der Sohn sowie die im selben Haus wohnende Schwiegertochter U. Der Sohn habe angegeben, gemeinsam mit seiner Frau die Klägerin rund um die Uhr zu betreuen. Es sei der Sachverständigen nicht gestattet worden, die Räumlichkeiten der Versicherten einzusehen, da nach den Angaben des Sohnes hierfür keine rechtliche Handhabe gegeben sei. Die Versicherte lebe allein in einem Mehrfamilienhaus. An der Haustür befindet sich eine Steinstufe. Das Schlafzimmer sei nach den Angaben des Sohnes mit einem normal hohen Bett ausgestattet. Im Bad befänden sich Dusche, Wanne, Waschbecken und ein WC. Das Bad, Schlafzimmer und Küche seien durch die Gutachterin nicht eingesehen worden. Zur pflegerelevanten Vorgeschichte seien folgende Angaben ermittelt worden: August 2005 Begutachtung nach SGB XI ohne Empfehlung einer Pflegestufe. Laut Vorgutachten sei die Versicherte im Jahr 2005 dreimal an den Augen operiert worden. Sie habe in Kriegszeiten Typhus erlitten und könne seitdem schlecht sehen. Das linke Auge habe nur noch eine Sehkraft von 5 %. Seit etlichen Jahren seien Herzrhythmusstörungen bekannt. Ferner bestehe eine Osteoporose mit zunehmenden Schmerzzuständen sowie eine zunehmende Hinfälligkeit aufgrund von Schwindelanfällen bei Bluthochdruck. 2005 sei sie auch wegen eines Zusammenbruchs stationär behandelt worden. Vor drei Monaten habe die Versicherte einen Bandscheibenvorfall erlitten und könne sich seitdem nicht mehr selbstständig fortbewegen. Außerdem bestehe seit etwa einem Jahr ein tablettenpflichtiger Diabetes mellitus. Die Sachverständige hat den Pflegezustand der Klägerin als gut eingeschätzt und den Allgemeinzustand als reduziert. Die Haare und Fingernägel seien gepflegt. Hautdefekte seien vom Sohn nicht angegeben worden. Der Kräftezustand habe nicht eingeschätzt werden können. Die Versicherte sei am Hausbesuchstag im Sessel sitzend im Wohnzimmer angetroffen worden. Sie sei vollständig orientiert und könne adäquate Angaben machen. Jegliche Funktionsprüfungen seien durch den Sohn der Versicherten mit der Begründung abgelehnt worden, dass dies zu persönlich und nicht von Interesse sei. Das Gehen und Stehen, der Nacken- und Schürzengriff, der Hand-Fuß-Kontakt sowie der Positionswechsel aus Sitzposition seien durch den Sohn abgelehnt worden. Dieser habe die Notwendigkeit von Hilfestellung beim Positionswechsel aus der Sitz- und Liegeposition, bei Dusch- und Wannentransfers sowie von personeller Begleitung beim Gehen angegeben. Die Versicherte habe während der Begutachtung angegeben, blaue Beine zu haben. Auf Nachfragen durch die Sachverständige, ob sie sich die Beine ansehen dürfe, habe sich die Versicherte die Strümpfe an beiden Beinen selbstständig ausgezogen. Es hätten sich

Besenreiser an beiden Beinen gezeigt. Der Versicherten sei ein freies Sitzen auf dem Sessel möglich, es seien kein Tremor, Kontraktionen oder Paresen erkennbar gewesen. Der Händedruck sei reduziert gewesen. An Schädigungen mit Bezug auf die inneren Organe habe die Versicherte Bluthochdruck, tablettspflichtigen Diabetes mellitus, Herzrhythmusstörungen und Schluckstörungen angegeben. Fragen in Bezug auf Inkontinenz, Obstipation, Übelkeit, Erbrechen, Appetit, Atmung seien durch den Sohn als zu persönlich abgelehnt worden. Hinsichtlich der Sinnesorgane bestehe ein eingeschränktes Sehvermögen, insbesondere auf dem linken Auge. Die Versicherte könne nicht mehr lesen und schreiben. Das Wohnumfeld werde mittels Brille ausreichend erkannt, das Hörvermögen sei intakt. Am Hausbesuchstag sei die Versicherte weinerlich verstimmt gewesen. Anhalt für Verwirrtheit oder Desorientierung habe nicht bestanden. Die Fragen der Gutachterin zur Ermittlung des Hilfebedarfs im Bereich der Körperpflege, Ernährung und Mobilität seien durch den Sohn als zu persönlich abgelehnt worden. Es habe auch die Versicherte auf Fragen nur bedingt antworten dürfen. Funktionsprüfungen seien sämtlich abgelehnt worden; der Sohn habe sich sehr schnell aufbrausend gezeigt. Insgesamt sei die Ermittlung des Hilfebedarfs aufgrund fehlender Kooperation von Seiten des Sohnes nicht möglich gewesen.

Mit Bescheid vom 20. Mai 2008 lehnte die Beklagte den Antrag auf Pflegegeld ab, da sich nach dem Gutachten vom 7. Mai 2008 im Grundpflegebereich ein anrechenbarer Hilfebedarf von 0 min ergebe. Hiergegen legte die Klägerin am 27. Mai 2008 Widerspruch ein und gab an, sie sei über mehr als 45 min am Tag auf Hilfe angewiesen, weshalb ihr laut Gesetz eine Pflegestufe zustehe. Sie sei über die Ablehnung sehr verwundert, da ihre zuständige Hausärztin und andere in der Pflege kundige Personen eine andere Auffassung über ihre Krankheit hätten. Daraufhin teilte die Beklagte mit Schreiben vom 27. Mai 2008 mit, wegen der Ablehnung der Fragen zur Ermittlung des Hilfebedarfs in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität durch den Sohn habe der Hilfebedarf nicht ermittelt werden können. Die Unterlagen seien zur nochmaligen Begutachtung an den MDK weitergeleitet worden. Der MDK hat mit von der Gutachterin K. am 5. Juni 2008 nach Aktenlage erstellten Gutachten an der Einschätzung festgehalten, dass bei der Versicherten derzeit keine Pflegestufe anzuerkennen sei. Nach den vorliegenden Unterlagen und einer telefonischen Rücksprache am 5. Juni 2008 mit der Schwester B. von der Hausarztpraxis könne weiterhin keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI festgestellt werden. Seit der letzten Begutachtung am 7. Mai 2008 in der Häuslichkeit habe sich am Gesundheitszustand nichts geändert. Die Versicherte suche auf Überweisung der Hausarztpraxis regelmäßig einen Diabetologen und einen Chirurgen auf. Als pflegebegründende Diagnosen gab die Sachverständige an: Osteoporose ohne pathologische Fraktur, sonstige kardiale Arrhythmien, Zustand nach Bandscheibenvorfall vor ca. drei Monaten, Schwindel, arterielle Hypertonie und tablettspflichtigen Diabetes mellitus.

Mit Widerspruchsbescheid vom 3. September 2008 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung gab sie im Wesentlichen an, es müsse sich der Gutachter nach den geltenden Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit über die Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen des Antragstellers selbst ein Bild machen. Sämtliche in diesem Zusammenhang erforderlichen Funktionsprüfungen wie das Gehen, Stehen, der Nacken-Schürzengriff, der Hand-Fuß-Kontakt sowie die Positionswechsel seien durch den Sohn abgelehnt worden. Auch die Fragen der Gutachterin zur Ermittlung des Hilfebedarfs der Klägerin in den Verrichtungen der Grundpflege seien durch den Sohn abgelehnt worden. Daher habe der Pflegebedarf bei den vorgenannten Verrichtungen nicht ermittelt und eine Pflegestufe nicht festgestellt werden können.

Mit ihrer am 24. September 2008 beim Sozialgericht Stendal erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren weiter verfolgt und vorgetragen, sie sei längere Zeit im Krankenhaus behandelt worden. Nach der Entlassung sei ihre Gesundheit nicht wieder hergestellt worden. Weil sie jetzt auf ständige Hilfe angewiesen sei, habe sie den Antrag auf eine Pflegestufe gestellt. Leider können sie den Antrag nicht genauer begründen, da es der MDK und die Krankenkasse abgelehnt hätten, ihr den "MDK-Befund" zur Verfügung zu stellen.

Das SG hat von der Klägerin zunächst ein Pfl egetagebuch eingeholt, in dem undatierte Angaben über einen zeitlichen Aufwand in den Bereichen Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Darm- und Blasenentleerung, mundgerechte Zubereitung der Nahrung, Aufstehen/Zu Bett gehen, Gehen und Stehen über 144 min am Tag enthalten sind. Angaben zu konkreten Hilfeleistungen enthält das Pfl egetagebuch nicht. Auf Nachfrage des SG hat die Klägerin diese Angaben ergänzt und u. a. auf Hilfeleistungen beim Waschen, Duschen und Baden sowie Unterstützung und Handreichungen beim Aufstehen hingewiesen. Da sie beim Laufen unsicher sei, müsse sie unterstützt werden.

Sodann hat das SG medizinische Unterlagen der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser beigezogen, bei denen sich u. a. der Entlassungsbericht des J.-Krankenhauses G. vom 30. April 2009 über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 27. April bis 2. Mai 2009 befindet. Danach ist die Klägerin in dem Krankenhaus wegen einer Spinalkanalstenose L3/4 links, nach kranial hochgeschlagener NPP (Nucleus pulposus Prolaps [= Bandscheibenvorfall]) L3/4 mit den Nebendiagnosen Osteoporose, Depression, arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus Typ II, mit Stufenbettlagerung, Gabe von Schmerzmitteln und einem physiotherapeutisch und physikalischen Behandlungsprogramm behandelt worden. Ein weiterer Entlassungsbericht dieses Krankenhauses betrifft eine stationäre Behandlung der Klägerin vom 9. bis 21. März 2008 u. a. wegen LWS-Schmerzen mit Ausstrahlung bis in die Zehen infolge eines Bandscheibenvorfalles bei LWK 3/4 links. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. T. hat mit Bericht vom 20. Juli 2009 angegeben, die Klägerin sei in ihrer Gehfähigkeit stark schmerzhaft eingeschränkt und leide außerdem unter einer hochgradig eingeschränkten Sehfähigkeit auf beiden Seiten. Sie benötige Hilfe beim Duschen, Baden sowie Ankleiden und Auskleiden. Auf Unterstützung sei sie angewiesen beim Waschen, Aufstehen und Zu-Bett-gehen, Gehen, Treppensteigen und Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung.

Schließlich hat das SG vom J.-Krankenhaus G. Kopien der Pflegeunterlagen über die stationären Aufenthalte der Klägerin vom 9. bis 21. März 2008 und 27. April bis 2. Mai 2009 eingeholt. Den handschriftlichen Aufzeichnungen des Pflegepersonals ist für die Zeit vom 28. April bis 1. Mai 2009 zu entnehmen, dass die Klägerin die Körperpflege und Nahrungsaufnahme selbstständig bewältigt hat. Als Pflegeziele ist der Erhalt dieser Fähigkeiten angegeben worden. Die entsprechenden Eintragungen im Verlaufsbericht über die Pflege lauten u. a. "Patient hat sich im Bad selbst versorgt, Patient mobilisiert sich nach ihren Möglichkeiten auf Stationsebene". Nach Auswertung dieser Unterlagen hat das SG den Sohn der Klägerin mit Schreiben vom 19. August 2009 darauf hingewiesen, dass die Klägerin nach den Unterlagen des Krankenhauses im Bereich der Körperpflege und Ernährung sowie beim An- und Ausziehen im Wesentlichen selbstständig sei. Auch beim Gehen und Stehen sei sie nicht auf Hilfe angewiesen, so dass sie die erforderlichen mehr als 45 min Hilfe bei der Grundpflege bei weitem nicht erreiche. Hiergegen hat die dabei von ihrem Sohn vertretene Klägerin mit Schreiben/Fax vom 31. August 2009 vorgetragen, es bestünden Diskrepanzen zwischen dem Entlassungsbericht des Krankenhauses und den Verlaufsberichten der Krankenhausschwestern. Dagegen sei beim Krankenhaus Einspruch eingelegt und eine Kontrolle erbeten worden. Der Sohn sei täglich mehrfach zu Besuchen in das Krankenhaus gekommen und habe ihr dabei regelmäßig geholfen. Diese Hilfe sei bei der Versorgung im Bad und bei der Bewegung notwendig gewesen.

Mit Gerichtsbescheid vom 1. Juli 2010 hat das SG die Klage abgewiesen und in den Entscheidungsgründen im Wesentlichen ausgeführt: Die Klägerin erfülle die gesetzlich geregelten Voraussetzungen für die Pflegestufe I nicht, da sie bei den grundpflegerischen Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität nicht in dem erforderlichen Mindestumfang von mehr als 45 min täglich auf die Hilfe dritter Personen angewiesen sei. Der angegebene Hilfebedarf beim Waschen sei nicht nachvollziehbar, da sich die Klägerin während der Krankenhausaufenthalte morgens im Bad selbst versorgt habe, bevor ihr Sohn zu Besuch gekommen sei. Falls diese Hilfe aber tatsächlich erforderlich sein sollte, könnten hierfür unter Berücksichtigung der Begutachtungsrichtlinien täglich 8 min für das Waschen morgens und abends berücksichtigt werden. Zusätzlich könnten für das Zähneputzen 2 min am Tag berücksichtigt werden. Aus den Pflegeberichten des Krankenhauses sei ferner nicht ersichtlich, dass die Klägerin bei der Blasen- und Darmentleerung auf Hilfe in Form einer Begleitung zur Toilette angewiesen sei. Gleichwohl sollten die angegebenen 10 min täglich berücksichtigt werden. Ferner sei für die Unterstützung beim Aufstehen ein Zeitaufwand von maximal 2 min anzurechnen sowie 3 min für die Hilfe beim Gehen zum Essen in die Küche.

Gegen den ihr am 13. Juli 2010 zugestellten Gerichtsbescheid wendet sich die Klägerin mit der am 18. Juli 2010 über das Sozialgericht Stendal beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegten Berufung. Sie trägt vor, nicht die Pflegestufe II, sondern die Pflegestufe I beantragt zu haben. Dem Wunsch nach einer mündlichen Verhandlung habe das SG nicht entsprochen. Ihr sei keine Gelegenheit gegeben worden, auf alle Punkte zu antworten. Die Beklagte habe dem Gericht falsche Informationen gegeben.

Die im Termin nicht erschienene und nicht vertretene Klägerin beantragt nach ihrem schriftlichen Vorbringen,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 1. Juli 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 20. Mai 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. September 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Pflegegeld nach der Pflegestufe I vom 18. März 2008 bis 31. Juli 2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Die Beklagte hält ihre Bescheide für zutreffend und beruft sich dabei auch auf das MDK-Gutachten vom 22. September 2009, das die seit 1. September 2009 zuständige Beigeladene eingeholt hat. Diesem nach Hausbesuch am 21. September 2009 durch Dr. R. erstatten Gutachten ist ein Grundpflegebedarf von 14 Minuten für die Körperpflege und von 6 Minuten für die Mobilität zu entnehmen. Die Sachverständige hat angegeben, die Versicherte bewohne die untere Etage eines Einfamilienhauses. Im Obergeschoss wohne der Enkel mit Frau. Es befänden sich in der unteren Etage mehrere Zimmer, Küche und Bad (Dusche mit Stufe) sowie zwei Toiletten. Hinsichtlich des Zustandes der Versicherten hat die Gutachterin angegeben, diese sitze auf dem Sofa, stehe spontan selbstständig auf, gehe innerhalb des Zimmers ohne Hilfsmittel und könne sich auch nach vorn bücken. Sie erreiche im Stand mühevoll mit den Händen die Füße. Sie sei in der Mobilität eingeschränkt. Es bestehe eine Gehbehinderung. Das Greifen mit beiden Händen sei noch kraftvoll möglich, der große Nacken-/Schürzengriff sei vollständig möglich, Positionswechsel könnten selbstständig durchgeführt werden. Die Versicherte sei voll orientiert und auskunftsfähig. Der Hilfebedarf bestehe bei der Körperpflege bei der Teilwäsche des Oberkörpers sowie beim Duschen und in der Mobilität beim Aufstehen/Zu-Bett-gehen, Ankleiden Ober-/Unterkörper, Entkleiden, Gehen und Stehen. Daraufhin hat die Beigeladene den Antrag auf Pflegestufe I mit Bescheid vom 25. September 2009 abgelehnt.

Das Gericht hat mit Beschluss vom 13. März 2012 die Techniker Krankenkasse, Pflegekasse, zum Rechtsstreit beigeladenen.

Der beabsichtigten Beiziehung der Gerichtsakte des SG Magdeburg zum Verfahren S 44 P 16/11 hat die Klägerin "aus Datenschutzgründen" widersprochen. Der für den 7. September 2012 geladene Erörterungstermin, an dem der Sohn der Klägerin hätte teilnehmen und weitere Unterlagen vorliegen sollen, ist wegen dessen Erkrankung aufgehoben worden.

Die Klägerin bezieht inzwischen von der Beigeladenen seit 1. Oktober 2010 Pflegegeld nach der Pflegestufe I.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge, die Verwaltungsunterlagen der Beklagten und die beigezogene Schwerbehindertenakte des Landesverwaltungsamtes Sachsen-Anhalt verwiesen. Diese Akten und Unterlagen waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der anschließenden geheimen Beratung und Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet, denn das SG hat im angefochtenen Gerichtsbescheid vom 1. Juli 2010 zu Recht die Klage abgewiesen. Der von der Klägerin angegriffene Bescheid der Beklagten vom 20. Mai 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. September 2008 ist rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht im Sinne von [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), weil sie keinen Anspruch auf Pflegegeld hat.

Streitbefangen sind Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Form einer Geldleistung bei häuslicher Pflege nach der Pflegestufe I. Die im Verwaltungsverfahren noch ausdrücklich beantragte Pflegestufe II verfolgt die Klägerin mit der Klage und Berufung nicht weiter. Der streitige Zeitraum reicht nur bis zum Ende der Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten am 31. Juli 2009, weil der Anspruch auf Pflegegeld für den anschließenden Zeitraum ab 1. August 2009 offenbar in einem weiteren Gerichtsverfahren gegen die Beigeladene vor dem SG (Az. S 44 16/11) rechtshängig ist, wobei der Senat die Akten dieses Verfahrens nicht beiziehen durfte. Das Vorbringen der Klägerin war daher zur Vermeidung einer unzulässigen doppelten Rechtshängigkeit so auszulegen, dass nur der Zeitraum während der Mitgliedschaft zur Beklagten, nicht auch der zur Beigeladenen, betroffen sein soll.

Der Anspruch auf Pflegegeld beruht auf [§ 37 Abs. 1 SGB XI](#) i. V. mit [§ 14, 15 SGB XI](#). Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Pflegebedürftig sind nach [§ 14 Abs. 1 SGB XI](#) Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder

Behinderung für die gewöhnlichen oder regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen. Die pflegebedürftigen Personen werden nach [§ 15 Abs. 1 SGB XI](#) für die Gewährung von Leistungen einer von drei Pflegestufen zugeordnet. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen ([§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI](#)). Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege – Körperpflege, Ernährung und Mobilität – mehr als 45 Minuten entfallen ([§ 15 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI](#)).

Die Klägerin erfüllt diese Voraussetzungen für die Pflegestufe I trotz bestehender Behinderungen im streitigen Zeitraum bis 31. Juli 2009 nicht. Nach Auswertung der Unterlagen, darunter insbesondere die Pflegeprotokolle des J. Krankenhauses G. und das MDK-Gutachten der Ärztin Dr. R. im Auftrag der Beigeladenen vom 22. September 2009 bestand bei der Klägerin im streitigen Zeitraum vom 18. März 2008 bis 31. Juli 2009 (Ende der Mitgliedschaft bei der Beklagten) hauptsächlich Pflegebedarf aufgrund von schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen, die durch einen Bandscheibenvorfall hervorgerufen wurden. Ferner ist die Klägerin durch eine starke Sehbehinderung beeinträchtigt. Allerdings bestand der Pflegebedarf nach zutreffender Einschätzung des SG im Bereich der Grundpflege bei der Körperpflege und der Mobilität nur mit einem zeitlichen Aufwand von höchstens 20 min am Tag. Diesen Zeitbedarf hat das SG zu Recht dem Gutachten der Ärztin Dr. R. entnommen, da die von der Sachverständigen für die einzelnen Verrichtungen ermittelten Zeitwerte mit den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 8. Juni 2009 i. V. mit den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PfRi) in der Fassung vom 11. Mai 2006 überein stimmen. Hinsichtlich der Feststellung der konkreten Pflegezeiten bei den einzelnen Verrichtungen wird auf die zutreffenden Ausführungen im Gerichtsbescheid vom 1. Juli 2010 (Seiten 4, 5) verwiesen ([§§ 153 Abs. 1, 105 Abs. 3 SGG](#)). Das Gutachten von Dr. R. deckt zwar den hier umstrittenen Zeitraum seit 18. März 2008 nicht ab, rechtfertigt aber angesichts der erhobenen Befunde, die mit den früher erhobenen Befunden vergleichbar sind, die Schlussfolgerung, dass die Klägerin bei Antragstellung im März 2008 keinen höheren Pflegebedarf hatte, als zum Begutachtungszeitpunkt des 21. September 2009. Denn im Allgemeinen erhöht sich der Pflegebedarf bei älteren Menschen im Laufe der Zeit, sodass hier nicht ersichtlich ist, aus welchen Gründen der Pflegebedarf im März 2008 höher gewesen sein soll als im September 2009. Für die Richtigkeit der Schlussfolgerung eines Pflegebedarfs von höchstens 20 min im streitigen Zeitraum sprechen auch die Pflegeprotokolle des J.-Krankenhauses G.-S., nach denen der tägliche Pflegebedarf eher geringer, keinesfalls aber höher einzuschätzen ist. Für die gegenteiligen Ausführungen des Sohnes fehlen ausreichende Belege.

Insgesamt besteht ein Pflegebedarf in verschiedenen Verrichtungen der Grundpflege, jedoch nicht bei der Ernährung, von 20 Minuten am Tag. Damit verfehlt die Klägerin die nach dem Gesetz geforderten "mehr als 45 Minuten" ([§ 15 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI](#)).

Die Kostenentscheidung ruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2014-01-28