

L 4 P 886/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 11 P 4300/06
Datum
18.01.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 P 886/07
Datum
14.09.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 18. Januar 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob der Kläger von der Beklagten ab 01. Oktober 2006 weiterhin Leistungen wegen vollstationärer Pflege nach Pflegestufe I beanspruchen kann.

Der am 1929 in Bulgarien geborene Kläger kam 1964 in die Bundesrepublik Deutschland. Er bezieht vom Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg Ruhegehalt, wobei er auch beihilferechtigt ist, und von der Deutschen Rentenversicherung Bund Altersrente. Bei ihm ist nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) ein Grad der Behinderung (GdB) von 90 anerkannt; ferner sind die Voraussetzungen für die Merkzeichen G und B festgestellt (Schwerbehindertenausweis, der ab 31. Mai bzw. 20. Juli 2006 Gültigkeit besitzt). Der Kläger ist seit 20. März 1987 in der A.-Klinik (Senioren-Pflege-Nachsorgeklinik) in M. (Pflegeheim) untergebracht, wohin er damals aus einer stationären Behandlung in der Psychiatrie des Landeskrankenhauses Nordschwarzwald in Calw gekommen war. Der Kläger ist bei der Beklagten im Hinblick auf die Beihilferechtigung anteilig pflegeversichert und bei deren Krankenkasse krankenversichert.

Am 19. März 2002 beantragte der Kläger bei der Beklagten Pflegeleistungen für pflegebedingte Aufwendungen bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim. Die Beklagten veranlasste seine Untersuchung, die am 18. Juni 2002 im Pflegeheim durch die Pflegefachkraft G. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) in Karlsruhe durchgeführt wurde. In dem daraufhin von der Pflegefachkraft G. am 20. Juni 2002 erstatteten Gutachten wurden als pflegebedingte Diagnosen eine schwere schizoaffektive depressive Psychose sowie eine Harninkontinenz benannt. Die Gutachterin erwähnte eine Rückzugstendenz sowie eine Verweigerungshaltung zu den täglichen Verrichtungen. Der Kläger sei psychomotorisch stark verlangsamt. Die Notwendigkeit der täglichen Körperpflege werde nicht erkannt; der Kläger müsse aufgefordert und beaufsichtigt werden, da er sich sehr oberflächlich pflege. Einfache Aufforderungen könnten umgesetzt werden, weshalb der Kläger bei den täglichen Verrichtungen schrittweise angeleitet werde. Er benötige eine Tagesstruktur. Zur sozialen Lebensgestaltung sei häufig die Hilfe der Pflegeperson erforderlich. Es wurde bei der Grundpflege ein täglicher Hilfebedarf im Bereich der Körperpflege (Ganzkörperwäsche, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren und Wechseln kleiner Vorlagen) von 42 Minuten, bei der Ernährung (mundgerechte Zubereitung, Aufnahme der Nahrung oral) von 24 Minuten und bei der Mobilität (Aufstehen/Zubettgehen, Ankleiden gesamt, Entkleiden gesamt) von 17 Minuten, insgesamt 83 Minuten, und bei der Hauswirtschaft ein täglicher Hilfebedarf von 64 Minuten angenommen. Eine Wiederholungsbegutachtung in vier Jahren wurde empfohlen. Mit Bescheid vom 24. Juni 2002 bewilligte die Beklagte dem Kläger ab 01. März 2002 Leistungen nach Pflegestufe I bis zu einem Gesamtwert von EUR 511,50 (= 50 vom Hundert (v.H.) von EUR 1.023,00) je Kalendermonat; dieser Betrag wurde an das Pflegeheim ausgezahlt. Ferner erhielt der Kläger wegen der Feststellung der Pflegestufe I wegen der stationären Pflege auch monatliche Beihilfeleistungen vom Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg in Höhe von EUR 550,00.

Am 10. April 2006 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Einstufung in die Pflegestufe II. Er machte geltend, er könne wegen starker Kreuzschmerzen kaum gerade stehen und laufen. Diesen Antrag nahm er am 11. April 2006 zurück. Am 27. April 2006 verlangte er von der Beklagten, die Beträge für die Pflegestufe I auf sein Konto zu überweisen, woraufhin ihm die Beklagte mit Schreiben vom 28. April 2006 mitteilte, es sei nicht möglich, das Geld für die vollstationäre Pflegeleistungen ihm (dem Kläger) direkt zu überweisen.

Vom 02. Juni bis 06. Juli 2004 war der Kläger erneut stationär im Zentrum für Psychiatrie Calw (Landesklinik Nordschwarzwald) stationär

behandelt worden. Im Entlassungsbericht des Chefarztes Dr. R. vom 13. Juli 2004 wurden als Diagnosen schizodepressive Störung und arterielle Hypertonie genannt. Ferner fand vom 06. bis 15. September 2004 eine stationäre Behandlung des Klägers in der Neurologie des Klinikums Karlsbad-Langensteinbach statt. Im Entlassungsbericht des Leitenden Arztes der Abteilung Neurologie Dr. H. vom 30. September 2004 wurde darauf hingewiesen, laut Angaben der Schwestern des Pflegeheims habe der Kläger am Aufnahme-tag zweimal einen Grand-mal-Anfall erlitten. Als Diagnosen wurden zwei Grand-mal-Anfälle, schizoaffektive Psychose und Hypertonie genannt. Vom 20. September bis 11. Oktober 2006 wurde beim Kläger auf Kosten der Krankenkasse eine stationäre Rehabilitation in der Klinik Dr. F. D. in Baden-Baden durchgeführt. Im Entlassungsbericht des Chefarztes der Orthopädie Dr. U. vom 21. Dezember 2006 wurden als Diagnosen linkskonvexe Lumbalkolliose, ausgeprägte Spondylarthrose L5/S1, Spinalkanalstenose L4/L5, NTP L4/L5, Epilepsie, schizoaffektive Psychose und arterielle Hypertonie genannt.

Bereits am 13. Juni 2006 beauftragte die Beklagte den MDK mit der Durchführung einer Nachuntersuchung. Im Hinblick auf die geplante Nachuntersuchung machte der Kläger geltend, er leide an Depressionen, epileptischen Anfällen und einem Wirbelsäulenschaden. Er laufe krumm und nicht über 25 Meter. Er könne also nicht gerade stehen und nicht mehr als 30 Meter gehen, dann müsse er sich setzen. Er benötige eine Begleitung und habe den Schwerbehindertenausweis beantragt, da er ohne Begleitung nicht wegfahren könne. Die Beklagte solle sich die Röntgenaufnahmen sowie die orthopädischen Untersuchungsergebnisse des Facharztes für Orthopädie Dr. K. besorgen. Beim Duschen müsse wegen der Gefahr von Stürzen eine Schwester anwesend sein. Er benötige auch Hilfe beim An- und Ausziehen. Er reichte einen Arztbrief der orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dres. K. und M. vom 12. Juli 2006 sowie ein von dieser Gemeinschaftspraxis ausgestelltes Attest wegen einer Infusionsbehandlung ein. Die Nachuntersuchung wurde am 13. Juli 2006 im Pflegeheim durch die Pflegefachkraft G. durchgeführt, die im am 08. August 2006 erstatteten Gutachten ausführte, nach Angaben der Schwester des Pflegeheims sowie nach den vorliegenden Unterlagen habe sich beim Kläger der Allgemeinzustand inzwischen verbessert, weshalb sich auch der Hilfebedarf verringert habe. Der Kläger sei derzeit bei pflegerischen Verrichtungen relativ selbstständig; vor ungefähr zwei Wochen sei er auch allein in München gewesen; er habe einen Tagesausflug gemacht. Des Weiteren sei er auch jeden Tag außer Haus, fahre mit der Bahn nach Ettlingen oder Karlsruhe. Aufgrund der psychischen Erkrankung sei der Kläger sehr misstrauisch, des Weiteren bestünden Wahnvorstellungen. Sobald sich der Kläger über etwas ärgere, setze er sich mit der Polizei in Verbindung. Er benötige viel Zuwendung und Aufmerksamkeit. Die Gutachterin wies darauf hin, Erheben, Stehen und Gehen seien selbstständig möglich, wenn auch verlangsamte Bewegungsabläufe vorlägen. Bücken sei sehr mühsam. Der Kläger komme jedoch überwiegend mit der Unterkörperpflege noch zurecht. Er bewältige die Toilettengänge selbstständig. Es bestehe auch kein Einnässen mehr. Auch die Notwendigkeit der täglichen Körperpflege werde erkannt und weitgehend selbstständig durchgeführt. Ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege wurde verneint. Im Herbst 2001 habe eine starke psychische Verschlechterung mit gedrückter Stimmungslage und Hoffnungslosigkeit bestanden. Aufgrund der erheblichen Antriebsminderung habe der Kläger zu jener Zeit Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung und im Bereich Mobilität bedurft. Inzwischen sei er überwiegend selbstständig, weshalb die Kriterien der Pflegestufe I nicht erfüllt seien. Tagesstrukturierende Maßnahmen seien weiterhin erforderlich. Mit Bescheid vom 11. August 2006 teilte die Beklagte dem Kläger daraufhin mit, dass aufgrund der durchgeführten Untersuchung ein Hilfebedarf nicht mehr bestehe. Dagegen wandte der Kläger ein, in krummer Haltung könne er wegen des Bandscheibenvorfalles nicht mehr als 30 Meter laufen, weshalb er nur noch ein halber Mensch sei. Bei ihm bestehe ein GdB von 90 und er habe immer eine Begleitung. Er brauche im Pflegeheim die Hilfe einer Schwester beim Duschen, da er auch schon einmal gestürzt sei. Seit 19 Jahren leide er an Depressionen. Es bestünden auch lebensgefährliche Anfälle; er sei zweimal im Pflegeheim umgefallen und bewusstlos ins Krankenhaus eingeliefert worden. Die Angaben im Gutachten vom 08. August 2006 träfen nicht zu; insbesondere habe er keine Reise nach München unternommen. Er ließ auch durch die mit notarieller Urkunde vom 03. August 2006 zu seiner Generalbevollmächtigten bestellten Altenpflegerin Göbel erklären, eine selbstständige, nicht begleitete Fahrt nach München habe er in den zurückliegenden fünf Jahren nicht mehr unternommen. Die Rückstufung dürfe nur auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens erfolgen. Es müsse auch berücksichtigt werden, dass er 2004 erneut in der Landesklinik Nordschwarzwald stationär behandelt worden sei und die Krankenkasse ihm jetzt eine stationäre Rehabilitation bewilligt habe. Er legte auch ein Schreiben der Heimleitung (R. S.) des Pflegeheims vom 30. August 2006 vor, worin ausgeführt wurde, dass der Kläger nach den Untersuchungsberichten der behandelnden Orthopäden unter einer ausgeprägten Fehlhaltung der Wirbelsäule leide und dadurch in seinen Bewegungsabläufen stark eingeschränkt sei. Durch die Erkrankung benötige er entsprechende pflegerische Hilfen, wobei der Bedarf künftig stetig zunehmen würde. Die Rücknahme der Pflegestufe I werde nicht befürwortet. Dazu machte der Kläger geltend, diese Stellungnahme der Frau Soweik, die ihn seit 19 Jahren kenne, habe besondere Bedeutung. Es wurden auch Hilfebedarfsermittlungen der grundpflegerischen Verrichtungen in einer vollstationären Einrichtung, eine ohne Datum und Unterschrift (Bl. 56 bis 60 der Verwaltungsakte der Beklagten) sowie eine des Pflegeheims vom 07. September 2006 (Bl. 88 bis 92 der Verwaltungsakte der Beklagten), eingereicht. Mit Bescheid vom 08. September 2006, nachdem zuvor mit Schreiben vom 22. August 2006 auch auf die Nachholung der Anhörung hingewiesen worden war, teilte die Beklagte dem Kläger mit, der Bescheid vom 11. August 2006 werde aufgehoben. Die Begutachtung durch den MDK habe ergeben, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht mehr vorlägen. Im Vergleich zum Vorgutachten vom 20. Juni 2002 habe sich der Hilfebedarf in den grundpflegerischen Verrichtungen (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) wesentlich verringert. Der damals festgestellte Hilfebedarf sei nunmehr komplett entfallen. Der Bewilligungsbescheid werde zum 30. September 2006 nach § 48 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X) aufgehoben. Davon wurde auch das Pflegeheim mit Schreiben vom 08. September 2006 unterrichtet, dass nämlich Leistungen bei vollstationärer Pflege nur noch bis zum 30. September 2006 übernommen würden. Dagegen legte der Kläger erneut Widerspruch ein. Er wiederholte seine Einwendungen gegen die Herabstufung. Das Gutachten der Pflegefachkraft G. enthalte völlig falsche Behauptungen. Die Pflegefachkraft sei auch nicht kompetent dafür, ein Gutachten zu erstellen, denn es handle sich nicht um einen Arzt. Er verwies auch auf die von der Krankenkasse bewilligte stationäre Rehabilitation und die Stellungnahme der Heimleiterin S. sowie darauf, dass sich sein Gesundheitszustand seit 2004 dramatisch verschlechtert habe. Es bestünden bei ihm keine Wahnvorstellungen. Bei der Epilepsie handle es sich um eine lebensgefährliche Erkrankung. Ferner verwies der Kläger erneut auf den ihm erteilten Schwerbehindertenausweis. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten eingesetzten Widerspruchsausschusses II vom 20. Oktober 2006).

Der Kläger erhob bereits am 11. September 2006 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Er wiederholte umfangreich sein bisheriges Vorbringen unter erneuter Bezugnahme auf das Schreiben der Heimleitung des Pflegeheims vom 30. August 2006 und den Schwerbehindertenausweis sowie die von der Krankenkasse bewilligte Kur, die vom 20. September bis 10. Oktober 2006 durchgeführt worden sei. Es bestünden bei ihm phasenweise starke Depressionen. Ferner liege eine lebensgefährliche Epilepsie vor, weswegen er zweimal umgefallen und bewusstlos in die Neurologie eingewiesen worden sei. Er könne nicht stehen und seine Beweglichkeit sei wegen einer Gangunsicherheit eingeschränkt. Er sei seit zwanzig Jahren nicht mehr nach München gefahren, was ihm jedoch auch niemand hätte verbieten können. Er müsse jedoch nach Ettlingen und Karlsruhe zum Einkaufen fahren. Frau Göbel sei als Begleitung immer da. Sein Gesundheitszustand habe sich seit 2004 verschlechtert. Die MDK-Begutachtung durch eine Pflegefachkraft sei inkompetent. Es müsse ein

fachärztliches Gutachten erhoben werden. Auch müsse die Beklagte jedenfalls die Leistungen bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung weiter zahlen. Er reichte u.a. verschiedene medizinische Unterlagen ein (Entlassungsbericht des Dr. R. vom 13. Juli 2007; Entlassungsbericht des Dr. H. vom 30. September 2004; Arztbrief des Radiologen Dr. B. vom 08. August 2006; Arztbrief der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dres. K. und M. vom 12. Juli 2006, deren weiteren Arztbrief vom 09. August 2006, deren undatiertes Attest und das Attest [Kostenvoranschlag] vom 20. November 2006 sowie deren Schreiben an die Krankenkasse vom 27. November 2006; Arztbrief des Radiologen Dr. B. vom 08. August 2006, Arztbrief des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Gr. vom 13. November 2006; Atteste des behandelnden Facharztes für Innere Krankheiten H. vom 20. Oktober und 18. Dezember 2006 sowie vom 18. Januar 2007).

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen.

Das SG hörte den Kläger im Termin vom 24. November 2006 auch zum Hilfebedarf an (Bl. 441 bis 446 der SG-Akte).

Mit Gerichtsbescheid vom 18. Januar 2007, der dem Kläger am 23. Januar 2007 zugestellt wurde, wies das SG die Klage ab. Der Zeitaufwand im Bereich der Grundpflege von mehr als 45 Minuten sei nicht mehr erreicht. Nach den vorliegenden ärztlichen Feststellungen bestehe beim Kläger eine schwere schizoaffektive depressive Psychose sowie weiter auf orthopädischem Fachgebiet eine linkskonvexe Lumbalskoliose, eine ausgeprägte Spondylarthrose L5/S1, eine Coxarthrose beidseits Grad II. Insoweit stütze sich das Gericht auf die vorliegenden ärztlichen Unterlagen, insbesondere auch auf den Arztbrief der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dres. K. und M. vom 12. Juli 2006. Danach führe der Kläger die Verrichtungen der Körperpflege weitestgehend selbstständig aus. Dies entspreche im Übrigen auch den Angaben des Klägers bei seiner Anhörung im Erörterungstermin. Er benötige nach eigenen Angaben für die tägliche Dusche die Anwesenheit einer Schwester, damit diese, falls er stürze, ihn aufheben könne. Dies bedeute, dass der Kläger nach eigenen Angaben im Wesentlichen nur einer Aufsicht beim Duschen bedürfe, und zwar aus vorsorglichen Gründen. Dieser Zeitaufwand sei mit fünf, maximal zehn Minuten durchschnittlich täglich zu bewerten. Die übrigen Verrichtungen im Bereich der Körperpflege führe der Kläger nach eigener Angabe und aufgrund der MDK-Begutachtung selbst durch. Ein Hilfebedarf bei der Ernährung sei nicht erforderlich; der Kläger sei nach eigenen Angaben zur mundgerechten Zubereitung selbstständig fähig und esse im Übrigen selbstständig im Speisesaal des Pflegeheims. Im Bereich der Mobilität sei dem Kläger ein Stehen und Gehen, wenn auch verlangsamt und unter erheblichen Mühen, möglich; dafür spreche auch die Tatsache, dass der Kläger seit Klageerhebung nahezu täglich umfangreichen Schriftverkehr persönlich auf der Geschäftsstelle des SG abgegeben habe. Nachvollziehbar seien die Angaben des Klägers, dass ihm die Schwestern im Pflegeheim die Knöpfe zumachen und manchmal auch die Socken anziehen müssten, wenn er sich nicht bücken könne. Diese Hilfeleistung sei mit durchschnittlich täglich maximal fünf Minuten zu bewerten. Damit lägen die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht mehr vor. Die im MDK-Gutachten vom 20. Juni 2002 festgestellte Verschlechterung des Zustands vorwiegend aus psychiatrischer Sicht, sei nahezu vollständig reduziert. Dies bedeute eine wesentliche Änderung im Sinne von [§ 48 SGB X](#).

Gegen den ihm am 23. Januar 2007 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 16. Februar 2007 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Er wiederholt sein bisheriges Vorbringen. Das letzte MDK-Gutachten sei "Lüge". Der Richter am SG Bo. sei befangen. Er macht weiterhin geltend, jedenfalls müsse die Beklagte die Leistungen bis zur endgültigen gerichtlichen Entscheidung weiterzahlen. Wegen des Wegfalls der Pflegestufe sei auch der Beihilfeanspruch entfallen, weswegen er Klage beim Verwaltungsgericht erhoben habe. Der Kläger hat auch eine Bescheinigung des Pflegeheims vom 05. Februar 2007 vorgelegt, wonach bestätigt wird, dass bei der dortigen Verwaltung keine Diagnosen über den Kläger hinterlegt seien, ferner eine Erklärung des Internisten H. vom 04. Februar 2007, wonach er, der Arzt, die im MDK-Gutachten vom 08. August 2006 genannten Diagnosen bzw. Krankheiten, insbesondere Wahnvorstellungen, Nachlassen des Gedächtnis, misstrauisches Verhalten, schizoaffektive schwere Psychose, nicht bestätigen könne. Dies gelte ebenfalls für die Annahmen, dass er, der Kläger, "angriffsansässig" sei, einen klar strukturierten Tagesablauf benötige und Gedanken verlangsamt erfasse. Zur Stützung seines Begehrens hat der Kläger in der mündlichen Verhandlung des Senats weitere Schreiben überreicht. Auf die Sitzungsniederschrift vom 14. September 2007 wird verwiesen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. Januar 2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 08. September 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. Oktober 2006 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angegriffenen Gerichtsbescheid und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend.

Der Berichterstatter des Senats hat den Entlassungsbericht der Klinik Dr. F. D. (Chefarzt Dr. U.) vom 21. Dezember 2006 beigezogen.

Wegen der weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht (am 16. Februar 2007) eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 08. September 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. Oktober 2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger stehen ab 01. Oktober 2006 die bis dahin im Hinblick auf seine Beihilfeberechtigung nach [§ 28 Abs. 2](#) des Elften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) anteilig gewährten Leistungen der vollstationären Pflege nach Pflegestufe I nach [§ 43 SGB XI](#) nicht mehr zu.

Streitgegenstand ist der Bescheid der Beklagten vom 08. September 2006 (Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 2006), mit dem diese den Bewilligungsbescheid vom 24. Juni 2002 wegen wesentlicher Änderung nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ab 01. Oktober 2006, also für die Zukunft, aufgehoben hat. Sachdienlicher Antrag ist insoweit der Anfechtungsantrag. Denn schon allein damit könnte der Kläger das von ihm

erstrebte Prozessziel, die Weiterzahlung der Pflegeleistungen über September 2006 hinaus durchzusetzen, erreichen. Mit der Aufhebung des Bescheids vom 08. September 2006 würde der ursprüngliche Leistungsbescheid vom 24. Juni 2002 fortgelten. Ein vom SG angenommener zusätzlicher Leistungsantrag wäre unzulässig. Nicht Streitgegenstand ist der mit Rechtsmittelbelehrung versehene Bescheid vom 11. August 2006, mit dem die Beklagte zunächst nur festgestellt hatte, die Voraussetzungen der Pflegestufe I im Sinne des [§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI](#) lägen nicht vor. Diesen Bescheid vom 11. August 2006 hatte die Beklagte - auch nach Durchführung der Anhörung des Klägers nach [§ 24 SGB X](#) mit Schreiben vom 22. August 2006 - im Bescheid vom 08. September 2006 ausdrücklich aufgehoben.

Das SG hat zu Recht entschieden, dass dem Kläger aufgrund einer wesentlichen Verminderung des einstufigsrelevanten Hilfebedarfs bei der Grundpflege ab 01. Oktober 2006 ein Anspruch auf Leistungen wegen vollstationärer Pflege in Höhe von monatlich EUR 511,50 (50 vom Hundert von EUR 1.023,00 nach [§§ 28 Abs. 2, 43 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB XI](#)) nicht mehr zusteht und an das Pflegeheim, in dem die vollstationäre Pflege erbracht wird, auszuführen wäre, weil die Voraussetzungen der Pflegestufe I, die im Bereich der Grundpflege einen Hilfebedarf von täglich mehr als 45 Minuten verlangt, nicht mehr gegeben sind. Der Senat verweist zur Vermeidung von Wiederholungen zunächst nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des angegriffenen Gerichtsbescheids und führt ergänzend noch Folgendes aus:

Der Gerichtsbescheid litt nicht an einem wesentlichen Verfahrensmangel, denn daran hat nicht ein ausgeschlossener oder mit Erfolg abgelehnter Richter mitgewirkt. Der Senat hatte das Ablehnungsgesuch gegen den Richter am SG Bo. bereits mit Beschluss vom 28. Dezember 2006 (L 4 P 6162/06 A; vgl. auch die weiteren Senatsbeschlüsse - zu nach der Zustellung des Gerichtsbescheids gestellten Ablehnungsanträgen - vom 20. März 2007 (L 4 P 887/07 A) und 19. Juli 2007 (L 4 P 3388/07 A)) zurückgewiesen. Mithin kann der vom Kläger in jenem Antragsverfahren geltend gemachte Ablehnungsgrund, den er im Berufungsverfahren wiederholt hat, nicht erneut im Berufungsverfahren zur Prüfung gestellt werden.

Auch der Senat geht davon aus, dass die Voraussetzungen für die Leistungsaufhebung in der Zukunft nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) am 01. Oktober 2006 vorgelegen haben. Danach gilt: Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsakts mit Dauerwirkung (hier: Leistungsbescheid vom 24. Juni 2002) vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Danach ist ein Vergleich des nach [§ 14 Abs. 4 Nrn. 1 bis 3 SGB XI](#) für die Grundpflege einstufigsrelevanten täglichen Hilfebedarfs, wie er bei Erlass des Bewilligungsbescheids vom 24. Juni 2002 vorgelegen hat, mit dem entsprechenden täglichen Hilfebedarf im Oktober 2006 vorzunehmen. Der beim Kläger vorliegende Hilfebedarf bei der Grundpflege im März 2002 ergab sich aus dem Gutachten der Pflegefachkraft G. vom 20. Juni 2002. Insoweit bestand wegen einer Rückzugstendenz, einer Verweigerungshaltung zu den täglichen Verrichtungen, wobei der Kläger psychosomatisch stark verlangsamt war, das Nichterkennen der Notwendigkeit der täglichen Körperpflege und im Hinblick auf eine Harninkontinenz vor allem nachts ein Hilfebedarf bei der Körperpflege (Ganzkörperwäsche, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren und Wechsel kleiner Vorlagen), bei der Ernährung (mundgerechte Zubereitung, Aufnahme der Nahrung oral) und bei der Mobilität (Aufstehen/Zubettgehen, Ankleiden gesamt, Entkleiden gesamt) von insgesamt 83 Minuten. Damit bestand ab 01. März 2002 ein Anspruch auf Leistungen der vollstationären Pflege. Denn Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt, haben Pflegebedürftige nach [§ 43 Abs. 1 SGB XI](#) im Umfang des Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB XI nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI](#) nur bei Zuordnung zur Pflegestufe I. Diese liegt vor bei 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. 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; dabei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen ([§ 15 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI](#)). Maßgebend für die Zuordnung zu einer Pflegestufe sind dabei entgegen der Ansicht des Klägers nicht bestimmte Gesundheitsstörungen, auch nicht die Feststellung eines bestimmten GdB nach dem SGB IX oder die Anerkennung bestimmter Merkmale, weshalb sich der Kläger für den aktuell vorliegenden Hilfebedarf bei der Grundpflege nicht auf die vorgelegten Schwerbehindertenausweise vom 31. Mai bzw. 20. Juli 2006 berufen kann. Entscheidend ist vielmehr der Umfang der bestehenden Funktionseinschränkungen aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung und ihrer Auswirkungen auf die Fähigkeit zur Ausübung der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, d.h. der Grundpflegeverrichtungen im Sinne des [§ 14 Abs. 4 Nrn. 1 bis 3 SGB XI](#). Der Senat zieht die Feststellungen hinsichtlich des Hilfebedarfs im Gutachten vom 20. Juni 2002 auch nicht deshalb in Zweifel, weil dieses Gutachten hinsichtlich des Zeitbedarfs nicht von einem Arzt, sondern von einer Pflegefachkraft erstattet worden ist. Im Übrigen hat der Kläger gegen dieses Gutachten keine Einwendungen erhoben. Insoweit vermag der Senat nicht festzustellen, dass etwa bereits im März 2002, als der Kläger sich bereits seit fünf Jahren im Pflegeheim befand, die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht vorgelegen hätten. Das Gesetz schreibt entgegen der Ansicht des Klägers - weder für das Verwaltungsverfahren nach dem SGB XI bzw. SGB X noch für das gerichtliche Verfahren - zur Feststellung der Voraussetzungen der Pflegestufen eine ärztliche Untersuchung und Diagnosestellung vor, zumal es, wie dargelegt, auf die Diagnosestellung als solche für die Feststellung des Hilfebedarfs nicht ankommt.

Im Vergleich zu den Feststellungen im Gutachten vom 20. Juni 2002 ergibt sich im Hinblick auf das urkundenbeweislich zu verwertende Gutachten der Pflegefachkraft G. und die eigenen Angaben des Klägers zum Hilfebedarf im Erörterungstermin vor dem SG vom 24. November 2006, dass im Oktober 2006 ein wesentlicher Hilfebedarf bei den maßgeblichen Verrichtungen der Grundpflege, nicht mehr bestanden hat. Mithin konnte ein Hilfebedarf im Umfang von täglich mehr als 45 Minuten nicht mehr festgestellt werden, zumal beispielsweise Hilfe bei der Zahnpflege, dem Kämmen, Rasieren und Wechseln kleiner Vorlagen, bei der mundgerechten Zubereitung und Aufnahme der Nahrung oral sowie beim Aufstehen/Zubettgehen und beim An- und Auskleiden gesamt nicht mehr erforderlich war. Darauf, dass der Kläger tatsächlich vor der letzten Untersuchung durch die Pflegefachkraft G. ohne Begleitung eine Reise nach München unternommen hat, was der Kläger auch durch Vorlage zahlreicher Erklärungen nachdrücklich bestreitet, kommt es ebenso wenig an, wie auf die von ihm aufgezählten Diagnosen. Ohne Bedeutung ist auch die vom behandelnden Internisten H. am 04. Februar 2007 unterschriebene Erklärung, die der Kläger ersichtlich vorgefertigt hat, und in der bestimmte Erkrankungen verneint werden. Der Senat vermag auch nicht festzustellen, dass es beim Kläger seit 2004 zu der von ihm behaupteten Zunahme des Hilfebedarfs gekommen ist. Eine solche ergibt sich insbesondere nicht aufgrund der im Jahr 2004 durchgeführten stationären Krankenhausbehandlungen und der 2006 durchgeführten stationären Rehabilitationsbehandlung auf Kosten der Krankenkasse. Insbesondere ergibt die im Entlassungsbericht des Dr. H. vom 30. September 2004 genannte Diagnose einer Epilepsie und der Hinweis auf zwei am 06. September 2004 aufgetretene Grand-mal-Anfälle nicht, dass allein diese Diagnose, ohne dass danach weitere Anfälle und sich daraus ergebender besonderer Hilfebedarf bei der Grundpflege

beschrieben sind, einen erheblichen Hilfebedarf bei der Grundpflege begründen könnte. Dass auch im Oktober 2006 nach wie vor ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege wie im März 2002 bestand, ergibt sich auch nicht daraus, dass der Kläger vom 02. Juni bis 06. Juli 2004 erneut stationär in der Landesklinik Nordschwarzwald behandelt worden war und im Entlassungsbericht des Dr. R. darauf hingewiesen worden war, dass der Kläger damals weiterhin eines eng strukturierten und pflegerisch gut begleiteten Rahmens zu seiner Unterstützung bedurfte. Zwar ist im Arztbrief der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dres. K. und M. vom 12. Juli 2006 davon die Rede, dass beim Kläger eine fortgeschrittene degenerative Veränderung im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule in Verbindung mit einer deutlichen Dreh skoliose bestehe, was eine deutliche Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bezüglich des Geh- und Stehvermögens vor allem für längere Strecken sowie beim Bergauf- und Bergabgehen ergebe. Insoweit wird von einer mäßigen Gangunsicherheit gesprochen, wobei jedoch eine Gehhilfe nicht verwendet worden sei. Auch daraus ergibt sich jedoch nicht, dass ein erheblicher Hilfebedarf im Bereich der Mobilität besteht, zumal auch nicht nachgewiesen ist, dass der Kläger beispielsweise die Wege zu Ärzten und sonstigen Behandlern sowie zu Gerichten ständig unter notwendiger Begleitung zurücklegt. Darauf, dass bei ihm nach dem SGB IX das Vorliegen des Merkzeichens "B" festgestellt wurde, kommt es insoweit nicht an. Der Senat berücksichtigt auch, dass nach dem Entlassungsbericht des Dr. U. vom 21. Dezember 2006 der Kläger bei der Aufnahme zur stationären Rehabilitation am 20. September 2006 lediglich Beschwerden beim Anziehen von Schuhen und Strümpfen angegeben und weiter geltend gemacht hatte, er könne nur 15 Minuten lang ohne Schmerzen gehen. Gegen Ende des stationären Aufenthalts in der Dr. Franz Dengler Klinik zeigte der Kläger mit Unterarmgehstützen ein sicheres Gangbild auf allen Bodenbeschaffenheiten inklusive des Treppensteigens. Der Kläger konnte schneller und aufrechter gehen. Die schmerzfreie Gehstrecke betrug über 100 Meter; das Treppensteigen war über zwei Stockwerke möglich. Unerheblich für die Beurteilung des Hilfebedarfs im Oktober 2006 ist es, dass seitens der behandelnden Orthopäden bzw. des behandelnden Internisten bereits am 24. November 2006 und am 18. Januar 2007 gegenüber der Krankenkasse die Wiederholung einer stationären Rehabilitation auf orthopädischem Fachgebiet empfohlen wurde. Auch die vom Internisten H. in den Attesten vom 20. Oktober und 18. Dezember 2006 genannte "deutliche Beeinträchtigung" beim Gehen rechtfertigt nicht das Vorliegen der Pflegestufe I auch ab Oktober 2006. Diesen Hilfebedarfumfang von mehr als 45 Minuten pro Tag vermag der Senat auch nicht dem Schreiben der Heimleitung (Frau Sowek) des Pflegeheims vom 30. August 2006 zu entnehmen. In diesem Schreiben, das ersichtlich auf eine nachdrückliche Anregung des Klägers (Schreiben an die Heimleitung vom 28. August 2006) zurückging, wird auf die Untersuchungsberichte der behandelnden Orthopäden hingewiesen, wonach eine ausgeprägte Fehlhaltung der Wirbelsäule bestehe. Dadurch sei der Kläger in seinen Bewegungsabläufen stark eingeschränkt. Deswegen benötige der Kläger "entsprechende pflegerische Hilfen", wobei der Bedarf auch künftig stetig zunehmen werde. Soweit insoweit die Heimleitung die Rücknahme der Pflegestufe nicht befürwortet, steht die Verneinung einer wesentlichen Besserung im Widerspruch zu der Hilfsbedarfsermittlung des Pflegeheims vom 07. September 2006, in der lediglich das Waschen, das Duschen, das Baden und das Auskleiden (Unter- und Oberkörper) als teilweise unselbstständig angegeben werden, wobei beim Duschen und Baden nur wegen der Sturzgefahr eine Hilfestellung erforderlich sei.

Danach besteht ab 01. Oktober 2006 kein Anspruch auf Fortzahlung der Leistungen. Die Erhebung von Auskünften der behandelnden Ärzte sowie die Einholung eines Sachverständigengutachtens von Amts wegen war danach nicht geboten.

Entgegen der Ansicht des Klägers besteht der Anspruch auf Fortzahlung der Leistungen über den 30. September 2006 auch nicht bis zur Rechtskraft der Entscheidung des SG bzw. des Senats, denn Klage und Berufung wegen des Aufhebungsbescheids haben nach [§§ 86a Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, 154 Abs. 1 SGG](#) keine aufschiebende Wirkung, mit der Folge, dass die entzogenen Leistungen bis zur Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidungen einstweilen weitergezahlt werden müssten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Revisionszulassung liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-09-20