

L 4 P 1351/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 12 P 544/08
Datum
21.01.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 P 1351/09
Datum
29.09.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 21. Januar 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt als Rechtsnachfolgerin ihrer am 2008 verstorbenen Mutter (im Folgenden Versicherte) Zahlung von Kombinationsleistungen der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe III.

Die am 1921 geborene Versicherte war bei der Beklagten Mitglied der sozialen Pflegeversicherung. Die Beklagte hatte ihr ab 01. August 1997 Kombinationsleistungen gewährt, zuletzt mit Bescheid vom 19. Dezember 2006 ab 01. Oktober 2006 nach Pflegestufe II (Leistungsverlauf vom 31. Mai 2007, Bl. 39 der Akte der Beklagten). Jener Bewilligung lag das Gutachten der Pflegefachkraft G. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg vom 15. Dezember 2006 zu Grunde, das bei der Versicherten im Wesentlichen Bewegungseinschränkungen durch Osteoporose und venöse Insuffizienz der Beine, einen Diabetes mellitus und Harninkontinenz sowie eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes innerhalb der letzten Monate festgestellt und einen Grundpflegebedarf von 124 Minuten kalendertäglich angenommen hatte. Die Versicherte wurde von der Klägerin und deren Ehemann in deren Wohnung gepflegt. Teile der Pflege erbrachte die Sozialstation des Deutschen Roten Kreuzes T ...

Am 03. bzw. (Eingang des Formantrags) 30. Mai 2007 beantragte die Versicherte Höherstufung. Sie benötige für alles und nahezu ständig eine Pflegeperson neben sich. Die Beklagte ließ die Versicherte in ihrer häuslichen Umgebung durch Pflegefachkraft G. vom MDK begutachten. Diese stellte in ihrem Gutachten vom 31. Juli 2007 einen Grundpflegebedarf von 156 Minuten am Tag fest, nämlich 88 Minuten für die Körperpflege, 12 Minuten für die Ernährung und 56 Minuten für die Mobilität. Sie nannte die bereits erhobenen Diagnosen und zusätzlich eine Herzleistungsminderung. Sie führte aus, die Versicherte sei gehunfähig, könne nur mit massiver Unterstützung der Pflegeperson kurzzeitig stehen, benötige Hilfe beim Drehen und Hochziehen im Bett, werde stundenweise mobilisiert und leide an Harn- sowie eingeschränkt an Stuhlinkontinenz. Im Vergleich zum Vorgutachten habe sich der Hilfebedarf erhöht, liege jedoch nach wie vor im Rahmen der Pflegestufe II. Gestützt auf dieses Gutachten lehnte die Beklagte den Höherstufungsantrag der Versicherten mit Bescheid vom 10. August 2007 ab.

Die Versicherte erhob Widerspruch und legte mit Schreiben vom 05. September 2007 eine Aufstellung der Pflegezeiten vor, die eine Betreuung von 7,25 bis 7,5 Stunden täglich ergab. Im Auftrag der Beklagten erstellte Pflegefachkraft Eckert vom MDK das Gutachten vom 25. September 2007. Sie nannte als pflegebegründende Diagnosen multifaktorielle altersassoziierte Mobilitätseinschränkungen mit Gehunfähigkeit, eine Blaseninkontinenz mit Anlage eines Dauerkatheters und ein ausgeprägtes Lymphödem. Der Grundpflegebedarf betrage 172 Minuten täglich. Bei der Mobilität bestehe ein vermehrter als im Vorgutachten vom 31. Juli 2007 angenommener Hilfebedarf von 72 (statt 56) Minuten wegen der Transfers vom Bett in den Toiletten- bzw. Rollstuhl und zurück. Die Zeiten, die die Versicherte in dem Schreiben vom 05. September 2007 angegeben habe, hätten vor allem bei der mündgerechten Zubereitung der Nahrung nicht vollständig übernommen werden können. Auch seien mehrere angegebene Tätigkeiten wie Bewirten von Besuchern, Kochen, Vorrichten der Mahlzeiten für den nächsten Tag oder das Bügeln der Hauswirtschaft und nicht der Grundpflege zuzuordnen. Für den hauswirtschaftlichen Bedarf sei der Höchstwert von 60 Minuten anzusetzen. Es ergebe sich daher ein gesamter Pflegebedarf von 232 Minuten täglich. Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies daraufhin den Widerspruch der Versicherten mit Bescheid vom 22. Januar 2008 zurück. Den

Gutachten des MDK sei zu folgen.

Am 19. Februar 2008 erhob die Versicherte Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Sie ließ sich von der Klägerin vertreten, die keine Vollmacht vorlegte, allerdings auf eine ihr von der Versicherten erteilte notarielle allgemeine und Betreuungsvollmacht verwies. Die Klägerin wiederholte im Wesentlichen den Vortrag aus dem Schreiben vom 25. September 2007. Am 07. März 2008 verstarb die Versicherte. Die Klägerin, ihre Tochter, teilte mit, sie sei in einem notariellen Testament zur Alleinerbin eingesetzt und wolle den Rechtsstreit fortführen. Sie legte den Pflegebericht der Sozialstation über die Einsätze vom 16. Mai 2007 bis zum 19. Februar 2008 vor.

Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf die Gutachten des MDK entgegen.

Das SG holte bei der Hausärztin der Versicherten, Ärztin für Allgemeinmedizin Gn., Befundberichte über die Versicherte aus der Zeit vom 06. Januar 2007 bis zu deren Tod (u.a. Bericht des Dr. R. vom Kreiskrankenhaus T. vom 24. April 2008 über die stationäre Behandlung vom 21. Februar bis 07. März 2008) ein. Sodann vernahm das SG die Mitarbeiterinnen Mi., Ma. und T. von der Sozialstation, die die Versicherte zuletzt betreut hatten, als Zeuginnen. Wegen des Ergebnisses dieser Beweisaufnahme wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung des SG am 12. Dezember 2008 (Bl. 48 ff. der Akte des Klagverfahrens) verwiesen.

Mit Urteil vom 21. Januar 2009 wies das SG die Klage ab. Die Klägerin sei als Erbin der Versicherten berechtigt, den vorliegenden Geldleistungsanspruch weiterzuverfolgen. Jedoch habe der Versicherten von Mai 2007 bis März 2008 kein Anspruch auf Leistungen nach Pflegestufe III zugestanden. Die hierfür erforderlichen Voraussetzungen seien nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachgewiesen. Ein Grundpflegebedarf von 240 Minuten täglich, wie er für Pflegestufe III erforderlich sei, habe nicht festgestellt werden können. Das Gutachten der Pflegefachkraft Eckert vom 25. September 2007 habe schlüssig und nachvollziehbar nur einen Grundpflegebedarf von 172 Minuten festgestellt. Weder die vorgetragenen hauswirtschaftlichen Einrichtungen noch die Einrichtungen zur Behandlungspflege der Versicherten noch die Botengänge und Besorgungen für die Versicherte gehörten zu den Einrichtungen der Grundpflege. Die Vernehmung der Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes habe keinen täglichen Grundpflegebedarf von 240 Minuten ergeben. Die Zeuginnen hätten angegeben, die Versicherte morgens 45 bis 60 Minuten lang bei der Körperpflege betreut zu haben. Diesen Hilfebedarf habe auch der MDK festgestellt. Zwar hätten die Zeuginnen mitgeteilt, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich kontinuierlich verschlechtert, und wegen der stetig zunehmenden Schmerzen habe die Körperpflege zum Teil im Bett durchgeführt werden müssen. Konkrete Anhaltspunkte, in welchem zeitlichen Umfang und seit wann sich hierdurch der tägliche Grundpflegebedarf der Versicherten erhöht habe, hätten jedoch nicht festgestellt werden können. Die Zeuginnen hätten als Zeitpunkt der Verschlechterung unterschiedliche Angaben gemacht. Auch sei festzuhalten, dass die Durchführung von Pflegeverrichtungen im Bett den Hilfebedarf bei den Transfers verringere.

Gegen dieses Urteil, das ihr am 20. Februar 2009 zugestellt worden ist, hat die Klägerin am 20. März 2009 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Sie verweist auf ihr bisheriges Vorbringen und trägt weiter vor, die Versicherte habe ab Mai 2007 überhaupt nicht mehr laufen und nur noch mit Hilfe vom Krankenstuhl ins Bett oder auf die Toilette gebracht werden können. Sie rügt, dass die Versicherte entgegen den Ausführungen der Beklagten zuletzt im Juli 2007, nicht aber im Zusammenhang mit dem Gutachten vom 25. September 2007, in ihrer häuslichen Umgebung untersucht worden sei. Auf Nachfrage des Senats hat sie mitgeteilt, die Versicherte habe in der Zeit vom 01. Mai 2007 bis zum 07. März 2008 Zuzahlungen von insgesamt EUR 188,30 an den Pflegedienst geleistet, für Unterstützung durch die Nachbarschaftshilfe T. e.V. EUR 1.119,75 gezahlt und für eine stationäre Kurzzeitpflege der Versicherten vom 17. bis 23. Dezember 2007 EUR 278,60 zuzahlen müssen. Hierzu hat sie Rechnungen des Pflegedienstes, der Nachbarschaftshilfe und des Trägers der Kurzzeitpflegeeinrichtung vorgelegt, auf die Bezug genommen wird.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheids vom 10. August 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Januar 2008 zu verurteilen, ihr für die Zeit vom 01. Mai 2007 bis zum 07. März 2008 EUR 1.586,65 sowie Pflegegeld nach Pflegestufe III (abzüglich des den gewährten Pflegesachleistungen entsprechenden prozentualen Anteils) in Höhe von EUR 2.019,60 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, sie stelle nicht in Abrede, dass für die Pflege, Versorgung und Betreuung der Versicherten mehr als 172 Minuten (bzw. 232 Minuten einschließlich des anerkannten hauswirtschaftlichen Bedarfs) aufgewendet worden seien. Für die Einstufung in eine Pflegestufe sei jedoch allein der Grundpflegebedarf relevant.

Der Senat hat die Beteiligten unter dem 13. August 2009 darüber unterrichtet, dass er ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entscheiden wolle, und Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 10. September 2009 gegeben. Die Klägerin hat dieser beabsichtigten Verfahrensweise widersprochen.

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.

II.

Der Senat konnte über die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entscheiden. Er hält die Berufung einstimmig für unbegründet. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats auch keine besonderen tatsächlichen oder rechtlichen Schwierigkeiten auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden. Dass ihr die Klägerin widersprochen hat, hindert nicht eine Entscheidung durch Beschluss. Diese setzt nicht die Zustimmung der Beteiligten voraus. Die Klägerin hat auch keine Gründe vorgetragen, die dieser Verfahrensweise inhaltlich entgegenstehen könnten.

Der Antrag der Klägerin war so auszulegen wie unter I. geschehen. Aus ihren Schriftsätzen und den eingereichten Rechnungen kann entnommen werden, dass sie zur Erstattung der Aufwendungen verlangt, die die Leistungserbringer von Pflegesachleistungen im streitigen Zeitraum nicht direkt mit der Beklagten abgerechnet hatten, und außerdem zusätzlich anteiliges Pflegegeld, allerdings nach Pflegestufe III in Höhe von EUR 2.019,60 (zur Berechnung vgl. Hinweisschreiben des Berichterstatters vom 16. Juli 2009, Blatt 42 der LSG-Akte). Dies ist der weitestmögliche denkbare Anspruch.

Mit diesem Inhalt ist die Berufung der Klägerin zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat ihre Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 10. August 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Januar 2008 ist rechtmäßig. Die Versicherte hatte keinen Anspruch auf Kombinationsleistungen nach der Pflegestufe III.

Die Klage war zulässig. Dass bei Klagerhebung keine Vollmacht eingereicht wurde, obwohl die Klage selbst noch von der Versicherten erhoben wurde, schadet nicht, denn zur Zeit der Klagerhebung wurde bei einer Vertretung durch einen Abkömmling eine solche Vollmacht noch fiktiv angenommen (vgl. [§ 73 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) in der bis zum 30. Juni 2008 geltenden Fassung). Auch nach dem Tode der Versicherten ist die Klage nicht unzulässig geworden. Die Klage betraf schon zu jenem Zeitpunkt allein eine Geldleistung, nämlich weiteres Pflegegeld und ggfs. Erstattung der nicht übernommenen Zahlungen an den Pflegedienst, die Nachbarschaftshilfe und die Kurzzeitpflege, die die Versicherte getragen hatte. Ein solcher Anspruch auf eine Geldleistung erlischt nicht mit dem Tode des Berechtigten ([§ 59 Satz 2](#) des Ersten Buches des Sozialgesetzbuchs - SGB I), sondern ist nach [§ 56 Abs. 1 SGB I](#) auf die Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin übergegangen, denn die Klägerin ist die Tochter der Versicherten und lebte zur Zeit des Todes der Versicherten mit dieser in häuslicher Gemeinschaft ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I](#)).

Die Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) war jedoch nicht begründet. Die geltend gemachten Zahlungsansprüche stehen der Klägerin nicht zu.

1. Soweit die Klägerin die Erstattung von insgesamt EUR 1.586,65 begehrt, ist Anspruchsgrundlage der entsprechend anwendbare [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Diese Vorschrift, die zunächst nur für die gesetzliche Krankenversicherung gilt, ist Ausdruck eines allgemeinen Rechtsgrundsatzes ist, der auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung anzuwenden ist (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 30. Oktober 2001, [B 3 KR 27/01 R, SozR 3-2500 § 37 Nr 3](#); Urteil vom 24. September 2002, [B 3 P 15/01 R](#), veröffentlicht in Juris, Rn. 12). [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bestimmt: "Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war." Der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse bzw. bei der entsprechenden Anwendung im Bereich der sozialen Pflegeversicherung gegen seine Pflegekasse. Er setzt daher im Regelfall voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen bzw. Pflegekassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 10](#)).

Die Erstattung der an den ambulanten Pflegedienst des Deutschen Roten Kreuzes gezahlten Beträge von insgesamt EUR 188,30 sowie des für die stationäre Kurzzeitpflege vom 17. bis 23. Dezember 2007 gezahlten Betrags von EUR 278,60 kann unabhängig von der Zuordnung zu der Pflegestufe III nicht erfolgen. Denn diese Beträge sind der Investitionskostenzuschuss sowie bei der stationären Kurzzeitpflege die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Diese Beträge haben die Versicherten selbst zu tragen ([§ 82 Abs. 1 Satz 4](#) des Elften Buches des Sozialgesetzbuchs [SGB XI]; [§ 82 Abs. 3](#) und 4 SGB XI).

Die Erstattung des für Unterstützung durch die Nachbarschaftshilfe T. e.V. gezahlten Betrages von EUR 1.119,75 scheitert daran, dass es sich bei diesem Verein nicht um eine zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung handelt.

2. Die Versicherte hatte auch keinen Anspruch auf das restliche anteilige Pflegegeld nach der Pflegestufe III

Verfahrensrechtliche Anspruchsgrundlage für das restliche anteilige Pflegegeld nach der Pflegestufe III (statt nach der Pflegestufe II) ab 01. Mai 2007 ist [§ 48](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X). Nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsakts mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Nach Satz 2 Nr. 1 der genannten Vorschrift soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt. Als solcher Verwaltungsakt mit Dauerwirkung war hier der Bescheid der Beklagten vom 19. Dezember 2006 über die Bewilligung von Kombinationsleistungen nach der Pflegestufe II anzusehen. Eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die diesem Bescheid zugrunde gelegen haben, ist nicht eingetreten. Es lässt sich nicht feststellen, dass der Zeitaufwand für die Verrichtungen der Grundpflege ab 01. Mai 2007 mindestens 240 Minuten betragen hat.

a) Pflegebedürftige können nach [§ 36 Abs. 1 Satz 1 \(SGB XI\)](#) Pflegesachleistungen verlangen, wenn sie ambulant durch geeignete Pflegekräfte, zum Beispiel angestellte Kräfte eines ambulanten Pflegedienstes, betreut werden. Stellen sie ihre notwendige Pflege selbst sicher, so können sie nach [§ 37 Abs. 1](#) anstelle der Pflegesachleistungen ein Pflegegeld erhalten. Nach [§ 38 SGB XI](#) können sie auch eine Kombination beider Leistungsarten verlangen, nämlich anteiliges Pflegegeld, soweit sie die ihnen zustehende Pflegesachleistung nicht vollständig ausschöpfen (zur Berechnung des zusätzlichen Pflegegeldes vgl. [§ 38 Satz 2 SGB XI](#)). Alle Ansprüche setzen voraus, dass der Antragsteller pflegebedürftig im Sinne einer der anerkannten Pflegestufen ist.

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 III (Schwerstpflegebedürftige) sind nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI](#) Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, 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 III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens

vier Stunden entfallen ([§ 15 Abs. 3 Nr. 3 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 Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit 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.

b) Diese Voraussetzungen lagen nicht vor. Bei der Versicherten bestand bis zu ihrem Tod keine Schwerstpflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III.

aa) Auch der Senat legt bei dieser Feststellung zunächst die Gutachten der Pflegefachkräfte G. vom 31. Juli 2007 und Eckert vom 25. September 2007 zu Grunde.

Beide Gutachten können im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden. Sie sind auch inhaltlich überzeugend. Der MDK ist nach [§ 275 Abs. 5 SGB V](#) eine unabhängige Stelle, seine Gutachten sind keine Partei- bzw. Beteiligtengutachten. Dass Pflegefachkraft Eckert die Versicherte nicht erneut in ihrer häuslichen Umgebung begutachtet hat, mindert die Aussagekraft ihres Gutachtens nicht, da die letzte derartige persönliche Begutachtung weniger als drei Monate zurücklag und eine akute Vergrößerung des Grundpflegebedarfs in der Zwischenzeit nicht vorgetragen ist.

Die Gutachten bescheinigen der Versicherten einen Grundpflegebedarf von 156 bzw. 172 Minuten, jedenfalls weniger als 240 Minuten, täglich. Diese Einschätzung ist überzeugend aus den festgestellten funktionellen Beeinträchtigungen der Versicherten hergeleitet: Wegen der Osteoporose und des Lymphödems an beiden Beinen war die Versicherte allein bewegungsunfähig und benötigte daher Hilfe beim Aufstehen, An- und Entkleiden und bei der Körperpflege, jeweils einschließlich der notwendigen Mobilisationen. Auch die notwendigen Transfers in der Wohnung, nämlich aus dem und in das Bett, in das Bad und zum Essen, mussten übernommen werden. Die Versicherte war harn- und zum Teil stuhlinkontinent. Insoweit haben die Gutachterinnen des MDK Vollübernahmen bei der Ganzkörperwäsche (fünfmal in der Woche) bzw. dem Duschen (zweimal wöchentlich), bei weiteren Teilwäschen des Unterkörpers (10 Minuten täglich) und beim Kämmen und der Zahnreinigung bejaht. Für die Teilwäsche der Hände und des Gesichts, z.B. nach dem Essen, war dagegen nur eine Teilübernahme notwendig, da die Versicherte vor allem am rechten Arm noch über eine Restbeweglichkeit verfügte. Für die Blasenentleerung war keine Hilfe notwendig, da die Versicherte einen Urinbeutel bzw. einen Toilettenstuhl benutzte. Entgegen den Ausführungen der Klägerin war kein höherer Grundpflegebedarf als 12 Minuten bei der Ernährung anzuerkennen. Nach den Feststellungen der Gutachterinnen konnte die Versicherte das Besteck noch benutzen und auch selbst essen, sodass insoweit nur eine Vollübernahme der mundgerechten Zubereitung notwendig war. Mit den 72 Minuten täglich, die Pflegefachkraft Eckert in ihrem Gutachten vom 25. September 2007 angenommen hat, war weiterhin der gesamte Hilfebedarf bei der Mobilität abgedeckt. Bereits Pflegefachkraft G. hatte für das An- und Entkleiden und für das Aufstehen, Zu-Bett-Gehen und Umlagern jeweils Vollübernahmen für nötig gehalten. Außerdem hatte sie Hilfen beim Gehen acht mal und beim Stehen vier mal täglich angenommen.

Der Minutenumfang, den die beiden Gutachterinnen des MDK für die notwendigen Hilfen angenommen hatten, entspricht den nach [§§ 17, 53a SGB XI](#) erlassenen Begutachtungs-Richtlinien. Diese sehen im Regelfall für Vollübernahmen z.B. bei der Ganzkörperwäsche 20 bis 25 Minuten, beim Baden 20 bis 25 Minuten, beim Ankleiden acht bis 10 und beim Entkleiden vier bis sechs Minuten vor. Insoweit haben die Gutachterinnen sogar Werte über den Obergrenzen dieser Zeitkorridore angesetzt, nämlich für die Ganzkörperwäsche 25 Minuten (126 Minuten wöchentlich bei fünfmaliger Wäsche), für das Duschen 28 Minuten (56 Minuten wöchentlich bei zweimaligem Duschen), für das Ankleiden 14 und das Entkleiden acht Minuten. Das Gleiche gilt für die weiteren einzelnen Hilfebedarfe.

bb) Das Vorbringen der Versicherten in der Klage und der Klägerin im späteren Verfahren ergibt keinen höheren Grundpflegebedarf.

Die zusätzlichen Tätigkeiten, die in den Schriftsätzen regelmäßig vorgetragen wurden, gehören zu größeren Teilen nicht zur Grundpflege, sondern zur Behandlungspflege (Tabletten durchteilen, Medikamente bzw. Schmerzmittel verabreichen, Beine mit unterschiedlichen Salben eincremen) und vor allem zur hauswirtschaftlichen Hilfe (Essen kochen bzw. vorbereiten, Waschen, Bügeln, Zimmerreinigung, Bewirtung von Besuchern, Schreiben von Briefen). Maßnahmen der Behandlungspflege sind vollständig unerheblich, sie führen ggfs. zu Ansprüchen gegen die gesetzlichen Krankenversicherung. Für hauswirtschaftliche Hilfen sieht das SGB XI einen Höchstbedarf von 60 Minuten täglich vor, den die Beklagte anerkannt hat.

cc) Auch die Beweisaufnahme vor dem SG hat keinen erheblichen Anstieg des grundpflegerischen Hilfebedarfs der Versicherten bis zu ihrem Tode ergeben.

Die dort gehörten Zeuginnen haben angegeben, dass sich die Dauer ihrer Einsätze, nämlich bei der Morgentoilette, nicht verändert habe, sie habe auch weiterhin 45 bis 60 Minuten betragen. Geändert habe sich nur die Art der Verrichtung, denn die Versicherte sei zunehmend bettlägerig gewesen. Dies wird bestätigt durch den Pflegebericht über die Einsätze der Sozialstation vom 16. Mai 2007 bis 19. Februar 2008. Darin ist ab etwa Herbst 2007 mehrfach verzeichnet, dass die Versicherte schlecht geschlafen habe bzw. unter Schmerzen leide und mehrfach zu schwach zum Baden bzw. Duschen gewesen sei und daher im Bett habe gewaschen werden müssen.

Aus diesen Feststellungen kann nicht gefolgert werden, dass bei der Versicherten zusätzliche Hilfebedarfe entstanden waren oder sich die Dauer der anerkannten Verrichtungen vergrößert hat. Vielmehr trifft der Hinweis des SG zu, dass sich bei zunehmender Bettlägerigkeit eines pflegebedürftigen Menschen der zeitliche Aufwand für Mobilisationen und An- und Entkleiden verringert. Dass im Gegenzug etwa der

Aufwand für die Ernährung gestiegen wäre, also die Versicherte gefüttert werden musste, ist nicht vorgetragen oder ersichtlich.

3. Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) lagen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-10-07