

L 8 KR 134/11

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
8

1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 18 KR 242/08

Datum
08.04.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 134/11

Datum
20.09.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 12 KR 90/12 B
Datum
28.11.2012

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Bei der Feststellung, ob die nach [§ 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI](#) notwendige Mindestwochenstundenzahl der Pflege erreicht ist, ist nur der Hilfebedarf zu berücksichtigen, der für die in [§ 14 Abs 4 SGB XI](#) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist.

2. Bei dieser vom zuständigen Rentenversicherungsträger zu treffenden Entscheidung ist ein großzügiger Maßstab bei der Schätzung angemessen.

3. Wenn bei der minutengenauen Berechnung des wöchentlichen Zeitaufwandes, ausgehend von den auf den Tag bezogenen Zeitwerten für die einzelnen Verrichtungen der Grundpflege, im Rahmen der Ermittlungen des MDK zu [§§ 14, 15 SGB XI](#) nur wenige Minuten zum Erreichen der 14-Stunden-Grenze fehlen, so stellt dies keinen Widerspruch dar zu der eigenständigen Bewertung des MDK der wöchentlichen Pflegetätigkeit der Pflegeperson mit 14 (oder mehr) Stunden pro Woche im Rahmen des [§ 44 SGB XI](#).

Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 08.04.2011 und der Bescheid der Beklagten vom 09.11.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.02.2008 werden teilweise aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, die Versicherungspflicht des Klägers in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Zeit vom 01.01.2002 bis zum 31.08.2002 festzustellen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat ein Zehntel der außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Instanzen zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Versicherungspflicht des Klägers in der gesetzlichen Rentenversicherung als nicht erwerbstätige Pflegeperson.

Die im Jahr 1929 geborene und im November 2002 gestorbene Mutter des Klägers, Frau B. A., war bei der beigeladenen Pflegekasse versichert. Ihr Antrag auf Pflegegeld vom 17.11.2000 wurde von der Beigeladenen abgelehnt. Auf ihren erneuten Antrag vom 14.01.2002 hin erhielt sie Pflegegeld nach Pflegestufe I ab dem 01.01.2002. Grundlage für diese Entscheidung der Beigeladenen im Bescheid vom 13.03.2002 war das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse in Hessen (im Folgenden: MDK) nach Untersuchung der Versicherten in deren Privatwohnung vom 13.02.2002. Die Pflegefachkraft QQ. gab den Umfang der pflegerischen Versorgung durch den Kläger mit 14 bis 21 Stunden pro Woche an und bewertete den durchschnittlicher täglicher Pflegebedarf für die Grundpflege mit 64 Minuten, den für die hauswirtschaftliche Versorgung mit 51 Minuten. Der Kläger pflegte seine Mutter in häuslicher Umgebung bis zu deren Aufnahme in das Seniorenstift WW. am 27.08.2002. Der 1925 geborene und im April 2002 gestorbene Vater des Klägers, Herr C. A., bezog keine Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung.

Der Kläger beantragte im April 2007 bei der Beigeladenen die Nachentrichtung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung für die Zeit von 01.01.1989 bis zum 04.11.2002 mit der Begründung, er habe in dieser Zeit seine schwer erkrankten Eltern gepflegt und habe keiner anderen Arbeit nachgehen können. Vom Kläger vorgelegt wurden u.a. ein Rezept des Hausarztes seiner Eltern, Dr. EE., vom 13.06.2007, ein Schreiben des Ambulanten Pflorgeteams aus A-Stadt vom 13.07.2007 sowie mehrere eidesstattliche Versicherungen zum

Beleg für seine Pflēgetätigkeit. Mit Bescheid vom 09.11.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.02.2008 lehnte es die Beklagte ab, die Versicherungspflicht des Klāgers nach [§ 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI](#) festzustellen. Zur Begründung führte sie aus, der Vater des Klāgers habe keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung gehabt; die Mutter habe zwar Leistungen erhalten, allerdings liege die Pflegezeit des Klāgers mit 115 Minuten am Tag unter den erforderlichen 14 Stunden in der Woche.

Dagegen erhob der Klāger am 03.03.2008 Klage zum Sozialgericht Frankfurt am Main und vertrat die Auffassung, dass er für seine Eltern seit 1989 eine häusliche Vollzeitpflege geleistet habe und daher Versicherungspflicht bestehe. Das Sozialgericht wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 08.04.2011 ab. Zur Begründung führte es im Wesentlichen aus, dass für den Klāger für Zeiten der Pflege seines Vaters keine Versicherungspflicht nach [§ 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI](#) festzustellen sei, da der Vater keinen Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung gehabt habe. Zur Feststellung des Umfangs der Pflēgetätigkeit für die Mutter sei nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur der Hilfebedarf zu berücksichtigen, der für die in [§ 14 Abs. 4 SGB XI](#) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sei. Nach den Feststellungen des MDK-Gutachtens ergebe sich ein täglicher Pflegebedarf von 115 Minuten pro Tag, mithin 805 Minuten in der Woche und damit keine 14 Stunden in der Woche.

Mit der Berufung vom 04.05.2011 vertritt der Klāger die Auffassung, für die von ihm behauptete Pflegezeit seiner Eltern seit 1989 bis zum 30.11.2002 sei die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung festzustellen.

Der Klāger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 08.04.2011 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 09.11.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.02.2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung festzustellen für ihn für die Zeit der Pflege seines Vaters und seiner Mutter in der Zeit vom 01.01.1989 bis zum 30.11.2002.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise, die Beigeladene zu der Frage des Umfangs der geleisteten Pflēgetätigkeit anzuhören.

Sie hält die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Der Senat hat mit Beschluss vom 07.06.2011 die Entscheidung über die Berufung des Klāgers auf den Berichtserstatter übertragen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten und der Beigeladenen vorgelegten Verwaltungsakten sowie die Gerichtsakten, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die vom Klāger gegen den Gerichtsbescheid erhobene Berufung durch den Berichtserstatter zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern entscheiden. Mit Beschluss vom 07.06.2011 hat der Senat den Rechtsstreit dem Berichtserstatter übertragen, [§ 153 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#). Der Senat konnte trotz des Nichterscheinens eines Vertreters der Beigeladenen im Termin zur mündlichen Verhandlung in der Sache entscheiden, da die Beigeladene ordnungsgemäß die Terminsbestimmung erhalten hat und auf diese im Falle ihres Ausbleibens mögliche Verfahrensweise hingewiesen worden ist, vgl. [§§ 110, 153 Abs. 1 SGG](#).

Die nach [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig.

Die Berufung ist jedoch nur teilweise begründet.

Das Sozialgericht hat es zu Unrecht abgelehnt, die Beklagte zur Feststellung der Versicherungspflicht des Klāgers in der gesetzlichen Rentenversicherung in der Zeit vom 01.01.2002 bis zum 31.08.2002 zu verurteilen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten ist insoweit rechtswidrig und verletzt den Klāger in seinen Rechten. Der Gerichtsbescheid vom 08.04.2011 und der Bescheid der Beklagten vom 09.11.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.02.2008 waren insoweit aufzuheben.

Nach [§ 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI](#) sind Personen in der Rentenversicherung in der Zeit versicherungspflichtig, in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des [§ 14 SGB XI](#) nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat.

Nach des [§ 3 Satz 3 SGB VI](#) unterliegen solche Personen der Rentenversicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 1a nicht, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbstständig tätig sind. Diese Bestimmung übernimmt die bereits in Satz 1 der leistungsrechtlichen Vorschrift des [§ 44 Abs 1 SGB XI](#) enthaltene Formulierung. Die Versicherungspflicht der Pflegepersonen in der Rentenversicherung konkretisiert diese Vorschrift (vgl. BSG [SozR 4-2600 § 3 Nr. 1](#) Rn. 6). Nach [§ 44 Abs 1 Satz 1 SGB XI](#) entrichten u.a. die Pflegekassen zur Verbesserung der sozialen Sicherung einer Pflegeperson im Sinne des [§ 19 SGB XI](#) Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Nach Satz 3 des [§ 44 SGB XI](#) stellt der MDK im Einzelfall fest, ob und in welchem Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist.

Danach ergibt sich die Versicherungspflicht des Klāgers in der Zeit vom 01.01.2002 bis zum 31.08.2002 für die Pflege seiner Mutter in deren häuslicher Umgebung. Die pflegebedürftige Mutter des Klāgers hatte in diesem Zeitraum Anspruch auf Leistungen der sozialen

Pflegeversicherung, sie bezog Pflegegeld von der Beigeladenen nach Pflegestufe I. Die Pflege durch den Kläger erfolgte in dieser Zeit nicht gewerbsmäßig, der Kläger war daneben regelmäßig nicht beschäftigt oder selbstständig tätig.

Auch der hier streitige zeitliche Umfang der Pflege durch den Kläger im Zeitraum vom 01.01.2002 bis zum 31.08.2002 genügt den gesetzlichen Voraussetzungen des [§ 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI](#).

Der Senat geht in ständiger Rechtsprechung (vgl. Urteil vom 25.08.2011, [L 8 KR 95/09](#) m.w.N.) mit der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts davon aus, dass bei der Feststellung, ob die nach [§ 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI](#) notwendige Mindestwochenstundenzahl der Pflege erreicht ist, nur der Hilfebedarf zu berücksichtigen, der für die in [§ 14 Abs 4 SGB XI](#) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist. Weitergehende bzw. andere Pflegeleistungen bei Tätigkeiten im Ablauf des täglichen Lebens, die nicht im Katalog des [§ 14 Abs 4 SGB XI](#) enthalten sind, etwa die Zeit, die für Betreuungsleistungen aufgewendet wird, die in [§ 4 Abs 2 Satz 1 SGB XI](#) als ergänzende Pflege und Betreuung bezeichnet werden, sind bei der Ermittlung des Umfangs der Mindestwochenpflegezeit nach [§ 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI](#) nicht mitzurechnen (vgl. BSG, Urteile vom 05.05.2010, [B 12 R 9/09 R](#); vom 06.10.2010, [B 12 R 21/09 R](#); vom 28.09.2011, [B 12 R 9/10 R](#)). Der teilweise in Rechtsprechung (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 03.06.2005, [L 4 RJ 58/04](#); LSG Hamburg, Urteil vom 28.09.2005, [L 3 R 202/05](#); Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Urteil vom 20.09.2006, [L 4 P 17/03](#); SG Berlin Urteil vom 11.02.2008, [S 14 R 5725/05](#)) und Literatur (vgl. Udsching, SGB XI, Kommentar, 3. Aufl., § 19 Rn. 15; Linke in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, § 44 Rz. 12, Stand Januar 2008 mit weiteren Nachweisen) vertretenen abweichenden Auffassung, die auch Zeiten der ergänzenden Pflege und Betreuung nach [§ 4 Abs 2 Satz 1 SGB XI](#) im Rahmen des [§ 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI](#) berücksichtigen will, folgt der Senat nicht. Wesentlich gegen diese Auffassung spricht, dass sich aus der Systematik des Gesetzes eine enge Verknüpfung der sozialen Sicherung der Pflegeperson in der gesetzlichen Rentenversicherung mit dem Leistungsrecht der Pflegeversicherung ergibt. Das Bundessozialgericht hat daher von einer "Akzessorietät zwischen den Leistungsansprüchen der Pflegebedürftigen aus der Pflegeversicherung einerseits und der Rentenversicherungspflicht von Personen, die eben diese Hilfe leisten, und den Voraussetzungen für diese Versicherungspflicht andererseits" gesprochen (BSG, Urteil vom 28.09.2011, [B 12 R 9/10 R](#)).

Der Senat ist davon überzeugt, dass der Kläger seine Mutter in der Zeit vom 01.01.2002 bis zum 31.08.2002 wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat. Dabei stützt der Senat sich auf das MDK-Gutachten vom 13.02.2002, in dem die Gutachterin den Umfang der pflegerischen Versorgung durch den Kläger mit 14 bis 21 Stunden pro Woche angegeben (1.4. des Gutachtens; zur Auswahl standen "unter 14 Stunden", "14 - 21 Stunden", "21 - 28 Stunden", "über 28 Stunden") und diese Einschätzung nach der umfangreichen Begutachtung für den Bereich der Grundpflege und Hauswirtschaft ausdrücklich bestätigt hat. Die unter der Überschrift "Ergebnis" gestellte Frage: "Stimmt der unter 1.4 angegebene Pflegeaufwand mir dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein?" wird unter 6.1 mit "JA" beantwortet. Sinn und Zweck dieser gutachtlichen Feststellung ist es, der Pflegekasse die Feststellung zu ermöglichen, ob für die Pflegeperson eine soziale Absicherung in der Rentenversicherung in Betracht kommt. Dies ergibt sich aus D.5.1 der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - Bri), die für den MDK verbindlich sind, vgl. [§§ 17, 53 SGB XI](#). Der Senat hält dieses eindeutige Ergebnis für nachvollziehbar und schlüssig. Die Gutachtensabfassung zeigt, dass die für den Pflegeaufwand erheblichen Diagnosen und Beeinträchtigungen sorgfältig erhoben und der daraus resultierende Bedarf im Hinblick auf Körperpflege, Ernährung, Mobilität sowie hauswirtschaftliche Versorgung nachvollziehbar abgeleitet wurde.

Diese Bewertung der MDK-Gutachterin steht insbesondere nicht im Widerspruch zu ihren Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit im 5. Abschnitt des Gutachtens. Zwar ist es rechnerisch korrekt, dass der Pflegebedarf bei insgesamt täglich 115 Minuten 805 Minuten in der Woche entspricht und damit keine 14 Stunden, d.h. 840 Minuten, erreicht. Mathematisch betrachtet fehlen 35 Minuten in der Woche, wöchentlich im Tagesdurchschnitt sind es fünf Minuten. Diese schlichte Berechnung, ausgehend von täglichen Minutenzahlen, verkennt jedoch die eigenständige Einschätzung des MDK zur Frage des wöchentlichen Pflegeaufwandes im Rahmen des [§ 44 SGB XI](#). Wenn - wie im vorliegenden Fall - bei der minutengenauen Berechnung des wöchentlichen Zeitaufwandes, ausgehend von den auf den Tag bezogenen Zeitwerten für die einzelnen Verrichtungen der Grundpflege, nur wenige Minuten zum Erreichen der 14-Stunden-Grenze fehlen, so stellt dies keinen Widerspruch zu der eigenständigen Bewertung der wöchentlichen Pflegetätigkeit der Pflegeperson mit 14 Stunden pro Woche durch den MDK dar. Diese rechnerische Ungenauigkeit ist der Tatsache geschuldet, dass es sich bei der Ermittlung des Zeitbedarfs für die Pflege nicht um eine wissenschaftlich exakte Messung sondern um eine Schätzung handelt. Dabei wird im Rahmen einer zeitlich beschränkten medizinisch-pflegerischen Begutachtung ein Gesamtpflegebedarf durch Addition einer Reihe von einzelnen zeitlich geschätzten Hilfeleistungen festgestellt. Für die zeitlichen Schnittstellen der Pflegestufen wird in Literatur und Rechtsprechung daher folgerichtig die Anwendung eines großzügigen Maßstabs bei der Schätzung für angemessen gehalten (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 07.07.2005, [B 3 P 8/04 R](#); Udsching, SGB XI, Kommentar, 3. Aufl., § 15 Rn. 18). Für die hier im Streit stehende zeitliche Schnittstelle der Versicherungspflicht der Pflegeperson hat dies ebenso zu gelten. Der Sinn und Zweck des Gesetzes, die soziale Sicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson zu gewährleisten, um die Situation der häuslichen Pflege zu verbessern, spricht ebenfalls für einen großzügigen Maßstab. Vor diesem Hintergrund bleibt die von der Gutachterin getroffene Einschätzung zum Umfang der Pflegetätigkeit des Klägers, die sich rechnerisch betrachtet als eine Aufrundung der zusammengezählten Tageswerte um einige Minuten darstellt, daher nachvollziehbar und überzeugend.

Der Senat sieht keine Veranlassung, die beigeladene Pflegekasse zu dieser Rechtsauffassung noch einmal gesondert anzuhören. Der Antrag der Beklagten auf Anhörung der Beigeladenen zum Umfang der geleisteten Pflegetätigkeit ist schon deshalb jedenfalls unbegründet, da eine Anhörung dazu in der mündlichen Verhandlung, zu der die Beigeladene ordnungsgemäß geladen und auf die Folgen eines Nichterscheinens hingewiesen worden war, bereits stattgefunden hat. Im Übrigen ist im Rahmen des [§ 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI](#) in Verbindung mit [§ 44 SGB XI](#) nicht die beigeladene Pflegekasse sondern die Beklagte unter Beachtung der MDK-Gutachten zuständig für die Feststellung, ob häusliche Pflege durch eine Pflegeperson im Umfang von wenigstens 14 Stunden stattgefunden hat.

Im Übrigen ist die Berufung des Klägers unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage im Übrigen zu Recht abgewiesen. Für die Zeit vor dem 01.01.2002 und nach dem 31.08.2002 hat es die Beklagte zu Recht abgelehnt, eine Versicherungspflicht des Klägers in der gesetzlichen Rentenversicherung festzustellen. Die Voraussetzungen dafür nach [§ 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI](#) lagen nicht vor.

Im Hinblick auf Pflegezeiten des Klägers für seine Mutter gilt, dass nicht bewiesen ist, dass diese vor dem 01.01.2002 einen Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hatte. Nach dem allgemeinen Grundsatz, dass jeder im Rahmen des anzuwendenden materiellen Rechts die Beweislast für die Tatsachen trägt, die den von ihm geltend gemachten Anspruch begründet, trägt der Kläger dafür die Beweislast (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig u.a., SGG Kommentar, § 103 Rn. 19a m.w.N.). Gegen einen Leistungsanspruch der Mutter des Klägers vor dem 01.01.2002 spricht, dass dieser für diesen Zeitraum trotz Antrags bei der beigeladenen Pflegekasse und entsprechender MDK-Begutachtung keine Leistungen der Pflegeversicherung gewährt wurden. Der Senat verkennt nicht, dass es für die soziale Absicherung der Pflegeperson nach [§ 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI](#) in Verbindung mit [§ 44 SGB XI](#) nicht darauf ankommt, ob der gepflegten Person Pflegeversicherungsleistungen gewährt werden. Maßgeblich ist nach dem eindeutigen Wortlaut des [§ 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI](#) vielmehr, ob diese - dem Grunde nach - einen Anspruch auf Leistungen hat. Wenn jedoch ein Leistungsantrag nach vorausgegangener Begutachtung durch den MDK abgelehnt wurde, spricht dies gegen eine 14stündige wöchentliche Pflegetätigkeit des Klägers, denn der erforderliche Zeitaufwand für die Pflegestufe I beträgt nach [§ 15 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI](#) im Tagesdurchschnitt 90 Minuten und hochgerechnet auf eine Woche nur 10,5 Stunden. Zudem berichtet die MDK-Gutachterin am 13.02.2002 in Kenntnis des Vorgutachtens aus dem Jahr 2000 von einem sich verschlechternden Gesundheitszustand und stellt insoweit nachvollziehbar fest, dass ihre Bewertung (Pflegeaufwand des Klägers 14 - 21 Stunden) seit Januar 2002 gelte. Auch das Schreiben des Ambulanten Pflegeteams aus A-Stadt, der die häusliche Krankenpflege der Mutter übernommen hatte, spricht für diese Einschätzung. Dort wird über eine deutliche Verschlechterung des Allgemeinzustands der Mutter ab April 2001 und über eine weitere Verschlimmerung ab April 2002 berichtet. Ein weiteres Indiz für eine fortlaufende Verschlimmerung ist die Tatsache, dass die Mutter des Klägers Ende August 2002 in ein Pflegeheim aufgenommen wurde. Die pauschale Aussage des Dr. EE. vom 13.06.2007, der Kläger habe seine Mutter seit 1989 bis zu deren Tod im November 2002 ganztägig gepflegt, ist vor diesem Hintergrund in keiner Weise nachvollziehbar. Für die Zeit ab dem 1. September 2002 bis zu ihrem Tod im November 2002 hatte die Mutter des Klägers zwar Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung und hatte diese Leistungen auch tatsächlich bezogen. Zu dieser Zeit lebte sie jedoch im Pflegeheim und wurde vom Kläger nicht mehr in häuslicher Umgebung gepflegt. Dies ist jedoch eine Voraussetzung für die Versicherungspflicht nach [§ 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI](#).

Für die Zeiten, in denen der Kläger seinen Vater pflegte, war ebenfalls keine Versicherungspflicht nach [§ 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI](#) festzustellen. Denn ein Anspruch des Vaters des Klägers auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung ist für den Senat nicht bewiesen. Der Kläger trägt dafür die Beweislast (siehe oben.) Es sind keine medizinisch aussagekräftigen Unterlagen über den Vater des Klägers ersichtlich, die Rückschlüsse auf eine erhebliche Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI erkennen lassen. Der Bericht des Instituts für Pathologie der Städtischen Kliniken A-Stadt vom 08.05.2002 betätigt die Angaben des Klägers zur Alkoholabhängigkeit und weiteren Erkrankungen seines Vaters, der in dieser Klinik am 27.04.2002 an einem protrahierten Schock und Herz-Kreislaufversagen gestorben ist. Auch die Gutachterin des MDK stellt in ihrem Gutachten über die Mutter des Klägers am 13.02.2002 fest, dass "der Ehemann ebenfalls erkrankt" (Zitat) sei. Es fehlen jedoch jegliche Angaben über Art und Ausmaß eines sich daraus möglicherweise ergebenden Hilfebedarfs. Die pauschale Aussage des Dr. EE. vom 13.06.2007, der Kläger habe seinen Vater vom 01.01.1989 bis zu dessen Tod im April 2002 ganztägig gepflegt, ist mangels Begründung nicht nachvollziehbar. Gleiches gilt für die vorgelegten "eidesstattlichen Versicherungen". Die Tatsache, dass der Vater keinen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt hat, kann als Indiz dafür herangezogen werden, dass kein entsprechender Pflegebedarf bestand. Über die Möglichkeit einer Antragstellung bei der Pflegekasse war die Familie des Klägers jedenfalls ab dem Jahr 2000 informiert, in dem erstmals von der Mutter Pflegeversicherungsleistungen geltend gemacht worden waren.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt dabei, dass der Kläger zu einem geringen Teil mit seiner Klage erfolgreich ist.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2013-01-04