

L 11 KR 5133/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 5 KR 12/12

Datum

16.10.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 KR 5133/13

Datum

24.07.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 16.10.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger ist Witwer und Alleinerbe der am 27.01.1962 geborenen und am 15.10.2008 verstorbenen Versicherten A. R. (im Folgenden Versicherte), die ab dem 17.07.2007 bei der Beklagten zu 1) gesetzlich krankenversichert und bei der Beklagten zu 2) gesetzlich pflegeversichert war.

Die Versicherte war zuletzt als Chemielaborantin beschäftigt. Sie erkrankte im Frühjahr 2007 an einem Lungenkarzinom. Zu diesem Zeitpunkt war sie noch bei der H. Krankenversicherung privat kranken- und pflegeversichert. Mit Bescheid des Versorgungsamts vom 16.07.2007 wurde ihr ein Grad der Behinderung von 80 zuerkannt (Blatt 47 Verwaltungsakte). Mit Schreiben vom 17.07.2007 (Blatt 43 Verwaltungsakte) beantragte sie hierauf die Mitgliedschaft bei der Beklagten zu 1).

Mit Schreiben vom 02.08.2007 teilte die Beklagte zu 1) mit, dass die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach [§ 9 Abs 1 Nr 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erfüllt seien. Der Vater der Versicherten weise die erforderliche Vorversicherungszeit auf und die Versicherte sei schwerbehindert. Die Aufnahme erfolge zum 17.07.2007 (vgl Blatt 38 Verwaltungsakte). Die Versicherte wurde gebeten, Nachweise über eine bestehende Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Mit Telefaxeschreiben vom 05.09.2007 ging eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Allgemeinmediziners Prof. Dr. K. vom 03.09.2007 bei der Beklagten zu 1) ein (Bl 315 Verwaltungsakte). Die Versicherte sei seit dem 16.04.2007 durchgehend arbeitsunfähig.

Die Beklagte zu 1) bewilligte der Versicherten mit Bescheid vom 20.09.2007 (Blatt 313, 324 Verwaltungsakte) Krankengeld ab dem 05.09.2007. Sie lehnte zugleich die Zahlung von Krankengeld für vorangegangene Zeiträume ab, da der Anspruch auf Krankengeld ruhe, nachdem die Arbeitsunfähigkeit erst am 05.09.2007 nachgewiesen worden sei (Bl 315, 236 Verwaltungsakte). Die H. Krankenversicherung änderte hierauf den Auszahlungsbetrag des parallel bezogenen Krankentagegelds ab (Bl 308 Verwaltungsakte).

Rechtsmittel gegen den Bescheid vom 20.09.2007 wurden nicht eingelegt.

Gegenüber der Beklagten zu 2) hatte die Versicherte zunächst im November 2007 die Kombinationsleistung ([§ 38](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB XI) beantragt, dann jedoch die Geldleistung (Pflegegeld, [§ 37 SGB XI](#)) in Anspruch genommen (Bl 259 Verwaltungsakte), da kein Pflegedienst beauftragt wurde, sondern der Kläger als private Pflegeperson fungierte (vgl Bl 187, 190, 206 Verwaltungsakte). Zuvor hatte sie von ihrer privaten Pflegeversicherung ebenfalls monatliche Geldleistungen in Höhe von 205 EUR erhalten (Pflegegeld Pflegestufe I, vgl Bl 226 f Verwaltungsakte).

Am 17.10.2007 und 13.12.2007 beantragte die Versicherte gegenüber der Beklagten zu 2), eine Neueinstufung der Pflegestufe von I auf II vorzunehmen (Blatt 181, 218 Verwaltungsakte). Die Beklagte zu 2) teilte der Versicherten mit, dass das in Anspruch genommene Pflegegeld für die Pflegestufe I monatlich 205 EUR betrage und ab 01.09.2007 ausgezahlt werde (Schreiben vom 17.12.2007, Blatt 180 Verwaltungsakte). Für den Zeitraum vom 17.07.- 31.08.2007 werde das Geld an die in Vorleistung getretene private Pflegeversicherung

überwiesen.

Die Beklagte zu 2) beauftragte sodann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit einer Begutachtung. Nachdem mehrere Begutachtungstermine vom Kläger abgesagt worden waren (vgl. BI 133, 139 Verwaltungsakte), befürwortete Dr. M. vom MDK im nach Aktenlage erstellten Gutachten vom 22.08.2008 (Blatt 88 Verwaltungsakte) die Pflegestufe II. Grundlage hierfür waren ein Krankenhausbericht der U.-Klinik F., die Ergebnisse eines Beratungseinsatzes Sozialstation und ein Selbstauskunftsbogen (vgl. BI 85, 124 f, 244 Verwaltungsakte).

Die Beklagte zu 2) stellte mit Bescheid vom 28.08.2008 (Blatt 84 Verwaltungsakte) ab dem 01.06.2008 die Pflegestufe II fest. Zugleich wurde das Pflegegeld vom 01.06. bis 30.06.2008 in Höhe von monatlich 410 EUR und ab dem 01.07.2008 in Höhe von 420 EUR monatlich bewilligt. Eine Rechtsbehelfsbelehrung enthielt der Bescheid nicht.

Mit Schreiben vom 13.10.2008 beantragte die Versicherte für den Kläger "Lohnleistungen" für seine pflegerischen Tätigkeiten (BI 107 Verwaltungsakte).

Am 15.10.2008 verstarb die Versicherte. Der Kläger ist Alleinerbe (BI 67 Verwaltungsakte).

Am 24.08.2009 erhob der Kläger als Alleinerbe und Rechtsnachfolger der verstorbenen Versicherten gegen den Bescheid vom 28.08.2008 Widerspruch. Er begehrte die Zuerkennung von Pflegestufe III seit Januar 2008 (Blatt 66 Verwaltungsakte). In einem am 13.10.2009 von ihm ausgefüllten Auskunftsbogen bezifferte er seine Pflegetätigkeiten mit 1110 Minuten täglich (BI 55 Verwaltungsakte).

Am 02.01.2012 hat der Kläger beim Sozialgericht Mannheim (SG) Untätigkeitsklage gegen die Beklagte zu 1) erhoben (Aktenzeichen des SG [S 5 KR 12/12](#)). Der Kläger hat die Gewährung von Krankengeld in gesetzlicher Höhe, mindestens 1.900 EUR/Monat ab dem 28.05.2007 bis zum 15.10.2008 für die verstorbene Versicherte und ihre Einstufung in Pflegestufe III ab dem 02.07.2007 begehrt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.04.2012 hat die Beklagte zu 2) den Widerspruch des Klägers vom 24.08.2009 gegen den Bescheid vom 28.08.2008 als unbegründet zurückgewiesen. Die Einstufung in Pflegestufe II ab dem 01.06.2008 sei rechtmäßig.

Hiergegen hat der Kläger am 18.05.2012 Klage zum SG erhoben (Aktenzeichen S 5 P 1596/12).

Gegen den Widerspruchsbescheid vom 17.04.2012 hat der Kläger sodann eine weitere Klage am 15.05.2012 beim Sozialgericht Darmstadt erhoben, welches den Rechtsstreit mit Beschluss vom 02.07.2012 an das Sozialgericht Mannheim verwiesen hat (Aktenzeichen S 5 P 2159/12). Das Sozialgericht Mannheim (SG) hat mit Beschluss vom 01.08.2013 die Rechtsstreitigkeiten [S 5 KR 12/12](#), S 5 P 1596/12 und S 5 P 2159/12 unter dem Aktenzeichen [S 5 KR 12/12](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Der Kläger hat zur Begründung der Klagen vorgebracht, der Beginn der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung der verstorbenen Versicherten sei vor dem 17.07.2007 erfolgt. Unrichtig sei, dass seine verstorbene Ehefrau bis zum 05.09.2007 Krankengeld von der privaten Krankenversicherung (H. Krankenversicherung) erhalten habe. Die Einstufung in Pflegestufe II sei unzutreffend, es habe seit Sommer 2007 Pflegestufe III vorgelegen. Außerdem beanspruche er für sich eine Entlohnung als Pflegekraft, weil die Beklagte zu 2) der verstorbenen Versicherten keine Pflegekraft zur Verfügung gestellt habe.

Die Beklagten sind der Klage entgegengetreten. Der Bescheid vom 20.09.2007 sei bestandskräftig. Der verstorbenen Versicherten sei vom 05.09.2007 bis 24.12.2007 Krankengeld bewilligt worden. Zuvor habe kein Anspruch bestanden, da erst ab dem 05.09.2007 die Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen worden sei. Das Krankengeld habe zunächst am 24.12.2007 geendet, da die verstorbene Versicherte bezahlten Urlaub bei ihrem damaligen Arbeitgeber genommen habe (BI 251, 258 Verwaltungsakte). Sie habe wegen eines stationären Krankenhausaufenthalts wiederum Krankengeld erhalten vom 22.01. bis 27.01.2008 und vom 21.02. bis 15.10.2008. In der Zeit dazwischen (28.01. bis 20.02.2008) habe sie erneut bezahlten Urlaub genommen. Der Antrag auf Höherstufung der Pflegestufe vom 17.10.2007 habe aufgrund wiederholter Terminabsagen durch den Kläger erst im August 2008 medizinisch beurteilt werden können. Erst nach dem Tod der Versicherten habe ihr Ehemann erneut eine Höhergruppierung beantragt. Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen und dem Gutachten des MDK sei die Pflegestufe II zutreffend gewesen.

Mit Urteil vom 16.10.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Sie sei hinsichtlich des erhobenen Anspruchs auf Krankengeld unzulässig, da gegen den Bescheid vom 20.09.2007 Rechtsmittel nicht eingelegt worden seien. Auch als Untätigkeitsklage sei die Klage unzulässig, da mangels erhobenem Widerspruch ein Untätigbleiben nicht vorgelegen habe. Im Übrigen sei der Bescheid vom 20.09.2007 bestandskräftig. Hinsichtlich eines Anspruchs auf Vergütung von Pflegeleistungen sei die Klage weder zulässig noch begründet. Die Versicherte, die die Geldleistung in Anspruch genommen habe, habe keinen Anspruch darauf, dass eine Pflegeperson wie ein Pflegedienst vergütet werde. Gegen das ihm am 29.10.2013 mittels Postzustellungsurkunde zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 28.11.2013 Berufung beim Landessozialgericht eingelegt.

Der Kläger beantragt, teilweise sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 16.10.2013 und den Bescheid der Beklagten zu 1) vom 20.09.2007 und den Bescheid der Beklagten zu 2) vom 28.08.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17.04.2012 aufzuheben und die Beklagte zu 1) zu verurteilen, ihm Krankengeld für die Versicherte für die Zeiträume vom 16.04.2007 bis 04.09.2007, 25.12.2007 bis 21.01.2008 und 28.01.2008 bis 20.02.2008 zu zahlen sowie die Beklagte zu 2) zu verurteilen, ab Sommer 2007 eine rückwirkende Einstufung der Versicherten in Pflegestufe III statt Pflegestufe II vorzunehmen und ihm eine angemessene Entschädigung für die von ihm für die Versicherte erbrachten Pflegeleistungen zu zahlen.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Im Erörterungstermin am 07.05.2014 hat der Kläger angekündigt, weitere Unterlagen vorzulegen, die die geltend gemachten Ansprüche stützen. Weitere Unterlagen wurden in der Folge nicht vorgelegt

Mit Beschluss vom 24.06.2015 hat der Senat den Antrag des Klägers auf Gewährung von Prozesskostenhilfe abgelehnt.

Mit Schreiben des Senats vom 26.06.2015 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt ist, die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zurückzuweisen, da der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und einer mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 23.07.2015 gegeben worden. Die Beklagten haben sich mit der vorgeschlagenen Verfahrensweise einverstanden erklärt. Der Kläger hat mit Fax vom 23.07.2015 beantragt, mündlich zu verhandeln und die H. Kranken- und Pflegekasse beizuladen; er hat seinem Fax das Schreiben der H. Krankenversicherung vom 18.09.2007 beigelegt

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigelegten Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

II.

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Zu Recht hat das SG die Klagen abgewiesen.

Der Senat weist die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richter gemäß [§ 153 Abs 4 SGG](#) zurück, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden. Das Fax des Klägers vom 23.07.2014 macht keine neue Anhörungsmitteilung erforderlich, da sein Vorbringen nicht entscheidungserheblich ist. Eine Beiladung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist nicht notwendig, da sie am streitigen Rechtsverhältnis nicht derart beteiligt ist, dass die Entscheidung auch ihr gegenüber nur einheitlich ergehen kann (vgl. [§ 75 Abs 2 SGG](#)). Eine Beteiligung am streitigen Rechtsverhältnis ergibt sich insbesondere nicht daraus, dass die private Versicherung die Gewährung von Leistungen aus einer Zusatzversicherung davon abhängig macht, dass die Beklagte Krankengeld gewährt. Aus dem Fax des Klägers ergibt sich auch nicht, weshalb er eine mündliche Verhandlung für erforderlich hält.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Auszahlung von weiterem Krankengeld für die verstorbene Versicherte.

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden ([§ 44 Abs 1 SGB V](#)).

Es besteht kein Anspruch auf Krankengeld für die Zeit vor dem 05.09.2007. Dies hat die Beklagte zu 1) mit Bescheid vom 20.09.2007 abgelehnt. Rechtsmittel hiergegen wurden nicht eingelegt. Der Verwaltungsakte ist damit bestandskräftig geworden. Dies bedeutet, dass die Regelungen des Bescheids verbindlich geworden sind (Bindungswirkung zwischen den Beteiligten, [§ 77 SGG](#), vgl. BSGE 41, 113).

Auch wenn man den Klagantrag des Klägers vom 02.01.2012 als Antrag nach [§ 44 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) auf Zurücknahme des Bescheids vom 20.09.2007 auslegte, ergäbe sich nichts anderes.

Soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, ist der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen ([§ 44 Abs 1 Satz 1 SGB X](#)). Zum einen werden Sozialleistungen längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht ([§ 44 Abs 4 SGB X](#)), so dass eine Bewilligung von Krankengeld für das Jahr 2007 ausscheidet. Darüber hinaus ist der Bescheid vom 20.09.2007 rechtmäßig; die Beklagte hat weder das Recht unrichtig angewandt noch ist sie von einem falschen Sachverhalt ausgegangen.

Der Anspruch auf Krankengeld eines Versicherten entsteht nach [§ 46 Satz 1 SGB V](#) bei einer Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an, im Übrigen jedoch erst von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. Angaben zu Krankenhausbehandlungen hat die Versicherte bzw hat der Kläger nicht gemacht.

Die Versicherte ist erst mit Wirkung vom 17.07.2007 Mitglied der Beklagten zu 1) geworden. Der Beitritt zur freiwilligen Versicherung nach [§ 9 Abs 1 Nr 4 SGB V](#) ist innerhalb von drei Monaten anzuzeigen ([§ 9 Abs 2 SGB V](#)). Diese Frist hat die Versicherte eingehalten, nachdem am 16.07.2007 ihre Schwerbehinderteneigenschaft festgestellt worden war. Die Mitgliedschaft der Versicherten hat jedoch erst mit dem Tag des Beitritts begonnen ([§ 188 Abs 1 SGB V](#)), weshalb für den Zeitraum zuvor Ansprüche weder gegen die Beklagte zu 1) noch gegen die Beklagte zu 2) bestehen. Außerdem ist eine Arbeitsunfähigkeit der Versicherten im Zeitraum vom 17.07.2007 bis 04.09.2007 nicht nachgewiesen. Die Beklagte zu 1) hat mit Schreiben vom 02.08.2007 die Versicherte gebeten, Nachweise über die Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Dies ist erst am 05.09.2007 geschehen. Die dortige Angabe, es habe bereits seit dem 16.04.2007 durchgehend Arbeitsunfähigkeit bestanden, würde ohnehin nicht zu einem Auszahlungsanspruch führen, denn der Anspruch ruht, solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nur dann nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt ([§ 49 Abs 1 Nr 5 SGB V](#)). Weitere Ermittlungen bezüglich einer etwaig bestehenden Arbeitsunfähigkeit konnten insoweit wegen des Ruhens eines etwaigen Anspruchs unterbleiben.

Schließlich hat die Versicherte vom 25.12.2007 bis 21.01.2008 und vom 28.01.2008 bis 20.02.2008 bezahlten Urlaub genommen, weshalb die Beklagte in den streitigen Zeiträumen zu Recht kein Krankengeld gezahlt hat, da die Versicherte Arbeitseinkommen hatte ([§ 49 Abs 1 Nr 1 SGB V](#)).

Auf höhere Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) besteht kein Anspruch. Die Einstufung in die Pflegestufe II ist rechtmäßig.

Für die Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XI ist es nach [§ 15 Abs 1 Satz 1 SGB XI](#) erforderlich, dass die pflegebedürftige Person im Sinne des [§ 14 SGB XI](#) einer der Pflegestufen I bis III zugeordnet werden kann. Kriterien für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen sind neben den dort genannten Voraussetzungen die Häufigkeit des Hilfebedarfs und der zeitliche Mindestaufwand. Der zeitliche Mindestaufwand bemisst sich dabei nach dem [§ 15 Abs 3 SGB XI](#). Danach ist in der Pflegestufe III ([§ 15 Abs 3 Nr 1 SGB XI](#)) ein Zeitaufwand erforderlich, der wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 300 Minuten betragen muss, wobei hierbei auf die Grundpflege mindestens 240 Minuten entfallen müssen.

Das Bestehen von Pflegestufe III ist nicht nachgewiesen. Das sozialmedizinische Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 22.08.2008 hat für den Senat nachvollziehbar und plausibel einen täglichen Hilfebedarf von 128 Minuten pro Tag im Bereich der Grundpflege ergeben. Die Angaben des Klägers im ein Jahr nach dem Tod der Versicherten vorgelegten Auskunftsbogen (1110 Minuten) waren für den Senat nicht nachvollziehbar; sie sind auch nicht näher erläutert worden. Die von der Beklagten zu 2) vorgenommene Einstufung in die Pflegestufe II ist rechtmäßig.

Der Kläger hat keinen Anspruch gegen die Beklagte zu 2) auf "Entlohnung" seiner pflegerischen Tätigkeiten bzw seiner Mithilfe im Haushalt der Versicherten. Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen ([§ 37 Abs 1 Satz 1 SGB XI](#)). Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Dies hat die Versicherte getan. Sie hat stets das Pflegegeld ([§ 37 SGB XI](#)) als Geldleistung in Anspruch genommen und auf Nachfrage der Beklagten zu 2) ausdrücklich erklärt, die Kombinationsleistung sei nicht gewünscht (Bl 259 Verwaltungsakte). Es ist kein Pflegedienst eingesetzt worden, da der Kläger als private Pflegeperson fungiert hat (vgl Bl 187, 190, 206 Verwaltungsakte). Damit ist die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sichergestellt worden, ein weiterer Anspruch des Klägers auf Vergütung wie eine Pflegefachkraft ergibt sich nicht. Die unterschiedliche Höhe von Pflegesachleistung und Pflegegeld ist verfassungsrechtlich unbedenklich (BVerfG 26.03.2014, [1 BvR 1133/12](#), ZFSH/SGB 2014, 414). Das Bundesverfassungsgericht hat diesbezüglich ausgeführt (aaO Rn 21): "Während der Zweck der sachgerechten Pflege im Fall der Pflegesachleistung nur bei ausreichender Vergütung der Pflegekräfte durch die Pflegekasse sichergestellt ist, liegt der Konzeption des Pflegegeldes der Gedanke zugrunde, dass familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege unentgeltlich erbracht wird. Der Gesetzgeber darf davon ausgehen, dass die Entscheidung zur familiären Pflege nicht abhängig ist von der Höhe der Vergütung, die eine professionelle Pflegekraft für diese Leistung erhält. Die - auch die Pflege umfassende - gegenseitige Beistandspflicht von Ehegatten untereinander sowie zwischen Eltern und Kindern ist nicht nur eine sittliche Pflicht, sondern durch [§§ 1353, 1618a BGB](#) auch als rechtliche Pflicht ausgestaltet. Dies rechtfertigt es, das diese Verpflichtung nur unterstützende Pflegegeld in vergleichsweise niedrigerer Höhe zu gewähren."

Die Beklagte zu 2) hat das Pflegegeld zutreffend berechnet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Das Verfahren ist gerichtskostenfrei, da der Kläger als Sonderrechtsnachfolger der Versicherten ([§ 56 Abs 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch) unter den Personenkreis des [§ 183 SGG](#) fällt.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-07-29