

L 4 P 4010/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 12 P 864/08
Datum
06.08.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 P 4010/08
Datum
26.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 06. August 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten werden auch im Berufungsverfahren nicht erstattet.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Aufhebung einer Bewilligung von Pflegesachleistungen nach Pflegestufe I mit Wirkung ab 01. Dezember 2007.

Die am 1927 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit pflichtversichert. Am 22. August 2006 wurde bei ihr eine Knie-Totalendoprothese (TEP) implantiert. Danach hielt sie sich in der Klinik für geriatrische Rehabilitation in L. auf. Von dort aus beantragte sie unter dem 26. September 2006 bei der Beklagten Leistungen bei vollstationärer Pflege. Eine Rückkehr in die eigene Wohnung sei nicht möglich, die Aufnahme in ein Pflegeheim erforderlich. Im Auftrag der Beklagten erstattete Pflegefachkraft R. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) das Gutachten nach Aktenlage vom 28. September 2006. Sie stellte als pflegebegründende Diagnosen den Zustand nach Knie-TEP mit Mobilitätseinschränkung und eine schizoaffektive Psychose fest. Die Klägerin bedürfe der Teilhilfe bei der Ganzkörperwäsche sowie der Vollübernahme beim Waschen des Unterkörpers und beim Duschen. Hilfebedarf bestehe auch bei der Defäkation. Der Katheterbeutel müsse regelmäßig geleert werden. Hilfe sei auch beim Aufstehen und Hinlegen und Be- und Entkleiden insbesondere des Unterkörpers nötig. Insgesamt bestehe ein Grundpflegebedarf von 46 Minuten (28 Minuten Körperpflege, 18 Minuten Mobilität). Gestützt auf dieses Gutachten bewilligte die Beklagte mit Bescheid vom 04. Oktober 2006 ab 05. Oktober 2006 Leistungen bei vollstationärer Pflege nach Pflegestufe I. Die Klägerin zog am 05. Oktober 2006 in ein Pflegeheim um.

Nachdem das Pflegeheim mitgeteilt hatte, die Klägerin halte sich dort nur für eine Kurzzeitpflege auf und werde in vier bis sechs Wochen wieder nach Hause zurückkehren, erließ die Beklagte unter dem 10. Oktober 2006 einen Bescheid, mit dem sie für das Jahr 2006 Leistungen der Kurzzeitpflege nach Pflegestufe I bewilligte und mitteilte, das "Schreiben vom 04. Oktober 2006" sei hiermit ungültig. Nachdem die Klägerin die Kurzzeitpflege in der Einrichtung mehrfach verlängert hatte, bewilligte die Beklagte mit Bescheid vom 30. Oktober 2006 ab 02. November 2006 bis voraussichtlich 15. November 2006 - wieder - Leistungen der vollstationären Pflege.

Nach ihrer Entlassung aus der vollstationären Pflege zum 20. Februar 2007 erfolgte wegen einer eingetretenen völligen Fehlposition der Patella und einer Insuffizienz des Streckapparates im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung am 22. Februar 2007 eine Patellaktomie sowie vom 12. März bis zum 27. April 2007 eine stationäre Rehabilitation in der Sophie-Luisen-Klinik B. R. ... Am 27. April 2007 kehrte die Klägerin in ihre Wohnung zurück. Unter dem 30. April 2007 beantragte sie ambulante Pflegesachleistungen. Sie teilte mit, die Pflege werde von einem ambulanten Dienst, der A.-pflege in L., übernommen (Vertrag über ambulante pflegerische Leistungen vom 27. Januar 2007). Ohne erneute Untersuchung durch den MDK bewilligte die Beklagte mit Bescheid vom 07. Mai 2007 ab dem 30. April 2007 "Häusliche Pflege durch Vertragspartner (höchstens EUR 384,00 monatlich) oder Pflegegeld" nach Pflegestufe I.

Im Auftrag der Beklagten erstellte Pflegefachkraft O. vom MDK nach einer Untersuchung in häuslicher Umgebung das Überprüfungsgutachten vom 18. Juli 2007. Er stellte fest, die Klägerin habe nach der Entlassung aus der vollstationären Pflege im Februar 2007 eine Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen (Barthel-Index bei Aufnahme 60, bei Entlassung 85 Punkte). Die Persönlichkeitsstruktur sei etwas auffällig. Die oberen Extremitäten seien frei beweglich. Die Kniestreckung links sei erheblich eingeschränkt. Die Klägerin könne selbstständig aufstehen und zu Bett gehen und bewältige auch den Transfer vom und in den Rollstuhl. Auf der Ebene könne sie mit dem Rollstuhl selbstständig fahren. Der selbstständige Transfer auf das WC sei möglich. Die Klägerin sei kontinent. Mit Ausnahme des

Hilfebedarfs beim einmal wöchentlichen Duschen und beim Transfer in die Dusche bestehe aktuell kein weiterer Hilfebedarf mehr. Die A-pflege helfe der Klägerin einmal wöchentlich beim Duschen und Haarewaschen, ansonsten erbringe sie hauswirtschaftliche Unterstützung. Der Grundpflegebedarf betrage drei Minuten (Körperpflege zwei Minuten, Mobilität eine Minute). Pflegebedürftigkeit müsse bei der Klägerin eindeutig verneint werden.

Unter dem 20. Juli 2007 teilte die Beklagte der Klägerin mit, der Bescheid vom 07. Mai 2007 werde mit Wirkung zum 31. Juli 2007 aufgehoben. Bei Erlass jenes Bescheids sei die Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I nach Aktenlage auf Grund der vorliegenden Unterlagen attestiert worden. Die Untersuchung durch den MDK am 18. Juli 2007 habe ergeben, dass sich der Hilfebedarf seit der letzten Begutachtung vom 28. September 2006 verringert habe. Es liege eine wesentliche Änderung vor. Die Leistungen würden zum 31. Juli 2007 wegfallen, wenn die Klägerin innerhalb der nächsten drei Wochen keine Einwände erhebe.

Die Klägerin erhob unter dem 31. Juli 2007 Widerspruch und legte das Attest des Allgemeinmediziners Dr. B. vom 06. September 2007 (die Klägerin sei ein Pflegefall und an ihren Rollstuhl gefesselt und könne sich nur noch in ihrer eigenen Wohnung fortbewegen, eine Rückstufung aus Pflegestufe I könne aus medizinischen Gründen keinesfalls akzeptiert werden). Die Beklagte erhob das Gutachten der Pflegefachkraft R. vom MDK vom 07. November 2007. Diese stellte nach einer Untersuchung in häuslicher Umgebung fest, die A-pflege helfe der Klägerin einmal wöchentlich beim Duschen, eine Nachbarin helfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, die Klägerin koche selbst kleine Gerichte, sie könne mit dem Rollstuhl jeden Raum in der Wohnung erreichen und die Transfers auf das Bett und das WC ohne Fremdhilfe tätigen, sie benötige Hilfe beim Transfer in die Badewanne, sie sei nicht inkontinent, sie besorge die Intimpflege nach Stuhlgang selbst. Die oberen Extremitäten seien frei. Die Klägerin habe den Widerspruch selbst auf der Schreibmaschine getippt. Es bestehe ein Grundpflegebedarf von drei Minuten (Körperpflege zwei Minuten, Mobilität eine Minute).

Die Beklagte erließ den Bescheid vom 13. November 2007, mit dem sie den Bescheid vom 07. Mai 2007 "mit Wirkung zum 30. November 2007" aufhob und ansonsten die Ausführungen aus dem Bescheid vom 20. Juli 2007 wiederholte. Die Klägerin erhob unter dem 19. November 2007 erneut Widerspruch, den der Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Bescheid vom 06. März 2008 zurückwies, weil eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse im Vergleich zum Bewilligungszeitpunkt eingetreten sei und grundpflegerische Hilfen nur noch im Umfang von drei Minuten erforderlich seien. Zum 15. März 2008 stellte die Beklagte die Pflegesachleistungen ein.

Am 17. März 2008 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Sie sei nach dreimaliger Knieoperation an den Rollstuhl gebunden. Sie könne weder laufen noch irgendwelche Arbeiten verrichten. Sie nehme zweimal die Woche je zwei Stunden einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Was sie könne, erledige sie unter Schmerzen selbst. Sie benötige Pflegestufe I, denn sie komme ohne fremde Hilfe nirgends hin und habe außerdem nur eine kleine Rente, von der sie sich einen Pflegedienst nicht leisten könne. Sie legte Arztberichte von Prof. Dr. F., Orthopädische Klinik M., vom 11. Juni 2007 (Insuffizienz des Streckapparates nach Patellatelsehnenruptur nach Implantation einer Knie-TEP September 2006 und zuletzt Patellaktomie Februar 2007, schizoaffektive Psychose), von A. Re., S.-L.-Klinik B. R., vom 27. April 2007 über die Rehabilitation vom 12. März bis 27. April 2007 sowie von Prof. Dr. E., Psychiatrische Kliniken L., vom 28. April 2005 über die stationäre Behandlung vom 14. Dezember 2004 bis 22. April 2005 (u. a. paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, Erstdiagnose 1975, arterielle Hypertonie, primär biliäre Cirrhose, ausgeprägte Coxarthrose bds., Gonarthrose rechts, Osteoporose, Raumforderung im Bereich der rechten Mamma unklarer Dignität) vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Das SG hörte A. Fr., Pflegedienstleiterin der A.-pflege L., schriftlich an. Diese teilte am 19. Mai 2008 mit, die Klägerin erhalte zweimal wöchentlich je zwei Stunden grundpflegerische Hilfe. Sie benötige Hilfe beim Transfer in die Dusche, bei der Körperreinigung sowie beim An- und Ausziehen, ggfs. beim Toilettengang. Die Pflegeperson erledige innerhalb des Besuchs den Haushalt und mache Einkäufe und Erledigungen. Desweiteren erhalte die Klägerin mehrmals in der Woche wegen eines Ulcus cruris (Unterschenkelgeschwür) Besuche der Pflegefachkräfte zur Wundversorgung über eine Verordnung zur häuslichen Krankenpflege des Hausarztes. Eine apfelgroße stark nässende Geschwulst am Busen mit Verdacht auf Malignität werde auf Wunsch der Klägerin nicht klinisch abgeklärt und lediglich mit Pflastern versorgt. Es bestehe eine zunehmende Tendenz zur schmerzhaften Bewegungseinschränkung durch die Versteifung eines Knies wegen Komplikationen bei der Implantation der TEP und bei bestehender Hüftdysplasie. Die Klägerin sitze tagsüber im Rollstuhl und könne sich allein nur mit dessen Hilfe fortbewegen. Das selbstständige Umsetzen auf die Toilette sowie ins und aus dem Bett sei ihr derzeit noch möglich. Sie sei auf Grund ihrer psychischen Situation auf verlässliche fachkompetente Versorgung angewiesen. Frau Fritz legte die Pflegedokumentation vom 27. April 2007, den Vertrag über ambulante pflegerische Leistungen vom siebten 20. Januar 2007 und die Verordnung häuslicher Krankenpflege von Dr. B. betreffend März 2008 vor.

Mit Gerichtsbescheid vom 06. August 2008 wies das SG die Klage ab. Die Beklagte habe zu Recht die Bewilligung von Pflegeleistungen ab dem 01. Dezember 2007 aufgehoben. Im einstufigsrelevanten Hilfebedarf der Klägerin sei seit der Bewilligungsentscheidung eine wesentliche Änderung eingetreten. Zumindest seit Dezember 2007 bestehe kein Grundpflegebedarf von zumindest 45 Minuten mehr. Nach der Operation 2006 habe eine Einschränkung der Mobilität bestanden. Das MDK habe darüber hinaus eine zu diesem Zeitpunkt bestehende Dauerkatheter-versorgung genannt. Die Klägerin habe damals Hilfe bei der Ganzkörperwäsche, nämlich eine Vollübernahme der Unterkörperwäsche und beim Duschen, sowie Hilfe bei der Blasen- und Darmentleerung benötigt. Der Katheterbeutel sei regelmäßig zu entleeren gewesen. In Folge der durch die Knieerkrankung eingeschränkten Mobilität habe die Klägerin Hilfe beim Aufstehen und Hinlegen, Be- und Entkleiden, insbesondere des Unterkörpers, benötigt. Vor diesem Hintergrund habe der MDK in dem Gutachten vom 28. September 2006 schlüssig und nachvollziehbar einen Grundpflegebedarf von 46 Minuten festgestellt. Im Vergleich hierzu sei die Klägerin in der Folgezeit wieder zunehmend selbstständiger und mobiler geworden. Sie habe im Februar 2007 aus der vollstationären Pflege nach Hause entlassen werden können. Dem am 18. Juli 2007 erstellten Gutachten des MDK lasse sich entnehmen, dass die Klägerin wieder in der Lage gewesen sei, die Transfers vom Rollstuhl ins Bett und auf das WC und umgekehrt selbstständig durchzuführen. Auch die Säuberung im Rahmen der Intimhygiene und das Richten der Bekleidung nach dem Toilettengang habe sie wieder selbst ausführen können. Ein Hilfebedarf werde lediglich noch bei dem einmal wöchentlich stattfindenden Duschen mitgeteilt. Der Grundpflegebedarf werde mit drei Minuten angegeben. An diesem Ergebnis änderten die von der Klägerin vorgelegten medizinischen Unterlagen und die vom SG eingeholten Angaben des Pflegedienstes nichts. Dem Bericht der S.-L.-Klinik über den stationären Aufenthalt vom 12. März bis 09. April 2007 lasse sich entnehmen, dass die Mobilität der Klägerin und ihre Selbsthilfefähigkeit hätten verbessert werden können und dass sie noch Hilfe beim Baden und Treppensteigen benötige. Nach den Angaben des Pflegedienstes errechne sich eine wöchentliche Versorgung mit

grundpflegerischer Hilfe von vier Stunden, hiernach betrage der tägliche Bedarf etwa 34 Minuten. Auch unter Zugrundelegung dieser Angaben lägen die Voraussetzungen für Pflegestufe I nicht vor.

Am 14. August 2008 hat die Klägerin Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Sie trägt vor, sie nehme - auch aus finanziellen Gründen - so wenig Hilfe wie möglich in Anspruch. Sie komme ohne fremde Hilfe aus ihrer Wohnung nicht heraus, sie könne keine Treppen steigen und nicht einkaufen. Sie müsse wenigstens einmal die Woche geduscht werden und die Wohnung müsse auch sauber gehalten werden. Sie bekomme zurzeit keine Gymnastik. Der MDK habe sich extra zeigen lassen, wie sie es bewerkstellige, vom Rollstuhl auf die Toilette zu kommen. Im Übrigen werde bei ihr seit 1975 zu Unrecht die Diagnose einer schizoaffektiven Psychose gestellt. Die Klägerin hat die Rechnungen der A.-pflege für Dezember 2007 bis Mai 2009 (jeweils "hausw. Versorgung, erg. Hilfe", insgesamt EUR 5.469,95) vorgelegt und hierzu mitgeteilt, sie habe den Pflegedienst vollständig bezahlt. Für Dezember 2007 bis 14. März 2008 habe sie nur die pauschalen Investitionskosten selbst getragen, nach der Einstellung der Leistungen der Beklagten ab dem 15. März 2008 die gesamten Rechnungsbeträge. Vom 15. März 2008 bis 31. Mai 2009 sind - ohne die Investitionskosten - EUR 5.276,20 angefallen.

Am 26. Juni 2009 hat die Klägerin erneut ambulante Pflegesachleistungen bei der Beklagten beantragt. Diese hat das Gutachten von Pflegefachkraft Hu. vom MDK vom 08. Juli 2009 erhoben. Darin ist ausgeführt, die Klägerin sei im Juni 2009 wegen sehr starker Schmerzen in stationärer Behandlung gewesen. Es seien zwei Wirbelfrakturen diagnostiziert worden. Eine Operation habe die Klägerin verweigert. Es bestünden Osteoporose, eine Spinalkanalstenose und eine Arthrose der rechten Hüfte. Das schon seit Jahren bestehende Mamma-Carzinom sei erst jetzt punktiert und als bösartig eingestuft worden. Die Klägerin verweigere eine Therapie. Bei dem Hausbesuch habe die Klägerin mit Abstützen selbstständig aufstehen, aber nur kurz stehen können. Sie könne den Rollstuhl aktiv fortbewegen. Die Transfers erfolgten selbstständig. Bücken sei nur bis unterhalb des Knies möglich. Es bestehe ein Tremor an beiden Händen. Die Klägerin sei blasen- und darmkontinent. Sie habe einen Ulcus und Ödeme an den Unterschenkeln, diese würden gewickelt. Die Mamma-Carzinom-Wunde sei faustgroß und blute. Das linke Ohr sei fast taub. Es bestehe ein Grundpflegebedarf von 46 Minuten täglich (Körperpflege 28 Minuten, Ernährung sechs Minuten, Mobilität zwölf Minuten). Gestützt auf dieses Gutachten hat die Beklagte mit Bescheid vom 13. Juli 2009 ab dem 01. Juni 2009 häusliche Pflege (höchstens EUR 420,00 im Monat) oder Pflegegeld nach Pflegestufe I bewilligt.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 06. August 2008 und den Bescheid der Beklagten vom 13. November 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06. März 2008 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt den Gerichtsbescheid des SG und ihre Entscheidung.

Zur 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 zulässige Berufung der Klägerin, über die der Senat nach [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) im Einverständnis beider Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, hat keinen Erfolg. das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

1. Gegenstand des Rechtsstreits ist allein der Bescheid der Beklagten vom 13. November 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06. März 2008. Mit diesem Bescheid hat die Beklagte die mit Bescheid vom 07. Mai 2007 erfolgte Bewilligung der Pflegesachleistungen nach [§ 36 Abs. 1](#) des Elften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) mit Wirkung zum Leistung Dezember 2007 aufgehoben. Soweit die Beklagte zuvor unter dem 20. Juli 2007 mitgeteilt hatte, sie hebe den Bescheid vom 07. Mai 2007 mit Wirkung zum 31. Juli 2007 auf, hat sie daran - selbst wenn man diese Mitteilung als Bescheid ansähe und nicht lediglich als Anhörungsschreiben - nicht mehr am Zeitpunkt der Aufhebung festgehalten.

Das Begehren der Klägerin geht dahin, auch ab dem 01. Dezember 2007 Pflegesachleistungen nach [§ 36 Abs. 1](#) des Elften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) zu erhalten. Zulässige Klage für dieses Begehren ist die isolierte Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 1 SGG. Hätte die Klägerin mit dieser Klage Erfolg und würde daraufhin der Aufhebungsbescheid vom 13. November 2007 aufgehoben, könnte die Klägerin aus dem dann weiterhin wirksamen Bewilligungsbescheid vom 07. Mai 2007 die begehrten Pflegesachleistungen nach [§ 36 Abs. 1 SGB XI](#) erhalten. Für einen darüber hinaus gehenden Leistungsantrag auf Sachleistungen würde ihr das notwendige Rechtsschutzbedürfnis fehlen, da sie insoweit eines zweiten Leistungstitels neben dem Bescheid vom 07. Mai 2007 nicht bedürfte.

Daran ändert nichts, dass die Klägerin für den Zeitraum vom 15. März 2008 bis 30. Mai 2009 die erbrachten Pflegesachleistungen selbst bezahlt hat und bei einem Erfolg ihrer Anfechtungsklage die verauslagten EUR 5.276,20 (ohne die Investitionskosten, die die Beklagte nicht zu zahlen hat) im Wege der Kostenerstattung verlangen müsste. In Fällen wie diesen wandelt sich der Sachleistungsanspruch in einen Kostenerstattungsanspruch um (Bundessozialgericht [BSG] [SozR 3-3300 § 12 Nr. 1](#)). Zwar gestattet [§ 4 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) eine Kostenerstattung an sich nur dann, wenn "es dieses Buch vorsieht", und eine Kostenerstattungsregelung wie in [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) für Fälle der Selbstbeschaffung unaufschiebbarer Leistungen und der Selbstbeschaffung zu Unrecht abgelehnter Leistungen ist in das SGB XI nicht ausdrücklich aufgenommen worden. Die Regelung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist aber, wie oben bereits ausgeführt, Ausdruck eines allgemeinen Rechtsgedankens (BSG, [SozR 2200 § 182 Nr. 82](#)), der auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung Anwendung findet (Urteile des erkennenden Senats vom 27. Juni 2003 - [L 4 P 2652/01](#) -, veröffentlicht in Juris, Rn. 5 und vom 26. Oktober 2007 - [L 4 P 218/06](#) -, nicht veröffentlicht; Udsching, SGB XI, 2. Aufl. 2000, § 29 Rn. 5; Leitherer, in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 4, Pflegeversicherungsrecht, 1997, § 15 Rn. 43 bis 45 m.w.N.). Im Falle der Klägerin ist [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) allerdings eine doppelte Analogie notwendig, zum einen ist die Norm statt auf eine Kranken- auf eine Pflegekasse anzuwenden, zum

anderen ist die - in der Vorschrift geregelte - unrechtmäßige Ablehnung einer Sachleistung der - hier streitigen - eventuell rechtswidrigen Aufhebung eines Bewilligungsbescheids über eine laufende Sachleistung gleichzustellen.

Der Senat kann allerdings über einen solchen Kostenerstattungsanspruch nicht entscheiden. Er ist nicht Teil des Streitgegenstandes. Dieser umfasst nach wie vor nur die Aufhebung des Aufhebungsbescheids vom 13. November 2007. Die Klägerin hat einen Kostenerstattungsanspruch nicht, auch nicht hilfsweise, im Wege der Klageänderung in das Verfahren eingeführt. Ein solcher Klagantrag auf Verurteilung zur Kostenerstattung wäre im Übrigen auch unzulässig, nachdem die Beklagte darüber bislang nicht entschieden hat und auch noch kein Vorverfahren durchgeführt wurde.

2. Mit diesem Inhalt ist die Berufung zulässig. Insbesondere ist sie nicht nach [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) in der ab dem 01. April 2008 gültigen Fassung zulassungsbedürftig. Diese Vorschrift, wonach die Berufung bei Klagen auf Leistungen bis zu EUR 750,00 der Zulassung bedarf, ist zwar auch auf Anfechtungsklagen wie hier anwendbar, weil bei einem Erfolg der Klage aus dem fortbestehenden Bewilligungsbescheid Leistungen verlangt werden könnten. Die Klägerin ist jedoch um weit mehr als EUR 750,00 beschwert, außerdem könnte die Klägerin bei einem Erfolg der Anfechtungsklage laufende Sachleistungen für mehr als ein Jahr (15. März 2008 bis 31. Mai 2009) verlangen, sodass nach [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) die Zulassungsschranke ohnehin nicht eingreift.

3. Die Berufung ist aber nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die Beklagte hat keinen Anspruch auf Aufhebung des Aufhebungsbescheids vom 13. November 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06. März 2008.

Bei einer isolierten Anfechtungsklage wie hier prüft das Gericht nur, ob der angegriffene Bescheid im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung (hier des Widerspruchsbescheids vom 06. März 2008) rechtmäßig war. Spätere Veränderungen sind - anders als bei Leistungsklagen - unerheblich, sie muss der Betroffene ggfs. außerhalb des Gerichtsverfahrens geltend machen, wie es die Klägerin hier mit ihrem neuen Antrag auf Pflegesachleistungen vom 26. Juni 2009 auch getan hat.

Zum Zeitpunkt des Erlasses des Widerspruchsbescheids am 06. März 2008 war die Aufhebung der Bewilligung von Pflegesachleistungen nach der Pflegestufe I rechtmäßig.

a) Verfahrensrechtliche Grundlage der Entscheidung der Beklagten war [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X). Nach dieser Vorschrift ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist.

b) Die Bewilligung laufender Leistungen der Pflegeversicherung ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung in diesem Sinne.

c) Bei der Klägerin haben sich auch im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) die Verhältnisse seit Erlass des Bewilligungsbescheids vom 07. Mai 2007 wesentlich geändert. Hängen die Leistungen oder ihre Höhe - wie hier bei den Pflegesachleistungen nach [§ 36 Abs. 1 SGB XI](#) - von der Einstufung des Versicherten in eine der drei Pflegestufen ab, so liegt eine wesentliche Veränderung vor, wenn nunmehr eine andere oder keine Pflegestufe mehr anzunehmen ist. Dies war bei der Klägerin der Fall. Während sie bei Erlass des Bewilligungsbescheids vom 07. Mai 2007 noch in Pflegestufe I einzustufen war, lag bei Erlass des Widerspruchsbescheids in vom 06. März 2008 die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht mehr vor.

Zu vergleichen sind nach [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) stets die zum Zeitpunkt der Aufhebung bestehenden tatsächlichen Verhältnisse mit jenen, die zum Zeitpunkt der letzten Leistungsbewilligung, bei der die Anspruchsvoraussetzungen vollständig geprüft worden sind, vorhanden gewesen sind (BSG [SozR 4-1300 § 48 Nr. 6](#)). Als Vergleichsmaßstab sind mithin hier die tatsächlichen Verhältnisse maßgebend, die zum Zeitpunkt der Leistungsbewilligung mit Bescheid vom 07. Mai 2007 vorgelegen haben.

aa) Nach [§ 36 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) haben Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Pflegebedürftig sind nach [§ 14 Abs. 1 SGB XI](#) Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, die im Einzelnen in [§ 14 Abs. 4 SGB XI](#) genannt sind, auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maß ([§ 15 SGB XI](#)) der Hilfe bedürfen. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI](#) 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; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen ([§ 15 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI](#)). Die Grundpflege umfasst die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen aus den Bereichen der Körperpflege ([§ 14 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI](#)), der Ernährung ([§ 14 Abs. 4 Nr. 2 SGB XI](#)) und der Mobilität ([§ 14 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI](#)). Zur Grundpflege zählt ein Hilfebedarf im Bereich der Körperpflege beim Waschen, Duschen, Baden, der Zahnpflege, dem Kämmen, Rasieren, der Darm- und Blasenentleerung, im Bereich der Ernährung beim mundgerechten Zubereiten der Nahrung und der Aufnahme der Nahrung sowie im Bereich der Mobilität beim selbstständigen Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, dem An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen und dem Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung. Das Ausmaß des Pflegebedarfs ist nach einem objektiven ("abstrakten") Maßstab zu beurteilen. Denn [§ 14 SGB XI](#) stellt allein auf den "Bedarf" an Pflege und nicht auf die unterschiedliche Art der Deckung dieses Bedarfs bzw. die tatsächlich erbrachte Pflege ab (vgl. BSG [SozR 3-3300 § 14 Nr. 19](#)). Bei der Bestimmung des erforderlichen Zeitbedarfs für die Grundpflege sind als Orientierungswerte die Zeitkorridore der Richtlinien der Spitzenverbände der Ehegatten Begutachtung von Pflegebedürftigen nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien) zu berücksichtigen. Diese Zeitwerte sind zwar keine verbindlichen Vorgaben; es handelt sich jedoch um Zeitkorridore mit Leitfunktion (Abschnitt F Nr. 1 der Begutachtungs-Richtlinien; vgl. dazu BSG [SozR 4-3300 § 23 Nr. 3](#) m.w.N.). Dabei beruhen die Zeitkorridore auf der vollständigen Übernahme der Verrichtungen durch eine Laienpflegekraft.

bb) Anfang Mai 2007 lagen die Voraussetzungen der Pflegestufe I noch vor. Die Beklagte hat die Klägerin zwar zu diesem Zeitpunkt, nachdem sie aus der stationären Pflege und der Rehabilitationsmaßnahme nach Hause gekommen war und ambulante Pflegesachleistungen statt der bislang gewährten Leistungen der vollstationäre Pflege beantragt hatte, nicht erneut begutachten lassen. Gleichwohl war die

Einstufung der Klägerin in Pflegestufe I zu diesem Zeitpunkt nicht evident rechtswidrig. Das Gutachten des MDK vom 28. September 2006 hatte für den damaligen Zeitpunkt schlüssig und nachvollziehbar einen Grundpflegebedarf von 46 Minuten täglich angenommen. Insbesondere bei der Ganzkörperwäsche, dem Duschen, der Blasen- und Darmentleerung und auch beim Aufstehen und Hinlegen und bei Be- und Entkleiden, vor allem des Unterkörpers, hatte die Klägerin damals der Hilfe bedurft, weitgehend im Wege der Vollübernahme. Unmittelbar nach ihrer Rückkehr in ihre eigene Wohnung am 27. April 2007 war dieser Grundpflegebedarf noch nicht in einem relevanten Maße gesunken. Dies ergibt sich vor allem aus dem Bericht der Sophie-Luisen-Klinik vom 27. April 2007, wonach die Klägerin nach wie vor der Hilfe beim Transfer vom Rollstuhl in das Bett und auf die Toilette und zurück brauche. Auch benötigte die Klägerin noch Hilfe beim Baden. Zu berücksichtigen war auch, dass sich die Klägerin nach längerer Abwesenheit - erstmals mit Rollstuhl - in ihrer Wohnung wieder einrichten und die Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst organisieren musste.

cc) Dagegen war der Grundpflegebedarf der Klägerin ab November 2007 wieder auf unter 46 Minuten gesunken.

Dies entnimmt der Senat wie das SG den Gutachten des MDK vom 18. Juli und vom 07. November 2007. Beide Gutachten wurden nach einer Untersuchung in häuslicher Umgebung erstellt und kamen zu einem Grundpflegebedarf von drei Minuten täglich. Dies erscheint überzeugend. Beide Gutachter konnten durch eigene Anschauung feststellen, dass die Klägerin die Transfers vom Rollstuhl ins Bett und auf das WC sowie zurück wieder selbstständig durchführen konnte. Die Klägerin war - in ihrer Wohnung - mit dem Rollstuhl vollständig mobil. Bei vollständiger Kontinenz war auch keine Hilfe mehr bei der Intimhygiene notwendig. Die Klägerin hatte beiden Gutachtern gegenüber angegeben, sie könne sich allein waschen und an- und ausziehen. Da bei beiden Begutachtungen die oberen Gliedmaßen vollständig frei und einsatzfähig waren und insbesondere Bewegungseinschränkungen der Hände nicht bestanden (die Klägerin konnte das Widerspruchsschreiben an die Beklagte und später auch ihre Schriftsätze im Gerichtsverfahren selbst auf der Schreibmaschine verfassen), ist auch kein Grund ersichtlich, warum sie diese Tätigkeiten nicht selbst durchführen konnte. Hilfe bei der Ernährung (mundgerechte Zubereitung) benötigte sie nicht, sie kochte sogar kleinere Gerichte selbst. Die Mobilität war zwar eingeschränkt, insbesondere benötigte die Klägerin Hilfe beim Verlassen der Wohnung, da insoweit sieben Stufen vorhanden sind. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung ist pflegeversicherungsrechtlich jedoch nur insoweit relevant, als es um regelmäßige (mindestens einmal wöchentlich stattfindende) Vorstellungen beim Arzt oder um ärztlich verordnete Therapien geht. Solche gab es bei der Klägerin nicht, sie hat später selbst angegeben, sie erhalte keine Gymnastik mehr.

Dass ab November 2007 kein Grundpflegebedarf von mindestens 46 Minuten mehr bestand, ergibt sich auch daraus, dass die Klägerin den ambulanten Pflegedienst nur für zweimal je zwei Stunden wöchentlich, umgerechnet also 34 Minuten am Tag, in Anspruch nahm, wobei der Pflegedienst nach den Angaben der Frau Fritz gegenüber dem SG und nach den im Berufungsverfahren eingereichten Rechnungen auch oder sogar überwiegend nur hauswirtschaftliche Hilfe leistete und nur eingeschränkt Grundpflegen, nämlich Hilfe beim Duschen.

Der Vortrag der Klägerin war nicht geeignet, die Feststellungen des MDK zu erschüttern. Die Klägerin hat selbst angegeben - zuletzt in ihrer Berufungsbegründung -, sie nehme so wenig fremde Hilfe in Anspruch wie möglich und mache - wenn auch unter Schmerzen - alles selbst. Ihr Vortrag, sie komme aus der Wohnung nicht heraus und benötige Hilfe beim Sauberhalten der Wohnung, ist für die Ermittlung des Bedarfs der abschließend in [§ 14 Abs. 4 Nrn. 1 bis 3 SGB XI](#) genannten Katalogverrichtungen der Grundpflege nicht erheblich. Das Verlassen der Wohnung ist nicht für Arztbesuche oder dgl. notwendig, das Sauberhalten und auch das Einkaufen gehören zur hauswirtschaftlichen Versorgung.

Dass die Beklagte der Klägerin ab Juni 2009 wieder Pflegesachleistungen nach Pflegestufe I erbringt, weil nach dem MDK-Gutachten vom 08. Juli 2009 wieder ein Grundpflegebedarf von 46 Minuten vorliegt, ändert an der Rechtmäßigkeit des Aufhebungsbescheids vom 13. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06. März 2008 nichts. Wie ausgeführt, ist dieser Punkt allein auf den Zeitpunkt des Bescheids bezogen zu überprüfen. Das MDK-Gutachten vom 08. Juli 2009 weist deutlich darauf hin, dass sich die Funktionseinbußen der Klägerin zwischen November 2007 und Juli 2009 wieder vergrößert hatten. Im Juni 2009 waren bei ihr zwei Wirbelfrakturen diagnostiziert worden, nachdem nunmehr auch Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule bestanden. Auch waren neu Funktionsbeeinträchtigungen der Hände aufgetreten, die Klägerin leidet an einem Tremor beidseits. Insbesondere deswegen benötigt sie nunmehr zusätzlich der Hilfe bei der Ganzkörperwäsche, dem Kämmen und dem Richten der Bekleidung, der mundgerechten Zubereitung der Nahrung und den Transfers innerhalb der Wohnung.

4. Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#). Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2010-03-31